



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E**  
**CULTURA**

**FATORES PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS À MANUTENÇÃO DA**  
**ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA NO PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO**

**Heidmilene Gonçalves Rocha**

Brasília, DF

Agosto, 2017



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E**  
**CULTURA**

**FATORES PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS À MANUTENÇÃO DA**  
**ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA NO PÓS-TRANSPLANTE HEPÁTICO**

**Heidmilene Gonçalves Rocha**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, área de concentração Psicologia da Saúde, linha de pesquisa Processo Saúde-Doença.

Orientadora: Profa. Dra Eliane Maria Fleury Seidl

Brasília, DF

Agosto, 2017

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

---

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl – Presidente  
Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília- IP/UnB

---

Prof. Dr. Fernando Marcus Felipe Jorge - Membro Externo  
Escola Superior de Ciências da Saúde- ESCS/SES-DF

---

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz - Membro Interno  
Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília- IP/UnB

---

Profa. Dra. Marcela Abreu Rodrigues – Membro Suplente  
Universidade Paulista – UNIP/Brasília

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

GH465f      Gonçalves Rocha, Heidmilene  
                 Fatores Psicossociais Relacionados à Manutenção da  
                 Abstinência Alcoólica no Pós-transplante Hepático /  
                 Heidmilene Gonçalves Rocha; orientador Eliane Maria Fleury  
                 Seidl. -- Brasília, 2017.  
                 135 p.

                 Dissertação (Mestrado - Mestrado em Psicologia Clínica e  
                 Cultura) -- Universidade de Brasília, 2017.

                 1. Transplante Hepático. 2. Recaída Alcoólica. 3.  
                 Abstinência do Álcool. 4. Psicologia da Saúde. 5. Avaliação  
                 Psicológica. I. Maria Fleury Seidl, Eliane, orient. II.  
                 Título.

*Não espere por grandes líderes;  
faça você mesmo, pessoa a pessoa.  
Seja leal às ações pequenas,  
porque é nelas que está a sua força.*

Madre Tereza de Calcutá

Dedico esse trabalho a todos os transplantados de fígado.

## **Agradecimentos**

Agradeço a minha mãe Marilene por ser a minha base e me ensinar que devo sempre persistir nos meus objetivos, caminhando com força e muita alegria de viver. Por todo amor, cuidado, dedicação e incentivo em qualquer etapa da minha vida.

Agradeço ao meu pai Vicente que me ensinou que o amor é a melhor forma de superar as dificuldades de ter um familiar adoecido, seja pelo alcoolismo ou pela demência. E por hoje, ser fonte inspiradora de contínuos estudos sobre a doença crônica.

Ao meu padrasto Vanderlei que sempre me apoia e me incentiva em todos os meus projetos, me ensina e me faz acreditar que sempre posso ser melhor em tudo que faço.

A Deus por sempre me trilhar caminhos de luz e me dar forças para estudar, sem pestanejar, aqueles adoecidos por uma condição crônica.

A minha família por todo carinho, incentivo e amizade, sempre me lembrando dos meus objetivos de estudo, e que por muitas vezes sentiu a minha ausência em encontros familiares, mas que sempre compreendeu e incentivou o momento do mestrado.

Aos meus melhores amigos e irmãos do coração que sempre tem palavras doces e de ânimo, colo e muito amor, que se dedicaram a tornar esses dois anos de estudo o mais fácil possível. Obrigada, em especial, Andressa, Gabi, Gu, Marcela, Nana e Tissa.

A todos os meus amigos, que vibraram quando eu passei no mestrado e que se orgulham de mim a cada conquista. Em especial, Narjara Tamyres, companheira de

trabalho e ajudante de pesquisa, que foi de grande importância em todo o processo do mestrado.

Ao Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, meu atual local de trabalho, que abriu as portas para que eu pudesse realizar o meu estudo.

À equipe de transplante hepático do ICDF, da qual me orgulho em fazer parte, pelo apoio, encaminhamento de pacientes para participar do estudo, por todo o crescimento científico em relação às patologias e intervenções hepáticas, e por ser uma equipe com abertura e escuta para as contribuições da psicologia ao programa de transplante do ICDF.

À banca examinadora, Dr. Fernando, Professora Beth e Professora Marcela, pessoas das quais eu admiro muito o trabalho e a postura ética, que carinhosamente aceitaram o convite para participar da leitura e avaliação do meu estudo.

Aos meus colegas e amigos de mestrado, que trilharam esse caminho de conhecimento junto a mim, dividindo angústias e muitas alegrias, em especial: Fernanda Scoralik, Sérgio Knust e Rosanna Ribeiro.

À minha orientadora Eliane Seidl, excelente pessoa, professora e orientadora, que cuidadosamente leu e releu os meus escritos, e com sua leveza de espírito me ajudou a continuar nos momentos difíceis. Obrigada pelo crescimento, os aprendizados e por mais essa caminhada juntas.

E por último, mas não menos importante, a todos os transplantados de fígado, que tiveram o diagnóstico de Doença Hepática Alcoólica e compartilharam comigo seus sentimentos, e também àqueles que não participaram desse estudo, mas que foram essenciais na minha escolha sobre o tema, o meu MUITO OBRIGADA.

Rocha, H. G. (2017). *Fatores psicossociais relacionados à manutenção da abstinência alcoólica no pós-transplante hepático*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

## RESUMO

O Transplante Hepático (TH) é uma terapêutica que visa substituir parcial ou totalmente o fígado de um doador para um receptor, decorrente de sequelas graves a esse órgão. Dentre as várias indicações para esse tratamento no Brasil, a Doença Hepática Alcoólica (DHA) é a segunda maior, ocasionada pelo uso abusivo e prolongado do álcool. A recaída é uma questão complexa, multifatorial e diz respeito à singularidade de cada pessoa. A avaliação pré-transplante deve seguir diretrizes seguras e contemplar a compreensão global do paciente. O presente estudo teve como objetivo geral identificar fatores protetivos e de risco relacionados à recaída e a não recaída alcoólica no pós-transplante, em pessoas com DHA submetidas a transplantes de fígado, e as variáveis psicológicas associadas às duas condições. O estudo transversal e descritivo, com amostra por conveniência, foi realizado com quinze adultos transplantados de fígado, com média de idade igual a 52,2 anos, 14 do sexo masculino, a maioria casada, com filhos, representando 22% do total de transplantados com DHA de um centro transplantador de Brasília. O método incluiu duas etapas: (a) análise de prontuários, quando foram coletados dados referentes aos pacientes já transplantados com até seis anos de cirurgia prévia, dividindo os participantes triados em dois grupos: recaída (GR) e não recaída (GNR); (b) aplicação de entrevista semiestruturada, da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e do Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para Abstinência de Álcool e Outras Drogas (IDHEA-AD), para ambos os grupos. A análise mista, qualitativa e quantitativa, identificou dez participantes no GNR e cinco no GR. Em média, a amostra tinha diagnóstico de cirrose hepática alcoólica há cerca de seis anos, com 28,8 anos de uso de fermentados e destilados, com mais de dez doses por dia, em associação com outras substâncias psicoativas e abstinência alcoólica pré-TH de 3,7 anos. Não houve diferença significativa entre o GR e o GNR nos escores médios de ansiedade, depressão e dos fatores da IDHEA-AD; no entanto, o GR teve média mais baixa na habilidade em assertividade para recusar bebidas e alta em sintomas de ansiedade. De modo geral, ambos os grupos tinham percepções concordantes sobre o uso do álcool antes e após o transplante, com motivações internas para se manterem abstinências (opinião sobre a bebida e manutenção da saúde) e externas (indicação médica e influência familiar). A família foi descrita como fator de risco (problemas familiares) e de proteção (influência familiar) para a manutenção da abstinência alcoólica pós-transplante. As razões relatadas pelo GR para retomar o uso de álcool foram problemas familiares, a incapacidade laboral, a sensação de bem-estar pós-transplante e a influência de terceiros sobre o uso da Substância Psicoativa (SPA). Os participantes referiram satisfação com o tratamento pós-TH e a importância do profissional psicólogo para auxiliar no enfrentamento das questões referentes ao etilismo, ao adoecimento e à recuperação da saúde. O estudo pode aludir ao fato de que homens, com histórico de dependência do álcool, com problemas familiares, baixa habilidade para recusa do álcool, com problemas em relação a atividade laboral pós-operatória e associação de transtornos psiquiátricos em especial ansiedade e depressão tem maiores chances de recaída no uso de álcool após o transplante. O trabalho com essa população deve ser preventivo, contínuo e multiprofissional, com intervenções

psicológicas e da equipe baseadas em evidências, especializadas e efetivas nas fases pré e pós-transplante.

Palavras-chaves: transplante hepático; recaída alcoólica; abstinência do álcool; psicologia da saúde; avaliação psicológica.

Rocha, H. G. (2017). *Psychosocial factors related to maintenance of alcohol abstinence after hepatic transplantation*. (Masters dissertation). University of Brasília, Brasília, DF, Brazil.

### ABSTRACT

Severe sequelae to the liver might be treated by Liver Transplantation (LT), which aims to partially or totally replace it from a donor to a recipient. Alcoholic Liver Disease (ALD) resulting from the chronic alcohol abuse is the second most common indication for this treatment in Brazil. Relapse is a complex, multifactorial and subjective phenomenon. The pre-transplant evaluation should follow safe guidelines and comprehend a global understanding of the patient. The present study aimed to identify protective and risk factors, as well as psychological variables, related to alcohol relapse and non-relapse in people with ALD after liver transplant. This cross-sectional and descriptive study used convenience sample and was performed with fifteen adults, 14 males and 1 female, which have undergone liver transplant, mean age of 52.2 years, mostly married and have children, representing 22% of the total of transplanted patients with ADL in a hepatic transplant center in Brasília. The method included two steps: (a) chart analysis of the transplanted patients who had up to six years from previous surgery, dividing the participants into two groups relapse (GR) and non-relapse (GNR); (b) the use of a semi-structured interview for both groups: the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Inventory of Anticipatory Coping Abstinence Abilities for Alcohol and Other Drugs (IDHEA-AD). The mixed qualitative and quantitative analysis identified ten participants in the GNR and five in the GR. On average, the sample had been diagnosed of alcoholic liver cirrhosis for about six years, with 28.8 years of use of daily fermented and distilled beverages, with more than ten doses per day, in association with other psychoactive substances and alcoholic pre-LT 3.7 years. There was no significant difference between GR and GNR in the mean anxiety, depression and IDHEA-AD scores; however, GR had the lowest mean in the ability to assertiveness to refuse drinks and high in anxiety symptoms. In general, both groups had concurrent perceptions about pre-transplant alcohol use, and internal motivation to maintain abstemiousness (drink opinion, health maintenance) and external motivations (medical indication and family influence). Family was described as a risk factor (family conflicts) and protective factor (good support and functional family dynamics) for the maintenance of post-transplant alcohol withdrawal. The reasons reported by GR to resume alcohol use were family problems, work incapacity, post-transplant well-being and the influence of third parties on the use of Psychoactive substance (PAS). Participants reported satisfaction with post LT treatment and the importance of the professional psychologist to help address issues related to alcoholism, illness, and health recovery. The study may refer to the fact that men with a history of alcohol dependence, family problems, low ability to refuse alcohol, problems with postoperative work activity, and association with psychiatric disorders, especially anxiety and depression, have higher chances of relapse to alcohol use after transplantation. Working with this population require not only preventive, continuous and multiprofessional actions, but also psychological and staff interventions based on evidences and effective and specialized in pre and post-transplantation.

Key words: liver transplantation; alcoholic relapse; abstinence from alcohol; health psychology; psychological evaluation.

## Sumário

<b>Dedicatória</b>	VI
<b>Agradecimentos</b>	VII
<b>Resumo</b>	IX
<b>Abstract</b>	XI
<b>Lista de Tabelas</b>	XVI
<b>Lista de Figuras</b>	XVII
<b>Lista de Siglas</b>	XVIII
<b>Introdução</b>	1
<b>Capítulo 1 – Consumo de Bebidas Alcoólicas no Brasil</b>	3
1.1 O consumo de álcool no Brasil	3
1.2 Uso abusivo e dependência do álcool	10
<b>Capítulo 2 – Aspectos Psicológicos e Usuários de Álcool</b>	14
2.1 Aspectos psicológicos	14
2.2 Referenciais psicológicos e uso de substâncias psicoativas (SPA)	17
2.2.1 Teoria cognitivo-comportamental	17
2.2.2 Teoria Motivacional no contexto do uso de álcool	19
2.2.3 A prevenção de recaída	23
<b>Capítulo 3 - Doença Hepática Alcoólica e Transplante Hepático</b>	26
3.1 Doença hepática alcoólica (DHA)	26
3.2 Transplante hepático para doença hepática alcoólica	33
<b>Capítulo 4 - Objetivos</b>	41
4.1 Objetivo geral	41

4.2	Objetivos específicos	41
	<b>Capítulo 5 - Método</b>	42
5.1	Delineamento	42
5.2	Local de realização do estudo	42
5.3	Participantes	42
5.4	Instrumentos	43
5.4.1	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)	43
5.4.2	Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório ao Uso do Álcool e outras Drogas (IDHEA-AD)	44
5.4.3	Entrevista semiestruturada	47
5.5	Procedimentos	48
5.5.1	1ª Etapa: Análise de prontuários	48
5.5.2	2ª Etapa: Entrevista e aplicação de instrumentos	49
5.6	Análise dos dados	50
5.7	Considerações Éticas	50
5.7.1	Riscos	50
5.7.2	Benefícios	51
	<b>Capítulo 6 - Resultados</b>	52
6.1	Perfil sociodemográfico dos participantes	52
6.2	Caracterização clínica do transplantado hepático com DHA	54
6.3	Padrão de uso de álcool antes e após o transplante	57
6.4	Ansiedade e depressão no momento da entrevista	58
6.5	Habilidades de enfrentamento diante do contexto de abstinência do álcool	59
6.6	Conceito de uso abusivo e dependência alcoólica pelos participantes	63

6.7 Motivação para beber e não beber antes do transplante	65
6.8 Recaída alcoólica pós-transplante	69
6.9 Motivação para não beber após o transplante	71
6.10 Satisfação com o tratamento e contribuições para a pesquisa	73
<b>Capítulo 7 - Discussão</b>	<b>74</b>
<b>Capítulo 8 - Considerações Finais</b>	<b>89</b>
<b>Capítulo 9 - Referências</b>	<b>91</b>
<b>Anexos</b>	<b>103</b>
Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	103
Anexo 2 - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)	106
Anexo 3- Carta Compromisso para uso do Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência do álcool e outras drogas (IDHEA-AD)	108
Anexo 4 - Entrevista Semiestruturada	109
Anexo 5 - Carta de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia do Distrito Federal	112
Anexo 6- Folheto sobre o cuidado com o paciente	116

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1-</b> Abordagens para o Tratamento do Alcoolismo	19
<b>Tabela 2-</b> Critérios da Avaliação Psicológica de Receptores para o TH	36
<b>Tabela 3-</b> Descrição da Interpretação conforme Posição Percentil dos Escores (total e subescalas) do Respondente no IDHEA-AD	45
<b>Tabela 4 -</b> Caracterização Sociodemográfica	51
<b>Tabela 5 -</b> Perfil do Transplantado Hepático com DHA	53
<b>Tabela 6 -</b> Resultados do IDHEA-AD por Grupos	58
<b>Tabela 7 -</b> Resultados da HADS e da IDHEA por Participante	60
<b>Tabela 8 -</b> Escores Médios dos Grupos Recaída e Não Recaída e valores do Teste Mann-Whitney para Amostras Independentes (N=15)	61
<b>Tabela 9 -</b> Categorias Referentes às Noções de Abuso e Dependência do Álcool, Segundo os Participantes	62
<b>Tabela 10 -</b> Categorias sobre a Motivação para Beber Antes do Transplante	64
<b>Tabela 11-</b> Categorias sobre a Motivação para Não Beber Antes do Transplante	65
<b>Tabela 12-</b> Categorias sobre Motivos para a Recaída Alcoólica (n=5)	68
<b>Tabela 13-</b> Categorias sobre a Motivação para Não Beber após o Transplante	70
<b>Tabela 14-</b> Fatores de Risco e de Proteção da Amostra Quanto à Adesão e Recaída no Uso do Álcool	84

**Lista de Figuras**

<b>Figura 1-</b> Processo de recaída segundo o modelo cognitivo-comportamental	20
<b>Figura 2-</b> Padrão de uso do álcool dos participantes no pré-transplante ( <i>N</i> =15)	55
<b>Figura 3-</b> Associação de álcool com outras drogas no pré-transplante ( <i>N</i> =15)	56
<b>Figura 4-</b> Resultados da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão ( <i>N</i> =15)	57

### Lista de Siglas

<b>AA</b>	Alcoólicos Anônimos
<b>ABTO</b>	Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos
<b>APA</b>	<i>American Psychiatric Association</i>
<b>AUDIT</b>	<i>Alcohol Use Disorders Inventory Test</i>
<b>CAGE</b>	Acrônimo referente a <i>Cut down, Annoyde by criticims, Guilty e Eye-opener</i>
<b>CEBRID</b>	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
<b>CFP</b>	Conselho Federal de Psicologia
<b>CHA</b>	Cirrose Hepática Alcoólica
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CISA</b>	Centro de Informações sobre Saúde e Álcool
<b>DHA</b>	Doença Hepática Alcoólica
<b>DSM</b>	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
<b>EASL</b>	<i>European Association for the Study of the Liver</i>
<b>HADS</b>	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>ICDF</b>	Instituto de Cardiologia do Distrito Federal
<b>IDHEA- AD</b>	Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência do álcool e outras drogas
<b>IECPA</b>	Inventário de expectativas e crenças pessoais acerca do álcool
<b>MELD</b>	<i>Model for End-Stage Liver Disease</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PIB</b>	produto interno bruto
<b>PNS</b>	Pesquisa Nacional de Saúde
<b>SENAD</b>	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
<b>SPA</b>	Substâncias Psicoativas
<b>TCC</b>	Terapia Cognitivo-Comportamental
<b>TH</b>	Transplante Hepático

## Introdução

Pesquisas sobre a recidiva alcoólica têm grande importância quando se trata de transplante de órgãos, devido à sua escassez e pela necessidade de avaliação, tanto qualitativa quanto quantitativa, para a inserção da pessoa na fila de transplante. Esse fator é um agravante quando a doença de base que leva à indicação do tratamento transplantador é a Doença Hepática Alcoólica.

Sabe-se que fatores preventivos anteriores ao transplante, tais como rede de apoio social satisfatória, tempo de abstinência prévia ao transplante, compreensão da doença e do tratamento, realização de tratamento psicológico para abuso de substâncias psicoativas são preditores da não recaída alcoólica no pós-transplante (Egawa et al., 2014; Pfitzmann et al., 2007).

A experiência profissional da pesquisadora com pacientes transplantados de fígado foi a motivação principal para o estudo dessa população. No contexto de avaliação e acompanhamento psicológicos pré e pós-transplante no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF), observou-se que pacientes com o mesmo diagnóstico e o mesmo tratamento tinham comportamentos diferentes, no que se refere ao uso do álcool no pós-operatório tardio. No ano de 2016 houve demanda relevante para o ambulatório de acompanhamento psicológico pós-transplante de pessoas que passaram pela cirurgia hepática em 2013 e retornaram ao uso do álcool em 2015. As queixas de maior incidência eram relacionadas a desordens depressivas, ruptura de laços familiares, brigas recorrentes com o parceiro(a) e divórcio. Contudo, pacientes transplantados que passaram por avaliações estruturadas, tanto psicológica quanto médica e multiprofissional, e que vivenciaram situações estressoras por um ou mais anos após a cirurgia, como as citadas acima, não tiveram recaída alcoólica.

Pesquisas sobre essa temática foram realizadas na América do Norte, Europa e Oceania (Egawa et al., 2014; Pfitzmann et al., 2007; Telles-Correia, 2011). Contudo, no Brasil, poucos estudos abordaram os fatores associados à recaída dessa população no pós-transplante (Vieira, Rolim, De Capua Jr., & Szutan, 2007). Estudos brasileiros comparando populações com a mesma doença de base que tinham indicação de tratamento transplantador – e os aspectos relacionados ao uso do álcool após o transplante –, não foram identificados na literatura, justificando assim essa pesquisa.

Os capítulos iniciais foram organizados para que o leitor compreenda aspectos relativos à história do consumo de bebidas alcoólicas no Brasil e os vários fatores associados, prejudiciais ou não, ao comportamento de beber. O Capítulo 1 versa sobre a inserção do álcool na nossa história e as repercussões atuais desse uso. Diferencia também o uso social do problemático, definindo o que é uso abusivo *versus* dependência do álcool.

O Capítulo 2 contempla as contribuições da ciência psicológica para a compreensão das pessoas que consomem álcool e as repercussões em nível individual, familiar e social.

Por fim, o Capítulo 3 descreve os problemas de saúde ocasionados pelo uso crônico do álcool e os tratamentos propostos para essa população em nível de atenção de média a alta complexidade. Os demais capítulos, do quarto ao oitavo, destinam-se à descrição e apresentação da pesquisa.

## Capítulo 1

### Consumo de Bebidas Alcoólicas no Brasil

*Toda forma de vício é ruim,  
não importa que seja droga,  
álcool ou idealismo.*  
Carl Jung

O consumo de bebida alcoólica é um dos comportamentos mais observados nos brasileiros e em cidadãos de vários lugares do mundo, como nos EUA, na Europa e na Ásia (Gallassi, Alvarenga, Andrade, & Couttolenc, 2008). Em sua conotação positiva, é aceito moralmente pela sociedade, fazendo parte de confraternizações, reuniões, favorecendo estreitamento de laços e figurando como simbolismos religiosos. Entretanto, o uso abusivo e disfuncional dessa bebida pode acarretar problemas graves em nível individual, familiar, social e de saúde pública (Warwar & Boin, 2012). O objetivo desse capítulo é traçar uma breve revisão do consumo alcoólico no Brasil e os impactos desse uso para a saúde. Tem por finalidade, também, caracterizar os conceitos relacionados ao álcool: uso abusivo, dependência do álcool, síndrome de abstinência, tolerância e fissura (*craving*).

#### 1.1 O consumo de álcool

A maioria dos brasileiros acredita que beber, de forma controlada, é seguro e não acarreta nenhum tipo de problema de saúde (Menezes, 2006). Ter esse comportamento para atividades como idas a festas, prazeres sexuais, conquistas pessoais e amorosas, comemorações, reação diante de desilusões amorosas e soluções de problemas é condizente com práticas habituais dessa população (Lioto, 2012).

Há dois tipos de bebidas descritos na literatura. Bebidas fermentadas são aquelas com base em açúcares (ex. suco da uva) ou em amido (trigo), que passam por processo de fermentação, provocado por bactérias, até se transformar em álcool etílico ou etanol.

São exemplos desse tipo de bebida a cerveja, o vinho e o *champagne*. As bebidas destiladas são formadas por processo de separação de líquidos, em diferentes pontos de ebulição. É tradicionalmente feita em alambiques a partir da cana de açúcar, no Brasil e vastamente produzida pelo mundo. Fazem parte dessa categoria as cachaças, *vodkas* e *whiskys* (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas [CEBRID], 2015). O uso dessas bebidas pode ser esporádico, social, recreacional e até culinário. A depender dos hábitos culturais e sociais, esse uso pode ser nocivo e levar à dependência do álcool (Cunha, Carvalho, Kolling, Silva, & Kristensen, 2007).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma dose padrão de álcool equivale a 12g, podendo variar entre 10 a 15g, que seria correspondente a aproximadamente 335 ml de cerveja, 100 ml de vinho e 30 ml de destilado (Centro de Informações sobre Saúde e Álcool [CISA], 2014a). O consumo alcoólico pode trazer malefícios para a saúde em qualquer dosagem, mas principalmente se é feito em quantidade superior a quatro doses para pessoas do sexo masculino e três doses para as do feminino por dia, e se a pessoa não deixa de beber pelo menos dois dias seguidos. A dosagem semanal para um consumo que pode levar a prejuízos equivale a 14 doses ou mais para homens e sete ou mais para mulheres (CISA, 2014b). A OMS (2010) não recomenda o consumo de álcool no período da gestação, ao dirigir veículos, ao operar máquinas, diante de problemas de saúde com os quais o álcool pode ampliar os prejuízos físicos, bem como estar em uso de medicamento que interage com o álcool.

O CEBRID (2015) considera que os efeitos do álcool atingem o corpo de duas formas: estimulando o sistema nervoso central, depois o deprimindo. Na fase estimulante, que ocorre após a ingestão das primeiras doses, surgem sintomas como euforia, loquacidade, comportamentos expansivos e desinibição social. Já na fase depressora, que acomete a pessoa horas após a primeira ingesta (o tempo varia a

depende do organismo), os sintomas são falta de coordenação motora, sono exacerbado e descontrole motor e psíquico. Estados mais graves podem levar ao coma alcoólico ou mesmo à morte em função da depressão do sistema respiratório. A condição crônica pode desencadear a psicose alcoólica e o *delirium tremens*, um estado psicótico agudo que ocorre em indivíduos dependentes de álcool, usualmente 48h ou mais após o início da abstinência, caracterizado por confusão mental, desorientação, ideação paranóide, delírios, ilusões, alucinações, inquietação, tremores, sudorese, taquicardia e hipertensão (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas [SENAD], 2010).

Desde a colonização do Brasil é descrito na história o uso do álcool pelos índios, colonizadores e escravos. Os índios utilizavam bebidas feitas a partir de raízes e frutas como a mandioca e o abacaxi, em momentos específicos de rituais religiosos, em celebrações com finalidades de favorecer a sociabilidade, sensações de prazer e transcendência, e também como tratamento para doenças (Fidelis Diaz citado por Acserlrad, 2014). A cachaça e o vinho foram introduzidos pelos colonizadores em meados do século XVII. Apesar de no início o vinho ter sido uma bebida elitizada, e a cachaça associada aos escravos e às classes desfavorecidas, esta se tornou muito difundida em todo Brasil. Sua relevância foi tanta, que houve entre 1660 e 1661 a *Revolta da Cachaça*, liderada por senhores de engenho do Rio de Janeiro contra os excessivos impostos para a comercialização dessa bebida. Com a vitória em 1695, a produção da cachaça foi ampliada, assim como os grandes engenhos, e aos poucos foi se tornando uma bebida barata, de fácil acesso e consumo elevado, inclusive, até os dias atuais (Acserlrad, 2014).

Em representações culturais sobre esse assunto, destaca-se o personagem “Jeca Tatu” de Monteiro Lobato (1914), símbolo do caboclo brasileiro da época, desenhando o homem negro, pobre, entristecido, adoecido, com dificuldades em ajudar o país a

progredir economicamente e que fazia uso de cachaça para aliviar as mazelas da vida (Menezes, 2006). Essa imagem, negativa, figurava a realidade do consumo alcoólico da década de 1920, baseado na cachaça e motivado pelas dificuldades de lidar com as questões de saúde, sociais e financeiras.

Uma das influências mais atuais se configura na linguagem de músicas contemporâneas impactantes, tanto para jovens quanto para adultos. A música é uma expressão lírica do dito e do não dito sobre uma temática específica. Muitas vezes é a partir da vivência social e pessoal dos compositores que as canções são definidas, sendo essas diretamente relacionadas com o contexto sociocultural que a pessoa está inserida. É relevante considerar a mensagem que se passa pelas letras das canções, porque embora pareçam com conteúdo cômico e/ou dançante, potencializado pela melodia que a acompanha, o conteúdo implícito reverbera no ouvinte, podendo influenciá-lo em suas atitudes e comportamentos (Lopes & Gomes, 2014). Lioto (2012) afirma que os versos, em suas repetições infinitas – o que facilita a memorização da letra – produzem efeitos no ouvinte difíceis de mensurar. As composições sobre o álcool, expressas em sua maioria nos ritmos do forró e sertanejo, revelam dois caracteres importantes: beber como forma de ter e gerar prazer, e solução rápida e fácil para problemas cotidianos.

