

FACTORES PSIQUIÁTRICOS E PSICOSSOCIAIS NA EVOLUÇÃO CLÍNICA DO
DOENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE HEPÁTICO
ESTUDO LONGITUDINAL, PROSPECTIVO, OBSERVACIONAL, ANALÍTICO

António Diogo de Albuquerque Leite Telles Correia
Doutoramento em Medicina, Especialidade de Psiquiatria e Saúde Mental

Orientador: Professor Doutor António Barbosa
Co-Orientador: Professora Doutora Estela Monteiro

Ano de 2009

A impressão desta dissertação foi aprovada pela Comissão Coordenadora do Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa em reunião de 14/07/09

As opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade do autor

Transplantation is never in the past. It produces an inflexion in life that keeps an open reminder from the trace of the scar altering my settledness, bringing up death's trace. It is my horizon, an existential space where I adapt slowly, this time as the guest of that which I did not arrange, like a guest of nobody's creation. This time, the foreign has made me the guest, the alteration has given me back a belonging I did not remember. The transplant ex-poses me, ex-ports me in a new totality. The expression of it all, I know, eludes me, makes me face a twilight language.

Francisco Varela

Journal of Consciousness Studies, 8, No. 5-7, 2001, pp. 259-71

À minha família e aos meus amigos

Agradecimentos:

Ao meu Mestre, Professor António Barbosa, pelo incansável e permanente apoio e estímulo, desde os tempos da Faculdade até ao terminus da tese.

À Professora Estela Monteiro, por todo o suporte que foi manifestando ao longo da construção da tese.

À Professora Luísa Figueira, pela amizade e pelo apoio que sempre demonstrou. E pela revisão estatística e ajuda na elaboração das questões conceptuais da tese.

Ao Professor Daniel Sampaio e ao Dr. Carlos Góis, pela amizade e pelo apoio.

À Professora Helena Cortez Pinto pelas suas sábias opiniões. E pela revisão das questões gastroenterológicas.

À Dr^a Inês Mega, pela sua amizade e imprescindível ajuda.

Ao Dr. Pedro Vasconcelos, pela inxcedível amizade e rigor académico com que auxiliou a revisão final do texto.

A presente tese foi feita com base nas Publicações:

(Em Revistas Internacionais e Nacionais Indexadas e com «Peer Review»)

Já publicados:

- TELLES-CORREIA D, CORTEZ-PINTO H, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Quality of life following liver transplantation: a comparative study between Familial Amyloid Neuropathy and liver disease patients. BMC Gastroenterology 2009. Jul 15;9(1):54.
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Adherence correlates in transplant candidates- Transplantation Proceedings 2009 2009; 41(5):1731-1734.
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MATEUS H, MONTEIRO E. When does quality of life improve after liver transplantation? A longitudinal prospective study. Transplantation Proceedings 2009. Apr;41(3):904-905.
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MATEUS H, MONTEIRO E. Psychosocial determinants of quality of life 6 months after transplantation: longitudinal prospective study. Transplantation Proceedings 2009. 2009 Apr;41(3):898-900.
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I. Psychiatric assessment of anxiety and depression in medical patient (Abstract). European Psychiatry, Volume 24, Supplement 1, 2009, PageS736
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I. Psychosocial determinants of quality of life after transplantation (Abstract). European Psychiatry, Volume 24, Supplement 1, 2009, Page S983
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Importance of depression and active coping in liver transplant candidates' quality of life. Progress in Transplantation 2009 Mar;19(1):85-89.
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A. Ansiedade e Depressão em Medicina. Modelos e Avaliação. Acta Med Port. 2009 Jan-Feb;22(1):89-98.
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Psychiatric differences between liver transplant candidates with familial amyloid neuropathy and those with alcoholic liver disease. Progress in Transplantation 2008. 18; 2: 134-135
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, Patients with paramyloidosis awaiting liver transplantation: Psychiatric profile and coping mechanisms (abstract). European Psychiatry 2008, Vol. 23, Suppl. 2: 400
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, BARROSO E, MONTEIRO E. Validação do Questionário Multidimensional da Adesão No Doente com Transplante Hepático. Acta Médica Portuguesa 2008; 21(1): 31-36
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, BARROSO E, MONTEIRO E. Coping nos Doentes Transplantados. Acta Médica Portuguesa 2008; 21 (2): 141-148

- TELLES-CORREIA D, GUERREIRO D, OLIVEIRA S, FIGUEIRA ML. Diferenças Farmacodinâmicas e Farmacocinéticas dos SSRI. Acta Médica Portuguesa 2007; 20;2 : 167-174
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, BARROSO E, MONTEIRO E. Adesão nos Doentes Transplantados. Acta Médica Portuguesa 2007; 20; 1: 73-85
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Psychosocial Determinants of Multidimensional Adherence in Liver Disease Transplant Candidates (abstract). Journal of Psychosomatic Research 2007; 63: 337
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Psychiatric and Psychosocial Profile: Before and After Liver Transplantation (abstract). Journal of Psychosomatic Research 2007; 63: 337-338
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, BARROSO E, MONTEIRO E. Different psychiatric profile for the alcohol and paramiloidosis transplant groups (abstract). European Psychiatry 2007 Vol. 22, Suppl. 1: 201
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, BARROSO E, MONTEIRO E. Abordagem psiquiátrica do transplante hepático. Acta Médica Portuguesa 2006; 19:165-180

Aceites para Publicação mas ainda não publicados:

- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Psicofármacos e Doença médica. Acta Médica Portuguesa 2009.
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Personalidade e Transplante. Acta Médica Portuguesa 2009.
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Qualidade de Vida e Transplante. Acta Médica Portuguesa 2009.

Em apreciação:

- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Quality of Life following liver transplantation in Familial Amyloid Neuropathy and Patients a Prospective Controlled Study
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Quality of Life, Mental Health and Coping Strategies following liver transplantation in Alcohol Liver Disease Patients a Prospective Controlled Study
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Pre-Transplantation Coping Strategies and Neuroticism are the Main Determinants of Quality of Life and Mental Health after Liver Transplantation
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Pre-Transplantation Coping Strategies and Neuroticism Predict Clinical Evolution After Liver Transplantation
- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Pre-Transplantation Determinants of Adherence After Liver Transplantation

Abreviaturas:

A: Agradabilidade

CHC: Carcinoma Hepatocelular

Coef: Coeficiente

C: Consciosidade

CA: Coping Activo

DHA: Doença Hepática Alcoólica

E: Extroversão

Fig.: Figura

HB: Hepatite B

HC: Hepatite C

HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*

IPQ: *Revised Illness Perception Questionnaire*

LES: *Life Experiences Survey*

MC: Mecanismos de *Coping*

MMF: Micofenolato de mofetil

NEO-FFI: *NEO Five-Factor Inventory*

N: Neuroticismo

NPAF: sem Polineuropatia Amiloidótica Familiar

O: Abertura

OR: *Odds Ratio*

PAF: Polineuropatia Amiloidótica Familiar

QMA: Questionário Multidimensional de Adesão

QV: Qualidade de Vida

SF-36 MOS: *Medical Outcomes Study . MOS Quality of Life Questionnaire*

SSQ6: *Social Support Questionnaire*

ÍNDICE	
RESUMO E <i>ABSTRACT</i>	17-23
I PARTE: REVISÃO DA LITERATURA	
Preâmbulo A Transplantação Hepática: Aspectos médicos e Históricos	25-33
Capítulo I O Papel do Psiquiatra no Transplante Hepático	35-69
Capítulo II Personalidade e Transplante	71-87
Capítulo III <i>Coping</i> e Transplante	89-105
Capítulo IV Ansiedade e Depressão no Transplante	107-133
Capítulo V Qualidade de Vida e Transplante	135-149
Capítulo VI Adesão e Transplante	151-181
II PARTE: INVESTIGAÇÃO	
Capítulo VII Método	183-210
Capítulo VIII Resultados	211-256
Capítulo IX Discussão e Conclusões	257-280
ANEXOS	281 e seguintes
<ul style="list-style-type: none"> - Anexo I- Consentimento informado, questionário sociodemográfico, escalas de avaliação - Anexo II- Validação do questionário multidimensional de adesão - Anexo III- Associação entre as variáveis psiquiátricas e psicossociais ao longo do primeiro ano pós-transplante hepático - Anexo IV- Resultados não utilizados para a resolução das questões da tese 	

RESUMO

A psiquiatria, integrando as equipas de transplantação, tem contribuído para uma criteriosa selecção dos doentes candidatos, num contexto social de indisponibilidade de órgãos e de custos elevadíssimos inerentes a todo o processo.

O objectivo principal desta tese foi verificar até que ponto os factores psiquiátricos e psicossociais aferidos no período pré-transplante determinam a evolução psiquiátrica e médica, a QV e a adesão no 12º mês pós-transplante, em doentes submetidos a transplante hepático.

Como objectivos secundários, o projecto pretendeu:

- 1) Caracterizar do ponto de vista psiquiátrico e psicossocial e relativamente à QV os doentes submetidos a transplante hepático antes e depois da intervenção cirúrgica.
- 2) Verificar as diferenças na evolução das variáveis psiquiátricas, psicossociais e da QV entre os doentes submetidos a transplante (grupo de estudo) e aqueles que permanecem a aguardar o transplante (grupo de controlo).
- 3) Verificar as diferenças na evolução das variáveis psiquiátricas, psicossociais e da QV entre os dois grupos clínicos principais de doentes transplantados: com doença hepática e sem doença hepática (paramiloidose - PAF).
- 4) Verificar as diferenças na evolução das variáveis psiquiátricas, psicossociais e da QV entre os dois grupos clínicos principais de doentes hepáticos transplantados: com doença hepática alcoólica e sem doença hepática alcoólica (DHA).

Foi recolhida uma amostra sequencial de doentes, com indicação para transplante hepático, que recorreram à consulta de hepatologia da Unidade de Transplantação do Hospital de Curry Cabral entre Janeiro de 2006 e Dezembro de 2007.

Dos doentes avaliados no período pré-transplante, aqueles que foram transplantados passaram a constituir o grupo de estudo (n=62) enquanto os que permaneceram em espera, por motivos alheios a este estudo, corresponderam ao grupo de controlo (n=40).

Relativamente ao objectivo primário concluiu-se que:

A ansiedade, a depressão e a QV (12^o mês pós-transplante) eram determinadas pelos mecanismos de *coping* (MC) do período pré-transplante (associação directa para os MC adaptativos e inversa para os não adaptativos). Por outro lado estes MC eram determinados pela personalidade (neuroticismo). Com base nestes factos foi construído um modelo teórico pré-transplante-pós-transplante da QV e saúde mental. Verificou-se também que os MC do pré-transplante se correlacionavam fortemente com os MC do período pós-transplante, facto que pode explicar a influência destes MC pré-transplante sobre a evolução pós-transplante.

No que se refere aos modelos preditivos da evolução clínica pós-transplante, os factores psiquiátricos e psicossociais pré-transplante que co-determinavam a mortalidade eram o neuroticismo e o suporte social e o *coping* activo (CA) (pré-transplante) era co-determinante dos dias de internamento pós-transplante (a par da presença de insuficiência hepática significativa pré-transplante). Observou-se que o CA pré-transplante estava associado ao CA do período pós-transplante, facto que pode explicar a influência deste MC pré-transplante sobre a evolução clínica pós-transplante.

Os únicos determinantes da adesão à medicação no 12^o mês pós-transplante eram a adesão pré-transplante e a crença de controlo pessoal da doença pré-transplante.

Relativamente aos objectivos secundários concluiu-se que:

No momento da avaliação pré-transplante, 58% dos doentes preenchiem critérios de alguma perturbação psiquiátrica. Após 12 meses do transplante apenas 20,97% dos doentes transplantados cumpriam critérios para um diagnóstico psiquiátrico (valor inferior ao verificada para o grupo de controlo). A taxa de recaída de perturbações relacionadas com o uso de álcool foi, no grupo dos doentes com DHA transplantados, de 4,2%.

Havia uma evolução favorável (desde o período pré-transplante até aos 12 meses após transplante) da maioria dos MC focados no problema e dos focados na emoção.

Os *scores* de ansiedade e depressão sofriam uma redução significativa ao longo do primeiro ano após transplante hepático. Da mesma

forma também os *scores* das componentes física e mental da QV sofriam uma melhoria significativa.

A adesão relativa à toma de medicação aumentou de forma estatisticamente significativa.

Quer os *scores* de ansiedade e de depressão, quer aqueles da componente física e mental da QV não apresentavam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de estudo e o grupo de controlo no período pré-transplante. No 12º mês pós-transplante havia diferenças significativas para todas estas variáveis (padrão mais favorável no grupo de estudo).

Quando comparados com um grupo de controlo de doentes não transplantados com PAF, nem a depressão, nem a ansiedade, nem a QV mental apresentavam *scores* mais favoráveis no grupo de doentes com PAF submetidos a transplante hepático.

Ao longo do primeiro ano pós-transplante verificou-se que os doentes com PAF tinham uma evolução menos favorável em vários MC focados no problema (*coping* activo, desinvestimento comportamental) e focados na emoção (aceitação), quando comparados com os outros doentes transplantados.

Havia uma melhoria significativa em todos parâmetros (ansiedade, depressão, componentes física e mental da QV) do grupo de estudo de doentes com DHA em relação ao subgrupo de controlo de doentes com DHA não transplantados.

Ao longo do primeiro ano pós-transplante verificou-se que os doentes com DHA tinham uma evolução favorável em todos os principais MC.

ABSTRACT

Integrated in transplantation teams, psychiatrists have contributed to a careful selection of candidates, in context of unavailability of organs and great costs associated to the procedure.

The main objective of this work was to verify if psychiatric and psychosocial factors assessed before transplantation determined psychiatric and medical outcomes, quality of life and adherence after liver transplantation.

The other objectives included:

- 1) Psychiatric and psychosocial characterization of patients submitted to liver transplantation (before and after the intervention)
- 2) Finding the differences between the study group and the control group regarding psychiatric and psychosocial variables
- 3) Finding the differences between patients with and the ones without liver disease (with FAP- Familial amyloid polineuropathy)
- 4) Finding the differences between patients with and the ones without alcoholic liver disease regarding psychiatric and psychosocial variables

A group of consecutive transplant candidates, attending the out-patient clinics of the transplantation unit of Hospital de Curry Cabral, were studied between 1st January, 2006 and 1st December, 2007. Written informed consent was obtained from all participants, and the study protocol was approved by the institutional review committee. These patients were assessed before transplantation and 12 months after being transplanted. Among patients evaluated in pre-transplantation period, the ones who went through transplantation belonged to the study group (n=62), and patients that remained waiting for transplantation belonged to the control group (n=40).

Regarding the main objective we found that:

Anxiety, depression and quality of life (12 months after transplantation) were determined by coping mechanisms (CM) from the pre-transplantation period (direct association concerning adaptive CM and inverse association concerning non-adaptive CM). These CM were determined by personality (neuroticism). Based in these conclusions a quality of life and mental health theoretical model was proposed. We also found that CM

belonging to pre-transplantation period were correlated with CM from the post-transplantation period. This might explain why pre-transplantation CM influence outcome after transplantation.

Concerning predictive models of medical outcome, we found that neuroticism and social support determined mortality after transplantation; and that active coping co-determined the length of inpatient period after transplantation.

The only determinants of post-transplantation adherence were pre-transplantation adherence and pre-transplantation personal control illness perception.

Regarding the other objectives we concluded that:

In the pre-transplantation period 58% of the patients had some kind of psychiatric diagnosis. Twelve months after transplantation only 20.97% had a psychiatric diagnosis (less than in the control group). Alcohol abuse/dependence relapse was 4.2 in the alcohol liver disease transplanted group.

After transplantation, there was a positive change regarding the great majority of CM.

After transplantation there was a significant decrease in anxiety and depression scores and an increase in quality of life scores (mental and physical component).

Adherence to medical prescriptions increased after transplantation.

In pre-transplantation period there were no significant differences in anxiety, depression and quality of life scores among control and study groups. Twelve months after transplantation we found differences regarding all these variables (better profile in the study group).

Compared to a control subgroup of patients (not transplanted) with FAP, transplanted patients with FAP did not show significant differences regarding depression, anxiety and mental quality of life scores.

After transplantation FAP patients showed a less adaptive change concerning several CM (active coping, behaviour disengagement, acceptance), compared to other transplanted patients.

There was a significant better change in all variables (anxiety, depression, quality of life) in transplanted alcohol liver disease patients,

compared to a control subgroup of patients with the same disease waiting for transplantation.

After transplantation, alcohol liver disease patients showed an adaptive change in almost all CM.

Preâmbulo:

A Transplantação Hepática - Aspectos Médicos e Históricos

Ao invés de transplantações de tecidos, as transplantações de órgãos com vascularização bem diferenciada, por simples incorporação em outros tecidos, mesmo bem irrigados, estiveram sempre votadas ao insucesso, por necrose (1,2). Em consequência, cedo se compreendeu a necessidade absoluta de restaurar a irrigação sanguínea do órgão a transplantar, para que se garantisse a sua sobrevivência. No princípio deste século, Alexis Carrel e outros desenvolveram os princípios básicos de cirurgia vascular que permitiriam a concepção de várias técnicas de transplantação de órgãos, sobretudo do rim, e mesmo a sua concretização experimental. Só nos anos 50 do século XX, se realizariam vários tipos de transplantação renal no homem, na sua maioria a partir de dador vivo (1,2). Mas todas até 1954, se saldaram por insucessos a curto trecho resultantes da conjugação de factores variados, mas de que sobressaía um quadro histopatológico conducente à rápida falência por necrose completa do órgão, quadro que passou a chamar-se de rejeição. As noções de rejeição e de compatibilidade, que já assentavam em substanciais bases experimentais e clínicas, conduziram à quase certeza de que a transplantação entre gémeos homozigóticos furtar-se-ia à rejeição, o que veio a confirmar o primeiro êxito sustentado em transplantação renal, efectuada em 1954, entre gémeos homozigóticos e sem qualquer terapêutica imunossupressora (1-3). A maior parte das tentativas que se lhe seguiram entre gémeos dizigóticos e, mais ainda, entre indivíduos não aparentados,

depararam-se com o obstáculo da rejeição. Ao mesmo tempo, desenvolvia-se todo o novo mundo da imunologia da transplantação, em 1958 afirmada, de forma indelével, com a descoberta do sistema HLA (*Human Leucocyte Antigen*), por Jean Dausset (prémio Nobel) (3).

O reconhecimento do material antigénico estranho introduzido num organismo . situação típica da alotransplantação, a mais comum em transplantação humana . desencadeia uma resposta imunológica de intensidade variável consoante os órgãos ou tecidos e também consoante o volume de anticorpos linfocitotóxicos circulantes no receptor (3).

A rejeição aguda, que tem de ser impedida ou dominada para o êxito da alotransplantação de órgãos sólidos e de alguns tecidos, depende da apresentação dos antigénios específicos de transplantação ao sistema imunitário do receptor. A apresentação destes antigénios é controlada por uma região genética do cromossoma 6 conhecida por complexo *major* de histocompatibilidade (MHC) a que corresponde, no Homem, o conjunto de antigénios designado por sistema HLA. A variedade de antigénios apresenta tal complexidade que continuam em investigação desde 1958 desde que foi identificado o primeiro antigénio HLA: HLA-A2 (3).

Nas transplantações a partir de dador vivo, as tipagens são obrigatórias, porque há tempo e porque as melhores compatibilidades HLA têm uma relação indiscutível com o futuro dos enxertos, a longo prazo. A melhor histocompatibilidade é uma garantia de êxito, a longo prazo, na transplantação de rim, coração, pulmão e medula óssea (3). A experiência com o fígado parece sugerir que este órgão possui uma capacidade imunossupressora própria, originando rejeições agudas menos frequentes e, geralmente, menos graves. Mas sempre que é possível a lógica da biologia recomenda a melhor

histocompatibilidade, ainda que o comportamento imunológico, em transplantação hepática, suscite dúvidas sobre estes aspectos (4).

A rejeição crónica é um processo muito mais difícil de definir do que a rejeição aguda, estando melhor estabelecida no rim e no coração do que em outros órgãos (1). É responsável pela perda de muitos enxertos a médio e longo prazo, expressando-se como um processo inflamatório destrutivo crónico, conduzindo à destruição funcional do órgão, nem sempre fácil de diferenciar de outros processos patológicos, quer sejam recidivas da doença que motivou a transplantação, quer doenças *de novo*. Em alguns casos, ambos os processos se associam, conduzindo a uma mais rápida perda do enxerto (1).

IMUNOSSUPRESSÃO

A imunossupressão actualmente praticada conta com seis agentes fundamentais: os corticóides, a azatioprina, a ciclosporina, o FK506, o micofenolato de mofetil (MMF) e as globulinas antilinfocitárias (5).

A azatioprina foi o primeiro medicamento a ser experimentado e foi o responsável pelos primeiros êxitos em transplantação renal clínica. Pouco depois reconheceu-se o interesse dos corticosteróides que, associados à azatioprina, permitiram evitar e dominar muitas rejeições agudas já estabelecidas (5). Na década de 80 do século XX, assistiu-se à implantação da ciclosporina, que genericamente fez subir de 10 a 20% os êxitos em transplantação renal e abriu plenamente as portas às transplantações, então relativamente estagnadas, de fígado, coração e pâncreas. Em meados dos anos 80 surgiu o FK 506, seguindo-se as globulinas antilinfocitárias e o MMF.

Grande parte da morbidade e mortalidade pós-operatória imediata relaciona-se com a necessidade de imunossupressão (5). Com ela se evita-se

a rejeição dos enxertos e se revertem as rejeições agudas, a que em épocas anteriores se devia uma grande perda de órgãos transplantados. Mas a necessidade do recurso à intensificação da imunossupressão nas crises de rejeição, abre a porta a uma grande variedade de infecções, sobretudo nos primeiros meses após o transplante (quando a carga imunossupressora é mais intensa).

INDICAÇÕES PARA TRANSPLANTE HEPÁTICO

A transplantação de fígado é, de entre todas as transplantações de órgãos isolados a mais complexa, por envolver anastomose de vasos delicados, pelas importantes funções metabólicas do órgão e por toda uma patologia secundária à doença hepática primitiva, em particular a hipertensão portal e as alterações da crase sanguínea (4).

As principais situações que geram indicação para transplantação hepática são referidas no Quadro 1 (6).

Genericamente, a transplantação está indicada face a uma evolução previsível e segura para insuficiência muito grave, por complicações repetidas que põem em risco a vida (hemorragias repetidas, crises encefalopáticas) ou fortemente comprometedoras do crescimento físico e intelectual, ou em situações de insuficiência aguda total, habitualmente resultante de hepatites fulminantes víricas ou tóxicas.

Nos casos electivos a transplantação hepática pratica-se antes da insuficiência total, uma vez que, ao contrário do que acontece com o rim, não há técnicas satisfatórias de substituição integral da função hepática. Por esta razão, o problema da oportunidade de transplantar é uma questão que tem de ser ponderada caso a caso e que envolve dois componentes essenciais. Em primeiro lugar, é impossível definir com exactidão a cronologia evolutiva de

várias patologias hepáticas, as quais, contudo, conduzirão à morte do doente, por insuficiência hepática total ou por complicações agudas. Em segundo lugar, a deterioração hepática acompanha-se de complicações de aparecimento imprevisível e de deteriorização do estado geral (6).

Há pois que procurar a oportunidade em que se antevê um período de sobrevida razoavelmente curto, mas durante o qual o doente exhibe ainda um bom estado geral, compatível com o risco operatório. Este dilema apresenta-se, obviamente, em função das exigências da transplantação (risco imediatos, terapêutica imunossupressora) e do seu prognóstico a médio e longo prazo, face ao período de sobrevida qualitativamente aceitável no quadro de evolução da doença. Este problema não se coloca em alguns casos de hepatocarcinoma (sobretudo fibrolamelar), de metástases de alguns tumores neuroendócrinos e de carcinomas enxertados em cirroses, para os quais a decisão de transplante, em fase o mais precoce possível, é imperiosa. Os resultados nas outras neoplasias primitivas e nas secundárias são geralmente maus, havendo indícios, contudo, de melhoria apreciável com associação de quimioterapia. A indicação de transplantar está melhor definida em várias doenças congénitas da criança, cujos efeitos sobre a sobrevida e sobre o desenvolvimento são claros e, como tal, estão bem estabelecidos. Nas doenças adquiridas no adulto (cirroses pós-hepatite, cirrose biliar primária, doença de Wilson, colangite esclerosante primária e secundária) a decisão sobre a melhor oportunidade de transplantar é também um problema complexo, devendo ter-se em conta os factos antes considerados e o prognóstico da transplantação em cada grupo. As decisões nestes quadros implicam estudos exaustivos e acompanhamento dos doentes, apreciação dos resultados das terapêuticas médicas, avaliação médica pluridisciplinar e discussão repetida de cada caso (6).

<u>INDICAÇÕES PARA TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA</u>
DOENÇA HEPÁTICA NÃO COLESTÁTICA
Hepatite C crónica
Hepatite B crónica
Hepatite Autoimune
Doença Hepática Alcoólica
DOENÇA HEPÁTICA COLESTÁTICA
Cirrose Biliar Primária
Colangite Esclerosante Primária
Atresia Biliar
Fibrose Quística
Colestase Progressiva Familiar
DOENÇAS METABÓLICAS COM CIRROSE SECUNDÁRIA
Défice de Alfa-1 Antitripsina
Doença de Wilson
Esteatohepatite não-alcoólica
Hemocromatose
Tirosinémia
DOENÇAS METABÓLICAS COM MORBILIDADE EXTRAHEPÁTICA
Amiloidose
Hiperoxalúria
Pert. Ciclo da Ureia
NEOPLASIAS PRIMÁRIAS DO FIGADO
Carcinoma Hepatocelular
Hepatoblastoma
Hemoangioendotelioma
FALÊNCIA HEPÁTICA FULMINANTE

Quadro 1 .
Indicações médicas para
transplantação hepática

PAF E TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA

Uma indicação recente para transplantação hepática é a polineuropatia amiloidótica familiar (PAF) descrita e profundamente estudada por Corino de Andrade (7). A proteína anormal que constitui o factor patogénico (no caso português a transtirretina-Met 30) é produzida, na sua maior parte, no fígado (em pequena percentagem nos plexos coroídeos, ventriculares e oculares). O único tratamento médico, em ensaio no Centro de Estudos de Paramiloidose (Hospital de Santo António . Porto), no momento actual, é a depuração sanguínea (por fixação da proteína anormal em filtros com anticorpo específico), mas o tempo decorrido e o número de casos é pequeno para

permitir conclusões seguras sobre o futuro do método. Em qualquer caso, ele terá o mesmo inconveniente da diálise nos insuficientes renais crónicos, porquanto deverá ser repetido periodicamente (2-3 vezes por semana durante toda a vida) (7). A substituição do fígado produtor da transtirretina anormal por outro não produtor conduz ao rápido abaixamento dos valores séricos desta proteína. Está descrito que as lesões cardíacas, neurológicas gastro-intestinais, entre outras pelo menos não progridem após o transplante (embora geralmente não melhorem). A experiência mundial iniciada em 1989, na Suécia, país com alguns núcleos populacionais de PAF (outras variedades) é ainda pequena. Sendo tecnicamente fácil, a transplantação apresenta dificuldades numerosas em doentes em estádios avançados (gastro-intestinais, cardíacas, nutricionais, psicológicas). Por todas estas razões, é universalmente aceite que a transplantação hepática dos doentes com PAF deverá ser feita no princípio da manifestação clínica desta doença (geralmente no primeiro ano de sintomas) (7,8).

TIPOS DE TRANSPLANTAÇÃO

O tipo de transplantação hepática mais praticada é a de órgão total e ortópica. O fígado é colhido com o segmento retro-hepático da veia cava inferior e 2 a 33 cm da veia cava acima e outro tanto abaixo dos limites do órgão. No receptor, após a exérese do órgão doente, o enxerto é implantado na mesma localização e com os mesmos circuitos sanguíneos do fígado retirado. A transplantação heterotópica é uma técnica muito pouco praticada. O enxerto é implantado em geral à direita, na cavidade peritoneal, abaixo do fígado nativo (7). Outro tipo de transplantação comumente praticada em Portugal é a transplantação sequencial ou *em dominó* (9). A transplantação hepática nos doentes paramiloidóticos ocorre em doentes com uma função hepática perfeita,

embora exista a produção de uma proteína lesiva ao organismo. Esta situação leva muito tempo para tornar-se clinicamente significativa. Assim, num contexto de indisponibilidade de órgãos, surge um tipo de transplantação (%sequencial+ ou em %dominó+), em que se dá um fígado de cadáver a um doente com paramiloidose e o órgão deste é aproveitado. Uma vez noutra corpo, o fígado pode demorar 20-30 anos a produzir a doença. Este processo aumenta em muito a disponibilidade de órgãos para transplantação e é, já há alguns anos, praticado em países com uma elevada prevalência de PAF, como é o caso de Portugal (9).

COMPLICAÇÕES DA TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA

As dificuldades, as complicações e os resultados imediatos variam grandemente com as patologias e o estadiu em que são operados os doentes. De um modo geral, os resultados globais de grandes casuísticas cifram-se por sobrevida à volta dos 70-90% (6,7). As principais complicações são as infecções, seguidas pelas complicações biliares e vasculares. Os casos de rejeição aguda não são frequentes, sendo controlados na maioria dos casos. As retransplantações que surgem na sequência de complicações associam-se a uma redução das sobrevidas (7). Continua a ser elevada a mortalidade de doentes em lista de espera para transplantação hepática.

TRANSPLANTAÇÃO EM PORTUGAL

As transplantações de órgãos sólidos em Portugal iniciaram-se nos Hospitais Universitários de Coimbra em 1969, com uma autotransplantação renal.

Só em 1976 surgiria a lei 553/76 que permitiu a colheita de órgãos de cadáver para transplantação, mas foi apenas em 1980 que se realizou a primeira colheita de rim para transplantação (7).

Em 1984 inicia-se no Hospital de Santa Cruz a transplantação cardíaca, que continua com sucesso.

O primeiro transplante hepático com sucesso foi realizado no Hospital Curry Cabral em Setembro de 1992, por uma equipa chefiada por João Pena e Eduardo Barroso. Até Janeiro de 2005 foram realizados, naquele serviço, 500 transplantes, em 434 doentes, dos quais 283 homens e 151 mulheres, com idade média de 42 anos. A frequência do tipo de patologia prévia ao transplante era a seguinte: cirrose hepática (44%) - alcoólica 17%, hepatite C 14%, hepatite B 3%, cirrose biliar primária 7%, auto-imune 3%; PAF (28%); doença hepática maligna (15%); hepatite fulminante (11%) (10).

O número de transplantes hepáticos tem crescido nos vários centros do país tendo no Hospital Curry Cabral chegado aos 102 em 2006, 136 em 2007 e 139 em 2008.

REFERÊNCIAS

- 1- STARZL T, SHAPIRO R, SIMMONS R. Atlas of Organ Transplantation. Gouver Medical Publishing, 1992
- 2- MORRIS P, TILNEY N. Progress in Transplantation, Vol I. Churchill Livingstone, 1984.
- 3- TERASAKI P, History of HLA: Ten Recollections. UCLA Tissue Typing Laboratory, 1990
- 4- STARZL T, DEMETRIS A. Liver Transplantation. Year Book Medical Publishers, Inc. 1990
- 5- NEUBERGER J, ADAMS D. Immunology of Liver Transplantation. E. Arnold 1993
- 6- MURRAY K, CARITHERS R. AASLD Practice Guidelines: Evaluation of The Patient for Liver Transplantation. Hepatology 2005; 6: 1-26
- 7- ALVES PEREIRA C. Cirurgia, Patologia, Clínica. McGraw-Hill de Portugal. Lisboa 1999.
- 8- ADAMS D, SAMUEL D, GOULON-GOEAU, ET AL. The course and prognostic factors of familial amyloid polyneuropathy after liver transplantation. Brain 2000; 123: 1495-1504
- 9- FURTADO A. Domino Liver Transplantation using livers from patients with familial amyloidotic polyneuropathy. Current Opinion in Organ Transplantation 2000. 5: 69-73
- 10- Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia. Notícias Online: 14 Fev. 2005. <http://www.spg.pt/noticias/?imc=25n&fmo=vn¬icia=363>

Capítulo I

O Papel do Psiquiatra no Transplante Hepático

INTRODUÇÃO

O transplante hepático é hoje considerado como o tratamento de eleição para a insuficiência hepática terminal (1,2).

Foi Thomas Starzl quem, em 1963 em Denver (EUA), fez o primeiro transplante hepático numa criança, mas sem sucesso (3).

Na Europa o primeiro transplante hepático foi realizado em 1965 por Sir Roy Calne, em Cambridge. João Rodrigues Pena fazia então parte da sua equipa e foi quem, em Setembro de 1992, iniciou o primeiro programa de transplantação hepática em Portugal no Hospital de Curry Cabral em Lisboa. Em Outubro de 1992 iniciou-se o programa de transplantação hepática em Coimbra com Alexandre Linhares Furtado (3).

Apenas duas décadas após a primeira transplantação hepática realizada por Thomas Starzl, foi possível conseguir que esta intervenção tivesse sucesso terapêutico (vários factores foram determinantes entre eles a descoberta dos imunossuppressores) (2,3).

Desde então, este procedimento terapêutico foi sendo cada vez mais utilizado devido aos seus benefícios inigualáveis sobre o aumento da sobrevivência dos doentes e da respectiva qualidade de vida.

Os psiquiatras, desde que fazem parte das equipas de transplantação, têm contribuído para uma criteriosa selecção dos doentes candidatos, num contexto social de indisponibilidade de órgãos e de custos elevadíssimos

inerentes a todo o processo (2,3). O seu papel alargou-se nesta área, adquirindo uma função determinante no seguimento dos doentes transplantados e das suas famílias na fase pré-transplante e pós-transplante.

Num potencial receptor de transplante o psiquiatra avalia se existe alguma contra-indicação psiquiátrica para o transplante, porém tão ou mais importante que a saúde mental, para o êxito de um transplante parece ser o funcionamento psicossocial e a rede de suporte social, que também devem ser avaliados criteriosamente(4,5).

Na fase pós operatória do transplante hepático o apoio psiquiátrico é indispensável devido à elevada de prevalência de perturbações psiquiátricas e comportamentais (6,7), superior à dos outros tipos de transplantes (8).

Neste capítulo pretende-se descrever, com base na literatura existente, os principais aspectos psiquiátricos envolvidos no processo de selecção e acompanhamento dos doentes submetidos a transplantes hepáticos.

1) Avaliação psiquiátrica prétransplante

A avaliação psiquiátrica dos candidatos ao transplante pode aumentar substancialmente a sobrevivência dos doentes, reduzir a taxa de complicações e melhorar a qualidade de vida (9). A presença de determinadas características psiquiátricas e psicossociais na fase pré-transplante associa-se a um risco aumentado de complicações clínicas pós-transplante (10 - 17).

Assim, deve ser ponderada, segundo alguns autores, a selecção de doentes com características que predizem uma fraca adesão ao tratamento ou que apresentem um elevado risco de complicações psiquiátricas pós-transplante que podem comprometer não só a qualidade de vida, mas também o sucesso do transplante (9).

