



Qualidade de vida, religiosidade e sintomas ansiosos e depressivos em candidatos a transplante hepático*

Quality of life, religiosity, and anxiety and depressive symptoms in liver transplantation candidates

Calidad de vida, religiosidad y síntomas ansiosos y depresivos en candidatos a trasplante hepático

Como citar este artigo:

Paglione HB, Oliveira PC, Mucci S, Roza BA, Schirmer J. Quality of life, religiosity, and anxiety and depressive symptoms in liver transplantation candidates. Rev Esc Enferm USP. 2019;53:e03459. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018010203459>

-  Heloisa Barboza Paglione¹
-  Priscilla Caroliny de Oliveira¹
-  Samantha Mucci²
-  Bartira de Aguiar Roza¹
-  Janine Schirmer¹

* Extraído da dissertação: “Qualidade de vida, religiosidade e sintomas ansiosos e depressivos em candidatos a transplante hepático”, Universidade Federal de São Paulo, 2018.

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To evaluate quality of life, religiosity and anxiety and depressive symptoms in liver transplant candidates. **Method:** An epidemiological and cross-sectional study carried out with liver transplant candidates attended at the outpatient clinic of a University Hospital from 2014 to 2016. **Results:** Fifty (50) patients with a mean age of 52.5 years old participated in the study, predominantly male (58.0%), having access to primary education (48.0%), Model for End-Stage Liver Disease between 10-19 and having viral hepatitis as the main etiology. They presented an average quality of life score (4.1), high intrinsic religiosity index (5.6) and the presence of anxiety (52.0%) and depressive symptoms (48.0%). It was possible to observe an association between religiosity and quality of life in the worry domain, with higher non-organizational religiosity leading to higher quality of life; anxiety and depressive symptoms were not associated with quality of life and religiosity. However, patients with higher levels of education were more likely to present depressive symptoms. **Conclusion:** The analysis of quality of life and religiosity was significant, reinforcing the need for the care team to consider religiosity as a coping strategy for the disease.

DESCRIPTORS

Liver Transplantation; Anxiety; Depression; Quality of Life; Spirituality; Nursing Care.

Autor correspondente:

Heloisa Barboza Paglione
Rua Napoleão de Barros 754
CEP 04024-002 – São Paulo, SP, Brasil
helo.paglione@gmail.com

Recebido: 27/03/2018
Aprovado: 24/09/2018

INTRODUÇÃO

O transplante de fígado (TxF) é indicado para pacientes com doença hepática progressiva, irreversível e sem outras alternativas de tratamento⁽¹⁾.

No último trimestre de 2017, no Brasil, havia 1.235 pessoas inscritas na lista de transplante de fígado. A taxa de mortalidade dos pacientes em lista gira em torno de 20,0%, o que significa que um quinto dos pacientes irá morrer antes de serem submetidos ao transplante devido à gravidade da doença. A doença hepática pode ter diversas causas, como cirrose alcoólica, hepatocarcinomas, hepatites virais, entre outras⁽²⁾.

A hepatopatia é considerada uma doença crônica, sendo assim, ela acompanha o indivíduo por um longo período de sua vida, podendo apresentar momentos de piora (agudização) ou momentos de sensível melhora⁽³⁾.

O portador de hepatopatia apresenta diversas limitações impostas pela doença. A presença de inúmeros sintomas, que muitas vezes são inespecíficos no início da doença, por exemplo, anorexia e mal-estar, podem evoluir para sintomas mais graves e incapacitantes, como ascite e encefalopatia com o avanço da hepatopatia, o que gera um prejuízo importante na qualidade de vida (QV) e na saúde mental dos candidatos a transplante hepático devido a situações nunca antes experimentadas⁽⁴⁾.

As diversas mudanças e limitações, além das várias adequações necessárias (alimentar, medicamentosa, financeira, física, entre outras), causam impacto na qualidade de vida do portador de hepatopatia. A mensuração da qualidade de vida desses pacientes é uma importante medida de impacto em saúde⁽⁵⁻⁶⁾.

Frente aos agravos de saúde e à necessidade de ressignificar o adoecimento, a religiosidade dos pacientes aparece como um recurso adaptativo importante. Estudos mostram que a religiosidade pode contribuir positivamente para a evolução clínica dos pacientes, melhorar comportamentos de saúde, além de diminuir sintomas ansiosos e depressivos, entre outros benefícios⁽⁷⁻⁸⁾.

