

## TRANSPLANTE HEPÁTICO NA PESSOA IDOSA: ASPECTOS DA ESPERA E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

Maria do Carmo de Farias Andrade<sup>1</sup>  
Cristina Maria de Souza Brito Dias<sup>2</sup>

**Resumo:** A transplantação hepática, considerada tratamento efetivo para doenças crônicas e progressivamente incapacitantes, que objetiva melhorar a qualidade de vida do doente, em pessoas idosas, está crescendo nos últimos anos. Tal fato se dá em virtude do envelhecimento populacional global. Alguns estudiosos questionam a eficácia da transplantação hepática em idosos, porém constata-se que os resultados estão relacionados à idade biológica e não à idade cronológica do sujeito, sendo possível êxito no procedimento em pessoas idosas. Esta pesquisa teve por objetivos investigar como as pessoas idosas, em lista para transplante de fígado, vivenciaram a espera e quais estratégias utilizaram para lidar com isso. O estudo foi qualitativo, com seis entrevistados, na faixa etária entre 60 e 73 anos. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e a uma entrevista semidirigida. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática. Os resultados evidenciaram que: 1) a espera pelo transplante caracterizou-se pela ansiedade e perda da qualidade de vida; 2) as estratégias de enfrentamento durante a espera do transplante hepático mais utilizadas pelos sujeitos foram a espiritualidade e o apoio familiar.

**Palavras-chave:** Transplante hepático, Pessoa idosa, Estratégias de enfrentamento.

1 Mestre em Psicologia pela Universidade Católica de Pernambuco – PE, mariadocarmoandrade@gmail.com;

2 Doutora em Psicologia pela Universidade Brasília – DF, cristina.msbd@gmail.com;

## Introdução

A população de pessoas idosas vem crescendo rapidamente no Brasil e no mundo em virtude da redução da mortalidade nos dias atuais e da alta taxa de natalidade nas duas décadas seguintes à Segunda Guerra Mundial. Desde 2012, o Brasil ganhou 4,8 milhões de idosos. O dado mostra como este grupo etário vem se tornando cada vez mais representativo na atualidade, no país (BENTES; PEDROSO; FALCÃO, 2020). Para Kreuz e Franco (2017) e Neri (2014), o envelhecimento é um processo complexo e gradativo que engloba aprendizagem, desenvolvimento e amadurecimento, além de questões biológicas e sociológicas.

Como consequência do rápido envelhecimento da população, bem como do aumento da qualidade e expectativa de vida, tem-se percebido o crescimento no número de realização de transplantes de fígado em idosos, já que esta faixa etária está adoecendo cada vez mais tarde (BARROS; ARAÚJO; LIMA, 2009). O procedimento é considerado o tratamento mais efetivo para doenças hepáticas crônicas e progressivamente incapacitantes. Objetiva prolongar e melhorar a qualidade de vida do doente (BIAGI; SUGANO, 2011).

Em virtude da escassez de órgãos disponíveis para transplante, muitos questionam a segurança e a eficácia da transplantação em idosos. Uma revisão sistemática aponta que, nos últimos anos, tem ocorrido um aumento no número de idosos transplantados de fígado. (MUÑOZ et al., 2015).

Em relação à segurança e à eficácia do transplante hepático nos pacientes mais velhos, a literatura evidencia que os resultados não estão relacionados à idade cronológica, mas à idade biológica das pessoas. Ou seja, as comorbidades prévias do sujeito é que impactarão o resultado final do transplante; Sendo assim, o que irá influenciar o sucesso da cirurgia será uma boa seleção de receptores: se o candidato ao transplante for cuidadosamente selecionado e se ele estiver em boas condições para se submeter ao procedimento, independentemente de sua idade cronológica (WILSON et al., 2014).

Observa-se uma lacuna de pesquisas no que se refere aos aspectos psicossociais relacionados aos idosos transplantados de fígado. Niazi, Schneekloth e Taner (2017) realizaram revisão na literatura buscando compreender como os aspectos psicossociais dos idosos influenciavam os resultados do transplante de fígado. No entanto, não foi encontrado nenhum artigo que versasse sobre a temática especificamente. Os autores encontraram pesquisas que abordavam questões predominantemente médicas e que traziam apenas alguns aspectos

como tabagismo e a presença de ansiedade e depressão, como características destes transplantados, sem aprofundar nestes quesitos.

