**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE CIRURGIA E ANATOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA CIRÚRGICA**

NATÁLIA CECCONELLO VAZ SONCINI

**Estratégias de Enfrentamento e Aspectos Psicológicos de Pacientes com
Indicação de Transplante Hepático no Pré e Pós-Operatório**

RIBEIRÃO PRETO

2020

NATÁLIA CECCONELLO VAZ SONCINI

**Estratégias de Enfrentamento e Aspectos Psicológicos de Pacientes com
Indicação de Transplante Hepático no Pré e Pós-Operatório**

Versão original

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Ribeirão
Preto, da Universidade de São Paulo, como parte das
exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Clínica Cirúrgica

Orientador: Prof. Dr. Ênio David Mente

RIBEIRÃO PRETO

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Soncini, Natália Cecconello Vaz.

Estratégias de Enfrentamento e Aspectos Psicológicos de Pacientes com Indicação de Transplante Hepático no Pré e Pós Operatório. Ribeirão Preto, 2020.

97 f. : il.; 30 cm

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica. Área de Concentração: Clínica Cirúrgica

Orientador: Ênio David Mentis

1. Transplante hepático.
2. Estratégias de enfrentamento.
3. Ansiedade.
4. Depressão

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: SONCINI, Natália Cecconello Vaz

Título: **Estratégias de Enfrentamento e Aspectos Psicológicos de Pacientes com Indicação de Transplante Hepático no Pré e Pós-Operatório**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Área de Concentração: Clínica Cirúrgica.

Aprovado em: ____ / ____ / ____.

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

DEDICO ESTE TRABALHO AOS MEUS FILHOS, VICENTE E MATIAS, QUE ME ENSINAM SOBRE AMOR INCONDICIONAL E SÃO MINHA MAIOR MOTIVAÇÃO PARA BUSCAR O MELHOR. VOCÊS SÃO MEU SENTIDO DE VIDA.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelas oportunidades proporcionadas, pela sabedoria para fazer as melhores escolhas e pelas pessoas maravilhosas que colocou no meu caminho.

Ao meu orientador Prof. Dr. Ênio David Mente, pela oportunidade e confiança, pelo apoio nos mais diversos momentos, pela paciência e pelo empenho em me orientar. Agradeço ainda por ter compartilhado comigo seu imenso conhecimento.

À equipe do Transplante de Fígado pela disponibilidade e colaboração, essenciais para a realização deste estudo.

Aos pacientes que participaram deste estudo, pela confiança em compartilhar suas histórias, possibilitando momentos de enriquecimento profissional e pessoal.

Ao Prof. Dr. Ricardo Gorayeb, por ter contribuído para minha formação profissional e incentivado que as atividades científicas sempre caminhassem em paralelo as atividades práticas.

Aos amigos, colegas e aprimorandos do Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP, pelo suporte e incentivo na convivência diária.

À psicóloga Rosana, que com sua delicadeza e gentileza, se dedicou com louvor a me ajudar no meu trabalho, me apoiando, me trazendo força e esperança.

À minha amiga Camila por estar ao meu lado em todo esse processo, me encorajando, e dedicando paciência e empenho impecável, em me ajudar em cada passo, cada detalhe para que eu realmente concluísse essa jornada. Você me inspira e eu tenho profunda admiração pela pessoa que você é.

Às minhas queridas amigas Ana Paula, Maira e Mary Elly, que diariamente compartilharam comigo as minhas aflições, e de maneira amorosa, me acolheram e ampararam, me dando incentivo e amizade legítima em todas as horas. Vocês são muito especiais.

À minha amiga nutricionista **Marcela** por dedicar-se a me ouvir de maneira atenciosa e empática, por cuidar de mim e estar sempre ao meu lado me apoiando e encorajando.

Às minhas amigas irmãs de vida, que se fazem presentes na minha trajetória de vida me ensinando sobre irmandade, amor e resiliência.

À minha amiga irmã **Marina**, que com toda a sua disciplina e capacidade de doar-se ao outro, esteve ao meu lado me ensinando e me mostrando que com dedicação tudo é possível.

Aos meus sogros **Júlio e Márcia** e a **D. Conceição** que me dão carinho, respeito e me ajudam a cuidar da minha família.

A toda a minha família materna, que enfrentam os grandes desafios da vida junto comigo, fortalecendo a minha resiliência e me mostrando que nunca devemos desistir.

A minha prima, **Paula** que mesmo longe se fez presente nessa jornada, tendo um olhar generoso a mim, me confortando com carinho e muito incentivo.

Ao meu irmão, **Luiz Filipe** que à sua maneira, me incentiva e encoraja a continuar e acreditar que os frutos virão a partir do esforço.

Ao meu pai, **Luiz Augusto** que me ensinou sobre disciplina e cumprimento da palavra. Me deixando um legado português que me traz muito orgulho e um grande caminho de esperança.

A minha mãe, **Ana Silvia**, pelo modelo de dedicação absoluta e amor inigualável. Obrigada por participar de todos os momentos da minha vida, torcendo e acreditando em mim. Obrigada pelo amor, cuidado e apoio incondicional, em tudo que eu faço.

Ao meu amado companheiro, **Júlio**, pelo carinho diário, por caminhar comigo e apoiar meus sonhos. Obrigada pelos momentos de descontração tão essenciais. Agradeço pela compreensão do meu cansaço no final e por estar ao meu lado sempre, acreditando em mim e fazendo com que eu também acredite. A nossa parceria me fortalece. Sem você eu não teria chegado até aqui.

Aos meus filhos, Vicente e Matias por me ensinarem sobre o melhor e maior amor que há e me trazerem sentido à vida.

À CAPES: O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de financiamento 001.

RESUMO

Soncini, N. C. V. (2020). **Estratégias de Enfrentamento e Aspectos Psicológicos de Pacientes com Indicação de Transplante Hepático no Pré e Pós-Operatório**. 2020. 97f. Dissertação (Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica) - Faculdade de Medicina de Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2020

Introdução: O transplante hepático é uma alternativa de tratamento que tem como principal objetivo o reestabelecimento das condições de saúde que foram prejudicadas em decorrência da doença hepática, com consequente melhoria da qualidade de vida e aumento da sobrevida do paciente. A vivência do processo do transplante envolve situações contraditórias (perdas e ganhos) que geram implicações psicológicas demandando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. **Objetivos:** Caracterizar as estratégias de enfrentamento de pacientes avaliados no pré e pós-operatório de transplante hepático e correlacionar essas estratégias com a presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão. **Métodos:** Participaram do estudo pacientes inscritos na lista de espera para transplante hepático, sendo avaliados 80 pacientes no pré-transplante e 28 pacientes em três períodos do pós-operatório: imediato, três meses e seis. Foram avaliadas as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes por meio de questionário semi-estruturado, os aspectos psicológicos (ansiedade e depressão) pela escala de depressão e ansiedade hospitalar (HAD) e as estratégias de enfrentamento através da escala de modos de enfrentamento do problema (EMEP). **Resultado e Discussão:** A maioria dos pacientes avaliados no pré-operatório foram do sexo masculino (73,8%), com média de idade de 53,8 anos, predomínio de pacientes com baixa renda (61,3%), vínculo afetivo com uma companheira (72,5%), tendo como principal fator etiológico da doença hepática o alcoolismo (37,5%), seguido das hepatites virais (20%), dados que corroboram com a literatura. A maioria estava afastada do trabalho em decorrência da doença hepática. A maior parte dos pacientes pré (73%) e pós (82,1%) transplante não apresentaram sintomas de ansiedade e depressão, índices abaixo dos encontrados na literatura. A estratégia de enfrentamento focada no problema foi a mais prevalente tanto no pré como no pós-transplante, média de pontuação de 3,99 e 4,01 respectivamente. Houve maior utilização da estratégia de enfrentamento focada na emoção quando presentes sintomas de ansiedade e depressão. Na comparação entre os grupos nos momentos pré e pós-transplante, não houve diferença entre os sintomas de ansiedade e depressão e as estratégias de enfrentamento. **Conclusão:** Houve um predomínio de pacientes de meia idade, do sexo masculino com nível médio de escolaridade e afastados do trabalho em decorrência da doença hepática crônica e suas complicações. A maioria dos pacientes, tanto no pré como no pós-transplante hepático não apresentaram sintomas de ansiedade e depressão. Houve maior utilização da estratégia de enfrentamento focada no problema tanto no pré como no pós-transplante hepático. A estratégia de enfrentamento focada no suporte social foi mais utilizada no pós-transplante imediato em relação ao pré-transplante. Houve correlação positiva entre a presença de sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes pré-transplante hepático e a utilização da estratégia centrada na emoção, assim como houve correlação negativa entre a presença de sintomas de depressão e a utilização do enfrentamento focado no problema. Os resultados contribuíram para um melhor entendimento estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes que vivenciam o processo do transplante hepático, o que pode auxiliar no planejamento de ações de prevenção e intervenção em relação à saúde mental.

Palavras-chave: Transplante hepático. Estratégias de enfrentamento. Sintomas de ansiedade e depressão.

ABSTRACT

Soncini, N. C. V. (2020). **Coping Strategies and Psychological Aspects of patients with indication of Liver Transplantation in Preoperative and Postoperative.** 2020. 97f. Thesis (Master in Clinical Surgery) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Background: Liver transplantation is an alternative treatment that has as its main goal the reestablishment of the health conditions damaged due to a disease of the liver, with consequent improvement in the quality of life and increased of the survival rate of patients. The experience of transplantation involves contradictory situations (losses and gains) that generate psychological implications, which require the development of coping strategies. **Aims:** To characterize the coping strategies of patients evaluated in the pre and post-operative period of liver transplantation, and to correlate the coping strategies with the presence of anxiety and/or depression symptoms. **Methods:** Patients enrolled on the liver transplant waiting list participated in the study, with 80 patients pre-transplant and 28 patients evaluated in three postoperative periods: immediate, three months and six. Patients' sociodemographic and clinical characteristics were assessed using a semi-structured questionnaire, psychological aspects (anxiety and depression) using the hospital anxiety and depression scale (HAD) and coping strategies using the problem coping scale (EMEP). **Results and Discussion:** Most of the patients evaluated in the preoperative period were male (73,8%), with a mean age of 53.8 years, predominance of patients with low income (61.3%), affective bond with a partner (72,5%), with alcoholism (37.5%) as the main etiological factor of liver disease, followed by viral hepatitis (20%), data that corroborate the literature. Most were away from work due to liver disease. Most pre (73%) and post (82.1%) transplant patients did not show symptoms of anxiety and depression, rates below those found in the literature. The coping strategy focused on the problem was the most prevalent in both pre and post-transplantation, with an average score of 3.99 and 4.01 respectively. There was greater use of the coping strategy focused on emotion when symptoms of anxiety and depression were present. In the comparison between the groups in the pre and post-transplant moments, there was no difference between the symptoms of anxiety and depression and the coping strategies. **Conclusion:** There was a predominance of middle-aged male patients with a medium level of education and away from work due to chronic liver disease and its complications. Most patients, both before and after liver transplantation, did not show symptoms of anxiety and depression. There was greater use of the coping strategy focused on the problem both before and after liver transplantation. The coping strategy focused on social support was more used in the immediate post-transplant than in the pre-transplant. There was a positive correlation between the presence of symptoms of anxiety and depression in pre-liver transplant patients and the use of the emotion-centered strategy, as well as a negative correlation between the presence of symptoms of depression and the use of coping focused on the problem. The results contributed to a better understanding of coping strategies used by patients who experience the liver transplantation process, which can assist in the planning of prevention and intervention actions in relation to mental health.

Keywords: Liver transplantation. Coping Strategies. Anxiety and depression symptoms.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de pacientes pré-transplante hepático.....	39
Figura 2 - Fluxograma de pacientes pós-transplante hepático.	40
Figura 3 - Estratégias de enfrentamento nas avaliações do pré- e pós-transplante hepático.....	58
Figura 4 - Correlação entre sintomas de ansiedade e a estratégia de enfrentamento focada na emoção no pré-transplante hepático	59
Figura 5 - Correlação entre a presença ou ausência de sintomas de depressão e as estratégias de enfrentamento no pré-transplante hepático	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas de pacientes pré-transplante hepático	45
Tabela 2 – Características sociodemográficas de pacientes pós-transplante hepático	46
Tabela 3 – Características clínicas de pacientes pré-transplante hepático	47
Tabela 4 – Sintomas de ansiedade e depressão e estratégias de enfrentamento de pacientes pré-transplante hepático	48
Tabela 5 – Sintomas de ansiedade e depressão e estratégias de enfrentamento de pacientes pós-transplante hepático imediato	49
Tabela 6 – Sintomas psicológicos, características sociodemográficas no pré-transplante hepático ..	50
Tabela 7 – Sintomas psicológicos e características clínicas no pré-transplante hepático	51
Tabela 8 – Estratégias de enfrentamento e as características sociodemográficas no pré-transplante hepático	52
Tabela 9 – Estratégias de enfrentamento e as características clínicas no pré-transplante hepático	53
Tabela 10 – Sintomas de ansiedade e depressão no pré e pós-transplante hepático.....	55
Tabela 11 – Estratégias de enfrentamento no pré e pós-transplante hepático.	57
Tabela 12 – Estratégias de enfrentamento e sintomas de ansiedade e depressão no pré-transplante...	59
Tabela 13 – Estratégias de enfrentamento e sintomas de ansiedade e depressão no pós-transplante hepático	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
Br	Brasil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª edição
CHC	Carcinoma hepatocelular
CHA	Cirrose hepática alcoólica
DALY	Disability-Adjusted Life Years
CHA	Cirrose hepática alcoólica
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CTU	Cadastro técnico único
DSM-V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição
DP	Desvio padrão
EMEP	Escala Modos de Enfrentamento do Problema
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Iniciação Científica
IC 95%	Intervalo de Confiança com 95%
INR	Tempo de protrombina
IVHEM	International Viral Hepatitis Elimination Meeting
M	Média
MELD	Model for End-Stage Liver Disease
NASH	Doença hepática gordurosa não alcoólica
OMS	Organização Mundial de Saúde
SCID-NP	Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Edição para Não Pacientes
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SP	São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TF	Transplante de Fígado
TH	Transplante Hepático
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo
VHB	Vírus da hepatite B
VHC	Vírus da hepatite C

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 O fígado e o adoecimento hepático	18
1.2 Cirrose hepática	19
1.3 Indicação para o transplante de fígado	20
1.4 Transplante hepático e doação de órgãos	22
1.5 Transplante hepático no Brasil	24
1.6 Aspectos psicológicos do transplante hepático	25
1.7 Ansiedade no pré e pós-transplante hepático	26
1.8 Depressão no pré e pós-transplante hepático	28
1.9 Estratégia de enfrentamento	29
2 OBJETIVOS	34
2.1 Objetivo geral	35
2.2 Objetivos específicos	35
3 MÉTODO	36
3.1 Delineamento do estudo	37
3.2 Aspectos éticos	37
3.3 Seleção dos participantes	37
3.4 Instrumentos de avaliação	40
3.4.1 Avaliação sociodemográfica	40
3.4.2 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD)	41
3.4.3 Escala de Modos de Enfrentamento do Problema (EMEP)	41
3.5 Logística da Coleta dos dados	42
3.5.1 Plano de coleta	42
3.6 Análise estatística de dados	43
4 RESULTADOS	44
4.1 Aspectos sociodemográficos de pacientes pré e pós-transplante hepático	45
4.2 Caracterização clínica dos pacientes no pré-transplante hepático	46
4.3 Sintomas de ansiedade e depressão e estratégias de enfrentamento dos pacientes pré e pós-transplante hepático	48
4.4 Sintomas de ansiedade e depressão, características sociodemográficas e clínicas dos pacientes no pré-transplante hepático	49

4.5 Estratégias de enfrentamento, características sociodemográficas e clínicas dos pacientes no pré-transplante hepático	51
4.6 Sintomas de ansiedade e depressão no pré e pós-transplante hepático.....	54
4.7 Estratégias de enfrentamento dos pacientes no pré e pós-transplante hepático.....	56
4.8 Correlação entre a presença ou não de sintomas de ansiedade e depressão e as estratégias de enfrentamento no pré-transplante hepático	58
4.9 Correlação entre a presença ou não de sintomas de ansiedade e depressão e as estratégias de enfrentamento no pós-transplante hepático	60
5 DISCUSSÃO	62
5.1 Perfil Sociodemográfico	63
5.2 Perfil Clínico.....	65
5.3 Perfil Psicológico.....	67
5.4 Perfil de enfrentamento.....	70
5.5 Correlação dos sintomas de ansiedade e depressão e as estratégias de enfrentamento ..	73
6 CONCLUSÃO.....	75
7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	77
8 RECOMENDAÇÕES.....	79
REFERÊNCIAS	81
ANEXOS	89
ANEXO I – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HAD	90
ANEXO II – Escala de Modos de Enfrentamento do Problema – EMEP	91
APÊNDICES	93
APÊNDICE I – Roteiro de Entrevista Semi estruturado	94
APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	95

1 INTRODUÇÃO

1.1 O fígado e o adoecimento hepático

O fígado é o maior órgão sólido do corpo humano e desempenha inúmeras funções essenciais para a manutenção da vida. Dentre suas principais funções estão a fabricação e secreção da bile, regulação do metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídios, armazenamento de substâncias e a excreção de hormônios. Além de seu importante desempenho na excreção de drogas, ele está envolvido na hemostasia e o auxílio à resposta imune (SCHINONI, 2006). O fígado ainda destaca-se no metabolismo da glicose, conversão da amônia em ureia, armazenamento de vitaminas (A, B, D, vitaminas do complexo B e ferro), metabolismo de medicamentos e excreção de bilirrubina (SCHINONI, 2006).

O paciente acometido pela doença hepática pode apresentar vários sintomas decorrentes da disfunção hepatocelular causados por inúmeras etiologias como infecção bacteriana e viral, distúrbios metabólicos, toxinas e medicamentos, atresia de vias biliares, hepatite autoimune, acúmulo de gordura no órgão, doenças metabólicas e tumores primários ou secundários (MORETTO, 2006).

As doenças hepáticas são doenças silenciosas, que não sinalizam sua chegada. Quando ocorre alguma manifestação, comumente o fígado pode estar gravemente comprometido e a doença já está em um estado avançado não sendo possível outra terapêutica que não o transplante hepático (TH) (MORETTO, 2006).

A cirrose é considerada uma doença crônica, que acompanha o indivíduo ao longo de sua vida, podendo apresentar momentos de piora e melhora durante esse período. A cronicidade da doença hepática gera diversos prejuízos ao indivíduo, podendo levar a várias complicações e até a morte em decorrência da insuficiência hepática (MALTA et al., 2016).

Quando tratamentos medicamentosos ou procedimentos cirúrgicos que removem parte do fígado deixam de serem alternativas eficazes de cura, ou mesmo de controle dos sintomas causados pela doença hepática, o transplante pode ser uma alternativa de tratamento (CASTRO-E-SILVA et al., 2002).

O diagnóstico da doença hepática crônica, sua progressão e fase terminal, além das complicações que podem piorar o prognóstico e até mesmo levar a morte, são parte de um processo pessoal marcado por incertezas e perdas, como o afastamento da atividade profissional. As mudanças na dinâmica familiar e no relacionamento afetivo e social, levando a necessidade do desenvolvimento de habilidades de adaptação às mudanças relativas à saúde e capacidade funcional, de novas percepções de si mesmo, de revisão de planos de vida e do contato com a possibilidade de morte (DOMINGOS; LIPPY; MIYAZAKI, 2012;

LAZZARETTI, 2006; MARTINS, 2008). Todos esses fenômenos podem impactar o bem-estar psicológico e influenciam na qualidade de vida do paciente, podendo ser desencadeadores de psicopatologias (MARCHESINI et al., 2001; POLIS; FERNANDEZ, 2015).