Algumas características acerca do consumo de bebidas alcoólicas são relevantes na população brasileira: primeiro porque é uma substância legalizada, lícita; segundo, o ato de beber é algo marcante na cultura, presente em diversas atividades de lazer associado a esportes, dança, música e o Brasil é mundialmente conhecido pela caipirinha. Esses fatos apontam para um consumo naturalizado do álcool e mais comumente retratado nas músicas contemporâneas (Lioto, 2012).

Esse contexto social e cultural do álcool – fortalecido pelos comerciais e propagandas na mídia em geral – aquece a economia de indústrias de bebidas alcoólicas

que lucraram, no ano de 2014, uma cifra de R\$ 70 milhões em vendas somente com cerveja. O Brasil ocupa o terceiro lugar dos países que mais consomem cerveja no mundo, chegando a representar mais de 80% do total de bebidas consumidas pelos brasileiros. Estima-se que a cada dez doses consumidas de álcool, seis sejam de cerveja. A rentabilidade anual desse setor para a economia permeia a faixa dos 1,6% do PIB (Cervieri Jr, Junior, Galinari, Rawet, & Silveira, 2014). A comercialização também é favorecida pelo *marketing* do álcool promovido por propagandas veiculadas em mídias como TV, jornais e sociais, promoções de *happy hour* ou *open bar*, bem como oferta gratuita de bebidas em eventos (Monteiro, 2016). Além disso, o patrocínio e publicidade de indústrias de bebidas alcoólicas em festas de comemorações em grande escala no Brasil, como Ano Novo, Carnaval, jogos de futebol e festas de São João, também favorecem a representatividade da bebida alcoólica no contexto sociocultural da população. O poder da indústria do álcool sobre esse consumo abusivo versa sobre a noção de que a bebida ajuda na solução de problemas, promovendo momentos de alegria, relaxamento e descontração, uma das melhores opções para lidar com as situações do dia a dia, em especial as estressantes. A publicidade desse setor, que utiliza noções de psicologia e neurociência, busca associar o consumo alcoólico com sentimentos positivos, influenciando desde crianças até idosos (Monteiro, 2016).

As bebidas mais consumidas no mundo são as destiladas (50%), seguidas das fermentadas (35% para cerveja e 8% para vinhos). No Brasil, segundo o relatório global sobre saúde e álcool (OMS, 2014), a bebida mais consumida é a cerveja (55%), seguida dos destilados (32,5%) e do vinho (11,7%). Dados que comprovam essa realidade podem ser vistos no primeiro levantamento nacional sobre o uso de álcool no Brasil, realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas ([SENAD], 2007), com 3007 pessoas, maiores de 18 anos, de todas as regiões brasileiras. Foi constatado que

24% dos entrevistados informaram fazer uso frequente ou pesado de álcool e 29% disseram beber com pouca frequência, totalizando um consumo da ordem de 53% em padrões diversos. Ainda sobre esse estudo, a bebida mais consumida foi a cerveja (61% das doses), seguida pelo vinho (25%) e destilados (12%), sendo que a cachaça foi citada por 60% dos que mencionaram preferência pelas bebidas destiladas.

Outro estudo mais recente (Garcia & Freitas, 2015), com dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), descreveu a prevalência de uso abusivo de álcool, no ano de 2013, a partir das características sociodemográficas e de saúde da população brasileira maior de 18 anos. Foram coletados dados com mais de 60 mil participantes, avaliando o consumo abusivo de álcool, definido como o uso em uma única ocasião, nos últimos 30 dias, de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas para homens e de quatro ou mais doses para mulheres. Dentre os entrevistados, 13,7% fizeram consumo abusivo no mês subsequente à pesquisa, com maior índice na população masculina (3,3 vezes maior do que entre as mulheres), adultos jovens de 18 a 29 anos, vivendo nas regiões Centro-oeste (16,2%) e Nordeste (15,6%), consumidores de cerveja e fumantes ocasionais.

Percebe-se que com o advento da sociedade industrializada e as novas configurações sociais dos cidadãos, seus pares e grupos sociais, o álcool ganhou novas representações, com o aumento do consumo, evoluindo para problemas de saúde ocasionados pela dependência química dessa substância psicoativa (Figlie, Bordin, & Laranjeira, 2004; Gigliotti & Bessa, 2004).

O uso abusivo de álcool é um problema de saúde pública mundial, sendo vastamente estudado devido à sua importância e efeitos sobre as sociedades. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), mais de 3,3 milhões de pessoas morrem todos os anos no mundo decorrentes do excesso de etanol, com predomínio da faixa

etária compreendida entre os 20 e 49 anos, representando 5,9% do total de mortes, todas ocasionadas por mais de 200 doenças diferentes associadas ao beber problemático. Dentre elas, destacam-se os transtornos relacionados ao álcool, a síndrome alcoólica fetal e a cirrose hepática.

O Brasil está na 49ª posição entre os países que mais consomem bebidas alcoólicas, com uso médio igual a 8,7 litros por pessoa/ano, quantidade superior à média mundial, dados do ano de 2010. No que diz respeito às repercussões desse consumo na saúde, em 2012 o álcool esteve associado entre 60% a 63% dos casos de cirrose hepática, e de 5% a 18% dos acidentes de trânsito (OMS, 2014).

Carbonário (2012) ressalta, em sua revisão de literatura, que diversos problemas podem ser ocasionados pelo uso abusivo do álcool, dentre eles suicídio, homicídio, violência familiar, violência física, acidentes e mortes no trânsito, desestruturação familiar, absenteísmo no trabalho. Complicações de saúde como câncer, doenças hepáticas agudas e crônicas, desordens psicológicas e comportamentais, como a vulnerabilidade para a infecção por doenças sexualmente transmissíveis devido à eventual negligência de práticas preventivas nas relações sexuais, também estão diretamente associadas ao consumo abusivo do álcool (Garcia & Freitas, 2015).

O impacto do comportamento de beber problemático é referido como preocupante no mundo inteiro onde o álcool é uma substância lícita, pois o consumo de etílicos é diretamente proporcional à mortalidade e morbidade da população (Monteiro, 2016). No Brasil, entre os anos 2010 e 2012 foram registrados mais de 55 mil óbitos com causas associadas ao uso abusivo do álcool, como causa básica da doença, condição ou lesão (Garcia, Freitas, Gawryszewsk, & Duarte, 2015). Dessas, 88,5% foram mortes de homens e 55,3% ocasionadas por doenças do fígado. Estima-se que os custos com a saúde decorrente das doenças provocadas pelo uso abusivo do álcool

ultrapassem 1% do produto interno bruto (PIB) dos países de alta e média renda (Garcia & Freitas, 2015), e mais de 7% do PIB do Brasil, abrangendo a assistência desde o início da doença até a perda da produtividade (Gallassi et al., 2008). O consumo disfuncional do álcool acarreta prejuízos incalculáveis, afetando a qualidade de vida e as relações inter e intrapessoais dos usuários (Brasil, 2004). Trata-se, portanto, de um problema social e de saúde pública, não apenas pelos danos físicos, como também pelas repercussões psicológicas, psiquiátricas, interpessoais, econômicas, políticas e jurídicas ocasionadas aos usuários.

## **1.2 Uso abusivo e dependência do álcool**

O conceito de abuso de substâncias ficou mais evidente a partir do século XVIII quando, segundo Gigliotti e Bessa (2004), a comercialização do álcool começou a ser descrita como abusiva por psiquiatras renomados da época. O termo alcoolismo foi descrito pela primeira vez, como doença, pelo médico Magnus Huss, em 1849 como “um conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas esferas psíquica, sensitiva e motora” (Heckmann & Silveira, 2009, p. 67). O uso da palavra alcoolista foi implementada em meados da década de 1960 por Morton Jellinek, com significado de pessoa adoecida pelo uso em excesso de álcool que acarreta prejuízos a si próprio e à sociedade (Heckmann & Silveira, 2009).

Desde então esse conceito – que é decorrente de fatores de ordem genética, sociocultural, psicológica e a associação entre eles – teve modificações, sendo descrito pela OMS (citado em Couto, 2015) como uma totalidade de problemas no indivíduo que se estende a vários planos, dentre eles perturbações orgânicas, psíquicas, da vida familiar, profissional, social, econômica, legal e moral. A definição considera ainda que

alcoolistas são pessoas que bebem excessivamente, apresentando dependência do álcool acompanhada de diversas perturbações e que devem ser submetidas a tratamento.

Há muitos conceitos e classificações nosológicas acerca do uso do álcool. A OMS e o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA, 2014a) adotam as seguintes definições, a saber:

- Beber social – dentro dos padrões estipulados pela OMS como seguros para o uso de álcool e socialmente aceito
- Beber intenso (*heavy drinking*) – uso em média de três doses diárias ou cinco doses na mesma ocasião em uma semana
- Beber problemático (*problem drinking*) – quando o uso abusivo da bebida alcoólica ocasiona problemas de saúde ou sociais. É considerada também uma fase precoce do alcoolismo
- Consumo compulsivo periódico de bebida (*binge drinking*) – padrão de consumo intenso, escolhido pelo usuário, por um período prolongado (a exemplo, férias e festividades como o carnaval). Em geral, esses períodos são intercalados com fases de abstinência
- Beber pesado episódico (*heavy episodic drinking*) - padrão de consumo de mais de 60g de álcool (cerca de cinco a seis doses) em uma mesma ocasião, por pelo menos uma vez ao mês

Duas publicações de referência – DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) e CID (Classificação Internacional de Doenças) – são utilizadas para discriminar quando o uso do álcool é patológico, definindo esse comportamento em abuso e dependência do álcool.

O DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1995) descreve o consumo abusivo do álcool como sendo um padrão mal-adaptativo de uso dessa

substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, ocorrendo em um período de 12 meses, entre eles o uso recorrente que afete as relações interpessoais e laborais e acarrete problemas legais. A dependência de substância, nesse caso o álcool, caracteriza-se por esse padrão de uso disfuncional, por no mínimo 12 meses, levando a um comprometimento ou desconforto clinicamente significativo.

Mais recentemente, o DSM foi reformulado para a versão V (APA, 2013), que traz mudanças importantes na classificação dos transtornos associados ao álcool. A primeira mudança está relacionada à fusão dos termos abuso e dependência para o que foi intitulado transtornos relacionados ao uso de substâncias, classificando o grau de prejuízo em leve, moderado e grave. O critério “problemas legais” que fora utilizado para classificar abuso de substância foi retirado e acrescentado o conceito de *craving*, definido como fissura ou forte desejo de consumir álcool.

Segundo a CID-10 (Classificação Internacional de Doenças [CID], 2012), em sua décima revisão, a Síndrome da Dependência Alcoólica é um conjunto de aspectos comportamentais, cognitivos e fisiológicos decorrentes do uso abusivo dessa substância psicoativa associado aos seguintes critérios: empobrecimento de repertório, padrão de uso repetido do álcool, relevância da bebida em aspectos de vida da pessoa, repetidos sintomas de abstinência, negação da condição de dependência e tolerância. A tolerância é a necessidade de aumento gradativo da substância psicoativa para se conseguir o mesmo efeito obtido anteriormente em doses menores.

A síndrome de abstinência é caracterizada por um quadro agudo secundário à interrupção parcial ou total de uma droga, que se inicia entre 24h a 48h após o início da abstinência. Os sintomas de tremores, náuseas, sudorese, dores de cabeça, pesadelos, mudanças do humor, como irritação, agitação psicomotora, alucinações e ansiedade são

causados pela adaptação do sistema nervoso central ao uso da Substância Psicoativa SPA (Cunha et al., 2007).

De acordo com a OMS (2014), cerca de 5,6% dos brasileiros sofrem com transtornos relacionados ao uso do álcool (entre abuso e dependência). São tidas como consequências negativas desse transtorno a tendência à agressividade, à discórdia, à possibilidade de causar dor e sofrimento ao outro, seja pela violência verbal ou física. O uso do álcool está associado a vários atos violentos entre jovens no Brasil, sendo componente propulsor para brigas de rua, vandalismo e homicídio (Gigliotti & Bessa, 2004).

Warwar e Boin (2012), em sua revisão, informam que pessoas dependentes do álcool tendem a apresentar dificuldades para assumir responsabilidades, com prejuízos na percepção de mundo e adoção de condutas desviantes. Ademais, utilizam-no como forma de lidar com a realidade e dar sentido ao seu próprio existir, sendo frequentes efeitos negativos nas relações interpessoais, laborais e de saúde.

Com esse ponto de vista, diante da repercussão dessa doença chamada alcoolismo, que tem potencial para causar efeitos severos nas relações sociais, interpessoais, laborais e pessoais, bem como na saúde e nas condições socioeconômicas das pessoas acometidas, que políticas públicas e estudos estão sendo desenvolvidos em nível nacional e internacional. Seus objetivos são realizar controle e regulamentação do uso, avaliando os efeitos multifacetados do álcool e as ações necessárias para o manejo do uso disfuncional (Laranjeira & Romano, 2004).

O tratamento do alcoolismo é fundamental para evitar os problemas supracitados. Para tanto, é necessário o conhecimento dos fatores que levam ao comportamento de beber problemático para propor intervenções efetivas. O próximo capítulo irá explorar o universo do alcoolista, do ponto de vista psicológico.

## Capítulo 2

### Usuários de Álcool e Aspectos Psicológicos associados

*Não haverá borboletas, se a vida não passar  
por longas e silenciosas metamorfoses.*

Rubens Alves

Uma pergunta recorrente sobre pessoas que consomem álcool é: o que leva uma pessoa a beber? Outra importante indagação seria: o que influencia essa pessoa a beber abusivamente a ponto de prejudicar sua saúde e suas relações interpessoais? É com o propósito de responder essas perguntas, à luz da ciência psicológica, que se inicia esse capítulo.

#### 2.1 Aspectos psicológicos

A personalidade é o conjunto de características da pessoa, que definirá sua forma de pensar e agir, em processo de adaptação ao meio (Allport, 1966). Diversos estudos têm buscado encontrar associação entre o tipo de personalidade e o hábito de beber (Maciel & Yoshida, 2006; Ratto & Cordeiro, 2004; Vaillant, 1999). O modelo dos cinco fatores de personalidade, ou *Big Five*, é vastamente utilizado para identificar traços de personalidade e tem sido usado também na identificação de sujeitos alcoolistas. Os cinco fatores definem-se em neuroticismo (instabilidade emocional com tendência a experimentar emoções negativas como raiva, angústia, depressão e ansiedade), extroversão (emoções positivas e disposição para estar com outros), amabilidade (cooperativo e amigável), conscienciosidade (ter regras, autodisciplina e orientação para deveres e objetivos) e abertura para experiência (interesse para uma variabilidade de experiências) (Silva & Nakano, 2011).

Pesquisas apontam a tendência de alcoolistas serem pessoas com o humor mais rebaixado, que vivenciam em maior evidência emoções negativas e tem maior dificuldade para reconhecer e expressar suas emoções. Apresentam maiores índices de neuroticismo e depressão. Ademais, apresentam dificuldade de socialização, baixa resistência à frustração, certa impulsividade, autocrítica limitada e respostas de *coping* mal adaptativas. Entende-se, por parte dos alcoolistas, que o uso do álcool facilitará as relações interpessoais, a expressão de sentimentos e a forma de se comportar (Maciel & Yoshida, 2006; Natividade, Aguirre, Bizarro, & Hutz, 2012). Chaves (2006) assinala ainda que essa droga torna-se mais atrativa para aqueles que apresentam sentimentos de impotência, necessidade de afastamento da realidade, dificuldades para assumir responsabilidades, para se expressar verbalmente e buscar saídas, quando sóbrios, para a solução de conflitos, sejam eles familiares ou sociais.

As estratégias de enfrentamento (*coping*) foram descritas por Lazarus e Folkman (1984) como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas ou externas, que surgem em situações de estresse e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais. O *coping* pode ser entendido como uma forma de lidar, enfrentar e encarar situações adversas, e é uma habilidade aprendida e modificável a depender das variáveis pessoais e socioculturais (Antoniazzi, Dell’Aglia, & Bandeira, 1998).

Existem dois conjuntos de estratégias de *coping*: as focadas na emoção e as focalizadas no problema. *Coping* focalizado na emoção são comportamentos ou pensamentos utilizados para regular os efeitos emocionais ocasionados pelo evento estressor que a pessoa está vivenciando. Já o *coping* com foco no problema inclui habilidades para agir/atuar na fonte do estresse tendendo a modificá-la. Ambos podem

ser adaptativos ou desadaptativos a depender da eficácia da estratégia utilizada no enfrentamento da situação estressora (Snooks, 2009).

Dentre as estratégias emocionais podem ser incluídas o abuso de álcool e outras substâncias, distração, negação e esquivas do estressor. As estratégias com foco no problema abrangem comportamentos de tomada de decisão, busca por novos conhecimentos sobre o estressor, busca de diálogo e comportamentos assertivos, manejo de conflitos e comunicação efetiva (Lazarus & Folkman, 1984; Snooks, 2009). Em geral, pessoas que lidam melhor com o estresse estão mais satisfeitas com o suporte social, tanto emocional quanto operacional, apresentam expectativas de autoeficácia e são mais resilientes (Snooks, 2009).

Além do uso do álcool se enquadrar em uma modalidade de estratégias de enfrentamento em contextos de estresse, pessoas alcoolistas tendem a utilizar também estratégias de evitação, bem como outras estratégias focalizadas na emoção, apresentando baixo repertório para lidar com situações estressantes (Sá & Del Prette, 2014). Ademais, utilizar a busca da religião e o suporte social tem sido descritos na literatura como estratégias que favorecem o estado de sobriedade e melhora das relações sociais (Langane, 2013).

Um vasto repertório de habilidades de enfrentamento é relevante para proteger a pessoa de situações críticas que podem levar a sofrimento psíquico crônico, problemas de saúde e até ao suicídio. Para os sujeitos alcoolistas, um *coping* adaptativo favorece a redução do uso da droga, maior senso crítico e autoconfiança para lidar com situações adversas, prevenindo recaídas e favorecendo a adoção de comportamentos de abstinência do álcool (Sá & Del Prette, 2014). Langane (2013) relata que alcoolistas tendem a ser mais ansiosos e com baixa-autoestima quando comparados a pessoas que não fazem uso disfuncional de álcool. A ansiedade e o mal-estar com a forma como é

visto e aceito por si mesmo e pelos outros são precursores do uso do álcool. Ademais, indivíduos insatisfeitos com a sua vida pessoal, amorosa, social e/ou laboral, tendem a usar o álcool como estratégia para minimizar as frustrações pessoais.

Cunha et al. (2007) corroboram essa ideia, afirmando que um dos principais déficits nas habilidades de enfrentamento dos alcoolistas diz respeito à dificuldade de lidar com situações conflituosas. Quanto maior a expectativa positiva de que o uso do álcool irá modificar, facilitar ou melhorar a situação ansiogênica, maior a chance de a pessoa consumir álcool. No estudo desses autores com 26 dependentes químicos, em sua maioria homens adultos, encontrou-se a necessidade de treinar o repertório de habilidades de enfrentamento para: autoafirmação de sentimentos positivos, desenvoltura social e manejo de situações estressoras. Foram relatadas crenças permissivas ao uso do álcool para se obter ousadia, coragem, desinibição, confiança, humor elevado, descontração, sociabilidade, falar e fazer confidências, bem como melhorar a comunicação interpessoal.

De forma geral, o alcoolista tem expectativas positivas em relação ao álcool e o utiliza como forma de obter resultados com o consumo, mesmo que os efeitos reais não correspondam aos esperados pela pessoa (Marlatt & Donovan, 2009; Marlatt & Gordon, 1993).

## **2.2 Referenciais teóricos da psicologia sobre uso de substâncias psicoativas (SPA)**

### *2.2.1 Teoria cognitivo-comportamental*

A teoria cognitivo-comportamental leva em consideração a relação entre as cognições, os comportamentos e as emoções. Pressupõe-se que nossos pensamentos influenciam de forma direta e indireta os comportamentos e sentimentos, assim como a forma como nos comportamos pode afetar o padrão cognitivo e emocional (Beck, 1993).

Tendo por base o comportamento de beber, foco do presente estudo, o estilo de vida e as repercussões que essa droga tem sobre a pessoa formarão crenças específicas que poderão influenciar no hábito, seja para o uso social ou abusivo. As crenças são inferências das pessoas e podem ser deduzidas mediante suas falas e atitudes (Scali & Ronzani, 2007). Os autores pontuam ainda sobre quatro tipos de crenças presentes na dependência do álcool: a) crenças antecipatórias, que traduzem a expectativa que a pessoa tem de obter recompensa ou prazer ao beber; b) crenças de alívio, que refletem a remoção de algum sofrimento, angústia ou sentimentos negativos que causam desconforto, desprazer; c) crenças permissivas, que consideram o uso do álcool aceitável e justificável; e d) crenças de controle que dizem respeito a todas as crenças que minimizam o uso do álcool.

Beck, Wright, Newman e Liesse (1993), ao descrever o modelo cognitivo para o comportamento adicto, ressaltam que essa conduta é desencadeada por estímulos ativadores (internos ou externos à pessoa), que eliciam crenças e/ou pensamentos automáticos sobre esse ato. Ou seja, esses estímulos, em conjunto com as crenças sobre o uso do álcool, seriam os facilitadores para esse comportamento. Outro conceito associado é o *craving* – aumento do desejo/vontade de usar a substância psicoativa – facilitado por crenças permissivas que culminam na ação/comportamento de beber.

O modelo cognitivo-comportamental defende que o consumo dessa SPA é permeado por um padrão socialmente aprendido, onde as expectativas e os estímulos referentes ao efeito do álcool irão influenciar a manutenção do comportamento de beber (Gouveia, 1991). As expectativas são consideradas informações e registros de memória de longo prazo que representam experiências aprendidas por observação de modelos (vicárias) e/ou aquelas que a pessoa vivenciou com o uso do álcool (Goldman, 1999). Oliveira, Soilbelmann e Rigoni (2007) apontam que essas vivências e formação de

crenças são influenciadas pelos hábitos familiares, bem como por aqueles oriundos da cultura, desde os primeiros anos de vida.

Scali e Ronzani (2007) pontuam que quanto maior for a percepção de recompensa e mais positiva a expectativa, maior o nível de consumo alcoólico. Isso porque, segundo Gouveia (1991) as informações que o sujeito tem do álcool, bem como suas associações rápidas, poderão influenciar a decisão de beber novamente ou não.

### *2.2.2 Teoria motivacional no contexto do uso de álcool*

A motivação é um estado de prontidão para a mudança de comportamento, algo que faz a pessoa agir em determinada situação, uma condição interna que irá influenciar os fatores externos que pode oscilar de um momento a outro (Figlie et al., 2004). A motivação está diretamente relacionada à adesão ao tratamento, favorecendo-a ou não, e no contexto do alcoolismo, está associada às recaídas. A recaída alcoólica é o retorno ao uso do álcool, em um padrão igual ou maior ao consumo anterior, após um período de ao menos dois meses de abstinência (Álvarez, 2007).

Os fatores que podem levar à recaída no uso abusivo de álcool são emoções negativas vivenciadas pela pessoa, pressão social, crenças negativas, o manejo disfuncional de situações difíceis, como problemas físicos e psicológicos, sentimentos de raiva, ira e frustrações, bem como desconfortos e sintomas gerados pela abstinência alcoólica (Álvarez, 2007).

O modelo transteórico de mudança de comportamento, desenvolvido por Prochaska, DiClemente e Norcross (1992), é um dos mais utilizados no tratamento da dependência química. A pessoa transita em cinco estágios para a mudança do comportamento de beber. No estágio de pré-contemplação não há motivação para a mudança ou compreensão de que o uso do álcool é um problema. As pessoas podem ter

tentado mudar no passado, sem sucesso, resultando na descrença na capacidade de mudança comportamental. A contemplação é o estágio em que a pessoa começa a compreender a necessidade de mudança, mas ainda oscila na motivação para realizá-la. A ambivalência nessa etapa costuma estar relacionada à percepção de que mudar trará consequências negativas ou que será difícil, favorecendo a procrastinação comportamental. A preparação envolve a elaboração de estratégias e ações para mudar o padrão de uso alcoólico (Sousa, Ribeiro, Melo, Maciel, & Oliveira, 2013; Straub, 2014).

A ação é a execução de um plano de mudança comportamental. Há exigências de forma particular, e a pessoa colocará em prática esse plano para que o comportamento seja modificado. E por fim, a manutenção é o estágio de maior desafio. A pessoa precisa estar constantemente motivada para manter as ações e prevenir lapsos e recaídas. Quando há recaídas é preciso investigar os fatores desencadeadores desse comportamento e reavaliar a motivação para a mudança (Sousa et al., 2013; Straub, 2014).

Pode-se afirmar que a entrevista motivacional é a forma prática do modelo transteórico, pois objetiva identificar e ativar a motivação do paciente para a mudança comportamental em relação ao uso do álcool. Favorecerá tanto as habilidades e motivações para a mudança, como a compreensão dos múltiplos fatores envolvidos na recaída. A intervenção breve trabalhará o treino de habilidades sociais, as estratégias de enfrentamento, a motivação e os comportamentos protetivos da recaída no uso do álcool (Rollnick, Miller, & Butler, 2009).

Álvarez (2007) realizou uma pesquisa com 105 participantes, com média de idade de 42,9 anos, residentes em cidades do interior de Minas Gerais, para avaliar os fatores de risco que favoreciam a recaída de pessoas alcoolistas, utilizando um questionário de fatores de recaída, outro questionário sobre razões para beber

(Gonzales, 2004) e o CAGE (Pinto de Queiroz, 1991). Parte da amostra estava internada em clínica para tratamento da dependência de álcool e o restante veio de grupos de Alcoólicos Anônimos (AA) e de postos da Estratégia Saúde da Família, onde todos eram alcoolistas primários. A pesquisa encontrou razão homem/mulher de 4:1, com a maioria dos participantes solteiros ou separados/divorciados, 65% eram analfabetos ou tinham o ensino fundamental incompleto e 27% estavam desempregados. Em sua maioria (83,8%) os participantes tinham antecedentes familiares de alcoolismo. O início do consumo foi com média de idade igual a 15,1 anos, consumo mais elevado aos 23,9 anos e perda do controle aos 30,5 anos. Pelo menos uma vez ao longo da vida, todos os participantes relataram tentativas de abstinência do álcool por algum período. A multiplicidade de influências para recair foi constatada pelo estudo, onde os três maiores fatores destacados pelos participantes foram: influência negativa de amigos bebedores, necessidade de beber e pobre controle sobre o consumo. Já as três maiores razões para beber, pelo questionário de Gonzales (em Álvarez, 2007), foram: alegrar-se, relaxar e eliminar estados emocionais negativos (ansiedade).

Compreender a motivação para recaídas é um aspecto importante no planejamento de tratamentos para dependentes químicos. Entender os fatores protetivos também beneficia o conhecimento sobre obstáculos para contextos de risco, favorecendo a minimização de danos aos alcoolistas. Analisar as consequências negativas do uso do álcool, tratar a dependência, ter boa relação familiar e a ocorrência de problemas de saúde são relatados como favoráveis para a manutenção da abstinência. A motivação para continuar sóbrio decorre da percepção de melhora da qualidade de vida, nas relações familiares e conjugais, melhor visão de si mesmo, compreensão de que o alcoolismo é uma doença, motivação para o trabalho e autoestima positiva (Álvarez, 2013).