O candidato ao transplante de fígado vivencia situações peculiares, sendo assim, é importante conhecer os aspectos associados à sua experiência de adoecimento, a fim de desempenhar melhorias no cuidado a esses pacientes. Por ser uma situação complexa, o transplante de fígado exige um olhar multiprofissional no pré, intra e pós-transplante, e a enfermagem que permeia todas as fases desse processo pode ser a peça-chave para implementar novas práticas e individualizar ainda mais o cuidado do paciente.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida, religiosidade e sintomas de ansiedade e de depressão em candidatos a transplante de fígado.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Estudo epidemiológico transversal, com candidatos a transplante de fígado acompanhados no ambulatório do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), no período de agosto de 2014 a maio de 2016.

POPULAÇÃO

Todos os candidatos a transplante de fígado, em lista de espera do cadastro técnico único (CTU) do ambulatório de transplante de fígado da UNIFESP com *status* ativo (que concorrem ao órgão ofertado) e semiativo (temporariamente não concorrem ao órgão ofertado), de ambos os sexos, com idade igual ou maior a 18 anos e que estavam em acompanhamento no ambulatório no período de 2014 a 2016, foram convidados a participar da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa os pacientes com encefalopatia grave e aqueles internados no período de avaliação pré-transplante.

AMOSTRA

A amostra foi por conveniência, uma vez que as atividades do grupo de residentes ocorreram entre 2014 e 2016 e foi constituída pelos pacientes que atenderam aos critérios de inclusão e de exclusão previamente definidos. Do grupo de 67 pacientes avaliados, foram excluídos nove, que se recusaram a participar do estudo (porém receberam atendimento multiprofissional durante todo o período do pré-transplante) e oito, por incompletude dos dados. Assim, a amostra total foi constituída por 50 pacientes.

COLETA DE DADOS

Os pacientes selecionados foram contatados inicialmente por telefone para posterior agendamento do atendimento de consulta multiprofissional pré-transplante. Todos os pacientes foram avaliados por uma dupla de especialistas de diferentes profissões, previamente treinada para realizar a avaliação inicial multiprofissional. Antes da aplicação do instrumento de avaliação, os pacientes que aceitaram participar do estudo leram e assinaram o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido e responderam à ficha de avaliação sociodemográfica.

Os candidatos foram submetidos à avaliação de aspectos clínicos, psicológicos, farmacêuticos, fisioterápicos e de enfermagem, por meio de instrumentos preestabelecidos pela equipe de profissionais residentes do Programa de Transplantes e Captação de Órgãos da Residência Multiprofissional da UNIFESP.

Foram utilizados os seguintes instrumentos: Ficha de Registro de dados Sociodemográficos: instrumento elaborado segundo os critérios de avaliação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com o objetivo de levantar o perfil da população do estudo; Avaliação Inicial Multiprofissional: roteiro de entrevista semiestruturada que aborda os aspectos clínicos da doença, psicológicos, hábitos de vida diária e compreensão da doença⁽⁹⁾; Escala de Religiosidade de DUKE (DUREL): escala validada para a população brasileira de cinco itens que mensuram três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionado a desfechos de saúde. Os dois primeiros itens (religiosidade organizacional – RO, não organizacional – RNO) são relacionados a indicadores de saúde física, mental e suporte social (variando de 1 – mais do que 1 vez por semana a 6 – nunca), e os outros três (religiosidade intrínseca – RI), relacionados a suporte social e desfechos de saúde (variando de 1 – totalmente verdade para mim a 5 – não é verdade). Quanto à análise, os itens

devem ser analisados separadamente, por dimensão⁽¹⁰⁾. Sendo RO – frequência a encontros religiosos; RNO – atividades religiosas privadas, como oração, leitura de textos religiosos etc.; e RI – internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo. *Chronic Liver Disease Questionnaire* (CLDQ): questionário validado para a população brasileira, constituído por 29 itens que avaliam a qualidade de vida, distribuídos nos seguintes domínios: fadiga, atividade, função emocional, sintomas abdominais, sintomas sistêmicos e preocupação, apresentando níveis de resposta que variam de um (tempo todo) a sete (nunca). O escore de cada domínio é compreendido pela soma das respostas dividida pelo número de questões compreendidas nesse domínio. O escore total é obtido pela soma dos domínios e dividido pelo número de domínios total. Dessa forma, considerando uma escala de 1 a 7, a qualidade de vida foi estratificada em ruim, média e boa⁽¹¹⁾; Instrumento *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ4): uma escala de quatro itens, na qual dois são relacionados a sintomas ansiosos, e dois a sintomas depressivos. Trata-se de uma escala breve e de rápida e fácil identificação dessas duas desordens mentais. As questões apresentadas na escala referem-se às duas últimas semanas do paciente e variam de zero (nunca acontece) a três (quase todos os dias), sendo o escore total (sofrimento psicológico) da escala igual a 12⁽¹²⁾.

