

O uso de álcool antes e após o transplante hepático: estudo com pessoas transplantadas

Alcohol use before and after liver transplantation: study with transplanted people

Heidmilene Gonçalves Rocha¹
Eliane Maria Fleury Seidl²
Universidade de Brasília – Brasília/DF

RESUMO

O transplante hepático visa restabelecer a saúde e a qualidade de vida do paciente, sendo que nos casos que decorrem de etiologia alcoólica, o procedimento exige ao menos seis meses de abstinência antes da cirurgia e total após o transplante. O estudo exploratório visou analisar a percepção de transplantados sobre o uso do álcool antes e após o transplante. Participaram oito pacientes do sexo masculino, de um centro transplantador de Brasília. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com análise de conteúdo a partir de entrevistas semiestruturadas. Foram identificadas três categorias – beber antes do transplante, beber depois do transplante e recaída alcoólica –, a partir de duas condições: recaída e não recaída. Houve predomínio de percepções sobre a família como principal fonte de suporte social, tanto para cessar o uso do álcool quanto para a manutenção desse comportamento. Conflitos familiares foram identificados como fator de risco para recaída alcoólica.

Palavras-chave: transplante hepático; recaída; alcoolismo; psicologia da saúde.

¹ Universidade de Brasília – Brasília/DF – Graduada em Psicologia pela Universidade de Brasília - UnB (2011). Mestra em Psicologia Clínica e Cultura pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília - UnB (2017). Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde pelo Instituto Brasileiro de Análise do Comportamento/Faculdade IESGO (IBAC/IESGO - 2015). Psicoterapeuta de adultos. Psicóloga Hospitalar no Hospital da Criança de Brasília - HCB. Contato: heidmilene.rocha@gmail.com.

² Universidade de Brasília – Brasília/DF – Psicóloga, Doutora em Psicologia e especialista *lato sensu* em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília. Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). Docente dos Programas de Pós-graduação stricto sensu da UnB: Psicologia Clínica e Cultura e Bioética. Bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq (nível 1D). Contato: eliane.seidl@gmail.com.

ABSTRACT

Liver transplantation aims to restore the health and quality of life of the patient. For those with an alcoholic etiology, the procedure requires at least six months of drug abstinence prior to surgery and total abstinence after transplantation. The exploratory study aimed to analyze transplant recipient's perception of alcohol use before and after transplantation. Eight male patients from a Transplantation Center in Brasilia participated. This was a qualitative research with content analysis from semi-structured interviews. Three categories - drinking before transplantation, drinking after transplantation and alcoholic relapse - were identified from the perceptions of patients under two conditions: relapse and no relapse. All participants had similar perceptions about alcohol use and reported that the family was the main source of social support, both to cease alcohol use and to maintain this behavior, but also identified it as a risk factor for relapse, as a function of conflicts.

Keywords: liver transplantation; relapse; alcoholism; health psychology.

Introdução

O uso abusivo de álcool é um problema de saúde pública em nível 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 (OMS, 2014). 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).

De acordo com o Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - LENAD (LENAD, 2014), entre os anos de 2006 e 2012 não houve mudanças significativas entre a população adulta quanto ao consumo de bebidas

alcoólicas. Contudo, houve aumento na ingestão diária de bebidas e na frequência do consumo no ano de 2012 para ambos os sexos, o que pode estar associado ao aumento de casos de doenças hepáticas graves no Brasil.

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 23.500 transplantes de fígado no Brasil, de janeiro de 1997 até dezembro 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 a 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, autoimunes, metabólicas e insuficiência hepática, nas quais as Doenças Hepáticas Alcoólicas (DHA) estão incluídas (Parolin et al., 2002).