Várias abordagens, oriundas da ciência psicológica, são descritas na literatura para nortear o tratamento do dependente de substâncias psicoativas (SPA), em especial do alcoolismo, como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1

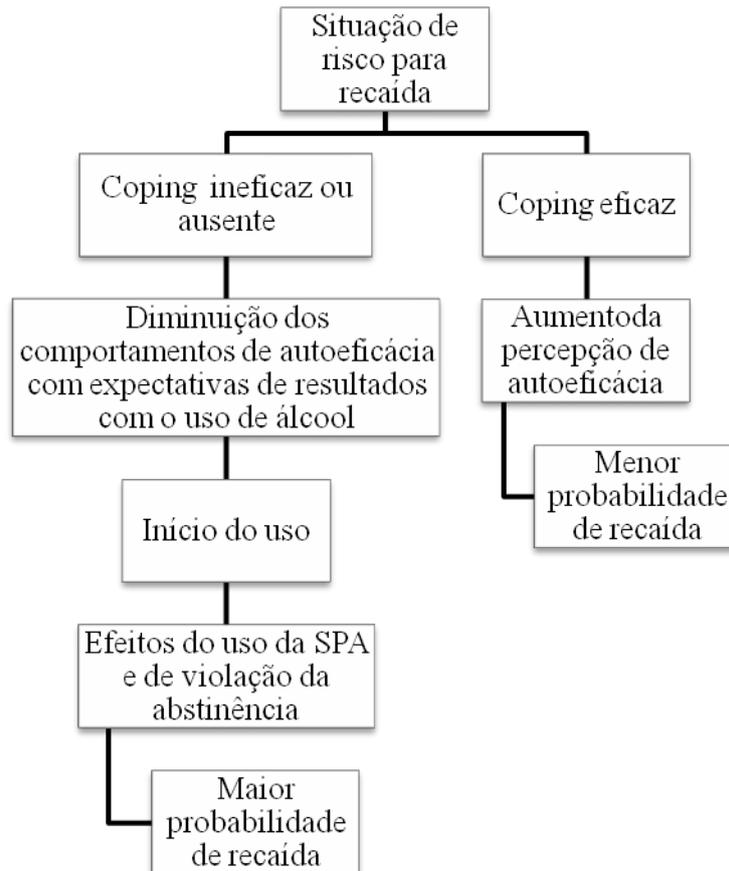
*Abordagens para o Tratamento do Alcoolismo*

<b>Abordagem</b>	<b>Breve descrição</b>
12 passos (Alcoólicos Anônimos, 2001)	Grupo de autoajuda, dirigido por uma pessoa da própria comunidade, comumente dependente recuperado. Defende o conceito de doença irreversível e é indicado para dependentes com baixa autoestima e que respondem a abordagens sociais e de grupo.
Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2001)	Técnica de intervenção realizada por profissionais da saúde treinados com três princípios: colaboração, evocação da motivação e autonomia do paciente. É útil na fase inicial do tratamento e indicado para pessoas em negação da sua condição e que tenham boa capacidade de verbalização.
Intervenção Breve (Miller & Sanches, 1993)	Abordagem objetiva com foco no desenvolvimento de autonomia, iniciativa e responsabilidade de escolha. Realizada por profissionais capacitados a usuários de risco e dependentes em grau leve/moderado, sem complicações clínicas.
Prevenção de Recaída (Marlatt & Gordon, 1985)	Abordagem de base cognitiva-comportamental que compreende a recaída como parte do processo da dependência com o objetivo de estimular a autoconfiança e o treino de habilidades comportamentais.
Terapia de Família (Zanelatto & Laranjeira, 2013)	Abordagem para o tratamento de dinâmica familiar disfuncional ocasionada pelo uso do álcool e codependência. Indicada para famílias com mais de um dependente, com prejuízos importantes nas relações e impacto nos filhos.
Psicoterapia de base psicodinâmica (Zanelatto & Laranjeira, 2013)	Abordagem que busca compreender os conflitos psicológicos que levam ao uso de drogas, centrado no estilo de relacionamento interpessoal do dependente. Mais indicado para pacientes abstêmios. É contraindicada para dependentes graves, com fissura e sem capacidade de <i>insight</i> .

Tendo em vista o referencial teórico-conceitual adotado no estudo, o tópico seguinte dá destaque à prevenção da recaída.

### *2.2.3 A Prevenção de Recaída*

A prevenção de recaída (Marlatt & Donovan, 2009), baseada na teoria cognitivo-comportamental, tem por objetivo tratar, de forma completa, a recaída e estabelecer técnicas para prevenir ou manejar a ocorrência desse comportamento. Ela define os determinantes intrapessoais: autoeficácia para recusa, expectativa de resultado com o uso do álcool, motivação, estilo de enfrentamento, estados emocionais (negativos ou positivos) e fissura. Os determinantes interpessoais são o apoio social e o estilo de vida. A depender do indivíduo, cada fator pode ser favorável ou impeditivo do comportamento de recair no uso do álcool. O papel mais importante é o do alcoolista, que durante o tratamento deve assumir uma postura ativa na mudança da sua conduta em três direções: mudança no estilo de vida, aprender a identificar influências internas e externas que favoreçam a recaída e ter estratégias de autocontrole para se manter sóbrio (Álvarez, 2013; Marlatt & Donovan, 2009). A Figura 1 apresenta o processo de recaída segundo o modelo cognitivo comportamental.



*Figura 1.* Processo de recaída segundo o modelo cognitivo-comportamental  
 Fonte: Marlatt & Gordon, 1985

O tratamento, segundo esses autores (Marlatt & Donovan, 2009), resume-se a intervenções breves, com treino de habilidades sociais e entrevista motivacional. Adicionalmente, uso de medicações psicotrópicas e meditação, como autorregulação dos estados emocionais negativos. A partir dessas técnicas, foca-se na reestruturação cognitiva de crenças relacionadas ao uso do álcool e de si mesmo, favorecendo melhores estratégias de enfrentamento diante de situações de risco para o uso do álcool, a autoeficácia e a mudança de comportamento do ato de beber.

A TCC, no âmbito dessa abordagem, tem mostrado ser um método eficaz como revelou o estudo MATCH, realizado nos EUA com 1726 usuários de álcool que objetivava identificar a efetividade dos tratamentos propostos para dependentes

químicos, comprovando a eficácia da TCC (SUPERA, 2014). Outros estudos reforçam que esse modelo teórico tem bons resultados no tratamento do alcoolismo, incluindo o manejo da depressão, da ansiedade, treinos de habilidades inter e intrapessoais, relaxamento, assertividade e melhor percepção e identificação de situações de risco, propiciando a reestruturação cognitiva de crenças disfuncionais associados ao uso do álcool (Rangé & Marlatt, 2008).

Destaca-se que no contexto dos transtornos associados ao uso do álcool, a condição de dependência é um quadro patológico que necessita de tratamento, como comentado no Capítulo 1, e de intervenção do tipo transplante, como será visto no Capítulo 3.

## Capítulo 3

### Doença Hepática Alcoólica e Transplante Hepático

*Não é o mais forte que sobrevive,  
nem o mais inteligente,  
mas o que melhor se adapta às mudanças*  
Charles Darwin

Atualmente as Doenças Hepáticas Alcoólicas (DHA) representam a segunda principal indicação para Transplante Hepático (TH) no Brasil, a segunda nos EUA e a primeira na Europa, atingindo a porcentagem, nas últimas duas décadas, de 20% dos transplantes totais/ano no mundo (European Association for the Study of the Liver [EASL], 2012; Menon, Pimentel, & Freitas, 2012; Pfitzmann et al., 2007). O tempo entre o início do abuso do álcool, surgimento da DHA e indicação para o TH é variável, dependendo da frequência e quantidade ingerida, comorbidades e predisposições genéticas (Vianna, 2012). Configura-se como objetivo desse capítulo compreender o caminho entre o adoecimento hepático em função do uso abusivo de álcool e o transplante, e suas repercussões psicossociais.

#### 3. 1 Doença Hepática Alcoólica (DHA)

As DHA são doenças decorrentes do consumo excessivo do álcool que podem causar três tipos de lesões no fígado: acúmulo de gordura, inflamação e/ou cicatrizes, correspondendo a esteatose, hepatite e/ou cirrose. A esteatose é a primeira fase da DHA, reversível com abstinência, ocasionada pelo depósito de gordura relacionado ao álcool. A hepatite alcoólica, fase mais grave, refere-se à inflamação ou desnutrição do tecido hepático, acometendo 50% dos usuários frequentes de álcool. Por fim, a cirrose é a fase

mais avançada, decorrente de fibrose extensa que compromete parcial ou totalmente o funcionamento do fígado (CISA, 2016; Menon et al., 2012).

Pesquisas mostram que a susceptibilidade para a DHA é maior para o sexo feminino, apesar de a população masculina ser a mais acometida, em pessoas com o uso médio de 28 a 41 doses de álcool semanais por mais de 12 anos, predisposição de fatores genéticos, infecção pelo vírus da hepatite C, obesidade e tabagismo elevado. Estudos indicam que o risco significativamente maior das mulheres desenvolverem DHA está associado ao metabolismo retardado do álcool no estômago e a atividade da enzima desidrogenase alcoólica, que por esse motivo, metaboliza a maior parte do álcool no fígado, acarretando maiores lesões no sexo feminino (Menon et al., 2012). Entretanto, menos de 10% das pessoas que consomem mais de 120g de álcool por dia tem cirrose (Niederau, 2017).

O manejo das DHA depende de uma série de esforços clínicos e governamentais, pois inclui a integração de competências em saúde pública, epidemiologia, tratamento para o comportamento aditivo e manejos clínicos. Os cuidados de saúde a essa doença devem ser realizados tanto na atenção primária, com intervenções para reduzir o consumo de álcool, como na atenção secundária para evitar a morbidade e mortalidade associadas ao seu uso abusivo. Todo esse trabalho depende da ação coordenada de equipes multidisciplinares estabelecidas em nível local, nacional e internacional (EASL, 2012).

O tratamento para as fases da DHA são abstinência, tratamento clínico e transplante para a esteatose hepática, hepatite alcoólica e cirrose alcoólica, respectivamente. A abstinência é descrita com alto grau de relevância em todas as fases, mas principalmente na primeira, pois abster-se do álcool pode retomar a saúde do fígado e evitar complicações mais severas e irreversíveis no órgão. Além disso, pode aumentar

a sobrevida do doente hepático e facilitar a sua inserção, quando necessário, na fila de transplante (Menon et al., 2012).

A literatura relacionada a intervenções psicológicas pré-transplante para doentes com DHA convergem para que o tratamento seja prioritariamente voltado para a abstinência alcoólica, seguido de suporte para emoções negativas relacionadas à espera do transplante e treino de técnicas que favoreçam estratégias de enfrentamento mais adaptativas (Bjornsson et al., 2005; DiMartini, 2012; EASL, 2012; Menon et al., 2012; Rustad, Stern, Prabhakar, & Musselman, 2015; Schulz & Kroencke, 2015; Vianna, 2012).

A *European Association for the Study of the Liver* (EASL, 2012) produziu um manual para o manejo clínico da DHA. Nele consta a recomendação de utilizar instrumentos de medida para triagem e identificação de usuários de álcool, como o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Inventory Test*), medida considerada padrão-ouro na avaliação de consumo de risco e dependência do álcool, desenvolvido pela OMS em 1982, composto de 10 perguntas que exploram o consumo (itens 1–3), a dependência (itens 4–6) e problemas relacionados com o álcool (itens 7–10). Referem-se também à necessidade do clínico avaliar, após a triagem, possíveis perturbações psiquiátricas, concomitante ou independente à dependência do álcool, como transtornos ansiosos, afetivos e esquizofrenia, permitindo o encaminhamento para tratamento com especialistas em dependência química (psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais).

O tratamento com especialistas em dependência do álcool, na condição da DHA, inclui intervenção medicamentosa e aquelas de curta duração de acordo com o manual acima citado (EASL, 2012). Entende-se por intervenção curta ou breve a entrevista motivacional, que a partir de uma técnica sem julgamentos, busca aumentar a consciência de uma pessoa para os problemas potenciais causados, consequências

sofridas e riscos enfrentados como resultado dos padrões de consumo disfuncional de álcool. O manual reforça o uso da técnica dos 5 “A”: questionar o consumo (*ask*), aconselhar como parar ou reduzir (*advice*), avaliar a vontade (*assess*), ajudar a parar ou reduzir (*assist*) e preparar o seguimento (*arrange*), técnica frequentemente utilizada como intervenção breve para o tabagismo (Fiore, 2000) devido à eficácia dessas ferramentas para a melhora, redução ou interrupção do comportamento de beber.

Bjornsson et al. (2005) descreve um serviço na Suécia composto por psiquiatra especialista em dependência química e uma equipe multiprofissional, incluindo assistente social e coordenador de grupo. O programa contava com uma avaliação minuciosa do candidato com DHA na fase pré-transplante, incluindo entrevista com paciente e familiares e, se necessário, com os médicos do tratamento anterior do paciente. Identificadas as questões relacionadas ao uso do álcool, os pacientes eram convidados a participar de um grupo motivacional com foco na manutenção da abstinência alcoólica. O mesmo continha um contrato de abstinência e a autorização de pesquisa de *follow-up*. O tratamento dos 12 passos também era recomendado, porém o critério para indicação favorecia os pacientes que não tinham recebido tratamento prévio à indicação de transplante. O *follow-up* foi feito em um, três e cinco anos após o transplante, mostrando que pacientes que não passaram pelo programa antes do transplante tiveram índice de recaída de 48%, diferente do grupo que teve essa intervenção, onde a taxa foi de 22%. O programa se manteve, objetivando melhora nos índices de não recaída alcoólica no pós-TH e aperfeiçoando a atenção e seleção dos candidatos no pré-transplante (Bjornsson et al., 2005).

Rustad et al. (2015) afirmam que a entrevista motivacional, combinada com abordagens breves, principalmente as terapias cognitivo-comportamentais antes do transplante, também são excelentes intervenções para a prevenção de recaídas. Já a

terapia de reforço motivacional, utilizada para reduzir a dependência alcoólica, é eficaz no pré-transplante e favorece a manutenção da abstinência no pós-operatório imediato e tardio. No Brasil, essas técnicas são descritas nos tratamentos para adictos e dependentes de álcool, com base em Marlatt e Donovan (2009), que definem a prevenção de recaída como uma técnica baseada no modelo cognitivo-comportamental que objetivam tratar, manejar e prevenir o problema da recaída. Entretanto, não há descrição acerca do uso dessas técnicas relacionadas à DHA e ao transplante hepático (Heckmann & Silveira, 2009).

Schulz e Kroencke (2015), em artigo de revisão de literatura, relatam que é consenso que o tratamento para transplante de fígado deve considerar a individualidade de cada pessoa. Nem todos os pacientes que tem diagnóstico de cirrose alcoólica, com indicação para transplante, fizeram ou fazem uso abusivo de álcool ou são dependentes químicos, como é o caso de hepatites alcoólicas fulminantes ou intoxicação grave no fígado pelo uso do álcool.

O maior desafio dos psicólogos que realizam avaliação psicológica para candidatos a transplante hepático de pessoas acometidas pela DHA é identificar no pré-operatório o risco de recaída no pós-transplante. Para tanto, a avaliação deve ser minuciosa, e se basear nos seguintes aspectos: a) história de consumo de álcool individual e familiar; b) padrão de consumo (tipo, frequência e quantidade de álcool); c) tratamentos progressos realizados para o uso abusivo de álcool; d) avaliação correta do diagnóstico de abuso *versus* dependência; e) duração da abstinência no pré-operatório; e) realização de atividades de substituição não relacionadas ao álcool; f) consequências sociais negativas, no caso de recaída; g) suporte social / estabilidade emocional / laboral e financeira (situação laboral, família, amigos, relacionamentos com parceiros, condições de moradia); h) uso de outras substâncias psicoativas; i) história de adesão

(em relação ao uso de substâncias e tratamento medicamentoso); j) aceitação da etiologia da DHA; l) motivação para mudança; m) autoestima, esperança e confiança.

A avaliação de todos esses critérios visa conhecer a pessoa e sua história, fornecendo o melhor tratamento possível para o caso, incluindo assistência médica (tratamento medicamentoso, exames clínicos, intervenções clínicas) e a multiprofissional. Caso a avaliação identifique riscos, ou seja, evidências de má adesão, risco de recaída, dificuldades para compreender e aceitar a dependência do álcool, os pacientes devem ser encaminhados para tratamento específico especializado (psicoterapias breves e tratamento para prevenção de recaídas). Schulz e Kroencke (2015) salientam ainda que é necessária uma avaliação psicossocial pré-operatória cuidadosa, bem como acompanhamento médico e psicológico, incluindo o acompanhamento regular do consumo de álcool e tratamentos precoces para prevenir recaídas.

Os três principais riscos para recaída no pós-transplante, segundo a revisão de Rustad et al. (2015), são suporte social frágil ou insatisfatório, histórico de alcoolismo na família e abstinência pré-transplante menor do que seis meses. O índice aumenta quando há comorbidade psiquiátrica, diagnóstico de dependência alcoólica e abuso de outras substâncias (Grover & Sarkar, 2012). DiMartini (2012) reforça que o maior preditor para a não recaída no pós-operatório é o cumprimento da abstinência no pré-transplante. Avaliar se o paciente iniciou a abstinência após o diagnóstico de cirrose hepática também é um indicador de boa adesão e de menor risco de recaída no pós-transplante. Idade mais avançada, presença de filhos pequenos e desejo de evitar a rejeição do órgão transplantado são fatores que protegem os pacientes, evitando, assim, a recaída alcoólica (Rustad et al., 2015).

A literatura é limitada no que concerne às intervenções psicológicas para os pacientes com DHA transplantados. Alguns centros de atendimento tratam os pacientes com recaída alcoólica no pós-transplante da mesma forma que os dependentes do álcool que não passaram por essa intervenção cirúrgica. Isso incorre em erro, pois há diferenças nas motivações para a abstinência. Os que necessitam de transplante decidem parar de beber após um evento médico catastrófico, considerando prioritário o tratamento médico e não o tratamento para dependência alcoólica. A motivação para não consumir álcool é a recuperação da saúde física. Muitos não consideram a necessidade de tratamento para o alcoolismo, nem mesmo assumem que faziam uso problemático, o que pode prejudicar a adesão após o transplante (DiMartini, 2012; Rustad et al., 2015).

A revisão literária mais recente (Rustad et al., 2015) mostrou cerca de 70 artigos específicos sobre o tratamento para DHA, e de intervenções atuais para a prevenção de recaídas, antes e depois do transplante. Há necessidade de elaborar protocolos, que abranjam o tratamento para essa população, classificando os riscos de recaída, os fatores protetivos, as intervenções em cada situação específica: recaída breve, abuso do álcool, suporte social fragilizado, manejo clínico de sintomas de abstinência, entre outros. Essa ação, por parte dos centros transplantadores promoverá qualidade de atendimento, menor risco de recaída, adesão ao tratamento, logo, maior sobrevida e melhor qualidade de vida desses pacientes.

Schulz e Kroenke (2015) afirmam que muitos estudos sobre a preparação psicológica e intervenções para pacientes com DHA são realizados, em grande escala, no pré-transplante. Contudo, trabalhos que avaliem não só a qualidade de vida no pós-transplante, como também intervenções que auxiliem nas estratégias de *coping*

utilizadas para lidar com o tratamento transplantador, estudos de *follow-up* a longo prazo e rotina de monitoramento psicossocial são fundamentais, porém muito escassos.

### **3.2 Transplante de fígado para doença hepática alcoólica**

O transplante é um tratamento complexo que permite que órgãos e/ou células sejam substituídos em partes ou em sua totalidade de um doador e transferidos, com sucesso, para um receptor (Ferreira, Vieira, & Da Silveira, 2000). O primeiro transplante hepático (TH) realizado no mundo foi em 1963, por Thomas Starlz, em Denver – EUA, sem sucesso. Já no Brasil, ocorreu em 1968, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Telles-Correia, 2011). Já ocorreram mais de 22.000 transplantes de fígado no Brasil, de janeiro de 1997 até março de 2017. São Paulo foi o estado com o maior número de cirurgias realizadas em números totais e o Distrito Federal alcançou o primeiro lugar em números relativos de cirurgias, avaliado por milhão de habitantes, entre os meses de janeiro a fevereiro de 2017 (Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos [ABTO], 2017).

O objetivo principal do transplante é proporcionar uma sobrevida ao paciente com doença crônica, favorecendo, assim, sua qualidade de vida (Martins, 2008). No caso do TH, a indicação se dá para doenças avançadas do fígado em que outros tratamentos não surtem mais efeito, como doenças hepáticas progressivas e irreversíveis, autoimunes, metabólicas e insuficiência hepática, nas quais as Doenças Hepáticas Alcoólicas estão incluídas (Parolin et al., 2002). A taxa de sobrevida é em média de 20 anos, justificadas pelas evoluções medicamentosas – em especial a ciclosporina – hábitos de vida saudáveis e boa adesão do transplantado ao tratamento prescrito (Miyazaki, Junior, Domingos, & Valerio, 2015).

A inserção de pacientes com histórico de alcoolismo na fila para transplante hepático sofreu grande resistência ao longo dos anos, principalmente na década de 1990, tanto da população médica como do público em geral, devido a poucas ofertas de órgãos e risco de recidiva. Argumentos quanto ao transplante ocasionar menor sobrevida a esses pacientes, se comparados a pacientes não alcoolistas, foram, e ainda são, muito utilizados, em função da eventual má adesão da pessoa transplantada no que concerne ao uso inadequado dos imunossuppressores, novas lesões ocasionadas pelo uso do etanol, bem como outras complicações devido ao uso crônico e excessivo de álcool (Vianna, 2012). A doença ter sido causada por hábitos não saudáveis, ter sido autoinduzida e a ideia de que outras pessoas acometidas por doenças com causa físico-metabólica, e não comportamental, seriam mais merecedoras, trouxeram dilemas éticos à indicação de TH nesse contexto. No entanto, argumentos foram expressos e estudos realizados para mostrar que todas as pessoas têm direito à saúde e a tratamentos que as beneficiem (Singhvi et al., 2016).

Devido a isso, e ao fato de que o alcoolismo é uma doença e não apenas um comportamento disfuncional, vários critérios foram definidos ao longo das avaliações de indicação do tratamento transplantador, para garantir que pacientes com DHA pudessem usufruir desse procedimento e minimizar recidivas alcoólicas (Singhvi et al., 2016; Vieira et al., 2007). Esses critérios devem levar em consideração, além do MELD (*Model for End-Stage Liver Disease*) – critério por pontuação que avalia o prognóstico da doença hepática – e a classificação de *Child-Pugh* (avalia a gravidade da DHA), o diagnóstico de dependência alcoólica no pré-transplante, a motivação para o tratamento e/ou reabilitação dessa condição, o histórico de abuso de álcool na família e o uso de outras drogas (EASL, 2016; Warwar & Boin, 2012). Sabe-se que a taxa de sobrevida, em cinco anos, de transplantados com DHA é maior do que em pacientes com hepatite

C e outras doenças, e menor do que em pacientes com doença colestática, por exemplo (Singhvi et al., 2016).

A indicação de transplante hepático é permeada por uma série de exames e consultas pré-transplante, incluindo avaliação com a equipe multiprofissional. Segundo Vianna (2012), deve-se: (1) definir a causa específica e a gravidade da doença no fígado; (2) realizar manejos farmacológicos ou cirúrgicos que prolonguem o momento da realização do TH de modo seguro; (3) analisar os sintomas que interferem na qualidade de vida e proceder à avaliação psicossocial. Um quesito importante de avaliação nessas consultas é a abstinência alcoólica: a maioria dos centros transplantadores do Brasil adota como critério o período mínimo de seis meses antes do TH (Vieira et al., 2007), descrito em 1997 na *Consensus Conference on Liver Transplantation* (Singhvi et al., 2016). O objetivo do período de seis meses é permitir que alguns doentes se recuperem dos efeitos agudos ocasionados pelo álcool na doença hepática, como nos casos de hepatite alcoólica aguda, e identificar subconjuntos de doentes suscetíveis de manter a abstinência após o TH (EASL, 2016).

O tempo entre a abstinência e o transplante tem sido discutido desde o início desse procedimento cirúrgico para a população acometida por DHA. Estudos recentes com grande número de entrevistados revelaram que longos períodos de abstinência pré-cirúrgica estiveram associados a menores taxas de recaída no pós-transplante (Schulz & Kroencke, 2015). Há também estudos com associação de outras drogas, como o tabaco, em pesquisas realizadas entre 2004 e 2005, citados por Harper, Wager e Chacko (2010). Os autores afirmaram que 26% dos candidatos a transplante que faziam uso de álcool e tabaco, com abstinência do ato de fumar inferior a seis meses, recaíram no uso de álcool após o transplante. A chance de recaída, em outro estudo reportado por esses autores,

foi maior para a abstinência dessas drogas, em período inferior a três meses, antes do transplante (Harper, Wager & Chacko, 2010).

Contudo, trata-se de um preditor ainda insuficiente para a sobriedade, permanecendo no escuro o quanto a regra dos seis meses é eficaz. Como exemplo, pode-se citar os casos de hepatite alcoólica grave, em que a sobrevivência é menor do que 30 dias quando não há resposta terapêutica, sendo que a indicação de transplante é a melhor opção; estudos mostram que a taxa de recaída após o transplante foi de 11,2% após dois anos de cirurgia (Mathurin et al., 2011). Ademais, a espera por seis meses de abstinência pode ser fatal para o candidato (Obed, Stern, Jarrad, & Lorf, 2015).

Outra questão que tem repercussões éticas é a recaída após a inserção do paciente na fila de transplante. As equipes têm autonomia para decidir sobre os seus critérios de inclusão em lista de espera nesses casos. Algumas optam pela exclusão irrevogável do candidato, enquanto outras decidem por inativar a pessoa da lista de espera, encaminhar o paciente para reabilitação, com posterior reavaliação e possível reinserção do candidato reabilitado na fila (Telles-Correia, 2011).

A avaliação psicológica pré-transplante é um processo técnico-científico realizado com o potencial receptor, e com familiares, que irá auxiliar no tratamento e se constituir em fontes de informações de caráter explicativo e avaliativo sobre os fenômenos psicológicos envolvidos diante da possibilidade da pessoa ser exposta a um transplante (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2007). Tem como prática identificar comportamentos de uso de SPA, estrutura de personalidade, estrutura familiar e social que possam favorecer ou dificultar a adesão antes e após o transplante (Miyazaki et al., 2015). Deve, portanto, como mostra a Tabela 2, levar em consideração a compreensão da doença pelo candidato, seus recursos psicológicos prévios e pós-adoecimento, características de personalidade, estratégias de enfrentamento para lidar com situações

estressoras e de crise, o padrão de uso de substâncias lícitas e ilícitas, motivação e expectativas para o transplante, o histórico de transtornos psicológicos e psiquiátricos dele e dos familiares, bem como a rede de suporte social e sua dinâmica (Bacal et al., 2009; Grover & Sarkar, 2012).

Tabela 2

*Critérios da Avaliação Psicológica de Receptores para o TH*

Indicações	Critérios
Indicação	<p>A condição psicológica do paciente é compatível com a situação clínica, reativa à presença e à gravidade da doença</p> <p>Presença de recursos psicológicos defensivos adaptativos que mantêm a esperança e permitem suportar o sofrimento físico e subjetivo</p> <p>Aceitação e adesão adequada ao tratamento</p> <p>Reações adaptativas frente a estressores psicossociais</p> <p>Boa estrutura familiar e rede de apoio social</p>
Contraindicação relativa	<p>Etilismo ativo ou abstinência &lt; 6 meses</p> <p>Uso de drogas ilícitas ativo</p> <p>Transtorno de personalidade severo</p> <p>Psicose ativa</p> <p>Severo distúrbio neurocognitivo</p> <p>Risco de suicídio</p> <p>Suporte social ausente ou inadequado</p> <p>Histórico de má adesão ao tratamento</p> <p>Transtorno factício</p>

Fonte: Bacal et al., 2009; Grover & Sarkar, 2012.