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

Para compilar os dados, foi desenvolvida uma planilha eletrônica (*software* Microsoft Excel®) utilizando-se de informações dos instrumentos de avaliação pré-transplante para a análise descritiva. Também foram criadas planilhas utilizadas como base para a análise estatística em programa específico (*Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS® – versão 20.0.).

Os dados foram analisados descritivamente, apresentando as variáveis categóricas em frequências absolutas e relativas, e as numéricas em medidas-resumo. Para avaliar as associações lineares entre as variáveis numéricas, foram empregadas correlações de Spearman e Pearson. Foi utilizado o Teste t de Student e a análise de variância (ANOVA) para comparar médias entre dois e mais de dois grupos. Em caso de violação da suposição de normalidade no Teste t de Student e ANOVA ou presença de grupos com um número pequeno de casos, empregou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis, os grupos com médias distintas foram identificados utilizando as comparações múltiplas de Dunn-Bonferroni, para manter o nível global de significância. Para avaliar simultaneamente os efeitos das características demográficas, clínicas e de religiosidade sobre a qualidade de vida, foram utilizadas as regressões lineares múltiplas, e para ansiedade, depressão e sofrimento psicológico, regressões logísticas. Devido ao tamanho da amostra, foram selecionadas para os modelos iniciais, além dos escores de religiosidade, as variáveis cujas associações com as variáveis dependentes foram significantes a 10,0% da análise univariada. Em seguida, as variáveis não significantes a 5,0% foram excluídas uma a uma por ordem de significância, exceto a religiosidade. O modelo de regressão linear apresenta como pressuposto a normalidade nos dados, que foi verificada utilizando-se do teste de Kolmogorov-Smirnov. Para todos os testes estatísticos foi utilizado nível de significância de 5,0%⁽¹³⁻¹⁴⁾.

ASPECTOS ÉTICOS

Em consonância com as determinações da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP e Plataforma Brasil, sob o parecer 623.082, no ano de 2014.

RESULTADOS

Foram analisadas as informações de 50 pacientes, com idade média de 52,5 anos (Desvio-Padrão – DP = 12,1 anos), sendo observada idade mínima de 24 anos e máxima de 71 anos.

Analisando o perfil dos candidatos a transplante de fígado, observou-se predominância do sexo masculino (58,0%) e domínio da religião católica em 56,0% dos candidatos, seguido de 30,0% da religião evangélica. Com relação à renda familiar e escolaridade, 48,0% tinham rendimentos de até dois salários-mínimos (SM) – o salário-mínimo do ano de 2014 foi de R\$ 724,00, chegando a R\$ 880,00 em 2016 – e tiveram acesso apenas ao ensino fundamental.

Com relação às características clínicas dos pacientes, pelo menos 30,0% dos candidatos a TxF apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Nota-se ainda que 70,8% tinham MELD (sistema de pontuação, que pode variar de 6 a 40 pontos, utilizado para avaliar a gravidade da doença hepática e prever a sobrevida do paciente nos próximos 3 meses – quanto maior a pontuação, maior a gravidade e pior a sobrevida do paciente) entre 10 e 19 pontos. Quanto à etiologia da doença hepática, 31,3% tinham hepatite viral, e 22,9% dos pacientes esteatose hepática não alcoólica e cirrose alcoólica.

A Tabela 1 apresenta os escores de ansiedade e depressão, qualidade de vida e religiosidade dos candidatos a TxF.

Tabela 1 – Escores PHQ-4, CLDQ e DUKE dos candidatos à transplante de fígado – São Paulo, SP, Brasil, 2014-2016.

	N (%)
PHQ4	
Ansiedade	26 (52,0)
Depressão	23 (46,0)
Total – classificação	
Normal (até 2)	13 (26,0)
Leve (3-5)	15 (30,0)
Moderado (6-8)	12 (24,0)
Severo (9-12)	10 (20,0)
CLDQ	
	Média ± DP
Abdominal	4,4 ± 1,8
Fadiga	3,6 ± 1,8
Sintoma Sistêmico	4,4 ± 1,4
Atividade	4,1 ± 1,8
Função Emocional	4,4 ± 1,4
Preocupação	3,8 ± 2,0
Total	4,1 ± 1,4
DUKE	
Organizacional	3,6 ± 1,8
Não organizacional	3,2 ± 1,8
Intrínseca	5,3 ± 2,9

De acordo com a Tabela 1, nota-se que 52,0% e 46,0% apresentavam sintomas de ansiedade e depressão, respectivamente. Apenas 26,0% não apresentam sintomas ansiosos ou depressivos no momento da avaliação.