O uso de álcool no contexto de transplantes tem sido fortemente discutido e rediscutido nas últimas décadas (Di Martini, Day, Dew, & Lane, 2001; Meirelles Júnior et al., 2015). Até a década de 1980 não era permitido que usuários de serviços de saúde do Brasil e do mundo que tinham diagnóstico de cirrose hepática alcoólica (CHA) concorressem à possibilidade de receber um novo órgão (Calne, 1994; Meirelles Júnior et al., 2015). Os argumentos pautavam-se na autorresponsabilização pelo adoecimento do fígado e pela não adesão ao tratamento transplantador posterior (Marroni, Brandão, Zanutelli, & Castisani, 2003). As discussões caminharam para a elaboração de diversos estudos (Egawa et al., 2014; Pfitzmann et al., 2007;

Vieira, Rolim, De Capua Jr., & Szutan, 2007) que argumentavam a favor do transplante hepático (TH) para essas pessoas, desde que as mesmas se enquadrassem em critérios específicos para realizar a cirurgia. Dentre esses critérios, sistematizados em diretrizes e portarias (Bacal et al., 2009; Brasil, 2002; Vieira et al., 2007; Warwar & Boin, 2012), estão: estar em abstinência do álcool no mínimo há seis meses antes do transplante; não voltar a beber após a cirurgia.

Dessa forma, a partir de 1990, foi realizado TH em pacientes com essas condições (Mies, 1998). Tanto nos EUA como no Brasil, a segunda maior indicação para TH é para pessoas com DHA, e a primeira na Europa, atingindo uma porcentagem, nas últimas duas décadas, de 20% dos transplantes totais/ano no mundo (EASL, 2016; 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 de álcool ingerida, comorbidades e predisposições genéticas (Vianna, 2012). Pesquisas mostram que a prevalência para a DHA é maior para o sexo feminino, apesar de a população masculina ser a mais acometida, para pessoas com uso 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 (Menon et al., 2012).

A eficácia desse tratamento é igual ou melhor do que outros agravos de pessoas acometidas por infecções virais ou doenças autoimunes (Parolin et al., 2002). Isso mostra a importância de se falar constantemente sobre o assunto e avaliar a eficácia das diretrizes e do tratamento/acompanhamento dessa população, tanto no pré quanto no pós-transplante.

Um dos maiores receios de equipes profissionais de centros transplantadores hepáticos é a recaída alcoólica, pois estudos mostram que os percentuais variam de 12 a 50% (EASL, 2016; 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 (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, verificaram que 19% tiveram algum tipo de recaída alcoólica após o TH, com perfil de serem jovens (< 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 do órgão e não adesão ao tratamento na fase pós-transplante (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 negação, são fatores preditivos de recaída alcoólica no pós-TH.

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). Ademais, o estilo de vida e as repercussões da droga sobre a pessoa formarão crenças específicas que poderão influenciar o hábito de beber social ou abusivamente, ou a decisão de não voltar a beber, crenças essas que podem ser identificadas pelas falas e atitudes da pessoa (Scali & Ronzani, 2007).

O modelo cognitivo-comportamental leva em consideração a relação entre as cognições, os comportamentos e as emoções. Entende-se que o sujeito tende a se comportar baseado em crenças e a ter sentimentos em relação a esse comportamento. É o que A. T. Beck (1993) denominou de tríade cognitiva. Beck, Wright, Newman e Liesse (1993) descrevem que o modelo cognitivo para o comportamento adicto é desencadeado por estímulos ativadores (com sugestões internas ou externas à pessoa), levando a crenças

relacionadas ao consumo que ativam pensamentos automáticos sobre esse contexto. A partir desses pensamentos, há o *craving* (aumento do desejo/vontade de beber) facilitado por crenças permissivas que podem culminar na ação/comportamento de beber.

Scali e Ronzani (2007) pontuam sobre quatro tipos de crenças presentes no abuso e/ou na dependência do álcool: a) crenças antecipatórias - traduzem a expectativa que a pessoa tem de obter recompensa ou prazer; b) crenças de alívio – refletem a remoção de algum sofrimento, angústia ou sentimentos negativos que causam desconforto, desprazer; c) crenças permissivas – creditam o uso do álcool como aceitável e justificável; d) crenças de controle – diz respeito a todas as crenças que minimizam o uso do álcool.

O modelo cognitivo-comportamental defende que o consumo do álcool 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.

Objetivo

A proposta desse estudo exploratório é compreender como o uso de álcool é visto por pessoas submetidas à cirurgia transplantadora, a partir de relatos verbais acerca da vivência desse uso, o transplante e a adesão ao tratamento na fase pós-transplante. Nesse sentido, as seguintes perguntas de

pesquisa nortearam os objetivos: quais motivos levam pacientes transplantados de fígado a não fazer uso de bebidas alcoólicas antes da cirurgia? Na fase pós-transplante, quais motivos são relatados pelas pessoas transplantadas para a manutenção da abstinência e para a recaída quanto ao uso de bebidas alcoólicas? Nessa perspectiva, esse estudo teve por objetivo analisar a percepção de pessoas transplantadas sobre o uso do álcool antes e após o transplante hepático.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, com base em análise de conteúdo a partir dos preceitos de Bardin (2007), com seleção de participantes por conveniência.