Porém, segundo outros autores, uma vez que existem muitos doentes psiquiátricos que evoluem favoravelmente, não deve o principal objectivo da avaliação psiquiátrica pré-transplante constituir obstáculo para os doentes com alterações psiquiátricas ou risco psiquiátrico, mas sim diagnosticar atempadamente as situações de forma a planear correctamente o seu tratamento e evitar futuras complicações (9,18,19).

1.1) Avaliação geral

A forma como esta avaliação é feita varia muito entre os diferentes centros. Deverá inicialmente incluir uma história psiquiátrica completa, com um ênfase especial nos antecedentes psiquiátricos ou nos problemas relacionados com o uso de substâncias, ou noutros factores que possam influenciar o *coping* do doente (9).

De forma a reduzir a subjectividade da avaliação psiquiátrica poderão ser aplicados testes psicométricos para a avaliação do estado psiquiátrico global (MINI), para o estado de humor e ansiedade (HADS . Hospital Anxiety and Depression Scale; HAMD e HAMA- Hamilton Depression Scale e Hamilton Anxiety Scale), para o estado cognitivo (MMSE-Mini Mental State Exam), entre outros (9,20,21).

É essencial que se faça uma caracterização psicossocial do candidato podendo para isso utilizar-se a escala PACT (9,22). (Quadro 1.1)

PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT OF CANDIDATES FOR TRANSPLANTATION

SUPORTE SOCIAL

- 1) Estabilidade familiar ou dos sistemas de suporte social
(0,1,2,3,4,5)
- 2) Disponibilidade familiar ou dos sistemas de suporte social
(0,1,2,3,4,5)

SAÚDE MENTAL

- 1) Psicopatologia activa
(0,1,2,3,4,5)
- 2) Factores de risco psiquiátrico
(0,1,2,3,4,5)

FACTORES RELACIONADOS COM ESTILO DE VIDA

- 1) Estilo de vida e capacidade de mudar de estilo de vida
(0,1,2,3,4,5)
- 2) Uso de álcool e droga
(0,1,2,3,4,5)
- 3) Adesão ao tratamento e conselhos médicos
(0,1,2,3,4,5)

COMPREENSÃO DOS PROCESSOS INERENTES AO TRANSPLANTE

- 1) Informação sobre o transplante e sua integração
(0,1,2,3,4,5)

Quadro 1.1 .

Psychosocial Assessment of
Candidates for Transplantation
(PACT) traduzida e adaptada

SCORE FINAL (com base nos vários items)

0 - Cirurgia contraindicada do ponto de vista psicossocial

1 - Cirurgia aceitável do ponto de vista psicossocial, em certas condições

2 - Cirurgia aceitável do ponto de vista psicossocial, em certas condições

3 - Bom candidato do ponto de vista psicossocial

4/5 - Muito bom candidato do ponto de vista psicossocial

1.2) Avaliação cognitiva

Vários autores chamam a atenção para a importância da avaliação cognitiva, não só porque 20% dos doentes com doença hepática terminal candidatos ao transplante apresentam sintomas cognitivos associados à encefalopatia hepática (23), mas também porque os doentes que apresentam defeitos cognitivos moderados a graves podem não compreender aspectos relacionados com a natureza da intervenção e da importância do cumprimento da medicação prescrita e de outras normas importantes do período pós-transplante. Isto não significa que doentes com dificuldades cognitivas permanentes devam ser excluídos, mas sim que a informação nestes casos

deve ser fornecida de forma adequada e o acompanhamento feito de uma forma especial (9).

1.3) Avaliação da adesão

A não adesão é hoje reconhecida como um factor determinante para o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde para os doentes transplantados (24). A não adesão pode, de acordo com um estudo de Cooper, ser uma causa directa de 21% de todos os insucessos da transplantação e 26% de todas as mortes pós-transplante (25).

Segundo alguns autores, a não adesão pré-transplante pode ser um bom indicador para a não adesão pós-transplante (9). Esta não adesão pré-transplante pode ser avaliada através de questões que verifiquem a adesão à medicação, a comparência às consultas, a falta de comunicação ao médico de novos sintomas ou efeitos secundários da medicação, ou pela redução não justificada dos níveis sanguíneos de medicação (9,1).

Por outro lado, existem evidências de que alguns factores psicossociais pré-transplante como falta de suporte familiar e social, estado civil solteiro ou divorciado e idade inferior a 40 anos, possam contribuir para uma pior adesão (9).

No pós-transplante, a presença de perturbações psiquiátricas, como perturbações depressivas ou perturbações de ansiedade, pode reduzir dramaticamente a adesão (2,26,27,28). De facto, a forma mais grave de não adesão pode corresponder a uma tentativa de suicídio nos doentes gravemente deprimidos. A única forma de prevenir estas situações é através da prevenção, do diagnóstico precoce e do tratamento das perturbações depressivas pós-transplante (2).

Dew (1996) demonstrou que o risco de não adesão era proporcional ao número de factores de risco psicossociais presentes (alterações cognitivas, dificuldade em comunicar, rebeldia, arrogância, negação da doença, suporte social inadequado) (29).

Dobbles (2005) concluiu que a prevalência da não adesão pré-transplante em doentes submetidos a transplantes de pulmão, fígado e coração era de 16,7% (sem diferenças significativas entre os diferentes tipos de órgãos transplantados). Os factores psicossociais que, neste estudo, se correlacionavam com a não adesão eram: 1) elevado nível educacional; 2) deficiente suporte social; 3) alguns traços de personalidade; 4) depressão (30).

1.4) Outras variáveis psiquiátricas e psicossociais

Outras variáveis psicossociais têm-se mostrado importantes para a predição da evolução do doente transplantado. De acordo com alguns modelos teóricos, factores como os mecanismos de *coping* (MC) (esforços cognitivos e comportamentais para responder a exigências específicas externas ou internas, que são avaliadas como excedendo ou estando no limite dos recursos do indivíduo), podem ser os principais mediadores entre as características pessoais mais estáveis (como a personalidade) e a qualidade de vida, a saúde mental e a evolução clínica dos doentes. Desta forma é essencial aferir os MC através de metodologia específica como o COPE ou o Brief Cope (30).

Determinados traços de personalidade podem também influenciar de forma importante a evolução do doente transplantado, pelo que é útil proceder à sua avaliação (31).

1.5) Contraindicações psiquiátricas

Segundo a *Network for Organ Sharing* (UNOS), não existem contraindicações psiquiátricas absolutas para o transplante hepático, mas sim relativas (33) (Quadro 1.2). Segundo as indicações daquela entidade, o acesso ao transplante deverá ser ponderado após uma entrevista estruturada por um técnico de saúde mental, em que seja pedido ao doente que assine um contrato para seguir as indicações prescritas (nomeadamente manter a abstinência alcoólica) e colaborar com os técnicos de saúde. Por outro lado, por esta altura, antes do transplante, deverá ser traçado um plano de prevenção de recaídas nos doentes de risco (especialmente nos alcoólicos ou consumidores de droga) (1,33).

CONTRAINDICAÇÕES PSIQUIÁTRICAS RELATIVAS

- Não adesão ao tratamento actual
- Suporte social inadequado
- Consumo actual de álcool ou outras substâncias
- Ideação suicida ou comportamentos autodestrutivos actuais
- Perturbações psicóticas primárias
- Perturbação factícia
- Alterações cognitivas irreversíveis (especialmente se suporte social inadequado)
- Incapacidade de colaborar com a equipa de transplantação

Quadro 1.2-
Contraindicações
psiquiátricas relativas
para o transplante
hepático

2) Perturbações Psiquiátricas no Período Pré-transplante

Muitos doentes com doença crónica, incluindo falência de órgão, experimentam uma redução importante na sua qualidade de vida que muitas vezes contribui para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas (9,33). Por outro lado, o estado psiquiátrico pré-transplante pode influenciar o

prognóstico dos doentes transplantados, quer na evolução clínica propriamente dita (sucesso da cirurgia, morbilidade e mortalidade pós-transplante) (9,15,16,29,32,34,35), quer na qualidade de vida e no estado psiquiátrico posterior ao transplante (20,21,35,36,37,38). De referir que, num número reduzido de estudos, verificou-se que o estado psiquiátrico pré-transplante não se correlacionava com a evolução clínica pós-transplante (mortalidade e morbilidade médica) (38,39). No entanto, não foi encontrado qualquer estudo que verificasse que a morbilidade psiquiátrica pré-transplante não se correlacionava com baixa qualidade de vida e morbilidade psiquiátrica pós-transplante.

O tratamento das perturbações psiquiátricas pré-transplante tem sido referido como uma mais valia para a evolução do doente no período pós-transplante, sobretudo no que diz respeito à adesão ao tratamento (1).

2.1) Depressão

A maioria dos doentes que aguardam transplantação apresentam alguns sintomas depressivos. Estes podem constituir uma perturbação depressiva major ou distímia, podem ser secundários à medicação ou fazer parte de uma perturbação de adaptação (9).

Por outro lado, o diagnóstico das perturbações depressivas nesta fase pode apresentar alguns problemas uma vez que sintomas característicos da depressão, como a baixa energia vital, a anorexia, a insónia, entre outros, podem estar presentes nas situações de doença médica avançada (34,40). No entanto, existem escalas psicopatológicas (HAM-D . *Hamilton Depression Score*; HADS. D - *Hospital Anxiety and Depression Score . Depression*; e BDI . *Beck Inventory Score*), que podem ser utilizadas para eliminar esses vieses. Da análise dos estudos que utilizam estas escalas para o diagnóstico de

depressão no período pré-transplante hepático, os resultados variam desde 4,5% até 64%, sendo a média de 33% (20,21,39,41,42). A justificação para esta variação de valores, pode prender-se com o facto de terem sido avaliadas populações diferentes do ponto de vista epidemiológico e de comorbilidade psiquiátrica. Isto porque se sabe que a depressão pré-transplante hepático é mais prevalente nos doentes do sexo feminino, nos alcoólicos, naqueles com hepatite C, nos doentes com carcinoma hepatocelular e nos paramiloidóticos (39,42,43). Rodin (1986) verificou que os doentes com doença hepática com componente colestática apresentam uma maior prevalência de depressão (38).

Alguns estudos demonstraram que a depressão se associa a uma evolução clínica pós-transplante desfavorável (36,37,38). Segundo certos autores, a depressão que está presente no período pré-transplante mantém-se por tratar em 50% dos casos, podendo em algumas situações vir a agravar-se no período pós-transplante (44,45).

Em vários estudos recentes tem sido avaliado o impacto que a depressão tem sobre a qualidade de vida pós-transplante, concluindo-se que o controlo psiquiátrico desta situação pode tornar mais favorável o funcionamento psicossocial no período pós-transplante (46,47).

2.2) Ansiedade

Os sintomas ansiosos são frequentemente encontrados nos doentes que aguardam transplante. Estes podem preencher critérios de perturbação de adaptação, ou então serem suficientes para constituir uma perturbação de ansiedade (perturbação de ansiedade generalizada ou outra) (9,34). Sintomas de ansiedade, como dispneia, toracalgia, náuseas e vómitos, podem também dever-se à doença somática, pelo que o diagnóstico diferencial é por vezes difícil (9).

Dos vários estudos que relatam elevada frequência de sintomas de ansiedade nos doentes que aguardam transplante hepático (32,39,42), a alusão a ansiedade clinicamente significativa (segundo a escala HAM-A . *Hamilton Anxiety Scale*) apenas foi encontrada pelos autores em dois dos artigos revistos (20,41), sendo a sua prevalência num estudo 37% e no outro 31,1% com uma média de 34,1%. Alguns autores referem que os doentes com carcinoma hepatocelular e os paramiloidóticos apresentam com maior frequência sintomas de ansiedade (43).

O Carroll, 2003, demonstrou que elevados níveis de ansiedade no período pré-transplante se associavam a uma pior qualidade de vida no período pós-transplante (20).

2.3) Perturbações relacionadas com o álcool

As perturbações relacionadas com o álcool são uma das causas mais importantes de doença hepática grave nos países ocidentais (1,48). Embora em praticamente todos os países a doença hepática alcoólica constitua uma indicação para a transplantação hepática (49), persiste a controvérsia relacionada com questões éticas que se põem perante a transplantação neste grupo de doentes.

Muitos dos estudos que avaliam a prevalência do abuso ou dependência de álcool são em doentes transplantados apenas por doença alcoólica, sendo os valores muito elevados (podendo atingir os 100% de abuso ou dependência) (50).

Os estudos revistos que incluem vários tipos de doentes hepáticos, além daqueles com doença hepática alcoólica, apresentam uma prevalência de abuso ou dependência de álcool que varia entre 39,5 e 79% com uma média de 59,3% (51,52).

Alguns estudos verificaram haver uma pior evolução pós-transplante nos doentes alcoólicos (5,9), embora noutros trabalhos recentes, se tenha observado que a sobrevivência dos doentes alcoólicos transplantados é semelhante à dos doentes com outros tipos de insuficiência hepática (53,54,55).

Em vários centros de transplantação, a selecção dos doentes alcoólicos para transplante faz-se sobretudo com base nos meses de abstinência (50). Porém, noutros centros este *screening* é bem mais completo. Por exemplo, no Serviço de Transplantação da Universidade de Iowa, o *screening* psiquiátrico dos doentes alcoólicos inclui: 1) prognóstico favorável do alcoolismo; 2) persistência no consumo após sensibilização de que o alcoolismo produziu lesões hepáticas graves; 3) assinatura de um compromisso de abstinência; 4) suporte social 5) contra-indicações psiquiáticas (56) (Quadro 1.3).

O *item* %prognóstico favorável do alcoolismo+ tem por base o HRAR score (Quadro 1.4), sendo positivo se HRAR score é superior a 12 ou o intervalo de abstinência for superior a 12 meses.

O *item* %suporte social+tem por base a escala *Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation* (Quadro 1.1).

O *item* %contra-indicações psiquiáticas+ tem por base a presença de: 1) perturbação grave de personalidade; 2) atraso mental grave; 3) demência; 4) psicose crónica.

Naquele centro, à semelhança de praticamente todos os outros, o consumo activo de drogas constitui uma contra-indicação absoluta e os candidatos elegíveis deverão apresentar um baixo risco para todas as cinco variáveis. Podem ser aceites, ocasionalmente, doentes com uma predominância de variáveis com a classificação de baixo risco.

Critérios	Categoria de Risco	
	Baixo	Alto
Prognóstico favorável do alcoolismo (HRAR)	SIM	NÃO
Persistência no consumo após sensibilização de que alcoolismo produziu lesões hepáticas graves	NÃO	SIM
Assinatura de um compromisso de não persistência do consumo	SIM	NÃO
Suporte social	BOM	MAU
Contraindicações psiquiáticas	NÃO	SIM

Quadro 1.3 .
Transplant Guidelines for Patients with Alcoholic Liver Disease traduzidas e adaptadas

Variável	Pontos
Anos de alcoolismo	
<11	0
11-25	1
>25	2
Número diário de bebidas	
<9	0
9-17	1
>17	2
Número de internamentos por alcoolismo	
0	0
1	1
>1	2

Quadro 1.4 .
High-Risk Alcoholism Relapse Scale (HRAR), traduzida e adaptada
Legenda:
Baixo Risco: total - 0,1,2;
Risco Moderado: total - 3,4;
Alto Risco: total - 5,6

2.4) Delirium

O *delirium* surge com frequência nos doentes hepáticos que aguardam o transplante (9,34,39). Porém, nem sempre esta situação é fácil de diagnosticar, podendo passar despercebido em até 65% dos casos (57). O *delirium* apresenta-se como uma combinação de sintomas que incluem pensamento incoerente, alteração da actividade psicomotora, desorientação, alterações da

percepção, défices de atenção e da memória, alterações do ciclo sono-vigília, entre outros (58). Para o diagnóstico desta situação podem ser úteis instrumentos como a escala MMSE (Mini Mental State Evaluation) ou testes mais específicos como a escala *Delirium Rating Scale* (59).

Entre as principais causas de *delirium* pré-operatório destacam-se a insuficiência hepática, a acumulação de drogas metabolizadas no fígado, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal, a hiperglicémia secundária a corticosteróides, a infecção, a neoplasia do SNC, a síndrome de abstinência alcoólica, entre outros (34,39,59).

Foram revistos vários artigos em que se avaliava a prevalência de *delirium* no período pré-transplante hepático, situando-se entre os 18% e os 30% com uma média de 24% (60,61,62).

Segundo Trzepac (1992), a presença de *delirium* pré-transplante não influencia a evolução clínica pós-transplante (60).

2.5) Alexitimia

A alexitimia, sendo considerada como um traço de personalidade que interage com eventos potenciadores de *stress*, aumentando a susceptibilidade para determinadas doenças, pode ser medida através da escala TAS (*Toronto Alexithymia Scale*) (63), que avalia várias dimensões: 1) Dificuldade em identificar e descrever sentimentos; 2) Dificuldade em distinguir sentimentos de sensações corporais somáticas; 3) Pobreza do pensamento imaginativo ou fantasioso; 4) Orientação cognitiva para o exterior (61,62).

Verificou-se num único artigo que os doentes que no período pré-transplante cumpriam os critérios para o diagnóstico de alexitimia tinham uma maior probabilidade de apresentar perturbações psiquiátricas no período pós-

-transplante (21). Neste estudo a prevalência de alexitíma pré-transplante era de 38,7%.

2.6) Perturbações de personalidade

A prevalência de perturbações de personalidade pré-transplante hepático ronda os 27% (65). Noutro tipo de transplantes estas situações têm uma menor prevalência (10-15%) (63,64,65,66).

Alguns traços de personalidade, como o neuroticismo, podem contribuir de forma negativa para a evolução clínica (aumento das taxas de reinternamento e de rejeição) e para a qualidade de vida dos doentes no período pós transplante (43,69).

Por seu lado, foi demonstrado que certos tipos de perturbação de personalidade como a perturbação de personalidade antisocial podem contribuir para o aumento da taxa de recaída dos doentes alcoólicos transplantados (43,69).

3) Perturbações psiquiátricas no período pós-transplante

3.1) Depressão

Imediatamente após o transplante os doentes com frequência experienciam um período de grande bem estar que se pode relacionar com o sucesso da cirurgia, a melhoria do estado clínico e os efeitos secundários de medicações como os corticosteróides (47,70). Todavia, este bem estar pode ser de curta duração devido ao aparecimento de efeitos secundários dos medicamentos ou de complicações cirúrgicas.

Os sintomas depressivos são comuns após a primeira semana de internamento, podendo estes remitir sem tratamento específico (9).

Alguns factores podem-se relacionar com o aparecimento da depressão clinicamente significativa, nomeadamente o chamado sentimento de culpa do sobrevivente, a dificuldade em aceitar determinadas mudanças corporais (nomeadamente resultantes dos efeitos secundários da medicação), o regresso à actividade laboral, entre outros (9,35).

Entre os estudos revistos pelos autores, a prevalência da depressão clinicamente significativa nos doentes após o transplante (através de escalas como a HAM-D, a HADS. D e a BDI), variava entre 2,9% e 85% com uma média de 29,6% (4,48,20).

Segundo Singh (1997), existe uma maior prevalência da depressão em determinados grupos de doentes, particularmente nos doentes com hepatite C (39).

Segundo Nickel (2002), a presença de depressão clinicamente significativa (segundo a HADS) no período pós-transplante associa-se a uma qualidade de vida significativamente reduzida (35).

3.2) Ansiedade

Os sintomas de ansiedade são muito frequentes no período pós-transplante. Entre os factores que mais contribuem para a ansiedade destacam-se o receio da rejeição e das complicações pós-cirúrgicas (9).

A prevalência da ansiedade foi avaliada, com a utilização das escalas HAM-A e HADS, variando entre 10% e 65%, com uma média de 25.8% (4,20,48).

Nickel (2002) verificou que a presença de ansiedade clinicamente significativa (segundo a HADS) no período pós-transplante associa-se a uma qualidade de vida significativamente reduzida (35).

3.3) Delirium

O *delirium* é considerado uma das perturbações psiquiátricas mais frequentes no período pós-transplante, sobretudo ao longo da primeira semana. Geralmente esta situação surge como efeito secundário dos fármacos utilizados e também como consequência de alterações hidro-electrolíticas, infecção, entre outros. O *delirium* geralmente é auto limitado e deve ser pesquisada uma causa orgânica. Pode, entretanto, fazer-se tratamento sintomático com doses reduzidas de haloperidol (9).

A prevalência de *delirium* encontrada nos estudos revistos varia entre 19,3% e 40%, com uma média de 29,6% (4,8).

3.4) Perturbações relacionadas com o álcool

Extiste uma controvérsia relativamente às taxas de recaída pós-transplante. De facto, esta taxa varia entre os 6%, num estudo de 1988 (71), e os 80% noutro de 1994 (70), sendo a média de prevalência nos estudos revistos de 28.9% (51,71,72,73,74,75) (Quadro 1.5), traduzindo uma provável variabilidade de critérios diagnósticos. A evolução destes doentes está dependente de outros factores além do consumo de álcool. Por isso, em muitos centros a avaliação pré transplante dos doentes alcoólicos inclui inúmeras variáveis além do padrão de consumo de álcool sendo o funcionamento psicossocial relevante (18). Nesta mesma linha comprovou-se que apenas alguns factores psicossociais como o desemprego (e não outras variáveis como o tempo de abstinência) se associavam a um aumento taxa de recaída do alcoolismo (com as complicações inerentes) (50).

São apontados outros factores de risco de recaída, como a história familiar de alcoolismo ou a comorbilidade psiquiátrica (nomeadamente perturbações de personalidade e história de consumo de outras substâncias)

(1,76). Os estudos provenientes de países europeus também parecem referir taxas de recaída superiores aos estudos realizados noutros países (77).

Por outro lado, as diferenças entre as taxas de recaída nos vários estudos também se devem aos critérios de recaída (que dependem dos centros) e a altura em que a recaída é avaliada (quanto mais tempo tiver passado do transplante maior é a probabilidade de recaída) (77).

A recaída alcoólica pós-transplante é uma situação muito grave, podendo associar-se a lesões histológicas hepáticas que se desenvolvem rapidamente conduzindo à fibrose (77).

Um aspecto que deve sempre ser lembrado é que o alcoolismo corresponde a uma doença crónica e, como tal, deve ser realizado um seguimento rigoroso para prevenir as recaídas (1,78).

Assim, quando um doente alcoólico é submetido a um transplante, mesmo que já esteja abstinente há vários meses ou anos, deverá ser seguido regularmente por técnicos de saúde mental, sendo pesquisado o consumo de álcool (que deverá ser nulo, sem permissão de beber socialmente), quer através de entrevistas estruturadas, quer através de análises sanguíneas (79, 80).

Quadro 1.5 . Recaída das perturbações relacionadas com o álcool

Stariz	Kumar	Howard	Beresford	Berlakovitch	Reek	Miguet	Média
1988	1990	1994	1994	1994	1995	2004	
6%	11.5%	80%	31%	32%	11.5%	30%	29%

3.5) Outros

No período pós-transplante podem surgir perturbações psicóticas, muitas vezes associadas à medicação utilizada. Foram revistos vários estudos em que era avaliada a prevalência destas situações no período pós-transplante hepático, variando esta entre 3.2% e 15% com uma média de 7.5% (4,8,48).

A perturbação de *stress* pós traumático pode surgir numa percentagem de doentes que ronda os 6% (8).

3.6) Efeitos Secundários Neuropsiquiátricos das Medicções Utilizadas na Transplantação

Muitos dos sintomas psiquiátricos são secundários à medicação administrada neste período. São revistos alguns dos principais efeitos dos medicamentos mais utilizados nesta fase (9,81,82):

Entre os imunossuppressores, principais fármacos usados na fase pós transplante, os corticosteróides são aqueles que mais efeitos secundários neuropsiquiátricos apresentam, embora o uso de ciclosporina, OKT3 e tacrolimus também se possa complicar com sintomas deste tipo (Quadro 1.6).

Entre outros tipos de fármacos frequentemente utilizados neste período, aqueles que mais se associam a efeitos neuropsiquiátricos são o interferão, o trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SMT), o propranolol e a morfina (Quadro 1.6).

Quadro 1.6 . Efeitos secundários psiquiátricos dos imunossupressores

IMUNOSSUPRESSORES	
Corticosteróides	Depressão, irritabilidade, euforia, <i>delirium</i> , psicose aguda
Ciclosporina	Confusão, ansiedade, depressão, irritabilidade, <i>delirium</i> , tremor
Azatioprina	Raros efeitos psiquiátricos
OKT3	<i>Delirium</i> , convulsões
Tacrolimus	Cefaleias
OUTROS	
Interferão	Depressão, ideação suicida, labilidade emocional, irritabilidade, <i>delirium</i>
TMP/SMT	Anorexia, depressão
Propranolol	Depressão, labilidade emocional, desorientação
Morfina	Agitação, euforia, défice de atenção e concentração

4) Tratamento Farmacológico das Perturbações Psiquiátricas nos Doentes Hepáticos Graves

Os doentes com insuficiência hepática podem apresentar:

- Capacidade reduzida para metabolizar determinadas substâncias que circulam no organismo, nomeadamente os fármacos que, acumulando-se no sangue atingem elevadas concentrações.
- Capacidade reduzida para sintetizar proteínas plasmáticas e factores de coagulação, ocorrendo hipoalbuminémia e hipocoagulabilidade (com as consequências clínicas que daí advêm) e um aumento da toxicidade dos fármacos que se ligam a proteínas.

Neste contexto são sugeridos pelas *guidelines* do *South London and Maudsley NHS Trust* alguns princípios gerais para a administração de fármacos em doentes hepáticos (83) :

- Prescrever o menor número de fármacos possível.
- Iniciar o tratamento com dosagens muito baixas, sobretudo para os fármacos que se ligam muito a proteínas plasmáticas ou que apresentam no seu metabolismo um efeito de primeira passagem importante.
- Ter um cuidado especial (doses reduzidas) com a administração de fármacos extensamente metabolizados no fígado (praticamente todos os psicofármacos, com exceção do sulpiride, amisulpride, lítio e gabapentina, que são minimamente metabolizados naquele órgão).
- Ter em atenção que a semivida dos fármacos está aumentada nos doentes com insuficiência hepática e, desta forma que os aumentos das dosagens deverão ser feitos de forma mais gradual.
- Monitorizar com cuidado os efeitos secundários, que poderão surgir mais tardiamente nestes doentes.
- Evitar fármacos demasiado sedativos, para obviar a precipitação de episódios de encefalopatia hepática.
- Evitar fármacos que provoquem obstipação, para prevenir a precipitação de episódios de encefalopatia hepática.
- Evitar fármacos que sejam hepatotóxicos (clorpromazina, antidepressivos IMAO).
- Escolher fármacos de baixo risco e monitorizar a função hepática regularmente.

4.1) Antidepressivos

- Tricíclicos

São todos metabolizados no fígado, ligam-se extensamente a proteínas plasmáticas e apresentam um grande efeito de primeira passagem, devendo ser evitados no contexto de doença hepática (83,84).

- SSRI (Inibidores selectivos da recaptção de serotonina)

São todos metabolizados no fígado. A fluoxetina apresenta uma semivida muito longa, o que a torna um fármaco especialmente difícil de manusear na insuficiência hepática (59,60). Por outro lado, em trabalhos recentes, verificou-se que a fluoxetina podia aumentar os níveis sanguíneos dos imunossupressores até valores tóxicos porque inibe o citocromo P450 3-A4 (1). De acordo com vários estudos, a paroxetina parece ser a escolha mais segura (83,84,85), sendo utilizada por várias unidades de hepatologia com bons resultados (83). O escitalopram e o citalopram são extensamente metabolizados pelo fígado devendo ser utilizados com precaução e em doses reduzidas (83).

- Outros

Embora exista pouca experiência relatada com venlafaxina nos doentes hepáticos, este fármaco não é recomendado nos casos de doença hepática grave, acontecendo o mesmo com a reboxetina (83,84). A mirtazapina, é metabolizada a nível hepático e apresenta efeitos sedativos importantes, pelo que o seu uso deve ser cauteloso (83). Os IMAO são hepatotóxicos, devendo ser evitados na doença hepática grave (82,83).

4.2) Estabilizadores de Humor

O lítio não é metabolizado pelo fígado e desta forma pode ser administrado se a função renal estiver mantida (9,56,83,84).

O valproato é contra-indicado na doença hepática, uma vez que é hepatotóxico e a carbamazepina também não deverá ser utilizada nestes casos porque é um fármaco extensamente metabolizado pelo fígado e indutor dos citocromos P450 (83,84).

4.3) Ansiolíticos e Hipnóticos

As benzodiazepinas devem ser utilizadas com cautela na doença hepática grave, uma vez que o seu mecanismo de acção interfere com o sistema neurotransmissor gabaérgico e a encefalopatia hepática parece também estar relacionada com o GABA (56). A sedação nos doentes hepáticos pode ser conseguida em alternativa através de baixas doses de antipsicóticos (56). Se for necessária a administração de benzodiazepinas, os fármacos de eleição são o oxazepam, o lorazepam ou o temazepam (hipnótico), cujo metabolismo se mantém praticamente inalterado na insuficiência hepática (9,83,84).

4.4) Antipsicóticos

O haloperidol é descrito por vários autores como sendo o antipsicótico de escolha nestas situações, embora seja necessário monitorizar as doses (9, 56,83,84). Deve se ter um especial cuidado com as fenotiazinas, particularmente com a clorpromazina que é hepatotóxica (9, 56, 83, 84, 86). Igual cautela exige o uso de risperidona nestes casos, uma vez que este fármaco apresenta uma ligação importante às proteínas séricas (61). A quetiapina é metabolizada pelo fígado, mas apresenta uma curta semivida, podendo também ser utilizada em contexto de doença hepática.

O amissulpride e o sulpiride são minimamente metabolizados pelo fígado, podendo, nos casos de doença hepática, ser utilizados com segurança (83, 84).

4.5) Medicacões para Prevenir a Recaída do Alcoolismo

A prevençãõ das recaídas do alcoolismo pode fazer-se mediante a prescriçãõ de vários fármacos.

A naltrexona não é recomendada nos doentes com hepatite alcoólica activa ou insuficiênciã hepática, uma vez que pode ser hepatotóxica.

O acamprosato não é metabolizado pelo fígado, podendo ser administrado com segurança nos casos de insuficiênciã hepática, desde que a funçãõ renal esteja mantida (1,83,84).

O dissulfiram não é recomendado nos doentes transplantados ou nos candidatos a transplante uma vez que este fármaco bloqueia a oxidaçãõ do álcool e pode, além de náuseas, vômitos e mal estar, provocar instabilidade hemodinâmica. Além disso um dos metabolitos do dissulfiram é um inibidor do citocromo P450 3A4, podendo aumentar os níveis sanguíneos dos imunossupressores (83,84).

5) Qualidade de vida no Pós-transplante

Aquando dos primeiros transplantes, e no que toca ao período pós-transplante os investigadores preocupavam-se sobretudo com questões relacionadas com a sobrevivência do doente. À medida que as técnicas cirúrgicas se foram aperfeiçoando, e a sobrevivência aumentando, foi atribuída uma maior importância à qualidade de vida do doente transplantado. Por definição, em questões de saúde, a qualidade de vida de um doente relaciona-se com o impacto que o estado de saúde tem sobre o seu bem estar objectivo

e subjectivo (9). Numerosos sistemas de avaliação da qualidade de vida têm sido propostos ao longo dos anos. Entre as diversas escalas de qualidade de vida destacam-se a *World Health Organization WHOQOL-100*, a *EORTC Quality of Life Questionnaire* e o *MOS SF-36* (20,38).

A maioria dos estudos existentes são unânimes em afirmar que o transplante hepático trás ao doente uma grande melhoria na sua qualidade de vida (20,24,39,87), sobretudo nos primeiros anos do pós-transplante (28), mas também se tem tornado evidente que nem todos os doentes apresentam uma igual melhoria da qualidade de vida, havendo factores que condicionam estas diferenças.

Vários estudos apontam que a qualidade de vida é pior nos doentes transplantados infectados pelo vírus da hepatite C (39,88), enquanto que noutros aquela é menor para os doentes com doença hepática alcoólica (5,9). Vários estudos concluíram que a história psiquiátrica prévia podia também influenciar negativamente a qualidade de vida pós-transplante, quer através de uma pior evolução clínica (9,15,16,29,32,34,35), quer através de um aumento da morbilidade psiquiátrica pós-transplante (20,21,35,38).

Estes factores de risco não são modificáveis, mas muitos estudos têm comprovado que existem outros factores, modificáveis, que podem ser determinantes para a qualidade de vida dos doentes, destacando-se:

- Estado neuropsiquiátrico do doente transplantado

Como referido antes neste capítulo, as perturbações psiquiátricas são frequentes no doente com transplante hepático (quer no período pré, quer no período pós transplante). Embora o estado neuropsiquiátrico melhore bastante após o transplante, perturbações psiquiátricas como a depressão, a ansiedade

e o *delirium* são frequentes no período pós-transplante e podem prejudicar gravemente a qualidade de vida do doente.

O estado psiquiátrico pós-transplante relaciona-se, segundo vários estudos, com o estado psiquiátrico pré-transplante, havendo características psiquiátricas e psicológicas no período pré-transplante, como a alexitímia (21), a ansiedade (20,28), e determinados traços de personalidade (neuroticismo) (38,46) que se associam a um maior número de perturbações psiquiátricas pós-transplante. Noutros estudos comprovou-se que o apoio psicofarmacológico e psicoterapêutico pós-transplante se associava a um melhor prognóstico psiquiátrico e a uma melhor qualidade de vida (28,38).

O estado psiquiátrico do doente também pode influenciar negativamente a sua adesão e, conseqüentemente, a sua evolução clínica (1,9,28) e a sua qualidade de vida (1, 28).

- Suporte social

O suporte social é fundamental nos doentes transplantados, sobretudo nos doentes com perturbações psiquiátricas ou com alterações cognitivas. Nestes casos é fundamental existir um cuidador que acompanhe o doente nas suas novas tarefas diárias, desde a medicação até à reinserção social (1,28,88,89).

- Planificação

Este factor, muitas vezes esquecido, é determinante para uma boa evolução do doente transplantado. Simples tarefas, como as idas frequentes à consulta, a planificação criteriosa dos recursos a dispender com a medicação, a reorganização sócio-ocupacional e do estilo de vida, a planificação dos seguros, entre outros, podem ser muito importantes para uma boa evolução do doente e para a sua qualidade de vida (28).

- Dieta e Exercício

Foi já demonstrado que a má nutrição constitui um factor de risco importante para morbilidade e mortalidade pós-transplante (90). O exercício pode ajudar a prevenir as complicações cardiovasculares que os doentes muitas vezes apresentam no período pós-transplante (90,28). A educação do doente em relação a aspectos nutricionais e à prática de exercício físico, podem contribuir para melhorar a sua evolução clínica e a sua qualidade de vida (28, 90).