Com relação à qualidade de vida, pode-se observar que os pacientes apresentaram piores escores nos itens fadiga e preocupação e melhores escores nos demais itens, com uma média de 4,1 no escore total.

O índice de religiosidade dos candidatos é dividido em três itens: religiosidade organizacional (RO) – média 3,6; religiosidade não organizacional (RNO) – média 3,2 e religiosidade intrínseca (RI) – média 5,3.

Foram realizados cruzamentos com os seis domínios que avaliam a qualidade de vida por meio do instrumento CLDQ e as características dos candidatos a TxF, e apenas o domínio preocupação apresentou significância estatística, conforme a Tabela 2.

De acordo com a Tabela 2, verificaram-se diferenças de médias de CLDQ – domínio Preocupação com a renda dos pacientes ($p=0,041$). Dessa forma, os pacientes com renda de até um salário-mínimo apresentaram média desse domínio superior (3 pontos a mais) em comparação com aqueles que percebiam três salários-mínimos ou mais.

Observou-se correlação positiva entre função emocional de CLDQ e escore de DUKE – religiosidade não organizacional ($r^s=0,292$, $p=0,039$) apontando que quanto maior for esse aspecto de religiosidade, maior o domínio da função emocional (menor preocupação).

Conforme a Tabela 4, os escores de religiosidade de DUKE não se mostraram associados ao PHQ-4 (sintomas de ansiedade e depressão). Entretanto, a escolaridade (ensino médio completo e mais) foi significativa para sintomas de depressão ($p=0,041$). Assim, estes pacientes possuem quatro vezes mais chances de apresentar sintomas de depressão do que aqueles com menor escolaridade.

Tabela 2 – Medidas-resumo de CLDQ – Preocupação por características dos candidatos a transplante de Fígado - São Paulo, SP, Brasil, 2014-2016.

	Média	Desvio- Padrão	N	P
Gênero				0,893
Masculino	3,9	2,0	29	
Feminino	3,8	2,1	21	
Escolaridade				0,423 ^a
Analfabeto/Fundamental incompleto	4,1	2,3	18	
Fundamental completo	4,1	1,9	15	
Médio completo e mais	3,3	1,9	17	
Religião				0,680 ^b
Católico	4,1	2,2	28	
Evangélico	3,3	1,9	15	
Demais	4,1	1,3	4	
Sem religião	3,7	2,0	3	
Renda				0,041 ^b
Até 1 SM	6,4 ^A	1,1	4	
1 a 2 SM	4,0	2,2	20	
2 a 3 SM	3,4	1,7	12	
Mais de 3 SM	3,1 ^B	1,9	14	
Classificação do MELD				0,519 ^b
≤ 9	2,5	1,4	3	
10 – 19	3,9	2,0	34	
20 – 29	3,9	2,6	11	
Doença de base				0,645 ^a
Hepatite viral	3,2	1,8	15	
Hepatocarcinoma	3,9	2,0	10	
Esteatose Hepática/Alcoólica	4,1	1,6	11	
Outros	4,1	2,7	12	

p: nível descritivo do teste t de Student, ANOVA (*) ou Kruskal-Wallis (b). (A) e (B) apresentam médias distintas segundo comparações múltiplas de Dunn-Bonferroni.

Tabela 3 – Correlações entre CLDQ (seis domínios e total) e as variáveis idade e escores de religiosidade (DUKE) – São Paulo, SP, Brasil, 2014-2016.

	Correlação de Pearson (r^p)		Correlação de Spearman (r^s)					
	Idade (anos)		DUKE – Organizacional		DUKE – Não organizacional		DUKE – Intrínseca	
	Estimativa	P	Estimativa	P	Estimativa	P	Estimativa	P
Abdominal	0,001	0,995	-0,222	0,122	-0,253	0,076	-0,134	0,355
Fadiga	-0,213	0,137	0,014	0,925	0,131	0,364	0,070	0,628
Sintoma Sistêmico	-0,154	0,287	-0,145	0,314	-0,071	0,626	-0,040	0,780
Atividade	-0,167	0,246	-0,238	0,097	-0,149	0,301	-0,095	0,511
Função Emocional	0,200	0,163	0,175	0,225	0,292*	0,039	0,129	0,374
Preocupação	0,072	0,621	0,171	0,235	0,242	0,090	0,214	0,135
CLDQ – total	-0,056	0,699	-0,083	0,565	0,017	0,907	0,038	0,796

N=50; * $p<0,05$.