Participantes

Participaram oito pacientes do sexo masculino, vinculados a um centro transplantador de Brasília-DF, convidados a participar da pesquisa no período de setembro a outubro de 2016, após análise de prontuários e pré-triagem. Foram selecionados pacientes que tinham como patologia de base a Doença Hepática Alcoólica (DHA). Os participantes foram nomeados de P1 a P8.

Os critérios para inclusão no estudo foram: a) ter mais de 18 anos; b) ter diagnóstico de cirrose hepática alcoólica; c) estar transplantado; d) ter tido ao menos seis meses de abstinência alcoólica pré-transplante; e) não ter histórico de transtorno psiquiátrico do Eixo II-DSM IV, conforme dados do prontuário.

Instrumentos

Foi elaborado um roteiro de entrevista para o estudo, com questões fechadas e abertas. As questões fechadas diziam respeito a dados sociodemográficos (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, filhos, netos, religião, data e local do TH) e uma pergunta sobre recaída "Alguma vez você consumiu qualquer dose de bebida alcoólica após o transplante (TX)?". Além das questões fechadas, duas perguntas abertas foram feitas para todos os participantes, e investigava as razões para não utilizar álcool antes e depois do

transplante.

Para os participantes que responderam que consumiram álcool após a cirurgia, foi perguntado os motivos para retomar o consumo e se, caso ainda estivessem em uso de álcool, quais as razões para manter esse comportamento.

Procedimentos de Coleta de Dados

O estudo deu-se em duas etapas, sendo a primeira a análise de prontuários, com o objetivo de triar os participantes. A segunda, destinou-se à realização de entrevista semiestruturada, elaborada especificamente para o estudo, com questões fechadas e abertas que categorizavam os participantes em duas condições: grupo recaída (GR) e grupo não-recaída (GNR).

Os participantes foram convidados para o estudo nos dias em que estavam no centro transplantador para realizar exames ou consultas. Havia boa comunicação entre a pesquisadora e a equipe médica, sendo que esta encaminhava os pacientes para participarem da pesquisa.

Inicialmente foram explicados os objetivos da pesquisa e convidados os participantes. Após o aceite, foi lido primeiramente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicados os aspectos éticos, segundo os regulamentos da CNS 466/12, e confirmado o desejo de participar da pesquisa. Só então, iniciava-se a gravação e a entrevista.

Todas as pesquisas foram realizadas em local fechado, confortável e familiar (consultórios do centro) aos participantes, sem interferências de terceiros. A aplicação, com a obtenção das respostas às perguntas, durou em média 15 minutos. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (parecer 1.636.166).

Análise dos Dados

Os dados foram analisados à luz do modelo teórico da terapia cognitivo-comportamental (Beck, 1993) e pelo método de Bardin (2007) que utiliza a técnica de análise categorial temática. Esta metodologia analisa os relatos verbais 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.

Resultados

Os entrevistados eram do sexo masculino, com média de idade igual a 53,9 anos. A maioria dos entrevistados era casada, tinha ensino médio completo, tinha filhos e netos, professava da religião católica e realizou o transplante em Brasília. O tempo de abstinência pós-transplante para aqueles que voltaram a consumir bebidas alcoólicas foi de 17,5 meses.

Tabela 1 - *Dados Sociodemográficos e Clínicos dos Participantes*

Característica	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Idade	61	63	51	61	46	54	54	41
Situação conjugal	Div.	Cas.	Cas.	Cas.	Cas.	Un. Est.	Cas.	Solt.
Escolaridade	EFI	EMC	EMC	EMC	EMC	EMC	PG	EFI
Número de filhos	5	1 adot.	3	1 adot.	4	1	2	0
Número de netos	5	0	1	1	2	0	0	0
Religião	Catól	Catól	Catól	Catól	Catól	Catól	Catól	Evang
Cidade do transplante	BSB	BSB	SP	BSB	BSB	BSB	BSB	BSB
Teve recaída?	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Tempo de abstinência pós-transplante*	-	-	18 meses	24 meses	-	18 meses	-	18 meses

Legenda: EFI = Ensino Fundamental Incompleto; EMC = Ensino médio completo; PG = Pós-graduação; BSB = Brasília; SP = São Paulo. *Dados referentes aos participantes com recaída

Foram identificadas a partir das respostas e com base no roteiro elaborado, três categorias: 1) uso do álcool antes do transplante, 2) motivos para não beber depois do transplante e 3) recaída alcoólica.