- Adesão

A não adesão pode, conforme já referido, ser uma das principais causas de mortalidade pós-transplante (43). Alguns estudos verificaram também que a não adesão se associava a uma pior evolução clínica, ao aumento do risco de rejeição e de aparecimento de complicações como a diabetes (91). Outros estudos recentes demonstraram também que a não adesão influenciava negativamente a qualidade de vida no período pós-transplante (28,1,9).

A adesão é determinada por vários factores, entre os quais se destacam factores relacionados com a saúde mental do doente (2,12).

No *screening* pré-transplante deve ser avaliado o nível de adesão pré-transplante, como já referido. Tem-se debatido se os doentes com risco de não adesão pós-transplante devem ou não ser transplantados (28,92). Os trabalhos mais recentes, porém, referem que a avaliação pré-transplante é o momento ideal para identificar os doentes com risco de não adesão e formular estratégias para reduzir esse risco, tais como, uma intervenção psicofarmacológica e psicoterapêutica nos doentes com perturbações psiquiátricas como a depressão e a ansiedade ou uma intervenção psicoterapêutica directamente orientada para melhorar a adesão (12).

6) Transplantes de Dador Vivo

Nos EUA e na Europa, o número de transplantes hepáticos de dador vivo tem aumentado bastante nos últimos anos (8). Isto prende-se fundamentalmente com o número crescente de doentes candidatos ao transplante e a indisponibilidade de dadores em morte cerebral (8).

É consensual, que os dadores devem ser submetidos a uma selecção rigorosa, que passa por uma extensa avaliação psicossocial, à semelhança do que acontece com os receptores (1).

Na avaliação psicossocial é prioritário compreender se existe algum tipo de coacção ou incentivos financeiros no processo de doação de tecido vivo, que devem constituir critérios de exclusão. Relativamente a estas situações, é necessário ter um particular cuidado com dadores que já tenham sido abusados física ou sexualmente por familiares, uma vez que estes apresentam um maior risco de serem manipulados por membros da família ou amigos (1).

Na mesma linha, é importante perceber se o dador possui expectativas de que a doação do tecido vivo possa alterar, de alguma forma, a relação com o receptor ou com o resto da família (1). É de salientar que alguns centros apenas aceitam como dadores de tecido vivo pessoas que não tenham relação familiar ou afectiva com o receptor (1).

Por outro lado, os dadores devem ser informados dos riscos inerentes a todos os procedimentos médicos a que vão ser submetidos. Desta forma, a incapacidade de compreensão destes processos ou de assinar um consentimento informado tornará inconcebível a realização do transplante (1).

A presença de perturbações psiquiátricas no período pré-transplante pode, à semelhança do que acontece com os receptores, influenciar a recuperação da intervenção cirúrgica (8). Também poderão estar presentes

nos dadores, com alguma frequência, perturbações psiquiátricas no período pós-transplante, nomeadamente depressão e ansiedade (21). Segundo um trabalho de Fukunishi, 2002, a alexitímia presente no período pré-transplante pode associar-se com o aparecimento de perturbações psiquiátricas no período pós-transplante, quer nos receptores, quer nos dadores (21).

Estudos recentes mostraram que os receptores e dadores envolvidos num transplante podem apresentar perturbações psiquiátricas no período pós-transplante, que são paradoxais, uma vez que ocorrem na ausência e qualquer complicação médica. Esta situação, que surge maioritariamente nos receptores de transplante hepático de dador vivo, foi denominada por Fukunishi de síndrome psiquiátrica paradoxal (SPP) (8,21) relacionando-se com a presença de alexitímia no período pré-transplante, segundo um estudo de Fukunishi (2002) (21).

O seu diagnóstico é feito na presença de quatro critérios (21):

- Conflitos proeminentes associados com o transplante (por exemplo sensação de culpabilidade em relação ao dador);
- Sintomas de depressão, ansiedade, conversão, somatização, psicose ou de uma perturbação de adaptação;
- Ocorrência tardia, cerca de um ano após o transplante;
- Ausência de complicações médicas.

CONCLUSÕES

1 - A avaliação psiquiátrica dos candidatos ao transplante pode aumentar substancialmente a sobrevivência dos doentes, reduzir a taxa de complicações e melhorar a sua qualidade de vida, sendo desta forma indispensável. O principal objectivo da avaliação psiquiátrica pré-transplante deverá ser diagnosticar atempadamente as situações de forma a planear correctamente o

seu tratamento e evitar futuras complicações. Esta avaliação deverá incluir a avaliação psicopatológica geral, a avaliação cognitiva e a avaliação da adesão. Este último *item* é muito importante, uma vez que a não adesão é hoje reconhecida como um factor determinante para o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde pelos doentes transplantados, podendo ser uma causa directa de 21% de todos os insucessos da transplantação e 26% de todas as mortes pós-transplante. Entre os principais determinantes da adesão pós-transplante destacam-se a história de não adesão pré-transplante, o suporte social e a presença de perturbações psiquiátricas, quer no período pré, quer no período pós-transplante.

2 - As perturbações psiquiátricas no período pré-transplante são muito frequentes, sendo a prevalência de depressão cerca de 33%, de ansiedade clinicamente significativa de 34%, de abuso ou dependência de álcool de 59%, de *delirium* de 24% e de alexitímia de 39%. A depressão e a ansiedade pré-transplante está associada a uma evolução clínica e a uma qualidade de vida pós-transplante desfavoráveis; o alcoolismo pode estar associado a uma evolução clínica desfavorável; algumas formas de *delirium* podem correlacionar-se com a evolução clínica; a alexitímia pré transplante associa-se a uma maior prevalência de perturbações psiquiátricas pós-transplante.

A prevalência de perturbações de personalidade pré-transplante hepático ronda os 28%. Noutro tipo de transplantes estas situações têm uma menor prevalência (10-15%). Traços de personalidade, como o neuroticismo podem contribuir de forma negativa para a evolução clínica (aumento das taxas de reinternamento e de rejeição) e para a qualidade dos doentes no período pós-transplante. Por outro lado, certos tipos de perturbação de personalidade

como a perturbação de personalidade antisocial podem contribuir para o aumento da taxa de recaída dos doentes alcoólicos transplantados.

3 - As perturbações psiquiátricas no período pós transplante também são muito frequentes, sendo a prevalência da depressão pós-transplante cerca de 30%, de ansiedade pós transplante 26%, de delirium 30%, de PTSD 6,4% e de psicose 7,5%. A presença de depressão ou ansiedade pós-transplante pode associar-se a uma qualidade de vida significativamente reduzida. A taxa de recaída do alcoolismo pós transplante é de cerca de 29%, embora varie muito entre os diferentes estudos devido ao tipo de doentes incluídos (com diferente comorbilidade psiquiátrica e médica e suporte social), aos diferentes critérios de recaída e ao momento em que a recaída é acedida. A recaída alcoólica pós transplante é uma situação muito grave, podendo associar-se a complicações médicas irreversíveis.

Muitos dos sintomas psiquiátricos no período pós-transplante podem ser secundários à medicação administrada neste período (sobretudo os imunossuppressores), devendo por isso fazer-se um diagnóstico diferencial cuidado.

4 - Os doentes hepáticos apresentam alterações metabólicas importantes, facto que determina alterações nos mecanismos farmacocinéticos dos fármacos a eles administrados. Assim, dever-se-á ter cuidado com a medicação psiquiátrica administrada nestes doentes, privilegiando psicofármacos que não sejam metabolizados pelo fígado, que tenham uma menor semivida e que apresentem uma menor ligação a proteínas plasmáticas. Entre os antidepressivos, é preferível o uso da paroxetina, entre os estabilizadores de humor, o lítio, entre os ansiolíticos e hipnóticos o oxazepam, o lorazepam ou o temazepam, entre os antipsicóticos o uso do haloperidol, do amissulpride ou

do sulpiride e entre as medicações para prevenir a recaída do alcoolismo o acamprosato.

5 - À medida que as técnicas se foram aperfeiçoando, e a sobrevivência aumentando, foi atribuída uma maior importância à qualidade de vida do doente transplantado. A maioria dos estudos existentes são unânimes em afirmar que o transplante hepático traz ao doente uma grande melhoria na sua qualidade de vida. Porém, também se tem tornado evidente que nem todos os doentes apresentam uma igual melhoria desse parâmetro, havendo factores que condicionam estas diferenças, nomeadamente o estado neuropsiquiátrico e o acompanhamento psiquiátrico do doente transplantado, o suporte social, a planificação, a dieta e exercício e a adesão à terapêutica.

6 - O número de transplantes hepáticos de dador vivo tem aumentado bastante nos últimos anos. É consensual que os dadores devem ser submetidos a uma selecção rigorosa, que passa por uma extensa avaliação psicossocial, à semelhança do que acontece com os receptores (1). Entre os principais factores que são desfavoráveis à aceitação de dadores vivos destacam-se a coacção ou incentivos financeiros no processo de doação do tecido vivo e a incapacidade de compreensão dos riscos inerentes a todos os procedimentos médicos a que vão ser submetidos.

7 - Devido à importância que as perturbações psiquiátricas pré e pós-transplante poderão ter sobre a evolução clínica e a qualidade de vida do doente transplantado, ao tipo de patologia psiquiátrica que estes doentes apresentam, aos sintomas médicos ou secundários à medicação usada (que podem simular sintomas psiquiátricos) e ao seu estado metabólico frágil, é essencial que os doentes transplantados, assim como os dadores de tecido

vivo, tenham um seguimento psiquiátrico especializado ao longo de todo o processo que antecede e sucede a intervenção cirúrgica.

REFERÊNCIAS

- 1-KRAHN LE, DIMARTINI A: Psychiatric and psychosocial aspects of liver transplant. *Liver Transplantation* 2005; 11: 157-1168
2. House RM, Tzepacz PT, et al *Psychiatric Consultation to Organ Transplant Services: Review of Psychiatry* 2000 vol. 9: 515 . 534
- 3- PERDIGOTO R, MONTEIRO E. Notas Históricas. Transplante hepático em Portugal. *Transplante Hepático no Mundo. Hepatologia de transplante. Minerva Coimbra* 2003; 17-23
- 4- HOUSE RM, THOMPSON TL: Psychiatric aspects of organ transplantation. *JAMA* 1988; 260(4): 535-539
- 5-NEUBERGER JM: Transplantation for alcoholic liver disease. *BMJ* 1989; 299(6701): 299-693
- 6- PEREZ-SAN-GREGORIO MA, MARTIN-RODRIGUEZ M, ASIAN-CHAVES E, GALLEGO-CORPA A, CORREA-CHAMORRO E, PEREZ BERNAL: Psychopathological features in transplant patients. *Transplantation Proceedings* 2003; 35: 744-745
- 7- HOUSE R, DUBOVSKY SL, PENN I: Psychiatric aspects of hepatic transplantation: *Transplantation* 1983; 36: 146-150
- 8- FUKUNISHI I, SUGAWARA Y, TAKAVAMA T, MAKUUCHI M, KAWARASAKI H, SURMAN OS: Psychiatric disorders before and after living related transplantation. *Psychosomatics* 2001; 42: 337-343
- 9- RIETHER AM, LILB JW: *Heart and Liver Transplantation. Medical Psychiatric Practice.* Ed. Stoudemire A, Fogel B. American Psychiatric Press. Washington 1991
- 10- HUNT CM, TART JS, DOWDY, BUTE BP, WILLIAMS DM, CLAVIEN PA: Effect of orthopic liver transplantation on employment and health status. *Liver Transpl Surg* 1996; 2: 148-153
- 11- HETZER R, ALBERT W, HUMMEL M, et al: Status of patients presently living 9 to 13 years after orthotopic heart transplantation. *Ann Thorac Surg.* 1997. 64 1661-1668
- 12- LIMBOS MM, JOYCE DP, CHAN CK, KESTEN S: Psychological functioning and quality of life in lung transplant candidates and recipients. *Chest* 2000; 118: 408-406
- 13- FORSBERG A, LORENZON U, NILSSON F, BACKMANA L : Pain and health related quality of life after heart, kidney and liver transplantation. *Clin Transplant* 1999; 13: 453-460
- 14- STILLEY C, DEW M, STUKAS AA, et al: Psychological symptom levels and their correlates in lung and heart lung. *Psychosomatics* 1999; 40: 503-509
- 15- KUHN WF, MYERS B, BRENNAN AF, et al: Psychopathology in heart transplant candidates. *Heart Transplantation* 1988; 7: 223-226
- 16- FREEMAN, FOLKS DG, SOKOL RS, FAHS JJ: Cardiac transplantation: clinical correlates of psychiatric outcome. *Psychosomatics* 1988 ; 29 : 47-54
- 17- HUFFMAN JC, POPKIN MK, STERN TA. Psychiatric considerations in the patient receiving organ transplantation: a clinical case conference. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25(6):484-491
- 18- SURMAN OS: Psychiatric aspects of organ transplantation. *Am J Psychiatry* 1989, 146: 972-982
- 19- DIDLAKE RH, DREYFUS K, LERMAN RH, VAN BUREN CT, KAHEN BD. Patient non-compliance: a major cause of late graft failure in cyclosporine-treated renal transplants. *Transplant Proc* 1988; 20 suppl3: 63-69
- 20- O'CARROLL R, COUSTON M, COSSAR J, MASTERTON G, HAYES PC. Psychological outcome and quality of life following liver transplantation: a prospective, national, single-center study. *Liver transplantation* 2003; 9(7): 712-720
- 21- FUKUNISHI I, SUGAWARA Y, TAKAYAMA T, MAKUUSHI M, KAWARASAKI H, SURMAN OS. Association between pretransplant psychological assessments and posttransplant psychiatric disorders in living-related transplantation. *Psychosomatics* 2002; 43: 49-54
- 22- PRESBERG BA, LEVENSON JL, OLBRISCH ME, BEST AM, Rating scales for the psychosocial evaluation of organ transplant candidates. Comparison of the PACT and TERS with bone marrow transplant patients. *Psychosomatics.* 1995; 5 :458-461
- 23- TRZEPACZ PT, BRENNER RP, VAN THIEL DH. A psychiatric study of 247 liver transplantation candidates. *Psychosomatics* 1989; 30: 147-153

- 24- LISSON GL, RODRIGUEZ JR, REED AI, NELSON DR. A brief psychological intervention to improve adherence following transplantation. *American Transplant*. 2005; 10(1): 52-57.
- 25- COOPER DK, LANZA RP, BARNARD CN. Noncompliance in heart transplant recipients: the Cape Town experience. *Heart Transplantation* 1984; 3: 248-253
- 26- GULLEDGE AD, BUSZTA KC. Psychological aspects of renal transplantation. *Urol. Clin North Am* 1983; 10: 327-335
- 27- DUBOVSKY SL, PENN I. Psychiatric considerations in renal transplant surgery. *Psychosomatics* 1980; 21: 481-491
- 28- BUSH B. Psychosocial, emotional, and neuropsychologic factors influencing compliance and liver transplantation outcomes. *Curr Opin Organ Transplant* 2004; 9: 104-109
- 29- DEW MA, ROTH LH, THOMPSON ME, KORMOS RL, GRIFFITH BP. Medical compliance and its predictors in the first year after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 1996; 15: 631-645
- 30- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, BARROSO E, MONTEIRO E. Coping nos doentes transplantados. *Acta Médica Portuguesa* 2008; 21 (2): 141-148
- 31- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Personalidade e Transplante. *Acta Médica Portuguesa* 2009. Em Publicação
- 32- DOBBLES F, VANHAECKE J, DESMIYTRER A, DUPONT L, NEVENS F, DE GEEST S. Prevalence and correlates of self-reported pretransplant nonadherence with medication in heart, liver, and lung transplant candidates. *Transplantation* 2005; 79(11):1588-1595
- 33- United Network Organ Sharing (UNOS). <http://www.OPTN.org>. Copyright 2002
- 34- HOUSE, RM, TRZEPACZ PT, THOMPSON TL. Psychiatric Consultation to organ transplant services in Tasman, A. Goldfinger, SM, Kaufman, CA *Review of Psychiatry* vol.9 Washington, American Psychiatric Press 1990: 515-536
- 35- NICKEL R, WUNSCH A, EGGLE UT, LOHSE AW. The relevance of anxiety, depression, and coping in patients after liver transplantation. *Liver Transplantation* 2002; 8 (1): 63-71
- 36- BEIDEL DC. Psychological factors in organ transplantation. *Clinical Psychology Review* 1987; 7: 677-694
- 37- SURMAN O. The surgical patient in Massachusetts General Hospital *Handbook of General Hospital Psychiatry* 1978, 1st Edition. Ed. Hackett TP, 64-92
- 38- KOBER B, KUCHLER T, BROELSCH C, KREMER B, HENE-BRUNS D. A psychological support concept and quality of life research in a liver transplantation program: an interdisciplinary multicenter study. *Psychotherapy Psychosomatics* 1990; 54: 117-131
- 39- SINGH N, GAYOWSKI T, WAGENER MM, MARINO IR. Depression in patients with cirrhosis, impact on outcome. *Digestive Diseases and Sciences* 1997; 42(7): 1421-1427
- 40- RODIN G, VOSHART K. Depression in the medically ill, an overview. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 696-705
- 41- RODRIGUEZ JR, DAVIS GL, HOWARD RJ. Psychological adjustment of liver transplant candidates. *Clin* 1993; 7: 227-229
- 42- NORRIS ER, SMALLWOOD GA, CONNOR K, et al. Prevalence of depressive symptoms in patients being evaluated for liver transplantation. *Transplantation Proceedings* 2002; 34: 3285-3286
- 43- JOWSEY S, SCHNEEKLOTH. Psychosocial assessment of adult liver transplant recipients. *Transplantation of the liver*. Elsevier Saunders 2005: 395-403.
- 44- HONG BA, SMITH MD, ROBSON AM, WEZEL RD. Depressive symptomatology and treatment in patients with end-stage renal disease. *Psychol Med* 1987; 17:185-190
- 45- LOWRY MR, ATCHERSON E. Characteristics of patients with depressive disorder on entry into home hemodialysis. *J Nerv Ment Dis* 1979 ; 167: 748-751
- 46- PÉREZ-SAN-GREGORIO MA, MARTÍN RODRÍGUEZ A, ASIAN-CHAVEZ E, GALLEGO-CORPA A, PEREZ-BERNAL J. Psychopathological features in transplant patients. *Transplantation Proceedings* 2003; 35,:744-745
- 47- ALVES PEREIRA C. *Cirurgia, Patologia, Clínica*. McGraw-Hill de Portugal. Lisboa 1999.
- 48- GLEDHIL J, BURROUGH A, ROLLES K, DAVIDSON B, BLIZARD B, LLOYD G: Psychiatric and social outcome following liver transplantation for alcoholic liver disease: a controlled study. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 46: 359-368
- 49- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Liver Transplantation *Hepatology* 1983; 4 (Suppl): 107S-110S
- 50- RONALD A, TRINGALI RN, TRZEPACZ RN: Assessment and follow up of alcohol-dependent liver transplantation patients. *General Hospital Psychiatry* 1996; 18: 70-77
- 51- BERESFORD TP. Psychiatric follow-up care of alcohol-dependent liver graft recipients. *Liver transplantation and Alcoholic Patients*: 96-112. Cambridge University Press

- 52- ROTHENHAUSLER HB, EHRENTAUT S, KAPFHAMMER HP. Psychosocial screening and selection of candidates for liver transplantation. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2003 53(9-10): 364-375
- 53- BIRD GL, O'GRADY JG, HARVEY FA, CALNE RY, WILLIAMS R: Liver transplantation in alcoholic cirrhosis: selection criteria and rates of survival and relapse. *BMJ* 1990; 301: 15-17
- 54- KUMAR S, STAUBER RE, GAVALER JS, et al: Orthotopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Hepatology* 1989; 11: 159-164
- 55- EVERSON G, BARADHWAJ G, HOUSE R, et al: Long term follow up of patients with alcoholic liver disease who underwent hepatic transplantation. *Liver Transplant Surg* 1997; 3: 275-279
- 56- ROBINSON RG, YATOS WR. Liver disease and transplantation. Psychiatric treatment of the medically ill. Eds. R.G. Robinson, W.R. Yates. Dekker. New York 1999
- 57- LEVINE PM, SILBERFAB PM, LIPOWSKY ZJ. Mental disorders in cancer patients: a study of 100 psychiatric referrals. *Cancer* 1978; 42: 1385-1391
- 58- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC 1994
- 59- TRZEPACZ PT, BRENNER R, COFFMAN G, VAN THIEL DH. Delirium in liver transplantation candidates: discriminant analysis of multiple test variable. *Biol Psychiatry* 1988; 24: 3-14
- 60- TRZEPACZ PT, DIMARINI A. Survival of 247 liver transplant candidates. Relationship to pretransplant psychiatric variables and presence of delirium. *Gen Hosp Psychiatry*. 1992 Nov; 14(6): 380-386
- 61- TRZEPACZ PT, MAUE FR, COFFMAN G, VAN THIEL DH: Neuropsychiatric assessment of liver transplantation candidates: delirium and other psychiatric disorders. *Int J Psychiatry Med* 1987; 16: 101-111
- 62- TRZEPACZ PT, BRENNER R, VAN THIEL DH. A psychiatric study of 247 liver transplantation candidates: *Psychosomatics* 1989; 30: 147-153
- 63- TAYLOR GJ, MICHAEL R, PARKER DA. The Alexithymia Construct: A Potencial Paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics* 1991; 32(2): 153-164
- 64- MARTIN JB, PIHIL R. The stress-alexithymia hypothesis. Theoretical and empirical considerations. *Psychoterapy and Psychosomatics* 1985; 43: 169-176
- 65- BRENNAN AF, DAVIS MH, BUCHHOLZ DJ, KUHN WF, GRAY LA. Predictors of quality of life following cardiac transplantation. *Psychosomatics* 1987; 28: 566-571
- 66- KUHN WF, MYERS B, BRENNAN F, et al. Psychopathology in heart transplant candidates. *J Heart Transplant*. 1988; 7: 223-226
- 67- PHIPPS L. Psychiatric aspects of heart transplantation. *Can J Psychiatry*. 1991; 36: 563-568
- 68- CHACKO PC, HARPER RG, GOTTO J, YOUNG J. Psychiatric interview and psychometric predictors of cardiac transplant survival. *Am J Psychiatry*. 1996; 153: 1607-1612
- 69- DOBBELS F, PUT C, VANHAECKE J. Personality disorders: a challenge for transplantation. *Progress in Transplantation* 2000; 4: 226-232
- 70- SINGH N, GAYOWSKI T, WAGENER MM, MARINO IR., Quality of life, functional status and depression en male liver transplant recipients with recurrent viral hepatitis C. *Transplantation* 1999; 67: 69-72
- 71- STARLZ TE, VAN THIEL D, TZAKIS AG, et al: Orthopic liver transplantation for alcoholic cirrhosis. *JAMA* 1988; 260: 2542-2544
- 72- HOWARD L, FAHY T., WONG P, SHERMAN D, GANE E, WILLIAMS R: Psychiatric outcome in alcoholic liver transplant patients. *Q J Med* 1994; 87: 731-736
- 73- KUMAR S, STAUBER RE, GAVALER J, et al. Orthopic live transplantation for alcoholic liver disease. *Hepatology* 1990; 11: 159-164
- 74- BERLAKOVICH GA, STEININGER R, HERBST F, et al, Efficacy of liver transplantation for alcoholic cirrhosis with respect to recidivism and compliance. *Transplantation*, 58, 560-565.
- 75- MIGUET M, MONNET, E, VANLEMMENS C, et al. Predictive factors of alcohol relapse after orthopic liver transplantation for alcoholic liver disease. *Gastroenterol Clin Biol* 2004; 28: 845-851
- 76- DIMARTINI A, DAY N, DEW MA, LANE T, et al: Alcohol use following liver transplantation: a comparison of follow up methods. *Psychosomatics* 2001; 42: 55-62
- 77- TANG H, BOULTON R, GUNSON B, HUBSCHER S, NEUBERGER J. Patterns of alcohol consumption after liver transplantation. *Gut* 1998; 43: 140-145
- 78- VAILLANT G, The natural history of alcoholism and its relationship to liver transplantation. *Liver Transplant Surg* 1997; 3: 304-310

- 79- TRINGALI R, TRZEPACZ PT, DIMARTINI A, DEW MA: Assessment and follow up of alcohol-dependent liver transplant patients: a clinical cohort. *Gen Hosp Psych* 1996; 18: 70S-77S
- 80- DIMARTINI A. Psychosocial variables for predicting outcomes after liver transplantation for alcoholic liver disease. Presented at Alcohol Induced Liver Disease: The Role of Transplantation. The University of Massachusetts Medical Center 2000
- 81- Selected Speciality and Statewide Services Plans. *Liver Transplantation* 2002, 3
- 80- Oregon Health and Science University Combined Liver Transplantation Program, A guide to Liver Transplantation 2004
- 83- The Maudsley 2003 Prescribing Guidelines. *Martin Dunitz*: 225-229
- 84- BAZIRE, S. *Psychotropic Drug Directory* 2005. Fivepin Limited: 225-228
- 85- HALE AS. New antidepressants: use in hi risk patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 1993; 54: 61-70
- 86- ZIMMERMAN HJ, LEWIS JH. Drug induced cholestasis. *Medical Toxicology* 1987; 2: 112-160
- 87- RIETHER AM, SMITH SL, LEWISON BJ, COTSONIS GA, EPSTEIN CM. Quality-of-life changes and psychiatric and neurocognitive outcome after heart and liver transplantation. *Transplantation* 1992; 54: 444-450
- 88- DE BONNA M, PONTON P, ERMANI M, et al. The impact of liver disease and medical complications on quality of life and psychological distress before and after liver transplantation. *J Hepatol* 2000; 33(4): 609-615
- 89- GISH RG, LEE AH, KEEFE EB, ROME H, CONCEPCION W, WSQUIVEL CO. Liver transplantation for patients with alcoholism and end-stage liver disease. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 1337-1342
- 90- FROST FS. Functional outcomes of liver transplant patients treated in acute rehabilitation setting. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84: E11
- 91- DAVIDSON J, WILKINSON A, DANTAL J, et al. New onset diabetes after transplantation: 2003 international consensus guidelines. *Transplantation* 2003; 75: SS3-SS24
- 92- BUNZEL RM, LAEDERACH-HOFMANN K. Solid organ transplantation: are there predictors for posttransplant no nocompliance? A literature overview; *Transplantation* 2000: 70, 711

Capítulo II

Personalidade e Transplante

INTRODUÇÃO

Historicamente o termo personalidade tem origem na palavra latina *persona* (máscara de teatro usada na antiguidade para exprimir diferentes emoções e atitudes) (1).

Ainda que este conceito tenha sofrido uma evolução importante, não se encontra ainda completamente circunscrito e definido, tratando-se de um dos conceitos mais complexos em psiquiatria e psicologia (1).

Segundo Allport (1937) a personalidade é a organização dinâmica, no seio de um indivíduo, de sistemas psicofísicos que determinam o seu comportamento característico e os seus pensamentos (2).

Para Eysenk (1953), a personalidade corresponde à organização mais ou menos firme e durável do carácter, do temperamento e da inteligência e que determina a adaptação do indivíduo ao seu meio (3).

Dentro da personalidade são distinguidos por muitos dos autores dois grandes componentes: o temperamento e o carácter. Enquanto que o primeiro corresponde aos traços inatos que surgem desde a infância (componente genética), o segundo relaciona-se com a aprendizagem social e cognitiva (4).

Por outro lado é também frequente a distinção entre traço de personalidade, que representa uma característica durável, a disposição do indivíduo para se comportar de uma determinada maneira em diversas

situações e tipo de personalidade (ou dimensão), que corresponde a um conjunto estável de traços (4).

A determinação da estrutura básica da personalidade tem sido motivo de muita investigação. Allport verificou que, na literatura anglosaxónica, podiam ser encontrados, em meados do século XX perto de 18000 termos que correspondiam a traços de personalidade (2).

A associação entre o tipo de personalidade e vários aspectos relacionados com a doença médica tem sido objecto de abundante investigação.

Neste capítulo pretende-se rever, com base na literatura existente, alguns modelos teóricos que enquadram o conceito de personalidade, as possíveis implicações dos tipos de personalidade sobre a saúde, a sua forma de avaliação, e a importância particular deste tema no transplante de órgãos.

1) Conceitos e Modelos de Personalidade no Contexto da Doença Médica

A primeira tentativa de definir um padrão ou configuração da personalidade sob a forma de traços foi feita por Aristóteles.

No entanto, foi Hipócrates (460 A.C.) quem desenvolveu este conceito, distinguindo vários tipos de personalidade que poderiam corresponder a diferentes tipos de doença: constituição magra «fugoso» e constituição gorda «aquosa» (5).

Galeno postulou a existência de 4 tipos de temperamento: melancólico (bílis negra), optimista (sanguíneo), colérico (bílis amarela) e passivo fleumático (fleuma). Estes tipos de temperamento foram associados a diferentes tipos de doença (5).

No século XX, Kretschmer (1888-1964), desenvolve uma teoria sobre a constituição física e o temperamento. Segundo o autor o tipo morfológico podia enquadrar-se em três grupos: pícnico (corresponde ao temperamento ciclotímico), asténico (corresponde ao temperamento esquizotímico), atlético (corresponde ao temperamento misto) (5).

Sheldon (1898-1977), baseado em Kretschmer, desenvolve também três tipos de temperamento que vem a associar a três biótipos: endomórfico (viscerotonia: tolerância, sociabilidade, extroversão), mesomórfico (somatotonia: coragem, energia, actividade, assertividade, agressividade), ectomórfico (cerebrotonia: arte, sensibilidade, apreensão, introversão, ansiedade social) (5).

Freud, ainda na viragem do século XX, alega que determinados perfis psicológicos, nomeadamente a histeria, podem resultar em sintomas físicos, passando o seu tratamento por uma abordagem psicológica psicodinâmica (6). O trabalho deste autor e seus seguidores como Alexander (1950) focava sobretudo o papel que a repressão das emoções podia ter sobre a saúde (6).

Friedman e Rosenman e depois Glass nos anos 50 distinguiram a personalidade tipo A (competição, assertividade, tensão) da personalidade tipo B (menos competição, evitamento da confrontação, menos tensão), alegando que a primeira poderia aumentar o risco de doença cardiovascular (7,8). Mais recentemente um novo tipo de personalidade, tipo D, caracterizado por uma tendência em experienciar emoções negativas e, simultaneamente, inibir a autoexpressão em contextos sociais, tem vindo a ser novamente relacionada com um aumento de risco cardiovascular (9,10).

Alguns autores desenvolveram também o conceito de personalidade tipo C (*cancer-prone*). Indivíduos com este tipo de personalidade apresentariam elevados níveis de introversão, agradabilidade, e seriam mais conformados (1).

Os modelos teóricos de personalidade que, hoje em dia, são mais utilizados em psicologia da saúde e psiquiatria de ligação são de dois tipos: o modelo de três factores e o de cinco factores (5).

O modelo tridimensional da personalidade, desenvolvido por Hans Eysenck (1967) tem como fundamentação três dimensões básicas da personalidade: neuroticismo, extroversão e psicoticismo (3). O neuroticismo é um indicador da labilidade emocional e da hiper-reactividade, tendo os indivíduos que obtêm uma elevada pontuação para este *item* uma tendência para ter respostas hiper-reactivas com dificuldade em regressar ao estado emocional prévio após experiências emocionais importantes (11). As pessoas que obtêm uma elevada pontuação para a extroversão são geralmente desinibidas, impulsivas, tendo muitos contactos sociais e participando frequentemente nas actividades de grupo (11). Os indivíduos que obtêm uma elevada pontuação para o psicoticismo são egocêntricos, agressivos, frios, carentes de empatia, impulsivos, pouco preocupados com os direitos e bem estar dos outros (11). Alguns autores, referem que, dadas as características das pessoas deste grupo, é mais correcto a utilização do termo psicopatia do que psicoticismo (12).

Eysenck, 1990, demonstrou que alguns factores biológicos podem estar por trás destas dimensões de personalidade. Segundo este autor, os níveis de neuroticismo e extroversão podem relacionar-se com características do SNC, nomeadamente a reactividade do sistema nervoso autónomo à estimulação

sensorial, podendo, conseqüentemente, estar associados a uma determinação genética (13).

O modelo dos cinco factores, desenvolvido por vários autores como McCrae com base no modelo dos três factores, identifica como tipos básicos de personalidade além do neuroticismo e extroversão, a conscienciosidade, agradabilidade, e a abertura à experiência (14,15,16).

Os indivíduos que obtêm uma elevada pontuação para a conscienciosidade são mais bem organizados e determinados, aqueles que obtêm uma elevada pontuação para agradabilidade são mais honestos, sinceros e com vontade de ajudar os outros, e os que obtêm uma elevada pontuação para abertura à experiência são mais curiosos acerca do mundo exterior e interno e abertos a novas ideias e experiências (17,18).

Segundo McCrae (1992), baixas cotações nos *itens* conscienciosidade e agradabilidade corresponderão à dimensão de psicoticismo no modelo tridimensional (18).

Vários autores contemporâneos sublinham que a teoria das 5 dimensões, embora com algumas limitações, constitui um dos modelos mais válidos de personalidade para explorar a relação entre personalidade e saúde física e mental (17,19,20).

2) Relação Personalidade - Doença Médica

2.1) Modelos teóricos

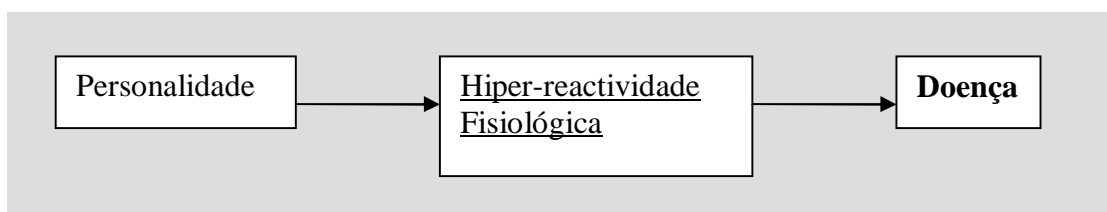
Suls e Rittenhouse (1990) afirmam que podem haver três modelos fundamentais através dos quais a personalidade se associa a um aumento do risco médico (embora se deva aceitar que os vários modelos poderão ocorrer simultaneamente): Hiperreactividade induzida pela personalidade,

Predisposição constitucional, Comportamentos deletérios induzidos pela personalidade.

2.1.1) Hiper-reactividade induzida pela personalidade

Segundo este modelo, pessoas com determinadas características de personalidade respondem ao *stress* com uma reactividade fisiológica exagerada. A exposição crónica do organismo a uma hiperreactividade poderia através de mediadores neuroendócrinos estar na base de uma maior predisposição para determinadas patologias (nomeadamente a patologia cardiovascular). Este modelo está na base da teoria da personalidade do tipo A (22,23) (Fig. 2.1.1).