1.2 Cirrose hepática

A cirrose representa o estágio final da doença hepática crônica. Há um processo inflamatório crônico que promove lesões progressivas, as quais resultam na formação de fibrose que prejudica sua função e provoca alterações estruturais causando inúmeras complicações (D'AMICO; GARCIA-TSAO; PAGLIARO, 2006; POORDAD, 2015).

A história natural da cirrose apresenta um longo percurso silencioso e assintomático, geralmente referido como fase compensada da doença, onde o paciente habitualmente apresenta boa qualidade de vida (D'AMICO, 2014). Frente ao processo de fibrose desenvolvido a longo prazo, a cirrose desenvolve um novo percurso clínico de descompensação em decorrência do aumento da hipertensão portal e da disfunção hepática, resultando em importantes sinais clínicos, sendo os mais evidentes, ascite (muitas vezes apresentando-se de maneira refratária), hemorragia digestiva alta, encefalopatia hepática e icterícia (D'AMICO, 2014; POORDAD, 2015).

A sobrevida média de pacientes que estão na fase compensada da cirrose hepática é de 10 a 12 anos; já pacientes que se encontram na fase descompensada, na qual já há complicações como sangramento, insuficiência renal, síndrome hepatopulmonar e infecções apresentam uma sobrevida média de 2 a 4 anos (D'AMICO, 2014).

A cirrose hepática configura-se ainda como o principal fator de risco para o desenvolvimento de carcinoma hepatocelular (CHC). O aparecimento de complicações no paciente cirrótico está associado a um pior prognóstico da doença, maior morbidade, maior gasto público, afetando a produtividade do indivíduo e podendo acelerar o curso da doença (D'AMICO, 2014; GUNNARSDOTTIR SA, 2008).

A presença de tais comorbidades pode afetar o intra-operatório e a evolução do transplante, e requer grande esforço por parte da equipe multidisciplinar para sua gestão, interferindo no equilíbrio social, biológico e emocional dos pacientes (CAVAGGIONI et al., 2017).

A inclusão dos pacientes com doença hepática crônica na lista de espera do transplante de fígado representa a possibilidade de retomar o controle de sua vida, bem como a busca de uma melhor qualidade de vida. Entretanto, o baixo número de doadores, a longa espera em lista,

além do agravamento da doença e acréscimo de risco para o procedimento, resultam em uma alta taxa de mortalidade dos receptores em lista (DE CAMARGO ARANZANA et al., 2015).

1.3 Indicação para o transplante de fígado

As causas para o desenvolvimento do quadro de cirrose hepática são bem conhecidas e estabelecidas. Em sua maioria, são atribuídas ao consumo abusivo do álcool, à infecção por vírus da hepatite B e C e à esteatose hepática não alcoólica (*NASH-nonalcoholic steatohepatitis*). Além dessas doenças que habitualmente evoluem com cirrose hepática, incluem-se ainda hepatite autoimune, doenças colestáticas, doenças metabólicas, doenças vasculares e diversos tumores (CASTRO-E-SILVA et al., 2002; KHULLAR; DOLGANIUC; FIRPI, 2014).

A cirrose hepática pelo vírus da hepatite C e álcool é responsável cerca de 50% das etiologias que levam pacientes adultos ao transplante hepático no Brasil (SAÚDE, 2019). Um estudo italiano de revisão sistemática, incluindo 118 estudos e um total de 23.797 pacientes, constatou a prevalência de cirrose por álcool em 46% dos trabalhos, cirrose por hepatite C em 35% e por hepatite B em 11 % dos estudos analisados (D'AMICO; GARCIA-TSAO; PAGLIARO, 2006).

O consumo de álcool é responsável por 3,8% das mortes no mundo anualmente, e em sua maioria caracterizada pela doença hepática alcoólica, principalmente a cirrose por álcool (MARRONI et al., 2018). Segundo o relatório divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2018, mais de três milhões de pessoas morreram pelo consumo abusivo do álcool em 2016 em todo mundo, representando 5,3% de todas as mortes (WHO, 2018).

A cirrose alcoólica é uma importante morbidade crônica que leva a morte (MARRONI et al., 2018), sendo a principal indicação ao transplante de fígado no Brasil e no mundo, acompanhada das hepatites virais (BITTENCOURT; FARIAS; COUTO, 2016; MARRONI et al., 2018). Um estudo epidemiológico brasileiro aponta o álcool como principal causa etiológica da cirrose, em 39,3% da amostra, seguido das hepatites virais que totalizaram 34,4% (BARBOSA, 2017).

Dados do relatório da OMS (WHO, 2018), no qual faz a associação do número de mortes prematuras e os anos de vida perdidos com menos qualidade ou incapacidade devido ao uso de álcool (Disability-Adjusted LifeYears – DALYs), fundamentaram a conclusão de que, em 2016, o álcool causou 132,6 milhões de DALY's, sendo 23,3 milhões de DALY's por doença digestiva (especialmente a cirrose hepática), representando 5,1% de todos os DALY's naquele

ano. Essa prevalência mostrou uma grande variação no sexo, no qual os homens ocupam a maior parte das DALY's referente a doenças pelo uso do álcool (WHO, 2018).

Sabe-se que o uso do álcool tem causas multifatoriais e a progressão da doença hepática alcoólica depende das características pessoais do paciente e dos seus padrões de consumo, que devem ser observados na avaliação pré-transplante, assim como no pós-transplante, visando evitar o risco de recaídas. Transtornos de ansiedade, depressão e a falta de suporte social são fatores de risco para recaída ao uso do álcool e devem ser aspectos trabalhados visando diminuir esse risco (MARRONI et al., 2018).

É necessário que o paciente esteja, por pelo menos seis meses em abstinência alcoólica para ser inserido em lista de espera para o transplante hepático. Estudos mostram que tal critério isoladamente não afeta na sobrevida do paciente, ou seja, a taxa de sobrevida de pacientes que foram submetidos ao transplante por causas não alcoólicas é semelhante à dos pacientes transplantados por cirrose alcoólica. Sobretudo, a recaída ao uso do álcool está associada à perda do enxerto e a diminuição de sobrevida após o transplante (MARRONI et al., 2018).

A infecção por vírus da hepatite B (VHB) e C (VHC) afetam todas as regiões do mundo e estão entre as afecções que provocam alta mortalidade, equiparando-se ao número de mortes causadas por tuberculose e superior ao número de mortes em decorrência da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, o HIV (WHO, 2017). Em 2015, as hepatites virais causaram 1,34 milhão de mortes em todo o mundo, sendo que 257 milhões de pessoas viviam com infecção crônica pelo VHB e 71 milhões de pessoas com o VHC, correspondendo por 1% da população. A maior parte dessas mortes em 2015 foi causada por doenças hepáticas crônicas (720 mil mortes por cirrose) e câncer primário de fígado (WHO, 2017).

Foram descritos no relatório da reunião internacional de eliminação de hepatite viral de 2017 – IVHEM (*International Viral Hepatitis Elimination Meeting*) os desafios que os países enfrentarão para diminuir e até eliminar o vírus da hepatite no mundo. A OMS estimula que os países desenvolvam suas próprias políticas nacionais para que o vírus da hepatite deixe de ser uma ameaça à saúde pública até 2030, visando a redução de novas infecções em até 90% e as doenças hepáticas em até 65%. Tais estratégias focam na melhor cobertura de prevenção, via vacina e a eficaz expansão de testes diagnósticos, visando redução da mortalidade (POPPING et al., 2018; WHO, 2017).

A doença hepática não alcoólica (NASH) é cada vez mais reconhecida como uma das principais causas de cirrose no mundo. Nos Estados Unidos a NASH ocupa o terceiro lugar nos diagnósticos mais comuns que levam ao transplante de fígado, só ultrapassado pelo abuso de álcool e hepatite C. Houve um aumento da frequência das indicações para o transplante em

decorrência do diagnóstico de NASH nos últimos anos, com uma perspectiva de virar a principal causa de transplante de fígado nas próximas décadas. A obesidade está diretamente relacionada com o desenvolvimento dessa doença. Com a epidemia mundial de obesidade, há um aumento considerável de NASH e consequentemente um aumento de casos de transplante de fígado decorrentes dessa afecção (KHULLAR; DOLGANIUC; FIRPI, 2014).

O transplante de fígado é considerado o tratamento de escolha para pacientes com doença hepática avançada e irreversível, a qual não possui outras possibilidades terapêuticas curativas ou de controle de sintomas, tais como medicamentos e cirurgias, possibilitando o aumento de sobrevida de pacientes com doenças hepáticas crônicas terminais, reestabelecimento as condições de saúde que foram debilitadas devido à doença do fígado, bem como possibilitar a melhora da qualidade de vida (KARAM et al., 2016; LÓPEZ-NAVAS et al., 2010; MIES, 1998).

1.4 Transplante hepático e doação de órgãos

Os transplantes de órgãos sólidos tiveram início com Carrel e Ullmann, em 1902, com estudos experimentais (CASTRO-E-SILVA et al., 2002). A primeira tentativa de transplante de fígado em humanos foi realizada em 1963 na cidade de Denver, nos Estados Unidos, por Thomas Starzl, no entanto, a paciente veio a falecer ainda durante a operação. Diversas tentativas de transplante foram realizadas entre os anos de 1963 e 1967 pelo mesmo grupo, sendo em 1967 o primeiro resultado favorável de transplante hepático (MIES, 1998).

O primeiro transplante de fígado no Brasil foi realizado em 1968 pela equipe de Machado (BACCHELLA; MACHADO, 2004), no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no qual o paciente sobreviveu alguns dias após a realização do transplante. Em 1985, o médico Silvano Raia e sua equipe reiniciaram o programa de transplante hepático no HC-FMUSP e em 1988, estes mesmos profissionais realizaram o primeiro transplante de fígado inter vivos do mundo (RAIA; NERY; MIES, 1989). Desde então, observou-se um crescimento do transplante hepático no país, com um aumento do número de centros transplantadores, colocando o Brasil entre os países que mais realizam transplantes hepáticos no mundo (PACHECO, 2016).

Em 2015, nos 102 países que realizavam transplantes, foram realizados 126.670 mil transplantes de órgãos sólidos, entre eles, de rim, fígado, coração, pulmão, pâncreas e de intestino, sendo 27.759 transplantes de fígado (21% de doadores vivos), correspondente a 22% do total de transplantes no mundo. Os países que mais realizam transplantes de fígado no mundo

são a Espanha, Estados Unidos, Croácia e Portugal, sendo a América a região que possui mais números de transplante por milhão de habitantes (51,4/1.000.000), seguido da Europa (CARMONA et al., 2017).

Em relação à doação de órgãos, em 2015, houve 31.812 mil doadores falecidos que ao menos um órgão foi transplantado. O número de doadores por 1.000.000 habitantes tem aumentado desde 2015 comparado aos anos anteriores, sendo a taxa média mundial de 16,96/1.000.000 doadores (CARMONA et al., 2017). Este número ainda é insuficiente para a necessidade, sendo essa escassez de órgãos no Brasil decorrente principalmente do elevado número de mortes hospitalar de possíveis doadores, dificuldade na logística de captação de órgãos e também alta taxa de recusa familiar (ABTO, 2019; CARMONA et al., 2017; COELHO; BONELLA, 2019).

O transplante hepático é considerado um procedimento que resulta em grandes benefícios ao receptor do órgão. Dessa forma, um paciente antes debilitado em decorrência dos sintomas da patologia pode tornar-se útil socialmente bem como voltar a ter uma vida “normal”, buscando uma nova inclusão social (MIES, 1998). Segundo Lazzaretti (2006), o funcionamento do órgão transplantado resulta em importante melhoria na qualidade de vida física e mental, possibilitando ao paciente retomar sua autonomia e independência, bem como retomar a liberdade de fazer planos futuros.

Durante todo o processo, diversas são as etapas pelas quais o paciente candidato a transplante de fígado é submetido. Dentre elas encontram-se a avaliação inicial pela equipe responsável para assim ser aceito como um potencial receptor de transplante, a espera por um órgão compatível, o processo cirúrgico, o período de recuperação pós-transplante e o seguimento a longo prazo. A duração de cada etapa pode ser variável, pois dependerão de fatores como a gravidade da doença, a disponibilidade de local de doadores de órgão bem como do tempo de inscrição dos pacientes em lista de espera (LAZZARETTI, 2006).

1.5 Transplante hepático no Brasil

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT) é responsável pelo controle e monitoramento do processo de doação de órgãos e transplantes realizados no país. Tem por objetivo desenvolver os procedimentos de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para fins terapêuticos. O Brasil tem hoje o maior sistema público de transplantes do mundo, no qual cerca de 87% dos transplantes de órgãos são feitos com recursos públicos (SAÚDE, 2019).

Inúmeras avaliações são realizadas previamente com o potencial receptor do órgão, dentre elas, avaliações clínica e psicológica. Após a indicação do transplante, o candidato é inserido em uma lista de espera única estadual. No Brasil, a partir de 2006, foi estabelecido como critério de admissão e prioridade na lista de espera para transplante de fígado em indivíduos maiores de 12 anos, a escala de gravidade conhecida como MELD (*Model for End-Stage Liver Disease*). Este critério é um sistema de alocação em lista de espera baseado no risco de mortalidade (ABTO, 2015; CAVAGGIONI et al., 2017; DE CAMARGO ARANZANA et al., 2015), que avalia a gravidade da doença hepática crônica por meio dos valores obtidos da bilirrubina e creatinina sérica e a razão normalizada para o tempo de protrombina (JURADO et al., 2011). Os resultados desses testes são transferidos para uma fórmula matemática, que é o resultado numérico do MELD e estima o risco de mortalidade do indivíduo. Os pacientes mais graves apresentam MELD mais elevados e ocupam os primeiros lugares da lista de espera (MIOTTO et al., 2010). Entretanto, há situações em que o MELD não traduz a gravidade da doença, como no caso de hepatocarcinoma, por exemplo. Nestes casos, os pacientes são listados em situações especiais e recebem pontuação diferenciada que aumenta progressivamente com o tempo de espera em lista (ABTO, 2015).

No Brasil foram realizados mais de 116 mil transplantes de órgãos (coração, pulmão, fígado, intestino, pâncreas, rim e multivisceral) entre os anos de 1997 e 2019, sendo 26 mil transplantes só de fígado. Em 2019, segundo divulgação da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, o número de potenciais doadores de órgão é de 52,4/1.000.000 de habitantes e 16,9/1.000.000 o número de doadores efetivos. Neste ano, a taxa de potenciais doadores de órgãos cresceu 1%, comparada ao ano anterior, e a de doadores efetivos foi 0,7% menor, devido à queda de 2,2% na taxa de efetivação da doação (ABTO, 2019). Entre janeiro e junho de 2019, houve 5458 notificações de potenciais doadores e 1471 (27%) doadores cujos órgãos foram realmente transplantados. A principal causa da não concretização da doação de órgãos foi a recusa familiar, seguida da contraindicação médica (ABTO, 2019).

De acordo com um levantamento realizado pelo Registro Brasileiro de Transplante, até junho de 2019, havia 35.519 pessoas na lista de espera para transplante de órgãos, sendo que 1.211 dessa população aguardavam a realização de transplante hepático. Neste mesmo período, 1.575 novos candidatos foram inscritos em lista, havendo 288 óbitos em lista de espera para o transplante hepático. A taxa de mortalidade dos pacientes em lista gira em torno de 18,3%, o que significa que aproximadamente um quinto dos pacientes irá morrer antes de serem submetidos ao transplante devido à gravidade da doença (ABTO, 2019).

Segundo a associação, em uma lista de 30 países, o Brasil ocupa o segundo lugar em número absoluto na realização de transplantes de fígado. Ainda assim, há um desequilíbrio entre oferta e demanda de órgãos, e os candidatos ao transplante de fígado podem ter que aguardar a doação de um órgão por um longo período de tempo (ANNEMA et al., 2017). O número insuficiente de doadores para a crescente demanda de candidatos ao transplante de fígado no Brasil é um dos maiores desafios atualmente. O trabalho visando o aperfeiçoamento da seleção de doadores e receptores, alocação e preservação de órgãos pode contribuir para melhora dos resultados do transplante de fígado (MEIRELLES JÚNIOR et al., 2015).

1.6 Aspectos psicológicos do transplante hepático

A doença crônica desencadeia a sensação de perda da independência e de controle no indivíduo, gerando sensações de luto, e consequentes sentimentos de ansiedade, tristeza, irritabilidade e medo. Aprender a viver com uma doença crônica depende de uma série de características individuais que englobam a forma como o paciente enxerga e aceita o seu adoecimento (MATOS, 2007).

Os procedimentos necessários para o diagnóstico de uma doença crônica, o tratamento proposto e o impacto do diagnóstico sobre o funcionamento emocional do paciente e de seus familiares são caracterizados como situações potencialmente geradoras de estresse, que acarretam sentimento de impotência e fortes incertezas nos pacientes (STRAUB, 2005; TAYLOR, 2003). O indivíduo nessa trajetória encontra-se em um momento de confrontar-se com as restrições impostas pela doença crônica, restrições estas de ordem física, social e psicológica. Somadas a essas questões o paciente se vê diante da imprevisibilidade e incerteza sobre a chegada do órgão, configurando um momento paradoxal entre a possibilidade de viver e retomar aspectos importantes de sua vida ou de morrer durante o processo. Assim, embora a perspectiva de um transplante ofereça outra perspectiva quanto ao futuro, os pacientes muitas vezes sentem que a vida também está em espera (TEIXEIRA et al., 2016).

Os processos psicológicos envolvidos em toda a trajetória do transplante afetam diretamente a vida dos pacientes. Fatores como a indicação de transplante, o medo do procedimento, a espera pela intervenção cirúrgica, a possibilidade de rejeição do órgão bem como o pós-transplante estão diretamente envolvidos nos aspectos psicológicos dos pacientes (TELLES-CORREIA et al., 2006). A partir da avaliação psicológica, Lazzaretti (2006) destaca a presença de uma série de sentimentos ambivalentes e angústias. Dentre eles encontram-se a esperança de melhora de estilo de vida e futuro saudável, a incerteza quanto ao procedimento cirúrgico e possibilidade de rejeição, a angústia quanto a viver com o órgão de outra pessoa, as incertezas quanto a ser aceito como um receptor satisfatório, além de angústias na espera por um órgão compatível, havendo a esperança ainda, de que os avanços da medicina, possam encontrar novas soluções neste tempo de espera, o que tardaria ou mesmo eliminaria a necessidade de realização de um transplante.

Sintomas psicológicos como ansiedade, depressão e estresse podem afetar negativamente aspectos do adoecer comprometendo a adesão ao tratamento, exacerbando a percepção dos sintomas, desencadeando significativos prejuízos na qualidade de vida e trazendo um impacto negativo no curso do adoecimento e na sobrevivência (ANNEMA et al., 2018; DEW et al., 2018). Nesse mesmo sentido, Dew et al (2018) afirmaram que, comparados a outros grupos de pessoas que apresentam diagnóstico de doenças crônicas, os candidatos ao transplante apresentam maior risco de desenvolverem sentimentos de angústia e distúrbios depressivos.

A comorbidade psicopatológica, tais como quadros de ansiedade e depressão, é um fator de mau prognóstico, de má adesão ao tratamento e de piora da qualidade de vida de pacientes que aguardam e realizaram o transplante de fígado. Neste contexto, há uma crescente conscientização sobre a necessidade do cuidado à saúde mental e sobre a importância do psicólogo como membro efetivo da equipe multidisciplinar contribuindo com a avaliação psicossocial, prevenção e tratamento dos pacientes e seus familiares, melhorando o prognóstico (ANNEMA et al., 2018; LÓPEZ-NAVAS et al., 2019).