Uso de Álcool Antes do Transplante

Essa primeira categoria indicou as percepções dos entrevistados sobre o uso da bebida alcoólica anterior à cirurgia, incluindo as razões para fazer esse uso ou não. As subcategorias relacionadas foram: presença de sintomas físicos/indicação médica, influência familiar e opinião sobre bebida.

A primeira subcategoria incluiu relatos que indicavam que uma razão para não beber antes do transplante devia-se ao fato de ter tido sintomas físicos e/ou condicionada à indicação médica de abstinência alcoólica mínima de seis meses antes da cirurgia. Algumas falas são representativas dessa subcategoria:

Vomitava sangue (P1, não recaída).

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 (P2, não recaída).

Para eu não beber? Eu fui recomendado a passar seis meses sem beber, desde o dia que o doutor André lá em Belém me disse que eu só conseguiria se seis meses eu parasse de beber, aí eu parei (P4, recaída).

Porque o médico pediu para eu evitar. O doutor mesmo falou que era bom evitar porque poderia até ser impossível de fazer o transplante (P6, recaída).

A subcategoria influência familiar agregou verbalizações sobre o papel da família na decisão de não beber antes da cirurgia, como mostram as falas:

Família, minha religião e para o meu próprio bem-estar, também (P3, recaída).

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 (...) Além da minha saúde, ele é um dos principais motivos que eu vou deixar de beber (P4, recaída).

Eu tive medo de perder a minha família (...) E a coisa mais importante que eu tenho é minha família, minha saúde e minha família (P5, não recaída).

Por último, a subcategoria opinião sobre bebida retratou a percepção do uso do álcool antes do tratamento, associado a julgamento negativo sobre uso

de bebida.

Eu não senti mais vontade, não tive mais a ânsia de beber (P1, não recaída).

O que eu vou falar? Bebida não é uma boa. Isso é o que eu sei, que bebida não faz bem (P2, não recaída).

Pelas verbalizações percebe-se que a motivação para não beber antes do transplante, de modo geral, deveu-se a fatores externos aos participantes, como a indicação de abstinência condicionada à liberação para o transplante e ações da família, bem como seu significado para o participante. Foi evidenciado também que essa motivação, principalmente a família, foi mais relatada pelos que recaíram.

Importante perceber que dos quatro participantes que recaíram após o transplante, nenhum apontou uma motivação interna para cessar o uso da substância psicoativa antes da cirurgia.

Em suma, foi relatada nessa categoria a importância de 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.

Motivos para não beber depois do transplante

Esta categoria incluiu percepções dos entrevistados sobre o uso do álcool após o transplante, em especial em período próximo à cirurgia. Entre as respostas foram levantadas as subcategorias: opinião negativa sobre bebida, ter saúde e família/doador/Deus. Essas foram as justificativas primárias apontadas para não beber após a cirurgia e durante o tratamento transplantador.

A opinião negativa sobre bebida expressou o desejo em não voltar a beber, sendo a bebida percebida como algo ruim, que não deve mais fazer parte da vida da pessoa. As verbalizações nessa subcategoria foram exclusivas do GNR. Além disso, observou-se a percepção de que se trata de uma substância que não é adequada para os transplantados, como exemplificam as falas de quatro participantes:

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).

Simplesmente bebida não foi feita para mim. Foi feita para outras pessoas. Para mim, não (P2, não recaída).

É o meu bem-estar, porque com certeza com o álcool eu não vou estar bem. E como consequência disso, vou perder minha família (P5, não recaída).

Primeiro porque eu não quero e não posso (...) não tenho vontade de beber mais (P7, não recaída).