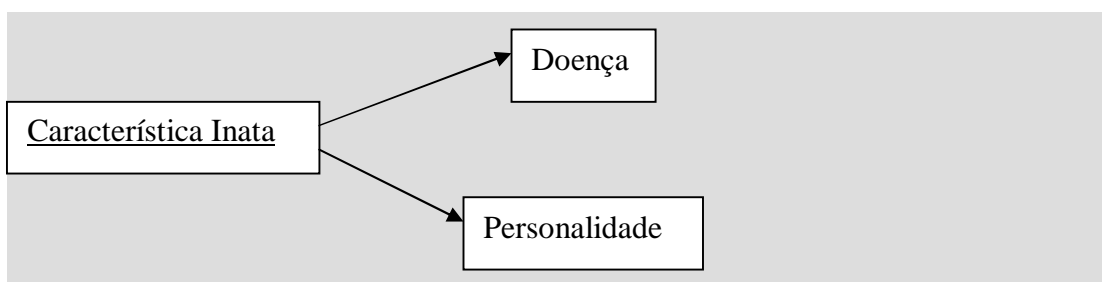
Fig. 2.1.1- Hiper-reactividade induzida pela personalidade



2.1.2) Predisposição constitucional

Este modelo tem sido muito pouco estudado. Segundo ele, determinados tipos de personalidade associadas a doença poderiam ser, simplesmente, marcadores de uma anormalidade ou predisposição inata a determinadas doenças. Assim, quer a personalidade, quer a doença seriam consequência de uma determinada característica genética. Neste caso a personalidade estaria desprovida de qualquer acção directa sobre a saúde (24) (Fig. 2.1.2).

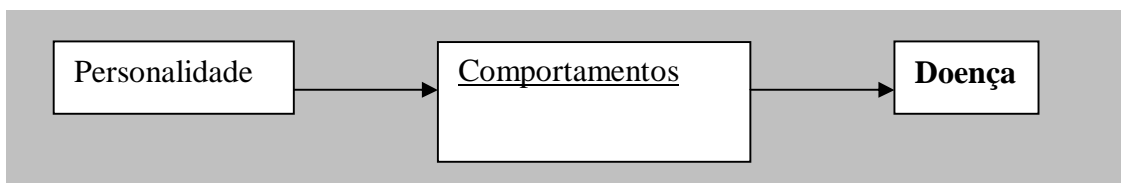
Fig. 2.1.2- Predisposição constitucional



2.1.3) Comportamentos deletérios induzidos pela personalidade

De acordo com este modelo, a personalidade poderá estar na base de determinados comportamentos deletérios que podem conduzir à doença (ou ao agravamento desta). Estes comportamentos podem corresponder a MC desajustados, a uma redução da adesão multidimensional (cumprimento da prescrição médica, ida às consultas, entre outros) ou à adopção de hábitos deletérios à saúde (como por exemplo os hábitos tabágicos). De acordo com Suls e Rittenhouse (1990), este mecanismo constitui um potencial factor de confundimento a qualquer dos modelos descritos (21). A personalidade do tipo A, por exemplo com um padrão característico de hiperreactividade, poderá ter uma maior predisposição para a doença, simplesmente porque o padrão de hiperreactividade a expõe a comportamentos e situações de risco (25) (Fig. 2.1.3).

Fig. 2.1.3- Comportamentos deletérios induzidos pela personalidade



2.2) Alguns Problemas Metodológicos

Timothy Smith *et al.* (2006), chama a atenção para o facto de a maioria dos estudos que avaliam o impacto da personalidade sobre a doença médica

não incluïrem variáveis intermédias, que poderiam funcionar como mediadores entre os traços de personalidade e a saúde (nomeadamente os MC). Segundo este autor é fundamental que estes factores sejam contemplados nos estudos que avaliam o impacto da personalidade sobre a doença (26).

Por outro lado, vários autores referem que estas variáveis intermédias e outras (variáveis de confundimento), que estão altamente correlacionadas com a personalidade, podem influenciar os resultados da análise estatística, pelo que esta deverá ser feita com particular cuidado (26,27). É importante que se compreenda os efeitos independentes da personalidade e das variáveis intermédias sobre a doença médica mas também a correlação que existe entre estes dois tipos de variáveis (26).

3) Avaliação da Personalidade na Doença Médica

3.1) Abordagem Taxonómica vs Dimensional

3.1.1) Abordagem Taxonómica

Foi desenvolvida pelos profissionais de saúde mental uma classificação taxonómica das doenças mentais com base em formulações mais descritivas e empíricas do que teóricas (no que se refere à etiologia e fisiopatologia). Esta classificação está compilada em manuais como o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Actualmente, e em investigação, a classificação mais utilizada é a abrangida no DSM-IV-R (28).

Nesta classificação, as alterações de personalidade estão fundamentalmente representadas através de oito tipos de perturbações de personalidade.

Para a obtenção dos diagnósticos definidos pelo DSM-IV, podem ser utilizadas entrevistas estruturadas, entre as quais se destacam a MINI (*Mini*

International Neuropsychiatric Interview) e a SCID (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders*) (29).

Entre as desvantagens da utilização da abordagem taxonómica contam-se:

- a impossibilidade de obter dados sobre características não patológicas da personalidade (30,31).
- a dificuldade com a abordagem taxonómica em incluir, de forma rigorosa, níveis subclínicos de patologia da personalidade (30, 31).
- a obtenção de variáveis quantitativas, ao contrário das qualitativas nominais ou ordinais (obtidas numa abordagem taxonómica) potencia os testes estatísticos (32).

3.1.2) Abordagem dimensional

Da mesma forma que Telles-Correia (2009), chama atenção na sua revisão bibliográfica para o facto do limiar dos níveis de ansiedade e depressão poder ser diferente entre aquele que é relevante para as condições psiquiátricas e o que pode interferir com os *outcomes* das doenças médicas (33), também outros autores referem que os critérios utilizados na avaliação psicopatológica da personalidade não são os mesmos que devem ser usados na pesquisa de relações entre a personalidade e a doença médica (30,31).

Este argumento parece ser o principal fundamento para a maioria dos autores preferir uma abordagem dimensional na investigação do impacto que a personalidade poderá ter sobre a evolução da doença médica. Porém, todas as limitações descritas para a classificação taxonómica são também superadas por esta diferente forma de abordagem.

3.2) Auto vs hetero-avaliação

Wise e Derogatis chamam a atenção para o facto de nenhuma destas formas de abordagem ser universalmente mais aceite que a outra. Pelo contrário, cada uma tem as suas vantagens e desvantagens (33,34).

Entre as principais vantagens dos instrumentos de auto avaliação sublinham-se a sua facilidade de aplicação e o facto da sua única fonte ser o indivíduo que experimenta o fenómeno que está a ser estudado (sem contaminação de um observador). Entre as desvantagens deste método destacam-se a desiderabilidade social, o facto do indivíduo poder responder algo premeditado na tentativa de um ganho secundário e a impossibilidade de administrar os instrumentos a doentes iletrados (33,34).

As principais vantagens e vieses dos instrumentos de hetero-avaliação, relacionam-se com o facto da sua aplicação depender exclusivamente do julgamento do observador. Por um lado, este facto pode oferecer aos instrumentos uma maior flexibilidade que permite, entre outros, que haja o esclarecimento de questões que sejam pouco claras. Por outro, é discutível que a interpretação do observador seja a única fonte do diagnóstico (ainda mais discutível é se o questionário for aplicado por mais do que um observador e em mais do que um momento) (33,34).

3.3) Instrumentos Específicos vs Inespecíficos

No passado, o principal enfoque das investigações enquadrava-se numa óptica psicopatológica das variáveis personalidade e saúde. As abordagens anteriores aos modelos dos 3 e dos 5 factores (que procuravam avaliar os possíveis efeitos da personalidade sobre um aspecto particular da saúde) recaíam no dogma de que um ou mais elementos de cariz psicopatológico da personalidade estariam associados ao aparecimento ou desenvolvimento de

um determinado aspecto de doença, ignorando características que não ultrapassando os limites do psicopatológico pudessem influenciar positiva ou negativamente a saúde (30,31). Os modelos dos 3 e dos 5 factores vieram introduzir uma conceptualização dimensional sobre as características da pessoa ajustada e desajustada, por oposição à agregação de sintomas a que o pensamento clínico e diagnóstico fazem apelo (17,19,20,30,31).

3.4) Escalas de avaliação de personalidade no contexto da doença médica

São inúmeros os instrumentos de medição da personalidade, baseados em diferentes pressupostos teóricos. São descritos os mais utilizados no contexto da doença médica e com o modelo teórico que mais se adequa a este contexto: o modelo dos cinco factores.

Originalmente foi desenvolvido por Costa e McCrae (1985) um questionário NEO-PI (*Neuroticism, Extroversion, Openness Personality Inventory*) com 145 itens e que contemplava mais especificamente estas três dimensões do modelo dos 5 factores (35). Mais tarde foi desenvolvido pelos mesmos autores um novo questionário, NEO-PI-R com 240 itens e que abarcava todas as 5 dimensões (neuroticismo, extroversão, abertura, agradabilidade, conscienciosidade) (36). Foi elaborado a partir deste último questionário, uma versão reduzida do NEO-PI-R, que devido às suas características psicométricas e facilidade em utilização constitui o instrumento mais utilizado neste âmbito. Este questionário, NEO-FFI-60, é constituído por 60 itens, correspondendo 12 a cada dimensão, usando uma escala do tipo Likert de 5 pontos (37).

O NEO-FFI encontra-se validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (2004) (validade de conteúdo, validade de constructo, validade

convergente, discriminante, consistência interna) (38), assim como o NEO-PI-R por Lima (1997) (39).

4) Personalidade e Transplante

A prevalência de perturbações da personalidade nos doentes transplantados é semelhante aquela da população em geral, rondando entre os 10 e os 26% (40,41).

O diagnóstico taxonómico (por perturbações de personalidade) clássico pode não ser útil para associar as características de personalidade à evolução clínica do doente transplantado, não só pelas razões descritas atrás, mas também porque algumas das perturbações de personalidade podem não se associar a MC necessariamente negativos (por exemplo a perturbação de personalidade obsessiva compulsiva, a perturbação de personalidade dependente, entre outras, podem associar-se a alguns MC favoráveis no período pós-transplante) (42).

Este aspecto pode também colocar alguma resistência em aceitar que a presença de uma perturbação de personalidade (sem especificação) seja contra-indicação relativa para transplante nalguns centros (42).

Dos estudos revistos apenas um pequeno número faz referência à associação entre os traços de personalidade e à evolução de variáveis clínicas.

O modelo teórico mais utilizado nos estudos disponíveis é o das 5 dimensões de Eysenk, sendo o instrumento mais usado o NEO PI.

Foi possível concluir que enquanto o neuroticismo se associava a uma menor qualidade de vida (física, mental, social) no período pós-transplante a extroversão se associava a uma maior qualidade de vida (física, social) (43, 47).

Dois estudos concluíram que o tipo de personalidade D se associava a uma pior qualidade de vida e uma maior mortalidade e taxa de rejeição após o transplante (44,48).

Num dos estudos que optaram por uma abordagem taxonómica clássica (perturbações de personalidade) verificou-se que a perturbação de personalidade narcísica se relacionava com uma maior taxa de recaída no consumo de álcool em doentes transplantados por doença hepática alcoólica (45). Por outro lado, noutro estudo concluiu-se que as perturbações de personalidade não estavam relacionadas com um aumento da taxa de recaída no consumo de álcool em doentes transplantados por doença hepática alcoólica (49) (Quadro 4.1).

Quadro 4.1: Importância da personalidade na evolução do doente transplantado

Autores	Instrumento	Tipo de Transplante	n	Desenho	Conclusões
O'Carroll, 2003 [43]	NEO PI	Hepático	70	Long Pro	+ Neuroticismo relacionado com redução da qualidade de vida (física e mental) após 1 ano de transplante
Pedersen 2006[44]	DS14	Cardíaco	530	Transv Retros	+ Personalidade D relacionada com redução da qualidade de vida (física e mental) após transplante (até 18 anos pós-transplante)
Walter 2002[45]	DSMIV	Hepático	211	Transv Retros	+ Perturbação de Personalidade Narcísica relacionada com recaída no consumo de álcool em doentes transplantados por doença hepática alcoólica
Telles-Correia 2008 [46]	NEO PI	Hepático	80	Transv	+ Candidatos a transplante com doença hepática alcoólica scores mais baixos para conscienciosidade e agradabilidade. Estes doentes também mostram scores* mais reduzidos para a adesão.
ZHANG 2008 [47]	NEO PI	Hepático	55	Long Pro	+ Extroversão positivamente correlacionado com a qualidade de vida (física) após transplante (1 ano). + Neuroticismo negativamente correlacionado com a qualidade de vida (mental) após transplante (1 ano). + Neuroticismo negativamente correlacionado e extroversão positivamente correlacionada com qualidade de vida (social) após transplante (1 ano).
Denollet 2007 [48]	DS14	Cardíaco	51	Long Pro	+ Personalidade D relacionada com uma maior mortalidade e taxa de rejeição após o transplante (média 5,4 anos após)
Yates 1998 [49]	DSMIV	Hepático	73	Long Pro	+ Perturbações de personalidade não relacionadas com recaída no consumo de álcool em doentes transplantados por doença hepática alcoólica.

Legenda: Long Pro- Estudo longitudinal prospectivo; Transv- Estudo transversal; NEO PI: *Neuroticism, Extroversion, Openness Personality Inventory*; DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*; DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality

*NOTA:

Foi usado o anglicismo score ao longo da tese por não se ter encontrado tradução satisfatória.

CONCLUSÕES

1 - Os modelos teóricos de personalidade que, hoje em dia, são mais utilizados em psicologia da saúde e psiquiatria de ligação são de dois tipos: o modelo de três factores (Neuroticismo, Extroversão e Psicoticismo) e o modelo de 5 factores (neuroticismo, extroversão, conscienciosidade, agradabilidade, abertura à experiência).

2 - Suls e Rittenhouse (1990), afirmam que podem haver três modelos fundamentais, através dos quais a personalidade se pode associar a um aumento do risco médico (embora se deva aceitar que os vários modelos poderão ocorrer simultaneamente): hiper-reatividade induzida pela personalidade, predisposição constitucional, comportamentos deletérios induzidos pela personalidade.

Timothy Smith *et al.* (2006), chama a atenção para o facto de a maioria dos estudos que avaliam o impacto da personalidade sobre a doença médica não incluírem variáveis intermédias, que poderiam funcionar como mediadores entre os traços de personalidade e a saúde (nomeadamente os MC ou as crenças sobre a saúde e doença). Segundo este autor é fundamental que estes factores sejam contemplados nos estudos que avaliam o impacto da personalidade sobre a doença.

3 - Parece ser mais útil a abordagem dimensional (relativamente à taxonómica) da personalidade em saúde, uma vez que os critérios utilizados na avaliação psicopatológica da personalidade não são os mesmos que devem ser usados na pesquisa de relações entre a personalidade e porque esta abordagem possibilita a inclusão de características não patológicas da personalidade e níveis subclínicos de patologia da personalidade.

Nenhum dos métodos de avaliação (hetero ou autoavaliação) é universalmente mais aceite, possuindo cada um deles vantagens e desvantagens.

Originalmente foi desenvolvido por Costa e McCrae (1985) um questionário NEO-PI (*Neuroticism, Extroversion, Openness Personality Inventory*) que contemplava mais especificamente estas três dimensões do modelo dos 5 factores. Mais tarde foi desenvolvido pelos mesmos autores um novo questionário, NEO-PI-R que abarcava todas as cinco dimensões (neuroticismo, extroversão, abertura, agradabilidade, conscienciosidade). Foi elaborado a partir deste último questionário, uma versão reduzida com 60 itens, o NEO-FFI-60, que devido às suas características psicométricas e facilidade de utilização constitui o instrumento mais utilizado neste âmbito. Este instrumento está validado para a população portuguesa.

4 - A prevalência de perturbações da personalidade nos doentes transplantados é semelhante àquela da população em geral, rondando entre os 10 e os 26% .

O diagnóstico taxonómico clássico pode não ser útil para associar as características de personalidade à evolução clínica do doente transplantado, não só pelas razões descritas atrás, mas também porque algumas das perturbações de personalidade podem não se associar a MC necessariamente negativos.

Dos poucos estudos disponíveis sobre personalidade no transplante foi possível concluir que o neuroticismo se associava a uma menor qualidade de vida (física, mental, social) no período pós-transplante e a extroversão a uma maior qualidade de vida (física, social), que a personalidade de tipo D se associava a uma pior qualidade de vida e uma maior mortalidade e taxa de

rejeição após o transplante e que as perturbações de personalidade não estavam relacionadas com um aumento da taxa de recaída no consumo de álcool em doentes transplantados por doença hepática alcoólica.

REFERÊNCIAS

- 1- MICHEL HANSENE. Psychologie de la personnalité. Ed. De Boeck Université. Bruxelles, 2003.
- 2- ALLPORT G. Personality : A psychological interpretation. Ed Holt. New York, 1937
- 3- EYSENCK J. The structure of human personality. Ed Wiley. New York, 1953
- 4- CLONNINGER C, SVRAKIC D, PRZYBECK T. A psychobiological model of temperament and character. Archives of general psychiatry 1993; 50: 975-990
- 5- FRIEDMAN H. Personality and Disease. Ed. Eiley Series on Health Psychology/ Behavioral Medicine. New York 1990
- 6- FREUD S. Collected works: Vol. 2. Studies of Hysteria. Ed Hogarth Press. New York, 1955.
- 7- GLASS D. Behavior patterns stress, and coronary heart disease. Ed. Enbaum. Hillsdale 1977
- 8- FRIEDMAN M, ROSENMAN R. Type A behaviour and your heart. Ed Knopf. New York 1974
- 9- DENOLLET J, KUPPER N. Type-D personality, depression, and cardiac prognosis: cortisol dysregulation as a mediating mechanism. J Psychosom Res. 2007 Jun; 62(6): 607-9
- 10- SHER L. Type D personality: the heart, stress, and cortisol. QJM. 2005 May;98(5):323-9. Epub 2005 Apr 8. Review
- 11- EYSENCK H. Development of a theory. Personality, genetics and behaviour. Ed. Spielberger. New York, 1982
- 12- ZUCKERMAN M, KUHLMAN D, CAMAC C. What lies beyond E and N? Factor analysis of scales believed to measure basic dimensions of personality. Journal of Personality and Social Psychology, 1988; 54: 96-107
- 13- EYSENCK H. Biological dimensions of personality. Handbook of personality theory: theory, and research. Ed. LA Pervin. New York, 1990
- 14- DIGMAN JM, Personality structure: emergence of the five-factor model. Annual Review of Psychology 1990. 41: 417-440
- 15- GOLDBERG LR. The structure of phenotypic personality traits. American Psychologist 1993. 48: 26-34
- 16- MCCRAE RR, COSTA PT. Conceptions and correlates of openness to experience. Handbook of personality psychology: 825- 847. Ed. R Hogan, J Johnson, SR Briggs. Academic Press. San-Diego 1997
- 17- MCCRAE RR, COSTA PT. Validation of a five-factor model of personality across instruments and observers. Journal of Personality and Social Psychology 1987; 52: 81-90
- 18- MCCRAE RR, JOHN OP. An introduction to the five-factor model and its applications. Journal of personality 1992; 60: 175-215
- 19- MCADAMS DP. The five-factor model of personality: a critical appraisal. Journal of Personality 1992; 60: 329-361
- 20- MARSHAL GN, WORTMAN CB, VICKERS RR, KUSULAS JW, HERVIG LK. The five-factor model of personality health research. Journal of Personality and Social Psychology 1994; 67: 278-286
- 21- SULLS J, RITTENHOUSE J. Models of Linkages Between Personality and Disease. Personality and Disease: 38-64. Ed. Howard Friedman. Wiley Series on Health Psychology. NY 1990
- 22- CONTRADA RJ, KRANTZ DS. Stress reactivity and Type A behaviour: Current status and future directions. Annals of Behavioral Medicine 1988. 10: 64-70
- 23- DEMBROSKI TM, COSTA PT. Coronary-prone behaviour: Components of Type A pattern and hostility. Journal of Personality. 55: 211-236
- 24- FRIEDMAN M, BOOTH-KEWLY S. The disease-prone personality. American Psychologist 1987. 42: 534-555
- 25- SMITH T. Interactions, transactions and the type A pattern: Additional avenues in the research for coronary-prone behaviour. Eds. AW Siegman, TM Dembroski. Hillsdale. NJ 1989
- 26- SMITH T, MACKENZIE J. Personality and Risk of Physical Illness. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2006. 2: 435-467.

- 27- PHILIPS AN, DAVEY SMITH G. How independent are independent effects? Relative risk when correlated exposures are measured imprecisely. *J Clin Epidemiol* 1991. 44: 1223-1231
- 28- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Revised Fourth Edition (DSM-IV-TR)*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, 1994.
- 29- SHEEHAN BV, LECRUBIER Y, SHEENAN KH, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-33
- 30- RIBEIRO J. *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Climepsi. Lisboa 1999
- 31- BOTELHO T. *Personalidade e saúde uma década revisitada. Perspectivas em psicologia da saúde*. Ed Isabel Leal. Quarteto. Lisboa 2006
- 32- HILL MM, HILL A. *Investigação por Questionário*. Ed. Sílabo. Lisboa 2005
- 33- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A. *Ansiedade e Depressão em Medicina. Modelos Teóricos e Avaliação*. *Acta Médica Portuguesa* 2009. 22: 89-98
- 34- DEROGATIS LR, WISE TN. *Screening and Psychological Assessment of Anxiety and Depression. Anxiety and Depressive Disorders in The Medical Patients*. American Psychiatric Press. Washington 1988. Chap.3 : 73-97
- 35- COSTA PT, MCCRAE RR. *The NEO Personality Inventory Manual*. Psychological Assesment Resources. Odessa 1985
- 36- COSTA PT, MCCRAE RR. *The NEO PI revised. Personality Inventory Manual*. Psychological Assesment Resources. Odessa 1990
- 37- MCCRAE RR, COSTA PT. A contemplated revision of the NEO-FFI. *Personality and Individual Differences*. 36: 587-596
- 38- BERTOQUINI V, PAIS-RIBEIRO J. *Estudo de formas reduzidas do NEO-PI-R*. *Psicologia. Teoria Investigação e Prática* 2006. 11:85-102
- 39- LIMA M. de *NEO-PI-R- Contextos Teóricos e Psicométricos: "Ocean"ou "Iceberg"*. Coimbra 1997, ed. aut., 1997, 424
- 40- CHACKO RC, HARPER RG, GOTTO J, ET AL. Psychiatric interview and psychometric predictors of cardiac transplant survival. *Am J Psychiatry* 1996. 153: 1607-1612
- 41- DOBBELS F, PUT C, VANHAECKE J: *Personality disorders: a challenge for transplantation*. *Prog Transplant* 2000. 10: 226-232
- 42- DIMARTINI A, DEW MA, TRZEPACZ P. *Organ Transplantation*. In *Essentials f Psychosomatic Medicine* pp 285-311. Ed. James Levenson. American Psychiatric Publishing, Inc. Washintgon 2007
- 43- O'CARROL R, COUSTON M, COSSAR J, MASTERTON G, HAYES P. *Psychological Outcome and Quality of Life Following Liver Transplantation: A prospective, nacional sibgle-center study*. *Liver Transplantation* 2003. 9: 712-720
- 44- PEDERSEN SS, HOLKAMP PG, CALISKAN K, VAN DOMBURG RT, ERDMAN RA, BALK AH. *Type D personality is associated with impaired health-related quality of life 7 years following heart transplantation*. *J Psychosom Res*. 2006. 61: 791-795
- 45- WALTER M, SCHOLLER G, MOYZES D, HILDEBRANDT M, ET AL. *Psychosocial prediction of abstinence from ethanol in alcoholic recipients following liver transplantation*. *Transplantation Proceedings* 2002. 34: 1239-1241
- 46- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. *Psychiatric differences between liver transplant candidates with familial amyloid neuropathy and those with alcoholic liver disease*. *Progress in Transpantation* 2008. 18; 2: 134-135
- 47- ZHANG SJ, HUANG LH, WEN YL, HU ZH, JIN J. *Impact of personality and coping mechanisms on health-related quality of life in liver transplantation recipients*. *Hepatology & Pancreatic Diseases International* 2005; 4: 356-359
- 48- DENOLLET J, HOLMES RV, VRINTS CJ, CONRAADS VM. *Unfavorable outcome of heart transplantation in recipients with type D personality*. *J Heart Ling Transplant* 2007. 26:152-158.
- 49- YATES WR, LABRECQUE DR, PFAB D. *Personality disorder as a contraindication for liver transplantation in alcoholic cirrhosis*. *Psychosomatics* 1998. 39: 501-511

Capítulo III

Coping e Transplante

INTRODUÇÃO

O termo *coping* apenas adquiriu um carácter técnico nos anos 60, embora já antes fosse utilizado informalmente na literatura médica e das ciências sociais (1,2,3) *. Por esta altura, alguns autores designaram por mecanismos de *coping* (MC) determinados mecanismos de defesa adaptativos (sublimação ou humor) (5,6). Haan, 1965, distinguiu os mecanismos de defesa dos mecanismos de *coping*, uma vez que estes eram flexíveis, orientados para um propósito específico e diferenciados e os outros rígidos, não orientados para a realidade e indiferenciados (6,7).

Foram várias as definições elaboradas para os MC. Entre elas destaca-se a de Lazarus e Folkman (1984) autores que designaram os MC como «esforços cognitivos e comportamentais realizados pelo indivíduo para lidar com exigências específicas, internas ou externas, que são avaliadas como estando no limite ou ultrapassando os seus recursos» (7,8,9).

Os primeiros investigadores nesta área consideraram os MC como formas de reagir a situações traumáticas ou indutoras de *stress* (10). Posteriormente estes mecanismos viriam a ser adaptados às situações de doença física e psiquiátrica, de consumo de substâncias (tabagismo, alcoolismo), entre outras (11-13).

A associação entre o tipo de MC e vários aspectos relacionados com a evolução clínica em saúde tem sido objecto de abundante investigação (11, 13).

*NOTA

De acordo com Vaz Serra 2007, o termo *coping*, utilizado na literatura científica anglo-saxónica é um galicismo introduzido e assimilado pela língua inglesa. Segundo o mesmo autor, este termo não tem tradução fácil para português embora ele utilize a expressão %estratégias para lidar com o stress+como sinónimo. Optou-se, nesta tese, pelo uso do termo *coping* (9).

Neste capítulo pretende-se rever, com base na literatura existente, os modelos teóricos que enquadram o conceito de *coping*, as possíveis implicações dos MC sobre a saúde, a sua forma de avaliação e a importância particular deste tema no transplante de órgãos.

1) Modelo Teórico e Classificação

1.1) Modelo Teórico

O desenvolvimento do modelo teórico dos MC tem como base uma dialéctica relacionada com os seus principais factores determinantes.

Para os mecanismos de defesa, nos quais se baseou o desenvolvimento do conceito de *coping*, eram privilegiados os factores individuais como seus principais determinantes (14).

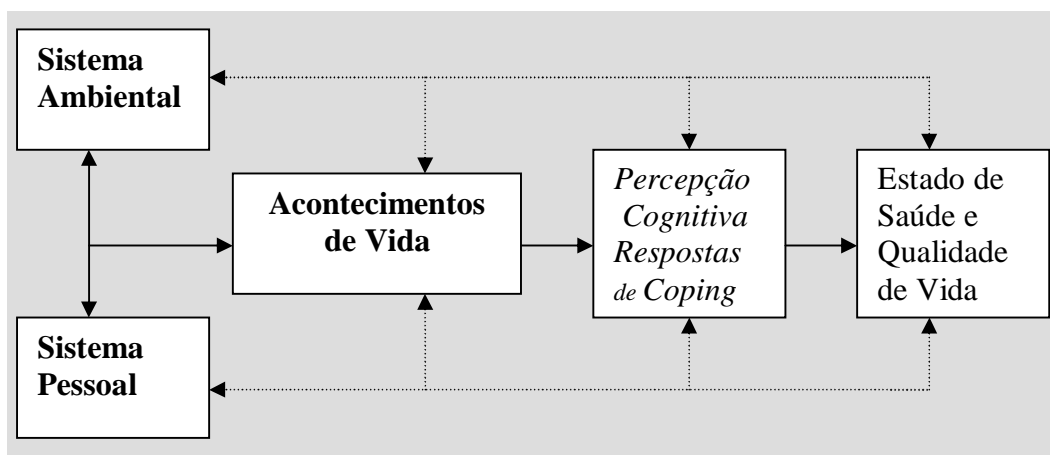
Porém, muitos dos autores que desenvolveram o conceito de *coping* chegaram à conclusão que as situações traumáticas restringiam a expressão das estratégias de adaptação (15). Estes autores (nas décadas de 70 e 80), afirmaram que «os padrões de *coping* poderiam não ser influenciados de forma determinante pelos factores pessoais» (7,14).

Desenvolveram-se assim, duas abordagens distintas: uma disposicional (com especial interesse sobre os mecanismos intra-individuais), particularmente defendida pelos autores com uma inspiração psicanalítica que subentende que um conjunto de factores estáveis dos indivíduos está na base da selecção dos MC (16,17); outra contextual, que assume que são os factores situacionais aqueles que mais pesam na escolha dos MC (18,19).

Os autores contemporâneos têm tendência para seguir uma abordagem integrativa, reconhecendo a importância, quer dos factores disposicionais, quer dos contextuais (20).

Nesta linha integradora, Moos e Schaefer (1993), desenvolvem um modelo, no qual o sistema ambiental (do qual fazem parte vários factores ambientais estáveis como a exposição a uma doença crónica e também os recursos sociais e familiares) e o sistema pessoal (que inclui as características sociodemográficas e alguns recursos pessoais que podem influenciar o *coping*) associados aos acontecimentos de vida (relacionadas com factores situacionais, nomeadamente os estados de transição ou de surgimento de uma doença) determinam a percepção cognitiva e os mecanismos de *coping*. Todo este sistema pode influenciar o estado da saúde e a qualidade de vida (20) (Fig. 3.1).

Fig. 3.1 . Modelo teórico do *coping* traduzido e adaptado de Moos e Schaefer, 1993



1.2) Classificação

Os MC podem ser agrupados de acordo com o seu propósito, o seu significado ou a sua funcionalidade (21). Os vários autores adaptaram a classificação ao modelo teórico que defendiam.

De acordo com Krohne (1993) e numa perspectiva disposicional, os MC podem ser organizados de forma hierárquica, correspondendo as reacções (mais variáveis ao longo do tempo) ao elemento mais baixo da hierarquia e as superestratégias ao mais alto (mais mantidas ao longo do tempo). As

superestratégias, correspondiam de acordo com este autor, a duas dimensões de personalidade: vigilância e evitamento (22).

Lazarus e Folkman (1984), numa perspectiva situacional dividem os MC em dois grupos: o *coping* focado na emoção (envolve a fantasia e outras actividades conscientes que visam a regulação dos afectos relacionados com a situação traumática) e o *coping* focado na resolução de problemas (corresponde aos esforços desencadeados para gerir ou alterar a relação perturbadora da pessoa com o ambiente, que é fonte de *stress* e envolve estratégias que tentam resolver, reformular ou minimizar os efeitos de uma situação traumática) (7). Foram elaborados vários instrumentos de medida para aceder ao *coping* que incluem estas duas dimensões (11,19,23).

Vaz Serra (2006) sublinha que pode haver, associado a estes dois últimos grupos um último tipo de *coping*: aquele focado na interacção social (9,24). Este tipo de *coping* foi descrito por DeLongis e Neuth (1998), como a forma com a qual a pessoa lida e mantém o relacionamento social com as outras pessoas em situações de *stress* (25).

Apesar dos métodos de classificação dos MC poderem variar, hoje considera-se essencial que tenham em conta dois factores fundamentais (21):

- Coexistência de elementos disposicionais estáveis com uma variabilidade situacional (cada pessoa tem um número específico de estratégias que vai utilizando dependendo da situação).

- Instabilidade dos MC (uma vez que se alteram ao longo da evolução de um mesmo indivíduo, podendo em determinado momento um mecanismo ser adaptativo deixando de o ser noutra).

2) Avaliação

São inúmeros os instrumentos de medição do *coping*, baseados em diferentes pressupostos teóricos. De entre os mais usados destacam-se o *Ways of Coping Questionnaire*, o *COPE*, o *Brief COPE*, a *Jalowiec Coping Scale* e o Inventário de Resolução de Problemas.

Estes instrumentos pretendem avaliar o grau em que um indivíduo utiliza cada um dos estilos de *coping* definidos pelos modelos teóricos subjacentes.

2.1) *Ways of Coping Questionnaire*

O *Ways of Coping Questionnaire* (WQC) identificado com a teoria de *coping* desenvolvida por Lazarus, foi inicialmente usado como um instrumento de investigação acerca dos componentes e dos determinantes do modo como os indivíduos lidam e reagem aos acontecimentos, tendo sido concebido para identificar pensamentos e acções a que os indivíduos recorriam para lidar com acontecimentos stressantes específicos (8).

Segundo Folkman e Lazarus no WQC existem duas grandes categorias de *coping*: %ocado no problema+e %ocado nas emoções+. No entanto perante as dificuldades encontradas a partir desta classificação, Folkman e Lazarus recorreram a inúmeros estudos empíricos para completar e identificar variedades de *coping* que tinham desenvolvido teoricamente tendo concluído que a maioria das pessoas recorre a cerca de oito estratégias de *coping* em todos os acontecimentos de stress (confrontativo, procura de suporte social, planificação, auto-controlo, distanciamento, avaliação positiva, responsabilização, evitamento) (8). Tendencialmente, nas situações de *stress*, são vários os MC utilizadas em simultâneo, quer sejam focados no problema, quer sejam focados nas emoções.

Folkman e Lazarus assumem que o que acontece ou aconteceu muda com o tempo e com o contexto, considerando que o que se faz e o que se pensa é o resultado da inter-relação activa da pessoa com o ambiente (transacção), estando dependente da mudança da relação psicológica entre indivíduo e ambiente (8).

O WQC é um questionário a ser auto-administrado consistindo em 50 *itens*. As respostas são medidas numa escala de Likert (0-3, sendo o 0 correspondente a "nunca usei", até ao 3 "usei muitas vezes") (8). As respostas dadas têm como referência um acontecimento indutor de *stress* real, que serve como foco, experimentado pelo indivíduo (21). O acontecimento focado pode ser definido pelo investigador quando se pretende estudar uma questão específica (8).

Entre os principais problemas deste instrumento destaca-se o facto de ele ter sido construído com uma base mais empírica do que teórica (21,26). Também foi verificado por Lazarus que a distribuição factorial variava muito de acordo com a situação em que o WQC era aplicado. Embora para alguns autores este seja um ponto fraco do instrumento (21,26), para Lazarus esta circunstância vem de encontro à teoria situacional dos MC (7,8).

2.2) COPE Scale

Para autores como Carver, Scheier e Weintraub, a distinção dos MC em duas categorias surge como muito simplista, pois os mesmos consideravam que tanto o *coping* focado no problema quanto o focado na emoção teriam que ser divididos, dada a variedade de maneiras de resolver problemas ou regular emoções (26).

Em 1989 é criado o COPE, um inventário multidimensional de *coping*, construído utilizando procedimentos com base teórica, contrariando a tendência de instrumentos desenvolvidos pela via empírica (26).