1.7 Ansiedade no pré e pós-transplante hepático

Os pacientes com doenças crônicas, incluindo a falência de algum órgão, experienciam uma redução importante na qualidade de vida, que muitas vezes contribui para o desenvolvimento de psicopatologias. Sintomas ansiosos podem estar relacionados à alteração do estilo de vida, às limitações físicas impostas pela doença e ao próprio processo de inserção

na lista de espera pelo transplante (PAGLIONE et al., 2019; RODRIGUES et al., 2008). A doença hepática crônica, especialmente pela sua potencial gravidade, pode acarretar importante impacto psicológico aos pacientes. Aguardar um transplante de fígado coloca o paciente frente a uma experiência única, de vivências peculiares que demanda da equipe de saúde, do paciente e de seus familiares um grande empenho para a melhoria do cuidado. Portanto, dado aos estressores encontrados por candidatos ao transplante, não é surpreendente que quadros psicopatológicos, como ansiedade e depressão sejam comuns durante a permanência em lista de espera (ANNEMA et al., 2017; PAGLIONE et al., 2019; TEIXEIRA et al., 2016; TELLES-CORREIA et al., 2006).

Em um recente estudo brasileiro no qual foram analisados sintomas de ansiedade e depressão em pacientes candidatos ao transplante de fígado, foi verificado que 52% da amostra apresentavam sintomas de ansiedade (PAGLIONE et al., 2019); média compatível à amostra espanhola que constatou que 68% dos pacientes apresentavam algum tipo de sintoma psicopatológico, sendo que 48% deles apresentaram sintomas de ansiedade durante a espera pelo transplante (LÓPEZ-NAVAS et al., 2019).

Annema et al. (2017), em um estudo com 216 pacientes em lista de espera pelo transplante, identificaram que 49% dos candidatos apresentaram níveis significativos de ansiedade, contrapondo um outro pequeno grupo de pacientes da mesma amostra que apresentou níveis elevados de ansiedade. No estudo foi encontrada ainda correlação positiva da presença de sintomas de ansiedade com o maior uso de estratégias de enfrentamento focadas na emoção.

Benzing et al. (2015), em estudo alemão longitudinal de 10 anos de coleta, realizado com pacientes pré e pós-transplante hepático, no qual utilizaram como instrumento de rastreio a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD), constaram que os pacientes em lista de espera apresentaram um maior nível de ansiedade comparados aos pacientes após a realização do transplante. No grupo de pacientes que realizaram o transplante, os menores escores de ansiedade foram encontrados nos pacientes (54%) que haviam sido transplantados em menos de cinco anos.

A realização do transplante causa um impacto emocional na vida dos pacientes que até então aguardavam em lista de espera e vivenciavam as complicações da doença hepática avançada, tendo o transplante como única alternativa de vida. Maiores níveis de ansiedade prejudicam a saúde física do paciente e influenciam negativamente na adesão ao tratamento, configurando, portanto, como um fator de risco para possível rejeição do enxerto, interferindo na qualidade de vida e na sobrevida do mesmo (NICKEL et al., 2002; TELES, 2016).

1.8 Depressão no pré e pós-transplante hepático

A vivência do adoecimento e do transplante de órgãos envolvem situações contraditórias de perdas e ganhos experienciadas de diferentes maneiras pelo indivíduo. Tais situações geram implicações psicológicas que refletem na habilidade de adaptação e na maneira de lidar com mudanças na condição de saúde, alteração das relações interpessoais, percepção de si mesmo, revisão de metas e planos de vida (LAZZARETTI, 2006). Os estudos ainda são controversos quando abordam a presença de sintomas de depressão em situação pré-transplante (CORBETT, 2013). Paglioni (2019), em seu estudo recente no Brasil, identificou que 46% da sua amostra de pacientes que aguardavam um transplante de fígado apresentavam sintomas de depressão, relacionando ainda a presença de sintomas depressivos nos pacientes que tiveram maior nível de escolaridade, sugerindo que estes pacientes teriam uma melhor compreensão da doença e de sua gravidade. López-Navaz et al (2019) encontraram uma prevalência de 48% de sintomas depressivos em sua amostra espanhola.

Martins et al. (2006), em estudo descritivo de base hospitalar com 121 pacientes, verificaram que 78,3% dos homens e 77,7% das mulheres em lista de espera para o transplante de fígado apresentaram níveis leves de depressão, e 21,7% dos homens e 22,2% das mulheres apresentaram níveis moderados de depressão, sem diferença significativa entre os gêneros. Esses autores ressaltaram ainda uma correlação moderada (50%) de depressão maior em paciente com histórico de alcoolismo, reforçando a importância da identificação e tratamento dos transtornos psicológicos em pacientes em lista de espera pelo transplante hepático.

Annema et al. (2015) fizeram medições de níveis de ansiedade e depressão em diferentes períodos após a realização do transplante e constataram que 33,4% dos entrevistados apresentaram um ou mais sintomas desses transtornos psicológicos, sendo 16,5% com sintomas de depressão. Os sintomas de depressão foram mais prevalentes nos primeiros dois anos e após quinze anos de transplante. Numa amostra americana com 167 pacientes transplantados aponta a interação de sintomas depressivos com uma menor sobrevida no pós-transplante, comparados a pacientes que não apresentam tal sintoma (DIMARTINI et al., 2011).

Em um estudo prospectivo realizado com pacientes em situação pré-transplante hepático e nos períodos de três, seis, 12 e 24 meses após realização do transplante, sendo constatada uma incidência de sintomas persistentes de depressão em 29% dos casos, nesta trajetória do paciente. A presença desses sintomas foi associada a má adesão ao tratamento, principalmente medicamentosa e uma pior qualidade de vida, mas não houve associação com mortalidade (ANNEMA et al., 2018).

CORBETT et al., (2013) constataram diferentes implicações nos casos de pacientes transplantados com histórico anterior quadro de depressão prévia e os pacientes que desenvolveram depressão após a realização do transplante. Pacientes transplantados com depressão pré-existente possuem estratégias de enfrentamentos eficazes, rede de apoio estabelecida e tratamento psiquiátrico otimizado, em contrapartida, quadros de depressão desenvolvidos após a realização do transplante, podem ser entendidos como um transtorno de ajustamento, onde estes pacientes estariam tentando lidar com os efeitos do transplante, relacionados à adaptação da nova condição de saúde e vida.

No já mencionado estudo longitudinal alemão de 10 anos de coleta, no qual foi utilizado como instrumento de rastreio a HAD, foi constatado que os pacientes que aguardavam o transplante apresentaram níveis mais elevados de depressão comparados aos pacientes já transplantados, refletindo que o transplante eliminaria a doença hepática, resgatando a funcionalidade antes perdida, levando a uma melhor qualidade de vida. Em outro estudo alemão desenvolvido por Muller et al (2015), com pacientes pré e pós-transplante de rim, no qual também foi usado a escala HAD, não houve diferença estatística entre os grupos diante da presença de sintomas de ansiedade e depressão. Em uma amostra com pacientes americanos, foi verificada diferença estatisticamente significativa entre os grupos pré e pós-transplante de fígado em relação aos sintomas de depressão, constatando o aumento de tais sintomas após a realização do transplante.

A presença de sintomas depressivos é um fator de risco para má adesão ao tratamento e da morbimortalidade após o transplante (CORBETT et al., 2013). Pacientes com quadros depressivos apresentam baixa percepção de qualidade de vida, menor capacidade de enfrentamento e de funcionalidade, mostrando-se com maior propensão de morte em lista de espera em relação aos pacientes não deprimidos (SINGH et al., 1997). Neste contexto, é fundamental a identificação de sintomas de depressão em pacientes que passam pelo processo do transplante hepático, visando o planejamento de ações terapêuticas, a fim de melhorar o cuidado com a saúde e a qualidade de vida desses pacientes (TEIXEIRA et al., 2016).

1.9 Estratégia de enfrentamento

Lazarus e Folkman (1980), conceituaram enfrentamento ou *coping* (palavra da língua inglesa sem tradução literal em português, podendo significar enfrentar, lidar com, manejar ou adaptar-se com a forma que cada indivíduo reage a eventos estressores da vida. É um conjunto de estratégias, cognitivas e comportamentais, que o indivíduo busca a fim de manejar essas

situações estressantes (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; PANZINI; BANDEIRA, 2007), podendo ser entendido também como um processo, que sofre mudanças de acordo com as diferentes exigências enfrentadas dependendo do contexto (GIMENES, 1997). Estratégias de enfrentamento refletem ações, estão relacionadas a fatores situacionais e correspondem a um processo no qual a pessoa administra as demandas que surgem da relação indivíduo-ambiente e as emoções geradas por elas. Frente ao evento estressor, realiza-se uma avaliação do que está ocorrendo com o objetivo de criar respostas adequadas àquela situação, solucionando-a ou amenizando-a (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; CHAMON; SANTOS; CHAMON, 2008; LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

Segundo o modelo de Lazarus e Folkman (1984) qualquer tentativa de administrar o evento estressor é uma estratégia de *coping*. Neste modelo interativo do estresse, dois aspectos são relevantes: a avaliação cognitiva e o enfrentamento, os quais se configuram como mediadores entre indivíduo e ambiente, fazendo com que essa relação seja dinâmica e multidimensional. A Escala Modos de Enfrentamento do Problema (EMEP) foi criada com base nesse modelo e conceitua enfrentamento como um conjunto de respostas específicas para determinada situação estressora. Esses autores classificaram as estratégias de enfrentamento nas categorias: enfrentamento focado no problema e enfrentamento focado na emoção. No primeiro caso, são estratégias de aproximação do estressor, com resolução de problemas e planejamento. Nas estratégias focadas nas emoções, há uma busca da regulação das respostas emocionais causadas pelo estressor pela qual o indivíduo se deparou (LAZARUS; FOLKMAN, 1984).

As estratégias de enfrentamento focadas na emoção são definidas como o esforço em regular o estado emocional associado ao estresse. Estes esforços têm por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo, buscam substituir ou regular o impacto emocional do estresse, fazendo com que as pessoas evitem entrar em contato de uma forma consciente com a realidade que ameaça. Podem ser consideradas menos adaptativas, nos quais o indivíduo se relaciona com os fatores emocionais gerados pelo estressor (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). As estratégias focadas no problema formam uma abordagem ativa, na qual os indivíduos buscam atuar nas situações geradoras do problema, ou seja, geradoras do estresse, tentando modificá-las ou até solucioná-las. Segundo os autores, a função deste último conjunto de estratégias é alterar o problema em questão bem como alterar a relação entre a pessoa e o ambiente que está causando o estresse. Não necessariamente essas estratégias de enfrentamento são excludentes, podendo ser usadas simultaneamente para lidar com determinada situação estressora (SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001).

Além das estratégias focadas na emoção e na razão, outras estratégias de *coping* podem ser encontradas, como a busca por suporte social e estratégias focadas em pensamentos religiosos. As estratégias de enfrentamento que se baseiam na busca por suporte social, na qual o indivíduo busca apoio em suas relações interpessoais, ou seja, busca apoio em uma rede de suporte externa, são funcionais ao amenizar demandas advindas da situação estressora (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; SILVA et al., 2016). Nesse mesmo sentido, Ravagnani et al (2007) destacaram que os pacientes que buscam suporte social têm maior tendência a utilizar o enfrentamento externo para lidar com as suas dificuldades (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007).

O *coping* religioso e espiritual pode ser definido pela utilização da religião, espiritualidade ou fé para o manejo do estresse presente nos momentos de crise. Os domínios cognitivo, comportamental, interpessoal e espiritual estão envolvidos nesse tipo de estratégias de enfrentamento, assim como pode variar no nível que é utilizado e na sua estrutura (positivo ou negativo), conforme a experiência individual (CORRÊA; BATISTA; HOLANDA, 2016; PANZINI; BANDEIRA, 2007).

O ser humano possui um limite para lidar com o estresse, e o acúmulo de fatores de risco (eventos da vida ou estressores) pode interferir na sua resiliência. Entretanto, ao falar de resiliência, não basta apenas compreender os riscos, deve-se entender os mecanismos de proteção (mediadores) que o indivíduo dispõe internamente. As estratégias de enfrentamento podem influenciar na capacidade de resiliência e ser usada como fator de proteção frente à possíveis prejuízos psicológicos. Tais fatores de proteção seriam entendidos como essenciais para o reestabelecimento do equilíbrio e demonstração de competência apesar da adversidade (PESCE et al., 2004).

O paciente com doença hepática crônica com indicação ao transplante de fígado é afetado por mudanças no âmbito físico, social, emocional e espiritual devido as contingências do próprio processo de adoecimento, espera em lista, recuperação pós-operatória e seguimento médico a longo prazo. Frente a isso, o paciente é exigido a se posicionar, lançando mão de estratégias de enfrentamento que o auxilie na vivência deste processo (KRAUS et al., 2000; LÓPEZ-NAVAS et al., 2019; MIYAZAKI et al., 2005).

A identificação das estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes em lista de espera para o transplante é importante, uma vez que refletem os padrões cognitivos e comportamentos frente ao adoecimento e seu controle, atuando nas expectativas diante do curso da doença e seu prognóstico (LÓPEZ-NAVAS et al., 2010).

Domingos, Lippy e Miyazaki (2012) avaliaram que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas pelos pacientes em lista de espera para o transplante de fígado foram as focadas no problema e na busca de práticas religiosas. Ressaltaram que embora as diferentes estratégias de enfrentamento possam ser utilizadas concomitantemente, as focadas no problema sinalizam a presença de sentimento de controle pessoal, afetando as respostas que teriam impacto direto com a saúde (DOMINGOS; LIPPY; MIYAZAKI, 2012).

Um estudo brasileiro envolvendo pacientes portadores de hepatite C, avaliando fatores de risco para depressão, evidenciou que pacientes com escores mais baixos de depressão faziam maior uso das estratégias de enfrentamento focado no problema, buscavam mais ativamente o suporte social e reavaliavam a situação problema de uma forma mais positiva. Em contrapartida aqueles que pontuaram escores mais altos de sintomas depressivos relataram menor número de estratégias de enfrentamento positivo, pontuando comportamentos como fuga e afastamento (SOUZA; MIYAZAKI; SILVA, 2004).

López-Navas et al. (2019) em um estudo com 112 pacientes, revelaram que 92% dos pacientes em lista de espera pelo transplante de fígado apresentaram uma má adaptação à doença após inserção em lista de espera. Identificaram um “espírito de luta” mais enfraquecido, utilizando estratégias de enfrentamento menos adaptativas, focadas na emoção, tais como, preocupação exacerbada, desamparo, desesperança, negação, acarretando ao paciente um status deprimido e ansioso. Constataram ainda que estratégia de enfrentamento focado no suporte social é um fator prognóstico que afeta positivamente o bem-estar do paciente.

Annema et al. (2017), em seu estudo com pacientes em lista de espera pelo transplante hepático, constataram que pacientes que contavam com maior controle pessoal e com habilidades de enfrentamento focado no problema apresentaram níveis mais baixos de ansiedade e depressão, sinalizando ainda a importância de intervenções terapêuticas com o intuito de capacitar o candidato ao transplante. Isto fortaleceria suas estratégias de enfrentamento e seu senso de controle pessoal, podendo ser eficaz na redução de sofrimento e melhora de seu bem estar, contribuindo consequentemente para melhor prognóstico no pós-transplante (ANNEMA et al., 2017).

A identificação dos aspectos que interferem nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes, bem como as de dificuldades relacionadas à essa vivência faz-se necessária, visto que são importantes preditores de qualidade de vida, e pode auxiliar no planejamento de programas de intervenção, para minimizar o impacto que o estressor gera e promover melhor adaptação (MIYAZAKI et al., 2005; RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007).

Diante do exposto, há um claro consenso de que o transplante de fígado melhora a qualidade de vida e traz sobrevida ao paciente. Entretanto, todo o processo pré e pós-cirúrgico apresenta ao paciente novas demandas que interferem de maneira direta em seu estado emocional, exigindo do mesmo a construção de estratégia para o enfrentamento dessa nova situação. Portanto, ter claro sobre a ocorrência de sintomas psicológicos, em especial sintomas de ansiedade e depressão durante todo o processo que envolve o transplante de fígado, assim como as estratégias de enfrentamento usadas pelos pacientes frente à vivência do transplante, mostram-se essenciais para construção de ações terapêuticas assertivas, visando obter melhoria da saúde mental dos pacientes, refletindo na adesão ao tratamento e no resultado final de todo o processo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Caracterizar as estratégias de enfrentamento de pacientes em situações pré e pós-transplante hepático e verificar a relação deste fator com a presença de sintomas de ansiedade e depressão.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as estratégias de enfrentamento mais utilizadas por pacientes em situação pré e pós-transplante hepático por meio da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP).
- Determinar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos por meio da aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD).
- Investigar se há associação entre quadros de depressão e ansiedade e a ocorrência das estratégias de enfrentamento.
- Verificar se há associação entre as características sociodemográficas e as condições do paciente com doença terminal hepática (etiologia, sintomas, valor do MELD), com sintomas psicológicos e com as estratégias de enfrentamento dos pacientes pré e pós-transplante de fígado.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

Este é um estudo descritivo longitudinal, de base hospitalar, que utilizou dados obtidos a partir de distintas fontes (entrevista semi-estruturada e consulta de prontuário multiprofissional) e técnicas (entrevista e aplicação de testes psicológicos). Para o estudo correlacional, buscaram-se as possíveis relações entre as estratégias de enfrentamento, as variáveis sociodemográficas e os sintomas de ansiedade e depressão. A população de interesse foram os pacientes em lista de espera para o transplante hepático e os que realizaram transplante no Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) no período de 01/07/2017 à 31/01/2019. Os pacientes foram contatados nos ambulatórios médico e multiprofissional de transplante hepático do HCFMRP-USP e na unidade de internação do mesmo serviço.

3.2 Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP, sendo apreciado e aprovado segundo o Processo CEP-HCFMRP nº 8560/2017, em 12 de julho de 2017. Todos os participantes deste estudo compreenderam o objetivo do mesmo, concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice II).

3.3 Seleção dos participantes

Foram incluídos os pacientes adultos com idade igual ou maior a 18 anos, que estavam em lista de espera para transplante hepático (doador falecido), com status ativo no cadastro técnico único (CTU) do Sistema Nacional de Transplantes.

Os pacientes que estavam alocados nas primeiras posições da lista de espera foram priorizados a fim de garantir a participação destes na pesquisa, devido a maior chance de serem submetidos ao transplante em um período mais curto de tempo. Os mesmos pacientes foram reavaliados no pós-transplante.

Foram estabelecidos como critérios de exclusão os pacientes analfabetos, os que apresentavam quadros psicóticos e os com sintomas de encefalopatia hepática no momento da aplicação, visto que tal complicação impossibilita o paciente de compreender os instrumentos e/ou respondê-los de forma verbal, clara e consistente em decorrência do acometimento cognitivo.

No período estabelecido para avaliação dos participantes no pré-transplante, de 01 de julho de 2017 a 31 de julho, o número total de pacientes foi de 88 de acordo com o CTU. Esse número pode variar em função da entrada ou saída de novos participantes, quer seja por terem sido transplantados, por óbito em lista ou por aparecimento de contraindicações durante o acompanhamento em lista.

No estudo foram incluídos 80 pacientes no pré-transplante hepático, representando, portanto, 91% da população. Houve um paciente excluído por ser analfabeto; outro por ter apresentado sintomas de encefalopatia no momento da aplicação dos instrumentos (Figura 1).