A subcategoria ter saúde trouxe relatos que significam o não beber como fator de proteção para a saúde. Teve uma expressão maior nos relatos do GR, mas participantes que não recaíram também contribuíram com essa subcategoria:

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 transplantado, funcionando normalmente (P2, não recaída).

Primeiro, pela oportunidade que eu tive de recuperar minha saúde (P3, recaída).

Questão de vida, de saúde, não é? (P4, recaída).

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 (P6, recaída).

É porque vai dar alterações nos exames, você vai correr o risco de perder o órgão, rejeição (...) então, se beber prejudica sua saúde, seu bem-estar (P8, recaída).

A maioria dos participantes identificou que manter a saúde e cuidar do novo órgão passou a ser prioridade em suas vidas. Há evidências 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. Contudo, a fala de P6 assinalava sobre a não piora do fígado transplantado, quando ele afirmava não se sentir mal e, por isso, continuava utilizando bebidas alcoólicas. Apesar das afirmações de que o uso de álcool fazia mal ao

novo órgão, a mudança do comportamento de beber parecia estar condicionada a ter sintomas físicos de uma doença hepática.

A última subcategoria, família/doador/Deus, revelou crenças religiosas e necessidade de agradecimento para influências externas, seja para Deus, para a família ou para o doador e seus familiares pelo órgão recebido. Foi composta apenas de verbalizações de pessoas do GR:

(...) pela minha família, e a mesma que eu te falei no início: pela minha pessoa, também, pela gratidão que eu tenho a Deus de ter continuado aqui (P3, recaída).

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 e pela família do doador, até pela alma dele, porque ele morreu para eu continuar vivo, e pelos meus amigos do hospital, e pela minha família (P4, recaída).

Outra razão, agradar 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 (P6, recaída).

Essa categoria trouxe um dado relevante: temas exclusivos para cada grupo. Enquanto o GNR verbalizou perspectivas de autoeficácia e locus de controle interno, especialmente pelas falas não bebo mais de jeito nenhum (P1) e bebida não foi feita para mim (P2) caracterizando o tema “opinião negativa sobre bebida”, o GR trouxe como estratégias para lidar com a indicação de não beber o suporte emocional, tanto familiar quanto religioso.

Recaída Alcoólica

Especificamente o GR, do qual as respostas para a categoria *recaída alcoólica* foram selecionadas, incluiu as percepções de pessoas que voltaram a beber após a cirurgia transplantadora. Cabe destacar que três entrevistados que recaíram se declararam em abstinência de uso de álcool no momento da entrevista, mas um deles (P6) ainda estava em uso. As razões apontadas para a recaída foram similares, abarcando as subcategorias problemas familiares, problemas ou influências do trabalho e influências de terceiros sobre o comportamento de beber.

A subcategoria problemas familiares revelou questões problemáticas com esposa e filhos, além da família como um todo, desencadeando o desejo e

o ato de beber.

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 (P3, recaída).

Consumi, depois de dois anos eu voltei a beber por influência de uma raiva que eu tive (...) Problema de família (P4, recaída).

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, recaída).

A incapacidade de voltar ao trabalho e as condições que o mesmo proporcionava, também foram levantadas como justificativas para o retorno ao uso do álcool. Aparecem verbalizações como o sentimento de impotência perante a condição atual de saúde e/ou limitadora:

(...) 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 parecem 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) (P3, recaída).

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 (P6, recaída).

Observou-se também um relato referente ao hábito de beber em situações laborais específicas:

Mas só no período eleitoral, eu bebi quase que diariamente durante 30, 40 dias, bebi quase que diariamente no período (do mês) de setembro. Mas aí eram quatro, cinco, seis latinhas, duas cervejas ou três grandes (P4, recaída).

Apenas um participante contribuiu com a subcategoria influências de terceiros sobre o comportamento de beber, como mostra o relato abaixo:

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 (P4, recaída).

Notou-se que a influência da amizade e do saber médico foram justificativas suficientes para a recaída alcoólica. Há, no relato, a evidência de dependência e dificuldade para lidar com a abstinência e a vontade de continuar bebendo: "aí depois ele foi embora e eu continuei". Esse participante afirmou, no entanto, que não fazia mais uso de álcool no momento do estudo. Contudo, a verbalização para o verbo 'costuma' no tempo presente, pode indicar que o ato de beber ainda estava ocorrendo.