Diversas escalas foram compostas e testadas, tendo daí resultado 13 escalas de 4 *itens* cada, perfazendo um total de 52 *itens* (21). As escalas medem aspectos conceptuais diferentes do *coping* (*coping* activo, planeamento, supressão de actividades competitivas, procura de suporte social instrumental, procura de suporte emocional, reinterpretação positiva, aceitação, negação, religião, focar e expressar emoções, desinvestimento emocional, desinvestimento comportamental). Foi adicionada a estas escalas, uma outra respeitante ao consumo de álcool ou drogas, composta por apenas 1 *item* (21).

2.3) BRIEF COPE Scale

O *BRIEF COPE* (BFC) data de 1997, sendo uma versão abreviada do *COPE*, dada a sua extensão e redundância.

É constituído por 14 escalas de 2 *itens* cada, perfazendo um total de 28 *itens*. Comparativamente com o *COPE*, muitos dos *itens* incluídos no BFC foram repensados e reformulados, outros omitidos, tendo surgido dois novos respeitantes à nova dimensão de auto-culpabilização.

A medição dos *itens* é feita através de uma escala ordinal de 4 categorias, o que permite aos indivíduos pontuar entre 1 a 4, a frequência com que usam cada uma das estratégias apontadas, (1- não tenho feito isto de todo; 2- tenho feito isto um pouco; 3- tenho feito isto regularmente; 4- tenho feito isto bastante) (27):

Devido à sua abrangência e fácil aplicabilidade, este é um dos instrumentos para avaliar o *coping* mais citados na literatura.

2.4) Jalowiec Coping Scale (JCS-40)

A *Jalowiec Coping Scale*, escala criada por Jalowiec em 1984, mede o uso e a eficácia de cada estilo de *coping* (28). Inicialmente composta por 60 *itens*, actualmente consiste em 40 respostas de *coping*, escolhidas a partir da revisão de literatura, sendo um instrumento que tem por base o modelo teórico preconizado por Lazarus e Folkman: *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção. Os 40 *itens* são divididos por oito sub-escalas (confrontativo, evasivo, optimista, fatalista, emotivo, paliativo, procura de suporte, auto-confiante), sendo a medição das mesmas feita através de uma escala ordinal de 1 a 4, consoante o grau de uso e frequência de cada resposta (1- %nunca+; 2- %às vezes+; 3- %regularmente+; 4- %quase sempre+) (35). Dos 40 *itens*, 15 são relativos ao *coping* focado no problema e 25 dizem respeito ao focado na emoção (28).

2.5) Inventário de Resolução de Problemas (IRP)

Desenvolvido por Vaz Serra (1987), o IRP constitui uma escala unidimensional de tipo Likert, que apresenta ao respondente três situações diferentes . de ameaça, de dano e de desafio - que podem acontecer a qualquer pessoa na sua vida quotidiana, com consequências susceptíveis de se arrastarem no tempo e de envolverem aspectos interpessoais. A escala é constituída por 40 *itens* que revelaram ser bons discriminadores de grupos extremos, não serem influenciados por diferenças de sexo e apresentarem uma correlação significativa com a nota global revelando constituir, neste último parâmetro, uma escala unidimensional (29,9).

3) Coping e Estado de Saúde

Segundo Holroyd e Lazarus, o *coping* pode influenciar a saúde através de três mecanismos fundamentais: sistema neuroendócrino, comportamentos

relativamente à doença e comportamentos relacionados com os riscos para a saúde (30).

Relativamente ao sistema neuroendócrino, estes autores afirmam que o *coping* focado no problema pode em determinados casos conseguir eliminar os problemas que se apresentam perante os indivíduos. Porém, nalguns casos, este tipo de *coping* não permite o afastamento dos obstáculos e faz com que o indivíduo esteja permanentemente mobilizado para o confronto (30,31).

Por outro lado, o *coping* focado nas emoções pode, nalguns casos, ser útil para moderar as reacções emocionais induzidas pelo *stress* e, noutros, intensificar ou prolongar estas respostas (30,31).

Estes tipos de *coping* podem, assim, influenciar a frequência e o grau de activação do eixo neuroendócrino, com as consequências que esta situação tem sobre a saúde (30,32).

Um segundo mecanismo através do qual os estilos de *coping* podem influenciar a saúde é através dos comportamentos relativamente à doença. Estes podem relacionar-se com a procura activa de tratamento (que se opõe ao evitamento) e o cumprimento das prescrições (toma de medicação de forma estrita, ou outros comportamentos entendidos como adesão no sentido mais lato como, assiduidade às consultas, cumprimento de dieta ou exercício prescritos, entre outros) (30,33).

Por fim, pode considerar-se que dos MC fazem parte os comportamentos nocivos para a saúde, caracterizados pelo padrão de consumo de substâncias deletérias à saúde (como o álcool ou o tabaco) (30,34).

O enquadramento do *coping* nos conhecidos modelos teóricos de saúde, é feito não só por Moos e Schaefer mas também por Leventhal. No modelo deste

último autor, (modelo de autoregulação), as cognições da doença são relacionadas com vários factores de saúde (nomeadamente a adesão) por intermédio do *coping* (35).

De acordo com este modelo, o doente é confrontado com uma alteração do seu estado de saúde, através de duas vias: percepção de sintomas e recepção de mensagens sociais. Em resposta a esta fase de confrontação o doente responde de duas formas: representação cognitiva da doença e representação emocional (medo, ansiedade, depressão) (33,36,37,38) (Fig. 3.2).

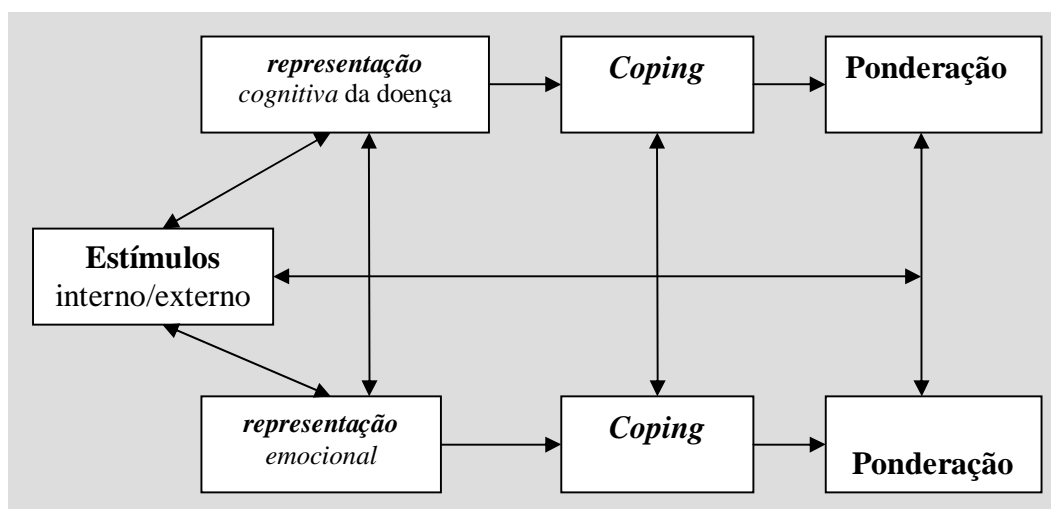
A fase seguinte, denominada *coping*, está relacionada quer com as crenças sobre a doença, quer com a resposta emocional. Assim, o coping poderá ser de aproximação (respeitando as prescrições médicas, por exemplo) ou de evitamento (por exemplo através da negação).

A terceira e última fase é de ponderação que envolve a avaliação individual da estratégia de coping, e que pode motivar a manutenção ou modificação dessa estratégia

Neste modelo as várias fases inter-relacionam-se entre si de forma dinâmica, e por isso ele denomina-se modelo de auto-regulação (33,36,37,38).

Ao contrário do que acontece com o modelo de Moos e Schaefer, no modelo de Leventhal, as crenças sobre a doença tomam um papel principal, sendo pouco valorizados o sistema ambiental, as características pessoais e as mudanças vitais (Fig. 3.2).

Fig. 3.2- Modelo de Autoregulação de Leventhal (traduzido e adaptado de Leventhal, 1993)



4) Coping no Transplante

Dos estudos revistos, apenas um pequeno número faz referência aos MC utilizados nos doentes transplantados, bem como à sua variação ao longo da evolução e à sua associação com a qualidade de vida e outras variáveis clínicas.

Foram encontrados oito estudos, dois respeitantes ao transplante hepático (39,40), dois respeitantes ao transplante pulmonar (41,42), três ao transplante renal (43,44,45), e um ao transplante cardíaco e pulmonar (46) (Quadro 3.1). Apenas um dos estudos inclui doentes no período pré-transplante, todos os restantes dizem respeito a doentes no período pós-transplante, na sua maioria um ano após a intervenção.

Foi possível aferir a partir dos estudos revistos que os MC mais prevalentes no pré-transplante foram: aceitação, *coping* activo e procura de suporte, sendo os menos utilizados: culpabilização e evitamento.

Do mesmo modo verificou-se no pós-transplante que *coping* activo e procura de suporte continuam a ser os estilos de *coping* preferenciais, a par da confrontação, autoconfiança e recurso à religião. Os estilos de *coping* menos

utilizados durante o período pós transplante são: o paliativo, emotivo, evasivo, fatalista, a culpabilização dos outros e o recurso a álcool e drogas.

Os diferentes tipos de doentes incluídos nos vários estudos podem explicar o facto de alguns estilos de *coping* (como é o caso da aceitação) surgirem no grupo dos menos utilizados em determinados estudos e no grupo dos mais utilizados noutros estudos.

Também se demonstrou, nos estudos revistos, que alguns estilos de *coping* (evasivo, emotivo, fatalístico) estão associados a uma menor capacidade de controlo pessoal sobre a doença, a confrontação a uma maior qualidade de vida, o evitamento à redução da qualidade de vida e ao aumento dos níveis de depressão e a negação ao aumento da não adesão.

Com base nos estudos revistos foi possível observar que a compreensibilidade e o controlo sentido pelos doentes bem como os MC focados na emoção, particularmente a negação, variam ao longo da evolução do doente transplantado.

Quadro 3.1- Mecanismos de Coping no Transplante: Evidências

Instrumento	Autores	Tipo de Transplante	n	Desenho	Conclusões
JCS SCS	Forsberg 2002 ³⁹	Hepático	21	Long	+ No 1º ano pós-transplante, o EC <u>mais usado</u> foi confrontação; os menos usados foram paliativo e emotivo. + <u>Varição</u> de compreensibilidade e controlo ao longo do 1º ano pós-transplante
MCMQ	Zhang 2005 ⁴⁰	Hepático	55	Long	+ Após 1 ano do transplante, o EC <u>mais usado</u> foi confrontação; e o menos usado a aceitação. + Confrontação <u>associado</u> a uma maior qualidade de vida.
BC*	Myaskovsky 2005 ⁴¹	Pulmonar	151	Trans	+ No pré-transplante, os EC <u>mais usados</u> foram aceitação e <i>coping</i> activo; o menos usado foi culpabilização.
BC*	Myaskovsky 2003 ⁴²	Pulmonar	128	Trans	+ No pré-transplante, os EC <u>mais usados</u> foram: <i>coping</i> activo, aceitação e procura de suporte e os menos usados foram a culpabilização e o <i>coping</i> evitante. + <i>Coping</i> evitante <u>associado</u> à redução da qualidade de vida e ao aumento dos níveis de depressão.
CO	Rapisarda 2006 ⁴³	Renal	30	Trans	+ Negação <u>mais utilizada</u> após 2 anos do transplante que antes. + Negação <u>associada</u> à não adesão pós-transplante.
JCS	Lindqvist 2003 ⁴⁴	Renal	30	Trans	+ Mais de 3 meses após transplante, os EC <u>mais usados</u> foram a procura de suporte e autoconfiança; os menos usados foram evasivo, fatalista e emotivo. + MC evasivo, emotivo e fatalístico <u>associados</u> a uma menor capacidade de controlo pessoal sobre a doença.
QA	Sutton 1989 ⁴⁵	Renal	40	Trans	+ Até 4 anos após transplante os EC <u>mais usados</u> foram religião e <i>coping</i> focado no problema; os menos usados foram: culpabilização dos outros e uso de álcool e drogas. + MC <u>relacionados</u> com a expressão dos afectos+ <u>variam</u> ao longo do tempo.
BC	Myaskovsky 2006 ⁴⁶	Cardíaco e Pulmonar	199	Long	+ Um ano após o transplante, EC <u>mais usados</u> foram <i>coping</i> activo e aceitação.

Legenda: EC - Estilo de Coping; JCS - Jalowiec Coping Scale; SCS - Sense of Coherence Scale; BC - Brief Cope; MCMQ- Medical Coping Modes Questionnaire ; QA - Questionário de Autor; CO . Cope; Long- Estudo longitudinal; Trans - Estudo transversal; *BC transformado através de análise factorial em 5 dimensões: *coping* activo; procura de suporte; *coping* evitante; aceitação; culpabilização.

CONCLUSÕES

1 - O desenvolvimento teórico dos MC tem como base uma dialéctica relacionada com os seus principais factores determinantes: individuais e situacionais. Desenvolveram-se duas abordagens distintas: uma disposicional (com maior ênfase nos mecanismos intraindividuais, que subentende que na base da selecção dos MC está um conjunto de factores estáveis do indivíduo); outra contextual (que postula que são os factores situacionais os que mais pesam na escolha dos MC).

Os autores contemporâneos tendencialmente seguem uma abordagem integrativa, reconhecendo a importância quer dos factores disposicionais, quer dos factores situacionais.

2 - Os MC podem ser agrupados de acordo com o seu propósito, o seu significado ou a sua funcionalidade.

Actualmente a classificação dos MC mais utilizada é baseada na divisão dos MC em duas dimensões: *coping* focado na emoção, e *coping* focado na resolução de problemas. Vários instrumentos de medida disponíveis para aceder aos MC incluem estas duas dimensões.

Considera-se essencial que os métodos de classificação dos MC tenham em conta dois factores: coexistência de elementos disposicionais estáveis com uma variabilidade situacional (faz com que cada pessoa tenha um número específico de estratégias que utiliza dependendo da situação); instabilidade dos MC manifestados por um determinado indivíduo (MC parecem alterar-se ao longo da evolução, podendo ser adaptativos numa circunstância e não adaptativos noutra).

3 - Os instrumentos de medição do *coping* são baseados em diferentes pressupostos teóricos. De entre os mais usados destacam-se: o *Ways of Coping Questionnaire*, *COPE*, *Brief COPE*, a *Jalowiec Coping Scale* e o Inventário de Resolução de Problemas.

4 - O *coping* pode influenciar a saúde através de vários mecanismos: do sistema neuroendócrino; dos comportamentos relacionados com os riscos para a saúde; da adesão terapêutica. É incluído em dois dos principais modelos teóricos de saúde. Ao contrário do que acontece com o modelo de Moos e Schaefer, no modelo de Leventhal, as cognições da doença tomam um papel principal, sendo pouco valorizados o sistema ambiental e as mudanças vitais.

5 - Foi possível aferir a partir dos estudos revistos que os MC mais prevalentes no pré-transplante foram: aceitação, *coping* activo e procura de suporte, sendo os menos utilizados: auto culpabilização e *coping* evitante.

Do mesmo modo verificou-se no pós-transplante que o *coping* activo e procura de suporte continuam a ser os estilos de *coping* preferenciais, a par da confrontação, autoconfiança e recurso à religião.

Alguns estilos de *coping* (evasivo, emotivo, fatalístico) estão associados a uma menor capacidade de controlo pessoal sobre a doença, a confrontação a uma maior qualidade de vida, o *coping* evitante à redução da qualidade de vida e ao aumento dos níveis de depressão e a negação ao aumento da não adesão.

A compreensibilidade e o controlo sentido pelos doentes e os MC focados na emoção, particularmente a negação, variam ao longo da evolução do doente transplantado.

REFERÊNCIAS

- 1- LAZARUS RS. Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine* 1993; 55: 234-247
- 2- LAZARUS RS, AVERILL JR, OPTON EM. The psychology of coping: Issues of research and assessment. *Coping and Adaptation*. Eds GV Coelho, DA Hamburg & JE Adams. New York 1974. Basic Books: 47-68
- 3- ROTH S, COHEN LJ. Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist* 1986; 41: 813-819
- 4- HAAN N. Coping and defending: Processes of self-environment organization. Academic Press. New York 1977
- 5- HUNTER CG, GOODSTEIN LD. Ego strength and types of defensive and coping behaviour. *Journal of Consulting Psychology* 1967; 31: 432
- 6- HAAN N. Coping and Defense mechanisms related to personality inventories. *Journal of Consulting Psychology* 1965; 29: 373-378
- 7- LAZARUS RS, FOLKMAN S. *Stress, appraisal and coping*- New York 1984. Springer.
- 8- PAIS-RIBEIRO J, SANTOS C. Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica* 2001; 4: 491-502
- 9- SERRA AV. *O stress na vida de todos os dias*. 3ª Ed.- Revista e Aumentada. Gráfica de Coimbra Lda. Coimbra 2007
- 10- SIDLE A, MOOS RH, ADAMS J, CADY P. Development of a coping scale. *Archives of General Psychiatry* 1969; 20: 225-232
- 11- BILLINGS EG, MOOS RH. The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioral Medicine* 1981; 4: 139-157
- 12- CARVER CS, POZO C, HARIS SD, ET AL. How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology* 1993; 65: 375-390
- 13- CAREY MP, KALRA DL, CAREY KB, ET AL. Stress and unaided smoking cessation: A prospective investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61: 831-838
- 14- PARKER JD, ENDLER NS. Coping and Defense: A Historical Overview. *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. Eds Moshe Z, Norman S Endler eds. Willey 1996
- 15- FOLKMAN S, LAZARUS RS. Analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour* 1980; 21: 219-239
- 16- BOND M, GARDNER ST, CHRISTIAN J, SIGEL J. Empirical Study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry* 1983; 40: 333-338

- 17- EPSTEIN S, MEIER P. Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 58: 332-350
- 18- FOLKMAN S. Making the case for coping. In BN Carpenter ed. *Personal coping: Theory, research and application* New York: Praeger. P31-46
- 19- CARVER CS, SCHEIER MF, WEINTRAUB JK. Assessing coping strategies: A therotically-based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 56: 267-283
- 20- MOOS RH, SHAEFER JA. Coping resources and processes: Current concepts and measures. In Goldberger & S Brenitz eds. *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*, 2nd ed. New York: Free Press. New York 1993
- 21- SCHWARZENER R, SCHWARZENER C. A Critical Survey of Coping Instruments. In Moshe Z, Norman S Ender ed. *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. Willey 1996
- 22- KROHNE HW. Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In. Krohne H.W. (ed). *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversive ness*. Seattle WA: Hogrefe & Huber 1993: 19-50
- 23- AMIRKHAN JH. A factor analytically derived measure of coping: The coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 59: 1066-1074
- 24- SERRA AV. *Stress, Coping e Cancro*. *Psiquiatria Clínica* 2006; 27 (2): 97-101
- 25- DELONGIS A, NEWTH S. Coping with stress in *Encyclopedia of Mental Health (vol1)*- H.S.Fredman Ed. Academic Press 1998
- 26- CARVER, C.S., SCHEIER, M.F., WEINTRAUB, J. K. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989; 56: 267-283.
- 27- CARVER, C. S. You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1997; 4, 92-100
- 28- JALOWIEC A, MURPHY SP, POWERS MJ. Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nurs Res*. 1984 May-Jun;33(3):157-61
- 29- SERRA AV. Um estudo sobre coping. *O Inventário de Resolução de Problemas*. *Psiquiatria Clínica* 1987; 9 (4), 301-316
- 30- HOLROYD KA, LAZARUS RS. Stress, coping, and somatic adaptation. Goldberger L., Breznitz S. eds. *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: The Free Press 1982
- 31- SEYLE H. *The stress of life (revised ed.)* New York 1976: Mcgraw Hil
- 32- AMKRAUT AA, SOLOMON GF. From the symbolic stimulus to the pathofisiologic response: Immune mechanisms. *Int. J Psychiat Med* 1974; 5: 541-563
- 33- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, BARROSO E, MONTEIRO E. Adesão e Transplante. *Acta Médica Portuguesa* 2007;73:85-20
- 34- HOROWITZ M, HULLEY S, ALVAREZ W, ET AL. Life events, risk factors, and coronary disease. *Psychosomatics* 1979 20: 586-592
- 35- LEVENTHAL H, ZIMMERMAN R, GUTMANN M. Compliance: A self-regulation perspective. In Gentry D, ed. *Handbook of Behavioral Medicine*. New York; Pergamon Press; 1980; 369-434
- 36- LEVENTHAL H, CAMERON L. Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling* 1987; 10: 117-138
- 37- LEVENTHAL H, FLEMING R, GLYNN K. A Cognitive developmental approach to smoking intervention. In Smaes, Spielberg, Devares, Sarason, eds. *Topics in Health psychology*. New York; John Wiley; 1988
- 38- FOLKMAN S, LAZARUS RS, DUNKEL-SCHETTER C, DELONGINS A, GRUEN RJ Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 50
- 39- FORSBERG A, BACKMAN L, SVENSSON E. Liver transplant recipientsqability to cope during the first 12 months after transplantation-a prospective study. *Scand J Caring Sc*, 2002; 16: 345-352
- 40- ZHANG SJ, HUANG LH, WEN YL, HU ZH, JIN J. Impact of personality and coping mechanisms on health-related quality of life in liver transplantation recipients. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International* 2005; 4: 356-359
- 41- MYASKOVSKY L, DEW MA, SWITZER G E, ET AL. Quality of life and coping strategies among lung transplant candidates and their family caregivers. *Social Science & Medicine* 2005; 60: 2321-2332
- 42- MYASKOVSKY L, DEW MA, SWITZER G E, ET AL. Avoidant coping with health problems is related to poorer quality of life among lung transplant candidates. *Progress in Transplantation* 2003; 13: 183-192

- 43- RAPISARDA F, TARANTINO A, DE VECHI G, ET AL. Dialysis and Kidney Transplantation: Similarities and Differences in the Psychological Aspects of Noncompliance. *Transplantation Proceedings* 2006; 38: 1006-1009
- 44- LINDQVIST R, CARLSSON M, SJODÉN PO. Coping strategies of people with kidney transplants. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 45: 1, 47-52
- 45- SUTTON TD, MURPHY, SP. Stressors and patterns of coping in renal transplant patients. *Nursing Research* 1989. 38: 1, 46-49
- 46- MYASKOVSKY L, DEW MA, SWITZER G E, ET AL. Trajectories of change in quality of life in 12-month survivors of lung or heart transplant. *Am J Transplant*;2006; 6:1939-1947

Capítulo IV

Ansiedade e Depressão no Transplante

INTRODUÇÃO

Sintomas de ansiedade e depressão ocorrem com frequência nas doenças médicas crônicas, provocando um elevado grau de disfunção pessoal, social e ocupacional (1,2).

A prevalência de depressão na doença médica ronda entre os 15% e os 61% (3,4).

A sintomatologia depressiva pode influenciar negativamente a evolução das doenças cardiovasculares, da diabetes, do HIV, do cancro, do transplante, entre outros (5,6,7,8).

A literatura é bem mais limitada no que se refere aos estudos da ansiedade na população de doentes médicos (9). Porém, há evidências de que as perturbações de ansiedade se associam (de forma independente) a níveis reduzidos de qualidade de vida e a um pior *outcome* nos doentes médicos (10-13). A prevalência das perturbações de ansiedade na doença médica ronda os 18% a 35,1% (9,14,15).

A discrepância entre os valores de prevalência dos diferentes estudos relaciona-se com as diversas formas de avaliar a depressão e a ansiedade (3,9).

O autor propõe-se, no presente capítulo, a esclarecer alguns aspectos relacionados com a conceptualização da ansiedade e depressão na doença médica e com a sua forma de avaliação, com base numa extensa revisão

bibliográfica. Por fim é explorado com maior profundidade a avaliação da ansiedade e depressão no contexto do transplante.

1) Modelos Teóricos da Ansiedade e Depressão no Doente Médico

Em muitos dos modelos a diferença entre ansiedade e depressão não está completamente explícita. Os conceitos são, aqui, separados para uma maior compreensibilidade.

1.1) Modelos de ansiedade e depressão

1.1.1) Ansiedade

Ao longo da história várias foram as referências a conceitos próximos do constructo actual de ansiedade. Porém, é nalguns autores do século XIX que os modelos teóricos actuais se baseiam.

Em 1813, Landré-Beauvais definiu ansiedade como: «certo mal estar, inquietude, agitação excessiva» (16).

Darwin, em 1873, enfatizou que a ansiedade estava presente num contínuo em todas as espécies animais (não a distinguindo do medo), sendo um mecanismo adaptativo essencial para lidar com o perigo e lutar pela sobrevivência (17).

Na viragem do mesmo século, Freud distingue a ansiedade «objectiva», relacionada com o meio ambiente e a ansiedade «neurótica», que ele considerou como tendo uma origem exclusivamente intrapsíquica (relacionada com uma predisposição genética importante ou um conflito sexual reprimido e não resolvido) (18). O termo neurose de angústia, inicialmente trazido por Freud e Janet, foi também utilizado por outros autores como Morel e Krishaber (que referiam ter esta perturbação uma origem predominantemente a nível do sistema nervoso simpático) (19,20).

Os modelos actuais da ansiedade têm como ponto de partida uma dicotomia: ansiedade orientada para o estímulo vs ansiedade como resposta. Na primeira hipótese, a ansiedade é vista como uma resposta a um estímulo específico (situações, pensamentos, emoções) enquanto que na segunda a ansiedade é explorada como resposta emocional em si, independente do estímulo (21).

São referidos essencialmente três modelos de ansiedade: A) modelo da ansiedade de Goldstein, B) modelo da ansiedade traço/estado, C) modelo transaccional do *stress* de Lazarus.

A) Kurt Goldstein, um investigador centrado na hipótese «ansiedade orientada para o estímulo» que trabalhava com acidentados da 1ª guerra mundial (22), focou o seu modelo no que ele referiu como «reação catastrófica». Segundo o autor uma situação catastrófica corresponde a qualquer situação que represente uma ameaça à existência de um indivíduo ou aos valores essenciais à sua existência (considerando a existência física mas também psicológica). A ansiedade correspondia à percepção subjectiva que o indivíduo tinha sobre a condição catastrófica.

B) O modelo da ansiedade traço/estado foi desenvolvido inicialmente por Cattell e Scheir (1961) e depois Spielberger (1972). Este modelo distingue dois aspectos fundamentais da ansiedade: ansiedade como um estado emocional transitório e como um estado mais permanente, correspondendo a um traço de personalidade (23,24).

Segundo este autor não há uma ligação consistente entre elevados níveis de ansiedade-traço e as manifestações de ansiedade-estado em situações que envolvam perigo. No entanto, em situações que ponham em causa a adequação pessoal e a autoestima os indivíduos com elevada

ansiedade-traço estão mais susceptíveis (uma vez que nestes indivíduos estão frequentemente presentes pensamentos relacionados com um medo de falhar).

A ameaça sentida pelo indivíduo resulta de uma combinação entre experiências passadas, características da pessoa e o estímulo actual.

Este modelo também enfatiza a importância dos mecanismos cognitivos através dos quais o indivíduo percebe o estímulo como ameaça e no desenvolvimento de MC que propiciem ou não o desenvolvimento de ansiedade, sendo também, por muitos, incluído nas teorias cognitivas de ansiedade.

C) Modelo transaccional do *stress* de Lazarus

Neste modelo que aceita a hipótese da ansiedade orientada para o estímulo, a avaliação da ameaça é tida como mediador essencial para o desenvolvimento do *stress*. Lazarus distingue dois estádios de avaliação, um primário em que se estabelece se o estímulo é irrelevante, positivo ou indutor de *stress*, e um secundário (apenas utilizado no caso da avaliação primária ter dado o estímulo como indutor de *stress*) que corresponde a um conjunto complexo de processos com vista a otimizar os MC. Ansiedade (e outras emoções negativas), surgem quando após a avaliação se conclui que o estímulo é causador de *stress* e que os recursos do indivíduo estão aquém do que lhe é exigido (25,26).

1.1.2) Depressão

O conceito depressão parece ter origem no termo melancolia usado por Hipócrates. Este autor atribuía o estado melancólico ao excesso ou alteração de bÍlis negra, tendo particular incidência na Primavera e Outono (21).

Em 1621, Burton publica «Anatomia da Melancolia», na qual este autor descreve a sua experiência pessoal ao padecer de períodos melancólicos que alternavam com outros de alegria exagerada (21).

Nos séculos seguintes numerosos autores descreveram a melancolia e outros conceitos nela enxertados até ter sido elaborada uma conceptualização, na viragem do século XIX, mais clara, por Kraepelin, que estabelece a fronteira entre a psicose maníaco-depressiva e a demência precoce (27). A nosologia descrita por este autor serviu de base a muitos dos modelos actuais da depressão, embora alguns aspectos kraepelinianos sejam motivo de grande controvérsia (21).

Freud, na sua publicação «*Mourning and Melancholia*» (1917), clarificou a diferença entre o luto normal, que não constitui um problema psiquiátrico, e as perturbações depressivas (sendo estas, segundo o autor, predominantemente resultantes de conflitos intrapsíquicos e podendo ter uma predisposição genética) (28).

Um seu contemporâneo, Adolf Meyer, propôs o termo depressão para substituir melancolia. Este autor descreve que as perturbações depressivas correspondem a reacções maladaptativas ao *stress* ambiental, introduzindo o conceito de reactividade na depressão (29).

Foram descritos inúmeros modelos teóricos da depressão. São revistos os mais importantes neste contexto.

A) Modelo Cognitivo da Depressão (Beck)

O modelo cognitivo da depressão evoluiu a partir de observações clínicas sistemáticas e confirmação experimental (30) e organiza-se sobre três conceitos básicos (em ordem hierárquica descendente): tríade cognitiva; pensamentos automáticos; esquemas ou crenças centrais.

- Tríade cognitiva: Consiste nos três padrões cognitivos *major*, típicos dos doentes deprimidos: visão negativa de si mesmo (vê-se a si próprio como inadequado ou defeituoso), visão negativa das suas interações com o meio ambiente (assumindo-se como derrotado nas situações de interação com o meio ambiente) e visão negativa do futuro (antecipa que o seu sofrimento permanecerá indefinidamente).
- Esquemas / Crenças centrais: Correspondem a padrões cognitivos relativamente estáveis que formam a base da regularidade das interpretações de um conjunto específico de situações. Os esquemas podem permanecer inactivos por longos períodos e manifestar-se perante estímulos ambientais específicos (por exemplo *stress*).
- Pensamentos automáticos: Estes pensamentos correspondem a erros sistemáticos no pensamento da pessoa deprimida e que em conjunto caracterizam os esquemas cognitivos (inferência arbitrária, abstracção selectiva, hipergeneralização, magnificação, personalização, pensamento dicotómico).

B) Modelo da Desesperança Aprendida (Seligman)

O modelo da desesperança aprendida foi desenvolvido por Seligman (1974) em cães que, após terem sido expostos a um *stress* incontornável prolongado, eram expostos a situações superáveis. Estes animais em vez de usarem estratégias adaptativas adoptavam uma postura passiva à qual o autor chamou de «desesperança aprendida». Segundo Seligman este modelo podia ser transposto para os humanos e explicar determinados tipos de depressão (31).

Embora este seja um modelo interessante, não se conhecem estudos que comprovem a sua adequação ao ser humano (21).

1.2) Modelos de ansiedade e depressão na doença médica

A relação entre ansiedade e depressão e doença médica é complexa. É difícil separar estes dois factores psicológicos neste tipo de modelos por várias razões. A comorbilidade entre a ansiedade e depressão é amplamente citada na literatura. Alguns autores chamam ainda a atenção para o facto da ansiedade e depressão terem semelhanças em termos fisiopatológicos e terapêuticos, nomeadamente no que se refere ao sistema serotoninérgico, tendo sido encontradas alterações a este nível quer na ansiedade quer na depressão, e constituindo a abordagem farmacológica centrada na serotonina uma das abordagens reconhecidas para o tratamento de ambas as situações (32). Kendler *et al.* (1992) chega a afirmar que a ansiedade e a depressão (assim como outras perturbações do humor) podem constituir uma diferente expressão fenotípica de um genótipo comum (33). Por outro lado segundo alguns autores, a ansiedade pode estar como base do desenvolvimento da depressão, sendo mediadores entre um e outro estado a exposição continuada a factores de *stress* como uma hiperestimulação do eixo hipotálamo-hipofisário (34). É precisamente este eixo o principal mediador biológico que medeia o efeito da ansiedade e depressão sobre a doença (34).

Uma vez que a literatura é escassa em estudos prospectivos que investiguem o papel da ansiedade isolada do modelo médico (9,35), torna-se ainda mais difícil delimitar os dois conceitos.

Por todos estes motivos parece adequado juntar estes dois conceitos no que se refere ao seu papel no modelo de doença médica.

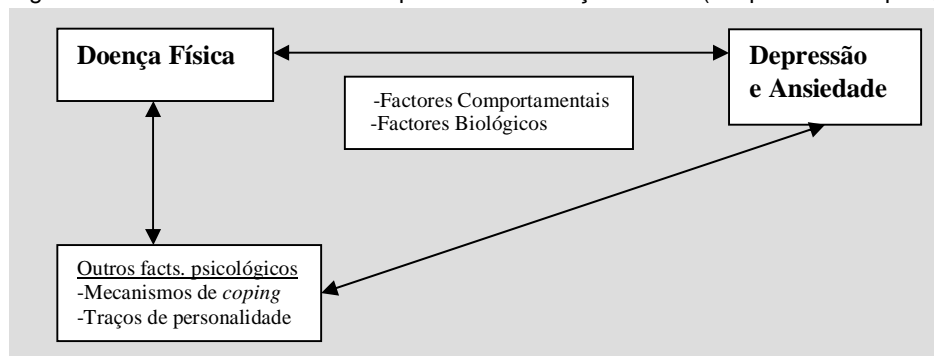
Os modelos que relacionam a ansiedade e depressão com a doença médica têm sido e dois tipos: biológico e comportamental.

Segundo o modelo biológico, factores médicos integrados no sistema imunológico, neuroendócrino e inflamatório, medeiam a relação entre doença física e ansiedade e depressão. Hodiernamente, é mais aceite uma correlação bilateral entre os lados, podendo a ansiedade e depressão ser influenciada ou influenciar a doença médica (34,35) (Fig. 4.1).

De acordo com o modelo comportamental, a ansiedade e depressão influenciam a doença médica por intermédio de factores comportamentais como MC desadequados, baixa adesão à terapêutica, entre outros (36-38). Mais uma vez aqui se aceita uma correlação bilateral (39).

House (1988), na sua extensa revisão, chama a atenção para o facto de nos modelos médicos, ser essencial considerar outras variáveis da psicologia da saúde, tais como os MC e estilos de personalidade, que podem influenciar a doença médica por intermédio ou não da ansiedade e depressão e ser tão ou mais importantes que estes (40). Estes factores são incluídos noutros modelos de psicologia de saúde como o modelo de Moos e Schaefer e o modelo de Leventhal (41).