Tabela 4 – Resultados das regressões logísticas para PHQ4 dimensões e total – modelos finais – São Paulo, SP, Brasil, 2014-2016.

	PHQ -4					
	Ansiedade		Depressão		Sofrimento Psicológico	
	RC (IC95,0%)	P	RC (IC95,0%)	P	RC (IC95,0%)	P
Duke						
RO	0,83 (0,56 - 1,23)	0,351	1,19 (0,79 - 1,81)	0,407	1,02 (0,66 - 1,59)	0,913
RNO	0,97 (0,66 - 1,43)	0,877	0,74 (0,48 - 1,14)	0,172	0,82 (0,53 - 1,27)	0,368
RI	0,96 (0,75 - 1,23)	0,730	1,04 (0,80 - 1,36)	0,749	1,12 (0,84 - 1,50)	0,427
Escolaridade						
Médio completo e mais	-	-	3,99 (1,06 - 15,11)	0,041	-	-

N=50; RC: Razão de Chances; IC: Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

O avanço da Medicina trouxe ganhos no que se refere à sobrevida do paciente e enxerto hepático, permitindo que o foco assistencial de um programa de transplante se amplie para questões como qualidade de vida, bem-estar e religiosidade, que são responsáveis por transformar a experiência do paciente diante do adoecimento. O resgate da vida proposto pela recuperação da função hepática pode levar ao imaginário de cura, principalmente em pacientes que estão gravemente enfermos na fila de espera por um órgão e concretiza a magnitude da dicotomia vida-morte/finitude-infinitude.

Este estudo apresentou, primeiramente, as características sociodemográficas de pacientes candidatos a transplante de fígado. Os resultados deste estudo corroboram os dois outros estudos brasileiros cuja maior parte dos candidatos era do sexo masculino e se situava na faixa etária média de 49 anos (valor pouco inferior ao encontrado neste estudo), a maioria dos pacientes (54,12%) também tinha baixa escolaridade – ensino fundamental e renda familiar de zero a quatro salários-mínimos (80,0%), bem como predomínio da religião católica⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

As doenças crônicas, como a hepatopatia, atingem principalmente os grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda. Isso porque essa população tem acesso dificultado a bens e serviços, como informação, educação e cuidados preventivos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

A hepatite viral foi a doença predominante neste estudo (31,3%), ratificando outro, realizado com candidatos do interior de SP (31,76%) e com candidatos norte-americanos (35,2%)⁽¹⁹⁾.

Embora exista uma indicação para transplante nos candidatos deste estudo, a maioria dos pacientes (70,8%) apresentou MELD 10-19, correspondente a uma mortalidade em 3 meses de apenas 6,0%, o que nos leva a crer que os sintomas mais incapacitantes da doença hepática não estão presentes em grande parte da população estudada. Ainda, justifica o fato de as variáveis clínicas não terem apresentado impacto na qualidade de vida na fase pré-transplante⁽²⁰⁻²¹⁾.

O impacto do diagnóstico e a indicação para a realização do transplante leva o paciente a enfrentar uma realidade nova e desconhecida. O encontro com a perda da saúde e a proximidade da morte conduz à transformação de paradigma. O paciente e sua família se veem permeados por dúvidas e questionamentos em relação a inúmeras esferas de sua existência. Aos poucos o paciente percebe a gravidade e a precariedade de sua condição de vida e a necessidade cada vez mais evidente de um transplante para sobreviver. Diante da permanência e da inevitabilidade dessa situação, aumenta a presença de ansiedade, inerente a esse processo, que pode inclusive ser acompanhado por sintomas depressivos, exigindo intervenções adequadas por parte da equipe assistencial⁽⁹⁾.

A gravidade inerente à doença nos leva a estudar o impacto psicológico destes pacientes: os seus altos índices de sintomas ansiosos e depressivos são um achado importante. Os sintomas ansiosos podem estar relacionados à necessidade de alteração do estilo de vida, limitações físicas

impostas pela doença, bem como a uma recente inclusão em lista. Este estudo também encontrou risco maior de depressão em pacientes com maior escolaridade. Pacientes com maior escolaridade parecem ter maior compreensão da doença e de sua gravidade e, assim, por entrarem mais em contato com a realidade, podem desenvolver risco maior de depressão⁽²²⁻²³⁾.