Discussão

Os participantes que recaíram relataram influências internas (P3) e externas (P4, P6 e P8) para a recaída. Todos referiram crenças permissivas e de alívio nas situações descritas, pois a razão primária para a recaída foram os conflitos familiares. De acordo com Chaves (2006), a 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.

É interessante perceber que, nas três grandes categorias, o tema família esteve presente. Nos dois primeiros como fatores protetivos e, no último, como fator de risco. 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). Estudos apontam como vulnerabilidade e risco do transplantado voltar a beber, o suporte social limitado (Vianna, 2012). Contudo, o presente estudo, mesmo com quatro casos de participantes que recaíram, pode aludir ao fato de que homens com problemas familiares com a esposa e/ou filhos/netos ou com parentes próximos com histórico de uso problemático do álcool parecem ter mais risco de recaída, mesmo passando por uma cirurgia transplantadora, estando conscientes da necessidade da abstinência e das consequências da má adesão para a sua saúde.

Telles-Correia (2011) afirma que o apoio social é o fator mais importante

para se considerar como preditor ou protetor de recaída alcoólica. A literatura aponta ainda que analisar e compreender as consequências negativas do uso do álcool, tratar a dependência, ter boa relação familiar e ter problemas de saúde são relatados como favoráveis à interrupção do uso abusivo de álcool e manutenção da abstinência (Álvarez, 2013). Marlatt e Donovan (2009) reforçam que o apoio social e a motivação, além de outros determinantes intra e interpessoais, contribuem de forma significativa na decisão sobre o uso ou não uso do álcool.

Compreender a motivação para recaídas é um aspecto importante no planejamento de tratamentos para dependentes químicos, onde a motivação para continuar sóbrio decorre da percepção de melhora da qualidade de vida, das relações familiares e conjugais, melhor visão de si mesmo, compreender que o alcoolismo é uma doença, motivação para o trabalho e autoestima positiva (Álvarez, 2013).

De modo geral, ambos os grupos tinham percepções concordantes sobre o uso do álcool antes e após o transplante. As diferenças entre os dois grupos foram decorrentes, ao que parece, da presença ou da ausência de recursos psicológicos para lidar com as situações de risco que favorecem o uso ou não do álcool.

Ficou evidente que o GNR percebeu 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, logo pelos seus hábitos, 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 demonstrou percepção de autoeficácia e enfrentamento eficaz, fatores importantes como recursos psicológicos protetivos para o risco de recaída alcoólica (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 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 não foram suficientes para a manutenção desse comportamento na fase posterior à

cirurgia. Ademais, é possível identificar que esses pacientes utilizaram estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção e na religião para justificar seus comportamentos de não adesão ao tratamento do TH.

A prevenção de recaída, 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. 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).

O tratamento, segundo esses autores (Marlatt & Donovan, 2009), resume-se a intervenções breves, com treino de habilidades sociais e entrevista motivacional. 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, fortalecimento da 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 desse referencial (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014).

Nesse sentido, percebe-se que multifatores influenciam a decisão de retomar ou não o uso da bebida alcoólica após o transplante, não sendo a vivência da cirurgia e do tratamento fatores únicos suficientes para manter a abstinência. Os fatores que podem levar à recaída ao uso abusivo de álcool, mesmo após uma cirurgia como o transplante, são emoções negativas vivenciadas pela pessoa, pressão social, crenças negativas, manejo disfuncional de situações difíceis, como problemas físicos e psicológicos, sentimentos de raiva, ira e frustrações frequentes, bem como desconfortos e sintomas gerados pela abstinência alcoólica (Álvarez, 2007).

Considerações Finais

Os entrevistados tinham a percepção de que o uso do álcool após o transplante constituiu um comportamento prejudicial à saúde. Havia compreensão do tratamento, porém outras variáveis, como conflitos familiares e um baixo repertório de estratégias de enfrentamento para lidar com situações de crise, influenciaram na decisão de voltar a beber, mesmo que por lapso.

O estudo exploratório limitou-se a oito entrevistados, de um mesmo centro de transplante. Novas pesquisas, com um número maior de participantes, oriundos de múltiplos centros, poderá contribuir para caracterizar melhor motivações para o uso e o não uso de álcool antes e após o transplante, visando a prevenção de recaídas.