Fig. 4.1 - Modelo de Ansiedade e Depressão na doença médica (adaptado de Steptoe, 2007)



2) Avaliação da Ansiedade e Depressão no Doente Médico

2.1) Abordagem taxonómica vs dimensional

2.1.1) Abordagem taxonómica

Foi desenvolvida pelos profissionais de saúde mental uma classificação taxonómica das doenças mentais com base em formulações mais descritivas e empíricas do que teóricas (no que se refere à etiologia e fisiopatologia). Esta classificação está compilada em manuais como o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Actualmente, em investigação, a classificação mais utilizada é a abrangida no DSM-IV-R (42).

Nesta classificação, a sintomatologia depressiva e ansiosa está fundamentalmente representada através de três categorias diagnósticas: perturbações depressivas, perturbações de ansiedade e perturbações de adaptação.

Para a obtenção dos diagnósticos definidos pelo DSM-IV, podem ser utilizadas entrevistas estruturadas, entre as quais se destacam a MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) e a SCID (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders*) (43).

A principal vantagem desta abordagem é a operacionalização, sobretudo no que se refere à selecção dos doentes que podem beneficiar com um tratamento (40). Nestes casos a abordagem taxonómica pode ser útil para a obtenção de ~~casos~~ casos+ que beneficiem com uma intervenção (em estudos caso-controlo, por exemplo) (40).

Entre as desvantagens da utilização da abordagem taxonómica contam-se:

- A presença de sintomas de ansiedade e depressão em múltiplas das categorias diagnósticas (44).

- A dificuldade da abordagem taxonómica em incluir níveis subclínicos de ansiedade e depressão (muito presentes na doença médica) (40, 44, 45).
- Há autores que advogam uma relação linear entre as formas mais ligeiras de depressão e aquelas mais graves e que a depressão deve ser considerada como um *continuum* (40,46,47)
- A obtenção de variáveis qualitativas, ao contrário das quantitativas nominais ou ordinais (obtidas numa abordagem taxonómica), potencia os testes estatísticos e permite uma melhor comparação dos valores em diferentes tempos de medição (48)

2.1.2) Abordagem dimensional

Creed (2006), baseado noutros autores, chama atenção para o facto de o limiar dos níveis de ansiedade e depressão poder ser diferente entre aquele que é relevante para as condições psiquiátricas e o que pode interferir com os *outcomes* das doenças médicas (49-53). É necessário o desenvolvimento de novos estudos para identificar o limiar de depressão que se associa à redução da qualidade de vida no doente médico (49-53).

Este argumento parece ser o principal fundamento para a maioria dos autores preferir uma abordagem dimensional na investigação do impacto que a sintomatologia ansiosa e depressiva poderá ter sobre a evolução da doença médica. Porém, todas as limitações descritas para a classificação taxonómica são também superadas por esta diferente forma de abordagem.

2.2) Auto vs Hetero-avaliação

Wise e Derogatis chamam à atenção para o facto de nenhuma destas formas de abordagem ser universalmente mais aceite que a outra. Pelo contrário, cada uma tem as suas vantagens e desvantagens (54).

Entre as principais vantagens dos instrumentos de auto avaliação sublinham-se a sua facilidade de aplicação e o facto da sua única fonte ser o indivíduo que experimenta o fenómeno que está a ser estudado (sem a contaminação de um observador). Entre as desvantagens deste método destacam-se a desiderabilidade social, o facto do indivíduo poder responder algo premeditado na tentativa de um ganho secundário e a impossibilidade de administrar os instrumentos a doentes iletrados (40,49,54,55).

As duas primeiras desvantagens podem ser minimizadas quando os instrumentos são dados ao doente por elementos independentes da equipa clínica e se for explicado que o teor das respostas não influencia em nada o seu tratamento.

As principais vantagens e vieses dos instrumentos de hetero-avaliação, relacionam-se com o facto da sua aplicação depender exclusivamente do julgamento do observador. Por um lado, este facto pode oferecer aos instrumentos uma maior flexibilidade que permite, entre outros, que haja o esclarecimento de questões que sejam pouco claras nomeadamente no que se refere à sintomatologia. Por outro, é discutível que a interpretação do observador seja a única fonte do diagnóstico (ainda mais discutível é se o questionário for aplicado por mais do que um observador e em mais do que um momento) (40,49,54,55). Creed chama a atenção que este último problema ganha mais peso nos doentes médicos, uma vez que o diagnóstico diferencial entre a sintomatologia da doença médica e a sintomatologia depressiva é muito difícil (49).

Outras desvantagens dos instrumentos de hetero-avaliação referem-se à sua maior dificuldade de aplicação e necessidade de serem aplicadas por

peçoal técnico experiente (este ponto é novamente apontado por Creed como particularmente difícil na população de doentes médicos) (49).

2.3) Instrumentos específicos vs inespecíficos

Como referido, alguns autores chamam a atenção para o facto do limiar dos níveis de ansiedade e depressão poder ser diferente entre aquele que é relevante para as condições psiquiátricas e o que pode interferir com os *outcomes* das doenças médicas. Por outro lado, há autores que vão mais longe e referem que a apresentação da depressão no doente médico é diferente daquela que surge no doente psiquiátrico (54,56).

Cavanaugh (1983) reportou que cerca de metade a três quartos dos doentes médicos graves experienciavam redução do peso corporal, insónia, fadiga, anorexia e lentificação psicomotora (sintomas que nos sistemas avaliativos clássicos poderiam ser considerados como fazendo parte de quadros depressivos) (57).

Wise e Derrogatis (1984) chamam também à atenção para o facto de sintomas típicos de quadros de ansiedade como o tremor, a taquicárdia, a pré-cordialgia, urgência urinária, náuseas, tonturas, serem frequentes em doentes médicos independentemente da presença de ansiedade ou depressão (54,57).

Por estas razões, Endicott (1984) desenvolveu critérios alternativos para o diagnóstico de depressão nos doentes com cancro, onde os sintomas físicos da depressão eram substituídos por factores cognitivos e emocionais (58).

Por outro lado, esta preocupação levou a que Zigmond e Snaith desenvolvessem a escala HADS, onde foram eliminados os sintomas que se relacionavam simultaneamente com a perturbação física (sintomas vegetativos

como vertigem, cefaleias, insónia, energia, fadiga), sendo que os *ítems* incluídos na escala se baseiam apenas nos sintomas psíquicos (59).

2.4) Que instrumento escolher para avaliar a ansiedade e a depressão no doente médico?

House (1988), advoga que para fins descritivos é útil considerar variáveis como a depressão e ansiedade como um *continuum*. Para fins operacionais, nomeadamente para encontrar os casos a intervir com um tratamento, poderá ser usado uma classificação taxonómica (40).

Devido a não haver um instrumento ideal para avaliar este tipo de variáveis, deverá ser escolhido aquele mais adequado à nossa população (médica/psiquiátrica) e ao objectivo (descritivo vs operacional), que seja fácil de utilizar (brevidade de aplicação, aceitabilidade para o investigador e para o doente), que esteja validado para a população em estudo e que seja largamente utilizado por outros autores com a mesma utilidade (para ser possível a comparação dos resultados) (40,49). Segundo House, os instrumentos mais utilizados neste campo são os questionários de autoavaliação porque são fáceis de utilizar e geralmente existem validações feitas para as populações-alvo (40). Creed (2007) afirma que a avaliação da depressão através de questionários de auto-administração, obtendo uma variável quantitativa (numérica) e sem um *cut-off* definido, é a forma mais adequada para se obter uma imagem realista do que acontece na população médica (49).

2.5) Validação e adaptação das escalas de ansiedade e depressão

Para aceder a determinadas variáveis através de escalas, nomeadamente as variáveis psiquiátricas (ansiedade, depressão), é necessário

recorrer a outras variáveis que as definam. A variável ansiedade ou depressão denomina-se assim de variável latente e o conjunto das outras variáveis que as definem variáveis componentes. As variáveis componentes vão ser medidas nos vários *itens* das escalas, pretendendo o *score* final da escala corresponder ao valor da variável latente (60).

Para determinar se um questionário é adequado para medir uma variável latente é necessário percorrer vários passos. Antes de mais é necessário ter a certeza que os conteúdos incluídos na escala se referem de modo adequado àquilo que se pretende medir (validade de conteúdo). Depois é necessário avaliar a fiabilidade (a medida segundo a qual um instrumento de medição fornece os resultados de uma forma consistente e precisa). Quando a escala é de heteropreenchimento é necessário avaliar a fiabilidade intra-observador (grau de concordância entre duas medições feitas por um mesmo observador utilizando o mesmo instrumento e medindo o mesmo fenómeno na mesma população, nas mesmas condições, em duas ocasiões) e inter-observadores (grau de concordância entre diferentes observadores, utilizando o mesmo instrumento e medindo o mesmo fenómeno na mesma população e nas mesmas condições). Por fim dever-se-ão avaliar os outros tipos de validade: validade de critério (assegurada com a comparação do instrumento com um critério externo de referência (um *gold-standard*) e validade de constructo (um processo contínuo, não sendo possível promovê-la através de um único método) (60,61,62,63).

2.6) Escalas de avaliação da ansiedade e depressão disponíveis:

- *Hamilton Anxiety Scale (HAS)*

É um instrumento de hetero-avaliação, desenvolvido originalmente por Hamilton (1959) como uma forma de medir as componentes psíquicas e

somáticas da ansiedade. Consiste em 14 *itens* organizados numa escala com cinco pontos (de não presente a muito grave). Nesta escala muitos aspectos somáticos são considerados, tais como cardiovasculares, gastrointestinais, respiratórios e genito-urinários. Esta escala pode ser subdividida em duas escalas e dois *subscores*: ansiedade psíquica e ansiedade somática (64).

Não está publicada a validação ou adequação desta escala para a população portuguesa.

- *Hamilton Depression Scale (HDS)*

Desenvolvida por Hamilton, esta escala de heteroavaliação foi inicialmente publicada em 1960 e revista pelo próprio autor em 1967. Como acontece com a HAS, o autor considera o uso desta escala importante para quantificar a gravidade da depressão, mas não para o seu diagnóstico. Consiste em 21 *itens*, embora tenha sido aconselhado pelo autor a utilização apenas de 17 (excluindo alguma sintomatologia menos frequente como a despersonalização e as ideias obsessivas).

Nesta escala estão incluídos *itens* que avaliam parâmetros somáticos da depressão e ansiedade (nomeadamente lentificação psicomotora, hiperactividade autonómica, sintomas gastrointestinais, sintomas somáticos gerais, sintomas uro/genitais, perda de peso) (65).

Não está publicada a validação ou adequação desta escala para a população portuguesa.

- *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS)*

Esta escala de heteroavaliação, desenvolvida por Montgomery em 1979, é composta por 10 *itens* retirados de uma escala maior de 65 itens (*Comprehensive Psychopathological Rating Scale* - CPRS) e foram seleccionados pelo autor pela sua sensibilidade à mudança. Esta escala

também contempla *itens* para a depressão somatizada (lentificação psicomotora e anorexia).

Os *itens* estão organizados numa escala com sete pontos (0- sintoma não presente a 6- muito grave) (66).

Não está publicada a validação ou adequação desta escala para a população portuguesa.

- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Esta escala foi desenvolvida por Zigmond e Snaithe em 1983, como forma de responder, pelo menos parcialmente, àquele que para a maioria dos autores é o principal problema da avaliação da ansiedade e depressão na doença médica: os resultados das escalas de ansiedade e depressão serem influenciados pela doença física do indivíduo.

Os autores excluíram propositadamente da sua escala todos os *itens* que se relacionavam simultaneamente com a perturbação física (sintomas vegetativos como vertigem, cefaleias, insónia, energia, fadiga), sendo que os *itens* incluídos na escala se baseiam apenas nos sintomas psíquicos (67). Esta escala tem sido utilizada em diferentes populações médicas (cardiologia, oncologia, cirurgia, entre outros) (67).

Johnston (2000) demonstrou que a eficácia desta escala em medir a sintomatologia ansiosa e depressiva se prendia em grande parte com o facto dos possíveis factores de confundimento (resultantes da sintomatologia física) estarem controlados (68).

A HADS consiste em duas subescalas, uma que mede a ansiedade e outra a depressão, cada uma com sete *itens*. As duas escalas são classificadas separadamente. Cada *item* é respondido numa escala ordinal de quatro pontos (0 - inexistente, 3 - muito grave).

A escala foi construída com uma base teórica e confirmada por análise estatística psicométrica (67).

Foi validada para portugueses por Pais Ribeiro (2006), em doentes com doença médica (*cognitive debriefing**, validade do conteúdo, validade de critério, validade de constructo, fiabilidade, sensibilidade entre populações, sensibilidade à mudança) (69).

- Beck Depression Inventory (BDI)

O BDI é um inventário de auto-avaliação criado por Aaron Beck em 1961 com base na experiência clínica de psiquiatras experientes relativamente às manifestações clínicas mais significativas dos quadros depressivos, não considerando nenhuma teoria particular da depressão (70).

O BDI inclui 21 *itens* (correspondendo à componente cognitiva da depressão) estando cada item organizado numa escala de três pontos (0 - inexistente, 3 - grave) (70).

A versão original desta escala foi validada por Vaz Serra em 1973 para a população portuguesa numa amostra de doentes psiquiátricos deprimidos (validade de conteúdo, validade de constructo, validade de critério, sensibilidade à mudança, sensibilidade entre populações) (71). O BDI original foi revisto várias vezes (1979, 1987, 1996). Das revisões resultaram alterações substanciais na versão em língua inglesa (destas versões não há validação portuguesa) (71).

- State Trait Anxiety Inventory (STAI)

Esta escala de auto-avaliação foi desenvolvida por Spielberger em 1970, como um instrumento de investigação para o estudo da ansiedade.

O STAI avalia a ansiedade-estado (condição transitória caracterizada por tensão, apreensão e hiperactividade do sistema nervoso autónomo) e

*NOTA

Foi usado o anglicismo *cognitive debriefing* por não se ter encontrado tradução satisfatória.

ansiedade-traço (tendência geral que um indivíduo tem para responder com ansiedade aos estímulos do ambiente).

É composto por 20 *itens*, sendo a resposta, a cada um deles, dada numa escala ordinal de quatro pontos (72).

A versão em português, que mantém exactamente a estrutura original, foi validada por Silva (2003) (73).

3) Ansiedade e depressão no transplante

3.1) Prevalência da ansiedade e depressão no doente transplantado

No que concerne à prevalência de ansiedade e depressão clinicamente significativas no transplante hepático, verifica-se que os valores se encontram entre os 4,5% e 64% no período pré-transplante e os 2,9% e os 85% no período pós-transplante. Para a ansiedade os valores rondam os 20,8% e os 37% no período pré-transplante e os 10% a 65% no período pós-transplante. A grande discrepância de valores relaciona-se com os diferentes perfis de doentes incluídos nos estudos e com diferentes formas de avaliação. Para os outros tipos de transplante as prevalências de ansiedade e depressão não estão muito distantes do transplante hepático (Quadros 3.1 a 3.4).

PRÉ-TRANS.	Trzepacz 1989 ⁷⁴ (DSM-III)	Rodriguez 1993 ⁷⁵ (?)	Singh 1997 ⁷⁶ (Beck)	Norris 2002 ⁷⁷ (?)	O'Carroll 2003 ⁷⁸ (HADS)	Virzi 2007 ⁷⁹ (HAM)	Telles-Correia 2008 ⁸⁰ (DSMIV)
Depressão	4.5%	28%	64%	43%	25.8%	45.8%	26.4%
Ansiedade		37%			31.1%		20.8%

Quadro 3.1 .
Ansiedade e
depressão no
período
pré-transplante
hepático

PÓS-TRANS	House 1988 ⁸¹ (DSM)	Gledhil 1998 ⁸² (HADS)	Fukunis. 2002 ⁸³ (DSMIV)	O'Carroll 2003 ⁷⁸ (HADS)	Dew 1996 ⁸⁴ (DSMIII)	Virzi 2007 ⁷⁹ (HAM)
Depressão	85%	8.7%	16.1%	2.9%	17.3%	45.8%
Ansiedade	65%	2.4%		10%		

Quadro 3.2 .
Ansiedade e
depressão no
período
pós-transplante
hepático

PRÉ-TRANS.	CORAÇÃO		MEDULA	RIM	
	Deshields	Dew	Khan	Virzi	Fukunis.
	1996 ⁸⁵	1996 ⁸⁴	2002 ⁸⁶	2007 ⁸⁵	2002 ⁸³
	(BECK A/D)	(DSM)	(HADS)	(HAM)	(DSMIV)
Depressão	14%	23,7%	20%	45,8%	10,7%
Ansiedade	27%*	7,8%	51%		

Quadro 3.3 - Ansiedade e Depressão no período pré transplante não hepático
*Perturbação de ansiedade generalizada

PÓS-TRANS	CORAÇÃO	MEDULA	RIM	
	DEW	Khan	Virzi	Fukunis.
	1996 ⁸⁴	2007 ⁸⁶	2007 ⁸⁵	2002 ⁸³
	(DSM)	(DSMIV)	(HAM)	(DSMIV)
Depressão	17,3%	23,3%	32%	10,7%
Ansiedade	6,2*			

Quadro 3.4- Ansiedade e depressão no período pós transplante hepático
*Perturbação de adaptação com sintomas ansiosos

3.2) Evolução da sintomatologia ansiosa e depressiva no doente transplantado e suas correlações

No que se refere às associações da sintomatologia ansiosa e depressiva ao longo das diferentes fases do transplante, pode-se concluir que em todos os estudos se encontrou uma redução dos níveis de ansiedade e depressão após o transplante. Nalguns estudos, os níveis de ansiedade e depressão estavam correlacionados com os tipos de *coping* e com a qualidade de vida.

A maioria dos estudos revistos usam a escala HADS para avaliar as correlações da depressão com outro tipo de variáveis (Quadro 3.5).

Quadro 3.5 - Evolução da sintomatologia ansiosa e depressiva e suas correlações

Autores	Instrumento	Tipo de Transplante	n	Desenho	Conclusões
Virzi, 2007 ⁷⁹	HAM	Renal	48	Long Pro	- Redução dos níveis de ansiedade e depressão após 4 meses do transplante
Oçarol, 2003 ⁷⁸	HADS	Hepático	70	Long Pro	- Redução dos níveis de ansiedade e depressão após 1 ano do transplante - Sintomatologia no pré-transplante correlacionada com a do pós-transplante
Karapolat, 2007 ⁸⁷	BECK	Cardíaco	34	Long Pro	- Capacidade Funcional correlaciona-se com sintomatologia
Russel, 2007 ⁸⁸	BECK	Hepático	107	Long Pro	- Redução dos níveis de ansiedade e depressão após 8 meses do transplante - Gravidade da doença médica no pré-transplante correlaciona-se com sintomatologia no pós-transplante
Karaminia, 2007 ⁸⁹	HADS	Renal	32	Long. Retro	- Redução dos níveis de ansiedade em doentes com mais de 6 meses de transplante (em relação ao grupo controlo) - Episódios de rejeição e idade no transplante correlacionados com aumento da ansiedade pós-transplante
Travallai, 2005 ⁹⁰	GHO	Renal	97	Long Pró	- Redução dos níveis de ansiedade e depressão após 2 semanas do transplante
Peres-San-Gregorio, 2005 ⁹¹	BECK	Renal	59	Long Pro	- Redução dos níveis de ansiedade e depressão após 2 anos do transplante
Burker, 2004 ⁹²	BECK	Pulmonar	160	Trans	- Sintomatologia ansiosa e depressiva após transplante correlacionada com estilos de <i>coping</i>
Vermeulen, 2003 ⁹³	STAI, SRDS	Pulmonar	28	Long Pro	- Até aos 43 meses após transplante há melhoria da sintomatologia ansiosa e depressiva; após esta altura há aumento progressivo desta sintomatologia a par do surgimento de um maior número de complicações médicas
Nickel, 2002 ⁹⁴	HADS	Hepático	186	Trans	- Sintomatologia ansiosa e depressiva após o transplante correlaciona-se com qualidade de vida
Hjermstad, 1999 ⁹⁵	HADS	Medula	131	Long Pro	- Sintomatologia no pré-transplante correlacionada com a do pós-transplante

Legenda: Long - Estudo longitudinal; Trans - Estudo transversal; HAM - Hamilton Depression Scale; HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale; BECK - Beck Depression Inventory; STAI - State Trait Anxiety Inventory; SRDS - Self Rated Depression Scale; GHO - general health questionnaire.

CONCLUSÕES

1 - Entre os principais modelos teóricos de ansiedade destacam-se o modelo da ansiedade de Goldstein, segundo o qual a ansiedade correspondia à percepção subjectiva que o indivíduo tinha sobre a condição catastrófica, o modelo da ansiedade traço ou estado, que distingue dois aspectos fundamentais da ansiedade: ansiedade como um estado emocional transitório e como um estado mais permanente, correspondendo a um traço de personalidade; e o modelo transaccional do *stress* de Lazarus, de acordo com o qual a ansiedade (e outras emoções negativas), surgem quando após a

avaliação se conclui que o estímulo é indutor de *stress* e que os recursos do indivíduo estão aquém do que lhe é exigido.

2 - Entre os modelos teóricos da depressão sobressaem, o modelo cognitivo da depressão (Beck) que se organiza sobre três conceitos básicos (em ordem hierárquica descendente): tríade cognitiva; pensamentos automáticos; esquemas ou crenças centrais e o modelo da desesperança aprendida (Seligman) no desenvolvimento do qual foram expostos cobaias animais a um *stress* incontornável prolongado, adoptando estes, em determinadas circunstâncias uma postura passiva, à qual o autor chamou de *desesperança aprendida*.

3 - Os modelos que relacionam a ansiedade e depressão com a doença médica têm sido de dois tipos: biológico (factores médicos integrados no sistema imunológico, neuroendócrino e inflamatório, medeiam a relação doença física e ansiedade e depressão) e comportamental (ansiedade e depressão influenciam a doença médica por intermédio de factores comportamentais como MC desadequados, baixa adesão à terapêutica, entre outros).

4 - Nos modelos médicos é essencial considerar outras variáveis da psicologia da saúde, tais como os MC e estilos de personalidade, que podem influenciar a doença médica por intermédio ou não da ansiedade e depressão e ser tão ou mais importantes que estes.

5 - Na avaliação da ansiedade e depressão no doente médico pode optar-se por vários tipos de abordagem: abordagem taxonómica vs dimensional; auto vs hetero-avaliação; instrumentos específicos para uma população vs inespecíficos.

6 - Relativamente ao instrumento a utilizar na investigação da ansiedade e depressão na doença médica, deverá ser usado aquele que avalie a depressão e ansiedade numa perspectiva dimensional uma vez que o limiar do nível de ansiedade e depressão relacionado com os factores de saúde não é conhecida (e não é semelhante ao limiar necessário para as perturbações psiquiátricas). Uma excepção são os estudos caso controlo em que um tratamento é testado. Nestes casos poderá ser útil uma abordagem taxonómica para a definição dos casos.

No que se refere à forma de avaliação (hetero ou auto-avaliação), a maioria dos autores afirma que nenhuma destas formas de abordagem é universalmente mais aceite que a outra, havendo vantagens e desvantagens nas duas.

O factor mais enfatizado pelos vários autores é a adaptação do questionário para a população em estudo. O único instrumento desenvolvido especialmente para avaliar a ansiedade e depressão na população médica é a escala HADS. Este instrumento está validado para a população portuguesa.

7 - Existem vários instrumentos disponíveis para avaliar a ansiedade e depressão destacando-se entre eles: a *Hamilton Anxiety Scale* (HAM), a *Hamilton Depression Scale* (HDS), a *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* (MADRS), a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), o *Beck Depression Inventory* (BDI), o *State Trait Anxiety Inventory* (STAI).

Apenas a HADS, o BDI e o STAI estão validados para a população portuguesa, sendo que apenas a HADS está validada especificamente para a população de doentes médicos.

Nenhuma escala à excepção da HADS responde, pelo menos parcialmente, àquele que para a maioria dos autores é o principal problema da

avaliação da ansiedade e depressão na doença médica: os resultados das escalas de ansiedade e depressão serem influenciados pela doença física do indivíduo.

8 - A prevalência de ansiedade e depressão clinicamente significativas ao longo dos vários períodos do transplante são muito variáveis, dependendo do tipo de doentes avaliados e dos instrumentos usados.

9 - A maioria dos estudos revistos usa a escala HADS para avaliar as correlações da depressão com outro tipo de variáveis. Em todos os estudos havia uma redução dos níveis de ansiedade e depressão após o transplante, estando associados aos estilos de *coping* e à qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- 1- KESSLER RC, ORMEL J, DEMLER O, STANG PE. Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Occup Environ Med* 2003; 45: 1257-1266
- 2- WANG PS, BECK AL, BERGLGUND P, ET AL. Effects of major depression on moment-in-time work performance. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1885-1891
- 3- CREED F, DICKENS C. Depression in the medically ill. *Depression and physical illness*. Ed. Andrew Steptoe. Cambridge University Press. London 2007. Chap 1: 3-18
- 4- NAZROO JY, EDWARDS AC, BROWN GW. Gender differences in onset of depression following a shared life event: a study of couples. *Psychol. Med.* 1997; 27: 9-19
- 5- EVANS DL, CHARNEY DS. Mood disorders and medical illness: a major public health problem. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 178-180
- 6- KATON W, LIN EH, KROENKE K. The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2007; 29: 147-150
- 7- STEIN MB, COX BI, AFFI TO, BELIK SL, SAREEN J. Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness? A population based perspective. *Psychol Med* 2006; 36: 587-596
- 8- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, BARROSO E, MONTEIRO E. Abordagem psiquiátrica do transplante hepático. *Acta Médica Portuguesa* 2006; 19:165-180
- 9- ROY-BYRNE P, DAVIDSON K, KESSLER R, ET AL. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 208-225
- 10- SAREEN J, JACOBI F, COX BJ, BELIK SL, CLARA I, STEIN MB. Disability and poor quality of life associated with comorbid anxiety disorders and physical conditions. *Arch Intern Med* 2006; 166: 2109-2116
- 11- KROENKE K, SPITZR RL, WILLIAMS JB, MONAHAN PO, LOWE B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and direction. *Ann Intern Med* 2007; 146: 317-325
- 12- LUDMAN E, KATON W, RUSSO J, ET AL. Panic episodes among patients with diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28: 475-481
- 13- SAREEN J, COX BJ, CLARA I, ASMUNDSON GJ. The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the US National Comorbidity Survey. *Depress Anxiety* 2005; 21: 193-202
- 14- STARK D, KIELY M, SMITH A, VELIKOVA G, HOUSE A, SELBY P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J. Clin Oncol* 2002; 20: 3137-3148

- 15- MCWILLIAMS LA, COX BJ, ENNS MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pains: an examination in nationally representative sample. *Pain* 2003; 106: 127-133
- 16- LANDRÉ-BEAUVAIS AJ. *Sémiologie ou traité des signes des maladies*. Sed. Paris : Brosson, 1813
- 17- DARWIN CR: *The expressions of emotions in man and animals*. New York, D. Appelton, 1873
- 18- FREUD S. *The problem of anxiety*. New York, Psychoanalytic Quarterly and Norton & Co., 1936
- 19- MOREL BA. *Du délire émotif. Névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral*. *Archives Générales de Médecine* 1866 ; 7 : 385-402 ; 530-551 ; 700-707
- 20- KRISHABER M. *Cérébro-cardiaque (névropathie)*. En Dechambre A, Leboulet L eds. *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales*. Paris. Masson, 1873 : 100-142
- 21- DEROGATIS LR, WISE TN. *Definition of the Concepts of Anxiety and Depression. Anxiety and Depressive Disorders in The Medical Patients*. American Psychiatric Press. Washington 1988. Chap.1 : 3-23
- 22- GOLDSTEIN K. *Human Nature in the Light of Psychopathology*, Cambridge, Harvard University Press, 1940
- 23- CATTELL RB, SCHEIER IH. *The Meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York, Ronald Press, 1961
- 24- SPIELBERGER CD: *Anxiety as an emotional state*, in *Anxiety Current Trends in Theory and Research*. Vol. 1. Ed. Spielberger CD. Academic Press. New York 1972: 23-49
- 25- LAZARUS RS. *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill New York 1966.
- 26- LAZARUS RS. *The stress and coping paradigm. Models for Clinical Psychopathology*. Ed. Eisdorfer C, Cohen D, Kleinman A, et al. Spectrum Publications. New York 1981
- 27- KRAEPLIN E. *Lectures on clinical psychiatry*, 8th ed. Vol 3. JH Barth. Leipzig 1913
- 28- FREUD S. *Mourning and Melancholia*. *Collected Papers* (1917). Vol. 1. Hogarth Press. London 1950
- 29- MEYER A. *A discussion on the classification of the melancholics*. *J Nerv Ment Dis* 1905; 32: 114-117
- 30- BECK A, RUSH A, SHAW B, EMERY E. *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press. New York 1979
- 31- SELINGMAN MEP, ABRAMSON LY, SEMMEL A, ET AL. *Depressive attributional style*. *J Abnorm Psychol* 1979, 88: 242-247
- 32- VAN PRAAG H, DE KLOET RON, VAN OS, J. *Stress, the brain and depression*. Chap 9. Cambridge University Press. Cambridge 2004: 225-258
- 33- KENDLER KS, NEALE MC, KESSLER RC, HEATH AC, EAVES IJ. *Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly different environments?)* *Arch. Gen. Psychiatry* 1992; 49: 716-722
- 34- VAN PRAAG H, DE KLOET RON, VAN OS, J. *Stress, the brain and depression*. Cambridge University Press. Cambridge 2004. Chap 8 : 225-258
- 35- STEPTOE A. *Depression and the development of coronary heart disease. Depression and physical illness*. Ed. Andrew Steptoe. Cambridge University Press. London 2007. Chap 3: 53-124
- 36- AYRES A, HOON PW, FRANZONI JB, ET AL. *Influence of mood and adjustment to cancer on compliance with chemotherapy among breast cancer patients*. *J. Psychosom. Res.* 1994; 38: 393-402
- 37- BOSLEY CM, FOSBURY JA, COCHRANE GM. *The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma*. *Eur. Respir. J.* 1995; 8: 899-904
- 38- CIECHANOWSKI PS, KATON WJ, RUSSO O. *Depression and diabetes: Impact of depressive symptoms on adherence, function and costs*. *Arch. Intern. Med.* 2000; 160: 3278-2385
- 39- STEPTOE A. *Depression and physical illness*. Ed. Andrew Steptoe. Cambridge University Press. London 2007. Chap 18: 397-408
- 40- HOUSE A. *Mood disorders in the physically ill. Problems of definition and measurement*. *J. Psych. Res.* 1988; 32: 345-353
- 41- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, BARROSO E, MONTEIRO E. *Adesão e Transplante*. *Acta Médica Portuguesa* 2007;73:85-20.
- 42- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Revised Fourth Edition (DSM-IV-TR)*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, 1994.
- 43- SHEEHAN BV, LECRUBIER Y, SHEENAN KH, et al. *The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-33

- 44- DEROGATIS LR, WISE TN. Diagnosis and Classification of Anxiety and Depression. Anxiety and Depressive Disorders in The Medical Patients. American Psychiatric Press. Washington 1988. Chap.2 : 27-72
- 45- ROBINSON RG. Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biol. Psychiatry* 2003; 54: 376-387
- 46- SPIEGEL D, BLOOM JR, KRAEMER HC, GOTTHEIL E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2: 888-891
- 47- ROSE G. Environmental factors and disease: the man made environment. *Br med J* 1987; 294: 963-965
- 48- NUNNALLY J, BERNSTEIN I. Psychometric Theory, 3rd Edition. Ed McGraw Hill Series in Psychology. New York 1994.
- 49- CREED F, DICKENS C. Depression in the medically ill. Depression and physical illness. Ed. Andrew Steptoe. Cambridge University Press. London 2007. Chap 1: 2-18
- 50- MAYOU R, HAWTON K. Psychiatric disorders in the general hospital. *Br. J. Psychiatry* 1986; 149:172-190
- 51- CREED F, MORGAN M, FIDDLER, ET AL. Depression and anxiety impair health-related quality of life and are associated with increased costs in general medical inpatients. *Psychosomatics* 2002; 43: 302-309
- 52- SOLOMON A, HAAGA DA, ARNOW BA. Is clinical depression distinct from subthreshold depressive symptoms? A review of the continuity issue in depression research. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2001; 189: 496-506
- 53- RUCCI P, GHERARDI S, TANSELLA M, ET AL. Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *J. Affect. Dis.* 2003; 76: 171-181
- 54- DEROGATIS LR, WISE TN. Screening and Psychological Assessment of Anxiety and Depression. Anxiety and Depressive Disorders in The Medical Patients. American Psychiatric Press. Washington 1988. Chap.3 : 73-97
- 55- RAYNOR D, WING R, PHELAN S. Depression and adherence to medical advice. Depression and physical illness. Ed. Andrew Steptoe. Cambridge University Press. London 2007. Chap 17: 369-396
- 56- DEROGATIS LR, WISE TN. Clinical assessment of anxiety and depression in the medical patient. Anxiety and Depressive Disorders in The Medical Patients. American Psychiatric Press. Washington 1988. Chap.4 : 101-139
- 57- CAVANAUGH S. Diagnosing depression in the hospitalized medically ill. *Psychosomatics* 1983; 24: 809-815
- 58- ENDICOTT J. Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 1984; 53: 2243-2249.
- 59- ZIGMOND A, ZNAITH RP. THE Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983. 67: 361-370
- 60- HILL MM, HILL A. Investigação por Questionário. Ed. Sílabo. Lisboa 2005.
- 61- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Validação do questionário multidimensional da adesão no doente com transplante hepático. *Acta Med Port* 2008; 21: 31-36
- 62- FERREIRA PL: Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte II- Testes de validação. *Acta Med Port* 2000; 13: 119-127
- 63- RIBEIRO JL: Avaliação em psicologia da saúde: quarteto editora 2007
- 64- HAMILTON M: The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32: 50-55
- 65- HAMILTON M: A rating scale for depression. *J Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 50-55
- 66- MONTGOMERY SA, ASBERG M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 382-389
- 67- ZIGMOND AS, SNAITH RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67: 127-142
- 68- JONSTON M, POLLARD B, HENNESSEY P. Construct validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale with clinical populations. *Jour of Psych Research* 200; 48: 579-584
- 69- PAIS-RIBEIRO J, SILVA I, FERREIRA T, MARTINS A, MENESES R, BALTAR M. Validation study of a portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine* 2007; 12: 225-237
- 70- BECK A, WARD C, MENDELSON M, MOCK J, ERBAUCH J. An inventory for measure depression. *Archives of General Psychiatry* 1961; 4: 561-571
- 71- VAZ-SERRA A, ABREU J. Aferição dos quadros clínicos depressivos: I- Ensaio de aplicação do «inventário depressivo de Beck» a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 1973; XX: 623-644

- 72- SPIELBERGER CD, GORSUCH RC, LUSHENE RE: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists, 1970
- 73- SILVA D. O inventário de Estado-Traço de Ansiedade (STAI). Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa. Ed M Gonçalves. M Simões, L Almeida, C Machado. Quarteto Editora. Coimbra 2003
- 74- TRZEPACZ PT, BRENNER RP, VAN THIEL DH. A psychiatric study of 247 liver transplantation candidates. *Psychosomatics* 1989; 30: 147-153
- 75- RODRIGUEZ JR, DAVIS GL, HOWARD RJ. Psychological adjustment of liver transplant candidates. *Clin* 1993; 7: 227-229
- 76- SINGH N, GAYOWSKI T, WAGENER MM, MARINO IR. Depression in patients with cirrhosis, impact on outcome. *Digestive Diseases and Sciences* 1997; 42(7): 1421-1427
- 77- NORRIS ER, SMALLWOOD GA, CONNOR K, et al. Prevalence of depressive symptoms in patients being evaluated for liver transplantation. *Transplantation Proceedings* 2002; 34: 3285-3286
- 78- O'CARROL R, COUSTON M, COSSAR J, MASTERTON G, HAYES PC. Psychological outcome and quality of life following liver transplantation: a prospective, national, single-center study. *Liver transplantation* 2003; 9(7): 712-720
- 79- VIRZI A, SIGNORELLI M, VEROUX M ET AL. Depression and quality of life in living related renal transplantation. *Transplant Proc.* 2007 Jul-Aug;39(6):1791-3.
- 80- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, ET AL. Psychiatric differences between liver transplant candidates with familial amyloid polyneuropathy and those with alcoholic liver disease. *Progress in Transplantation* 2008 Jun;18(2):134-9.
- 81- HOUSE RM, THOMPSON TL: Psychiatric aspects of organ transplantation. *JAMA* 1988; 260(4): 535-539
- 82- GLEDHIL J, BURROUGH A, ROLLES K, DAVIDSON B, BLIZARD B, LLOYD G: Psychiatric and social outcome following liver transplantation for alcoholic liver disease: a controlled study. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 46: 359-368
- 83- FUKUNISHI I, SUGAWARA Y, TAKAYAMA T, MAKUUSHI M, KAWARASAKI H, SURMAN OS. Association between pretransplant psychological assessments and posttransplant psychiatric disorders in living-related transplantation. *Psychosomatics* 2002; 43: 49-54
- 84- DEW N, ROTH L, SCHULBERG H, SIMMONS R, ET AL. Prevalence and predictors of depression and anxiety-related disorders during the year after heart transplantation. *Gen Hosp Psychiatry.* 1996 Nov;18(6 Suppl):48S-61S
- 85- DESHIELDS T, MCDONOUGH E, MANNEN R, MILLER L. Psychological and cognitive status before and after heart transplantation. *Gen Hosp Psychiatry.* 1996 Nov;18(6 Suppl):62S-69S
- 86- KHAN AG, IRFAN M, SHAMSI T, HUSSAIN M. Psychiatric disorders in bone marrow transplant patients.
- 87- KARAPOLAT H, EYIGOR S, DURMAZ B, ET AL. The relationship between depressive symptoms and anxiety and quality of life and functional capacity in heart transplant patients. *Clin Res Cardiol.* 2007 Sep;96(9):593-9. Epub 2007 Jun 27
- 88- RUSSEL R, FEURER I, WIZAWATAPNIT P, SALOMON R, PINSON C. The effects of physical quality of life, time, and gender on change in symptoms of anxiety and depression after liver transplantation. *J Gastrointest Surg.* 2008 Jan;12(1):138-44. Epub 2007 Oct 23
- 89- KARAMINIA R, TRAVALLI S, LORGARD-DEZFULI-NEJAD M, ET AL. Anxiety and depression: a comparison between renal transplant recipients and hemodialysis patients. *Transplant Proc.* 2007 May;39(4):1082-1084
- 90- TRAVALLAI S, LANKARANI M. Improved mental health status in the first 2 weeks after kidney transplantation. *Transplantation Proceedings* 2005;37(7):3001-3003
- 91- PEREZ-SAN-GREGORIO MA, MARTIN-RODRIGUEZ M, ASIAN-CHAVES E, GALLEGO-CORPA A, CORREA-CHAMORRO E, PEREZ BERNAL: Psychopathological features in transplant patients. *Transplantation Proceedings* 2003; 35: 744-745
- 92- BURKER E, EVON D, SEDWAY J, EGAN T. Appraisal and coping as predictors of psychological distress and self reported physical disability before lung transplantation. *Progress in Transplantation* 2004;14(3):222-32
- 93- VERBEULEN K, OUWENS J, VAN DER BIJ W, ET AL. Long-term quality of life in patients surviving at least 55 months after lung transplantation. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003 Mar-Apr; 25(2):95-102
- 94- NICKEL R, WUNSCH A, EGGLE UT, LOHSE AW. The relevance of anxiety, depression, and coping in patients after liver transplantation. *Liver Transplantation* 2002; 8 (1): 63-71

95- HJERMSTAD M, LOGE J, EVENSEN S, ET AL. The course of anxiety and depression during the first year after allogeneic autologous stem cell transplantation, Bone Marrow Transplant. 1999 Dec;24(11):1219-1222

Capítulo V

Qualidade de Vida e Transplante

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como «um conceito alargado que é afectado de uma forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência e relações sociais da pessoa, e a relação com as características salientes do respectivo meio» (1).