Pôde-se observar também que pacientes com até um SM apresentaram média do domínio preocupação na qualidade de vida superior àqueles com três SM ou mais. Um estudo realizado com receptores de transplante renal encontrou associação positiva entre a renda familiar e o domínio emocional⁽²⁴⁾. Podemos inferir que a baixa renda, a necessidade de acompanhamento ambulatorial, as internações inesperadas, o uso de medicações não disponibilizadas pelo sistema de saúde, a solicitação de uma alimentação balanceada e o possível afastamento das atividades laborais são fatores que podem ser identificados pela equipe multiprofissional a fim de promover auxílio e adequar o tratamento proposto de acordo com as necessidades dos pacientes, diminuindo assim o número de fatores estressores.

A religiosidade no cenário do adoecimento surge como um suporte para enfrentar as exigências diante das novas condições de saúde destes pacientes. Essa também pode estar associada a menores níveis de depressão, índices elevados de esperança e de bem-estar⁽²⁵⁾. Este estudo encontrou baixa religiosidade nos itens organizacionais e não organizacionais e alta religiosidade intrínseca (relativa à busca de internalização e vivência plena), além de correlações positivas entre a função emocional do CLDQ e o escore de DUKE – não organizacional, que apontam que, quanto maior for o escore religiosidade não organizacional, melhor a função emocional. Este achado nos mostra a necessidade de a equipe assistencial identificar e incentivar o uso da religiosidade como um recurso no tratamento destes pacientes. Estudos demonstram que a religiosidade está associada a uma menor mortalidade dos pacientes, inclusive em pacientes pós-transplante de fígado, e a uma melhor adesão medicamentosa e melhores comportamentos de saúde que serão essenciais para o período pós-transplante^(8,26-27).

Dessa forma, a avaliação da qualidade de vida dos pacientes, religiosidade e sintomas ansiosos e depressivos deve ser inserida na prática clínica multiprofissional. Essas informações permitem o conhecimento do impacto da doença sobre as atividades diárias, bem como dos fatores de enfretamento que beneficiam o paciente em todas as fases do seu tratamento. O enfermeiro, membro da equipe multiprofissional, colabora ativamente no planejamento e execução dos cuidados desses pacientes e pela grande proximidade com o paciente e família tem a possibilidade de identificar suas necessidades com maior facilidade e assim traçar, junto à equipe, estratégias para tornar a experiência do paciente a melhor possível diante de sua situação⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Todas essas características tornam o transplante de fígado um procedimento complexo, que exige, portanto, também um olhar multiprofissional, pois perpassa por todas as dimensões da vida de uma pessoa e sua família, não podendo se ater apenas ao transplante, mas, sim, a todo o processo de

adoecimento. Deve-se convocar o paciente, desde o diagnóstico da doença e o tratamento inicial até a reabilitação pós-transplante, a (re)significar sua trajetória de vida para se adaptar às mudanças impostas por esse contexto. Dessa forma, a religiosidade pode ser considerada uma estratégia de enfrentamento frente às novas condições de saúde do paciente⁽³⁰⁾.

O fato de este estudo ter sido realizado em um único centro pode ter sido uma limitação, porém abriu a possibilidade de futuro estudo multicêntrico a fim de comparar e acompanhar essa população também no pós-transplante, com o objetivo de compreender igualmente o impacto do processo de transplante na vida destes pacientes e suas famílias.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida, a religiosidade e os sintomas ansiosos e depressivos em candidatos a transplante de fígado. **Método:** Estudo epidemiológico e transversal, realizado com candidatos a transplante de fígado acompanhados no ambulatório de um Hospital Universitário, no período de 2014 a 2016. **Resultados:** Participaram do estudo 50 pacientes, que apresentaram média de idade de 52,5 anos, predominantemente do sexo masculino (58,0%), com acesso ao ensino fundamental (48,0%), *Model for End Stage Liver Disease* entre 10-19 e hepatite viral como etiologia principal. Apresentaram qualidade de vida mediana (score 4,1), alto índice de religiosidade intrínseca (5,6) e presença de sintomas ansiosos (52,0%) e depressivos (48,0%). Pôde-se observar associação entre religiosidade e qualidade de vida no domínio preocupação – quanto maior a religiosidade não organizacional, maior a qualidade de vida; sintomas ansiosos e depressivos não associados à qualidade de vida e religiosidade. Porém, pacientes com altos níveis de escolaridade tiveram maior probabilidade de apresentar sintomas depressivos. **Conclusão:** A análise de qualidade de vida e religiosidade foi significativa, reforçando a necessidade de a equipe assistencial considerá-la como estratégia de enfrentamento da doença.