Apesar da ênfase dada ao ato cirúrgico, é importante considerar o transplante de fígado como um processo e não um acontecimento. Tem início no momento da inscrição na lista de espera e só termina com a morte do receptor. No decorrer de toda sua vida, ele precisará estar em acompanhamento médico e fazer o uso das medicações imunossupressoras para evitar a rejeição do enxerto. É um tratamento complexo e rigoroso que leva o paciente a enfrentar uma série de desafios psicossociais que envolvem questões emocionais, familiares, econômicas, jurídicas e éticas (TAVARES, 2004).

Ao descobrir-se doente, é natural experimentar/experienciar sentimentos de estar em perigo, provocando alterações de comportamento e reações emocionais que podem ou não evoluir para uma condição patológica. Quando o adoecimento hepático se agrava a ponto de ser necessário um transplante, e o sujeito está na fase da lista de espera, observa-se uma qualidade de vida pobre para este paciente. A enfermidade provoca diversas debilidades, altera o esquema corporal, o condicionamento físico, incapacitando-o para o exercício das atividades cotidianas. Exige do paciente mudança de hábitos e readaptações em vários aspectos de sua vida (afetiva, social, familiar, profissional, sexual, entre outras). Os sintomas da doença hepática levam à incapacitação progressiva, perdas na sua autonomia e modificação no seu modo de vida (SILVA, 2017).

Em algumas situações, o candidato ao transplante precisa mudar de cidade para estar mais próximo ao centro transplantador ou buscar centros transplantadores com menores filas e perspectivas de transplante mais rápido, passando a viver longe de seus familiares e do seu lar. Esta necessidade promove um maior distanciamento das atividades sociais e restrições nos relacionamentos interpessoais (LIMA et. al., 2011).

Nesta fase, descrita como o momento de maior estresse em todo o processo, são vivenciadas muitas emoções e conflitos. Medo, dúvida, preocupação, angústia, tristeza e esperança, por exemplo, estão presentes na rotina dessas pessoas, além do preconceito e da vergonha experimentados pelos que têm o esquema corporal alterado. A sensação de vulnerabilidade e desamparo, a incerteza do prognóstico, a ameaça de morte e a imprevisibilidade do tempo de espera pelo procedimento também são evidenciados. Este é o contexto em que está inserida a pessoa que recebe a notícia da necessidade do transplante

de fígado como única alternativa capaz de reverter seu quadro clínico (BIAGI; SUGANO, 2011).

O modo como cada um reage a esse momento e à espera pelo órgão é muito particular e sofre influências de sua história pessoal e de seus modos de estar no mundo. Pode ser vivenciado como momento de esperança de vida e possibilidade de reorganização psíquica e social. Ou, ao contrário, como uma confirmação do agravamento da doença, “ausência de alternativa” ou um imperativo “tem que fazer”, mesmo não querendo ou não se sentindo preparado para isso, tornando a experiência ainda mais traumática (SILVA, 2017).

Nesse cenário, emergem as “estratégias de enfrentamento” que moderam o impacto e a percepção do estresse emocional vivenciados ou aceleram o desenvolvimento de sintomas. Também conhecidos como “mecanismos psíquicos de defesa”, essas estratégias de enfrentamento são acionadas quando o aparelho psíquico sofre uma sobrecarga de emoção, positiva ou negativa, e necessita escoar este excesso de alguma maneira. Algumas pessoas têm mais reservas de enfrentamento e conseguem resolver seus conflitos de modo menos danoso e mais adaptativo. Para outras, a via de saída possível é o sintoma que precisa ser cuidado por meio de ajuda psicológica (SILVA, 2017).

Deste modo, é necessário que toda a equipe de cuidados, em especial o profissional da psicologia, atente para esta situação e intervenha o mais rapidamente possível objetivando a recuperação da qualidade de vida e a retomada de planos e projetos existenciais da pessoa idosa transplantada de fígado.

Na fase da lista de espera, o profissional deve escutar e acolher o candidato ao procedimento do transplante observando sua disponibilidade emocional para submeter-se à cirurgia. Além disso, deve-se observar a motivação para viver e a adesão a tratamentos medicamentosos anteriores. É importante também trabalhar possíveis fantasias relacionadas ao doador e sentimento de culpa por desejar que alguém morra para salvá-lo. Outro fator importante no pré-transplante é trabalhar os sentimentos que surgem como ansiedade, tristeza, medo, dentre outros, evitando, assim, que se instale uma doença mental (TAVARES, 2004).

Esta pesquisa teve por objetivos investigar como as pessoas idosas, em lista para transplante de fígado, vivenciaram a espera e quais estratégias utilizaram para lidar com isso.

## Metodologia

### Natureza da pesquisa

Foi realizada uma pesquisa clínico-qualitativa em que o interesse do pesquisador está centrado na busca do significado das “coisas”, pois este tem um papel organizador para os seres humanos. (TURATO, 2008).