Os pacientes que haviam participado da pesquisa no pré-transplante, foram contatados e avaliados no pós-transplante imediato, após três e seis meses da realização do transplante. Os períodos de reavaliação no pós-transplante foram decididos em função das seguintes questões: no pós-transplante imediato – verificar o impacto da internação e da vivência operatória do transplante, após três meses – período de melhor estabilidade clínica e necessidade de adaptação aos novos cuidados com a saúde, seis meses – período de retorno a rotina de vida.

Os pacientes deveriam estar conscientes, orientados e em condições clínicas estáveis para responderem os instrumentos da pesquisa, no período de 01 março de 2018 a 31 de janeiro de 2019. Adotou-se como critério de exclusão a presença de complicações clínicas que impossibilitavam a aplicação dos instrumentos e os pacientes que foram à óbito.

Figura 1 - Fluxograma de pacientes pré-transplante hepático.

Foram realizados 48 transplantes de fígado no período de 01 março de 2018 a 31 de janeiro de 2019, sendo incluídos 28 pacientes com condições clínicas e emocionais para responderem os instrumentos, que foi aplicado em três momentos - pós-transplante imediato, três e seis meses após o transplante (Figura 2).

Figura 2 - Fluxograma de pacientes pós-transplante hepático.

3.4 Instrumentos de avaliação

3.4.1 Avaliação sociodemográfica

Os dados sociodemográficos e clínicos no pré-transplante foram coletados com o uso de um questionário semi-estruturado (Apêndice I), produzido pela própria pesquisadora, que também é a psicóloga da equipe do transplante de fígado do HCFMRP-USP. Os principais dados avaliados foram: idade, sexo, escolaridade – menor ou igual a nove anos de estudo e maior que nove anos de estudo, estado civil – com ou sem companheiro, ocupação atual – economicamente ativo, renda atual – um, dois, três e quatro ou mais salários mínimos, religião – possui ou não religião, diagnóstico; valores de MELD – funcional (11 a 18, 19 a 24 e maior ou igual a 25) ou corrigido (situação especial), tempo de espera em lista – até seis meses, de sete a 12 meses e maior que 12 meses.

3.4.2 Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD)

A avaliação dos sintomas psicológicos foi feita pelo instrumento elaborado por Zigmond e Snaith (1983) para avaliar graus leves de transtorno de humor em ambientes não psiquiátricos e em situações de comorbidades físicas. Ele foi validado por Botega et al., em 1995, para pacientes internados em enfermarias e, em 1998, para pacientes ambulatoriais (Botega et al., 1998). Neste estudo, adotaram uma nota de corte para a determinação da presença ou ausência de sintomas em cada subescala, sendo nove para pacientes internados em enfermaria e oito para pacientes ambulatoriais.

A escala é composta por 14 questões, com quatro alternativas cada, indicativas de frequência, e é subdividida em duas subescalas independentes de depressão e ansiedade, com sete itens cada, sendo que cada questão tem uma gradação de zero a três. A resposta deve corresponder a como o indivíduo tem se sentido ao longo da última semana (ANEXO I). No presente estudo foi utilizada a nota de corte oito para a verificação de sintomas ansiosos e depressivos, visto que a amostra é composta de pacientes em segmento ambulatorial e de enfermaria.

3.4.3 Escala de Modos de Enfrentamento do Problema (EMEP)

A avaliação das estratégias de enfrentamento foi feita pela aplicação da escala EMEP adaptada por Gimenez e Queiroz em 1997 e validada para a população brasileira por Seidl, Tróccoli e Zannon em 2001. Este é um instrumento autoaplicável, utilizado para avaliar os estilos ou estratégias de enfrentamento e é composto por 45 itens que estão subdivididos em quatro fatores, que contemplam pensamentos e ações apresentados diante de um evento especialmente estressante. As estratégias de enfrentamento nesse instrumento são subdivididas em: enfrentamento focado no problema, com 18 itens representativos de condutas de aproximação ao elemento estressor, no sentido de solucionar o problema, lidar ou manejar a situação estressora mais adequadamente; enfrentamento focado na emoção, com 15 itens representativos de estratégias cognitivas e comportamentais de aspectos emocionais; enfrentamento focado na religiosidade e pensamento fantasioso, com sete itens representativos de crenças que auxiliam na manutenção da fé e da esperança e; enfrentamento focado na busca de suporte social, com cinco itens voltados ao apoio emocional ou de caráter informativo.

As respostas são classificadas em uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, contendo os seguintes intervalos: 1 = Eu nunca faço isso; 2 = Eu faço isso um pouco; 3 = Eu faço isso às

vezes; 4 = Eu faço isso muito; 5 = Eu faço isso sempre. O escore total é obtido pela média aritmética sendo, quanto mais alto o escore, maior a frequência de utilização de determinado estilo de enfrentamento (GIMENEZ; QUEIROZ, 1997) (ANEXO II).

3.5 Logística da Coleta dos dados

3.5.1 Plano de coleta

A pesquisa foi realizada na Unidade de Transplante de Fígado localizada no 10º andar, a beira leito e nos ambulatórios pré e pós do Transplante de Fígado do HCFMRP-USP e multiprofissional. A coleta de dados foi realizada de acordo com as condições clínicas do paciente e a disponibilidade de tempo do mesmo, tanto no ambulatório, como na enfermaria do hospital. Foram utilizadas técnicas de entrevista, observação e revisão dos prontuários médico e multiprofissional.

No pré-transplante, os pacientes com suposta indicação para realização do transplante de fígado são encaminhados da rede pública de saúde, de serviços privados e de outros ambulatórios do próprio HCFMRP-USP, para o ambulatório de transplante de fígado do HCFMRP-USP para realização de triagem. Após confirmação da indicação ao transplante, os pacientes são direcionados à avaliação multiprofissional, que inclui a avaliação de uma equipe composta por psicóloga, nutricionista, assistente social, enfermeira e fisioterapeuta. A avaliação psicológica tem como objetivo verificar as condições emocionais e possíveis fatores de risco para um mau prognóstico psíquico do paciente durante todo o percurso que envolve o processo do transplante. Conforme a demanda de cada paciente e familiar, os mesmos seguem em acompanhamento psicoterapêutico durante o pré e pós-transplante. Feito as avaliações preliminares, o paciente é oficialmente inscrito no Sistema Estadual de Transplantes do Estado de São Paulo. Foi neste momento, que os pacientes foram convidados a participar da pesquisa.

Vale ressaltar que quando se iniciou a pesquisa, já havia pacientes inscritos e ativos na lista, que foram convidados a participar da pesquisa, priorizando os pacientes alocados nas primeiras posições da lista de espera. O convite e a aplicação dos instrumentos foram realizados pela pesquisadora e psicóloga da equipe do transplante de fígado. Os instrumentos foram aplicados uma única vez e em um só momento do tratamento no pré-transplante, respeitando as condições clínicas dos pacientes. Para aplicação dos instrumentos optou-se por não limitar a coleta de dados a um determinado tempo de inclusão de lista de espera, a fim de contemplar um maior número de pacientes para o estudo.

Estes mesmos instrumentos foram utilizados no período pós-operatório na unidade de transplante de fígado, após a alta da unidade de terapia intensiva. Esta segunda aplicação dos instrumentos foi feita na primeira semana de pós-operatório. As coletas seguintes foram realizadas em regime ambulatorial com três e seis meses após o transplante de fígado.

3.6 Análise estatística de dados

Para análise estatística dos dados foi utilizando o programa *Stata Statistical Software: Release 13* (StataCorp LP). Os gráficos foram realizados pelo programa GraphPrisma versão número 5.

Os dados sociodemográficos e clínicos foram submetidos à análise estatística descritiva, e, as variáveis nominais ou ordinais foram avaliadas por meio do teste Qui-quadrado de Pearson (χ^2) ou teste exato de Fischer. As variáveis contínuas foram analisadas por meio do teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste *post hoc* U de Mann-Whitney por não apresentarem distribuição Normal.

A fim de verificar o efeito de possíveis fatores de confusão clínicos, analisamos os valores dos escores das estratégias de enfrentamento constituídas por quatro domínios (problema, emoção, religião e suporte social) (Kruskal-Wallis seguido por Mann-Whitney com ajuste dos valores de p), distribuídos em subgrupos de acordo com (i) presença ou não de ansiedade; e (ii) presença ou não de depressão.

Para as comparações das amostras relacionadas nos períodos pré e pós-transplante foram utilizados o teste de McNemar para as variáveis categóricas e o teste de Wilcoxon pareado para as variáveis contínuas.

As correlações foram descritas pelo coeficiente de Spearman (ρ). Qualitativamente, foram considerados valores relevantes de $\rho > 0,30$.

Considerados significativos os valores de $p \leq 0,05$, quando apropriado, ajustados com correção de Bonferroni nas análises *post hoc*.

4 RESULTADOS

4.1 Aspectos sociodemográficos de pacientes pré e pós-transplante hepático

No pré-transplante, dos 80 pacientes incluídos, 59 (73,7%) pacientes eram do sexo masculino ($p < 0,001$) e a média de idade foi de 53,8 anos (19 e 70 anos). Quanto à escolaridade, 47 (58,8%) pacientes tinham mais que nove anos de estudo. Cinquenta e oito (72,5%) participantes estavam em relacionamento afetivo estável ($p < 0,001$). Vinte e cinco (31,3%) pacientes estavam economicamente ativos. Em relação à renda, 49 (61,3%) pacientes ganhavam menos que dois salários mínimos mensais ($p < 0,001$). A maioria dos pacientes, 77 (96,3%), declararam ter alguma religião ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas de pacientes pré-transplante hepático (n = 80)

Características sociodemográficas	Pré-transplante	p-valor*
Idade, média (DP)	53,8 (11,0)	
Sexo, n (%)		< 0,001
Masculino	59 (73,8%)	
Feminino	21 (26,2%)	
Escolaridade, n (%)		0,146
≤ 9 anos	33 (41,2%)	
> 9 anos	47 (58,8%)	
Vínculo afetivo, n (%)		< 0,001
Sem companheiro	22 (27,5%)	
Com companheiro	58 (72,5%)	
Ocupação, n (%)		0,001
Não ativo	55 (68,8%)	
Economicamente Ativo	25 (31,2%)	
Renda, n (%)		< 0,001
< 2 salários mínimos	49 (61,3%)	
2 salários mínimos	9 (11,3%)	
3 salários mínimos	7 (8,8%)	
≥ 4 salários mínimos	15 (18,8%)	
Religião, n (%)		< 0,001
Sim	77 (96,3%)	
Não	3 (3,7%)	

Nota. n = frequência; % = porcentagem; *p-valor referente ao teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher / $p \leq 0,05$

No pós-transplante vinte e oito pacientes participaram do estudo, sendo 22 (72,8%) do sexo masculino, com uma média de idade de 54,7 anos (36 a 67 anos). Dezoito pacientes (64,3%) tinham mais que 9 anos de estudo, 19 (67,9%) estavam economicamente ativos e 13 (46,4%) viviam com menos que 2 salários ($p < 0,001$). Em relação ao estado civil, 21(75%) pacientes possuíam companheiro em relacionamento estável todos declaram ter alguma religião (Tabela 2).

Tabela 2 – Características sociodemográficas de pacientes pós-transplante hepático (n = 28)

Características sociodemográficas	Pós-transplante	p-valor*
Idade, média (DP)	54,7 (8,21)	
Sexo, n (%)		0,214
Masculino	22 (78,6)	
Feminino	6 (21,4)	
Escolaridade, n (%)		0,185
≤ 9 anos	10 (35,7)	
> 9 anos	18 (64,3)	
Vínculo afetivo, n (%)		0,012
Sem companheiro	7 (25,0)	
Com companheiro	21 (75,0)	
Ocupação, n (%)		0,321
Não ativo	19 (67,9)	
Economicamente Ativo	9 (32,1)	
Renda, n (%)		< 0,001
< 2 salários mínimos	13 (46,4)	
2 salários mínimos	4 (14,3)	
3 salários mínimos	4 (14,3)	
≥ 4 salários mínimos	7 (25,0)	
Religião, n (%)		
Sim	28 (100,0)	
Não	-	

Nota. n = frequência; % = porcentagem; *p-valor referente ao teste Qui-quadrado de Pearson ou Exato de Fisher/ $p \leq 0,05$

4.2 Caracterização clínica dos pacientes no pré-transplante hepático

Em relação às variáveis clínicas no pré-transplante, 31 pacientes (38,8%) possuíam valor de MELD funcional entre 11 e 18, 44 (55,0%) estavam com MELD entre 19 e 24 e cinco

pacientes (6,3%) tinham valores de MELD maior ou igual a 25. Não houve diferença estatística na proporção de pacientes com e sem situação especial. A maior parte dos pacientes estavam nos 6 primeiros meses em lista de espera ($n = 62$, 77,5%, $p < 0,001$). Quanto à etiologia da cirrose, em 30 (37,5%) dos pacientes era de origem alcoólica, seguida pelas hepatites virais puras, 16 (20%) pacientes e NASH, 6 pacientes (7,5%). Em relação às outras etiologias ($n = 23$, 28,75%), o grupo foi composto por pacientes com cirrose por síndrome de Budd Chiari, Criptogênica e secundária à colangite biliar primária. Cerca de um terço, 25 (31,2%) pacientes tinham diagnóstico de câncer, carcinoma hepatocelular (Tabela 3).

Tabela 3 – Características clínicas de pacientes pré-transplante hepático ($n = 80$)

Características clínicas: n (%)	Pacientes	p-valor*
MELD Funcional		< 0,001
11 – 18	31 (38,8%)	
19 – 24	44 (55,0%)	
≥ 25	5 (6,3%)	
Situação Especial		0,093
Não	48 (60,0%)	
Sim	32 (40,0%)	
Tempo de lista		< 0,001
0 a 6 meses	62 (77,5%)	
7 a 12 meses	10 (12,5%)	
13 ou mais	8 (10,0%)	
Grupos etiológicos: n (%)		< 0,001
Cirrose Hepática alcoólica	30 (37,5%)	
Cirrose Hepática por VHB e VHC	16 (20,0%)	
Cirrose Hepática alcoólica, VHB e VHC	5 (6,3%)	
NASH	6 (7,5%)	
Outras**	23 (28,7%)	
Presença de CHC		0,001
Não	55 (68,75%)	
Sim	25 (31,25%)	

Nota. n = frequência; % = porcentagem; *p-valor referente ao teste Qui-quadrado ou Exato de Fisher / $p \leq 0,05$. **Cirrose Hepática por Budd Chiari; Cirrose Hepática Criptogênica; Cirrose Hepática Secundária à Colangite Biliar Primária.

4.3 Sintomas de ansiedade e depressão e estratégias de enfrentamento dos pacientes pré e pós-transplante hepático

Quanto aos sintomas psicológicos de ansiedade e depressão no pré-transplante hepático, a maioria dos pacientes (73,80%) não apresentaram sintomas de ansiedade e nem de depressão. Quanto às estratégias de enfrentamento, aquelas com maior uso foram as focadas no problema (média = 3,99) e focadas na religiosidade (média = 3,80), sem diferença estatística entre si, mas predominam em relação às demais. As estratégias focadas no suporte social e na emoção ocorreram com média 2,71 e 1,96 respectivamente (Tabela 4).

Tabela 4 – Sintomas de ansiedade e depressão e estratégias de enfrentamento de pacientes pré-transplante hepático (n = 80)

Características psicológicas e de enfrentamento	Pacientes	p-valor*
Ansiedade: n (%)		< 0,001
Sim	21 (26,20%)	
Não	59 (73,80%)	
Depressão: n (%)		< 0,001
Sim	23 (28,80%)	
Não	57 (71,20%)	
Estratégia de enfrentamento: média (DP)**		< 0,001
Problema	3,99 (0,64)	
Emoção	1,96 (0,55)	
Religião	3,80 (0,78)	
Suporte social	2,71 (0,94)	

Nota. n = frequência; % = porcentagem; *p-valor referente ao teste Qui-Quadrado e Friedman. ** Teste post hoc Wilcoxon apenas não diferente entre estratégias de enfrentamento focadas no problema e na religiosidade (p = 0,363) / $p \leq 0,05$

Sobre as características psicológicas e de enfrentamento dos pacientes reavaliados no pós-transplante hepático imediato, não houve diferença estatística entre os pacientes que apresentaram ou não sintomas de ansiedade e depressão, sendo que as maiores porcentagens são nos grupos sem estes sintomas (82,14% dos pacientes não apresentaram sintomas de ansiedade e 75% não tinham sintomas de depressão). Da mesma forma, não houve diferença nos escores médios do uso das estratégias de enfrentamento, dos pacientes reavaliados no pós-transplante imediato, em relação a todos os tipos de estratégias de enfrentamento, problema (média = 4,01), emoção (média = 1,93), religião (média = 3,87) e suporte social (média = 2,75) (Tabela 5).

Tabela 5 – Sintomas de ansiedade e depressão e estratégias de enfrentamento de pacientes pós-transplante hepático imediato (n = 80)

Características psicológicas e de enfrentamento	Pacientes	p-valor*
Ansiedade: n (%)		0,211
Sim	5 (17,86%)	
Não	23 (82,14%)	
Depressão: n (%)		0,587
Sim	7 (25,00%)	
Não	21 (75,00%)	
Estratégia de enfrentamento: média (DP)**		0,984
Problema	4,01 (0,50)	
Emoção	1,93 (0,48)	
Religião	3,87 (0,82)	
Suporte social	2,75 (0,84)	

Nota. n = frequência; % = porcentagem; *p-valor referente ao teste Qui-quadrado e U de Mann Whitney / $p \leq 0,05$

4.4 Sintomas de ansiedade e depressão, características sociodemográficas e clínicas dos pacientes no pré-transplante hepático

Nas comparações entre os sintomas de ansiedade e depressão com as características sociodemográficas de sexo, escolaridade, vínculo afetivo, ocupação, renda e religião não se observou diferenças estatisticamente significantes. Entretanto, observou-se diferença estatística significativa na variável ansiedade em relação a idade. Os pacientes com ansiedade tinham, em média, menor idade que os pacientes sem esse sintoma (Tabela 6).

Tabela 6 – Sintomas psicológicos, características sociodemográficas no pré-transplante hepático (n = 80)

Características sociodemográficas	Ansiedade			Depressão		
	Sim (n = 21)	Não (n = 59)	p*	Sim (n = 23)	Não (n = 57)	p*
Idade, média (DP)	48,3 (13,9)	55,8 (9,2)	0,022	54,7 (10,5)	53,5 (11,3)	0,794
Sexo, n (%)			0,162			0,780
Masculino	13 (61,9)	46 (78,0)		18 (78,3)	41 (71,9)	
Feminino	8 (38,1)	13 (22,0)		5 (21,7)	16 (28,1)	
Escolaridade, n (%)			0,862			0,207
≤ 9 anos	9 (42,8)	24 (40,7)		12 (52,2)	21 (36,8)	
> 9 anos	12 (57,2)	35 (59,3)		11 (47,8)	36 (63,2)	
Vínculo afetivo, n (%)			0,898			0,857
Sem companheiro	6 (28,6)	16 (27,1)		6 (26,1)	16 (28,1)	
Com companheiro	15 (71,4)	43 (72,9)		17 (73,9)	41 (71,9)	
Ocupação, n (%)			0,810			0,244
Não ativo	14 (66,7)	41 (69,5)		18 (78,3)	37 (64,9)	
Economicamente ativo	7 (33,3)	18 (30,5)		5 (21,7)	20 (35,1)	
Renda, n (%)			0,404			0,152
< 2 salários mínimos	16 (76,2)	33 (56,0)		18 (78,3)	31 (54,4)	
2 salários mínimos	2 (9,5)	7 (11,9)		2 (8,7)	7 (12,2)	
3 salários mínimos	1 (4,7)	6 (10,1)		2 (8,7)	5 (8,8)	
≥ 4 salários mínimos	2 (9,5)	13 (22,0)		1 (4,3)	14 (24,6)	
Religião, n (%)			0,776			0,858
Sim	1 (4,8)	2 (3,4)		1 (4,4)	2 (3,5)	
Não	20 (95,2)	57 (96,6)		22 (95,6)	55 (95,5)	

Nota. n = frequência; % = porcentagem. *p-valor referente ao teste Qui-quadrado e U de Mann Whitney / $p \leq 0,05$

Na correlação entre algumas características clínicas, MELD, tempo de lista e complicações da cirrose com presença ou ausência de sintomas de ansiedade e depressão no pré-transplante, não houve diferença significativa (Tabela 7).