DESCRITORES

Transplante de Fígado; Ansiedade; Depressão; Qualidade de Vida; Espiritualidade; Cuidados de Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida, la religiosidad y los síntomas ansiosos y depresivos en candidatos a trasplante de hígado. **Método:** Estudio epidemiológico y transversal, realizado con candidatos a trasplante de hígado acompañados en el ambulatorio de un Hospital Universitario, en el período de 2014 a 2016. **Resultados:** Participaron en el estudio 50 pacientes, quienes presentaron promedio de edad de 52,5 años, predominantemente del sexo masculino (58,0%), con acceso a la educación básica (48,0%) *Model for End Stage Liver Disease* entre 10-19 y hepatitis viral como etiología principal. Presentaron calidad de vida mediana (score 4,1), alto índice de religiosidad intrínseca (5,6) y presencia de síntomas ansiosos (52,0%) y depresivos (48,0%). Se pudo notar la asociación entre religiosidad y calidad de vida en el dominio preocupación – cuanto mayor la religiosidad no organizativa, tanto mayor la calidad de vida; síntomas ansiosos y depresivos no asociados con la calidad de vida y religiosidad. Sin embargo, pacientes con altos niveles de escolaridad tuvieron mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos. **Conclusión:** El análisis de la calidad de vida y religiosidad fue significativo, subrayando la necesidad de que el equipo asistencial la considere como estrategia de enfrentamiento de la enfermedad.

DESCRIPTORES

Trasplante de Hígado; Ansiedad; Depresión; Calidad de Vida; Espiritualidad; Atención de Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Meirelles-Júnior RF, Salvalaggio P, Rezende MB, Evangelista AS, Della-Guardia B, Matielo CEL, et al. Liver transplantation: history, outcomes and perspectives. Einstein [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 12];13(1):149-52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082015000100026&lng=en&tlng=en
2. Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes [Internet]. São Paulo: ABTO; 2017 [citado 2018 fev. 18]. Disponível em: <http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2017/rbtrim3-leitura.pdf>
3. Malta DC, Bernal RT, de Souza MF, Szwarcwald CL, Lima MG, Barros MB. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: national health survey 2013. Int J Equity Health [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 26];15:153. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112650/>
4. Nusrat S, Khan MS, Fazili J, Madhoun MF. Cirrhosis and its complications: Evidence based treatment. World J Gastroenterol [Internet]. 2014 [cited 2018 Jun 26];20(18):5442-60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4017060/>
5. Medveded ON, Lahdhuis CE. Exploring constructs of well-being, happiness and quality of life. Peer J [Internet]. 2018 [cite 2018 Jun 26];6:e4903. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5985772/>
6. Alt Y, Grimm A, Schlegel L, Grambihler A, Kittner JM, Wiltink J, et al. The impact of liver cell injury on health-related quality of life in patients with chronic liver disease. PLoS One [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 26];11(3):e0151200. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4798400/>
7. VanderWeele TJ, Balboni TA, Koh HK. Health and spirituality. JAMA. 2017;318(6):519-20. DOI: 10.1001/jama.2017.8136
8. Fenelon A, Danielsen S. Leaving my religion: understanding the relationship between religious disaffiliation, health, and well-being. Soc Sci Res [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 26];57:49-62. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4792192/>