Não há protocolo no Brasil que indique uma contraindicação absoluta psicológica para o transplante hepático. As discussões, quando há contraindicação relativa e culminam em uma não indicação psicossocial, incluem a ausência de cuidador. Nos casos em que há transtornos de personalidade, sem tratamento ou tratamento ineficaz, alucinações e delírios não explicados pela encefalopatia somados à ausência de cuidador, assim como ao uso de outras drogas no momento da avaliação, o transplante tende a ser postergado, até que ocorram mudanças nessa configuração (Grover & Sarkar, 2012; Telles-Correia, Barbosa, Barroso, & Monteiro, 2006). Nesse sentido, a avaliação deve ter protocolos atuais e levar em consideração as questões

éticas, os critérios pré-transplante e ser livre de estigmas, para garantir tanto a beneficência quanto a não-maleficência do candidato a TH (Singhvi et al., 2016).

De acordo com Warwar e Boin (2012), avaliar incidência de depressão anterior ao adoecimento e depressões reativas é essencial, visto que a literatura aponta que esse transtorno está associado a um risco elevado de recaída no uso de álcool no período pós-transplante. Outra questão se refere à situação conjugal: pessoas que não têm um(a) companheiro(a) também apresentam maior probabilidade de voltar a ingerir bebida alcoólica após a cirurgia (Telles-Correia, 2009).

Há uma grande preocupação com a recidiva de uso de álcool no pós-transplante, sendo necessário critérios de avaliação do uso de substância psicoativa passado e atual e o risco de recaída, pois estudos mostram que os percentuais desse risco variam de 12 a 50% (EASL, 2012; Menon et al., 2012; Parolin et al., 2002; Schulz & Kroencke, 2015). Segundo Telles-Correia (2011), as taxas de recaída de consumo de álcool nos três primeiros anos pós-transplante oscilam de zero a 30%, sendo que para o pesquisador Dew (citado em Telles-Correia, 2011) a taxa de recaída do consumo alcoólico tende a ser cumulativa, chegando a 5,6% ao ano. Já Pfitzmann et al. (2007), em estudo com 300 transplantados na Alemanha, verificou que 19% tiveram algum tipo de recaída alcoólica após o TH, com as seguintes características: pertencente ao grupo mais jovem (< 40 anos), com tempo de abstinência menor que seis meses antes do TH, com avaliação psicológica prévia de risco, divorciados após o transplante e morando com filhos menores de idade. Outros estudos mostraram que pacientes com suporte social limitado, histórico de cinco anos de abuso de substâncias psicoativas prévios ao TH e transtornos psiquiátricos tiveram maior incidência de rejeição e não adesão ao tratamento na fase pós-transplante (Braslavsky et al., citados em Martins, 2008; Egawa et al., 2014). Ademais, Vianna (2012) reforça que o desemprego, pouco suporte social e dificuldade

em aceitar o alcoolismo como um problema, bem como a sua negativa, são fatores preditivos de recaída alcoólica no pós-TH.

Estudos sobre qualidade de vida em pacientes transplantados de fígado apontam que há satisfação com o tratamento quando esse está associado à boa saúde geral, pouca dor corporal, funcionamento físico aceitável, bem-estar psicológico e reestabelecimento da vida laboral (Martins, 2008). Telles-Correia (2009) afirma que transtornos de ansiedade, depressão, rede de apoio social e estratégias de *coping* estão associadas com a adesão do paciente em todo o processo do transplante, podendo influenciar negativamente, quando há, por exemplo, emoções negativas, estratégias disfuncionais e falhas no suporte social.

Autores consideram que o tratamento para transtornos de uso de SPA é mais importante no pós-transplante do que no pré-transplante. A motivação para a mudança no pré-transplante é fator primordial para mudanças de hábitos e/ou comportamentos não saudáveis, como o uso abusivo do álcool. Contudo, ao recuperar a saúde e a qualidade de vida, as chances de lapsos comportamentais de risco, como tomada errada de medicação, alimentação desregrada e uso de álcool são esperadas, principalmente em pessoas nas quais os recursos psíquicos para lidar com situações proibitivas, desagradáveis e estressoras são escassos (Singhvi et al., 2016).

O psicólogo é um membro relevante na equipe de transplante por fornecer informações sobre a estrutura psicológica do candidato, o suporte social e promover intervenções que favoreçam a adesão ao tratamento, qualidade de vida e consequentemente, maior sobrevida tanto no pré quanto no pós-operatório (Harper et al., 2010). Dessa forma, tendo em vista que o consumo de álcool é um problema de saúde pública, e é influenciado por questões culturais, sociais, comportamentais e psicológicas (Guimarães et al., 2010), questiona-se: a experiência do tratamento

transplantador (pré e pós-transplante) é fator primordial para a não recaída alcoólica em pacientes com histórico de alcoolismo? Quais aspectos influenciam a recaída e a não recaída em pacientes transplantados? A partir dessas perguntas de pesquisa, os objetivos do estudo foram delineados.

## **Capítulo 4**

### **Objetivos do Estudo**

A pesquisa tem os seguintes objetivos geral e específicos:

#### **4.1 Objetivo Geral**

Identificar fatores protetivos e de risco relacionados à recaída e a não recaída alcoólica no pós-transplante, em pessoas com Doença Hepática Alcoólica (DHA) submetidas a transplantes de fígado, e as variáveis psicológicas associadas a essas duas condições: recaída e não recaída.

#### **4.2 Objetivos Específicos**

- a. Identificar as noções de abuso e dependência do álcool segundo relatos dos participantes;
- b. Descrever habilidades de enfrentamento antecipatório utilizadas em situações de risco para a recaída alcoólica;
- c. Compreender como as habilidades de enfrentamento antecipatório interferem na abstinência do álcool após o transplante;
- d. Identificar a ocorrência de emoções negativas (depressão e ansiedade) e sua associação com as condições de recaída e não recaída;
- e. Analisar razões percebidas pelos participantes para beber e não beber antes e após o transplante;
- f. Identificar a ocorrência de fatores de risco e protetores à recaída alcoólica;
- g. Comparar diferenças nos escores médios dos grupos recaída e não recaída nas variáveis depressão, ansiedade e habilidades de enfrentamento antecipatório.

## **Capítulo 5**

### **Método**

#### **5.1 Delineamento**

Trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal e descritiva, com uso de técnicas de coleta e de análise de dados quantitativas e qualitativas.

#### **5.2 Local de realização do estudo**

O Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF) é uma instituição filantrópica inaugurada em 2009, administrada pela Fundação Universitária de Cardiologia, referência na região Centro-oeste em atendimentos de alta complexidade em cirurgia cardíaca e transplantes.

Os programas de transplante englobam os seguintes órgãos: coração, córnea, fígado, medula óssea e rim. É composto por equipe multiprofissional, incluindo médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas e fisioterapeutas. O transplante hepático foi habilitado ao final de 2011, iniciando as cirurgias e acompanhamento dos pacientes em 2012.

#### **5.3 Participantes**

Os critérios para inclusão dos participantes no estudo foram: a) ter mais de 18 anos; b) ter cursado pelo menos a terceira série do ensino fundamental; c) ter diagnóstico de doença hepática alcoólica; d) estar transplantado há pelo menos três meses; e) ter tido ao menos seis meses de abstinência alcoólica pré-transplante; f) não ter histórico de transtorno psiquiátrico do Eixo II-DSM IV, conforme dados do prontuário; g) fazer acompanhamento pós-transplante no ICDF; e h) consentir em

participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1).

A amostra de conveniência foi composta de quinze pacientes do centro multitransplantador de Brasília/DF que foram convidados a participar da pesquisa no período de agosto de 2016 a janeiro de 2017, após análise de prontuários e pré-triagem.

De 29 de janeiro/2012 até 28 de janeiro/2017 foram realizados 268 transplantes hepáticos na instituição de realização da pesquisa. Desse quantitativo, 76 foram indicações por cirrose alcoólica. De todos os pacientes acompanhados até essa data, sabe-se que oito faleceram e que seis retomaram o uso de álcool após o transplante (um desses pacientes transplantou em São Paulo e faz o acompanhamento em Brasília).

Os seis pacientes que tinham registro de recaída foram convidados a participar da pesquisa, obtendo-se o resultado de cinco consentimentos (83,3% dos pacientes que recaíram após o transplante) e uma recusa. A amostra de quinze participantes representa, portanto, 22% do total de transplantados com etiologia alcoólica vivos nesse centro.

#### **5.4 Instrumentos**

Os instrumentos utilizados no estudo estão descritos a seguir.

*5.4.1 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS - Hospitality Anxiety Depression Scale).*

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (Anexo 2) contém 14 itens sendo sete para avaliar depressão (HADS-D, *alpha* de Cronbach = 0,84) e sete para ansiedade (HADS-A, *alpha* de Cronbach = 0,79), apresentando boas qualidades psicométricas. Foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), validada para a

população brasileira por Marcolino et al. (2007) e tem por objetivo identificar casos de ansiedade e depressão em população não psiquiátrica.

Cada item tem pontuação variando de 0 a 3 pontos, totalizando no máximo 21 pontos em cada escala. Seguindo os pontos de corte adotados por Zigmond e Snaith (1983), utilizaram-se os seguintes critérios:

- HADS-A: sem ansiedade 0 a 8 pontos; com ansiedade  $\geq 9$
- HADS-D: sem depressão 0 a 8 pontos; com depressão  $\geq 9$

A aplicação dessa escala tem sido reconhecida amplamente na literatura mundial e brasileira por sua eficácia, eficiência e sensibilidade, e tem sido adotada em diversos estudos no contexto hospitalar.

#### *5.4.2 Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório ao Uso do Álcool e outras Drogas (IDHEA-AD).*

O Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para a Abstinência do Álcool e outras Drogas (IDHEA-AD - Versão A) (Sá & Del Prette, 2014) foi desenvolvido na tese de doutoramento de Sá (2013) e é para uso exclusivo em pesquisa, seguindo as normas e recomendações da Resolução CFP 002/2003. A Versão A é específica para a população de usuários de álcool, acima de 18 anos. O uso do inventário foi autorizado pelos autores, mas sua divulgação proibida por ser um instrumento ainda não validado (Anexo 3).

É um instrumento de autorrelato que permite avaliar o repertório de habilidades de enfrentamento antecipatório em um conjunto de situações específicas no contexto do transtorno por uso de substâncias. De forma geral, é um instrumento de fácil aplicação que permite obter informações sobre comportamentos e pensamentos utilizados pelos

respondentes em situações relacionadas ao processo de manutenção da abstinência de álcool e outras drogas.

Cada item do IDHEA-AD (total de 30 afirmativas, com *alpha* de Cronbach igual a 0,88) é composto de uma situação específica sobre o uso do álcool, definida com base na literatura e entrevistas clínicas, e um possível comportamento de resposta relacionado a essa situação. A exemplo: “Se um desconhecido vem beber na minha frente, **eu peço para ele parar**”. Diante disso, o respondente deve assinalar uma entre quatro respostas possíveis, estimando a quantidade de vezes com que costuma se comportar da forma descrita (negritada), no momento atual de sua vida (escala Likert de quatro pontos): nunca, poucas vezes, muitas vezes ou sempre.

O inventário foi selecionado após uma vasta busca na literatura para identificar um instrumento que melhor representasse os objetivos do presente estudo, que busca compreender também como as habilidades de enfrentamento interferem na abstinência do álcool após o transplante. O instrumento permite analisar as habilidades de enfrentamento em situações de risco, que envolvem demandas do dia-a-dia, relações interpessoais de família, amigos e sociais em geral, bem como demandas internas.

Para a obtenção dos escores do IDHEA-AD, há dois grupos: o de participantes que ainda estão fazendo uso do álcool ou com abstinência alcoólica menor ou igual a 30 dias e o grupo com abstinência superior a 30 dias. Dentre esses grupos, há cinco escores baseados em percentil, variando de 0 a 99 (0-20 baixo; 21-40 médio inferior; 41-60 médio; 61-80 médio superior; 81-99 alto) (Tabela 3). Três fatores compõem o instrumento e um escore geral também pode ser identificado:

- Fator 1 - Assertividade e planejamento para situações de alto risco de consumo de substâncias. Composto de 14 itens avalia a assertividade para o comportamento de recusa da oferta da bebida alcoólica e o planejamento para

lidar com essa situação (exemplo de item: Se alguém me oferece bebida, digo que parei de beber).

- Fator 2 - Expressão emocional de sentimentos positivos para a manutenção da abstinência. Formado de oito itens que avaliam os comportamentos que favorecem um ambiente acolhedor e menos estressor, tanto pessoal quanto social, do participante (exemplo de item: Sinto dificuldade em agradecer o apoio que me dão para ficar sem beber).
- Fator 3 - Autocontrole emocional em situações adversas. Conjunto de oito itens que exploram as habilidades de manejo de sentimentos negativos e resolução de problemas (exemplo de item: Respiro fundo se estou nervoso com alguém).
- Score total - Varia de 0 a 99, é a soma do percentil dos três escores fatoriais. Indica a existência de déficits e de recursos nas habilidades de enfrentamento analisadas.

Tabela 3

*Descrição da Interpretação Conforme Posição Percentil dos Escores (total e subescalas) do Respondente no IDHEA-AD.*

<b>Percentil</b>	<b>Interpretação</b>
01-20 Baixo	Repertório de habilidades de enfrentamento abaixo da média inferior. Há necessidade de um plano de intervenção imediato, que inicie com as habilidades mais básicas e aumente gradativamente até um amplo repertório de habilidades.
21-40 Médio Inferior	Repertório médio inferior de habilidades de enfrentamento, com resultados abaixo da média em grande parte dos itens. Indicativo de necessidade de intervenção, especialmente nas subescalas ou itens mais críticos, que podem dificultar o estabelecimento ou manutenção da abstinência.
41-60 Médio	Bom repertório de habilidades de enfrentamento, com resultados dentro da média do grupo de referência, indicando equilíbrio entre recursos e déficits. Considerando que as habilidades de enfrentamento, em maior ou menor grau, parecem estar relacionadas entre si, sugere-se uma intervenção planejada para aproveitar os recursos como uma forma de diminuir os déficits.
61-80 Médio Superior	Repertório elaborado de habilidades de enfrentamento, com resultados acima da média para a maior parte dos itens e subescalas. Sugere-se investigar possíveis déficits específicos e, se necessário, realizar intervenção breve e direcionada.

---

81-99 Alto	Repertório altamente elaborado de habilidades de enfrentamento, com resultados acima da média para praticamente todos os itens e subescalas, indicando recursos altamente satisfatórios. Sugere-se orientação breve sobre a importância das habilidades de enfrentamento e a necessidade de praticá-las constantemente para que sejam mantidas.
---------------	---

---

Fonte: Sá & Del Prette, 2013

#### 5.4.3 *Entrevista semiestruturada*

Essa etapa teve como objetivo obter dados sociodemográficos dos participantes, compreensão sobre seu diagnóstico, identificar as razões para a manutenção da recomendação de não ingestão de bebida alcoólica e quais motivos incentivaram ou influenciaram a recaída, para os participantes que não estavam abstinentes (Anexo 4).

A entrevista, que versava sobre fatos referidos de forma retrospectiva, foi elaborada para o estudo e continha questões fechadas e abertas direcionadas aos participantes dos dois grupos: Grupo Recaída (GR) e Grupo Não Recaída (GNR). As questões fechadas diziam respeito a dados sociodemográficos (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, presença de filhos, de netos, religião, data e local do TH), o consumo alcoólico antes e depois do transplante, sintomas de abstinência no momento da entrevista para o GR e satisfação com o tratamento.

As questões abertas, para todos os participantes, indagavam sobre a descoberta do diagnóstico de cirrose alcoólica, a diferença dos termos uso abusivo e dependência do álcool, os motivos para o uso abusivo do álcool no passado, associação com outras substâncias psicoativas, tempo de abstinência pré e pós-transplante, tentativas prévias ao transplante de mudança do hábito de beber e alcance de abstinência, tratamentos realizados nesse contexto, dificuldades para parar de beber e razões para não consumir bebidas alcoólicas antes e após o transplante.

A pergunta que diferenciou os dois grupos questionava: “Alguma vez você consumiu qualquer dose de bebida alcoólica após o transplante?”. Aos que responderam

“sim” (grupo recaída), foi questionado quando ocorreu esse episódio, as razões para a recaída, se havia consumo atual e o padrão de uso, associação de outras drogas, novas tentativas de abstinência e tratamentos realizados nesse contexto. Ao final, foi perguntado para todos o que achou de participar da pesquisa.

## **5.5 Procedimentos**

O estudo se deu em duas etapas. A primeira, análise de prontuários, teve o objetivo de triar os participantes com base nos critérios de inclusão definidos e, a segunda, destinou-se à aplicação dos instrumentos padronizados e realização de entrevista semiestruturada.

Os integrantes da equipe profissional tinham conhecimento sobre o delineamento e objetivos da pesquisa, que foram apresentados previamente pela pesquisadora durante reunião do comitê de listagem do transplante hepático.

### *5.5.1 1ª etapa: análise de prontuários*

Foram analisados dados referentes aos pacientes já transplantados com até cinco anos de transplante. A coleta buscou triar, com base nos dados de prontuário, os pacientes que tiveram indicação para transplante com doença de base ocasionada pela DHA. Essa etapa seguiu todos os critérios éticos de utilização, como: a) autorização da equipe responsável pelos prontuários dos pacientes de Brasília; b) sigilo das informações acessadas; c) guarda de material coletado em um único computador e com um único pesquisador.

Esse levantamento permitiu uma triagem inicial e divisão em dois grupos: Grupo Recaída e Grupo Não Recaída. O critério de recaída considerava o paciente que consumiu, em algum momento após o transplante, qualquer dosagem de etanol, conforme registro em seu prontuário.

### *5.5.2 2ª etapa: entrevista e aplicação de instrumentos*

Os participantes foram convidados para o estudo nos dias em que estavam no centro transplantador para exames e consultas. A pesquisa contou com a colaboração da equipe de transplante de fígado para o encaminhamento dos pacientes e havia boa comunicação entre a equipe médica e a pesquisadora, de modo que a primeira encaminhava os pacientes para participar da pesquisa. A pesquisadora conhecia alguns pacientes que participaram do estudo, facilitando o consentimento para a pesquisa.

Inicialmente foram explicados os objetivos da pesquisa e convidados os participantes. Após o aceite, foi lido primeiramente o TCLE, explicado aspectos éticos, segundo os regulamentos da CNS 466/12, e questionado novamente o desejo de participar da pesquisa. Após a assinatura do TCLE, iniciava-se a aplicação dos instrumentos e gravação, sendo que esta foi realizada somente na última parte da pesquisa, durante a entrevista semiestruturada.

A aplicação dos instrumentos ocorreu no ambulatório do centro transplantador (conforme disponibilidade de consultório) ou na sala da psicologia. A coleta de dados individual iniciou com a aplicação da escala HADS, seguida do instrumento IDHEA-AD, ambas de forma autoaplicada, finalizando com a entrevista conduzida pela pesquisadora e que foi gravada após autorização do paciente. Essa ordem de aplicação objetivou avaliar primeiramente a incidência de sintomas depressivos/ansiosos, habilidades de enfrentamento relacionadas à abstinência do álcool para, posteriormente, investigar o uso de bebidas alcoólicas pré e pós-transplante, buscando evitar a sugestão e indução de respostas dos participantes.

A coleta de dados foi feita pela pesquisadora e teve a colaboração de uma psicóloga, mestranda em psicologia, que faz parte da equipe de psicologia do ICDF, após treinamento na aplicação dos instrumentos do estudo. A coleta de dados foi

realizada individualmente em local fechado, confortável e familiar aos participantes (consultórios da unidade de saúde), sem interferências de terceiros. A aplicação, com a obtenção das respostas aos instrumentos, durou em média 40 minutos.

## **5.6 Análise dos dados**

Os dados qualitativos foram analisados pelo método de Bardin (2009) que utiliza a técnica de análise categorial temática. A mesma objetiva analisar as falas dos participantes de acordo com as seguintes fases: leitura flutuante de todo material coletado, que foram as transcrições e anotações das entrevistas; seleção das unidades de análise/significados e o processo de categorização, frequência de categorias e seleção de relatos ilustrativos das categorias.

A análise quantitativa incluiu técnicas estatísticas descritivas e inferenciais, com o recurso do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22. Os escores da HADS e da IDHEA-AD dos participantes foram calculados com base nas normas de ambos os instrumentos.

O teste não paramétrico de Mann-Whitney para amostras independentes foi usado para identificar diferenças nos escores médios do GR e do GNR nas variáveis ansiedade, depressão e habilidades de enfrentamento antecipatório ( $p \leq 0,05$ ).

## **5.7 Considerações éticas**

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (registro 1.636.166/2016) (Anexo 5).

### *5.7.1 Riscos*

O estudo constituiu em risco mínimo aos participantes, visto que estes foram questionados sobre possível uso inadequado de álcool após tratamento transplantador, podendo sentir cansaço por responder diversas perguntas, constrangimento, vergonha

com o teor de alguma questão ou ficar emocionado (por exemplo, triste ou com raiva) ao lembrar de alguma situação relacionada às perguntas. O pesquisador se responsabilizou por estar eticamente preparado para evitar situações de constrangimento, assegurando o sigilo das informações coletadas, bem como o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com os parâmetros propostos pela Resolução CNS 466/2012. Os dados coletados foram arquivados em um único computador, acessado apenas pelo pesquisador, que os manterá guardados pelo período de cinco anos, de acordo com a resolução CFP 001/2009, que dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos.

#### *5.7.2 Benefícios*

Os resultados da presente pesquisa poderá auxiliar o trabalho de psicólogos, equipe multidisciplinar e médicos, uma vez que possibilitará conhecer melhor fatores que influenciam a não adesão à recomendação de abstinência alcoólica pós transplante hepático. Aqueles pacientes identificados com recaída alcoólica, ou risco de ter esse comportamento, foram encaminhados para ambulatório psicológico específico para essa condição.

## Capítulo 6

### Resultados

Os resultados foram agrupados de forma a facilitar o entendimento em eixos que incluíram as análises quantitativas e qualitativas do estudo, a saber: (1) perfil sociodemográfico dos participantes; (2) caracterização do transplantado hepático com DHA; (3) padrão de uso de álcool antes e após o transplante; (4) ansiedade e depressão no momento da entrevista; (5) habilidades de enfrentamento diante do contexto de abstinência do álcool; (6) conceito de uso abusivo e dependência alcoólica pelos participantes; (7) motivação para beber e não beber antes do transplante; (8) recaída alcoólica pós-transplante; (9) motivação para não beber após o transplante; (10) satisfação com o tratamento e contribuições para a pesquisa.

Os dados serão apresentados, também, com base em três distinções grupais. O grupo total (GT), com todos os participantes, o grupo recaída (GR), destinado aos participantes que relataram recaída alcoólica após o transplante e o grupo não recaída (GNR) para aqueles que se mantiveram abstêmios após a cirurgia.

#### 6.1 Perfil sociodemográfico dos participantes

Quinze pacientes participaram do estudo, quatorze do sexo masculino e uma do sexo feminino. A média de idade foi igual a 52,26 anos, variando entre 38 a 68 anos ( $M=52,26$  anos;  $DP=0,57$ ). A maioria dos entrevistados era casada ( $n=10$ ), com filhos (entre 1 a 3 filhos) e não tinha netos. Em relação à escolaridade, seis cursaram o ensino fundamental incompleto e seis tinham ensino médio completo. A religião predominante foi a católica ( $n=11$ ). Sobre o estado de origem, sete participantes moravam no Distrito Federal (DF). As outras procedências eram Goiânia/GO ( $n=2$ ), Formosa/GO ( $n=2$ ),

Ceres/GO ( $n=1$ ), Cuiabá-MT ( $n=1$ ), Fortaleza/CE ( $n=1$ ) e Belém/PA ( $n=1$ ). A Tabela 4 sintetiza a caracterização sociodemográfica.

Tabela 4

*Caracterização Sociodemográfica (N=15)*

Variável		Grupo Recaída ( $n=5$ )	Grupo Não Recaída ( $n=10$ )	Total ( $N=15$ )
Sexo	Feminino	0	1	1
	Masculino	5	9	14
Idade	30 - 39	0	1	1
	40 - 49	1	2	3
	50 - 59	3	3	6
	60 - 69	1	3	4
Situação conjugal	Solteiro (a)	1	2	3
	Casado (a) / União estável	4	6	10
	Divorciado(a) / Separado(a)/ Viúvo(a)	0	2	2
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto	1	5	6
	Ensino fundamental completo	0	0	0
	Ensino médio incompleto	1	0	1
	Ensino médio completo	2	4	6
	Ensino superior incompleto	0	0	0
	Ensino superior completo	1	0	1
	Pós-graduação	0	1	1
Filhos	Nenhum	1	0	1
	1-3	4	5	9
	4 ou mais	0	5	5
Netos	Nenhum	3	5	8
	1 a 3	2	2	4
	4 ou mais	0	3	3
Religião	Nenhuma	0	0	0
	Católica	3	8	11
	Evangélica	1	1	2
	Espírita	0	1	1
	Cristã	1	0	1
Procedência por região	Norte	1	0	1
	Nordeste	1	0	1
	Centro-oeste	3	10	13

A análise por grupo identificou cinco participantes no GR, todos homens, maiores de 40 anos. Uma pessoa não era casada e não tinha filhos. A escolaridade variou de ensino fundamental incompleto a superior completo e os cinco se declararam católicos.

Um dado se refere à procedência. Três participantes do grupo recaída eram de outro estado, que não o Distrito Federal, e estiveram por um breve período no DF para realizar o tratamento do transplante, retornando posteriormente à cidade de origem.

Os do grupo não recaída (GNR), metade vivia no Distrito Federal e a outra metade em cidades próximas à capital federal, como Formosa. Sobre esse grupo, havia uma mulher e nove homens, com idades variando entre 38 e 68 anos. Ser casado, ter filhos e netos prevaleceu no GNR, assim como professar a religião católica. Quanto à escolaridade, teve predomínio do ensino fundamental incompleto ( $n=6$ ) e do médio completo ( $n=4$ ).

## **6.2 Caracterização clínica do transplantado hepático com DHA**

Os dados estão apresentados na Tabela 4, na qual se pode identificar que dos quinze entrevistados, cinco tiveram recaída alcoólica após o transplante, representando um terço do total. As análises a seguir identificaram o quantitativo de respostas para o grupo recaída (GR,  $n=5$ ), o grupo não recaída (GNR,  $n=10$ ) e o grupo total (GT,  $N=15$ ), com data base temporal do mês de Janeiro/2017.

Um participante não realizou o transplante em Brasília, tendo passado por dois transplantes em São Paulo-SP. Dentre os diagnósticos possíveis nas DHA indicativos para o transplante hepático (TH), a etiologia de maior prevalência foi a cirrose alcoólica ( $n=7$ ), sem associação com outras doenças hepáticas. As maiores indicações no GR foram cirrose alcoólica e hepatocarcinoma ( $n=2$ ) e cirrose alcoólica e hepatite C ( $n=2$ ). Em média, o GT teve o diagnóstico de cirrose hepática há 6,43 anos ( $DP=4,25$ ), variando entre um a 13 anos, e um total de tempo de uso de álcool antes do transplante de 28,8 anos (Mínimo = 10 anos; Máximo = 40 anos). O GR retratou as maiores médias por grupo nos dois quesitos: tempo médio de diagnóstico de 6,6 anos e 29,4 anos de

etilismo pré-transplante. Já o GNR, sem diferenças relevantes, reportou 6,27 anos e 28,2 anos, respectivamente (Tabela 5).