Tabela 6 – Sintomas psicológicos e características clínicas no pré-transplante hepático (n = 80)

Características clínicas, n (%)	Ansiedade		p*	Depressão		p*
	Sim (n = 21)	Não (n = 59)		Sim (n = 23)	Não (n = 57)	
MELD						
Funcional			1,000			0,520
11 – 18	8 (38,1)	23 (39,0)		9 (39,1)	22 (38,6)	
19 – 24	5 (23,8)	12 (20,3)		4 (17,4)	13 (22,8)	
≥ 25	0 (0,0)	1 (1,7)		1 (4,3)	0 (0,0)	
Corrigido						
Situação especial	8 (38,1)	23 (39,0)		9 (39,1)	22 (38,6)	
Tempo de lista			0,755			0,766
0 a 6 meses	15 (71,4)	46 (78,0)		19 (82,6)	42 (73,7)	
7 a 12 meses	3 (14,3)	8 (13,6)		2 (8,7)	9 (15,8)	
13 ou mais	3 (14,3)	5 (8,5)		2 (8,7)	6 (10,5)	
Complicações			0,146			0,256
CHC	5 (23,8)	20 (33,9)		5 (21,7)	20 (35,1)	
Outras	10 (47,6)	33 (55,9)		16 (69,6)	27 (47,4)	
Nenhuma	6 (28,6)	6 (10,2)		2 (8,7)	10 (17,5)	

Nota. n = frequência; % = porcentagem. *p-valor referente ao teste Qui-quadrado / $p \leq 0,05$.

4.5 Estratégias de enfrentamento, características sociodemográficas e clínicas dos pacientes no pré-transplante hepático

Na correlação entre as estratégias de enfrentamento e as características sociodemográficas, observou-se que as mulheres apresentaram médias mais altas de enfrentamento religioso comparado aos homens. Assim como, os pacientes com escolaridade igual ou maior do que nove anos tiveram média de enfrentamento centrado na religião maior do que os com mais de nove anos de escolaridade. Em relação as demais variáveis sociodemográficas como, possuir ou não um companheiro, ser ou não economicamente ativo, renda e religião não se observou diferença estatística em relação as quatro estratégias de enfrentamento (Tabela 8).

Tabela 7 – Estratégias de enfrentamento e as características sociodemográficas no pré-transplante hepático (n=80)

Características sociodemográficas, n (%)	Problema	p	Emoção	p	Religião	p	Suporte social	p
Sexo		0,390		0,822		0,007		0,395
Feminino	4,10 (0,52)		1,96 (0,58)		4,18 (0,56)		2,86 (0,91)	
Masculino	3,95 (0,67)		1,95 (0,46)		3,67 (0,81)		2,65 (0,95)	
Escolaridade		0,119		0,309		0,018		0,362
≤ 9 anos	3,94 (0,48)		2,02 (0,50)		4,10 (0,46)		2,60 (0,86)	
> 9 anos	4,03 (0,72)		1,91 (0,58)		3,59 (0,90)		2,78 (0,99)	
Companheiro		0,373		0,686		0,582		0,670
Com	3,94 (0,68)		1,98 (0,58)		3,80 (0,73)		2,73 (0,90)	
Sem	4,12 (0,47)		1,89 (0,43)		3,81 (0,92)		2,64 (1,05)	
Economicamente ativo		0,442		0,988		0,186		0,509
Sim	4,01 (0,66)		1,98 (0,61)		3,61 (0,90)		2,77 (1,01)	
Não	3,98 (0,62)		1,94 (0,52)		3,89 (0,72)		2,68 (0,91)	
Renda		0,392		0,762		0,255		0,345
< 2 salários mínimos	3,89 (0,67)		1,98 (0,52)		3,97 (0,61)		2,64 (0,88)	
2 salários mínimos	4,27 (0,75)		1,97 (0,38)		3,57 (1,04)		2,62 (0,99)	
3 salários mínimos	3,96 (0,71)		1,92 (0,61)		3,79 (0,64)		2,51 (1,06)	
≥ 4 salários mínimos	4,19 (0,28)		1,89 (0,71)		3,40 (1,06)		3,06 (1,03)	
Possui religião		0,094		0,254		0,057		0,909
Sim	3,96 (0,61)		1,97 (0,54)		3,84 (0,76)		2,70 (0,93)	
Não	4,76 (0,82)		1,64 (0,65)		2,81 (0,95)		2,80 (1,21)	

Nota. n = frequência; % = porcentagem. *p-valor referente ao teste Kruskal-Wallis ou U de Mann Whitney / $p \leq 0,05$

Foram feitas comparações dentro de cada grupo de características clínicas (MELD, situação especial, tempo de lista e complicações), sendo que no grupo complicações, observou-se, em média, que os pacientes sem complicação, fizeram maior uso da estratégia de enfrentamento focada no problema. Em relação as demais, nenhuma diferença significativa foi observada (Tabela 9).

Tabela 8 – Estratégias de enfrentamento e as características clínicas no pré-transplante hepático (n = 80)

Características Sociodemográficas	Problema	p*	Emoção	p*	Religião	p*	Suporte social	p
MELD								
Funcional		0,712		0,626		0,986		0,639
11 – 18	4,07 (0,50)		2,00 (0,56)		3,83 (0,71)		2,86 (1,06)	
19 – 24	3,97 (0,67)		1,92 (0,56)		3,84 (0,72)		2,60 (0,86)	
≥ 25	3,78 (1,04)		2,05 (0,48)		3,34 (1,63)		2,72 (0,93)	
Corrigido								
Situação especial		0,195		0,301		0,089		
Sim	4,10 (0,49)		2,02 (0,58)		3,92 (0,87)		2,53 (0,79)	
Não	3,93 (0,71)		1,87 (0,50)		3,73 (0,73)		2,83 (1,02)	
Tempo de lista		0,390		0,427		0,200		0,699
0 a 6 meses	3,98 (0,58)		1,95 (0,55)		3,85 (0,75)		2,69 (0,90)	
7 a 12 meses	4,19 (0,44)		2,09 (0,41)		4,03 (0,55)		2,86 (1,17)	
≥ 13 meses	3,86 (1,12)		1,91 (0,72)		3,20 (1,09)		2,68 (1,06)	
Complicações		0,020**		0,541		0,203		0,768
CHC	3,90 (0,76)		1,99 (0,56)		3,67 (0,83)		2,69 (1,02)	
Outras	3,81 (0,48)		2,06 (0,59)		4,06 (0,41)		2,58 (0,77)	
Nenhuma	4,25 (0,35)		1,86 (0,52)		3,93 (0,83)		2,80 (0,90)	

Nota. n = frequência; % = porcentagem; DP = desvio padrão. *p-valor referente ao teste Kruskal-Wallis ou U de Mann Whitney. ** Teste *post hoc* U de Mann Whitney - não observada diferença entre CHC e Outras para estratégia de enfrentamento focada no problema (p = 0,541) / p ≤ 0,05

4.6 Sintomas de ansiedade e depressão no pré e pós-transplante hepático

No pré-transplante a maioria dos pacientes (73,8%) não apresentaram sintomas de ansiedade, com diferença estatística, quando comparados aos pacientes que tiveram sintomas. O mesmo se verificou nos três momentos avaliados do pós-transplante (imediato, 3 e 6 meses), onde a maioria dos pacientes não apresentaram sintomas de ansiedade - 89,3%, 82,1% e 85,7% respectivamente. Em relação aos sintomas de depressão a maioria dos pacientes (71,2%) não apresentaram essa sintomatologia no pré-transplante hepático. O mesmo foi observado no período pós-transplante (imediato, 3 e 6 meses), com 85,7%, 92,9% e 82,1% dos pacientes sem sintomas de depressão respectivamente.

Na comparação evolutiva dos 28 pacientes que foram submetidos ao transplante hepático, cinco destes tinham sintomas de ansiedade no pré-transplante, caindo para três pacientes no pós-transplante imediato, cinco pacientes após três meses e quatro pacientes após seis meses do transplante. Em relação aos sintomas depressivos, sete pacientes apresentaram estes sintomas no pré-transplante, quatro pacientes no pós-transplante imediato, dois pacientes após três meses e cinco pacientes após seis meses do transplante hepático (Tabela 10).

Tabela 9 – Sintomas de ansiedade e depressão no pré e pós-transplante hepático.

Características Psicológicas, n (%)	Pré (n = 80)	p*	Pós-imediato (n = 28)	p*	Pós 3 meses (n = 28)	p*	Pós 6 meses (n = 28)	p*
Ansiedade		< 0,001		< 0,001		< 0,001		< 0,001
Sim	21 (26,2)		3 (10,7)		5 (17,9)		4 (14,3)	
Não	59 (73,8)		25 (89,3)		23 (82,1)		24 (85,7)	
Depressão		< 0,001		< 0,001		< 0,01		< 0,001
Sim	23 (28,8)		4 (14,3)		2 (7,1)		5 (17,9)	
Não	57 (71,2)		24 (85,7)		26 (92,9)		23 (82,1)	

Nota. n = frequência; % = porcentagem; DP = desvio padrão. *p-valor referente aos testes Qui-quadrado / $p \leq 0,05$

4.7 Estratégias de enfrentamento dos pacientes no pré e pós-transplante hepático

A estratégia de enfrentamento mais utilizada no pré-transplante foi a estratégia focada no problema, igualmente à estratégia centrada na religiosidade, com média 3,99 e 3,81, respectivamente. As estratégias centradas no suporte social e na emoção foram menos frequentes, com médias 2,71 e 1,96, respectivamente. Houve diferença estatística significativa em relação à utilização das centradas no problema e na religiosidade quando se comparou com as demais estratégias. A estratégia focada na emoção foi a que teve menor média neste período de avaliação.

No pós-transplante, pôde-se observar que na primeira avaliação (pós-transplante imediato), a utilização da estratégia focada no problema foi maior (média = 4,31), com significância estatística, do que todos os demais tipos de enfrentamento. A utilização das estratégias focadas na religiosidade e no suporte social neste período não tiveram diferença entre si, com médias 3,87 e 3,49, respectivamente. A estratégia centrada na emoção foi a menos utilizada (média = 1,92), com significância estatística quando comparada às focadas na religiosidade e no suporte social. O mesmo ocorreu em relação às estratégias de enfrentamento observadas períodos de três e seis meses pós-transplante hepático (Tabela 11).

Tabela 11 – Estratégias de enfrentamento no pré e pós-transplante hepático.

Estratégia Enfrentamento média (DP)	Pré (n = 80)	p*	Pós-imediato (n = 28)	p*	Pós 3 meses (n = 28)	p*	Pós 6 meses (n = 28)	p*
Problema	3,99 (0,63)	< 0,001	4,31 (3,38)	< 0,001	4,21 (0,51)	< 0,001	4,25 (0,56)	< 0,001
Emoção	1,96 (0,55)		1,92 (0,42)		1,86 (0,62)		1,71 (0,43)	
Religião	3,81 (0,79)		3,87 (0,64)		3,62 (0,81)		3,88 (0,68)	
Suporte Social	2,71 (0,94)		3,49 (1,06)		3,09 (1,20)		3,20 (0,88)	

Nota. n = frequência; % = porcentagem; DP = desvio padrão. *p-valor referente ao teste de Friedman e de Wilcoxon / $p \leq 0,05$, ajustado para os testes *post hoc*

Numa observação longitudinal dos 28 pacientes submetidos ao transplante hepático, não houve diferença na média de pontuação em relação à ocorrência de estratégias de enfrentamento no pré-transplante e nos três períodos de avaliação pós-operatório, quando comparada as ocorrências entre as estratégias dentro de cada período. Foi notado um aumento significativo da estratégia de enfrentamento focada no suporte social entre o momento pré-transplante e o momento do pós-transplante imediato ($p = 0,002$) (Figura 3).

Figura 3 - Estratégias de enfrentamento nas avaliações do pré- e pós-transplante hepático.

4.8 Correlação entre a presença ou não de sintomas de ansiedade e depressão e as estratégias de enfrentamento no pré-transplante hepático

Na correlação entre a presença de sintomas de ansiedade e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes, não houve diferença entre os tipos de estratégia, com exceção da estratégia focada na emoção, que teve uma média de pontuação maior nos pacientes com sintomas de ansiedade em relação aos pacientes que não tiveram estes sintomas, pontuação média de 2,42 e 1,8 respectivamente (Tabela 12). Observou-se correlação positiva entre a presença de sintomas de ansiedade nestes pacientes e a utilização da estratégia centrada na emoção, ou seja, quanto maior o escore da ansiedade, maior a utilização da estratégia focada na emoção (Figura 4).

Tabela 10 – Estratégias de enfrentamento e sintomas de ansiedade e depressão no pré-transplante

Estratégias de enfrentamento média (DP)	Avaliação psicológica no pré-transplante					
	Ansiedade			Depressão		
	Sim (n = 21)	Não (n = 59)	p ^a	Sim (n = 23)	Não (n = 57)	p ^a
Problema	3,87 (0,82)	4,04 (0,55)	0,344	3,66 (0,88)	4,13 (0,44)	0,007
Emoção	2,42 (0,46)	1,80 (0,49)	<0,001	2,35 (0,59)	1,80 (0,45)	<0,001
Religião	3,84 (0,88)	3,80 (0,76)	0,595	3,65 (0,79)	3,87 (0,78)	0,138
Suporte Social	2,90 (1,03)	2,64 (0,90)	0,440	2,55 (0,98)	2,77 (0,92)	0,224

Nota. DP = desvio padrão. *p-valor referente ao teste U de Mann Whitney / $p \leq 0,05$.

Figura 4 - Correlação entre sintomas de ansiedade e a estratégia de enfrentamento focada na emoção no pré-transplante hepático

Na comparação entre os pacientes com e sem sintomas de depressão e as estratégias de enfrentamento, não houve diferença na utilização da estratégia centrada na religião e no suporte social. Os pacientes sem sintomas de depressão utilizaram mais a estratégia centrada no problema em relação aos pacientes com esses sintomas, pontuação média de 4,13 e 3,66 respectivamente. Os pacientes com sintomas depressivos utilizaram mais a estratégia focada na emoção em relação aos pacientes sem esses sintomas, pontuação média de 2,35 e 1,80 respectivamente (Tabela 12). Observou-se correlação negativa entre a presença de depressão e a utilização do enfrentamento focado no problema e positiva em relação à utilização da estratégia centrada na emoção (Figura 5).

Figura 5 - Correlação entre a presença ou ausência de sintomas de depressão e as estratégias de enfrentamento no pré-transplante hepático

4.9 Correlação entre a presença ou não de sintomas de ansiedade e depressão e as estratégias de enfrentamento no pós-transplante hepático

Dos 28 pacientes avaliados no pós-transplante, não observou associação entre a presença de sintomas de ansiedade e depressão e as diferentes estratégias de enfrentamento, com exceção de que na avaliação de três meses, os pacientes com sintomas de ansiedade utilizaram mais a estratégia de enfrentamento focado na emoção em relação aos pacientes que não tinham esses sintomas, pontuação média de 2,45 e 1,74 respectivamente. Assim como, na avaliação de seis meses, os pacientes sem sintomas depressivos utilizaram mais a estratégia focada no suporte social em relação aos pacientes com sintomas depressivos, pontuação média de 3,38 e 2,36 respectivamente (Tabela 13).

Tabela 11 – Estratégias de enfrentamento e sintomas de ansiedade e depressão no pós-transplante hepático

Avaliação psicológica no pós-transplante						
Estratégias de enfrentamento,	Ansiedade			Depressão		
	Sim	Não	p*	Sim	Não	p*
	média (DP)					
Imediato	(n = 03)	(n = 25)		(n = 4)	(n = 24)	
Problema	4,06 (0,48)	4,34 (0,37)	0,246	4,24 (0,26)	4,32 (0,41)	0,408
Emoção	2,16 (0,27)	1,89 (0,43)	0,264	2,08 (0,24)	1,89 (0,44)	0,392
Religião	4,05 (1,03)	3,85 (0,60)	0,431	4,25 (0,51)	3,80 (0,64)	0,186
Suporte Social	3,60 (0,53)	3,47 (1,11)	0,970	3,65 (0,72)	3,46 (1,11)	0,818
3 meses	(n = 05)	(n = 23)		(n = 2)	(n = 26)	
Problema	4,11 (0,71)	4,23 (0,48)	0,508	3,75 (0,82)	4,25 (0,49)	0,180
Emoção	2,45 (0,38)	1,74 (0,60)	0,008	2,34 (0,47)	1,83 (0,63)	0,210
Religião	3,40 (0,99)	3,67 (0,79)	0,568	2,72 (0,81)	3,69 (0,78)	0,140
Suporte social	3,20 (0,68)	3,06 (1,30)	0,928	3,10 (0,14)	3,08(1,25)	0,688
6 meses	(n = 04)	(n = 24)		(n = 5)	(n = 23)	
Problema	4,24 (0,03)	4,26 (0,61)	0,532	3,88 (0,68)	4,33 (0,51)	0,087
Emoção	1,95 (0,27)	1,67 (0,44)	0,198	1,96 (0,31)	1,65 (0,43)	0,147
Religião	4,21 (0,56)	3,83 (0,70)	0,322	3,86 (1,16)	3,89 (0,57)	0,415
Suporte social	2,45 (1,05)	3,33 (0,81)	0,122	2,36 (0,93)	3,38 (0,78)	0,035

Nota. DP = desvio padrão. *p-valor referente ao teste U de Mann Whitney / $p \leq 0,05$.

5 DISCUSSÃO

5.1 Perfil Sociodemográfico

Com o avanço da medicina o transplante de fígado passou a ser um procedimento terapêutico seguro, oferecendo aos pacientes não apenas maior sobrevivência, mas também melhor qualidade de vida e bem-estar, os quais contribuem para uma ressignificação da experiência de vida frente ao seu adoecimento, decorrente da doença hepática. A recuperação da função hepática permite o resgate da vida, pautada pelo imaginário da cura, especialmente para os pacientes que enfrentaram o processo do transplante, permeado pela dicotomia entre a vida-morte e finitude-infinitude (PAGLIONE et al., 2019).

O perfil sociodemográfico do presente estudo é semelhante a outros estudos realizados tanto no Brasil como em outros países do mundo. Os dados não foram expressos de maneira numérica, sobretudo, encontrou-se a presença majoritária do sexo masculino (73,7%), com média de idade de 53,8 anos. Esses achados são corroborados pelos dados do Registro Brasileiro de Transplantes, que mostra 61% dos candidatos à transplante do sexo masculino na faixa etária de 50 a 64 anos (ABTO, 2019). Outros estudos que apresentam também, entre outros dados, o perfil sociodemográfico de amostras populacionais brasileira, mostram predomínio do sexo feminino em decorrência da maior exposição deste grupo aos fatores de risco relacionados à doença hepática crônica (ANNEMA et al., 2018; LÓPEZ-NAVAS et al., 2019; PAGLIONE et al., 2019; PAIS-RIBEIRO; SANTOS, 2001).