### Participantes

Os participantes foram escolhidos por meio de amostragem proposital, de acordo com os objetivos do trabalho. Sendo assim, participaram seis idosos, com idades variando entre 60 e 73 anos, de ambos os sexos, sendo quatro homens e duas mulheres, sem distinção de nível socioeconômico, estado civil ou religião, que estavam em condições cognitivas<sup>3</sup> de responder às perguntas e que passaram pelo transplante de fígado há, no mínimo, seis meses e, no máximo, um ano<sup>4</sup>. As cirurgias foram, obrigatoriamente, realizadas pela equipe da Unidade de Transplante de Fígado de Pernambuco que se localiza no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (Recife – PE).

Foram excluídos da amostra os idosos que estavam ou já estiveram, em algum momento, em acompanhamento psicoterapêutico com a pesquisadora, a fim de evitar constrangimentos e sentimentos de “obrigatoriedade” na participação na pesquisa por parte dos pacientes. Também foram excluídas pessoas em lista de espera para re-transplante ou re-transplantados. A seguir, será apresentado um quadro com os principais dados sociodemográficos dos participantes que receberam nomes fictícios, para preservar sua identidade.

**Quadro 1** - Dados sociodemográficos dos participantes

Participante	Idade	Estado Civil	Profissão	Religião	Doença	Onde Reside
Severo	60	Solteiro	Eng. Fábrica	Não possui	Carcinoma hepatocelular e hepatite C	Campina Grande – PB

3 Observada nos primeiros contatos com o paciente.

4 Este período de tempo foi assim determinado, pois após 6 meses o paciente, na maioria das vezes, já chegou a uma estabilidade clínica e o período mais crítico de intercorrências já passou. Um ano como período máximo para que a experiência ainda esteja viva na memória do entrevistado.

Sirius	66	Casado	Eng. Elétrico	Espírita	Carcinoma hepatocelular e cirrose por Nash	Recife – PE
Minerva	62	Divorciada	Rel. Públicas	Católica	Cirrose biliar primária	Recife-PE (Aracaju-SE)
Gina	73	Viúva	Dona de Casa	Católica	Carcinoma hepatocelular e hepatite C	Maceió-AL
Olívio	60	Casado	Adm. Empresas	Evangélico	Cirrose alcoólica e hepatite C	Jaboatão dos Guararapes – PE
Rony	69	Recasado	Serv. Público	Não possui, acredita em Deus	Hipertensão portal	Maceió-AL

## Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados um questionário sociodemográfico (composto de questões como idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de adoecimento, motivo, entre outros), e um roteiro de entrevista semiestruturada, composta de questões que atendem aos objetivos propostos pela pesquisa. Realizou-se a primeira pergunta **“Como se sentiu no período que estava na lista do transplante de fígado?”** e foi permitido que o participante discorresse livremente sobre a sua experiência no processo de transplante hepático.

## Procedimento de coleta de dados:

Após autorização da instituição para realização da coleta de dados e da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, foi solicitada à coordenação de transplantes da Unidade de Transplante de Fígado a indicação de pacientes que atendiam aos critérios de inclusão na pesquisa. Conseguiu-se contato com seis pessoas que aceitaram colaborar.

Os participantes foram convidados por meio de contato telefônico, buscando coincidir a data da entrevista com alguma consulta médica, visto que apenas três estavam na Região Metropolitana do Recife.

Após serem informados dos objetivos da pesquisa e da gravação das entrevistas, sendo também garantido o sigilo das informações coletadas e aceitarem participar, assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”. As entrevistas ocorreram em sala apropriada, na Unidade de Transplante de Fígado de Pernambuco. Cada participante foi entrevistado individualmente,

uma única vez, com duração média de uma hora. As entrevistas foram gravadas e transcritas, tentando-se manter o máximo de fidelidade sobre o que foi dito.

## **Procedimento de análise de dados**

Os dados coletados nas entrevistas foram analisados por meio da Análise de Conteúdo descrita por Minayo (1999) perpassando por três fases: (1) *pré-análise*; (2) *exploração do material*; (3) *tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação*.

## **Cuidados éticos**

O projeto de pesquisa, sob o número CAAE 03012318.8.0000.5206, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco. Antes da realização da entrevista, foi apresentado e assinado pelos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram obedecidas as orientações da Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. O TCLE assegurou aos participantes o direito de desistirem da pesquisa sem sofrer nenhum prejuízo. Caso houvesse desconforto por parte dos idosos, as entrevistas seriam interrompidas e os mesmos encaminhados para atendimento psicológico, o que não foi necessário.