Tabela 5

*Perfil do Transplantado Hepático com DHA (N=15)*

	Variável	Grupo Recaída (n=5)	Grupo Não Recaída (n=10)	Total (N=15)
Local do transplante	Brasília	4	10	14
	São Paulo	1	0	1
Diagnóstico	Cirrose alcoólica	1	6	7
	Cirrose alcoólica + HCC	2	1	3
	Cirrose alcoólica + VHB	0	1	1
	Cirrose alcoólica + VHC	2	1	3
	Cirrose alcoólica + HCC + VHC	0	1	1
Tempo de diagnóstico prévio ao transplante	0,5 a 2,5 anos	1	4	<i>M</i> = 6,4 anos
	2,6 a 5 anos	1	1	
	6 a 9 anos	1	1	
	superior a 10 anos	2	4	
	média de tempo	6,6 anos	6,3 anos	
Tempo total de uso de álcool prévio ao transplante	10 -19 anos	0	1	<i>M</i> =28,8 anos
	20 - 29 anos	2	4	
	30 - 39 anos	3	4	
	40 - 41 anos	0	1	
	média de tempo	29,4 anos	28,2 anos	
Tempo de abstinência prévio ao transplante	<1 mês a 5 meses	1	0	<i>M</i> =3,7 anos
	6 meses a 2,5 anos	1	6	
	2,6 a 5 anos	1	2	
	6 a 9 anos	2	0	
	superior a 10 anos	0	2	
média de tempo	3,5 anos	3,9 anos		
Tempo de transplante *	4 meses a 2,5 anos	1	10	<i>M</i> =2,6 anos
	2,6 a 5 anos	3	0	
	> 5 anos	1	0	
	Subtotal	3,9 anos	1,3 anos	
Tempo de abstinência pós-transplante*	6 meses a 1 ano	0	-	<i>M</i> =1,8 anos **
	1,1 a 1,6 anos	3	-	
	1,7 a 2 anos	1	-	
	> 2 anos	1	-	
Tempo de uso de álcool pós-transplante*	6 meses a 1 ano	2	-	<i>M</i> =1,7 anos **
	1,1 a 1,6 anos	1	-	
	1,7 a 2 anos	1	-	
	> 2 anos	1	-	
Tempo de abstinência pós-recaída alcoólica*	Em uso	2	-	<i>M</i> =1,5 meses**
	1 a 6 meses	3	-	

Legenda: HCC= Hepatocarcinoma; VHB= Vírus da Hepatite B; VHC= Vírus da Hepatite C

\* Todas as datas têm como referência Janeiro/2017.

\*\* Dados referentes ao grupo recaída n=5.

O tempo médio de abstinência pré-transplante teve pouca variação entre os grupos ( $MGT=3,7$  anos;  $MGR = 3,5$  anos;  $MGNR = 3,9$  anos). Nove entrevistados relataram ao menos seis meses de abstinência antes da cirurgia, no entanto, dois participantes referiram exatamente esse período de sobriedade, um do GR e outro do GNR. Uma pessoa do GR referiu consumo de álcool um dia antes do transplante no momento da coleta de dados, tendo sido mantido no estudo pois, segundo dados do prontuário, estava dentro dos critérios de inclusão. A variação de tempo do GT foi, portanto, de menos de um mês a 14 anos de abstenção alcoólica pré-transplante.

Os 10 participantes do GNR fizeram o transplante há menos de dois anos e meio, em média ( $M=1,28$  anos). Já o GR apresentou média de 3,94 anos, sendo o menor tempo igual a 2,3 anos desde a cirurgia. No geral, o tempo de transplante variou entre quatro meses a mais de seis anos ( $M= 2,61$  anos).

A análise específica do GR revelou que as pessoas que voltaram a beber após o transplante, recaíram em média 1,8 anos após a cirurgia. Dois participantes ainda estavam fazendo uso de álcool no momento da entrevista e os outros três contabilizaram um tempo médio de abstinência igual a um mês e meio. Todos, deste grupo, fizeram mais de seis meses de uso de álcool pós-cirurgia, com média igual a 1,7 anos.

Ainda sobre o GR, dois participantes tiveram indicação de retransplante, um por trombose tardia e o outro por perda do enxerto por álcool e má adesão medicamentosa. O primeiro deles teve recaída alcoólica antes do segundo transplante (três anos após a primeira cirurgia) e após esse procedimento (dois anos depois), onde o tempo de abstinência antes do primeiro procedimento foi de três anos. Já o segundo participante se manteve abstêmio por dois anos antes do transplante e o mesmo período após, quando recaiu no consumo abusivo de álcool. Até o fechamento da pesquisa, não tinha sido aceito o retransplante desse participante em centros transplantadores do Brasil.

### 6.3 Padrão de uso de álcool antes e após o transplante

Considerando o tempo médio de uso de álcool pré-transplante igual a 28,8 anos, os participantes consumiram nesse período destilados e fermentados ( $n=11$ ), em uso diário ( $n=8$ ), com mais de dez doses diárias dessas bebidas ( $n=9$ ). Sete deles referiram fazer uso de outras drogas associadas ao álcool ( $n=7$ ) (Figura 2).

Ao comparar o padrão de uso dos dois grupos, todos os participantes do GR faziam consumo de fermentados e destilados. Nenhum deles relatou consumo diário, mas quatro referiram uso entre três a cinco vezes na semana, com mais de dez doses diárias de bebidas alcoólicas. Prioritariamente, para o GNR, foi relatado o consumo de ambos os tipos de bebida alcoólica, todos os dias com mais de dez doses diárias.

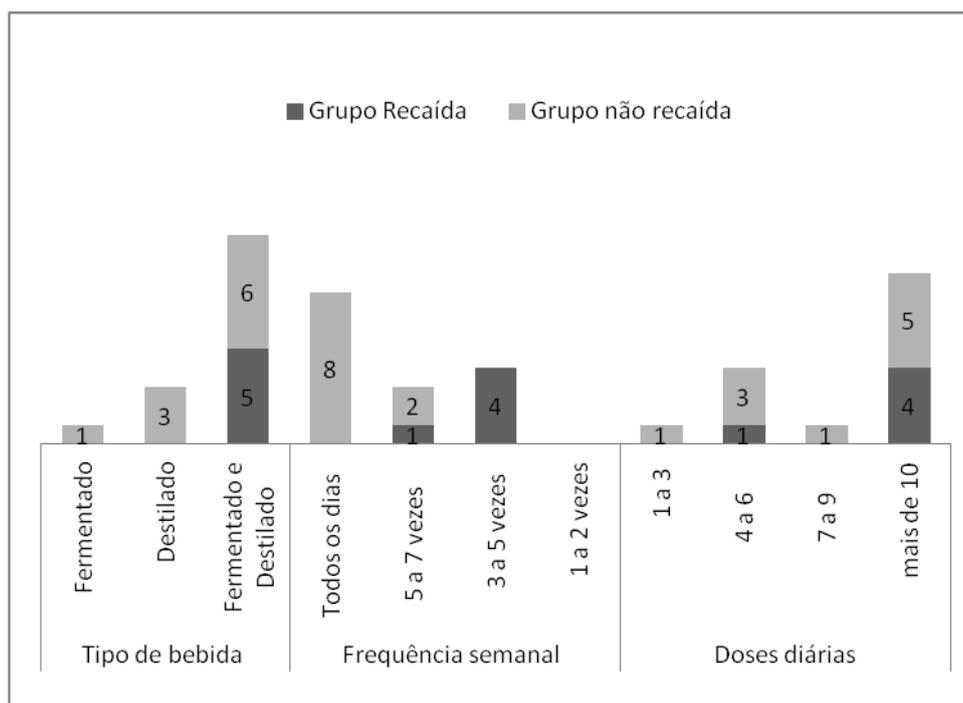


Figura 2. Padrão de uso de álcool dos participantes no pré-transplante ( $N=15$ )

A associação do álcool com outras drogas pré-transplante foi relatada por sete participantes de ambos os grupos (GR=4 e GNR=3). Dentre as drogas consumidas, estavam o tabaco, a maconha, a cocaína, a codeína e o crack.

Todos os participantes do GNR que tiveram associação de álcool e outra droga fizeram menção ao tabaco. As outras associações de drogas, lícitas e ilícitas, foram declarações do GR. De forma geral, o GR apresentou maior associação de uso de drogas ilícitas e o GNR de drogas lícitas, como mostra a Figura 3.

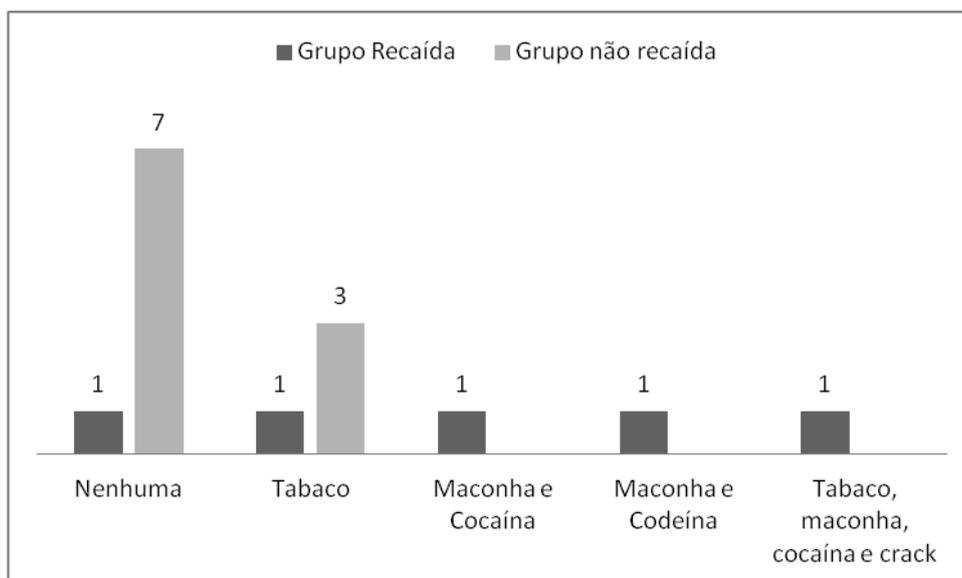


Figura 3. Associação de álcool com outras drogas no pré-transplante (N=15)

O GR, após o transplante, fez uso na faixa de 1,7 anos de fermentados (cerveja), entre uma a cinco vezes semanais, com média de nove doses diárias. Somente um participante referiu uso de tabaco pós-transplante nesse grupo. A associação com outras drogas, nesse contexto, não foi investigada no GNR.

#### 6.4 Ansiedade e depressão no momento da entrevista

A aplicação da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) nessa amostra objetivou identificar a incidência de estados emocionais negativos, e caso ocorresse, a eventual relação desses estados com o comportamento de recaída ou não recaída. Foi considerado como ponto de corte o escore de nove pontos para evidência de ansiedade e/ou depressão e o valor de oito pontos como limiar para a proeminência de estados negativos.

A prevalência de estado emocional estável foi igual a 73,3% ( $n=11$ ), 20% ( $n=3$ ) de estados mistos de ansiedade e depressão e 6,6% ( $n=1$ ) de estado emocional depressivo (Figura 4).

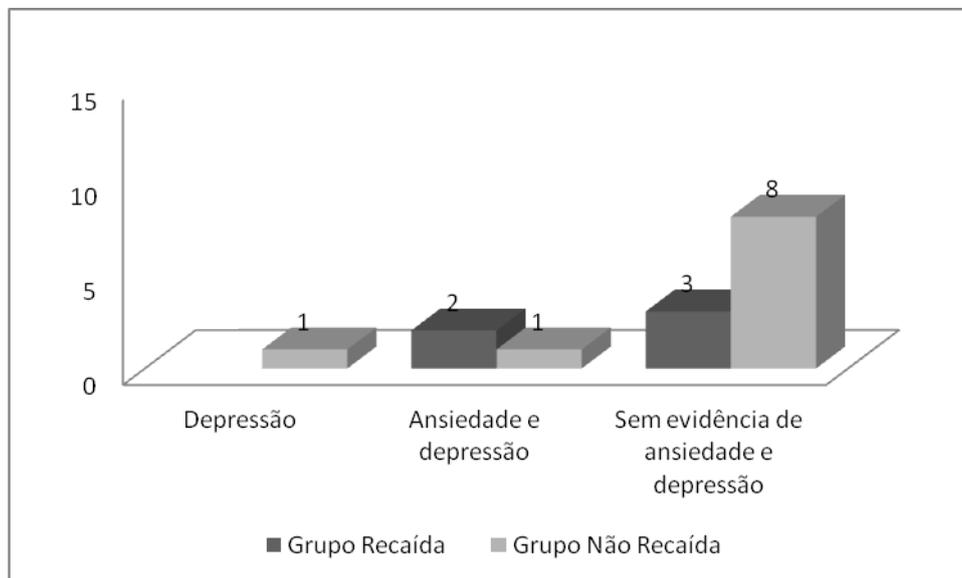


Figura 4. Resultados da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão ( $N=15$ )

Dos três participantes que apresentaram sintomas de ansiedade e depressão no momento da entrevista, um era do grupo não recaída (HAD ansiedade=11 pontos e HAD depressão=13 pontos) e dois do grupo recaída (HAD ansiedade=12 e 14 e HAD depressão= 9 e 14, respectivamente). Em relação ao limiar de pontuação igual a 8, três pessoas atingiram essa pontuação. Duas no GNR, uma com limiar para depressão e outra para ansiedade, e uma no GR, com esse mesmo valor para ambos os estados emocionais.

### 6.5 Habilidades de enfrentamento diante do contexto de abstinência do álcool

Os dados encontrados pela análise do IDHEA-AD tiveram por objetivo descrever o repertório de habilidades de enfrentamento antecipatório frente à

necessidade de abstinência alcoólica, classificadas como baixa, média inferior, média, média superior ou alta.

Foram investigados os escores para os três fatores da IDHEA-AD – assertividade para a recusa, expressão de sentimentos e autocontrole emocional – bem como o escore total, como mostra a Tabela 6. Para a análise por grupos, foi utilizada a apresentação da pontuação mínima e máxima e a média para cada fator e o escore total. Valores abaixo de 65 para o escore total, 32 para o fator 1, 18 para o fator 2 e 16 para o fator 3 são considerados, pelas normas do instrumento, abaixo da média.

Tabela 6

*Resultados do IDHEA-AD por Grupos*

IDHEA-AD	Grupo Recaída (n=5)				Grupo Não Recaída (n=10)			
	Pontuação Mínima	Pontuação Máxima	Média	DP	Pontuação Mínima	Pontuação Máxima	Média	DP
Assertividade para a recusa	7	34	16,4	10,83	9	37	27,2	7,98
Expressão de sentimento	9	23	18	5,65	3	24	16,3	7,04
Autocontrole emocional	12	23	17,6	4,50	8	22	15,9	4,60
Escore Total	29	70	52	14,91	41	73	59,4	10,25

Pontuações máximas: assertividade para recusa (Max=42); expressão de sentimento e autocontrole emocional (Max=24); escore total (Max=100).

A assertividade para a recusa do uso de álcool, quando bem elaborada pela pessoa, engloba habilidades para identificar situações de risco, planejar ações adequadas para tornar o risco o menor possível e enfrentá-lo de forma funcional, com segurança ou escapando da situação.

Esse fator foi o de menor classificação da pesquisa, médio inferior para ambos os grupos, identificando relatos de poucas habilidades para lidar com a recusa do álcool. Interessante perceber que o GR teve o maior déficit nesse quesito. Dos cinco participantes, quatro apresentaram dificuldades para dizer que estavam em tratamento

quando alguém oferecia bebida alcoólica, para delinear estratégias para ir a festas e não beber, bem como identificar respostas de recusa para a oferta de bebidas. Três entrevistados afirmaram que nem sempre diziam, quando questionados se aceitavam bebida alcoólica por um desconhecido, que pararam de beber e também não pediam para que não a oferecesse mais. Nenhum deles afirmou dizer “não” de forma clara e firme quando eram convidados a beber. A grande maioria ( $n=8$ ) do GNR disse que na oferta de bebidas sempre afirmavam que pararam de beber e pediam para que bebidas não fossem mais oferecidas.

Um item desse fator questionava se no contexto de risco de oferta de bebidas a pessoa responderia que estava em tratamento. Dos quinze participantes, nove disseram sempre ter esse comportamento assertivo e um afirmou nunca fazê-lo (grupo GNR).

A expressão emocional avaliou principalmente as habilidades dos participantes em receber críticas de forma adequada e, também, fazer elogios e reforçar o apoio recebido no processo de mudança comportamental (abstinência). Os resultados foram positivos para o GR, demonstrando habilidades de enfrentamento elaboradas como saber ouvir conselhos alusivos aos prejuízos do uso de álcool e agradecer elogios referentes ao comportamento abstêmio. O GNR apresentou habilidades na faixa da média inferior, apresentando dificuldades, em especial, na capacidade de ser recíproco ao carinho que recebe de outra pessoa por não beber.

O autocontrole emocional buscou identificar, sobretudo, habilidades para o manejo da raiva e também para as resoluções de conflitos intra e interpessoais. A análise de grupos refletiu habilidades na média (GNR) e na média superior (GR), com certo bloqueio dos participantes em se colocar no lugar do outro em momento de nervosismo/raiva. Em contraponto, ambos os grupos apresentaram alguma habilidade para buscar soluções para problemas em momentos de desentendimentos.

A Tabela 7 apresenta os dados individualizados tanto da HADS quanto do IDHEA-AD. Para todos os participantes que apresentaram pré disposição ou evidência de ansiedade e/ou depressão, há ao menos um escore abaixo da média para as habilidades de enfrentamento. Chama atenção os casos P1 e P15 pelo alto índice de emoções negativas e baixo repertório psicológico para lidar com situações de risco em quase todos os fatores. Três participantes apresentaram bons escores em ambos os instrumentos (P4, P12 e P10).

Tabela 7

*Resultados da HADS e da IDHEA por Participante*

Participantes	HAD Ansiedade	HAD Depressão	Assertividade para recusa	Expressão de sentimentos	Autocontrole para a recusa	Escore total
P1	<b>11</b>	<b>13</b>	médio	<b>baixo</b>	<b>baixo</b>	<b>baixo</b>
P2	<b>8</b>	7	médio	<b>baixo</b>	médio superior	<b>médio inferior</b>
P3	4	2	médio	<b>médio inferior</b>	médio superior	médio
P4	3	3	médio superior	médio	médio	médio superior
P5	6	4	<b>médio inferior</b>	médio superior	médio	médio
P6	3	1	<b>baixo</b>	médio superior	médio superior	médio
P7	5	6	<b>médio inferior</b>	<b>médio inferior</b>	<b>médio inferior</b>	<b>médio inferior</b>
P11	6	5	baixo	médio superior	<b>baixo</b>	<b>baixo</b>
P12	0	0	médio superior	alto	alto	médio superior
P14	5	<b>8</b>	médio	médio superior	alto	médio superior
P8	<b>12</b>	<b>9</b>	médio superior	<b>médio inferior</b>	alto	médio superior
P9	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>baixo</b>	alto	médio superior	<b>médio inferior</b>
P10	4	1	médio inferior	médio superior	médio	médio
P13	6	4	<b>baixo</b>	médio superior	alto	médio
P15	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>baixo</b>	<b>baixo</b>	<b>médio inferior</b>	<b>baixo</b>

A análise dos escores médios dos grupos recaída e não recaída (Tabela 8) com os valores do Teste Mann-Whitney para amostras independentes investigou se a diferença entre os grupos apresentava significância nas variáveis contínuas do estudo. Nessa análise, foram considerados os escores médios da IDHEA-AD para os dois grupos, e não os percentis.

Tabela 8

*Escores Médios dos Grupos Recaída e Não Recaída e Valores do Teste Mann-Whitney para Amostras Independentes (N=15)*

Variáveis	Média (DP)	U (p-valor)
HAD - Ansiedade		-1,73 (0,08)
Grupo recaída	8,80 (4,14)	
Grupo Não Recaída	5,10 (3,00)	
HAD - Depressão		-1,04 (0,29)
Grupo recaída	7,20 (4,97)	
Grupo Não Recaída	4,90 (3,84)	
IDHEA F1 - Assertividade para a recusa		-1,72 (0,09)
Grupo recaída	16,40 (10,83)	
Grupo Não Recaída	27,20 (7,98)	
IDHEA F2- Expressão de sentimento		- 0,37 (0,71)
Grupo recaída	18,00 (5,66)	
Grupo Não Recaída	16,30 (7,04)	
IDHEA F3- Autocontrole emocional		- 0,74 (0,46)
Grupo recaída	17,60 (4,51)	
Grupo Não Recaída	15,90 (4,61)	
IDHEA Escore total		-1,10 (0,27)
Grupo recaída	52,00 (14,92)	
Grupo Não Recaída	59,40 (10,25)	

Não ocorreram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para a HAD depressão, HAD ansiedade, IDHEA fatores 1, 2, 3 e escore total.

## 6.6 Conceito de uso abusivo e dependência alcoólica pelos participantes

Na parte qualitativa da entrevista, foi perguntado aos participantes acerca do uso abusivo e dependência do álcool para identificar suas percepções sobre os conceitos

relacionados a esses dois termos comuns na temática do etilismo. Da análise de conteúdo realizada, foram identificadas quatro categorias: *prejuízos*, *uso abusivo é dependência*, *visão positiva do álcool e influência de amigos* (Tabela 9).

Tabela 9

*Categorias Referentes às Noções de Abuso e Dependência do Álcool, Segundo os Participantes*

Categoria	f	Exemplo de relatos
Prejuízos	18	<i>Eu acho uma coisa muito ruim, não podia existir álcool, prejudica muito a saúde das pessoas e a moral, né? (P2, não recaída).</i>
		<i>É uma coisa ruim que está acabando com a gente e a gente não vê. Só depois da consequência que a gente vai ver que fez mal mesmo (P4, não recaída).</i>
		<i>Sempre trabalhei na área de vendas, e isso, às vezes, me atrapalhava no meu desenvolvimento no trabalho. Antes de sair de casa, tomava 2, 3 goles de conhaque; na hora do almoço, também ia no bar, tomava 2 doses, e, na hora de sair do serviço, antes de ir para a casa, também, 1, 2 ou 3 doses de conhaque também (P6, não recaída).</i>
Uso abusivo é dependência	17	<i>Aí você esquece que tem família, sabe? E a família vai esquecendo que tem um alcoólatra dentro de casa, essas coisas assim. A gente só vê quanto você tá tentando ou então quando tá a doença bem grave, aí começa a arrepender: meu deus, por quê que eu fiz isso? Porque que eu bebi assim... é desse jeito. (P14, não recaída).</i>
		<i>Eu acho que quem usa abusivamente é dependente. Eu já era dependente porque eu bebia todos os dias, não era muito, mas bebia todo dia. E quando dava aquela hora, 11 horas, eu já estava doído para tomar uma (P3, não recaída).</i>
Beber é prazeroso	3	<i>Eu sempre disse para mim que eu não bebia por vício, eu bebia por prazer. Eu gostava, me sentia bem, então era meu ponto de isolamento. Eu gostava de tomar uma cervejinha, pensar na vida, me soltava mais. Eu olhava mais para dentro de mim, saía do meu mundo real, ficava mais nas minhas coisinhas gostosas, eu relaxava. O álcool para mim sempre foi isso, então eu gostava de tomar (P11, não recaída).</i>
Influência de amigos	3	<i>Eu bebi bastante, mais por amizades que sempre convidavam a gente, e eu também tinha vontade de beber (P13, recaída).</i>
		<i>E o seu ciclo de amizade, geralmente são outros alcoólatras, pessoas que não vai te ajudar em nada, né? Mas a gente só vê isso quando a gente tá fora do álcool. Quando cê tá lá... as pessoas mais engraçada do mundo é seus colegas lá no bar, tudo o que cê acha de interessante, tá ali no bar, conversando, jogando um bilhar (P14, não recaída).</i>

Associar o conceito de abuso e dependência do álcool com prejuízos para si, para a saúde, família e trabalho configurou a categoria *prejuízos*. As verbalizações ilustraram a visão dos participantes sobre uma variedade de malefícios que o uso do álcool em excesso acarretou em suas vidas.

A categoria *uso abusivo é dependência* agrupou relatos que faziam referência aos sinais e sintomas de abuso e dependência do álcool descritos pelos manuais CID-10 e DSM-V, como padrão de uso repetido do álcool, isolamento social ao consumir a bebida, fissura e fuga da realidade. Essa categoria incluiu ainda relatos sobre o reconhecimento de ser alcoólatra/dependente que ilustrou a autopercepção da dependência do álcool.

Nas categorias *beber é prazeroso e influência de amigos* os relatos focalizaram o ato de beber como algo bom que traz prazer e, também, a participação ativa de terceiros no incentivo ao comportamento de beber.

## **6.7 Motivação para beber e não beber antes do transplante**

Como resposta às razões para beber antes do transplante, as falas permitiram identificar cinco categorias: *atividades de lazer/gostar de beber, influência de terceiros, solução de problemas, problemas familiares e trabalho* (Tabela 10).

A maior frequência de relatos foi composta de justificativas sobre beber abusivamente por associá-lo a *atividades de lazer*, facilitando o seu uso. *Gostar de beber* também está inclusa nessa categoria, por estar relacionada à ideia de regozijo.

A *influência de terceiros* também se mostrou relevante para o comportamento de beber. Os participantes informaram que ser convidado a beber por outros e ir a eventos sociais tinham interferência no uso abusivo.

Na categoria *solução de problemas* o uso do álcool foi referido como facilitador para resolver dificuldades sejam familiares ou de outra natureza. A categoria *trabalho* trouxe um relato sobre o ato de beber associado a atividades laborativas.

Tabela 10

*Categorias sobre a Motivação para Beber Antes do Transplante*

Categoria	f	Exemplo de relatos
Atividades de lazer/ gostar de beber	5	<p><i>Mais por causa de gostar de estar na farra mesmo com a galera e tudo mais, tocando violão, cantando,entendeu? (...) Foi por causa disso, eu bebi porque eu queria mesmo (P10, recaída).</i></p> <p><i>'Não, agora chega, deixa eu cuidar de mim, deixa eu aproveitar os prazeres da vida', e foi no álcool que eu fui, aí eu passei a beber mais porque eu não me encontrava com tanta responsabilidade mais, responsabilidade de pai. (...) Beber todos os dias tornou-se um hábito (P11, não recaída).</i></p> <p><i>A cerveja, mesmo sem ter parceiros e sem ter ninguém, sozinho, eu sentia prazer em beber (P13, recaída).</i></p>
Influência de terceiros	3	<p><i>Durante esses 9 anos que eu trabalhei nessa empresa, quer dizer, é como se diz "é Maria vai com as outras". Chamava: vamo ali tomar uma? Ai eu ia... no final do dia, sempre saía, reunia aquele pessoal em um barzinho. Quer dizer, o meu vício mais foi por eu ter seguido essa onda dos outros (P6, não recaída).</i></p> <p><i>Ah... amizade. A turma que estudava junto, que... Da mesma idade que ia para as festinhas junto. Foi entrando e depois não teve volta mais. Cervejinha e foi só aumentando a quantia (P15, recaída).</i></p>
Solução de problemas	3	<p><i>Muitas vezes, tinha necessidade de sair de alguma situação. Tive uma adolescência meio conturbada, muito problemática, que me levou, também, ao uso de drogas. Depois disso, fiquei com a bebida, e eu sempre tinha isso, sempre queria desabafar, resolver minha situação com bebida, achando que, se eu bebesse, ia resolver (P9, recaída).</i></p> <p><i>Eh... uma falsa sensação de que o álcool, ele vai resolver os problemas que você tem (P14, não recaída).</i></p>
Problemas familiares	2	<p><i>Problema familiar, também (P8, recaída).</i></p>
Trabalho	1	<p><i>Quando eu ia trabalhar eu tomava destilados, conhaque, por exemplo. Eu tomava três doses na parte da manhã, depois quando chegava do trabalho eu tomava a mesma quantidade (P4, não recaída).</i></p>

Os relatos sobre as razões para não beber antes do transplante, permitiu a identificação das seguintes categorias: *influência familiar, sintomas físicos, indicação médica/receio de não transplantar e visão negativa sobre a bebida* (Tabela 11).