De acordo com vários autores, a importância da avaliação da qualidade de vida prende-se com a compreensão do estado de saúde como fruto de uma gama complexa de factores que só podem ser escolhidos e avaliados pelos próprios indivíduos, sendo os testes que pedem aos sujeitos para classificar a sua própria saúde os únicos que estão em exacta consonância com o significado de saúde segundo o seu modelo mais global (2).

O desenvolvimento de formas válidas e fiáveis de medir a qualidade de vida mostrou que este conceito é sensível e responsivo às variações biológicas e clínicas (3-7). Desta forma a avaliação da qualidade de vida tem se tornado indispensável para uma investigação clínica de qualidade, bem como para várias questões relacionadas com a prática clínica e tomada de decisão no âmbito da saúde (8-10).

O transplante de órgãos é considerado hoje o tratamento de eleição para uma grande diversidade de patologias, que não passam obrigatoriamente por situações de doença terminal (11-13). As técnicas cirúrgicas e o seguimento clínico dos doentes no período pós-transplante evoluiu dramaticamente nos

últimos anos, com aumento consequente das taxas de sobrevivência (14). O aumento da sobrevivência, deixou de ser o único objectivo da transplantação, passando a avaliação da qualidade de vida a desempenhar um papel fundamental neste contexto (15). Muitos estudos foram surgindo em que, regra geral, a qualidade de vida se mostrou aumentada após o transplante. Porém, uma grande quantidade destes estudos usam métodos não validados e a maioria têm um desenho transversal (16).

Neste capítulo pretende-se rever, com base na literatura existente, os métodos de avaliação da qualidade de vida e a sua forma de aplicação em investigação clínica, bem como a importância particular deste tema no transplante de órgãos.

1) Formas de Avaliação da Qualidade de Vida

Foram vários os instrumentos construídos para a avaliação da qualidade de vida. Muldoon e colaboradores (1998), chamam a atenção para o facto da medição da qualidade de vida poder corresponder a uma avaliação do funcionamento objectivo (directamente validada por comparação com o desempenho comportamental observado) ou, por outro, lado a uma avaliação do bem estar subjectivo (avaliação que o individuo faz do seu próprio bem estar) (17).

Embora alguns autores ainda façam referência a estes dois tipos de qualidade de vida, a maioria dos instrumentos dizem respeito, pelo menos em parte, a uma avaliação subjectiva do bem estar do doente, sendo as medidas maioritariamente de auto avaliação (18).

Os instrumentos podem ser multi ou unidimensionais e específicos ou inespecíficos.

- Multi vs unidimensionais

De acordo com a Organização Mundial de Saúde a qualidade de vida pode dividir-se em três dimensões fundamentais: física, mental, social (1).

Os métodos unidimensionais avaliam apenas uma dimensão da qualidade de vida. As medidas de sintomas físicos (19) avaliam apenas a componente física, as medidas de sintomas mentais (20) a componente mental e as medidas de funcionamento social (21) o componente social.

Os métodos mais utilizados são os multidimensionais, que englobam as várias dimensões da qualidade de vida, avaliando a saúde no seu sentido mais lato. Entre os instrumentos que se podem enquadrar nesta categoria, destacam-se o *Nottingham Health Profile* (NHP) (22), o SF-36 (*short form 36*) (23) e o *Sickness Impact Profile* (SIP) (24) .

- Específica vs inespecífica

Muitos dos instrumentos de medida não são específicos, medindo a qualidade de vida em populações diversas (nomeadamente o SF36 e o NHP), enquanto outros foram elaborados especificamente para serem usados em determinadas populações (escalões etários, tipos de doença, entre outros) (25, 26). Os primeiros, devido à sua universalidade, permitem estabelecer comparações entre populações diferentes ou entre fases diferentes dos mesmos grupos, os segundos permitem aferir sintomas e limitações específicas de determinadas condições.

Stewart and Ware (1992), entre outros, consideram que a melhor estratégia para avaliar a qualidade de vida numa determinada população envolve uma primeira abordagem com um instrumento multidimensional e inespecífico, podendo ser complementado com um monodimensional (por exemplo da saúde mental) ou mais específico (27).

Na população transplantada, por exemplo, têm sido usados, complementando instrumentos de avaliação multidimensional, métodos específicos que permitam medir o estado de saúde mental (dimensão mental) e o regresso à actividade profissional (dimensão social) (28).

2) Instrumentos Validados de Qualidade de vida

- MOS SF 36 - Desenvolvido por John Ware, a partir de um Estudo dos Resultados Médicos (*Medical Outcomes Study* -MOS), representando as oito principais dimensões de saúde incluídas no MOS. Este questionário existe em duas versões V 1.0 e V 2.0 (a diferença entre as duas versões tem a ver com a alternativa de resposta sete dos 36 itens que da V 1.0 para V 2.0 passa de duas alternativas para cinco. Estes *itens* abrangem duas das oito dimensões do questionário) (29).

Os 36 itens do SF-36 distribuem-se por oito dimensões (funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, saúde mental, desempenho emocional, funcionamento social, vitalidade, percepção geral de saúde). Mais um *item* de transição de saúde. As oito dimensões associam-se por sua vez, em duas grandes componentes: componente físico e componente mental. Cada um destes componentes agrupam quatro das dimensões referidas. Os resultados são apresentados como um perfil das oito dimensões ou das quatro componentes (29).

A primeira apresentação da versão portuguesa é feita por Ferreira (2000) (30,31) que estuda um grupo de mulheres grávidas. O estudo para a população normal e com doença é apresentado por Pais-Ribeiro (2005) (32).

Hodiernamente, este instrumento talvez seja o mais utilizado para medir a qualidade de vida, em todo o tipo de populações (33). Os últimos estudos em populações transplantadas usam maioritariamente este instrumento (28).

- *COOP/WONCA CHARTS* - Este instrumento, criado por Nelson, é um questionário genérico, breve, de autoresposta, destinado a avaliar o estado de saúde funcional nos cuidados de saúde primários. É constituído por sete questões ou itens, que perguntam ao doente como acha que é a sua funcionalidade. Cada *item* avalia uma dimensão: aptidão física, disposição ou estado afectivo-emocional, actividades do dia a dia, convívio e vida social, mudanças no estado de saúde, actividades do dia a dia, convívio e vida social; mudanças no estado de saúde, autopercepção do estado de saúde geral e dores (34). Foi validada para a população portuguesa por Broeiro (1995) (35).
- Escala de Satisfação com a Vida - Desenvolvido por Diener (1985), este questionário tem por objectivo avaliar, globalmente, a qualidade de vida (avaliando a experiência de vida em adolescentes e adultos). Inclui cinco itens desenvolvidos a partir de um conjunto inicial de 48 itens (36). Foi validado para a população portuguesa por Simões (1992) (37).
- Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar- Esta escala, desenvolvida por Masse (1998), pretende avaliar a expressão de bem-estar em adultos. É constituída por 25 itens e dividida em seis subescalas: autoestima, equilíbrio, envolvimento social, sociabilidade, controlo de si e dos acontecimentos e felicidade (38). Validada para a população portuguesa por Monteiro (2006) (39).
- Perfil de Saúde de Nottingham (NHP): Este instrumento, elaborado por Hunt (1985), tem como intenção avaliar a percepção de problemas relacionados com aspectos emocionais, sociais e físicos. Dividido em duas partes a primeira com 38 questões medindo o grau de energia, a dor, a reacção emocional, o sono, o isolamento social e a capacidade física, e a segunda avaliando quais as áreas mais afectadas pelos problemas de saúde (trabalho, social, sexual,

etc.) (22). Embora seja um instrumento usado com frequência em vários países, não se encontra validado para a população portuguesa.

3) Desenho dos Estudos de Qualidade de Vida

Os estudos que envolvem a análise da qualidade de vida podem ser transversais ou longitudinais.

Quando os dados da qualidade de vida são obtidos num único momento o estudo é transversal e quando a qualidade é medida em mais do que um momento estamos perante um estudo longitudinal. Nos estudos transversais pode-se inferir sobre a evolução da qualidade de vida de uma população transplantada quando se compara os valores de qualidade de vida em doentes transplantados com os de um grupo de controlo (por exemplo de doentes que aguardam o transplante) (40). Porém apenas os estudos longitudinais prospectivos podem dar uma informação fiável acerca da evolução da qualidade de vida de uma população (15). Por outro lado, se o investigador optar por fazer uma avaliação num único momento medindo a qualidade de vida desse momento e simultaneamente a qualidade de vida passada, recorre a um estudo transversal retrospectivo (este tipo de estudo tem muitas limitações) (40).

Muitos dos estudos de qualidade de vida recorrem a um grupo de controlo de forma a tornar as suas conclusões mais robustas.

Está descrito que não existe um grupo de controlo ideal para os doentes transplantados e que estes deverão funcionar como seus próprios controlos (41,42). Porém, os escassos estudos que avaliam a evolução após o transplante hepático utilizam grupos de controlo para controlar os efeitos da mudança ao longo do tempo e a familiaridade com os procedimentos (41,42).

O grupo de doentes que permanece a aguardar transplante tem sido aquele mais escolhido para controlar os efeitos da mudança ao longo do tempo e a familiaridade com os procedimentos (42). Porém, outro tipo de grupos de controlo têm sido usados, nomeadamente doentes crónicos (que padecem ou não de uma doença do mesmo foro que os doente transplantados), doentes saudáveis (neste caso são geralmente usados os valores normativos de uma população) e os doadores de órgão.

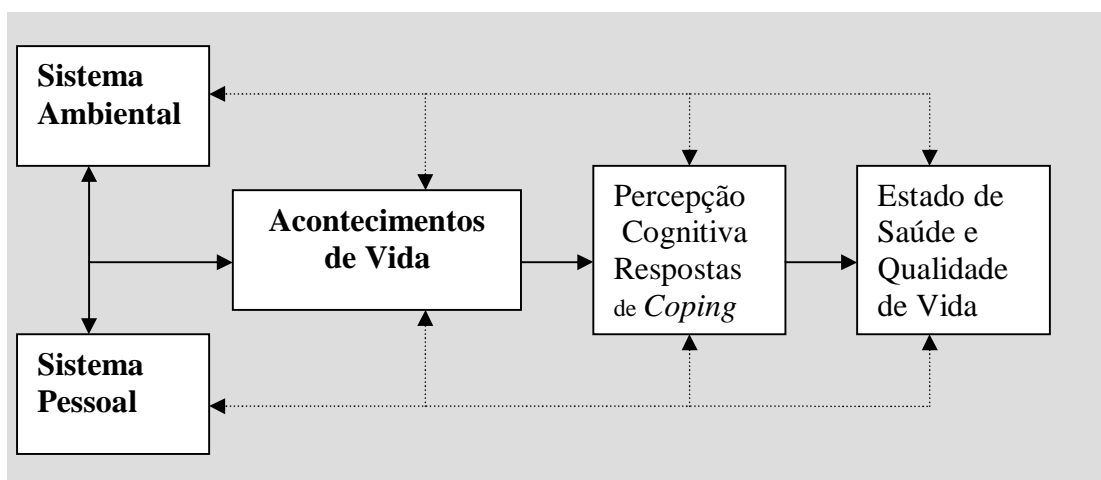
Relativamente à altura da medição da QV no período pós-transplante, a maioria dos estudos avalia a qualidade de vida nos primeiros meses pós-transplante. Esta situação pode dever-se ao facto do crescimento do recurso à transplantação ter crescido apenas nos últimos anos. Por outro lado, vários estudos referem que as grandes variações na qualidade de vida após o transplante ocorrem nos primeiros meses do período pós-transplante (42,43).

4) Qualidade de Vida e Modelos Teóricos de Saúde

O modelo teórico de saúde mais utilizado para enquadrar a qualidade de vida é o de Moos e Schaefer.

De acordo com Moos (1993) o sistema ambiental (do qual fazem parte vários factores ambientais estáveis como a exposição a uma doença crónica e também os recursos sociais e familiares) e o sistema pessoal (que inclui as características sociodemográficas e alguns recursos pessoais que podem influenciar o *coping*) associados aos acontecimentos de vida (relacionadas com factores situacionais, nomeadamente os estados de transição ou de surgimento de uma doença) determinam a percepção cognitiva e os MC. Todo este sistema pode influenciar o estado da saúde (directamente ou através de comportamentos adequados ou desadequados para saúde, nomeadamente no que se refere à adesão) e a qualidade de vida (44) (fig.4.1).

Fig. 4.1 . Modelo teórico do *coping* traduzido e adaptado de Moos e Schaefer, 1993



Outro modelo, em que os MC medeiam o impacto dos acontecimentos de vida e o bem estar é o modelo transacional do *stress* de Lazarus. Neste modelo a avaliação da ameaça é tida como mediador essencial para o desenvolvimento do *stress*. Lazarus distingue dois estádios de avaliação, um primário em que se estabelece se o estímulo é irrelevante, positivo ou indutor de *stress*, e um secundário (apenas utilizado no caso da avaliação primária ter dado o estímulo como causador de *stress*) que corresponde a um conjunto complexo de processos com vista a otimizar os MC. Os MC podem influenciar o estado mental e a QV dos doentes (45).

5) Estado da arte: Qualidade de Vida e Transplante

Foram revistos 35 estudos que utilizaram instrumentos validados para medir a qualidade de vida, sendo o SF36 aquele usado com mais frequência. A qualidade de vida foi avaliada, na maioria dos estudos ao longo do primeiro ano do período pós-transplante, embora alguns estudos (sobretudo mais recentes) incluam doentes transplantados há vários anos.

De acordo com a maioria dos estudos, havia uma melhoria das várias dimensões da qualidade de vida após o transplante. Esta melhoria era verificada nos estudos longitudinais, quando comparados os valores da qualidade de vida no período pós-transplante com aqueles do período pré-

-transplante. Também surgia uma vantagem nos doentes transplantados quando comparados com grupo de controlo de doentes candidatos a transplante (ou com doença crónica). Porém, é possível verificar, de acordo com os artigos revistos, que quando comparados com indivíduos saudáveis (ou valores normativos), os doentes transplantados apresentam uma pior qualidade de vida (Quadros 5.1a a 5.3) .

Nalguns estudos prospectivos, verificou-se que a qualidade de vida no período pós-transplante era determinada por alguns factores do pré-transplante médicos (gravidade da doença) e psiquiátricos (personalidade, ansiedade e depressão, MC).

Quadro 5.1a - Transplante Hepático

Autores	Instrumento	Fase	n	Desenho	Grupo Controlo	QV Física	QV Mental	QV Social
Kober 1990 ⁴⁶	EORTC STAI	1-47 m	38	Trans	- doença hepática - saudáveis	> doença hepática < saudáveis	> doença hepática < saudáveis	> doença hepática < saudáveis
Lowe 1990 ⁴⁷	NHP	>3 m	64	Trans	- saudáveis	< saudáveis	> saudáveis	< saudáveis
Bonsel 1990 ⁴⁸	NHP STAI, Camp	1 m - 8 a	46	Trans	- saudáveis - pré-transplante	< saudáveis	< saudáveis	< saudáveis
Tarter 1991 ⁴⁹	SIP SBAS	>6 m	62	Long	- doença hepática - saudáveis	> doença hepática < saudáveis melhoria pós-transplante	> doença hepática < saudáveis - melhoria pós- transplante	> doença hepática < saudáveis - melhoria pós- transplante
Hicks 1992 ⁵⁰	SIP POMS	> 3 m	35	Trans	- vários grupos pós-transplante	- agravamento com o tempo	- agravamento com o tempo	- agravamento com o tempo
Moore 1992 ⁵¹	AUST PAIS	1 . 9 m	22	Long	- doença hepática	> doença hepática melhoria pós-transplante	> doença hepática - melhoria pós- transplante	> doença hepática - melhoria pós- transplante
Riether 1992 ⁵²	SIP STAI BDI	3 . 12 m	19	Long	- transp. cardíaco	- sem melhoria pós- transplante < transplante cardíaco	- melhoria pós- transplante < transpl. cardíaco	- melhoria pós- transplante = transpl. cardíaco
Belle 1995 ⁵³	SIP, NHP Karn	12m	191	Long		melhoria pós-transplante	- melhoria pós- transplante	-melhoria pós- transplante
Levy 1995 ⁵⁴	SIP, NHP Karn, Camp	1,2,5 a	150	Long		- melhoria pós-transplante (com estabilização posterior)	- melhoria pós- transplante (com estabilização posterior)	- melhoria pós- transplante (com estabilização posterior)
Price 1995 ⁴²	NHP	6, 12, 24, 30, 42 m	27	Long	- candidatos	- melhoria pós-transplante (com estabilização após 6m) > candidatos	- melhoria pós- transplante (com estabilização após 6m) > candidatos	- melhoria pós- transplante (com estabilização após 6m) > candidatos

Quadro 5.1b - Transplante Hepático

Autores	Instrumento	Fase	n	Desenho	Grupo Controlo	Q. V. Física	Q.V Mental	Q.V. Social
Younossi 2000 ⁵⁵	SF36		37	Long	- doentes crónicos (não hepático)	- melhoria pós-transplante	- melhoria pós-transplante	- melhoria pós-transplante
O'Carroll 2003 ⁵⁶	SF36	12 m	70	Long	- saudáveis	< saudáveis - melhoria pós-transplante correlacionada com ansiedade pré-transplante	< saudáveis - melhoria pós-transplante correlacionada com ansiedade e neuroticismo pré-transplante	< saudáveis - melhoria pós-transplante
Karam 2003 ⁵⁷	NIDDK	12 m	67	Long	- saudáveis	< saudáveis - melhoria pós-transplante	< saudáveis - melhoria pós-transplante correlacionada com gravidade doença pré-transplante	< saudáveis - melhoria pós-transplante correlacionada com gravidade doença pré-transplante
Saab 2007 ⁵⁸	SF36	<20 a	308	Trans		- correlacionada c/ retorno ao trabalho pós-transplante		
Kousoulas 2008 ⁵⁹	SF36	15 a	104	Trans	- saudáveis	< saudáveis - correlacionada c/ regresso ao trabalho no 1º ano pós-transplante corr. - c/ > 50ª, sexo fem, grav. Doença pré-transplante	< saudáveis	< saudáveis
Desai 2008 ⁶⁰	SF36	30 a	61	Trans	- saudáveis	< saudáveis - correlacionada c/ regresso ao trabalho no 1º ano pós-transplante	= saudáveis	= saudáveis
O'Carroll 2008 ⁶¹	SF36	6-24 m	51	Trans	- saudáveis - candidatos	< saudáveis = candidatos.	< saudáveis = candidatos	< saudáveis = candidatos
Telles-Correia 2009 ⁴³	SF36	1 e 6 m	60	Long		- melhoria predominantemente até ao 1º mês	- melhoria predominantemente até ao 1º mês	
Telles-Correia 2009 ⁶²	SF36	6 m	60	Long		- determinada por MC no pré-transplante	- determinada por depressão no pré-transplante	
Telles-Correia 2009 ⁶³	SF36	6 m	60	Long	- PAF - Não PAF	- semelhante entre os dois grupos	- pior nos doentes com PAF	

Quadro 5.2 - Transplante Renal

Autores	Instrum.	Fase	n	Desenho	Grupo Controlo	Q. V. Física	Q.V Mental	Q.V. Social
Devins 1990 ⁶⁴	IIC, ABS, BDI		34	Long	- doença renal	> doença renal	= doença renal	> doença renal
Gouge 1990 ⁶⁵	Camp; ABS	± 57 m	42	Trans	- dadores	< dadores	= dadores	< dadores
Lai 1992 ⁶⁶	Camp	± 4 a	90	Trans	- doença renal	> doença renal		
Benedetti 1994 ⁶⁷	SF36	1-7 a	151	Trans	- saudáveis	< saudáveis	= saudáveis	< saudáveis
Gudex 1995 ⁶⁸	HMQ		367	Trans	- doença renal	> doença renal	> doença renal	> doença renal
Hilbrands 1995 ⁶⁹	Camp ABS	12 m	120	Long		- melhoria pós transp	- melhoria pós transp	- melhoria pós transp
Siegal 2002 ⁷⁰	LSI		3676	Trans		- melhor em doentes >64 A casados	- melhor em doentes >64 anos e casados	
Virzi 2007 ⁷¹	SF36	4 m	48	Long	- saudáveis	melhoria pós transp	melhoria pós transp	- melhoria pós transp

Quadro 5.3 - Transplante Cardíaco

Autores	Instrum.	Fase	n	Desenho	Grupo Controlo	QV Física	QV Mental	QV Social
Caine 1991 ⁷²	NHP	3-6 m	31	Long		- melhoria pós-transplante	- melhoria pós-transplante	melhoria pós-transplante
Busschbach 1994 ⁷³	EQ	12-16 m	3	Trans	- candidatos	> candidatos		
Ramsey 1995 ⁷⁴	SIP		23	Trans	- candidatos	> doença renal	> doença renal	> doença renal
Aravot 2000 ⁷⁵	SF36			Long				
Karapolat 2007 ⁷⁶	SF36		34	Long		- melhoria pós-transplante correlacionada com depressão	- melhoria pós-transplante correlacionada com depressão	- melhoria pós-transplante correlacionada com depressão
Myakovsky 2006 ⁷⁷	SF36	12 m	87	Long		< saudáveis - melhoria pós-transplante	< saudáveis - melhoria pós-transplante	< saudáveis - melhoria pós-transplante

Legenda: EORTC- *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire*; STAI- *Spielberg Stait-Trait Anxiety Inventory*; NHP- *Nottingham Health Profile*; SIP- *Sickness Impact Profile*; SBAS- *Social Behaviour Assessment Schedule*; ZD- *Zung Depression*; Camp- *Campbel Quality of Life*; POMS- *Profile of Mood States*; AUST- *Austin quality of life scale*; PAIS- *Psychological adjustment to Illness Scale*; BDI- *Beck Depression Inventory*; Karn- *Karnovsky Scale*; NIDDK- *National Institute of Diabetes Digestive and Kidney Scale*; ITS- *Illness intrusiveness scale*; ABS- *Affect Balance Scale*; LSI- *Life Satisfaction Index*; EQ- *EurQuol scale*; Long - Estudo longitudinal prospectivo; Trans- Estudo transversal

CONCLUSÕES

1 - Os instrumentos que avaliam a qualidade de vida podem ser multi ou unidimensionais e específicos ou inespecíficos. Os métodos mais utilizados são os multidimensionais, que englobam as várias dimensões da qualidade de vida, avaliando a saúde no seu sentido mais lato. Muitos dos instrumentos de medida não são específicos, medindo a qualidade de vida em populações diversas, enquanto outros foram elaborados especificamente para serem usados em determinadas populações (escalões etários, tipos de doença, entre outros). A melhor estratégia para avaliar a qualidade de vida numa determinada população envolve uma primeira abordagem com um instrumento multidimensional e inespecífico, podendo ser complementado com um monodimensional (por exemplo da saúde mental) e mais específico.

2 - Entre os principais instrumentos para avaliar a qualidade de vida destacam-se o MOS-SF36, O COOP/WONCA CHARTS, A Escala de Satisfação com a Vida, a Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar e o Perfil de Saúde de Nottingham (NHP). Todos estão validados para a população portuguesa à excepção do NHP.

3 - Os estudos que envolvem a análise da qualidade de vida são do tipo observacional e analítico, podendo ser transversais ou longitudinais. Apenas os estudos longitudinais prospectivos podem dar uma informação fiável acerca da evolução da qualidade de vida de uma população. Muitos dos estudos de qualidade de vida recorrem a um grupo de controlo de forma a tornar as suas conclusões mais robustas. Está descrito que não existe um grupo de controlo ideal para os doentes transplantados e que estes deverão funcionar como seus próprios controlos. Porém, o grupo de doentes que permanece a aguardar transplante tem sido aquele mais escolhido para controlar os efeitos da mudança ao longo do tempo e a familiaridade com os procedimentos

4 - O modelo teórico de saúde mais utilizado para enquadrar a qualidade de vida é o de Moos e Schaefer. De acordo com Moos (1993), o sistema ambiental e o sistema pessoal associados aos acontecimentos de vida determinam a percepção cognitiva e os mecanismos de *coping*. Todo este sistema pode influenciar o estado da saúde e a qualidade de vida.

5 - De acordo com a maioria dos estudos existentes, há uma melhoria das várias dimensões da qualidade de vida após o transplante. Nalguns estudos prospectivos, verificou-se que a qualidade de vida no período pós-transplante era determinada por alguns factores médicos do pré-transplante (gravidade da doença) e psiquiátricos (personalidade, depressão e ansiedade, MC).

REFERÊNCIAS

- 1- WHOQOL Group (1993) Measuring Quality of Life: The Development of a world Health Organization Quality of Life Instrument (WHOOQOL), Genebra, OMS
- 2- OGDEN J. Psicologia da Saúde. Climepsi Editores.Lisboa, 2004
- 3- BOMBARDIER C, WARE J, RUSSEL J, LARSON M, CHALMERS A, READ J. Auranofin therapy and quality of life in patients with reumathoid arthritis: results of a multicentric trial. Am J Med 1986. 81: 565-578
- 4- CROOG SH, LEVINE S, TESTA M, ET AL. N Engl J Med 1986. 314: 1657-1664
- 5- ROGERS W, JOHNSTONE D, YUSUF S, ET AL. Quality of life among 5.025 patients with left ventricular dysfunction randomized between placebo and enalapril: the studies with left ventricular dysfunction. J Am Coll Cardiol 1994. 23: 393-400

- 6- HLATKY M, ROGERS W, JOHNSTONE I, et al. Medical care costs and quality of life after randomization to coronary angioplasty or coronary bypass surgery. Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) investigators. *N Engl J Med* 1997. 336:92-99
- 7- FITZPATRICK R, DAVEY C, BUXTON M, JONES D. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess* 1998. 2914: 1-74
- 8- SCHRON E, SHUMAKER S. The integration of health quality of life in clinical research: experiences from cardiovascular clinical trials. *Prog Cardiovasc Nurs* 1991. 7: 21-28
- 9- NATIONAL Heart , Lung and Blood Institute (1995). *Health-related Quality of Life: A review of findings from NHLBI-supported Clinical Research*. US Government Printing Office: Washington DC
- 10- PAE W, COPELAND J, MCCARTHY P, ET AL. Bethesda Conference: conference for the design of clinical trials to study circulatory support devices for chronic heart failkure. *Ann Thorac Surg* 1998. 66: 1452-1465
- 11- LERUT J. Hepatic transplantation for hepatocellular carcinoma: state of the art. *J Chir* 2007; 144: 105
- 12- AHMED A, KEEFFE EB. Current indications and contraindications for liver transplantation. *Clin Liver Dis* 2007. 11: 227
- 13- ZHANG K, TUNG B, KOWDLEY KV. Liver transplantation for metabolic liver diseases. *Clin Liver Dis* 2007. 11: 265
- 14- United Network for Organ Shering . 2006 annual report
- 15- BERGNER . Quality of life, health status and clinical research. *Med Care* 1989; 27:148-156
- 16- DEW M, SWITZER GE, ALLEN A, ET AL. Does transplantation produce quality of life benefits? A quantitative analysis of the literature. *Transplantation* 1997. 64: 1261-1273
- 17- MULDOON M, BARGER S, FLORY J, MANUCK S. What are quality of life measurements measuring. *British Medical Journal* 1998. 316: 542-545
- 18- PATRICK D, ERICKSON P. *Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. Oxford University Press: New York 1993.
- 19- DEHAES J, VAN KNIPPERNBERG F, NEIGT J. Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam symptom checklist. *British Journal of Cancer*. 62: 1034-1038
- 20- ZIGMOND A, ZNAITH RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983. 67: 361-370
- 21- SARANSON I, SARASON R, SHEARIN E, PIERCE G. A brief measure of social support questionnaire. *Journal of Social and Personal Relationships* 1983. 4: 497-510
- 22- HUNT S, MCEWEN J, MCKENNA SP. Measuring health stats: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J Royal Coll Gen Pract* 1985;35:185-188
- 23- Ware J. *SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide*. Boston: Nimrod, 1993
- 24- BERGNER M, ROBBITT R, CARTER W, GILSON D. The sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care* 19: 787-805
- 25-MAYLATH N. Development of the children's Health Rating Scale. *Health Education Quartely* 1990. 17: 89-97.
- 26- BROOK R, BERMAN D, LOHR K, ET AL. *Conceptualization and Measurement of Health for Adults*, vol 7, *Diabetes Mellitus*, Santa Monica CA 1981, Rand Corporation.
- 27- STEWART A, WARE J EDS. *Measuring Functioning and Well-being: The Medical Outcomes Study Approach*. Duke University Press: Durham NC 1992.
- 28- DEW M. *Quality of Life in Organ Transplantation*. In *The Transplant Patient: Biological, psychiatric and ethical issues in organ transplantation*. Ed Trezpacz P, Dimartini A. Cambridge University Press. Cambridge 2000.
- 29- WARE J, SNOW K, KOSINSKY M, GANDEK B. *SF-36 Health survey manual and interpretation guide*. Boston 1993. New England Medical Center.
- 30- FERREIRA P. Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part I. Cultural and linguistic adaptation. *Acta Med Port*. 2000;13(1-2):55-66.
- 31- FERREIRA P. Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II --Validation tests *Acta Med Port*. 2000;13(3):119-27
- 32- PAIS-RIBEIRO J. *O importante é a saúde: estudo de adaptação do SF-36*. Lisboa 1993. Fundação Merck.
- 33- PAIS-RIBEIRO. *Avaliação em Psicologia da Saúde. Instrumentos Publicados em Português*. Portugal 2007. Quarteto.
- 34- NELSON E, WASSON J, KIRK J, ET AL. Assessment of Function in Routine Clinical Practice : Description of de COOP Chart Method and Preliminary Findings. *Journal of Chronic Diseases*, 40: 555-635.