## **Resultados e discussão**

A análise foi realizada em três etapas. Sendo assim, iniciou-se com uma leitura flutuante das entrevistas, objetivando a constituição do *corpus* da pesquisa. A seguir, etapa da exploração do material coletado, em concordância com os objetivos da pesquisa, foram definidas duas categorias para serem discutidas: 1) À espera do transplante hepático; 2) Estratégias de enfrentamento durante a espera do transplante hepático. Por fim, na etapa da análise e interpretação dos resultados foram discutidos os dados obtidos, a partir das categorias definidas, relacionando-as com a literatura.

## À espera do transplante hepático

Para a maioria dos entrevistados, o momento da espera na lista para receber o fígado foi marcado pela pobreza em sua qualidade de vida e percebido de modo negativo. A este respeito, Aguiar et. al. (2018) apontam que esta queda na qualidade de vida está especialmente relacionada aos sintomas físicos e às implicações psicológicas e sociais. Ser incluído numa lista de espera para transplante hepático favorece o aparecimento de dificuldades subjetivas como: desesperança, ansiedade, diminuição da autoestima, entre outras.

Nas falas dos entrevistados pode-se destacar o sofrimento e o medo de não conseguir o órgão a tempo, como foi o caso descrito por Minerva; susto e tensão apontados por Gina; dificuldades com os sintomas físicos sinalizados por Rony; percepção do momento como terrível na concepção de Sirius.

*Aí foi muito sofrimento, muito mesmo. Eu sentia que não ia chegar a tempo (chora). Os sintomas iam afunilando, afunilando, intensificando, eram muito fortes. (...) Eu só pensava pra mim: Nossa, não vai chegar um fígado a tempo. (Minerva).*

*Eu fiquei dois meses na fila, muito assustada. (Gina).*

*Fiquei ruim na UTI, passando muito mal. (Rony).*

*Terrível! A espera é terrível! (Sirius).*

Em conformidade com Medeiros (2008), percebe-se que, para esses participantes, a espera do transplante de fígado foi vivenciada como um período de ansiedade, tensão e angústia permeado de incertezas e imprevisibilidade da vida. É como se a pessoa vivesse num constante estado de alerta, oscilando de humor, com perda da energia interna, que gera desesperança.

O participante Olívio, em virtude de seu quadro clínico, afirmou não saber como foi esse período, mas ainda assim foi possível perceber que sua qualidade de vida foi prejudicada no que diz respeito aos aspectos físicos, precisando ser hospitalizado, e nos aspectos psicológicos, pois estava com encefalopatia: *Nem sei dizer como foi. Fiquei mais no hospital com crise de encefalopatia, meio lelé da cuca.*

Apenas Severo não percebeu essa fase como negativa: *Normal, tudo normal! Não tive desespero não. (...) Eu continuei meu trabalho em casa. Agora sem pensar nisso. (...) Sou uma pessoa muito calma, muito tranquila.*

Ainda a este respeito, Silva (2017) aponta que cada pessoa passa por esta situação de modo muito particular. No entanto, essa é a fase mais estressante

do processo para a maioria das pessoas. Ela é marcada pela perda da qualidade de vida, em virtude dos sintomas da doença, estando presentes sentimentos de tristeza, medo e ansiedade. Segundo a mesma autora, pode ainda ser encarada como uma sentença de morte, como se observa no discurso do entrevistado Sirius:

*Aí nessa hora realmente a pessoa tem um certo impacto emocional. Pra mim não era nem de coisa boa. Porque uma coisa é você esperar, por exemplo, feito o retorno de alguém, né? Aí quando diz 'chegou' aí você explode de alegria. Como eu não acreditava que ia dar certo, então quando chegou, eu digo bom... chegou a minha sentença.*

Em contrapartida, a mesma autora ainda pontua que pode ocorrer o aparecimento da esperança como possibilidade de melhora, como pode ser constatado nas falas de Rony: *Apostei que seria uma alternativa pra sair daquele sofrimento.* E de Minerva:

*Eu recebi com muito carinho essa notícia, porque pra mim era um retorno de qualidade de vida. Porque, realmente eu tava sofrendo muito, eu tinha muita disenteria (...). Eu tinha muito vômito, eu entrava em encefalopatia pra internar, então assim, quando falou assim: 'Você pode ter uma segunda chance', pra mim foi um céu!*