Tabela 11

*Categorias sobre a Motivação para Não Beber Antes do Transplante*

Categoria	f	Exemplo de relatos
Influência familiar	6	<p><i>E eu mesmo me dei conta que eu já estava começando a falhar com a minha família, né? Eu estava me entregando de vez, então isso fez com que eu reagisse (P3, não recaída).</i></p> <p><i>A família. Eu tenho um netinho que eu pedi para todos os médicos de Belém até aqui que me ajudassem, porque eu precisava criar esse meu neto, porque ele é minha paixão (P13, recaída).</i></p> <p><i>Eu tive medo de perder a minha família (...) E a coisa mais importante que eu tenho é minha família, minha saúde e minha família (P14, não recaída).</i></p>
Sintomas físicos	5	<p><i>Eu sabia que tinha que parar. Porque eu queria sarar da dor (P2, não recaída).</i></p> <p><i>Era a dor que eu sentia no estômago, essa foi fundamental, a dor estava irresistível (P3, não recaída).</i></p>
Indicação médica/ receio de não transplantar	4	<p><i>Se não parasse de beber, não ia adiantar fazer o transplante, porque ia acontecer a mesma coisa com o fígado. Eu não ia querer passar pelo mesmo processo, nunca na minha vida, de fazer outro transplante (P5, não recaída).</i></p> <p><i>Porque o médico pediu para eu evitar. O doutor mesmo falou que era bom evitar porque poderia até ser impossível de fazer o transplante (P10, recaída).</i></p>
Visão negativa sobre a bebida	4	<p><i>Quando foi em 2014, quando eu tive, mesmo, esse problema de chegar a vomitar sangue e ter que fazer ligaduras internas e quase morrer, aí, definitivamente, eu mesmo disse 'não, quê isso, não tem necessidade disso', eu estou fazendo uma coisa que está me matando, qualquer hora, por causa de um copo com líquido. Eu não tenho a necessidade disso. Deus está me dando uma oportunidade, para que eu vou beber? (P6, não recaída).</i></p>

Pelas verbalizações percebe-se que a motivação para não beber antes do transplante, na maior parte dos casos, deveu-se a fatores externos aos participantes, como a indicação de abstinência condicionada à liberação para o transplante, influências da família e o significado dela para o participante.

A família volta a ser figura relevante na influência sobre o comportamento de beber, dessa vez como um fator protetivo. Os participantes relataram sobre o medo de perder e decepcionar os familiares e a importância deles para querer recuperar a saúde física.

Importante perceber que dos cinco participantes que recaíram após o transplante, nenhum apontou uma motivação interna para cessar o uso da substância psicoativa antes da cirurgia. De modo geral, foi relatada nessa categoria a importância da indicação médica para a abstinência, o critério de seis meses sem uso de álcool antes do transplante, a relevância familiar nas decisões sobre o consumo alcoólico e o conceito sobre as consequências negativas do uso de bebidas alcoólicas, bem como a opinião sobre esse uso.

Dos quinze participantes, três confirmaram que fizeram tratamento específico para parar de beber antes do transplante (GR=1 e GNR=2). Os tratamentos relatados foram os alcoólicos anônimos, psicoterapia e acompanhamento com psiquiatra. Contudo, quando questionados sobre ter dificuldades em parar de beber, a maioria ( $n=10$ ) referiu que sim, apresentando questões relacionadas aos sintomas da abstinência e ansiedade, as barreiras para encontrar outras atividades de lazer sem o uso de álcool, lidar com as pressões de terceiros para beber, se afastar das amizades (amigos bebedores) e enfrentar os problemas sóbrio. Os pacientes que consideraram não ter dificuldade com a abstinência do álcool apresentaram forte opinião sobre a vontade de parar como reação a condições físicas e indicação médica e sem desejo para retomar o uso, sendo todos do GNR.

Um dos participantes do GR revelou, no momento do questionamento sobre as dificuldades para parar de beber antes do transplante, que estava alcoolizado ao se encaminhar para a cirurgia, como mostra o relato abaixo:

*Na verdade, eu estava bebendo. Até o dia de eu transplantar, eu estava bebendo. Eu vim para a instituição, aqui, praticamente meio que alcoolizado ainda, porque eu não tinha parado de beber.*

Esse participante afirmou que tentou por diversas vezes parar de beber antes do transplante, com dificuldades para se manter abstinência. Além de não realizar tratamento específico para o uso do álcool, tinha associação com outras drogas (tabaco, cocaína, maconha e crack).

### **6.8 Recaída alcoólica pós-transplante**

A taxa de recaída dessa população é de 7,35%, levando em consideração a quantidade total de transplantes realizados pelo ICDF até o fim do estudo ( $n=268$ ), o número de pacientes com cirrose alcoólica como etiologia de base ( $n=68$ ), e o total de recaída ( $n=5$ ) do centro de referência desses pacientes (Brasília).

Os cinco participantes que relataram consumir bebida alcoólica após a cirurgia informaram ter esse comportamento por problemas familiares, dificuldades em lidar com a incapacidade para trabalho, se sentir bem, influência de terceiros e sentir abstinência e fissura, como revela a Tabela 12.

As dificuldades nas relações familiares foram as razões com maior influência para a retomada do uso de álcool. Pelos relatos, os sentimentos de raiva e frustração funcionaram como desencadeador da vontade de beber, na tentativa de se refugiar na bebida.

Não conseguir voltar ao trabalho, se sentir ocioso e se sentir bem em relação a saúde, principalmente por não perceber efeitos físicos do uso do álcool, também motivaram os participantes a beber. Estar vulnerável à opinião de outra pessoa e a fissura da abstinência da droga igualmente influenciaram na recaída alcoólica.

Em relação a realizar tratamento específico (psicoterapia e/ou acompanhamento psiquiátrico) para se manter abstinência após a recaída, apenas um paciente referiu ter

utilizado esse recurso. Os outros informaram conseguir parar de beber assegurados por recursos pessoais próprios.

Tabela 12

*Categorias sobre Motivos para a Recaída Alcoólica (n=5)*

Categoria	f	Exemplo de relatos
Problemas familiares	3	<p><i>Problema familiar desde a infância. Não teve carinho do pai, então isso tudo gera uma coisa na sua mente, que você tenta se refugiar na bebida. Ainda não fiz as pazes 100% com a minha família, mas já teve uma grande mudança (P8).</i></p> <p><i>Isso. Problema familiar. Não só com esposa, mas com os filhos, também. Às vezes, é uma família muito bacana, unida, mas o comportamento dos filhos um pouco diferente fez com que me levasse a sentir vontade de beber (P9).</i></p> <p><i>Consumi, depois de dois anos eu voltei a beber por influência de uma raiva que eu tive (...) Problema de família (P13).</i></p>
Incapacidade laboral	2	<p><i>(...) E mais, também, pelo fato de tentar fazer alguma coisa e perceber que eu não estou conseguindo mais... mais em relação ao trabalho, que eu sempre fui muito determinado, sempre gostei muito, sempre trabalhei com vendas, e, hoje, eu me sinto limitado a isso aí, as coisas parece que não acontecem mais. Essa é um dos motivos mais fortes que eu tenho, que me leva, muitas vezes, a sentir isso (vontade de beber) (P9).</i></p> <p><i>Ociosidade, por estar parado dentro de casa sem fazer nada. (...) Quem trabalha nunca bebe, claro, e quando eu estou com ocupação assim, não tem porque beber, primeiro porque não dá vontade e porque você nem lembra na verdade (P10).</i></p>
Sensação de bem-estar	2	<p><i>Eu não sentia nada, me acho normal, urino, durmo, me alimento normal, não sinto dor nem nada, e achei que estava tudo muito bem (P 13).</i></p> <p><i>Os exames tava bom demais. Totalmente da hepatite C sarou. Foi um sucesso. E eu tomava cerveja num dia, no outro dia eu amanhecia bom (P15).</i></p>
Influência de amigos	1	<p><i>Eu tenho um amigo médico, e conversando com ele eu falei que não ia beber, porque ia fazer mal. E ele me disse que não, que não tinha problema nenhum e fui, aí no bar ele mandou eu pegar umas cervejas aí começou tudo. Comecei a tomar cerveja porque ele me disse que não fazia mal. Mandou pegar sete cervejas e começamos a tomar. Aí depois ele foi embora e eu continuei. Até hoje ele é meu amigo e a gente costuma tomar uma cerveja junto de vez em quando (P13).</i></p>
Abstinência e fissura	1	<p><i>Porque deu uma abstinência muito grande, sabe? Uma impaciência, uma inquietação. Enquanto eu não fui no depósito de bebida, e comprei a cerveja eu não me acalmei. Tava muito ansioso (P8).</i></p>

A questão sobre ocorrência de sintomas da síndrome de abstinência revelou sintomas de dor de cabeça, humor irritado, fadiga e insônia com maiores frequências de relatos.

### **6.9 Motivação para não beber após o transplante**

Uma questão importante da entrevista semiestruturada dizia respeito às razões para não voltar a consumir álcool após o transplante. Foram encontradas as seguintes categorias: *manutenção da saúde, influência familiar, opinião negativa sobre a bebida e Deus* (Tabela 13).

A maioria dos participantes identificou que manter a saúde e cuidar do novo órgão passou a ser prioridade em suas vidas. Há indícios de conscientização de que o hábito de beber foi e pode voltar a ser prejudicial, desestabilizando as boas condições de saúde em que se encontravam com uma possível rejeição ou até a morte. Contudo, cabe salientar que a fala de P6 assinalou a não piora do fígado transplantado, já que o mesmo afirmou que não se sentia mal e, por isso, continuava a utilizar bebidas alcoólicas. Seu relato expressou a percepção de que o uso de álcool fazia mal ao novo órgão, mas a mudança do comportamento de beber parecia estar condicionada a sentir sintomas físicos de uma doença hepática.

A família também teve uma frequência importante nas razões para se manter abstinência após o transplante, como fator protetivo para esse comportamento. Associar qualidade de vida com o ato de não beber foi relevante para a afirmação dos participantes de que não voltarão a consumir álcool. Creditar a Deus a oportunidade de ter um novo órgão e conseguir se manter distante da bebida foi outra categoria identificada.

Tabela 13

*Categorias sobre Motivos para Não Beber Após o Transplante*

Categoria	f	Exemplo de relatos
Manutenção da saúde	14	<p><i>Primeiro que eu acho que o transplante será em vão, o que adianta voltar a cometer os mesmos erros (P3, não recaída).</i></p> <p><i>Simplesmente não quero acabar com o fígado que está aqui, saudável, funcionando normal, com bebidas. Fazer o que? Não pretendo fazer isso, agredir meu organismo que, com muito custo, está aí transplantando, funcionando normalmente (P5, não recaída).</i></p> <p><i>Para não agravar o deterioramento do fígado (...) Bom, se eu estivesse me sentindo mal quando eu faço isso (beber) de repente eu não fizesse nada mais disso. Mas como não me sinto mal, não há influência em relação a isso (P10, recaída).</i></p>
Influência familiar	7	<p><i>Eu chego para a minha mulher, minhas filhas, meu filho, e falo: 'olha, hoje, eu estou sentindo o gosto de bebida na minha boca. Se vocês não estivessem perto de mim, aqui, talvez, eu beberia', e, realmente, o que me ajuda muito é a presença deles junto comigo, entendeu? Isso tem me fortalecido muito, essa essência, essa coisa da família (P9, recaída).</i></p> <p><i>Eu tenho uma dívida com as pessoas que estão do meu lado e me ajudaram. Essa é uma dívida que eu tenho com eles, então eu não posso em momento nenhum dentro da minha cabeça voltar a beber sabendo que as pessoas que me ajudaram... está entendendo? É como se eu tivesse... é como se eles fossem uma barreira para mim, uma proteção. Eu devo isso para eles, entendeu? Então se eu voltasse a beber e fazer tudo, eu acho que estaria até desrespeitando o lado humano deles (P11, não recaída).</i></p> <p><i>Outra razão, agradecer as pessoas para não usar, não usar mesmo. Tipo assim, para as pessoas verem que você não está bebendo e que por isso você vai ficar bem (P10, recaída).</i></p>
Opinião negativa sobre a bebida	5	<p><i>Eu sei uma só: eu não bebo mais de jeito nenhum. Eu sei lá, para mim não existe bebida mais. Eu já não bebia antes (P1, não recaída).</i></p> <p><i>Eu estou me sentindo muito bem sem a bebida, com maior tempo para aproveitar a minha vida, cuidar das minhas coisas, entendeu? E terceiro é eu saber que eu ainda tenho domínio da minha vida, que eu faço o que eu posso e devo fazer (P3, não recaída).</i></p>
Deus	3	<p><i>Eu não tomo porque eu não sinto vontade mesmo, porque Deus me ajudou, tá me ajudando muito (P2, não recaída).</i></p> <p><i>Tem um negócio que eu faço todos os dias, todas as noites e todas as manhãs: agradecer a Deus pela oportunidade que ele me deu (P13, recaída).</i></p>

Em resumo, ter qualidade de vida e desejo de mantê-la após o transplante, suporte familiar, estar seguro quanto a não vontade de usar bebida alcoólica e ter fé foram as razões mais importantes citadas pelos transplantados para não retomar o uso de álcool pós-transplante.

#### **6.10 Satisfação com o tratamento e contribuições do grupo para a pesquisa**

Todos os participantes mencionaram satisfação com o tratamento comentando sobre a melhora na qualidade de vida, autoimagem e autoestima e sensação de renascimento após o transplante. O profissionalismo, o amparo dos profissionais nas diversas questões dos pacientes e o trabalho humano foram relatados como principais pontos de satisfação com o tratamento ante as percepções de melhora da saúde física e psíquica. De forma geral, a maioria se sente agradecida pelo tratamento recebido e pela oportunidade, seja dada pelo doador, por Deus ou pela equipe, de ter um fígado novo.

O grupo como um todo se mostrou satisfeito com a participação na pesquisa. Referiram a importância de estudos que possibilitassem falar o que e como se sentem e com isso ajudar, de alguma forma, outros transplantados que possam ter problemas com o álcool após o transplante. Interessante também foram os relatos destacando o profissional psicólogo como ponte necessária entre o paciente e as questões do etilismo pré e pós-transplante, e o suporte para o enfrentamento do adoecimento e recuperação da saúde.

## Capítulo 7

### Discussão

Essa pesquisa teve por objetivo identificar fatores protetivos e de risco associados à recaída e a não recaída alcoólica no pós-transplante, em pessoas com DHA submetidas a transplantes de fígado, descrevendo variáveis psicológicas associadas a essa condição. Para tanto, foi utilizada metodologia mista – qualitativa e quantitativa – em um diálogo entre elas com foco na articulação dos dados encontrados na HADS, no IDHEA-AD e na parte quantitativa da entrevista semiestruturada com as percepções e falas dos participantes na parte qualitativa da entrevista. Esse tipo de integração tem sido utilizado com mais frequência no campo da saúde, com o objetivo de compreender o complexo objeto de estudo, do ponto de vista individual e coletivo, que é o processo saúde-doença (Deslandes & Assis, 2002).

Os resultados encontrados corroboram a hipótese da pesquisa, apontando que para a amostra estudada há multifatores influenciando o uso do álcool, antes e após a cirurgia, mesmo que a vivência de necessitar de um transplante e estar transplantado ser, de fato, uma experiência modificadora, em certo nível, do comportamento de beber.

O perfil sociodemográfico – na maioria homens, com média de idade de 52,26 anos, casados e com filhos – foi similar ao de outros estudos sobre transplantados hepáticos com cirrose alcoólica no Brasil e no mundo (Aguiar et al., 2016; Egawa et al., 2014). Os participantes, não obstante a diversidade de padrões, fizeram uso abusivo de álcool pré-transplante em média por 28 anos, ingerindo cerca de dez doses diárias de fermentados e destilados. Conforme seus depoimentos, que remeteram a fatos obtidos de forma retrospectiva e, por isso, talvez não incluíssem variáveis que determinaram o uso abusivo ao longo da história de vida, a elevada ingestão alcoólica se deveu à relação

da bebida com atividades de lazer e sensação de prazer, além da influência de terceiros. Querer solucionar problemas, especialmente os conflitos familiares, também foram declarações para o alto consumo alcoólico. Esses dados trazem alusão ao fato da droga estar associada a três polos: aumento da sensação de prazer e bem-estar (Marlatt & Donovan, 2009), sociabilidade (Natividade et al., 2012) e enfrentamento de conflitos (Cunha et al., 2007). Para eles, fazer uso abusivo e/ou dependente do álcool significou ocasionar prejuízos em diversas áreas de suas vidas, para si mesmo e para a família. Os relatos refletiram, portanto, a realidade de pessoas que desenvolveram, após um uso prolongado e intensivo de álcool, uma enfermidade hepática grave, que levou à necessidade do transplante, tal como aponta a literatura (Carbonário, 2012).

A associação do uso, antes do transplante, com outras drogas, em especial o tabaco, foi relatada por sete participantes. De acordo com a revisão de Lim, Curry e Sundaram (2017), a associação de SPAs influencia a recaída no uso de álcool após o transplante, sendo um fator de risco. Ademais, o tabagismo pode ser prejudicial para o receptor, culminando em problemas cardiovasculares, trombose da artéria hepática, câncer e mortalidade prematura. Do grupo que retomou o uso de álcool após o transplante, quatro relataram uso de drogas lícitas e ilícitas e um referiu fumar após o transplante. Assim, o abuso de diversas drogas na fase pré-transplante pode influenciar a recaída no álcool no pós-operatório, sendo um fator preditivo, tal como assinalaram Harper et al., (2010).

A complexidade da abstinência pré-transplante desse grupo de pessoas parece estar associada a recursos psicológicos limitados para lidar com situações estressoras que exigiam habilidades sociais e de assertividade, além da capacidade de enfrentar os sintomas de abstinência e de ansiedade em decorrência da suspensão do uso álcool, bem como a associação com outras drogas psicoativas, aspectos corroborados pela literatura

(Harper et al., 2010; Natividade et al., 2012; Sá & Del Prette, 2014). Ademais, os participantes tinham em média seis anos de diagnóstico de cirrose alcoólica até Janeiro/2017, mais de 3,5 anos de abstinência pré-transplante e, em média, 2,6 anos de transplante. Ao que parece, foi próximo o início do comportamento abstêmio desde a descoberta da cirrose alcoólica até a cirurgia entre os participantes, o que aumenta as dificuldades para a adoção de abstinência pelos pacientes após história de uso pesado.

Estudos enfatizam os desafios relacionados a mudanças de padrão de uso abusivo de álcool (Romanini, Dias & Pereira, 2010). Merece destaque que dos 15, apenas três participantes relataram atendimento especializado – AA, psicoterapia e psiquiatria - para a interrupção do uso do álcool na fase pré-transplante. Intervenções pré-transplante e até em fases anteriores a indicação do transplante se fazem necessárias. O aperfeiçoamento das ações dos profissionais que identificam o uso abusivo e dependência do álcool, não só os psicólogos, mas toda a equipe, incluindo os médicos, pode influenciar na adesão a um tratamento para dependência química antes do procedimento transplantador.

Com um olhar mais aprofundado, percebe-se que o GR teve média de quase quatro anos de transplante e abstinência prévia de 3,5 anos, com tempo de abstinência após o transplante igual a 1,8 anos. O elevado tempo prévio em que a pessoa ficou sem consumir álcool, nesse grupo, parece não ter sido fator de proteção de recaída alcoólica pós-transplante. Além disso, dois participantes que necessitaram de retransplante, e fizeram consumo de álcool antes dessa indicação, se mantiveram abstêmios por mais de dois anos. A regra dos seis meses pré-transplante tem sua eficácia para diversos casos, inclusive alguns desse estudo, funcionando como um indicativo de risco para a recaída em pessoas que não conseguem se manter abstêmias ao menos por seis meses. Contudo, no presente estudo ela não se satisfaz: ter seis meses de abstinência ou mais, não foi um

fator de proteção para a manutenção da abstinência pós-transplante em cinco anos. Esse dado corrobora alguns estudos que questionam a eficácia dessa regra para predizer o risco de recaída (Bramstedt & Jabbour, 2006; Singhvi et al., 2016), reforçando a importância de se ter uma análise mais sistêmica do paciente indicado a transplante e a avaliação da motivação para o uso, manutenção e abstinência do álcool (Marlatt & Donovan, 2009). Esse entendimento favorecerá intervenções pré e pós-transplante de toda a equipe, na auxílio as dificuldades particulares do paciente.

Chama atenção o fato do GNR ter apenas 1,3 anos de transplante e tempo de abstinência pré-transplante similar (3,9 anos). Comparativamente, o tempo pós-cirurgia do GNR é menor do que o GR. É possível interrogar que o GNR estaria ainda no limiar para o período de recaída encontrado nessa população? Os resultados por grupo foram similares e a análise qualitativa revelou fatores de risco na maioria dos participantes, independente de estar inserido no GNR ou GR. Dessa forma, a observância desses fatores, tanto de risco como de proteção, o acompanhamento dos participantes por parte da equipe de transplante se faz relevante, como aponta um estudo realizado em Boston com 118 transplantados hepáticos que buscou identificar a relação entre o tratamento de abuso de substâncias e o uso de álcool pós-transplante, onde 52% dos pacientes receberam tratamento antes do transplante. Do total da amostra, a taxa de recaída alcoólica foi de 40%, desses, 16% foram do grupo que recebeu o tratamento. O estudo reforça a necessidade do tratamento contínuo para o alcoolismo pré e pós-transplante (Rodrigue, Hanto, & Curry, 2013).

A análise da HADS e do IDHEA-AD mostrou que a diferença entre os dois grupos foi discreta, porém o escore médio do GR foi maior em ansiedade e menor no fator habilidade assertiva para recusar bebida. A análise para amostras independentes mostrou que o escore médio da HAD ansiedade e do IDHEA fator 1 (assertividade para

a recusa) apresentaram valores mais próximos ao critério de significância estatística ( $p \leq 0,05$ ). Em suma, o GR teve escores médios para ansiedade mais elevados e mais baixos em habilidade de enfrentamento na assertividade para recusa do álcool, quando comparado ao GNR. Essa habilidade é, em termos de média, uma diferença relevante entre os grupos: ao que parece o GR apresentava mais dificuldades para lidar com a recusa do álcool em contextos de risco e vulnerabilidade. Os fatores precipitantes, no momento pós-transplante, pela análise qualitativa com base nos relatos dos que recaíram, foram problemas com a família e o não retorno ao trabalho. Dessa forma, percebe-se que sentimentos que geraram angústia, raiva, frustração e tristeza foram provocadores da vontade de voltar a beber. Supõe-se que eles tinham poucas habilidades para lidar com essas situações, ficando explícito que o uso do álcool foi uma alternativa para quatro deles no enfrentamento de adversidades e de estresse. Esse resultado está de acordo com a literatura, ao afirmar que o uso de álcool pós-transplante tem estado associado a busca por soluções de situações conflituosas (Cunha et al., 2007), presença de emoções negativas, dificuldades para reconhecer e expressar emoções (Maciel & Yoshida, 2006), além da ocorrência de insatisfações, ansiedade e depressão (Langane, 2013) e de problemas familiares (Vianna, 2012).

O escore da HAD-depressão foi evidenciado em três participantes, mas os escores médios não diferenciaram os dois grupos. Não se pode excluir o fato de que a depressão tem relação direta, muitas vezes, com o beber abusivo, podendo se constituir em uma comorbidade (Romanini, Dias, & Pereira, 2010). Chamou atenção a associação entre ansiedade e depressão, nos sujeitos P1 (não recaída), P8 e P15 (recaída) e a relação dos escores da DHEA-AD. Em especial P1 e P15 obtiveram índices abaixo da média em fatores como assertividade para a recusa, expressão de sentimentos e controle,

levando à reflexão de que essas dificuldades podem influenciar o comportamento de beber antes e após o transplante (Egawa et al., 2014).

O IDHEA-AD busca a compreensão de habilidades antecipatórias que informam acerca de possíveis riscos para a recaída, dando um norte para uma intervenção mais específica e individual. Pode ser um instrumento a ser inserido em avaliações psicológicas pré-transplante e principalmente pós-transplante, visto que o sujeito recuperou a sua saúde física nessa fase. A motivação para a abstinência do álcool, como apresentado extensamente nessa discussão, deriva de multifatores após a cirurgia. Um novo trabalho, com mais sujeitos, com grupo controle, pode levantar a eficácia do uso do IDHEA-AD nessa população, como instrumento facilitador do conhecimento dos riscos de recaída de um paciente específico, indicando a habilidade a ser melhor desenvolvida.

As crenças utilizadas pelo GR, segundo a classificação de Scali e Ronzani (2007), foram as de alívio, permissivas e de controle. Os participantes que recaíram relataram influências internas, mas principalmente as externas para a recaída. A maioria referiu como razão primária para a recaída, os conflitos familiares, afirmando como um alívio o uso do álcool diante das questões problemáticas. Ter uma falsa sensação de controle do uso reforçada pelo sentimento de bem-estar frente ao ato de beber mostra como as crenças disfuncionais podem influenciar esse comportamento. Não estar trabalhando e receber sugestões permissivas ao uso do álcool de pessoas significativas também informa o quanto as influências externas foram relevantes para a decisão de retomar o consumo alcoólico, concordantes com a ideia de Chaves (2006) sobre a prevalência do uso de álcool em pessoas com dificuldades para lidar com problemas e assumir responsabilidades.

Interessante perceber que antes do transplante, o GR fez uso abusivo prioritário de fermentados e destilados. Na recaída, o consumo foi menor do que o padrão anterior, porém nenhum foi considerado um uso social. O padrão permeou entre o beber pesado e o problemático. Todos voltaram a beber cerveja, chamando atenção para o padrão de uso dessa bebida no Brasil e os possíveis novos malefícios à saúde do fígado (Melo et al., 2017).

A procedência também pode ter repercutido no processo de recaída, apesar de não ter sido retratada na avaliação qualitativa como fator para o retorno ao consumo de bebidas alcoólicas. Oito, dos quinze pacientes residiam fora de Brasília, e desses, três eram do grupo recaída. Hipóteses acerca do fato de não estarem geograficamente próximos e com fácil acesso ao hospital e à equipe de transplante – com mais chances de adesão precária ao tratamento – podem ser aventadas. Sabe-se que hoje, no Brasil, contrarreferenciar um serviço é algo complexo, com inúmeras barreiras, dificultando a continuidade de um serviço prestado. Identificar essas associações pode ser tema para novos estudos.

Sofrer interferência de outra pessoa no comportamento de beber, relatado como uma das razões para a recaída, pode estar associado com a falta de habilidade para recusar a droga em situações de risco. Dessa forma, um fator de vulnerabilidade para esse público, concordante com Marlatt e Donovan (2009) e Sá e Del Prette (2014), é a dificuldade para dizer não e ser assertivo na recusa do álcool, principalmente entre amigos bebedores. A família merece destaque por ser compreendida pelos participantes como fator de risco e de proteção para a manutenção da abstinência alcoólica. A rede de suporte social, quando satisfatória, é indicada na literatura como fator de proteção, prevenindo a recaída do álcool (Egawa et al., 2014; Pfitzmann et al., 2007). Em

contraposição, estudos apontam como vulnerabilidade e risco do transplantado voltar a beber, o suporte social limitado (Vianna, 2012).

A análise das falas revelou que a família, sua dinâmica, as relações conjugais, entre pais e filhos e outros familiares é um dos principais pontos a serem continuamente investigados. A família protetora é vista como uma instituição afetivamente relevante, cujas relações não devem ser rompidas, motivando os pacientes a se manterem abstêmios antes e após o transplante, acreditando que as pessoas que integram o seio familiar merecem o esforço, dedicação, compromisso e responsabilidade deles. Sentimentos de gratidão ao apoio dado pelos familiares foram relatados, bem como o medo de decepcionar e/ou perder os entes queridos. Nessa direção, Telles-Correia (2011) afirma que o apoio social é o fator mais importante para se considerar como preditor ou protetor de recaída alcoólica. Cabe aqui uma reflexão relacionada a P10: para esse participante, o uso do álcool após o transplante não estaria incorrendo em prejuízos para sua saúde atual, apesar de referir conhecer os efeitos nocivos do uso. Ademais, a família foi mencionada como uma ‘instituição’ a ser respeitada e levada em conta. A motivação para permanecer sóbrio foi, portanto, externa, em contraponto a razões para continuar bebendo, que pareceram ser vistas como positivas e associadas à ausência de sintomas hepáticos.