Estudos mostram que o nível de instrução tem relação direta com os indicadores de saúde da população, apresentando direta influência na percepção dos pacientes sobre autocuidado, comportamentos de risco, prevenção e estilo de vida (AGUIAR et al., 2016). Os pacientes do nosso estudo possuíam, em sua maioria, mais de nove anos de estudo, semelhante à outros estudos brasileiros com pacientes receptores de fígado (DE AGUIAR et al., 2018; MENDES et al., 2016; SANTOS et al., 2012). Esses dados mostram uma média superior à média de instrução da população brasileira, que de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística até 2016 mais da metade da população brasileira adulta (51%) possuía ensino fundamental completo e apenas 15,3% da população possuía ensino superior (IBGE, 2016).

Grande parte da amostra possui companheiro tanto em situação pré como em situação pós-transplante. Diante de toda a complexidade do transplante e dos cuidados que envolvem o tratamento, existe um intenso envolvimento físico e emocional do familiar cuidador, acarretando na mudança da rotina e a modificação da dinâmica e estrutura familiar. Frente a isso, o cuidador merece que suas necessidades sejam avaliadas, afim de que a equipe possa

despender atenção às suas demandas, visto o importante papel que ele desempenha no auxílio do paciente frente ao processo do transplante de fígado (SÁ et al., 2016). O cônjuge/companheiro(a) configura-se como principal cuidador do paciente que enfrenta todo o processo que envolve a realização do transplante de fígado, seguido por mãe e irmãos (LÓPEZ-NAVAS et al., 2019). Os familiares participam de todas as etapas do cuidado, não só o acompanhamento nas consultas e internações, realização de exames, mas no envolvimento ativo do cuidado no ambiente hospitalar e domiciliar, compartilhando responsabilidades e exercendo um papel fundamental para a continuidade do tratamento e a recuperação do paciente (SÁ et al., 2016). Recentemente, um estudo espanhol mostrou que em média 79% dos pacientes identificaram um bom suporte emocional, funcional e afetivo advindo da família (LÓPEZ-NAVAS et al., 2019).

O presente estudo demonstrou que a maior parte dos pacientes estava ocupacionalmente inativa (68,8%) durante o período de pré-transplante hepático, corroborando com os achados de outros estudos brasileiros que relatam entre 61,3% a 70% de inatividade na espera pelo transplante (AGUIAR et al., 2016; SANTOS et al., 2014). O afastamento do trabalho no pré-transplante, devido aos próprios sintomas da doença hepática, como fadiga, edema, ascite, encefalopatia, a baixa qualificação dos indivíduos e a presença de sintomas de depressão são preditores que sinalizam uma menor probabilidade de retorno ocupacional no pós-transplante. Estratégias de atuação focadas nestes preditores podem promover uma melhor condição de saúde no pós-transplante, acarretando em recuperação funcional e reintegração social destes pacientes (ABERG, 2016).

Grande parte dos pacientes do nosso estudo possuíam alguma religião. Paglione et al (2019) apontam que quanto maior for a presença da religiosidade nos pacientes que aguardam por um transplante, maior o domínio das funções emocionais. O fator religioso no cenário do adoecimento configura-se como um fator de proteção e auxílio para o enfrentamento das dificuldades encontradas pelos pacientes diante da nova condição de saúde, trazendo bem-estar físico e espiritual (PAGLIONE et al., 2019; SANTOS et al., 2014). A religiosidade configura-se ainda como um mecanismo de interação com a equipe de saúde, onde os pacientes consideram importante que a equipe de saúde fale sobre espiritualidade e tenha uma abordagem holística (SANTOS et al., 2014).

Assim o conhecimento das características sociodemográficas dos pacientes pode auxiliar na identificação das suas necessidades de saúde, uma vez que podem contribuir para o fornecimento de subsídios para o planejamento e implementação de intervenções na área da saúde que promovam melhorias na qualidade de vida destes pacientes (MENDES et al., 2016).

5.2 Perfil Clínico

O tempo pode ser um fator importante no desencadeamento de transtornos psicológicos para pacientes que aguardam em lista de espera para o transplante. No presente estudo, a maioria dos pacientes estavam aguardando o transplante por menos de seis meses (77,5%), dado semelhante ao estudo brasileiro de Santos et al (2014), com 67,5% da amostra neste período de tempo em lista de espera (SANTOS et al., 2014).

Dos pacientes ativos na lista de espera com a indicação para a realização do transplante de fígado, a maioria destes apresentavam MELD funcional entre 19 e 24 (44, 55,0%) mostrando que mais da metade dos pacientes apresentavam alguma repercussão da doença hepática e 5 (6,3%) pacientes mais sintomáticos com MELD ≥ 25 , número menor ao observado em pacientes de um serviço de transplantes na cidade de São Paulo (70,8% com MELD 10-19) (PAGLIONE et al., 2019). Em relação aos pacientes em situação especial, portanto com MELD corrigido, constatou-se que 31,25% da amostra tinham carcinoma hepatocelular (CHC), 31,25% apresentavam ascite refratária e 28,75% quadro de encefalopatia, entretanto, sem diferenças estatisticamente significantes entre os grupos.

A cirrose hepática por uso de álcool foi o fator etiológico mais frequente (37,5%), seguido dos pacientes com cirrose pelo vírus da hepatite B e C (20,0%). Tais achados demonstram conformidade com estudos que apontam a cirrose por álcool como principal etiologia, tal como o estudo brasileiro de Santos et al (2014), que mostrou maior prevalência de cirrose hepática alcoólica (26,47%), seguida por cirrose por hepatite viral (23,53%). Outro estudo brasileiro de base epidemiológica aponta o álcool como principal causa etiológica da cirrose em 39,3% da amostra, seguido das hepatites virais que totalizaram 34,4% (BARBOSA, 2017). Os dados refletem a epidemiologia nacional, já relatado por outros estudos como a etiologia com maior incidência na população brasileira (MIOTTO et al., 2010; PORTUGAL et al., 2015; COSTA et al., 2016).

A cirrose alcoólica é uma importante doença crônica que pode levar a morte, sendo também a principal indicação ao transplante de fígado no Brasil e no mundo, acompanhada das hepatites virais (BITTENCOURT; FARIAS; COUTO, 2016; MARRONI et al., 2018; SAÚDE, 2019). Há evidências da relação do uso de crônico do álcool com quadros psicológicos e psiquiátricos. Um estudo brasileiro com uma população semelhante à nossa amostra aponta uma correlação moderada (50%) de depressão maior em paciente com histórico de alcoolismo (MARTINS et al., 2006). O consumo de álcool é responsável por 3,8% das mortes no mundo

anualmente, sendo em sua maioria caracterizada pela doença hepática alcoólica, principalmente a cirrose alcoólica (MARRONI et al., 2018). Segundo o relatório divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2018, mais de 3 milhões de pessoas morreram pelo consumo abusivo do álcool em 2016 em todo mundo, representando 5,3% de todas as mortes (WHO, 2018).

No período de avaliação pré-transplante hepático os candidatos assumem um compromisso de ficarem em abstinência alcoólica, e se sentem motivados ao cumprimento deste, visto que é um requisito obrigatório para serem inseridos em lista de espera e consequentemente realizarem o transplante. Os pacientes que conseguem se conscientizar da ligação que o álcool tem com seu adoecimento, as perdas relacionadas e todo o processo de tratamento que estão enfrentando, buscam auxílio para a mudança de hábito e a manutenção da abstinência alcoólica. Ao realizar o transplante, a exigência da abstinência antes imposta e atrelada à realização do transplante não existe mais. A taxa de recaída dos pacientes que tinham cirrose hepática alcoólica e foram submetidos ao transplante é de 4,7% ao ano para qualquer consumo de álcool e 2,9% para o abuso de álcool, podendo afetar negativamente o enxerto e interferindo na sobrevida do paciente a longo prazo (KODALI et al., 2018).

Os resultados do estudo de Sacco et al (2018) indicam que há uma redução do uso de álcool pelos pacientes que foram submetidos ao transplante devido a cirrose alcoólica, porém permanecem em risco, devido a brusca mudança de vida que devem enfrentar e se adaptar, já mesmo na internação após o transplante. Os autores sugerem que já na hospitalização pós-transplante, onde o paciente está submerso no processo de recuperação e recebendo o auxílio da família, seria o momento propício para a intervenção integrada por parte da equipe de saúde. Os pacientes altamente motivados e comprometidos ao seu tratamento conseguem, juntamente com o acompanhamento da equipe multidisciplinar, apresentar boas perspectivas para a manutenção da abstinência alcoólica no pós transplante hepático, com foco no aprendizado de uma nova vida e novos hábitos (SACCO et al., 2018).

Abordagens multiprofissionais e multifocais de tratamento podem ser realizadas, tais como o trabalho visando o rastreio do abuso de álcool com o uso de instrumentos como o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Este teste contempla a psicoterapia para a aquisição de melhores habilidades de enfrentamento e autocontrole, estratégias para a identificação de situações de risco, psicoterapias em grupos e até a ação de prevenção de recaídas via mensagem pela internet. Tais estratégias buscariam melhores resultados para o paciente e sua família, evitando com isso, o aumento de doenças crônicas como a cirrose

hepática alcoólica (DEMARTINI et al., 2018; SACCO et al., 2018; SCHLAGINTWEIT; LYNCH; HENDERSHOT, 2019).

5.3 Perfil Psicológico

O impacto do diagnóstico da doença hepática crônica e a indicação para a realização de um transplante de fígado colocam o paciente e sua família diante de uma nova e desconhecida situação, a qual acarreta dúvidas e inseguranças frente ao tratamento, a realidade da perda da saúde, a possibilidade de morte e a própria existência. Durante todo o processo que envolve a vivência da espera e do pós-transplante, o paciente começa a tomar consciência da gravidade da doença, das mudanças do corpo, da rotina e da própria condição de vida, percebendo a importância do transplante para a sua sobrevivência. Frente a isso, sintomas de ansiedade e depressão são comumente observados nesses pacientes, exigindo da equipe multiprofissional a prestação de uma assistência apropriada (PAGLIONE et al., 2019).

O período de espera até a realização do transplante possui uma alta carga de estresse que desencadeia tanto repercussões físicas e psicológicas, quanto efeitos negativos na qualidade de vida desses pacientes. Sintomas depressivos são apontados como uma das manifestações clínicas mais comuns entre os pacientes submetidos aos diferentes tipos de transplante (MARTINS, 2008). Uma das prioridades durante essa fase é poder detectar possíveis sintomas de angústia, para assim trabalhar no intuito de minimizar alterações psicológicas importantes e manter a qualidade de vida (JURADO et al., 2011).

No presente estudo pode-se observar uma prevalência de 26,2% de sintomas de ansiedade e 28,8% de sintomas de depressão em pacientes em situação pré-transplante, mostrando que a maior parte dos pacientes que aguardavam em lista de espera pelo transplante de fígado não apresentavam tais sintomas psicológicos. Estes dados apontam uma prevalência menor em relação à literatura. Um estudo americano com pacientes pré e pós-transplante que também utilizou a escala HAD mostra que 32,9% dos pacientes tinham sintomas de depressão e 41,5% apresentavam sintomas de ansiedade antes da realização do transplante (MILLER et al., 2013). Estudo brasileiro recentes mostram-se alinhados aos dados americanos, nos quais verificaram que 52% da amostra apresentavam sintomas de ansiedade e 46% da sua amostra apresentam sintomas de depressão (PAGLIONE et al., 2019), compatível também com estudo espanhol que constatou que 68% dos pacientes apresentavam algum tipo de sintoma psicopatológico, sendo que 48% deles tinham sintomas de ansiedade e a mesma prevalência de 48% para sintomas de depressão durante no pré-transplante hepático (LÓPEZ-NAVAS et al.,

2019). Identificar níveis de ansiedade em pacientes que passam pelo processo do transplante de fígado pode auxiliar para um melhor planejamento de ações para um tratamento mais eficaz, melhorando o cuidado e a qualidade de vida (TEIXEIRA et al., 2016).

A presença de sintomas de ansiedade e depressão são relacionadas com as variáveis como, sexo, idade, estado civil, tal como às variáveis clínicas, como etiologia da doença hepática, tempo em lista de espera para o transplante, complicações e variáveis individuais como, histórico psiquiátrico e estilo de enfrentamento (ANNEMA et al., 2018). No presente estudo, foi observado a relação significativa entre a presença de sintomas de ansiedade com pacientes que obtinham média de idade de 48,3%, corroborando com os achados de Miller et al (2013). Constatou-se ainda uma correlação negativa entre estas variáveis, sinalizando que quanto maior for a média de idade, menor é o escore de ansiedade. No entanto, não verificou associação entre as demais variáveis sociodemográficas (sexo, ano de estudo, vínculo afetivo, renda e religião), em consonância com o estudo de Annema (2017) que também não encontrou relação estatísticas dos sintomas de ansiedade e depressão com as características sociodemográficas (ANNEMA et al., 2017).

Observar-se que a população da atual amostra segue um perfil particular, diferente outros estudos encontrados na literatura, pois mostra a presença majoritária do sexo masculino (73,8%) e o nível de escolaridade superior a nove anos de estudo (58,8%). Estes fatores podem refletir sobre a menor prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em nosso estudo. Os pacientes do sexo masculino expressam menos os seus sentimentos e as limitações quando comparados às mulheres, assim como apresentam maior dificuldade em reconhecerem o seu adoecimento e buscarem prontamente o serviço de saúde (LUCCHESE et al., 2014). Cabe considerar que mulheres e homens podem apresentar padrões somáticos diferentes (BORGES; HEGADOREN; MIASSO, 2015).

O status divorciado ou separado configura um fator que se relaciona a um elevado índice de problemas psicológicos (LUCCHESE et al., 2014). A maior parte dos pacientes do estudo apresentaram vínculo afetivo com um companheiro(a) (72,5% no pré-transplante e 75% no pós-transplante), o que pode proporcionar melhor suporte durante o tratamento e a recuperação do transplante de fígado. Este pode ser um importante fator de proteção para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão, justificando a menor prevalência nesta amostra quando comparada à literatura em geral.

Em relação aos pacientes em situação pós-transplante hepático, o estudo mostrou que a maior parte dos pacientes, nos três períodos avaliados (pós-operatório imediato, 3 e 6 meses) não apresentou sintomas de ansiedade 89,3, 82,1 e 85,7% respectivamente, nem sintomas de

depressão, 85, 92 e 82,1% respectivamente. Não foi observada diferença estatística na comparação entre grupos em relação a esses sintomas nos diferentes momentos avaliados do pré- e pós-transplante. Benzing et al (2015) utilizaram o mesmo instrumento de medida - HAD da atual pesquisa e constataram uma diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão no pós-transplante, deparando-se com a maior presença de tais sintomas no pré-transplante hepático. Sobretudo, vale ressaltar que as medidas foram feitas nos intervalos de 5 anos, 5 e 10 anos e mais de 10 anos após realização do transplante. Os achados de Muller et al (2015) corroboram com o presente estudo, no qual também não foi encontrado diferença estatística entre as variáveis ansiedade e depressão dos pacientes no pré e pós transplante renal.

Estudos avaliando a trajetória dos sintomas de ansiedade e depressão com uma medida no pré-transplante e quatro medidas no pós-transplante, constataram uma queda dos sintomas de ansiedade e depressão na primeira medida do pós-transplante comparado a situação de pré-transplante, sinalizando um efeito benéfico do transplante no funcionamento psicológico do paciente no pós-transplante imediato. Observou-se ainda a presença de sintomas persistentes de ansiedade em 23% da amostra e depressão em 29% da amostra no pós-transplante, corroborando com o presente estudo, assim como no estudo de Miller et al (2013) que encontraram dados semelhantes sobre a persistência dos sintomas de ansiedade e depressão no pós-transplante (ANNEMA et al., 2018; MILLER et al., 2013).

O estudo de Baghernezhad et al (2017) detectou um aumento de sintomas de depressão no pós-transplante, assim como Rodrigues et al (2008) que encontraram o mesmo perfil de resultados. Na avaliação longitudinal do pré e pós-transplante não se observou diferença estatística, corroborando com os achados no presente estudo. Sugere-se com isso, que a necessidade de mudança de estilo de vida e cuidados com a saúde permanecem após o transplante, fato este que pode influenciar na manutenção dos sintomas de ansiedade no paciente após o transplante.

Ao entrar em contato com os estudos de comparação entre os sintomas psicológicos nos diferentes momentos do pré e pós-transplante hepático, encontrou-se uma gama de dados com diversos resultados, não podendo traçar um único perfil de achados para tal fenômeno. Vale ressaltar que os estudos demonstram uma ampla variabilidade em relação aos períodos de reavaliação, desde um mês até 10 anos após a realização do transplante.

O efeito imediato ao realizar um transplante de fígado é de alívio pela salvação da vida e pela possibilidade de resgatar a qualidade de vida comprometida pela doença hepática crônica. No entanto, com o passar do tempo, ao se deparar com o processo de recuperação, o indivíduo percebe que deverá voltar a sua rotina de vida com uma nova condição física, agora com o uso

crônico do imunossupressor, com a dependência do serviço de saúde, a autonomia não totalmente recobrada, se deparando com a melhora progressiva, porém lenta (RODRIGUES et al., 2008; YILDIZ; KILINÇ, 2017). Tal cenário sinaliza ao paciente que a mudança de estilo de vida e os cuidados com a saúde permanecem após o transplante, exigindo um comprometimento que o leva a um novo processo de adaptação e aceitação que pode interferir em seu estado emocional, e no aparecimento dos sintomas de ansiedade e depressão nesse momento após o transplante (BAGHERNEZHAD et al., 2017).

Um aspecto importante a ser destacado refere-se à assistência psicológica que todos os pacientes em situação pré e pós-transplante recebem ao passarem a pertencer ao serviço de transplante de fígado do HCFMRP-USP. A possibilidade da assistência à saúde mental oferece uma escuta especializada, proporcionando um olhar único às demandas do paciente e sua família, respeitando as dimensões subjetivas destes, permitindo abertura para novas possibilidades de enfrentamento, podendo interferir na presença de sintomas psicológicos e na manutenção da vida emocional durante a trajetória do transplante hepático.

A vivência da doença crônica e do transplante de órgãos envolvem situações contraditórias de perdas e ganhos experienciados de diferentes maneiras pelo indivíduo. Tais situações geram implicações psicológicas que refletem na habilidade de adaptação e na maneira de lidar com mudanças na condição de saúde, na alteração das relações, na percepção de si mesmo, na revisão de metas e planos de vida (LAZZARETTI, 2006). Sugere-se ainda que mais estudos na área, possam identificar os fatores associados aos sintomas depressivos no pré e pós-transplante, possibilitando a criação de estratégias que auxilie o retorno desses pacientes a vida ativa (BAGHERNEZHAD et al., 2017).

5.4 Perfil de enfrentamento

O indivíduo ao se deparar com o aparecimento de uma doença crônica, tal como a cirrose hepática com indicação para realização de um transplante de fígado, faz uma avaliação do que está ocorrendo, sendo exigido a se posicionar (agir) frente às inúmeras demandas que a nova condição requer, lançando mão de estratégias de enfrentamento. Ou seja, o indivíduo busca criar respostas adequadas que o auxilie no manejo da vivência do transplante, e dos aspectos a ela envolvidos como, as mudanças físicas do próprio corpo, os papéis sociais, a rotina ocupacional, a dinâmica familiar, vida emocional e espiritual, tal como as próprias exigências do tratamento, a espera na lista pela chegada do órgão, as possíveis complicações inerentes ao agravamento da doença, à cirurgia e ao processo de recuperação (ANTONIAZZI;

DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998; CHAMON; SANTOS; CHAMON, 2008; KRAUS et al., 2000; LÓPEZ-NAVAS et al., 2019; MIYAZAKI et al., 2005).