Dada à imprevisibilidade do surgimento de um doador, a cirurgia pode ocorrer a qualquer hora do dia. Este fato geralmente intensifica a ansiedade que a pessoa em lista de transplante experimenta e pode evidenciar um fenômeno conhecido como “terror do telefone” significando que qualquer toque do referido aparelho gera tensão no candidato ao transplante, pois ele pensa que pode ser o chamado tão esperado para a realização do procedimento (TAVARES, 2004). Pode-se constatar esta vivência em alguns entrevistados:

*Você é orientado para o seguinte... não desligue o telefone, 24 horas, e esteja por perto, porque não existe hora pra isso. Aí você fica naquela expectativa (Sirius).*

*Quando o telefone tocava, o coração gelava, eu me assustava. Recebi quatro chamados. Fiquei meio decepcionada também. Quando eu pensava que ia... Não ia (Gina).*

Nesta última fala observa-se ainda a frustração e o impacto emocional negativo dos chamados ‘alarmes falsos’. Biagi e Sugano (2011) referem que o

período de espera pode ainda exigir mudança de cidade, por parte do paciente e sua família, para que possam estar mais próximos ao centro transplantador a que estão ligados. Foi o que ocorreu com Minerva que se mudou de Aracaju-SE para o Recife-PE:

*Estamos morando na casa do meu filho, aqui no Recife desde que fui listada, para estar mais perto de tudo; nos sentimos mais seguros, mas estou com saudade de casa. Assim que as consultas forem mensais, volto para Aracaju.*

No Brasil, ainda há uma disparidade na distribuição de centros transplantadores. Determinadas regiões concentram maior número de serviços aptos à realização de transplantes, enquanto em outras a pessoa necessita deslocar-se em busca do tratamento. Deste modo, como pode ser observado na participante Minerva, frequentemente os candidatos ao transplante de fígado são obrigados a migrar para outras cidades. A migração de pacientes também ocorre quando, mesmo com o procedimento disponível nas proximidades, buscam menores filas e perspectivas de transplante mais rápido que em seu local de origem (LIMA *et al.*, 2011).

Em virtude das constantes idas ao serviço de saúde do uso de medicamentos e cuidados específicos, Fratezi, Gutierrez e Falcão (2010), acrescentam ainda que cuidar de uma pessoa enferma requer adaptações de todos os componentes da família, como pode ser observado também na fala de Minerva. Além da mudança de cidade, ela foi morar na casa do filho, o que acarretou a necessidade de readaptação de todos os envolvidos nessa situação.

## **Estratégias de enfrentamento durante a espera do transplante hepático**

Em face da espera do transplante, pacientes e familiares estão expostos a mudanças significativas em suas vidas, que exigem uma reorganização e reconfiguração do contexto familiar e pessoal. Sendo assim, surge a necessidade do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da situação (BRAVIN *et al.*, 2019).

Conforme Costa (2013), todo adoecimento denota ruptura com a vida no que concerne aos projetos e perspectivas de futuro. Neste contexto, a pessoa busca novas formas de enfrentamento da situação, no caso, o adoecimento em si

e a espera do transplante. Estas novas formas de enfrentamento têm a ver com a história de vida da pessoa, estando atreladas à sua condição sóciohistórica.

O enfrentamento ou *coping* é um importante aspecto da saúde mental. É o pensamento ou comportamento que tem por objetivo reduzir ou aliviar o estresse resultante de condições prejudiciais ou ameaçadoras. As estratégias de enfrentamento são responsáveis pela moderação do impacto e da percepção do estresse emocional vivenciado pelas pessoas. Elas são acionadas quando o aparelho psíquico sofre uma sobrecarga de emoção, que pode ser positiva ou negativa, e auxilia no escoamento deste excesso (SILVA, 2017).

Os participantes desta pesquisa utilizaram diversos destes mecanismos sendo os mais frequentes a *fé em Deus e a família*. Bravin *et al.* (2019), apontam que a fé em Deus se relaciona positivamente a uma variedade de indicadores de saúde mental no processo de enfrentamento de doenças. Isso pode ser observado nos seguintes excertos:

*Eu só rezava! Só orava e pedia a Jesus pra dar tudo certo. Pedia força, que me protegesse, que me guardasse (...) Deus é maior, os médicos são muito por mim e Deus tá a frente de tudo também e eu to guardada por Ele (...). Minha família é uma bênção. Sem eles não tinha aguentado (Gina).*

*Sou uma pessoa que sou muito grata a Deus, se não fosse Ele, não sei como teria passado por tudo isso. Eu digo que eu sou a menina dos olhos Dele. Porque Ele me deu quatro filhos maravilhosos, deu noras e genros maravilhosos, netos maravilhosos. O que é que eu tenho pra reclamar da vida? (Minerva).*

A espiritualidade e a religiosidade podem ser utilizadas como estratégias de enfrentamento para situações críticas da vida, como no momento da espera de um órgão para transplante, aumenta o senso de propósito e significado da vida, que são associados à maior resistência ao estresse advindo das doenças (ROCHA; CIOSAK, 2014).