Nesse sentido, dificuldades familiares, ao serem percebidas como um fator de risco para os participantes, indicam que conflitos nessas relações são enfrentados de forma disfuncional e desadaptativa, com o uso do álcool como comportamento evitativo. A literatura aponta para a importância do dependente de álcool se perceber positivamente, ter estratégias de enfrentamento adaptativas e resolutivas diante de conflitos, bem como boas relações familiares e conjugais, como fatores de proteção para

a manutenção da abstinência alcoólica após o transplante (Álvarez, 2013, Telles-Correia, 2009; Rustad et al., 2015).

A taxa de recaída pós-transplante dessa pesquisa foi de 7,35% (considerando 68 pessoas vivas transplantadas e cinco casos de recaída), inferior ao descrito em outros centros, que variaram de 12 a 50% (EASL, 2012; Menon et al., 2012; Parolin et al., 2002; Pfitzmann et al., 2007; Schulz & Kroencke, 2015, Telles-Correia, 2011). Esse número inferior a média de outros centros pode estar relacionado a possíveis subnotificações. O ICDF não conta com exames toxicológicos pré ou pós-transplante, sendo que a investigação do comportamento de beber é feita pelo autorrelato do paciente sobre o uso de álcool antes e após a cirurgia.

Outro aspecto digno de nota se refere ao tempo médio de transplante do grupo GNR que foi igual a 1,3 anos, menor que o do GR. Pode-se afirmar que, possivelmente, os integrantes do GNR estejam em faixa de risco para recaída. Ações que podem reduzir episódios de recaída é a avaliação multiprofissional segura, baixos índices de depressão e ansiedade, satisfação com o apoio social, relações familiares saudáveis, estratégias de enfrentamento para a recusa de bebidas alcoólicas e manejo da fissura, bem como a conscientização sobre os malefícios do uso do álcool após o transplante.

De modo geral, ambos os grupos tinham percepções concordantes sobre o uso do álcool antes e após o transplante. Observou-se que integrantes do GNR perceberam a necessidade de parar de beber antes do transplante em função de fatores internos, como a autopercepção de estar acometido por uma doença desencadeada pelo álcool e com consequências físicas negativas. Parar de beber logo após o diagnóstico ou à indicação de transplante, assim como falar deliberadamente sobre a não vontade de beber e os efeitos negativos do álcool, foram indícios de autoeficácia e enfrentamento adaptativo,

fatores importantes como recursos psicológicos protetivos para o risco de recaída alcoólica (SUPERA, 2014).

Já o GR, em suas percepções, revelou motivações condicionadas à indicação médica e à percepção da família sobre o uso do álcool para se abster dessa substância antes do TH. Contudo, esses fatores parecem não ter sido suficientes para a manutenção desse comportamento na fase posterior à cirurgia. DiMartini (2012) e Rustad et al. (2015) chamam a atenção para as diferenças motivacionais para a abstinência. Para os transplantados, a condição precária de saúde, risco de morte e indicação para parar de beber são motivos para a abstinência pré-transplante. Em decorrência, muitas vezes o tratamento para a dependência é secundário, quando cogitado pelo paciente. Não necessariamente essa motivação permanece após o transplante, em especial pelo fato da recuperação da saúde física. Não raro as dinâmicas familiares voltam à configuração inicial e os esforços para o cuidado de um familiar com condição crônica não se fazem mais tão necessários. Lidar com a possibilidade de não retomar ao trabalho é outra realidade comum, assim como enfrentar de forma ativa os percalços do dia a dia. Assim, a motivação para o comportamento abstêmio pode oscilar no pós-transplante, ampliando as chances de recaída (Marlatt & Donovan, 2009).

Outro ponto de destaque é que os participantes se mostraram satisfeitos com o tratamento recebido, em especial pela melhora da qualidade de vida, o atendimento e os cuidados fornecidos pelas equipes multidisciplinares que os acompanharam. O atendimento e suporte psicológicos foram citados como relevantes para a atenção às questões do alcoolismo no pré e pós-transplante.

O profissional psicólogo atua de forma a identificar as associações entre o uso de álcool, suas influências e a adesão ao tratamento transplantador. A literatura é vasta em ilustrações do potencial de atuação desse profissional em preparações psicológicas para

cirurgias, como o estudo realizado em um grande centro de transplante de Viena (Kollmann et al., 2016) com 382 pessoas, todas com avaliação psicológica estruturada pré-transplante e sem o uso do critério de seis meses de abstinência, que identificou taxas de recaída de 16%. O diferencial apontado pelo estudo foram as intervenções psicossociais na fase anterior à cirurgia.

As verbalizações dos participantes do estudo também reforçaram a importância do acompanhamento contínuo com a psicologia no pós-transplante, no cuidado com a saúde mental, prevenção de recaída, manutenção da abstinência alcoólica e adesão à terapêutica do transplante. Os fatores de risco levantados estão, também, diretamente relacionados a questões psicológicas. Pouco se fala desse tipo de intervenção e assistência após o transplante, incorrendo em limitações da atenção ao paciente nos centros de transplante do Brasil e do mundo. No Brasil, ainda há poucos psicólogos na área da saúde, principalmente em unidades de transplante, o que prejudica a assistência dada aos pacientes e os resultados positivos do tratamento transplantador.

O presente estudo pode aludir ao fato de que homens, com histórico de dependência do álcool, referindo problemas familiares com a esposa e/ou filhos/netos ou com parentes próximos, com problemas em relação a atividade laboral pós-operatória, poucas habilidades para ser assertivo na recusa ao álcool e associação de transtornos psiquiátricos em especial ansiedade e depressão, têm mais risco de recaída, mesmo passando por uma cirurgia transplantadora e estando conscientes da necessidade da abstinência e das consequências da má adesão para a sua saúde. A partir dos resultados quantitativos e qualitativos, os fatores de risco e de proteção, levantados nesse estudo estão apresentados na Tabela 14. Com base nesses fatores, foi confeccionado um folheto explicativo (Anexo 6) com vistas a ser difundido junto a profissionais de saúde para facilitar a compreensão de sinais e sintomas do alcoolismo,

da doença hepática alcoólica, da indicação para o transplante hepático, dos fatores de risco para a recaída alcoólica pós-transplante e possíveis intervenções diante da observância de pacientes em situação de risco para a retomada do uso de álcool.

Tabela 14

*Fatores de Risco e de Proteção da Amostra Quanto à Adesão e Recaída no Uso do Álcool*

<b>Fatores de Risco</b>	<b>Fatores de Proteção</b>
! Dificuldade para se perceber dependente do álcool	√ Ter conhecimento e estar consciente acerca da abstinência e compreensão da sua necessidade
! Problemas familiares (divórcio, conflitos de casal, conflitos com filhos)	√ Ter relações familiares e amorosas coesas e saudáveis
! Suporte social insatisfatório	√ Ter apoio social
! Postergar a abstinência após o conhecimento da doença hepática	√ Desejo de recuperar a saúde e manter a qualidade de vida
! Não perceber os sintomas da doença do fígado	√ Consciência do quadro grave referente à DHA
! Interferência de terceiros no comportamento de beber	√ Estar convicto dos prejuízos do uso do álcool para pessoas transplantadas
! Paciente com poucas habilidades para a recusa de bebidas alcoólicas	
! Paciente com poucas habilidades para lidar com situações de crise e estresse	√ Bom repertório de habilidades de enfrentamento para situações de crise e estresse
! Sentir-se incapaz diante do trabalho, sem conseguir recuperar ou substituir a atividade laboral	
! Associação com outras drogas na fase pré-transplante	√ Não ter feito associação com outras drogas
! Ocorrência de transtornos psiquiátricos, em especial ansiedade e depressão	√ Estrutura emocional estável

A questão sobre a manutenção da abstinência do álcool após o transplante é complexa e não pode se resumir apenas a esses fatores. A avaliação eficaz multidisciplinar, incluindo especialista em dependência química, clareza sobre o conceito de recaída, comunicação efetiva entre profissionais da equipe e o

acompanhamento e atendimento a questões psicossociais dos transplantados pode ser o caminho para proteger os pacientes do risco da recaída alcoólica (Donnadieu-Rigole, Perney, & Pageaux, 2015; EASL, 2016; Singhvi et al., 2016). No sentido de contribuir com os serviços de transplante, foi elaborado um folheto para auxiliar profissionais na compreensão da doença hepática alcoólica, os fatores de risco e de proteção para a manutenção da abstinência alcoólica pós-transplante e algumas possíveis intervenções breves e encaminhamentos para a assistência a esses pacientes (Anexo 7).

A recaída é uma realidade na população de dependentes químicos. Não há como prevenir que isso ocorra em todos os pacientes transplantados de fígado, pois se manter abstinência, antes ou após o transplante é algo difícil e complexo, visto todos os casos apresentados, em especial o paciente que bebeu um dia antes da cirurgia e retomou ao uso do álcool alguns anos após o procedimento. Dessa forma, trabalhar para que esse índice seja o menor possível é de extrema relevância para proteger a saúde do paciente, o que será possível a partir da melhor compreensão sobre essa temática.

Por fim, destaca-se que o estudo é inovador, pois não foram encontrados trabalhos no Brasil sobre os aspectos psicossociais relacionados à recaída numa população com a mesma etiologia, com a especificidade a que esse trabalho se propôs.

Esse estudo apresenta limitações. Uma delas diz respeito a quantidade de participantes. Conhecer ao menos 50% da população total poderia apresentar dados mais contundentes, e uma análise mais apurada, inclusive em relação a associação entre a HADS e o IDHEA-AD. Em contraponto, o número de pessoas que recaíram no uso do álcool após o transplante foi muito representativo no conjunto dos participantes, favorecendo a análise mais segura sobre os fatores de risco dessa amostra.

Outra limitação se refere a não investigação do GNR sobre o uso de outras drogas no pós-transplante. Esse dado, visto os achados da pesquisa, poderia ser um

indicativo de pessoas com risco de recaída pós-transplante. E por último, a desejabilidade social não pode ser desconsiderada nessa pesquisa, mesmo que as verbalizações de alguns participantes tenham revelado conteúdos subjetivos com segredos desconhecidos da equipe. Reconhecer a pesquisadora como parte da equipe, psicóloga de referência que acompanhava o paciente, pode ter influenciado as respostas dos participantes.

Novos estudos com o mesmo delineamento dessa pesquisa, com maior quantitativo de participantes, podem prover dados mais expressivos sobre a relação da HADS e o IDHEA-AD. Esse último instrumento foi escolhido por ser coerente com os objetivos do estudo e ter por base o referencial cognitivo-comportamental, em comparação a outros disponíveis na literatura, como o CAGE, AUDIT e IECPA (Inventário de expectativas e crenças pessoais acerca do álcool). A análise de dados desse instrumento mostrou relevância, não apenas do ponto de vista quantitativo, mas também qualitativo, propiciando o entendimento das habilidades de enfrentamento antecipatório de um conjunto de pessoas com a mesma etiologia de doença, possibilitando uma análise específica de cada paciente no que tange a essas habilidades. A aproximação do conteúdo dos itens com a realidade vivida de cada etilista e ex-etilista, independente de recaída ou não, traz dados sobre as falhas nas habilidades de enfrentamento para a recusa do álcool. Dessa maneira, estudos que favoreçam a validação do IDHEA poderão trazer benefícios para o trabalho de psicólogos na avaliação pré-transplante e no tratamento de transplantados hepáticos na identificação de habilidades de enfrentamento.

Uma pesquisa que analise a relação da procedência dos pacientes com a adesão ao tratamento pós-transplante também poderá complementar dados que indiquem riscos para a retomada do uso de álcool. Concernente a isso, um estudo sobre os estilos de

dinâmicas familiares e a relação com as habilidades de enfrentamento do transplantado com DHA pode ser fundamental para a compreensão da influência da família e do suporte social que ela disponibiliza.

## Capítulo 8

### Considerações finais

Percebe-se que há poucos relatos de intervenções psicológicas específicas para a DHA. No Brasil, há muitas intervenções empiricamente relatadas para o tratamento de dependentes do álcool. No entanto, faz-se necessário o tratamento direcionado para os candidatos à transplante hepático e transplantados desse órgão devido à especificidade dessa população. Esse dado pode estar associado ao fato dos centros não terem serviços estruturados com equipes interdisciplinares ou não publicarem suas atuações, dificultando o entendimento e atenção a esse grupo de pessoas.

Essa pesquisa é inovadora no Brasil e convida para a reflexão acerca do viés ainda muito focado no modelo biomédico, tanto dos profissionais de saúde quanto dos pacientes transplantados, que tendem a valorizar a consulta médica em detrimento das multiprofissionais. O sucesso do transplante é cada vez mais promissor, porém não se pode dissociar a saúde física da saúde mental, ou menosprezá-la. A importância de ambas ocupa o mesmo patamar, e deve ser discutida e constantemente estudada, pelo impacto que as questões psicológicas e também as sociais tem no entendimento da doença e na motivação para o seguimento de um tratamento.

A atenção à prevenção de recaída, analisando os principais fatores de risco da população atendida é a via mais importante de intervenção para essas pessoas. Conhecer o perfil da população atendida é um fator preventivo de intercorrências psíquicas após o transplante de fígado. Sendo assim, o tratamento de forma geral inclui foco, estratégias interdisciplinares e coesão entre as equipes, para avaliarem de forma ética a inserção de pacientes alcoolistas na fila de transplante e prestar atendimento psicológico e/ou

psiquiátrico, além de outras intervenções multidisciplinares baseadas em evidências necessárias nas etapas pré e pós-transplante.

Cabe salientar a importância do profissional psicólogo, tida como fundamental na avaliação e acompanhamento do paciente transplantado. Já existem legislações que falam da obrigatoriedade do psicólogo em equipes de saúde em serviços de transplante. Entretanto, a inserção dessa categoria nos centros transplantadores no Brasil é irrisória e pode também estar afetando a eficácia dos atendimentos dos pacientes com DHA indicados ou transplantados de fígado, principalmente quando se analisa a motivação destes tanto para o tratamento transplantador quanto para o de dependência química. Sabe-se que o fator mais importante para o acompanhamento para pacientes com DHA é um serviço bem estruturado para o acompanhamento pré e pós-transplante.

A pesquisa pode trazer implicações práticas na clínica da psicologia da saúde, em pacientes transplantados com diagnóstico de cirrose alcoólica, além de subsidiar novos estudos para aperfeiçoar o acompanhamento desses pacientes, e ter dados empíricos sobre o uso do álcool pré e pós-transplante, que auxiliarão em intervenções psicológicas de outros transplantes de órgãos sólidos. Ademais, contribuiu com dados para propiciar campanhas para prevenção do uso de álcool e ampliar o conhecimento dos efeitos dessa substância, em nível de dependência, em pacientes transplantados.

## Referências

- Acselrad, G. (2014). Estado do conhecimento sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil. Em G. Acselrad (Org.), *Consumo de álcool no Brasil* (pp. 8-24). Brasil: Série Cadernos FLACSO.
- Aguiar, M. F. I., Braga, V. A. B., Garcia, J. H. P., Lima, C. A., Almeida, P. C., Alves e Souza, A. M., & Rolim, I. L. T. P. (2016). Qualidade de vida em receptores de transplante de fígado e a influência dos fatores sociodemográficos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(3), 411-418.
- Alcoólicos Anônimos. (2001). *Os doze passos e as doze tradições*. São Paulo: JUNAAB – Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos.
- Allport, G. W. (1966). *Personalidade padrões e desenvolvimento*. São Paulo, SP: Herder; Editora da Universidade de São Paulo.
- Álvarez, A. M. A. (2013). Fatores que favorecem a abstinência no alcoolismo. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 5(12), 60-80.
- Álvarez, A. M. A. (2007). Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 188-193.
- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Antoniuzzi, A. S., Dell'aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos em Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. [ABTO] (2017). *Registro brasileiro de transplantes*. Ano XXIII (1). São Paulo, SP: Autor.

- Bacal, F., Souza-Neto, J. D., Fiorelli, A. I., Mejia, J., Marcondes-Braga, F. G., Mangini, S., ...Montera, M. W. (2009). II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 94(supl.1), e16-e73.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194-198.
- Beck, A., Wright, F., Newman, C., & Liesse, B. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: The Guilford Press.
- Bjornsson, E., Olsson, J., Rydell, A., Fredriksson, K., Eriksson, C., Sjöberg, C., ... Friman, S. (2005). Long-term follow-up of patients with alcoholic liver disease after liver transplantation in Sweden: impact of structured management on recidivism. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 40, 206–216.
- Bramstedt, K. A., & Jabbour, N. (2006). When alcohol abstinence criteria create ethical dilemmas for the liver transplant team. *Journal of Medical Ethics*, 32(5), 263-265.
- Brasil. Ministério da Saúde (2004). *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em desenvolvimento*. Brasília: Autor.
- Carbonário, F. A. (2012). *(Des)Construindo saberes sobre o uso de álcool: desafios na constituição de um processo de ações preventivas em saúde pública*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de São João del Rei, São João del Rei, SP, Brasil.
- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) (2015). *Bebidas alcoólicas*. Recuperado de [http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/alcool\\_.htm](http://www2.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/alcool_.htm)
- Centro de Informações de Saúde e Álcool (CISA) (2014a). *Definição de dose padrão*. Recuperado de <http://www.cisa.org.br/artigo/4503/definicao-dose-padrao.php>

- Centro de Informações de Saúde e Álcool (CISA) (2014b). *Padrões de consumo do álcool*. Recuperado de <http://cisa.org.br/artigo/4405/padroes-consumo-alcool.php>
- Centro de Informações de Saúde e Álcool (CISA) (2016). *Álcool e sistema hepático*. Recuperado de <http://www.cisa.org.br/artigo/228/alcool-sistema-hepatico.php>
- Cervieri Jr., O., Junior, J. R. T., Galinari, R., Rawet, E. L., & Silveira, C. T. J. (2014). O setor de bebidas no Brasil. *BNDES Setorial*, 40, 93-130.
- Chaves, E. (2006). *Toxicomania e transferência* (Dissertação de mestrado). Universidade Católica de Pernambuco. Pernambuco, PE, Brasil.
- Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão [CID – 10] (2012). Recuperado de <http://www.cid10.com.br>
- Conselho Federal de Psicologia. ([CFP], 2007). *Cartilha sobre avaliação psicológica*. CFP: Autor.
- Couto, P. M. (2015). Avaliação da eficácia de um programa de intervenção junto de mulheres alcoólicas. (Dissertação de mestrado). Universidade Fernando Pessoa. Porto, Portugal.
- Cunha, S. M., Carvalho, J. C. N., Kolling, N. M., Silva, C. R., & Kristensen, C. H. (2007). Habilidades de sociais em alcoolistas: um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3(1), 28-41.
- Deslandes, S. F., & Assis, S. G. (2002). Abordagens quantitativas e qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. Em M. C. S., Minayo & S. F. Deslandes (Orgs.), *Caminhos do pensamento: epistemologia e método* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- DiMartini, A. (2012). Psychosomatic updates course: Transplant psychiatry. *55th Annual Meeting of the Academy of Psychosomatic Medicine*. November: Atlanta, Georgia.

- Donnadieu-Rigole, H., Perney, P., & Pageaux, G. P. (2015). Alcohol consumption after liver transplantation in patients transplanted for alcoholic cirrhosis. *Presse Medicale*, *44*(5), 481-485.
- EASL – European Association for the study of the liver, (2012). Recomendações de orientação clínica da EASL: manejo da doença hepática alcoólica. *Journal of Hepatology*, *57*, 399–420.
- EASL – European Association for the study of the liver, (2016). Recomendações de orientação clínica da EASL: transplantação do fígado. *Journal of Hepatology*, *64*, 433–485.
- Egawa, H., Nishimura, K., Teramukai, S., Yamamoto, M., Umeshita, K., Furukawa, H., & Uemoto, S. (2014). Risk factors for alcohol relapse after liver transplantation for alcoholic cirrhosis in Japan. *Liver Transplantation*, *20*(3), 298–310.
- Ferreira, C. T., Vieira, S. M. G., & Da Silveira, T. R. (2000). Transplante hepático. *Jornal da Pediatria*, *76*(2), 198-208.
- Fiore, M. C. (Org.) (2000). *Treating tobacco and dependence: clinical practice guideline*. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Fliglie, N. B., Bordin, S., & Laranjeira, R. (Orgs.) (2004). *Aconselhamento em dependência química*. São Paulo: Roca.
- Garcia, L. P., & Freitas, L. R. S., (2015). Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiologia Serviço e Saúde*, *24*(2), 227-237.
- Garcia, L. P., Freitas, L. R. S., Gawryszewsk, V. P., & Duarte, E. C. (2015). Uso do álcool como causa necessária de morte no Brasil, 2010 e 2012. *Revista Panamericana de Salud Publica*, *38*(4), 418-424.

- Gallassi, A. D., Alvarenga, P. G., Andrade, A. G., & Couttolenc, B. F. (2008). Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(supl. 1), 25–30.
- Gigliotti, A. & Bessa, M. A. (2004). Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(I), 11-13.
- Goldman, M. S. (1999). Risk for substance abuse: Memory as a common etiological pathway. *Psychological Science*, 10, 196-19.
- Gouveia, P. (1991). Contribuições do modelo cognitivo-comportamental para a compreensão do alcoolismo. *Psiquiatra Clínica*, 12(3), 109-115.
- Grover, S., & Sarkar, S. (2012). Liver transplant – psychiatric and psychosocial aspects. *Journal Clinical and Experimental Hepatology*, 2(4), 382-392.
- Guimarães, V. V., Florindo, A. A., Stopa, S. R., César, C. L. G., Barros, M. B. A., ... Goldbaum, M. (2010). Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(2), 314-325.
- Harper, R. G., Wager, J., & Chacko, R. C. (2010). Psychosocial factors in noncompliance during liver transplant selection. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(1), 71–76. doi:10.1007/s10880-009-9181-8
- Heckmann, W., & Silveira, C. M. (2009). Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. Em A. G. Andrade & J. C. Anthony (Eds.), *O álcool e suas consequências, uma abordagem multiconceitual* (pp. 67-87). Barueri, SP: Minha Editora.
- Kollmann, D., Rasoul-Rockenschaub, S., Steiner, I., Freundorfer, E., Györi, G. P., Silberhumer, G., ...Berlakovich, G. A. (2016). Good outcome after liver transplantation for ALD without a 6 months abstinence rule prior to transplantation

- including post-transplant CDT monitoring for alcohol relapse assessment—a retrospective study. *Transplant International*, 29(5), 559-567.
- Langane, M. C. (2013). *Estratégias de coping, satisfação com a vida, ansiedade e auto-estima: o papel do álcool*. (Dissertação de mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Escola de Psicologia e Ciências da Vida. Lisboa, Portugal.
- Laranjeira, R., & Romano, M. (2004). Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 68-77.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. In W. D. Gentry (Ed.), *The Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 282-325). New York: Guilford.
- Lim, J., Curry, M. P., & Sundaram, V. (2017). Risk factors and outcomes associated with alcohol relapse after liver transplantation. *World Journal of Hepatology*, 9(17), 771.
- Lioto, M. (2012). *Felicidade engarrafada: bebidas alcoólicas em músicas sertanejas*. (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, PR, Brasil.
- Lopes, R. E., & Gomes, B. V., (2014). Mensagem simbólica na música de forró: incentivo ao uso de álcool. *Sanare*, 13(1), 110-118.
- Maciel, M. J. N., & Yoshida, E. M. P. (2006). Avaliação de alexitimia, neuroticismo e depressão em dependentes de álcool. *Avaliação Psicológica*, 5(1), 43-54.
- Marcolino, J. A. M., Mathias, L. A. S. T., Piccinini Filho, L., Guaratini, A. A., Suzuki, F. M., & Alli, L. A. C. (2007). Escala de ansiedade e depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(1), 52-62.

- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção de recaída: estratégias no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2009). *Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (2º ed). Porto Alegre: Artmed.
- Martins, P. D. (2008). *Avaliação da percepção da qualidade de vida e do estado psicológico de pacientes candidatos a transplante de fígado*. (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.
- Mathurin, P., Moreno, C., Samuel, D., Dumortier, J., Salleron, J., Durand, F., ... Duclos-Vallée, J-C. (2011). Early liver transplantation for severe alcoholic hepatitis. *The New England Journal of Medicine*. 365(19), 1790-1800.
- Melo, A. P. S., França, E. B., Malta, D. C., Garcia, L. P., Mooney, M., & Naghavi, M. (2017). Mortalidade por cirrose, câncer hepático e transtornos devido ao uso de álcool: carga global de doenças no Brasil, 1990 e 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(1), 61-74.
- Menezes, C. (2006). *A qualidade de vida de dependentes do álcool*. (Dissertação de mestrado). Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.
- Menon, K. V. N., Pimentel, S. K., & Freitas, A. C. T. (2012). Doença hepática alcoólica. Em J. C. U. Coelho (Org.), *Aparelho Digestivo - Clínica e Cirúrgica - 2 Vols.* (pp. 1523-1529). Brasil: Editora Atheneu.
- Miller, W. R., & Sanches, V. C. (1993). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. Em G. Howard (Ed.), *Issues in alcohol use and misuse in young adults* (pp. 55-81). Notre Dame: University of Notre Dame Press.

- Miller, W., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Miyazaki, M. C. O. S., Junior, R. S., Domingos, N. A. M., & Valerio, N. I. (2015). Atuação do psicólogo em uma unidade de transplante de fígado: características do trabalho e relato de caso. Em M. N. Baptista & R. R. Dias (Orgs.), *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos* (pp 45-57). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Monteiro, M. G. (2016). Políticas públicas para prevenção dos danos relacionados ao consumo de álcool. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(1), 171-174.
- Natividade, J. C., Aguirre, A. R., Bizarro, L., & Hutz, C. S. (2012). Fatores de personalidade como preditores do consumo de álcool por estudantes universitários. *Caderno de Saúde Pública*, 28(6), 1091-1100.
- Niederau, C. (2017). Alcoholic hepatitis. Em S. Mauss, T. Berg, J. Rockstroh, C. Sarrazin, & H. Wedemeyer (Orgs.), *Hepatology: a clinical textbook* (pp. 671-692). Hamburg: Medizin Fokus Verlag.
- Obed, A., Stern, S., Jarrad, A., & Lorf, T. (2015). Six month abstinence rule for liver transplantation in severe alcoholic liver disease patients. *World Journal of Gastroenterology*, 21(14), 4423-4426.
- Oliveira, M., Soilbelmann, M., & Rigoni, M. (2007). Estudo de crenças e expectativas acerca do álcool em estudantes universitários. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 421-433.
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saúde (2014). *Global status report on alcohol*. Retirado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)

- Parolin, M. B., Coelho, J. C. U, Igreja, M., Pedroso. M. L., Groth, A. K., & Gonçalves, C. G. (2002). Resultados do transplante de fígado na doença hepática alcoólica. *Arquivos de Gastroenterologia*, 39(3), 147-152.
- Pfitzmann, R., Schwenger, J., Rayes, N., Seehofer, D, Neuhaus, R., & Nußler, N. C. (2007). Long-term survival and predictors of relapse after orthotopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Liver Transplantation*, 13, 197-205.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), S88-95.
- Ratto, L., & Cordeiro, D. C. (2004). Principais comorbidades psiquiátricas na dependência química. Em S. Bordin, N. B. Figlie & R. Laranjeira (Orgs.), *Aconselhamento em dependência química* (pp.167-186). São Paulo: Roca.
- Rodrigue, J. R., Hanto, D. W., & Curry, M. P. (2013). Substance abuse treatment and its association with relapse to alcohol use after liver transplantation. *Liver Transplantation*, 19, 1387–1395.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2009). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York: The Guilford Press.
- Romanini, M., Dias, A. C. G., & Pereira, A. S. (2010). Grupo de prevenção de recaída como dispositivo para o tratamento da dependência química. *Ciências da Saúde*, 11(1), 115-132.
- Rustad, J. K., Stern, T. A., Prabhakar, M., & Musselman, D. (2015). Risk factors for alcohol relapse following orthotopic liver transplantation: a systematic review. *The Academy of Psychosomatic Medicine*, 56, 21–35.