No presente estudo pôde-se constatar a maior utilização da estratégia de enfrentamento centrada no problema, seguido do enfrentamento focado na religiosidade, entre os pacientes no pré-transplante. Em contrapartida, os pacientes fizeram menor uso da estratégia de enfrentamento focada na emoção, que se diferenciou estatisticamente da estratégia focada no suporte social. O uso da estratégia de enfrentamento focada no problema envolve uma posição ativa do indivíduo, que busca agir se aproximando da situação geradora de estresse e desequilíbrio, visando modificá-la, com o intuito de resolver ou amenizar o problema. O indivíduo se esforça para construir uma melhor relação entre ele e o ambiente, que no momento se apresenta como estressor (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001).

Os dados do presente estudo corroboram com os achados de Domingos, Lippy e Miyazaki (2012), no qual encontraram maior prevalência do uso das estratégias de enfrentamento focada no problema, seguida do enfrentamento focado na religiosidade em pacientes pré-transplante hepático, mencionando a presença de sentimento de controle pessoal, que afetam as respostas que teriam impacto direto com a saúde e qualidade de vida.

O uso de estratégia de enfrentamento mais ativa, como a focada no problema, se mostra mais eficaz para lidar com o adoecimento do que o de estratégia considerada mais passiva, como a focalizada na emoção. A estratégia de enfrentamento focada no problema apresenta relação direta com fatores de motivação para o autocuidado e adesão ao tratamento de saúde, os quais contribuem de maneira positiva diante de todo o processo que envolve o transplante (LÓPEZ-NAVAS et al., 2019; RODRÍGUEZ VEGA et al., 2007; SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001; SOUCASE et al., 2004).

Em relação aos pacientes já submetidos ao transplante hepático, a utilização da estratégia de enfrentamento focada no problema manteve-se como a mais prevalente nos três períodos do pós-transplante hepático (imediato, três e seis meses), assim como no grupo de pacientes no pré-transplante hepático, sendo a estratégia focada na emoção a menos usada, também comparada com as estratégias focadas na religiosidade e suporte social. Os dados estão em consonância com os achados de um estudo espanhol, que identificou que os pacientes pós-transplante hepático fazem maior uso de estratégias de enfrentamento saudáveis, ou seja, um enfrentamento ativo, focado no problema, assim como utilizam no apoio prático e emocional advindo de familiares (ÁNGELES PÉREZ-SAN-GREGORIO et al., 2017).

A medida do pós-transplante imediato foi realizada no momento que o paciente estava hospitalizado. A presença de um membro familiar para despender suporte e cuidado ao paciente no momento imediato após realização do transplante é uma exigência feita pela equipe multiprofissional de transplante de fígado, visando não apenas o auxílio para dinâmica dos cuidados de higiene e físicos, mas também como suporte emocional e auxílio em algumas demandas burocráticas, como administração dos imunossupressores. O uso da estratégia de enfrentamento centrada no suporte social é um importante fator de proteção, que interfere no bem estar do paciente, no seu censo de segurança, na noção de compartilhamento da situação supostamente nova e estressora e oferece a possibilidade de afeto ativo, interferindo positivamente no prognóstico do paciente (LÓPEZ-NAVAS et al., 2019).

Pôde-se constatar que a maioria dos pacientes tanto em situação pré como nos três momentos pós-transplante hepáticos fizeram maior uso das estratégias de enfrentamento focadas no problema, o que sinaliza a maneira com que os pacientes lidam com a sua doença e com seu tratamento. Isto mostra uma adaptação diante de todo o processo do transplante, com uma postura ativa frente a vivência do adoecimento e da recuperação, encarando a doença como um desafio a ser vivido e superado, com maior grau de controle sobre as circunstâncias. Tal achado possibilita a reflexão de que a postura ativa da equipe pode ter interferência direta no comportamento de enfrentamento desses pacientes.

A equipe do transplante de fígado do HCFMRP-USP busca estabelecer um vínculo próximo com seus pacientes, com o intuito de psicoeducá-los para construção de uma postura participativa diante de seu tratamento, visando a corresponsabilidade frente ao cuidado com a saúde, deixando claro sobre os riscos e benefícios que a adesão ao tratamento traz. Ainda assim, o transplante de fígado apresenta-se ao paciente e sua família como a única possibilidade de salvação e manutenção da vida frente ao momento em que estavam vivenciando até então. A equipe busca ressaltar que o transplante não é uma alternativa de cura à doença hepática terminal, mas sim, o tratamento mais eficaz existente até o momento para restauração da vida e reestabelecimento da qualidade de vida, demandando acompanhamento e cuidados perenes.

A identificação das estratégias de enfrentamento em pacientes que aguardam em lista e os que realizam o transplante se mostra crucial, uma vez que pode demonstrar o esquema cognitivo do paciente para lidar com o adoecimento e o transplante, atuando nas expectativas diante do curso da doença e seu prognóstico. O estilo de enfrentamento diante da doença utilizado pelo paciente pode repercutir em morbidade decorrentes de quadros psicopatológicos, sendo que estas manifestações podem levar a mudanças comportamentais que refletem no

tratamento e no cuidado com a saúde (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; LÓPEZ-NAVAS et al., 2019; MOHAMED; SABKI; ZAINAL, 2014).

5.5 Correlação dos sintomas de ansiedade e depressão e as estratégias de enfrentamento

O presente estudo constatou associações significativas entre os sintomas psicológicos de ansiedade e depressão e as estratégias de enfrentamento. Em relação aos pacientes em lista de espera para o transplante hepático, observou-se que os que apresentavam sintomas ansiosos e depressivos faziam maior uso de estratégias focalizadas na emoção. Entretanto, os pacientes que não tinham sintomas de depressão, eram os que faziam maior uso da estratégia focada no problema.

As estratégias de enfrentamento focadas na emoção podem ser consideradas como sendo menos adaptativas frente à situação estressora, ou seja, fazem com o que o indivíduo evite entrar em contato de forma consciente com a realidade, alterando seu estado emocional, justificando presença de sintomas de ansiedade e depressão. Tal estratégia busca a regulação do estado emocional do indivíduo, diferente das estratégias de enfrentamento focadas no problema que visam ações para resolutividade da situação estressora (LAZARUS; FOLKMAN, 1984). Dessa forma, a estratégia de enfrentamento focada no problema parece atuar como um fator de proteção ao aparecimento de sintomas depressivos, como visto na presente pesquisa. Sobretudo, vale ressaltar que as diferentes estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas pelos pacientes de maneiras simultânea, conforme o estressor vivenciado.

As relações constatadas no presente estudo sobre o uso da estratégia focada na emoção com a presença de sintomas de ansiedade e depressão vão de encontro com os achados de Annema et al 2018, no qual observou uma correlação positiva entre a presença de sintomas de ansiedade e depressão com enfrentamento centrado na emoção. Já os pacientes que não apresentavam sintomas ansiosos e depressivos eram mais propensos ao maior controle pessoal e ao uso de estratégias com foco no problema. Há relato também de haver associação positiva entre a ausência de sintomas de depressão com o uso da estratégia focada no problema num estudo com população holandesa e americana (ANNEMA et al., 2017; BAGHERNEZHAD et al., 2017). Intervenções terapêuticas a fim de capacitar o candidato ao transplante de fígado a desenvolver estratégias de enfrentamento mais adequadas, mostram-se importantes, visto que podem ser eficazes na redução de seu sofrimento e melhora de seu bem estar, contribuindo consequentemente para melhor prognóstico no pós-transplante (ANNEMA et al., 2017).

Corroborando com o presente trabalho, estudo com amostra brasileira, evidenciou que pacientes com presença de sintomas de depressão, faziam maior uso das estratégias de enfrentamento focadas no problema, buscando mais ativamente o suporte social e reavaliando a situação problema de uma forma mais positiva (SOUZA; MIYAZAKI; SILVA, 2004). Já num estudo com população espanhola houve associação significativa entre a presença de sintomas depressivos naqueles pacientes que apresentam um menor “espírito de luta”, ou seja, menor capacidade de resiliência como estratégia de enfrentamento focada no problema. Os sintomas de ansiedade e depressão ainda estiveram associados ao enfrentamento focado na emoção, baseado na sensação de impotência e desespero (LÓPEZ-NAVAS et al., 2019).

Na avaliação após a realização do transplante hepático, constatou que os pacientes transplantados, avaliados com três meses, que apresentavam sintomas de ansiedade faziam maior uso da estratégia focalizada na emoção. Já os pacientes que não tinham sintomas depressivos, neste período, apresentaram maior uso das estratégias focadas no suporte social.

Em relação às correlações positivas encontradas entre os sintomas de ansiedade e depressão e as estratégias de enfrentamento, no pré-transplante houve uma correlação positiva entre a presença de sintomas de ansiedade e depressão e o uso da estratégia de enfrentamento focada na emoção, ou seja, os pacientes em que esses sintomas psicológicos estavam presentes fizeram maior uso desse tipo de estratégia, corroborando com um estudo americano que encontrou a mesma associação, ressaltando a relação entre o enfrentamento baseado em comportamentos de esquiva e o sintoma de ansiedade (GOETZINGER et al., 2012). Em contrapartida, observou a correlação negativa entre a presença de sintoma depressivo e a utilização do enfrentamento focado no problema, sendo que pacientes que apresentam sintomas depressivos, fizeram menos uso de estratégias de enfrentamento focado no problema.

Os pacientes que vivenciam todo o processo que engloba a espera, a realização e a recuperação de um transplante de fígado apresentam características e demandas psicológicas específicas. É de suma importância que o profissional psicólogo integre a equipe de transplante de fígado como membro efetivo, visando efetuar de maneira adequada a avaliação e acompanhamento dos pacientes e seus familiares, para detecção precoce e o gerenciamento de problemas psicopatológicos, como sintomas de ansiedade e depressão. Além disso, permitiria a identificação de estratégias de enfrentamento que auxiliem o paciente em todas as etapas do tratamento, podendo traçar um plano de cuidado, visando melhor qualidade de vida física e emocional.

6 CONCLUSÃO

- Houve um predomínio de pacientes de meia idade, do sexo masculino com nível médio de escolaridade e afastados do trabalho em decorrência da doença hepática crônica e suas complicações.

- A maioria dos pacientes, tanto no pré como no pós-transplante hepático não apresentaram sintomas de ansiedade e depressão.

- Houve maior utilização da estratégia de enfrentamento focada no problema tanto no pré como no pós-transplante hepático. A estratégia de enfrentamento focada no suporte social foi mais utilizada no pós-transplante imediato em relação ao pré-transplante.

- Houve correlação positiva entre a presença de sintomas de ansiedade e depressão nos pacientes pré-transplante hepático e a utilização da estratégia centrada na emoção, assim com houve correlação negativa entre a presença de sintomas de depressão e a utilização do enfrentamento focado no problema.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Quanto às limitações do estudo, na proposta inicial, existia-se uma pretensão de coletar uma amostra maior de pacientes no período pós-transplante hepático. Entretanto, frente à dinâmica de funcionamento que a unidade de transplante de fígado vivenciou ao passar por processos de reorganização da sua estrutura física e organizacional durante o período do estudo, além do tempo exigido para o término da pesquisa, visto que a coleta de dados no pós-transplante duraria pelo menos seis meses, não foi possível aumentar a amostra de pacientes nesse grupo.

A comparação dos dados desse estudo com a literatura nacional e internacional tornou-se mais difícil pela heterogeneidade dos instrumentos utilizados, diferentes abordagens metodológicas adotadas e aspectos socioculturais que poderiam influenciar na diversidade da prevalência dos sintomas psicológicos de ansiedade e depressão e o perfil do uso das estratégias de enfrentamento. Vale salientar ainda que são escassas as publicações que avaliam longitudinalmente a variável enfrentamento em situação pré e pós-transplante hepático.

8 RECOMENDAÇÕES

Considerando a gravidade dos pacientes que enfrentam o percurso de espera até a realização do transplante de fígado e a complexidade de suas demandas físicas, sociais, espirituais e emocionais, reitera-se a importância da avaliação e do acompanhamento psicológico ao longo de toda trajetória do transplante de fígado. Além disso, é de suma importância que todos os profissionais ampliem os conhecimentos sobre os aspectos psicológicos e de enfrentamento vivenciados pelos pacientes, a fim de obterem maiores subsídios para as possíveis intervenções e até a realização de encaminhamentos à assistência mais adequada.

Visto a alta prevalência do adoecimento crônico devido ao abuso de álcool, recomenda-se a elaboração de um protocolo para efetivar ações de saúde visando o tratamento dos pacientes com histórico de abuso de álcool e risco de recaída no pós-transplante hepático. Sugere-se ainda a implementação de um grupo multidisciplinar, com apoio da equipe da Psiquiatria do HCFMRP-USP, que possa subsidiar o tratamento e o acompanhamento longitudinal desses pacientes, possibilitando melhor adesão à mudança permanente de hábitos de vida.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABERG, F. From prolonging life to prolonging working life: Tackling unemployment among liver-transplant recipients. **World Journal of Gastroenterology**, v. 22, n. 14, p. 3701–3711, 2016.
- ABTO, A. B. DE T. DE Ó.-. Registro Brasileiro de Transplante de Órgãos. v. XX, n. 2, 2019.
- ABTO, A. B. DE T. DE Ó. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. ABTO. **Grupo de Apoio aos Transplantados**, v. 1, p. 13, 2015.
- AGUIAR, M. I. F. et al. Quality of life in liver transplant recipients and the influence of sociodemographic factors. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 50, n. 3, p. 411–418, 2016.
- ÁNGELES PÉREZ-SAN-GREGORIO, M. et al. Coping strategies in liver transplant recipients and caregivers according to patient posttraumatic growth. **Frontiers in Psychology**, v. 8, n. January, p. 1–9, 2017.
- ANNEMA, C. et al. Trajectories of anxiety and depression in liver transplant candidates during the waiting-list period. **British Journal of Health Psychology**, v. 22, n. 3, p. 481–501, 2017.
- ANNEMA, C. et al. Trajectories of Anxiety and Depression after Liver Transplantation as Related to Outcomes during 2-Year Follow-Up: A Prospective Cohort Study. **Psychosomatic Medicine**, v. 80, n. 2, p. 174–183, 2018.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL’AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 3, n. 2, p. 273–294, 1998.
- BACCHELLA, T.; MACHADO, M. C. C. The first clinical liver transplantation of Brazil revisited. **Transplantation Proceedings**, v. 36, n. 4, p. 929–930, 2004.
- BAGHERNEZHAD, M. et al. Psychologic Evaluation in Liver Transplantation: Assessment of Psychologic Profile of End-Stage Liver Disease Patients Before and After Transplant. **Experimental and clinical transplantation : official journal of the Middle East Society for Organ Transplantation**, 2017.
- BARBOSA, C. N. B. **Perfil Epidemiológico De Pacientes Com Cirrose Hepática Atendidos Ambulatorialmente Em Centro De Referência**. [s.l.] Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, 2017.
- BITTENCOURT, P. L.; FARIAS, A. Q.; COUTO, C. A. Liver Transplantation in Brazil. **Liver Transplantation**, v. 22, n. 9, p. 1254–1258, 2016.
- BORGES, T. L.; HEGADOREN, K. M.; MIASSO, A. I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**, v. 38, n. 3, p. 195–201, 2015.
- CARMONA, M. et al. Organ Donation and Transplantation Activities 2015 Report. **Organ Donation and Transplantation Activities, 2015 Report ; 2017**, n. September, p. 1–51, 2017.

- CASTRO-E-SILVA, O. et al. Transplante de fígado: Indicação e sobrevida. **Acta Cirurgica Brasileira**, v. 17, n. SUPPL. 3, p. 83–91, 2002.
- CAVAGGIONI, G. et al. MELDNa score is associated with psychopathology and reduced quality of life in cirrhotic patients with a liver transplant perspective. **Metabolic Brain Disease**, v. 32, n. 3, p. 923–933, 2017.
- CHAMON, M. A.; SANTOS, O. ALVES DA S. G.; CHAMON, M. A. Estresse e Estratégias de Enfrentamento: Instrumentos de Avaliação e Aplicações. **EnANPAD**, p. 1–14, 2008.
- COELHO, G. H. DE F.; BONELLA, A. E. Doação de órgãos e tecidos humanos: a transplantação na Espanha e no Brasil. **Revista Bioética**, v. 27, n. 3, p. 419–429, 2019.
- CORBETT, C. et al. Mental health disorders and solid-organ transplant recipients. **Transplantation**, v. 96, n. 7, p. 593–600, 2013.
- CORRÊA, C. V.; BATISTA, J. S.; HOLANDA, A. F. COPING RELIGIOSO / ESPIRITUAL EM PROCESSOS DE SAÚDE E DOENÇA : REVISÃO DA PRODUÇÃO EM PERIÓDICOS BRASILEIROS (2000-2013). **PsicoFAE**, v. 5, n. 1, p. 61–78, 2016.
- D'AMICO, G. The clinical course of cirrhosis. Population based studies and the need of personalized medicine. **Journal of Hepatology**, v. 60, n. 2, p. 241–242, 2014.
- D'AMICO, G.; GARCIA-TSAO, G.; PAGLIARO, L. Natural history and prognostic indicators of survival in cirrhosis: A systematic review of 118 studies. **Journal of Hepatology**, v. 44, n. 1, p. 217–231, 2006.
- DE AGUIAR, M. I. F. et al. Psychosocial aspects of quality of life of hepatic transplant receivers. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, p. 1–11, 2018.
- DE CAMARGO ARANZANA, E. M. et al. Model for end-stage liver disease, model for liver transplantation survival and donor risk index as predictive models of survival after liver transplantation in 1,006 patients. **Clinics**, v. 70, n. 6, p. 413–418, 2015.
- DEMARTINI, K. S. et al. Text Messaging to Reduce Alcohol Relapse in Pre-Listing Liver Transplant Candidates: A Pilot Feasibility Study. **Alcohol Clin Exp Res**, v. 42, n. 4, p. 761–769, 2018.
- DEW, M. A. et al. Prevalence and Predictors of Patient-Reported Long-term Mental and Physical Health after Donation in the Adult-to-Adult Living-Donor Liver Transplantation Cohort Study. **Transplantation**, v. 102, n. 1, p. 105–118, 2018.
- DIMARTINI, A. et al. Early Trajectories of Depressive Symptoms after Liver Transplantation for Alcoholic Liver Disease Predicts Long-Term Survival. **Am J. Transplantation NIH Public Access**, v. 11, n. 6, p. 1287–1295, 2011.
- DOMINGOS, N. A. M.; LIPPY, M. E. N.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Stress , ansiedade , depressão e estratégias de enfrentamento em candidatos a transplante de fígado: intervenção psicológica. v. 1, n. August 2014, p. 40–46, 2012.

GIMENES, M. M. G. **A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia.** Em: M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), **A mulher e o câncer.** Campinas: Editorial Psy., 1997.

GOETZINGER, A. M. et al. Stress and coping in caregivers of patients awaiting solid organ transplantation. **Clin Transplant.**, v. 26, n. 1, p. 97–104, 2012.

GUNNARSDOTTIR SA. **Liver cirrhosis – Epidemiological and Clinical Aspects.** [s.l: s.n.].

IBGE, I. B. DE G. E E. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2016.** Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/18992-pnad-continua-2016-51-da-populacao-com-25-anos-ou-mais-do-brasil-possuiam-no-maximo-o-ensino-fundamental-completo>>. Acesso em: 6 nov. 2019.

JURADO, R. et al. Coping strategies and quality of life among liver transplantation candidates. **Psicothema**, v. 23, n. 1, p. 74–79, 2011.