Espiritualidade e religiosidade têm sentidos distintos e cabe aqui uma diferenciação: *espiritualidade* é definida como busca pessoal para entender questões da vida, sobre seu sentido, sobre as relações com o sagrado e o transcendente, que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas; *religiosidade* se define como seguir e praticar uma religião (BARVIN *et al.*, 2019).

Ambos, espiritualidade e religiosidade trazem bem estar além de reduzir níveis de angústia, depressão e mortalidade (DIAS, 2013). O mecanismo pelo

qual a religiosidade e a espiritualidade interferem na saúde e no bem estar ainda não é bem compreendido. No entanto, pesquisadores acreditam haver conexões importantes entre religiosidade, espiritualidade e saúde (ROCHA; CIOSAK, 2014).

Na entrevista de Olívio também foi possível constatar um discurso centrado em Deus e na espiritualidade:

*Aí foi quando eu basicamente me tornei evangélico, porque eu tava indo na igreja de evangélico, mas eu ainda não tinha me convertido. Aí eu cheguei na cama que eu tava, olhando para o céu, porque na UTI que eu tava tem um janelão assim...Aí eu olhei pra cima assim e disse: Pai, eu sei que o Senhor é o médico dos médicos. Só o Senhor cura. (...)Tã nas Suas mãos!*

Rony também faz uso da fé e gratidão a Deus(espiritualidade) e à família: *Eu não tenho religião definida, mas eu agradeço muito a Deus (...). Depois agradeço demais à minha esposa... (emociona-se), pois sem ela nada disso seria possível, sem ela eu não sei como estaria agora.*

Na pesquisa realizada por Szczepaniket *al.*, (2018) sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas durante o tratamento por pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas, o apoio familiar foi apontado como o principal recurso de enfrentamento dos pacientes. Tal constatação corrobora com as falas dos entrevistados deste estudo.

Na fala de Olívio é possível perceber também outro mecanismo de enfrentamento do adoecimento/hospitalização: a barganha. Este conceito foi desenvolvido por Kübler-Ross

(1998) para compreender os modos como as pessoas enfrentam o luto. Adoecer é luto pela perda da saúde e possibilidade da perda da vida. Segundo a autora, a barganha pode ser compreendida como uma promessa que o enfermo faz numa tentativa de ser recompensado, de sair do sofrimento ou adiar sua morte. A maioria das barganhas é feita com Deus e geralmente mantidas em segredo.

*Se o Senhor vai me der mais uma chance, que me tire dessa logo. Eu tô sofrendo muito. Se não vai, me leve logo, me leve, porque o Senhor tira meu sofrimento e tira o sofrimento da minha família e daqueles que estão ao meu redor. Aí Pai, se eu sair dessa, eu nunca mais vou me meter com esse negócio de bebida (Olívio).*

Rony destacou sua força interior e a vontade de viver como modos de enfrentamento:

*Vontade de viver. Eu dizia que não era minha hora. Ainda tenho um bocado de tempo pela frente. Estou por aí tranquilo, contando a história. (...) Depois disso tudo eu tenho mais crença na coisa, sabe? Numa coisa que eu não sei se é Deus, ou se é a força de vontade de viver, de não ir embora agora.*

Sirius acredita também que o que o ajudou a enfrentar a situação foi sua força interior proveniente da criação que recebeu de seus pais (resiliência):

*Eu acredito que tem o fator criação. Lá em casa era muita gente, 13 pessoas, 13 irmãos,(...) os pais não têm muito tempo pra dá muita atenção, ficar paparicando, joga muito você pra vida. E você aprende que a vida é feita de coisas boas, de coisas más, enfim... Tudo que você vai sentir fisicamente ou mentalmente vai depender de suas atitudes. Então quando tem um problema, você vai tentar resolver e enfrentá-lo da melhor maneira possível, da forma que menos lhe machuque. Eu sabia que tinha isso, então vou tentar passar da melhor maneira possível. Querendo ou não...Vou tentar reduzir o dano.*

Rocha e Ciosak (2014) apontam que a força interior, a força de vontade, a resiliência, como observados nas falas de Rony e Sirius,são mecanismos fundamentais para o manejo do adoecimento e seus desdobramentos em idosos. Evidenciam que cada um tem um potencial interior para enfrentar as adversidades. Aqueles que estão mais preparados para encarar quaisquer situações de crise que podem ocorrer na vida possuem maior resiliência.