- Sá, L. G. C. de, & Del Prette, Z. A. P. (2014). Inventário de habilidades de enfrentamento antecipatório para a abstinência do álcool e outras drogas (IDHEA-AD). *Manual de aplicação, apuração e interpretação exclusivo para pesquisadores*. São Paulo: FAPESP.
- Scali, D. F., & Ronzani, T. M. (2007). Estudo das expectativas de crenças pessoais acerca do uso de álcool. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, 3(1), 1-14.
- Schulz, K. H., & Kroencke, S. (2015). Psychosocial challenges before and after organ transplantation. *Transplant Research and Risk Management*, 7, 45-58.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD (2010). *Glossário de álcool e drogas*. Brasília: Autor.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD (2007). *I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília: Autor.
- Silva, I. B., & Nakano, T. C. (2011). Modelo dos cinco grandes fatores da personalidade: análise de pesquisas. *Avaliação Psicológica*, 10(1), 51-62.
- Singhvi, A. N., Welch, A. N., Levitsky, J., Singhvi, D., & Gordon, E. J. (2016). Ethical considerations of transplantation and living donation for patients with alcoholic liver diseases. *American Medical Association Journal of Ethics*, 18(2), 163–173.
- Snooks, M. K. (2009). Coping and stress management. Em M. K. Snooks (Org.), *Health Psychology* (pp. 209-233). Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Sousa, P. F., Ribeiro, L. C. M., Melo, J. R. F., Maciel, S. C., & Oliveira, M. X. (2013). Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para a mudança. *Temas em Psicologia*, 21(1), 259-268.

- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde - uma abordagem biopsicossocial*. Porto Alegre: Artmed.
- SUPERA - *Sistema para detecção do uso abusivo de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento* (2014). Modalidades de tratamento e encaminhamento: módulo 6. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Barroso, E., & Monteiro, E. (2006). Abordagem psiquiátrica do transplante hepático. *Acta Medica Portuguesa*, *19*, 165-180.
- Telles-Correia, A. D. A. L. (2009). *Factores psiquiátricos e psicossociais na evolução clínica do doente submetido a transplante hepático: estudo longitudinal, prospectivo, observacional, analítico*. (Tese de doutorado). Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa, Portugal.
- Telles-Correia, A. D. A. L. (2011). Candidatos a transplante hepático com doença hepática alcoólica. *Acta Medica Portuguesa*, *24*(S4), 835-844.
- Vaillant, G. E. (1999). *A história natural do alcoolismo revisitada*. Brasil: Artes Médicas.
- Vianna, R. M. M. (2012). Transplante hepático. Em J. C. U. Coelho (Org.), *Aparelho Digestivo - Clínica e Cirúrgica - 2 Vols* (pp. 1749-1773). São Paulo, SP: Editora Atheneu.
- Vieira, A., Rolim, E. G., De Capua Jr, A., & Szutan, L. A. (2007). Recidiva da ingestão alcoólica em pacientes candidatos a transplante hepático. Análise de fatores de risco. *Arquivos de Gastroenterologia*, *44*(3), 205-209.
- Warwar, M. I., & Boin, I. F. S. F. (2012). Expectativa da recidiva do álcool em pacientes portadores de cirrose hepática. *Jornal Brasileiro de Transplante*, *15*(3), 1651-1688.

Zanelatto, N. A., & Laranjeira, R. (Org.). (2013) *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas*. Porto Alegre: Artmed.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

## Anexo 1- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Psicologia – IP  
Departamento de Psicologia Clínica – PCL  
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPGPsiCC

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Prezado(a) Sr.(a),

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Fatores Relacionados a Manutenção da Abstinência Alcoólica no Pós-transplante Hepático”, de responsabilidade da psicóloga pesquisadora Heidmilene Gonçalves Rocha, sob a orientação da psicóloga e professora Eliane M. F. Seidl do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). O estudo é uma Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB. Nosso objetivo é identificar os fatores que estão associados à recaída e a não recaída alcoólica no pós-transplante hepático, em pessoas submetidas a transplantes de fígado com doenças hepáticas alcoólicas.

Caso aceite participar, o Sr.(a) receberá os esclarecimentos necessários e poderá tirar dúvidas também durante a pesquisa. Nós lhe asseguramos que seu nome não aparecerá em nenhum registro, assim como serão omitidas quaisquer outras informações que possam identificá-lo(a). Dessa forma, garantimos que será mantida a sua privacidade e o total sigilo das informações fornecidas. Se autorizar, nós iremos gravar a entrevista para um melhor registro das informações, mas nos comprometemos a apagar a gravação assim que a pesquisa terminar. Na gravação também não será registrado o seu nome. Você pode ainda pedir para pararmos de gravar a qualquer momento.

Sua participação será por meio de respostas a uma entrevista e dois questionários, feitos individualmente, aqui mesmo nessa unidade de saúde. O tempo estimado para a pesquisa é de 80 minutos. Informamos que o Sr. (a) poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, assim como pode desistir de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem ter nenhum prejuízo.

A sua participação é voluntária, sendo que o(a) Sr.(a) poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim o desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação

voluntária e sem interesse financeiro, o(a) Sr.(a) não terá direito a nenhuma remuneração.

Os riscos que o(a) Sr.(a) corre ao participar desta pesquisa são mínimos. Poderá sentir algum cansaço por responder diversas perguntas, constrangimento, vergonha com o teor de alguma questão ou pode ficar emocionado (por exemplo, triste ou com raiva) ao lembrar de alguma situação relacionada às perguntas. A pesquisadora estará atenta a qualquer destas reações. De qualquer forma, se alguma dessas situações acontecer, comunique imediatamente a pesquisadora. Você tem todo o direito e poderá solicitar uma pausa para descanso ou mesmo encerrar a atividade, sem qualquer prejuízo. Saiba que a pesquisadora é graduada e especialista em Psicologia da Saúde, com experiência profissional no tratamento da dependência química e transplante hepático, estando, portanto, capacitada para atender qualquer imprevisto que possa ocorrer.

Com a sua participação, o Sr.(a) estará contribuindo para que possamos propor melhorias no atendimento aos candidatos ao transplante hepático com Doença Hepática Alcoólica nos serviços de saúde.

Se o Sr.(a) não compreender alguma pergunta que for feita ou precisar esclarecer qualquer outra dúvida sobre o estudo e seus procedimentos será atendido(a) imediatamente, tanto antes quanto durante a entrevista ou resposta aos questionários, mesmo que isto possa afetar sua vontade de continuar participando.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente, mas sem qualquer risco de identificação dos participantes. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia do Distrito Federal. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos pelo telefone: (61) 34035552 (CEP) ou (61)996665232 (Heidmilene – pesquisadora principal).

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o (a) Sr. (a) e outra com a equipe da pesquisa.

Desde já agradecemos pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

(61)96665232  
heidmilene.rocha@gmail.com

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

Nome: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Anexo 2 – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão– HADS



Universidade de Brasília – UnB  
 Instituto de Psicologia – IP  
 Departamento de Psicologia Clínica – PCL  
 Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPGPsiCC

Este questionário nos ajudará a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases e 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.

<p>A 1) Eu me sinto tenso/a ou contraído/a:          3 ( ) A maior parte do tempo          2 ( ) Boa parte do tempo          1 ( ) De vez em quando          0 ( ) Nunca</p>	<p>D 8) Eu estou lento/a para pensar e fazer as coisas:          3 ( ) Quase sempre          2 ( ) Muitas vezes          1 ( ) De vez em quando          0 ( ) Nunca</p>
<p>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</p>	<p>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</p>
<p>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</p>	<p>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</p>
<p>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</p>	<p>A 11) Eu me sinto inquieto/a, como se eu não pudesse ficar parado/a em lugar nenhum:          3 ( ) Sim, demais          2 ( ) Bastante          1 ( ) Um pouco          0 ( ) Não me sinto assim</p>
<p>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</p>	<p>D 12) Fico esperando animado/a as coisas boas que estão por vir:          0 ( ) Do mesmo jeito que antes          1 ( ) Um pouco menos do que antes          2 ( ) Bem menos do que antes          3 ( ) Quase nunca</p>
<p>D 6) Eu me sinto alegre:          3 ( ) Nunca          2 ( ) Poucas vezes          1 ( ) Muitas vezes          0 ( ) A maior parte do tempo</p>	<p>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</p>
<p>A 7) Consigo ficar sentado/a à vontade e me sentir relaxado/a:          0 ( ) Sim, quase sempre</p>	<p>D 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:</p>

1 ( ) Muitas vezes	0 ( ) Quase sempre
2 ( ) Poucas vezes	1 ( ) Várias vezes
3 ( ) Nunca	2 ( ) Poucas vezes
	3 ( ) Quase nunca

## Anexo 3 – Carta Compromisso para uso do IDHEA-AD

Eu, Heidmilene Gonçalves Rocha e minha orientadora, Prof(a). Dr(a). Eliane Maria Fleury Seidl, pela presente nos comprometemos a usar o IDHEA-AD exclusivamente para a presente pesquisa de mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, intitulada “*Fatores relacionados à manutenção da abstinência alcoólica no pós-transplante hepático*” (resumo abaixo) e a não anexar o instrumento ao projeto ou a qualquer outro material impresso ou online. Também nos comprometemos a enviar os dados à Profa. Dra. Zilda Del Prette ([zdprette@ufscar.br](mailto:zdprette@ufscar.br)) ou ao Prof. Dr. Lucas Guimarães Cardoso de Sá ([lucas.gcs@gmail.com](mailto:lucas.gcs@gmail.com)) como colaboração na ampliação dos dados de validação do instrumento.

**Título do projeto:** Fatores relacionados à manutenção da abstinência alcoólica no pós-transplante hepático

**Questão geral investigada:** a experiência do tratamento transplantador ( pré e pós-transplante) é fator primordial para a não recaída do álcool em pacientes com histórico de alcoolismo?

**Objetivos da pesquisa:**

Objetivos Gerais: O trabalho tem como objetivo geral identificar fatores associados a não recaída alcoólica no pós-transplante hepático, em pessoas submetidas a transplantes de fígado diagnosticadas com a Doença Hepática Alcoólica.

Objetivos específicos:

- 1- Identificar a relação do transplantado com o seu adoecimento, avaliando a compreensão da doença e do tratamento.
- 2- Identificar variáveis psicológicas associadas à recaída e à não recaída alcoólica na fase pós transplante.
- 3- Identificar a ocorrência de fatores preventivos à recaída alcoólica.
- 4- Comparar dados relacionados com os motivos de recaída com os de não recaída em pacientes submetidos a TH.

**Participantes da pesquisa (amostra):** Pessoas adultas transplantadas de fígado, de ambos os sexos. O número de participantes será definido a partir da análise de casos nos prontuários disponibilizados pela instituição. Pretende-se ter um quantitativo de no mínimo 20 participantes.

**Instrumentos:** Entrevista semiestruturada, HADS, e IDHEA-AD.

Brasília, 20/05/2016

Eliane Maria Fleury Seidl, CPF 10223037168, CRP: 01/766,  
[eliane.seidl@gmail.com](mailto:eliane.seidl@gmail.com), Universidade de Brasília -UnB  
Heidmilene Gonçalves Rocha, CPF 01596059117, CRP: 01/16821  
[heidmilene.rocha@gmail.com](mailto:heidmilene.rocha@gmail.com), Universidade de Brasília -UnB

## Anexo 4 – Entrevista Semiestruturada



Universidade de Brasília – UnB  
 Instituto de Psicologia – IP  
 Departamento de Psicologia Clínica – PCL  
 Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PPGPsiCC

**Roteiro de entrevista**

**Avaliação do uso de bebida alcoólica no pós-transplante hepático em pacientes com diagnóstico prévio de Cirrose Alcoólica**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sujeito de Pesquisa: \_\_\_\_\_ ( ) Recaída ( ) Não recaída

<b>Dados Sociodemográficos</b>		
Sexo: ( ) F ( ) M	Idade:	Estado Civil: ( ) solteiro ( ) casado/união estável ( ) divorciado/separado/viúvo
Escolaridade: ( ) Ens. fund. incompleto ( ) Ens. fund. completo ( ) Ens. médio incompleto ( ) Ens. médio completo ( ) Ens. sup. incompleto ( ) Ens. sup. completo ( ) outro: _____		
Filhos:	Netos:	Religião: ( ) não ( ) sim. Qual instituição religiosa? _____ ( ) outra. Qual: _____
Data do TX:	Local do TX:	

1. Como e quando foi descoberto o seu diagnóstico de cirrose hepática?

---



---



---



---

2. Para você, o que significa uso abusivo do álcool ou dependência do álcool?

---



---



---

3. Quais motivos o (a) levaram a beber abusivamente?

---



---



---

4. Como era o seu consumo de álcool antes do TX?

4.1 Tempo de uso até o transplante: \_\_\_\_\_

4.2 Tipos de bebidas ingeridas: ( ) cerveja ( ) cachaça/pinga ( ) vodka  
( ) whisky ( ) campari ( ) outra(s): \_\_\_\_\_

4.3 Frequência de uso na semana: ( ) Todos os dias ( ) 5 a 7 vezes ( ) 3 a 5 vezes  
( ) 1 a 2 vezes. Outra frequência: \_\_\_\_\_

4.4 Quantidade de doses diárias: ( ) 1 a 3 ( ) 4 a 6 ( ) 7 a 9 ( ) mais de 10

4.5 Fazia uso de outras substâncias psicoativas/drogas? ( ) Não ( ) Sim, qual (is):

5. Quanto tempo antes do TX você ficou sem qualquer consumo de bebidas alcoólicas?

6. Alguma vez antes do transplante você tentou parar de beber e não conseguiu? Se sim, como foi? Quantas tentativas?

7. Você precisou fazer acompanhamento específico para parar de beber antes do TX? Se sim, qual(is)?

8. Quais foram as três maiores dificuldades para parar de beber antes do TX?

9. Por favor, fale três razões mais importantes para você não beber antes do TX:

10. Alguma vez você consumiu qualquer dose de bebida alcoólica após o TX?

( ) Sim ( ) Não (ir para a questão 10)

10.1 Quando ocorreu? \_\_\_\_\_

10.2 Na sua visão, fale pelo menos três razões para ter voltado a beber:

10.3 Hoje, você ainda faz consumo de álcool? Se sim, fale três razões para continuar bebendo:

10.4 Como está sendo o seu consumo de álcool atualmente?

(a) Tempo de uso até o momento: \_\_\_\_\_

(b)Tipos de bebidas: ( ) cerveja ( ) cachaça/pinga ( ) vodka ( ) whisky

( ) campari ( ) outro: \_\_\_\_\_

(c) Frequência de uso na semana: ( ) Todos os dias ( ) 5 a 7 ( ) 3 a 5 ( ) 1 a 2

(d) Quantidade de doses diárias: ( ) 1 a 3 ( ) 4 a 6 ( ) 7 a 9 ( ) mais de 10

(e) Faz uso de outras substâncias psicoativas/drogas? ( ) Não ( ) Sim, qual (is):

10.5 Quanto tempo após o TX você ficou sem qualquer consumo de bebidas alcoólicas?

10.6 Alguma vez após o transplante você tentou parar de beber e não conseguiu? Se sim, como foi? Quantas tentativas?

---

---

---

10.7 Você faz acompanhamento específico para parar de beber? Se sim, qual(is)?

---

---

10.8. Você está sentindo ou tem sentido nos últimos 7 dias os seguintes sintomas?

- tremores
- humor irritado
- insônia
- pesadelos
- fadiga
- dores de cabeça
- náuseas e vômitos
- sudorese
- taquicardia
- diarreia
- febre
- convulsão
- outro. Qual(is)? \_\_\_\_\_

11. Por favor, fale pelo menos três razões para não fazer uso de álcool no pós-transplante:

---

---

---

12. Você está satisfeito com o tratamento transplantador?

- Sim     Não

Explique sua resposta:

---

---

---

13. O que achou de participar dessa pesquisa?

---

---

---

Anexo 5 - Carta de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em  
Pesquisa do Instituto de Cardiologia do Distrito Federal

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA  
DO DISTRITO FEDERAL - ICDF



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Fatores relacionados à manutenção da abstinência alcoólica no pós-transplante hepático

**Pesquisador:** Heidmilene Gonçalves Rocha

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 57078716.3.0000.0026

**Instituição Proponente:** Instituto de Cardiologia do Distrito Federal - IC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.636.166

**Apresentação do Projeto:**

O Transplante Hepático é uma terapêutica que visa substituir parcial ou totalmente o fígado de um doador para um receptor, decorrente de sequelas graves a esse órgão. Dentre as várias indicações para esse tratamento no Brasil, a Doença Hepática Alcoólica (DHA) é a segunda maior. Sabe-se que essa enfermidade é decorrente do uso abusivo e prolongado do álcool, causando acúmulo de gordura, inflamações e/ou cicatrizes no fígado.

Como critério absoluto para a realização do tratamento, o candidato ao transplante deve ter abstinência alcoólica mínima, prévia ao procedimento, de seis meses e não voltar a consumir compostos etílicos após a cirurgia. Dessa forma, o presente trabalho terá como objetivo geral identificar fatores protetivos e de risco associados à recaída e a não recaída alcoólica no pós-transplante, em pessoas submetidas a transplantes de fígado com DHA, buscando descrever as variáveis psicológicas associadas a esse contexto. A hipótese do estudo é que somente a vivência pré-transplante e mudanças na qualidade de vida física no pós-transplante não são fatores suficientemente protetivos para a manutenção da abstinência alcoólica, sendo necessário diversos fatores como suporte social satisfatório, bem-estar psicológico e recursos psicológicos eficazes para o enfrentamento de situações de crise, ansiogênicas e estressoras.

O estudo será transversal, descritivo e exploratório; será realizado com adultos transplantados de

Endereço: Estrada Contorno do Bosque, S/N HFA  
Bairro: CRUZEIRO NOVO CEP: 70.658-700  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3403-5552 Fax: (61)3403-5431 E-mail: cep@icdf.org.br

Continuação do Parecer: 1.636.166

figado, de ambos os sexos, em um Centro Transplantador Hepático de Brasília. O método incluirá duas etapas: (a) análise de prontuários, quando serão coletados dados referentes aos pacientes já transplantados com até dez anos de cirurgia com DHA prévia, dividindo os participantes triados em dois grupos, "recaída" e "não recaída"; (b) aplicação de entrevista semiestruturada, da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e do Inventário de Habilidades de Enfrentamento Antecipatório para Abstinência de Álcool e Outras Drogas (IDHEA-AD), para ambos os grupos. Na análise de dados qualitativa será feita a categorização, a partir dos relatos dos participantes, dos possíveis fatores que influenciam a manutenção ou não da abstinência alcoólica, bem como a análise quantitativa dos instrumentos aplicados. Espera-se descrever e identificar variáveis que possam favorecer a adesão às recomendações do tratamento transplantador, prevenindo a recaída alcoólica.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

O presente trabalho tem como objetivo geral identificar fatores protetivos e de risco associados à recaída e a não recaída alcoólica no póstransplante, em pessoas submetidas a transplantes de fígado com DHA, buscando descrever as variáveis psicológicas associadas a esses contextos (recaída e não recaída).

Objetivo Secundário:

- Identificar aspectos psicológicos da pessoa transplantada associados ao adoecimento, bem como à compreensão da doença e do tratamento.
- Identificar variáveis psicológicas associadas à recaída e a não recaída alcoólica na fase pós-transplante.
- Identificar a ocorrência de fatores preventivos e protetores à recaída alcoólica.
- Comparar dados relacionados aos motivos de recaída com os de não recaída em pacientes submetidos a TH.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

O estudo oferece risco mínimo aos participantes, visto que estes serão questionados sobre possível uso inadequado de álcool após tratamento transplantador, podendo sentir cansaço por responder diversas perguntas, constrangimento, vergonha com o teor de alguma questão ou ficar emocionado (por exemplo, triste ou com raiva) ao lembrar de alguma situação relacionada às perguntas. O pesquisador se responsabiliza a estar eticamente preparado para evitar situações de constrangimento, assegurando o sigilo das informações coletadas, bem como o uso do Termo de

Endereço: Estrada Contorno do Bosque, S/N HFA  
 Bairro: CRUZEIRO NOVO CEP: 70.658-700  
 UF: DF Município: BRASÍLIA  
 Telefone: (61)3403-5552 Fax: (61)3403-5431 E-mail: cep@icdf.org.br

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA  
DO DISTRITO FEDERAL - ICDF



Continuação do Parecer: 1.636.166

Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com os parâmetros propostos pela resolução CNS 466/2012. Os dados coletados serão arquivados em um único computador, acessado apenas pelo pesquisador, que os manterá guardados pelo período de cinco anos, de acordo com a resolução CFP 001/2009, que dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos.

**Benefícios:**

A presente pesquisa auxiliará o trabalho de psicólogos, equipe multidisciplinar e médicos, uma vez que possibilitará conhecer melhor fatores que influenciam a não-adesão à recomendação de abstinência alcoólica pós transplante hepático. Aqueles pacientes identificados com recaída alcoólica, ou risco de ter esse comportamento, serão encaminhados para ambulatório psicológico específico para essa condição, podendo também ter encaminhamento para programas de álcool e outras drogas, como CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas) da rede pública de saúde do Distrito Federal. A pesquisa pode, ainda, subsidiar novos estudos para aperfeiçoar o acompanhamento desses pacientes, bem como ter dados empíricos sobre o uso do álcool pré e pós-transplante que auxiliarão em intervenções psicológicas de outros transplantes de órgãos sólidos. Junto à comunidade, este trabalho pode atuar no sentido de propiciar campanhas necessárias para prevenção do uso de álcool e ampliar o conhecimento dos efeitos dessa substância, em nível de dependência, em pacientes transplantados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Estudo de grande relevância social e clínica, em especial por conta da população estudada.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE apresentado, adequado à proposta do projeto, claro e acessível à interpretação geral.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto atinente às normas da Resolução CNS 466/2012, sem qualquer impedimento ético.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Estrada Contorno do Bosque, S/N HFA  
 Bairro: CRUZEIRO NOVO CEP: 70.658-700  
 UF: DF Município: BRASILIA  
 Telefone: (61)3403-5552 Fax: (61)3403-5431 E-mail: cep@icdf.org.br

INSTITUTO DE CARDIOLOGIA  
DO DISTRITO FEDERAL - ICDF



Continuação do Parecer: 1.636.166

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_736103.pdf	15/06/2016 12:12:38		Aceito
Folha de Rosto	folha.docx	14/06/2016 22:45:05	Heidmilene Gonçalves Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodePesquisa.doc	14/06/2016 22:35:41	Heidmilene Gonçalves Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	14/06/2016 22:22:35	Heidmilene Gonçalves Rocha	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 14 de Julho de 2016

---

**Assinado por:**  
**Guilherme Urpia Monte**  
(Coordenador)

Endereço: Estrada Contorno do Bosque, S/N HFA  
Bairro: CRUZEIRO NOVO CEP: 70.658-700  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3403-5552 Fax: (61)3403-5431 E-mail: cep@icdf.org.br

## Anexo 6 - Folheto sobre o cuidado com o paciente

O uso abusivo do álcool é um dos principais problemas que o Brasil enfrenta na atualidade. A atuação dos profissionais de saúde em todas as instâncias é fundamental para o cuidado com a pessoa que apresenta problemas com o alcoolismo.

Em média, o uso de 28 a 41 doses de álcool semanais por mais de 12 anos leva a doenças hepáticas alcoólicas. O padrão de consumo é um dado importante para saber o nível de dependência e os impactos a médio e longo prazo para o adoecimento do fígado.

Todo profissional pode fazer uma breve identificação dos riscos do uso abusivo do álcool e seus devidos encaminhamentos. Vamos lá?

### *Esteatose Hepática Alcoólica*

Acúmulo de gordura no fígado derivado do uso de álcool. É revertido com abstinência e hábitos de saúde e alimentares saudáveis.

### *Hepatite Alcoólica*

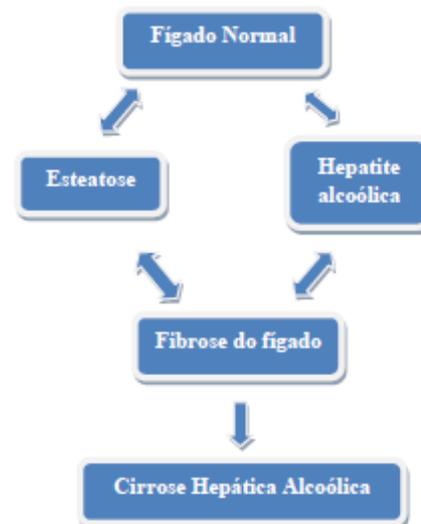
Inflamação do fígado ocasionada pelo uso em excesso de álcool. É revertido com abstinência e tratamento medicamentoso. Mas em casos graves, o transplante de fígado é indicado.

### *Fibrose Hepática*

Cicatrizes em excesso ocasionadas pelas repetidas lesões e inflamações do fígado. Pode ser revertida quando descoberto no início da cicatrização com abstinência e tratamento medicamentoso.

### *Cirrose Hepática Alcoólica*

Resultado final da agressões ao fígado, com cicatrizes irreversíveis. A abstinência previne novas cicatrizes, mas não recupera a parte do fígado com cirrose. O Transplante de Fígado é indicado.



### **No contexto do transplante**

*Principais fatores de risco para o uso de álcool antes e após a cirurgia:*

- ! Dificuldade para se perceber dependente do álcool
- ! Problemas familiares (divórcio, conflitos de casal, conflitos com filhos)
- ! Suporte social insatisfatório
- ! Postergar a abstinência após o conhecimento da doença hepática
- ! Não perceber os sintomas da doença do fígado
- ! Interferência de terceiros no comportamento de beber
- ! Paciente com poucas habilidades para a recusa de bebidas alcoólicas
- ! Paciente com poucas habilidades para lidar com situações de crise e estresse
- ! Sentir-se incapaz diante do trabalho, sem conseguir recuperar ou substituir a atividade laboral
- ! Associação com outras drogas na fase pré-transplante
- ! Ocorrência de transtornos psiquiátricos em especial, ansiedade e depressão.

*Principais fatores protetivos para a manutenção da abstinência alcoólica antes e após o transplante:*

- √ Ter conhecimento e estar consciente acerca da abstinência e compreensão da sua necessidade
- √ Ter relações familiares e amorosas coesas e saudáveis
- √ Ter apoio social
- √ Desejo de recuperar a saúde e manter a qualidade de vida
- √ Consciência do quadro grave referente à DHA
- √ Estar convicto dos prejuízos do uso do álcool para pessoas transplantadas
- √ Bom repertório de habilidades de enfrentamento para situações de crise e estresse
- √ Não ter feito associação com outras drogas
- √ Estrutura emocional estável

**Ao observar fatores de risco, discuta o caso com a equipe multidisciplinar.**

Profissionais capacitados em substâncias psicoativas podem:

\* Utilizar instrumentos para identificação de dependência, como:

CAGE      AUDIT

\* Realizar uma intervenção primária, com o auxílio da **Entrevista Motivacional**

\* Encaminhar o paciente para:

*Serviços especializados em álcool e drogas*

CAPS-AD

Grupo de apoio, como o AA

*Serviços especializados em Saúde Mental*

Psicoterapia

Psiquiatria

Serviço de Psicologia do Transplante (se o paciente já fizer parte desse serviço)

**Lembre-se, encaminhar o paciente para atendimento especializado pode protegê-lo de agravos em sua saúde.**

Se informe sobre o assunto!

Rocha, H. G. (2017). *Fatores psicossociais relacionados à manutenção da abstinência alcoólica no pós-transplante hepático*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

## **Doença Hepática Alcoólica e Transplante de Fígado**

O que o profissional da saúde precisa saber?

Folheto sobre o cuidado com o paciente

Brasília, 2017

Universidade de Brasília