KARAM, V. et al. Quality of life 10 years after liver transplantation: The impact of graft histology. **World Journal of Transplantation**, v. 6, n. 4, p. 703, 2016.

KHULLAR, V.; DOLGANIUC, A.; FIRPI, R. J. Pre-and-post transplant considerations in patients with nonalcoholic fatty liver disease. **World Journal of Transplantation**, v. 4, n. 2, p. 81, 2014.

KODALI, S. et al. Alcohol relapse after liver transplantation for alcoholic cirrhosis-impact on liver graft and patient survival: A meta-analysis. **Alcohol and Alcoholism**, v. 53, n. 2, p. 166–172, 2018.

KRAUS, M. R. et al. Emotional state, coping styles, and somatic variables in patients with chronic hepatitis C. **Psychosomatics**, v. 41, n. 5, p. 377–384, 2000.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping.** Barcelona: [s.n.].

LAZZARETTI, C. T. Transplantes De Órgãos: Avaliação Psicológica. **Psicologia Argumento**, v. 24, n. 45, p. 35–43, 2006.

LÓPEZ-NAVAS, A. et al. Coping styles of patients on the liver transplant waiting list. **Transplantation Proceedings**, v. 42, n. 8, p. 3149–3152, 2010.

LÓPEZ-NAVAS, A. I. et al. Psychological profile and disease-coping strategies of patients on the waiting list for liver transplantation. **Cirugia Espanola**, v. 97, n. 6, p. 320–328, 2019.

LUCCHESI, R. et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 200–207, 2014.

MALTA, D. C. et al. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: National health survey 2013. **International Journal for Equity in Health**, v. 15, n. 1, p. 1–11, 2016.

- MARCHESINI, G. et al. Factors associated with poor health-related quality of life of patients with cirrhosis. **Gastroenterology**, v. 120, n. 1, p. 170–178, 2001.
- MARRONI, C. A. et al. Liver transplantation and alcoholic liver disease: History, controversies, and considerations. **World Journal of Gastroenterology**, v. 24, n. 26, p. 2785–2805, 2018.
- MARTINS, P. D. et al. Psychological distress in patients listed for liver transplantation. **Acta Cirurgica Brasileira**, v. 21, n. SUPPL.1, p. 40–43, 2006.
- MARTINS, P. D. Avaliação da percepção da qualidade de vida e do estado psicológico de pacientes candidatos a transplante de fígado. 2008.
- MATOS, M. M. C. S. P. C. DE. **IMPACTO DA DOENÇA E DO TRANSPLANTE HEPÁTICO NA QUALIDADE DE VIDA DE DOENTES COM CIRROSE: ESTUDO EXPLORATÓRIO**. [s.l.] Universidade Aberta de Lisboa, 2007.
- MEIRELLES JÚNIOR, R. F. ERREIR. et al. Liver transplantation: history, outcomes and perspectives. **Einstein (São Paulo, Brazil)**, v. 13, n. 1, p. 149–152, 2015.
- MENDES, K. D. S. et al. Caracterização sociodemográfica e clínica de candidatos a transplante de fígado TT - Sociodemographic and clinical characteristics of candidates for liver transplantation. **Acta paul. enferm**, v. 29, n. 2, p. 128–135, 2016.
- MIES, S. Transplante de fígado. **Rev Ass Med Brasil**, v. 44, n. 2, p. 127–134, 1998.
- MILLER, L. R. et al. Mental Health Affects the Quality of Life and Recovery After Liver Transplantation. **Liver Transplantation**, v. 19, p. 1272–1278, 2013.
- MIOTTO, E. C. et al. Cognitive performance and mood in patients on the waiting list for liver transplantation and their relation to the model for end-stage liver disease. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 68, n. 1, p. 62–66, 2010.
- MIYAZAKI, M. C. DE O. S. et al. Treatment of Hepatitis C: psychological symptoms and coping strategies. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 1, n. 1, 2005.
- MOHAMED, S.; SABKI, Z. A.; ZAINAL, N. Z. Depression and psychosocial correlates of liver transplant candidates: A systematic review. **Asia-Pacific Psychiatry**, v. 6, n. 4, p. 447–453, 2014.
- MORETTO, M. L. T. **MARIA LÍVIA TOURINHO MORETTO O psicanalista num programa de transplante de fígado : a experiência do “outro em si” MARIA LÍVIA TOURINHO MORETTO O psicanalista num programa de transplante de fígado : a experiência do “outro em si”**. [s.l.] Universidade de São Paulo, 2006.
- NICKEL, R. et al. The relevance of anxiety, depression, and coping in patients after liver transplantation. **Liver Transplantation**, v. 8, n. 1, p. 63–71, 2002.
- PACHECO, L. Transplante de fígado no Brasil. **Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes**,

v. 43, n. 4, p. 223–224, 2016.

PAGLIONE, H. B. et al. Qualidade de vida, religiosidade e sintomas ansiosos e depressivos em candidatos a transplante hepático. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, p. 1–7, 2019.

PAIS-RIBEIRO, J.; SANTOS, C. Análise psicológica. **Análise Psicológica**, v. 19, n. 4, p. 491–502, 2001.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Rev. Psiqu. Clín.**, v. 34, n. 1, p. 126–135, 2007.

PESCE, R. P. et al. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 135–143, 2004.

POLIS, S.; FERNANDEZ, R. Impact of physical and psychological factors on health-related quality of life in adult patients with liver cirrhosis: a systematic review protocol. **JBI database of systematic reviews and implementation reports**, v. 13, n. 1, p. 39–51, 2015.

POORDAD, F. F. Presentation and complications associated with cirrhosis of the liver. **Current Medical Research and Opinion**, v. 31, n. 5, p. 925–937, 2015.

POPPING, S. et al. Report from the International Viral Hepatitis Elimination Meeting (IVHEM), 17-18 November 2017, Amsterdam, the Netherlands: gaps and challenges in the WHO 2030 hepatitis C elimination framework. **Journal of virus eradication**, v. 4, n. 3, p. 193–195, 2018.

RAIA, S.; NERY, J. R.; MIES, S. LIVER TRANSPLANTATION FROM LIVE DONORS. **the Lancet**, v. 26, n. 2, p. 1042–1043, 1989.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. C. DE O. S. Qualidade de Vida e Enfrentamento em Pacientes Submetidos à Hemodiálise. **Interação em Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 177–184, 2007.

RODRIGUES, R. T. S. et al. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida e sintomatologia depressiva de pacientes em fase pré e pós-transplante hepático. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 33, n. 2, p. 74–78, 2008.

RODRÍGUEZ VEGA, B. et al. Adaptación individual y depresión en una muestra de pacientes oncológicos. **Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología**, v. 4, n. 1, p. 7–20, 2007.

SÁ, A. S. et al. Necessidades de informação de candidatos ao transplante de fígado: o primeiro passo do processo ensino-aprendizagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, p. 1–8, 2016.

SACCO, P. et al. Substance Use and Psychosocial Functioning in a Sample of Liver Transplant Recipients with Alcohol-Related Liver Disease. **Transplantation Proceedings**, v. 50, n. 10, p. 3689–3693, 2018.

SANTOS, M. T. DO et al. Influência da espiritualidade em pacientes pós transplante hepático :

- um estudo transversal Influence of spirituality in patients after liver transplantation : a Introdução. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar SBPH**, v. 17, n. 2, p. 24–48, 2014.
- SANTOS, G. G. et al. Quality of life, depression, and psychosocial characteristics of patients awaiting liver transplants. **Transplantation proceedings**, v. 44, n. 8, p. 2413–2415, 2012.
- SAÚDE, M. DA. **Doação de Órgãos: transplante, lista de espera e como ser doador**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos>>.
- SCHINONI, M. I. Fisiologia Hepática. **Gaz. méd. Bahia**, v. 79, n. 1, p. 5–9, 2006.
- SCHLAGINTWEIT, H. E.; LYNCH, M.; HENDERSHOT, C. S. A review of behavioral alcohol interventions for transplant candidates and recipients with alcohol-related liver disease. **American Journal of Transplantation**, v. 19, n. 10, p. 2678–2685, 2019.
- SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. DA C. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento Factorial Analysis of a Coping Measure. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 17, n. 3, p. 225–234, 2001.
- SILVA, R. A. R. DA et al. Coping strategies used by chronic renal failure patients on hemodialysis. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 147–154, 2016.
- SINGH, N. et al. Depression in patients with cirrhosis: Impact on outcome. **Digestive Diseases and Sciences**, v. 42, n. 7, p. 1421–1427, 1997.
- SOUCASE, B. et al. Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. **Revista de la Sociedad Espanola del Dolor**, v. 11, n. 6, p. 353–359, 2004.
- SOUZA, E. F. DE; MIYAZAKI, M. C. O. S.; SILVA, R. DE C. M. A. **Depressão e enfrentamento em pacientes portadores de hepatite C** Relatório Final do PIBIC. São Jose do Rio Preto: [s.n.].
- STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: [s.n.].
- TAYLOR, S. E. **Health Psychology**. New York: [s.n.].
- TEIXEIRA, H. R. S. et al. Anxiety and Stress Levels on Liver Transplantation Candidates. **Transplantation Proceedings**, v. 48, n. 7, p. 2333–2337, 2016.
- TELES, M. I. O. **Associação entre os transtornos depressivo e de ansiedade e a evolução de pacientes indicados ao transplante hepático em centro de referência de**. [s.l.] Universidade Federal da Bahia, 2016.
- TELLES-CORREIA, D. et al. Abordagem psiquiátrica do transplante hepático. **Acta Medica Portuguesa**, v. 19, n. 2, p. 165–180, 2006.
- WHO, W. H. O. Global hepatitis report, 2017. 2017.

WHO, W. H. O. Global status report on alcohol and health. **World Health Organization**, n. 1, p. 1–147, 2018.

YILDIZ, E.; KILINÇ, G. The relationship between anxiety-depression status and psychosocial adjustments in the patients undergoing liver transplantation. **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 54, n. 2, p. 221–229, 2017.

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar – HAD

*Este questionário nos ajudará 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
- 3 ( ) Quase nunca

ANEXO II – Escala de Modos de Enfrentamento do Problema – EMEP

Inicialmente, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade neste atual momento e concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar um problema desta sua atual condição de saúde. Assinale a alternativa que melhor corresponde ao que você faz hoje para enfrentar seu problema de saúde de acordo com a frequência que ocorre:

1 – Eu **NUNCA** faço isso.

2 – Eu faço isso **UM POUCO**.

3 – Eu faço isso **ÀS VEZES**.

4 – Eu faço isso **MUITO**.

5 – Eu **SEMPRE** faço isso.

		1 - NUNCA	2 - UM POUCO	3 - ÀS VEZES	4 - MUITO	5 - SEMPRE
1	Eu levo em conta o lado positivo das coisas					
2	Eu me culpo					
3	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação					
4	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo					
5	Procuro um culpado para a situação					
6	Espero que um milagre aconteça					
7	Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite					
8	Eu rezo, faço uma oração					
9	Converso com alguém sobre o que estou sentindo					
10	Eu insisto e luto pelo que quero					
11	Eu me recuso a acreditar no que está acontecendo					
12	Eu brigo comigo mesmo, eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer					
13	Desconto em outras pessoas					
14	Encontro diferentes soluções para o meu problema					
15	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista					
16	Eu tento evitar que meus sentimentos atrapalhem em outras coisas da minha vida					
17	Eu me concentro em coisas boas da minha vida					
18	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto					
19	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém					
20	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema					
21	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema					
22	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim					
23	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema					

		1 - NUNCA	2 - UM POUCO	3 - ÀS VEZES	4 - MUITO	5 - SEMPRE
24	Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido					
25	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo					
26	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou					
27	Tento esquecer o problema todo					
28	Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente					
29	Eu culpo os outros					
30	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores					
31	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema					
32	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia					
33	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo					
34	Procuro me afastar das pessoas em geral.					
35	Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer					
36	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.					
37	Descubro quem mais é ou foi responsável					
38	Penso em coisas fantásticas ou irreais (como achar muito dinheiro ou fazer uma vingança perfeita) que me fazem sentir melhor					
39	Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela					
40	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui					
41	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo					
42	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e estou cumprindo					
43	Converso com alguém para obter informações sobre a situação					
44	Eu me apego à minha fé para superar esta situação					
45	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.					

Você tem feito alguma outra coisa para lidar e enfrentar sua enfermidade? O que?

APÊNDICES

APÊNDICE I – Roteiro de Entrevista Semi estruturado

		HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP GRUPO INTEGRADO DE TRANSPLANTE DE FÍGADO			
ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA					
Nome:		Registro:		Leito: Data: / /	
Idade:		Estado Civil:		Profissão:	
Renda:		Religião:		Praticante: ? Sim ? Não	
Residência:		Situação Ocupacional:			
Estrutura familiar e cuidador principal:					
Local Atendimento Psicológico: ? Enfermaria 10º andar ? TF3 ? TF6 ? Pré Tx ? Pós Tx					
HISTÓRIA CLÍNICA					
Diagnóstico:			Comorbidade:		
Compreensão da Doença: ? Sim ? Não ? Parcialmente			Tipo de TX:		
MELD atual:		Tempo de Lista:		Listado para o TX: ? Sim ? Não - Posição:	
HISTÓRIA CLÍNICA E HOSPITALAR					
Internação Prévia: ? Sim ? Não - Motivo:			Por quanto tempo:		
Enfrentamento diante da permanência da hospitalização: ? Sim ? Não ? Parcialmente					
ESTILO DE VIDA:					
Uso de Álcool / Drogas: ? Sim ? Não - Por quanto tempo:			Há quanto tempo parou:		
Tabagista: ? Sim ? Não - Por quanto tempo:			Há quanto tempo parou:		
Trabalho: ? Sim ? Não - Local:			Obs.:		
Recebe Benefício do Governo: ? Sim ? Não - Qual:					
Pratica Atividade de Lazer: ? Sim ? Não ? Parcialmente					
Vida Amorosa/sexual: ? Péssimo ? Ruim ? Regular ? Bom ? Ótimo					
Mudanças de vida:			Fator de Risco:		
ASPECTOS EMOCIONAIS/AFETIVOS E PSICOPATOLOGIA					
Estado emocional Geral: ? Péssimo ? Ruim ? Regular ? Bom ? Ótimo					
Psicopatologia Atual ou Prévia: ? Sim ? Não - HD:			Tratamento: ? Sim ? Não - Qual?		
Motivação para o TX: ? Péssimo ? Ruim ? Regular ? Bom ? Ótimo					
Expectativas pelo TX:			Planos Futuros:		
Inseguranças:			Receber órgão de outra pessoa:		
SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL					
Relacionamento familiar: ? Péssimo ? Ruim ? Regular ? Bom ? Ótimo					
Relacionamento Conjugal: ? Péssimo ? Ruim ? Regular ? Bom ? Ótimo					
Pessoas envolvidas em seu cuidado:			Cuidador antes e após o TX:		
Observações e Avaliação Final:					

APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)**

NOME DA PESQUISA: Estratégias de Enfrentamento e Aspectos Psicológicos de Pacientes com Indicação de Transplante Hepático no Pré- e Pós-Operatório.

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Natália Cecconello Vaz Soncini e Ênio David Mente.

Convido você a participar desta pesquisa, abaixo descrita:

A vivência da doença crônica e do transplante de órgãos envolvem situações contraditórias de perdas e ganhos experienciadas de diferentes maneiras pelo indivíduo. Tais situações geram implicações psicológicas que refletem na habilidade de adaptação e na maneira de lidar com mudanças de saúde, alteração das relações, percepção de si mesmo, revisão de metas e planos de vida. A identificação e o tratamento de sintomas de depressão e ansiedade nos pacientes que aguardam pelo transplante de fígado e nos que já realizaram o transplante, e suas estratégias de enfrentamento dessa situação são de suma importância para o planejamento de ações terapêuticas, a fim de melhorar o cuidado com a saúde e a qualidade de vida.

Desta forma, a sua participação nessa pesquisa é essencial para que possamos progredir nesse sentido. A coleta de dados acontecerá em duas etapas: durante o período em que o paciente estiver ativo em lista de espera pelo transplante de fígado e após a realização do transplante. Ao participar do estudo você deverá responder algumas perguntas sobre você, como alguns dados sócio-demográficos (idade, escolaridade, local onde mora, profissão, renda), o seu histórico clínico (etiologia, tempo de doença, valor do MELD), e seu acompanhamento médico (tempo em lista de espera pelo transplante, tempo de realização do transplante), rede de apoio social (lazer, pessoas significativas na sua vida), antecedentes psicológicos (se recebe ou já recebeu atendimento psicológico ou psiquiátrico), sintomas psicológicos tais como de ansiedade e depressão e estratégias de enfrentamento.

Sua participação ocorrerá em dias nos quais o Sr./Sra. tenha que comparecer as consultas nos ambulatoriopré ou pós transplante no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) ou se ocasionalmente o Sr./Sra. estiver internado na Unidade de Transplante de Órgãos Sólidos do HCFMRP-USP, evitando assim gastos financeiros como transporte.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária e caso não aceite participar, isso em nada influenciará seu atendimento médico ou psicológico.

Sendo assim, gostaríamos de convidá-lo/a participar deste estudo. Caso aceite participar você precisa saber que:

- 1- O Sr./Sra. tem o direito de receber respostas por qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida a respeito desta pesquisa.
- 2- Sua identidade será mantida em sigilo. Os resultados obtidos serão publicados em revistas científicas, congressos e serão apresentados apenas os dados analisados, garantindo total anonimato dos dados de identificação.

- 3- Os riscos são considerados mínimos e correspondem à possibilidade de dificuldade com relação às respostas a questões apresentadas. Caso isso ocorra, a pesquisadora estará disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas. O maior desconforto esperado é quanto ao tempo que o Sr./Sra. terá que dispor para participar do estudo, em média 40 minutos.
- 4- Como benefício direto, os participantes que apresentarem necessidades e/ou interesse de atendimento psicoterápico, verificada durante o estudo, serão avaliados e acompanhados pela psicóloga responsável por essa pesquisa e também contratada pelo Grupo Integrado de Transplante de Fígado ou encaminhados pela mesma para serviços de psicologia especializados na rede municipal de saúde. Indiretamente, participar deste estudo contribuirá para uma maior compreensão dos aspectos psicológicos envolvidos no período pré e pós transplante de fígado e a melhoria do serviço prestado a esta população.
- 5- Para maiores esclarecimentos, em qualquer momento da pesquisa o serviço de psicologia poderá ser contatado através do telefone (16) 3602-2547. Localizado no 3º andar. Na ocasião, procurar à psicóloga Natália Soncini.
- 6- Sua participação à pesquisa poderá ser interrompida a qualquer momento e isso nada afetará seu acompanhamento médico e multiprofissional.
- 7- Seu prontuário médico e multiprofissional poderá ser consultado caso haja necessidade de dados complementares a respeito do quadro clínico.

Eu, _____ RG _____, tendo sido esclarecido sobre as condições do estudo, especialmente no que diz respeito ao objetivo da pesquisa, aos procedimentos a que serei submetido, aos riscos e benefícios do trabalho, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados e que manifesto livremente minha vontade de participar do referido estudo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2018.

_____
Psicóloga
CRP: 06/108604

_____
Assinatura da participante

Pesquisadora responsável: **Natália Cecconello Vaz Soncini** (CRP: 06/108604)
Tel.: (16) 3602-2547 - E-mail: nataliacvaz@hotmail.com
Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Medicina de Ribeirão Preto – USP. Endereço: Av. Bandeirantes, 3900 – 3º andar (Psicologia) – CEP 14049-900 - Bairro Monte Alegre - Ribeirão Preto - SP - Brasil. Tel.: **(16) 3602-1000**.