Outro fato importante a ser realçado é que Sirius, inicialmente,recuou o transplante, não aceitando a proposta da equipe, preferindo submeter-se a uma cirurgia que não obteve o resultado desejado. Ele precisou então passar por esta experiência para poder enfrentar e aceitar otransplante: *A primeira sugestão do médico foi entrar logo na fila do transplante, era a primeira opção. E eu não quis, eu digo, não vou fazer esse negócio não!* Diante desta atitude, é possível encontrar outro mecanismo de enfrentamento desenvolvido por Kübler-Ross (1998): a negação. Ela funciona como um ‘para-choque’ diante de notícias inesperadas e chocantes e permite que a pessoa se recupere com o tempo e seja capaz de mobilizar outras formas de enfrentamento menos radicais.

## Considerações finais

O envelhecimento populacional na esfera mundial não é novidade. As pessoas estão ficando cada vez mais velhas, com melhor qualidade de vida, e, conseqüentemente, adoecendo mais tarde. Tal fato implica também em um aumento do número de doenças e entre elas desatacou-se, neste artigo, o adoecimento hepático que leva à necessidade de transplante no idoso.

Caracterizou-se como um estudo introdutório e exploratório, uma vez que são escassas as pesquisas sobre esse procedimento cirúrgico realizado em pessoas idosas. As que existem, abrangem, especialmente, a parte fisiológica e não os aspectos psicossociais deste processo.

Na incipiente literatura existente, é comum questionar a eficácia do transplante de fígado em pessoas idosas. Neste sentido, observa-se que não é a idade cronológica que influenciará no resultado, mas uma boa escolha do candidato ao procedimento no que se refere a comorbidades prévias. Sendo assim, uma pessoa idosa pode ter êxito e uma pessoa mais jovem não.

O adoecimento surge como algo inesperado na vida do indivíduo, e que rompe com o “planejamento” e com a noção de continuidade vital. A literatura aponta que o modo como cada pessoa reage ao momento do diagnóstico é singular. Algumas vezes aparece como um elemento surpresa, em virtude de o adoecimento geralmente ser assintomático. Para outros, é percebido como ameaça, sentença de morte. Por outro lado, traz um aspecto positivo, pois representa uma esperança de cura e recuperação da qualidade de vida.

A espera pelo transplante hepático é marcada, em sua maioria, pela queda da qualidade de vida por sintomas físicos ou emocionais como ansiedade, desesperança, incertezas, dentre outros. A imprevisibilidade do aparecimento do doador também é algo que potencializa o surgimento destes sintomas. Os participantes desta pesquisa colocaram o grupo familiar como principal fonte de apoio (emocional, social e financeiro). Do mesmo modo, perceberam que o processo pelo qual passaram, trouxe repercussões para a família, especialmente, no âmbito emocional e no cotidiano, quando membros da família deixaram de realizar suas atividades rotineiras para acompanhá-los em consultas ou ministrar os cuidados necessários.

Todo o processo do transplante hepático é permeado por uma sobrecarga de emoções. Diante disso, emergem algumas estratégias psíquicas para enfrentar a situação vivenciada. O apoio familiar e a espiritualidade/religiosidade

apareceram como principais estratégias de enfrentamento utilizadas pela maioria dos idosos.

Faz-se necessário repensar o envelhecimento humano, buscando romper com os preconceitos que ainda permeiam o imaginário social de que a pessoa idosa é um ser doente e passivo, incapaz de desenvolver-se mesmo em idades mais avançadas. Ou seja, precisamos compreender que o idoso é um ser de possibilidades e que tem potencial para o desenvolvimento até o último dia de vida, podendo, sim, beneficiar-se de um transplante de fígado.

Reconhece-se que o presente estudo tem suas limitações no que diz respeito à sua pequena amostra e à escassa literatura sobre o fenômeno estudado. Outro aspecto a ser levantado é que a presente pesquisa apenas deu voz à pessoa idosa transplantada. Sendo assim, sugerem-se outros estudos sobre a temática abordando diferentes nuances do fenômeno. Por exemplo, estudar as percepções do grupo familiar da pessoa idosa em lista de transplante, bem como suas estratégias de enfrentamento do momento ou compreender como os profissionais de saúde se posicionam a respeito da possibilidade de realização de transplante hepático em um idoso.

## Referências

AGUIAR, M. I. F. de et al . Aspectos psicossociais da qualidade de vida de receptores de transplante hepático. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 2, 2018. Recuperado de <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072018000200306-&lng=en&nrm-iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200306-&lng=en&nrm-iso)>. Acessado em 02 Set. 2020.