9. Oliveira PC, Mucci S, Silva e Silva V, Leite RF, Paglione HB, Erbs JL, et al. Assessment of factors related to adherence to treatment in liver transplantation candidates. *Transplant Proc.* 2016;48(7):2361-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.transproceed.2016.06.032>
10. Lucchetti G, Lucchetti ALG, Peres MF, Leão FC, Moreira-Almeida A, Koenig HG. Validation of the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese Version). *J Relig Health.* 2012;51(2):579-86. DOI: 10.1007/s10943-010-9429-5.
11. Perlin CM, Ferreira VL, Borba HHL, Wiens A, Ivantes CAP, Lenzi L, et al. Quality of life in Brazilian patients with treated or untreated chronic hepatitis C. *Rev Inst Med Trop S Paulo [Internet].* 2017 [cited 2018 Jun 26];59:e81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5738766/>
12. Stanhope J. Patient Health Questionnaire-4. *Occup Med.* 2016;66(9):760-1.
13. Anders K. Resolution of Students t-tests, ANOVA and analysis of variance components from intermediary data. *Biochem Med.* 2017;27(2):253-8.
14. Wey A, Connett J, Rudser K. Combining parametric, semi-parametric, and non-parametric survival models with stacked survival models. *Biostatistics.* 2015;16(3):537-49.
15. Mendes KDS, Lopes NLC, Fabbris MA, Castro-e-Silva Júnior O de, Galvão CM. Sociodemographic and clinical characteristics of candidates for liver transplantation. *Acta Paul Enferm [Internet].* 2016 [cited 2018 Feb 20];29(2):128-35. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n2/en_1982-0194-ape-29-02-0128.pdf
16. Guimaro MS, Lacerda SS, Karam CH, Ferraz-Neto BH, Andreoli PBA. Psychosocial profile of patients on the liver transplant list. *Transplant Proc.* 2008;40(3):782-4. DOI: 10.1016/j.transproceed.2008.02.040
17. Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SCdA, da Silva MA. Progress with the strategic action plan for tackling chronic non-communicable diseases in Brazil, 2011-2015. *Epidemiol Serv Saúde [Internet].* 2016 [cited 2018 Feb 18];25(2):1-2. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/en_2237-9622-ress-25-02-00373.pdf
18. Isis M, Aguiar F, Augusta V, Braga B. Quality of life in liver transplant recipients and the influence of sociodemographic factors. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2016 [cited 2018 Feb 18];50(3):411-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/0080-6234-reeusp-50-03-0411.pdf>
19. Wong RJ, Aguilar M, Cheung R, Perumpail RB, Harrison SA, Younossi ZM, et al. Nonalcoholic steatohepatitis is the second leading etiology of liver disease among adults awaiting liver transplantation in the United States. *Gastroenterology.* 2015;148(3):547-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2014.11.039>
20. O'Grady JG, Lake J. Death with low MELD scores and possible implications for organ allocation. *Am J Transplant.* 2017;17(9):2238-9. DOI: 10.1111/ajt.14414
21. Aguiar MIF, Braga VAB, Almeida PC, Garcia JHP, Lima CA. Severity of liver disease and quality of life in liver transplantation. *Acta Paul Enferm [Internet].* 2016 [cited 2018 Feb 15];29(1):107-14. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n1/en_1982-0194-ape-29-01-0107.pdf
22. Stewart KE, Hart RP, Gibson DP, Fisher RA. Illness apprehension, depression, anxiety, and quality of life in liver transplant candidates: implications for psychosocial interventions. *Psychosomatics [Internet].* 2014 [cited 2018 Jun 26];55(6):650-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3983175/>
23. Mucci S. Transplante de fígado: a jornada heróica de reconstrução da vida em constante diálogo com a morte. In: Amorin S, Bilotta FA, organizadoras. *Jung Saúde: temas contemporâneos.* Jundiaí: Paco Editorial; 2014. p. 71-82.
24. Costa JM, Nogueira LT. Association between work, income and quality of life of kidney transplant recipient the municipality of Teresina, PI, Brazil. *J Bras Nefrol [Internet].* 2014 [cited 2018 Feb 18];36(3):332-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002014000300332&lng=en&nrm=iso&tlng=en
25. Counted V, Possamai A, Meade T. Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: an integrative research review. *Health Qual Life Outcomes.* 2018;16(1):75. DOI: 10.1186/s12955-018-0895-x
26. Li S, Stampfer MJ, Williams DR, VanderWeele TJ. Association of religious Service Attendance with mortality among woman. *JAMA Intern Med.* 2016;176(6):777-85.
27. Lin CY, Saffari M, Koenig HG, Pakpour AH. Effects of religiosity and religious coping on medication adherence and quality of life among people with epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2018;78:45-51. DOI: 10.1016/j.yebeh.2017.10.008
28. Mendes KDS, Silva Junior OC, Ziviani LC, Rossin FM, Zago MMF, Galvão CM. Educational intervention for liver transplantation candidates. *Rev Latino Am Enfermagem [Internet].* 2013 [cited 2018 Feb 28];21(1):419-25. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=en
29. Oliveira T, Brasileiro Z, Assis BB, Nogueira DA, Cassia E, Chaves L. Effects of prayer on the vital signs of patients with chronic kidney disease: randomized controlled trial. *Rev Esc Enferm da USP [Internet].* 2017 [cited 2018 Feb 28];51:e03236. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100434&lng=en&nrm=iso&tlng=en
30. Silva DS. Cicatrizes que não se apagam: memórias afetivas e transplante de órgãos. São Paulo, Brasil; 2017.

Apoio financeiro:

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Edital universal 14/2013.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.