Não há como prever o índice de recaída da população estudada, pelas limitações do estudo apresentadas acima. Com mais dados, que essa pesquisa não investigou, e exploração de outros fatores que possam influenciar as percepções desses sujeitos em relação ao uso do álcool, tanto antes quanto depois do transplante, os resultados podem revelar um perfil tanto psicológico quanto sociodemográfico de sujeitos predispostos ou não à recaída alcoólica.

Referências

- Álvarez, A. M. A. (2007). Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 188-193.
- Álvarez, A. M. A. (2013). Fatores que favorecem a abstinência no alcoolismo. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 5(12), 60-80.
- 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. (2007). *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.
- Brasil. (2002). Portaria nº 541/GM/MS, de 14 de março de 2002: Critérios para cadastramento de candidatos a receptores de fígado-doador cadáver, no cadastro técnico de receptores de fígado - "lista única" - das Centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos - Cncdo. Brasília. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0541_14_03_2002.html
- Calne, R. M. A. (1994). Contraindications to liver transplantation. *Hepatology*, 20(7), 3-4.
- Chaves, E. (2006). *Toxicomania e transferência*. (Dissertação de mestrado). Universidade Católica de Pernambuco. Pernambuco, PE, Brasil.
- Di Martini, A., Day, N., Dew, M., & Lane, T. (2001). A alcohol use following liver transplantation: A comparison of follow up methods. *Psychosomatics*, 42, 55-62.
- European Association for the Study of the Liver [EASL]. (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. ... Uemoto, S. (2014). Risk factors for alcohol relapse after liver transplantation for alcoholic cirrhosis in Japan. *Liver Transplantation*, 20, 298–310.
- Ferreira, C. T., Vieira, S. M. G., & Da Silveira, T. R. (2000). Transplante hepático. *Jornal da Pediatria*, 76(2), 198-208.
- Goldman, M. S. (1999). Risk for substance abuse: Memory as a common etiological pathway. *Psychological Science*, 10, 196-199.
- Gouveia, P. (1991). Contribuições do modelo cognitivo-comportamental para a compreensão do alcoolismo. *Psiquiatria Clínica*, 12(3), 109-115.
- Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas. (2012). *II LENAD: Levantamento Nacional de Álcool e Drogas*. São Paulo: UNIFESP. Recuperado de: <http://inpad.org.br/lenad/>
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2009). *Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos* (2º ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Marroni, C. A., Brandão, A. B. M., Zanotelli, M. L., & Castisani, G. P. C. (2003). Simpósio sobre transplantes - transplante hepático em adultos. *Revista AMRIGS*, 47(1), 29-37.

- 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.
- Meirelles Júnior, R. F., Salvalaggio, P., Rezende, M. B., Evangelista, A. S., Guardia, B. D., Matielo, C. E. ... Meira Filho, S. P. (2015). Transplante de fígado: história, resultados e perspectivas. *Einstein*, 13(1),149-52.
- Menon, K. V. N., Pimentel, S. K., & Freitas, A. C. T. (2012). Doença hepática alcoólica. In J. C. U. Coelho (Ed.), *Aparelho digestivo - clínica e cirúrgica - 2 Vols.* (pp. 1523-1529). São Paulo: Editora Atheneu.
- Mies, S. (1998). Transplante de fígado. *Revista Associação Médica Brasileira*, 44(2), 127-134.
- 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 (2014). *Global status report on alcohol*. Recuperado de: 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.
- Pfritzmann, R., Schwenzer, J., Rayes, N., Seehofer, D., Neuhaus, R., & Nu"ssler, N. C. (2007). Long-term survival and predictors of relapse after orthotopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Liver Transplantation*, 13, 197-205.
- 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 (2014). Sistema para detecção do uso abusivo de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento (SUPERA). *Modalidades de tratamento e encaminhamento: módulo 6*. Brasília: Autor.
- Telles-Correia, A. D. A. L. (2011). Candidatos a transplante hepático com doença hepática alcoólica. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S4), 835-844.
- Vianna, R. M. M. (2012). Transplante hepático. In J. C. U. Coelho (Ed.),

Aparelho digestivo - clínica e cirúrgica - 2 Vols (pp. 1749-1773). São Paulo: Editora Atheneu.

Vieira, A., Rolim, E. G., De Capua Jr, A., & Szutan, L. A. (2007). Recidiva da ingesta 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.