BARROS, P. M. R.; ARAÚJO, E. C. de; LIMA, L. S. de. Transplante de órgãos e tecidos: aspectos históricos, éticos-legais, emocionais e repercussão a qualidade de vida. **Journal of Nursing UFPE online**, Recife, v.3, n. 4. 2009. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6154>. Acessado em 02 Set. 2020.

BENTES, A. C. O.; PEDROSO, J. S.; FALCÃO, D. V. S. A família no estágio tardio da vida: refletindo crenças sobre a velhice e o relacionamento entre pais idosos e filhos adultos. In MENDES, J. A.A.; BUCHER-MALUSCHKE (Orgs.). **Perspectiva sistêmica e práticas em psicologia: temas e campos de atuação**. Curitiba: CRV, 2020, p. 245-267.

BIAGI, A. U ; SUGANO, C.F. Transplante de órgãos. In ROMANO, B.W. (Ed.). **Manual de psicologia clínica para hospitais**. 6ª. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 145-208.

BRAVIN, A.M. et al. Benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade em pacientes renais crônicos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.72, n.2, p.541-551, 2019. Recuperado de <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672019000200541-&lng=en&nrm-iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200541-&lng=en&nrm-iso)>. Acesso em 02 Set. 2020.

COSTA, J. M. **HIV/AIDS na velhice**: a fala dos idosos soropositivos na cidade do Recife. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil, 2013.

DIAS, C.M.S.B. Velhice: vulnerabilidade e possibilidades. In MOREIRA, L.V.C. (Org.), **Psicologia, família e direito**. Curitiba: Juruá, 2013. p. 259-271.

FRATEZI, F. R.; GUTIERREZ, B.A.O.; FALCÃO, D. V. S. Doença crônica: o processo de morrer e a morte do idoso na família. In FALCÃO, D. V. S. (Org.). **A família e o idoso: desafios da contemporaneidade**. Campinas: Papirus, 2010. p. 191-210.

KREUZ, G.; FRANCO, M. H. P. O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento - Revisão Sistemática de Literatura. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro , v. 69, n. 2, p. 168-186, 2017. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672017000200012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 02 Set. 2020..

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para dizer a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. 8ª. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LIMA, A. S. et. al. Migração de pacientes para transplante hepático. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 21, n. 4, p.413-421, 2011 Recuperado de <http://rmmg.org/artigo/detalhes/144>. Acesso em 02 Set. 2020

MEDEIROS, C. R. **Aprendendo a redesenhar a convivência conjugal a partir da expectativa do transplante hepático**. Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco, Recife – PE, Brasil, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MUNOZ, O. et al. Trasplante hepático em mayores de 65 años de edad: experiencia em el Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia 2004-2010. **Revista Colombiana de Gastroenterología**, Bogotá , v. 30, n. 1, p. 19-23, 2015 . Recuperado de <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-99572015000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572015000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 Set. 2020.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. 4ª. ed., Campinas: Alínea, 2014.

NIAZI, S.; SCHNEEKLOTH, T.; TANER, C. B. Elderly recipients of liver transplantation: Impact of age and psychosocial variables on outcome. **Current Opinion Organ Transplant**, 22 n. 6, p. 588-592. 2017. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/MOT.0000000000000469>. Acesso em 02 Set. 2020.

ROCHA, A. C. A. L. da.; CIOSACK.. Doença crônica no idoso: espiritualidade e enfrentamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48 n.2, p. 92-98. 2014. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800014>. Acesso em 2 Set. 2020.

SILVA, J. D. **O impacto da doença hepática e do transplante de fígado na qualidade de vida**. Mestrado em Ciências da Saúde na Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo, SP, Brasil, 2017.

SZCZEPANIK, A. P. et al. Estratégias de enfrentamento utilizadas durante o tratamento por pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra , v.IV, n. 19, p. 29-37, 2018 . Recuperado de <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832018000400004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832018000400004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 02 set. 2020. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV18055>.

TAVARES, E. A vida depois da vida: reabilitação psicológica e social na transplantação de órgãos. **Análise Psicológica**, v. 22, n.4, p. 765-777, 2004. Recuperado de [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312004000400010&lng=es&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000400010&lng=es&tlng=pt)

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 3ª. ed., Petrópolis: Vozes, 2008.

WILSON, G. C., et al. Is liver transplantation safe and effective in elderly ( $\geq 70$  years) recipients? A case-controlled analysis. **HPB: The Official Journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association**, v. 16, n. 12, p.1088-1094, 2014. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4253332/>. Acesso em 02 Set. 2020.