- 35- BROEIRO P, RAMOS V, TAVARES I, CUNHA E, AMORIM J. Avaliação de estados funcionais no idoso: exercício de aplicação de uma versão portuguesa da escala COOP/WONCA charts. *Acta Médica Portuguesa* 1995. 8: 279-288
- 36- DIENER E, EMMONS R, LARSEN R, GRIFFIN S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment* 1985. 49: 71-75
- 37- SIMÕES A. Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia* 1992. XXVI (3): 503-515.
- 38- MASSE R, POULIN C, DASSA C, ET AL. The structure of mental health higher order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social Indicators Research* 1998. 45: 475-504.
- 39- MONTEIRO S, TAVARES J, PEREIRA A. Estudo das características psicométricas da Escala de Medida de Manifestações de Bem-Estar. In Leal I, Pais-Ribeiro J (Edts). *Actas do 6º Congresso nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida*. Lisboa 2006. ISPA Edições
- 40- ADAY L. *Designing and conducting health surveys: A comprehensive guide*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco 1989
- 41- O'CARROL R, COUSTON M, COSSAR J, MASTERTON G, HAYES PC. Psychological outcome and quality of life following liver transplantation: a prospective, national, single-center study. *Liver transplantation* 2003; 9(7): 712-720
- 42- PRICE CE, LOWE D, COHEN AT, ET AL. Prospective Study of the quality of life in patients assessed for liver transplantation: Outcome in transplanted and not transplanted groups. *J R Soc Med* 1995; 88:130-135
- 43- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MATEUS H, MONTEIRO E. When does quality of life improve after liver transplantation? A longitudinal prospective study. *Transplantation Proceedings* 2009 Apr;41(3):904-905.
- 44- MOOS RH, SHAEFER JA. Coping resources and processes: Current concepts and measures. In Goldberger & S Brenitz eds. *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*, 2nd ed. New York 1993
- 45- LAZARUS RS. The stress and coping paradigm. *Models for Clinical Psychopathology*. Ed. Eisdorfer C, Cohen D, Kleinman A, et al. Spectrum Publications. New York 1981
- 46- KOBER B, KUCHLER T, BROELSCH C, KREMER B, HENRE-BRUNS D. A psychological support concept and quality of life research in a liver transplantation program: an interdisciplinary multicenter study. *Psychother Psychosom* 1990. 54: 117-131
- 47- LOWE D, O'GRADY J, MCEWEN J, WILLIAMS R. Quality of life following liver transplantation: a preliminary report. *J R Coll Physicians, Lond* 1990. 24: 43-46
- 48- BONSEL G, ESSINK-BOT M, KLOMPMAKER I, SLOOF M. Assessment of quality of life before and following liver transplantation. *Transplantation* 1992. 53:796-800
- 49- TARTER R, SWITALA J, ARRIA A, PLAIL J, VAN THIEL D. Quality of life before and after orthopic hepatic transplantation. *Arch Intern Med* 1991. 151: 1521-1526
- 50- HICKS F, LARS J, FERRANS C. Quality of life after liver transplant. *Res Nurs Health* 1992. 3: 69-75
- 51- MOORE K, JONES R, ANGUS P, HARDY K, BURROWS G. Psychosocial adjustment to illness: quality of life following liver transplantation. *Transplant Proc* 1992. 24: 2257-2258
- 52- RIETHER A, SMITH S, LEWISON B, COTSONIS G, EPSTEIN C. Quality of life changes and psychiatric neurocognitive outcome after heart and liver transplantation. *Transplantation* 1992. 54: 444-450
- 53- BELLE S, PORAYKO M. Improvement in quality of life after transplantations in NIDDK liver transplantation database. *Transplant Proc* 1995. 27: 1230-1232
- 54- LEVY M, JENNINGS L, ABOULJOUND M, ET AL. Quality of life improvements at one, two and five years after transplantation. *Transplantation* 1995. 59: 561-567
- 55- YOUNOSSI Z, MCORMICK M, PRICE L. Impact of liver transplantation on health-related quality of life. *Liver Transpl.* 2000 Nov;6(6):779-83
- 56- O'CARROL R, COUSTON R, COSSAR J, MASTERTON G, HAYES P. Psychological outcome and quality of life following liver transplantation: a prospective, national, single-center study. *Liver Transpl.* 2003 Jul;9(7):712-720.
- 57- KARAM V, CASTAING D, DANET C, ET AL. Longitudinal prospective evaluation of quality of life in adult patients before and one year after liver transplantation. *Liver Transpl.* 2003 Jul;9(7):703-711
- 58- SAAB S, WIESE C, IBRAHIM A, ET AL. Employment and quality of life in liver transplant recipients. *Liver Transpl.* 2007 Sep;13(9):1330-1338

- 59- KOUSOULAS L, NEIPP M, BARG-HOCK, ET AL. Health-related quality of life in adult transplant recipients more than 15 years after orthotopic liver transplantation. *Transpl Int*. 2008 Nov;21(11):1052-1058
- 60- DESAI R, JAMIESON N, GIMSON A, ET AL. Quality of life up to 30 years following liver transplantation. *Liver Transpl*. 2008 Oct;14(10):1473-9.
- 61- O'CARROL R, TURNER F, FLATLEY K, MCGREGOR L, HAYES P. *Psychol Health Med*. 2008 Mar;13(2):239-248.
- 62- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MATEUS H, MONTEIRO E. Psychosocial determinants of quality of life 6 months after transplantation: longitudinal prospective study. *Transplant Proc*. 2009 Apr;41(3):898-900.
- 63- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Quality of life following liver transplantation: a comparative study between Familial Amyloid Neuropathy and liver disease patients. *BMC Gastroenterology - em Publicação*
- 64- DEVINS G, MANDIN H, HONS R, ET AL. Illness intrusiveness and quality of life in end stage renal disease : comparison and stability across treatment modalities. *Health Psychol* 1990. 9: 117-142
- 65- GOUGE F, MORRE J, BREMER B, MCCAULEY C, JOHNSON J. The quality of life of donors, potential donors, and recipients of living related donor renal transplantation. *Transplant Proc* 1990. 22: 2409-2413
- 66- LAI M, HUANG C, CHU S, CHUANG C, HUANG J. Two hundred and thirty cases of kidney transplantation: single center experience in Taiwan 1992. *Transplant Proc* 1992. 24:1452-1454
- 67- BENEDETTI E, MATTAS A, HAKIN N, ET ALL. Renal transplantation for patients 60 years of age or older: a single-institution experience. *Ann Surg* 1994. 4: 445-460
- 68- GUXE C. Health related quality of life in endstage renal failure. *Qual Life Rev* 1995. 4: 359-360
- 69- HILBRANDS L, HOITSMA A, KROENE R. The effect of immunosuppressive drugs on quality of life after renal transplantation. *Transplantation* 1995. 59: 1263-1270
- 70- SIEGAL B, HALBERT R, MCGUIRE M. Life satisfaction among kidney transplant recipients: demographic and biological factors. *Progress in Transplantation* 2002 Dec;12(4):293-298
- 71- VIRZÍ A, SIGNORELLI M, VEROUX M, ET AL. Depression and quality of life in living related renal transplantation. *Transplantation Proceedings* 2007 Jul-Aug;39(6):1791-1793
- 72- CAINE N, SHARPLES L, SMYTH R, ET AL. Survival and quality of life of cystic fibrosis patients before and after heart lung transplantation. *Transplantation Proceedings* 1991. 23: 1203-1204
- 73- BUSSCHBACH J, HORIKX P, VAN DER BOSCH J, ET AL. Measuring quality of life before and after bilateral lung transplantation in patients with cystic fibrosis. *Chest* 1994. 105: 911-917.
- 74- RAMSEY S, PATRICK D, LEIS S, ALBERT R, RAGHU G. Improvement in quality of life after lung transplantation: a preliminary study. *J Heart Lung Transplant* 1995. 14: 870-877
- 75- ARAVOT D, BERMAN M, BEN-GAL T, SAHAR G, VIDNE B. Functional status and quality of life of heart transplant recipients surviving beyond 5 years. *Transplantation Proceedings* 2000 Jun;32(4):731
- 76- KARAPOLAT H, EYGOR S, DURMAZ B, YAGDI T, NALBANGIL S, KARAKULA S. The relationship between depressive symptoms and anxiety and quality of life and functional capacity in heart transplant patients. *Clin Res Cardiol*. 2007 Sep;96(9):593-9. Epub 2007 Jun 27
- 77- MYASKOVSKY L, DEW M, MCNUITY M. Trajectories of change in quality of life in 12-month survivors of lung or heart transplant. *Am J Transplant*. 2006 Aug;6(8):1939-1947

Capítulo VI

Adesão e Transplante

INTRODUÇÃO

A primeira alusão à importância do cumprimento das prescrições médicas foi feita por Hippocrates há 2400 anos (1). Porém, o conceito de adesão foi apenas desenvolvido no século XX por Haynes em 1979. Segundo este autor, a adesão, que ele denominava por *compliance*, podia ser definida como «o grau em que o comportamento do doente (tomar a medicação, e cumprir outras prescrições médicas como dieta e mudança de estilo de vida), coincide com a prescrição clínica» (1).

Uma vez que termo *compliance* tinha uma conotação hierárquica, com um médico superior e onipotente e um doente subordinado, ele foi sendo abandonado a favor do termo adesão (*adherence*) (2), que subentende uma maior cooperação e igualdade na relação médico-doente. Nesta linha foi proposto pela *Royal Pharmaceutical Society of Great Britain* o termo concordância (*concordance*), que segundo esta entidade se aproxima mais de uma aliança terapêutica (3). Nos textos internacionais, o termo adesão continua sendo, porém, o que é mais frequentemente empregue.

A não adesão é hoje reconhecida como um factor determinante para o aumento da morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida, aumento dos custos médicos e excesso da utilização dos serviços de saúde para os doentes transplantados (4,5).

A não adesão pode, segundo Cooper *et al.*, ser uma causa directa de 21% de todos os insucessos da transplantação e 26% de todas as mortes pós-transplante (6).

De acordo com Chapman, a não adesão pós-transplante, que pode ser considerada uma síndrome, é um problema cada vez mais estudado porque as outras causas de insucesso de transplante têm vindo a ser superadas (7). Uma vez que os determinantes desta síndrome não são, ainda, completamente conhecidos, o seu correcto diagnóstico e a sua profilaxia ou tratamento estão longe de se alcançar (7).

Por outro lado, o estudo do comportamento humano em relação à adesão não acompanhou a evolução dos próprios tratamentos, existindo vários modelos teóricos que tentam explicar o comportamento dos doentes perante o tratamento.

Neste capítulo pretende-se rever, com base na literatura existente, os modelos teóricos que o conceito de adesão tem por base e a importância particular deste tema no transplante.

1) Modelos Teóricos

Foram propostos vários modelos teóricos que podem ser utilizados no âmbito da adesão dos quais se destacam aqueles com maior pertinência.

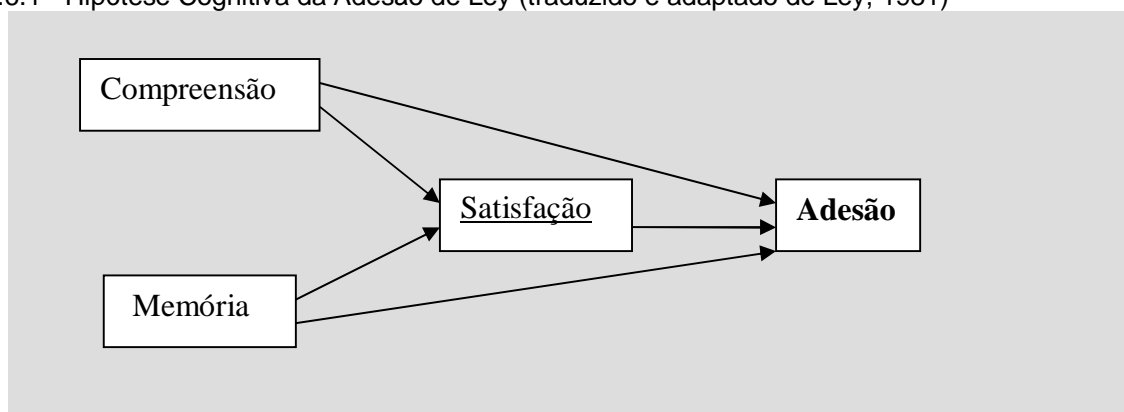
1.1) Hipótese cognitiva da adesão de Ley

O trabalho de Ley (1981) dá uma especial importância à comunicação médico-doente, pressupondo que a adesão à terapêutica depende de seis etapas principais: 1) geração da mensagem; 2) recepção da mensagem; 3) compreensão da mensagem; 4) retenção da mensagem; 5) aceitação do conteúdo da mensagem; 6) acção (8).

Com base nestes princípios, Ley desenvolve um modelo segundo o qual a adesão se podia prever através de uma combinação da satisfação do doente em relação à consulta (factor mais enfatizado pelo autor) com a compreensão da causa, extensão (órgãos envolvidos) e tratamento da sua doença, e com a capacidade de recordar a informação veiculada pelos profissionais de saúde. Este modelo foi criado inicialmente tendo como base crianças com asma, embora fosse mais tarde generalizado a vários tipos de patologias (9,10).

Haynes e Ley concluíram que os níveis de satisfação dos doentes resultavam de vários componentes, entre os quais se destacam aspectos afectivos (suporte emocional e afectivo), aspectos comportamentais (nomeadamente a correcta explicação das prescrições), aspectos relacionados com a competência do técnico de saúde (diagnóstico, tratamento e encaminhamento adequados) e o conteúdo das consultas (nas quais os doentes deveriam receber tanta informação quanto possível, veiculada da melhor forma) (9) (Fig. 6.1).

Fig.6.1 - Hipótese Cognitiva da Adesão de Ley (traduzido e adaptado de Ley, 1981)



Existem vários estudos que confirmam a validade deste modelo. A importância da satisfação, da compreensão e da memória sobre a adesão foi testada por Ley e outros autores em doentes seguidos em consultas de clínica geral e outras especialidades (11,12,13).

Leventhal (1987) afirma, relativamente a este modelo, que, embora a compreensão, a aceitação e a recordação das prescrições médicas sejam essenciais para a adesão, não são suficientes (14). Segundo este autor, o modelo de Ley, baseado na comunicação, não explica a forma como a informação médica afecta a mudança de atitudes ou, se de facto esta mudança ocorre, qual o mecanismo específico que leva à adesão (14).

Haynes (1987) afirma que estratégias que melhorem a comunicação e a captação da mensagem pelo doente (nomeadamente a clarificação das mensagens e o desenvolvimento de estratégias educativas) podem melhorar a adesão em tratamentos agudos. Porém, este autor alega que a adesão a longo prazo, em doenças crónicas, é mais difícil de alcançar porque depende de outros aspectos mais complexos além da comunicação (15).

Conrad (1985), a propósito dos seus trabalhos efectuados com doentes epilépticos, demonstrou que a adesão dependia mais das percepções que os doentes tinham sobre as informações clínicas que lhes eram fornecidas do que do conteúdo destas informações (16).

Ogden (2004) critica o modelo de Ley, com base na variabilidade das mensagens transmitidas pelos técnicos de saúde que dependem de vários factores (além dos conhecimentos científicos) nomeadamente das crenças pessoais dos clínicos, e que são difíceis de aceder (17).

1.2) Modelo de crenças da saúde de Becker

O modelo de crenças da saúde (MCS), inicialmente proposto por Rosenstock (1966) e depois desenvolvido por Becker ao longo dos anos 70 e 80, pode também ser aplicado à adesão tendo sido criado para explicar porque é que certas pessoas não cumpriam as medidas preventivas ou efectuavam os exames de *screening* antes do início da sintomatologia (18). O modelo original

propunha que a probabilidade de uma pessoa desenvolver um determinado comportamento para a saúde (por exemplo efectuar exames de *screening*) dependia das suas crenças pessoais acerca da susceptibilidade em adquirir uma determinada doença e da relação risco/benefício do comportamento recomendado (18).

Um outro componente foi incluído neste modelo por Becker (1975), pistas para a acção, que se refere a estímulos ambientais que podem desencadear o início de um comportamento para a saúde (19).

Este modelo foi sucessivamente alterado por outros autores. Porém, segundo o modelo clássico (Becker e Rosenstock), os comportamentos de saúde dependem fundamentalmente de quatro grupos de factores (19,20,21):

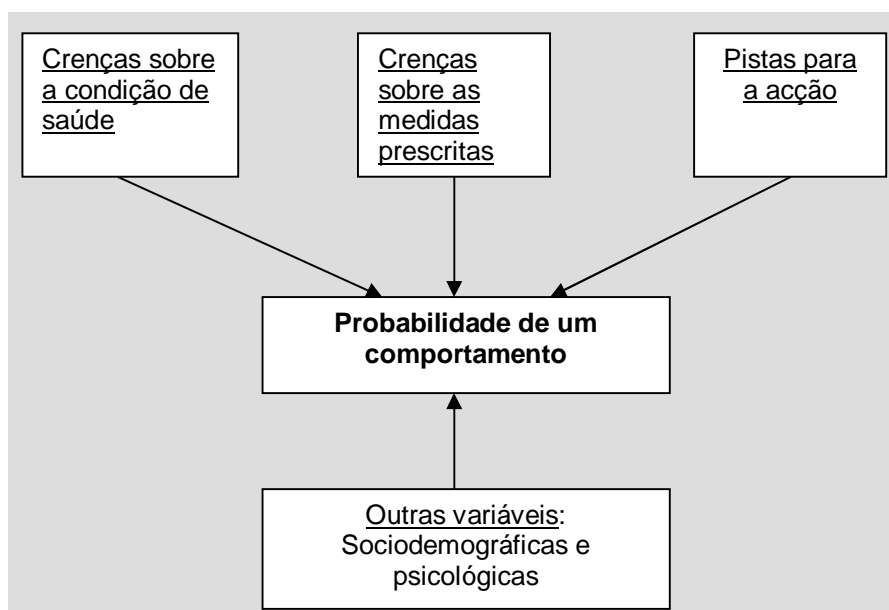
- Crenças sobre a condição de saúde: Crenças que o doente tem relativamente à sua susceptibilidade de adquirir uma determinada doença ou, se esta já existe, de que ela se agrave.

- Crenças sobre as medidas prescritas: Corresponde às crenças que o doente tem relativamente aos benefícios e potenciais riscos das prescrições médicas.

- Pistas para a acção: Diz respeito a factores internos (sintomas) e externos (educação, informação veiculada pelo médico e outras fontes de informação) que contribuem para as decisões ou acções do doente.

- Outras variáveis: Sociodemográficas (sexo, idade, classe social) e psicológicas (personalidade) (Fig. 6.2).

Fig. 6.2 - Modelo de Crenças da Saúde de Becker (traduzido e adaptado de Sheeran e Araham, 1996)



O MCS foi utilizado em vários estudos relacionados com os comportamentos para a saúde, nomeadamente no cumprimento de medidas dietéticas (22,23) e de higiene dentária (24), no auto-exame mamário (25) e na adesão à medicação (26,27,28,29,30).

Segundo Horne e Weinman (1998), é difícil tirar conclusões firmes acerca da viabilidade do MCS, devido às diferentes formas com que ele foi operacionalizado e aplicado nos vários estudos (31). Porém este modelo parece ser útil em determinados contextos, nomeadamente no âmbito da medicina preventiva (32). Segundo uma metanálise realizada por Zimmerman *et al.* (1994), que incluiu vários estudos que relacionavam variáveis do MCS com comportamentos de saúde preventivos, concluiu-se que combinações entre estas variáveis poderiam prever em cerca de 24% os comportamentos para a saúde (33).

Alguns autores incluem este modelo no grupo dos modelos das cognições sociais (31).

Segundo Horne e Weinman, as evidências mais recentes apontam para que as crenças que os doentes possuem em relação à doença e à medicação têm uma influência importante sobre a adesão. Porém, no MCS, as crenças sobre a doença são reduzidas às barreiras e benefícios relativamente ao comportamento para a saúde, sem fazer referência às cognições que estão por trás destes pensamentos (34,31).

Por outro lado no MCS, a inter-relação entre as diversas variáveis (nomeadamente as crenças e as variáveis psicossociais) não está descrita (35) e o papel das emoções, relacionado por exemplo com a reacção às cognições ou com os estilos de *coping*, é também esquecido (17).

Schwarzer (1992) criticou o MCS pela sua abordagem estática das crenças de saúde, sendo as crenças descritas como ocorrendo simultaneamente, sem lugar para a mudança, desenvolvimento ou processo (elementos particularmente fundamentais na doença crónica) (36).

1.3) Modelo de Autoregulação de Leventhal

O Modelo de Autoregulação de Leventhal (MA) tem por base estudos sobre o impacto que as mensagens ameaçadoras (que despertam medo) têm sobre os comportamentos de saúde (8).

Embora se observasse que as mensagens mais ameaçadoras tinham uma maior influência no comportamento que as menos ameaçadoras, foi possível obter respostas mais eficazes e duradouras adicionando às mensagens um plano de acção. O mesmo se passou em relação ao plano de acção: embora os efeitos que o plano de acção tinha sobre o comportamento fossem independentes do grau de medo, eles apenas afectavam o comportamento na presença de uma mensagem que despertasse medo (8).

Estas evidências levaram à suposição de que as ameaças à saúde geravam uma representação cognitiva que por sua vez originava um plano de acção para lidar com estas representações (controlo do perigo) e uma representação emocional que estava na base de um plano de acção para lidar com estas emoções (controlo do medo) (8,14,37-39).

Neste contexto desenvolve-se o MA, em que os estímulos de saúde originam, por um lado, uma representação cognitiva e uma forma de *coping* adequada a esta representação, e, por outro, uma representação emocional e uma forma de *coping* adequada a esta (8,14,37-39).

De acordo com este modelo, o doente é confrontado com uma alteração do seu estado de saúde, através de duas vias: percepção de sintomas e recepção de mensagens sociais. Em resposta a esta fase de confrontação o doente responde de duas formas: representação cognitiva da doença e representação emocional (medo, ansiedade, depressão) (8,14,37-39).

A fase seguinte, denominada *coping*, está relacionada quer com as cognições de doença, quer com a resposta emocional. Assim, o *coping* poderá ser de aproximação (respeitando as prescrições médicas, por exemplo) ou de evitamento (por exemplo através da negação) (8,14,37-39).

A terceira e última fase é de ponderação, que envolve a avaliação individual da estratégia de *coping*, e que pode motivar a manutenção ou modificação dessa estratégia (8,14,37-39).

Neste modelo as várias fases inter-relacionam-se entre si de forma dinâmica, e por isso ele se denomina modelo de auto-regulação (8,14,37-39).

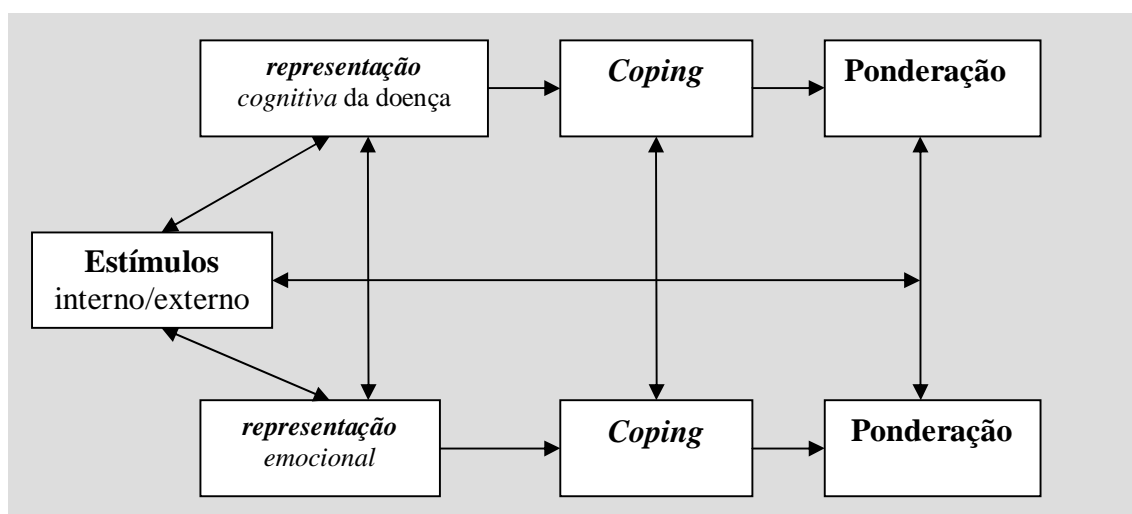
Leventhal preocupou-se em caracterizar as representações cognitivas da doença identificando dois componentes essenciais: o conteúdo (as ideias individuais acerca da doença) e a estrutura (organização cognitiva destas

ideias). Este autor sugere que as pessoas desenvolvem modelos de doença organizados em torno de cinco componentes fundamentais: identidade (sintomas e sinais concretos), causa (ideias acerca das causas responsáveis pelo estado de doença), consequências (corresponde ao prognóstico clínico, social e psicológico da situação), duração e probabilidade de cura ou controlo (40).

Embora o conteúdo das representações de saúde varie entre os diversos indivíduos (41), os componentes são estáveis (42).

Leventhal também apontou alguns dos determinantes das cognições de doença (43): 1) contexto cultural e social: a linguagem utilizada nos vários contextos culturais, sociais ou profissionais pode sugerir diferentes significados para a doença; 2) organização dos serviços de saúde; 3) experiência anterior com episódios de doença: por exemplo um doente que já teve um episódio de angor interpreta a précordialgia de forma diferente de um doente sem antecedentes cardíacos. Há referências a outros factores, difíceis de aferir, que Leventhal aceita que possam influenciar as cognições de saúde, como sejam alguns traços de personalidade (43) (Fig. 6.6).

Fig. 6.3- Modelo de Autoregulação de Leventhal (traduzido e adaptado de Leventhal, 1993)



Muitos trabalhos demonstram a utilidade deste modelo no estudo da adesão em variados tipos de patologias, HTA (41), diabetes (44), e da recuperação clínica em situações como o enfarte agudo do miocárdio (45), a síndrome de fadiga crónica (46) e o AVC (47).

É possível aceder aos vários componentes deste modelo através de instrumentos específicos. Assim, as representações cognitivas e afectivas podem ser avaliadas através de um questionário elaborado por Petrie e Weinman, IPQ (48), e as formas de *coping* com situações de doença através de vários questionários de *coping* nomeadamente o *COPE* ou o *Brief Cope* de Carver (49).

Alguns autores têm efectuado alterações neste modelo, entre elas destaca-se a introdução da variável crenças da medicação, efectuada por Horne. Segundo este autor as crenças da medicação podem influenciar as cognições de doença, o *coping* e os comportamentos dos doentes (34,50).

Os aspectos chave deste modelo são o facto de os processos cognitivo e emocional ocorrerem em paralelo e haver uma interacção dinâmica entre as diferentes fases de representação, *coping* e ponderação (31).

O facto de neste modelo os processos cognitivo e emocional ocorrerem em paralelo, permite explicar as respostas que são aparentemente irracionais. Por exemplo, uma doente com uma alteração na mama, que aparentemente é algo de grave (provocando-lhe medo), pode evitar ir ao médico (forma de *coping* com o medo) (51). Embora a resposta neste momento seja esta, mais tarde, se os sinais ou sintomas aumentarem, pode-se alterar a dinâmica do processo, predominando, por exemplo, a influência das representações cognitivas, mudando também a forma de *coping* (31).

À semelhança do MCS, o MA, defende que as representações cognitivas da doença são essenciais para o comportamento. Porém, no MA, é também enfatizada a importância do *coping*, dos aspectos emocionais e da interação que pode existir entre a cognição, a emoção e o comportamento. No MA esta interação origina um processo dinâmico que evolui ao longo de uma doença e não apenas num momento de decisão (como ocorre no MCS) (17,31).

No MCS, as crenças sobre a doença são reduzidas às barreiras e benefícios relativamente ao comportamento para a saúde, enquanto que o MA faz referência às cognições que estão por trás destes pensamentos (31).

1.4) Outros modelos

1.4.1) Modelos das cognições sociais:

Os modelos das cognições sociais foram desenvolvidos no âmbito da psicologia social (não da psicologia da saúde) e são utilizados para a previsão de um grande leque de comportamentos incluindo os comportamentos para a saúde (31).

Teoria da Acção Reflectida (TAC):

Este modelo deriva de uma teoria desenvolvida por Ajzen e Fishbein (1980) e pressupõe que uma intenção comportamental é determinada pela atitude do sujeito relativamente à acção específica (crenças relativas ao resultado do comportamento, por exemplo, «se deixar de fumar serei mais saudável», e avaliações relativas ao resultado esperado, «ser saudável é algo importante para mim») e por normas subjectivas (dizem respeito às crenças que os outros próximos têm sobre a acção específica: «a minha família pensa que eu devo deixar de fumar») (52).

Teoria do Comportamento Planeado (TEP):

Este modelo tem por base o TAC incorporando como factor adicional a percepção do controlo sobre o comportamento.

Desta forma segundo a TEP, uma intenção comportamental é determinada pela atitude do sujeito relativamente à acção específica, por normas subjectivas e por crenças sobre o controlo («Qual a probabilidade de eu conseguir deixar de fumar?») (53, 54).

Schwarzer criticou estes dois modelos pela omissão do elemento temporal e argumenta que Ajzen não descreve a ordem das diferentes crenças nem a direcção da causalidade (36).

Stroebe afirma que as intenções e acções são afectados por um número de factores que não estão incluídos nestes modelos (56).

1.4.2) Modelo das fases de mudança do comportamento:

Este modelo foi originalmente desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982) com base em várias abordagens psicoterapêuticas para a mudança e manutenção de comportamentos (56). É essencialmente um novo modelo de mudança e manutenção do comportamento baseado nas seguintes fases:

- 1) Pré-intenção: Não pretender fazer qualquer mudança.
- 2) Intenção: considerar uma possibilidade de mudança.
- 3) Preparação: realizar apenas pequenas mudanças.
- 4) Acção: empenhar-se activamente num novo comportamento.
- 5) Manutenção: manter a mudança ao longo do tempo.

Estas fases não ocorrem sempre de um modo linear (da fase 1 para a fase 5), isto é, por exemplo, um indivíduo pode estar na fase de preparação e, posteriormente voltar várias vezes à fase de intenção antes de progredir para a fase da acção.

Weinstein criticou este modelo, alegando que é difícil determinar se o comportamento muda de acordo com as fases ou ao longo de um contínuo, que as mudanças entre as fases podem acontecer tão rapidamente que as fases deixem de ter importância e que a maioria dos estudos se baseiam neste modelo não são longitudinais, sendo os indivíduos de cada fase influenciados por diferentes factores externos que podem condicionar as respostas (57).

2) Tipos de Adesão

Não é possível uma classificação monodimensional da adesão, por isso devem-se considerar várias características como a temporalidade, a frequência, a motivação e a certeza diagnóstica (58).

Em determinados contextos, nomeadamente na transplantação, os níveis de adesão podem variar muito ao longo do tempo, sendo essencial considerar-se a temporalidade e frequência da não adesão. Após o transplante os doentes apresentam geralmente uma boa adesão nas primeiras fases a não ser que não sejam devidamente informados e educados no que se refere ao tipo de medicamentos e sua posologia. Após o primeiro mês, os doentes podem começar a apresentar uma não adesão ocasional (falham uma ou duas tomas por semana, ou não respeitam o horário das tomas). Nos meses seguintes alguns doentes podem apresentar uma não adesão intermitente que se pode tornar em persistente e total (geralmente algum tempo após o transplante, e relacionando-se com os efeitos secundários dos fármacos e com a sensação de imortalidade reforçada por permanecerem muito tempo sem problemas de saúde) (59).

Greenstein e Seigal classificaram a não adesão em três grupos, accidental, vulnerável e decidida, de modo a ser formulado um método de intervenção direccionado aos diferentes perfis de doentes. Desta forma,

enquanto que para doentes que apresentem uma não adesão do tipo decidido um método de doseadores ou contagem de comprimidos podem ser úteis, para doentes com uma não adesão acidental as abordagens educativas têm mais eficácia (60).

Relativamente à certeza diagnóstica, a não adesão pode ser classificada de acordo com a probabilidade e com o grau de certeza. Assim, segundo este método, a certeza diagnóstica da adesão pode ser classificada como definitiva, provável, possível e pouco provável (58) (Quadro 6.1).

Temporalidade	Frequência	Motivação	Certeza Diagnóstica
Inicial	Ocasional	Acidental	Definitiva
Intermédia	Intermitente	Vulnerável	Provável
Contínua	Persistente	Decidida	Possível
	Completa		Pouco Provável

Quadro 6.1 - Tipos de não adesão - traduzido e adaptado de Chapman *et al*, 2003

3) Medição da Adesão

A adesão pode ser definida de forma estricta (tomar os medicamentos recomendados), ou de forma extensa (inclui o conhecimento do nome dos medicamentos, a assiduidade relativamente às consultas, entre outros) (61).

Existem vários métodos para a medição da toma de medicamentos. Estes podem ser classificados em métodos directos, : observação directa da toma dos comprimidos, medição da concentração de fármaco no sangue, uso de marcadores incorporados nos comprimidos e de embalagens electrónicas; e indirectos: autorelato do doente, relato do médico assistente.

3.1) Métodos directos

Alguns métodos directos podem apresentar limitações. Este é o caso da contagem de medicação, que pode ser falseada porque os doentes podem

perder ou deliberadamente retirar comprimidos (62,63,64,65,66,67) ou da concentração do fármaco no sangue que depende apenas das últimas tomas de medicação, podendo a toma de medicação apenas ser feita no período que antecede a visita médica, mascarando a não adesão (67,68).

As embalagens electrónicas são dotadas de um dispositivo que regista as horas em que estas foram abertas. Podem constituir um dos métodos mais precisos de avaliar o tipo de não adesão. Porém assumem que cada vez que a embalagem é aberta seja para a toma de medicamentos, podendo também passar despercebida uma não adesão (69,70,71,72,73).

Devido a estas limitações, Butler *et al.* (2003) comprovou que o autorelato do doente aferido através de uma entrevista bem elaborada e confidencial é a melhor forma de aceder à adesão (74) (Quadro 6.2).

<u>MÉTODOS</u>	
<u>Directos</u>	<ul style="list-style-type: none">- Concentração do fármaco no sangue- Marcadores incorporados nos comprimidos- Observação directa da toma de medicação- Contagem de medicação- Embalagens electrónicas
<u>Indirectos</u>	<ul style="list-style-type: none">- Autorelato do doente- Relato do médico assistente- Relato dos familiares e amigos- Exame físico (efeitos secundários)- Complicações clínicas da não-adesão

Quadro 6.2 -
Tipos de não adesão - traduzido e adaptado de Chapman *et al.*, 2003

3.2) Métodos indirectos

Foram elaborados inúmeros questionários de adesão. Geralmente estão orientados para aceder à adesão aos medicamentos e não à adesão entendida de forma mais extensa (73,74,75). Por outro lado, muitos dos questionários

que foram encontrados nos artigos revistos incluem também *items* referentes às crenças de doença (76,77,78,61).

Relativamente à adesão aos medicamentos em forma estricte, além de questionários passíveis de aplicar a diferentes populações, existem questionários para a caracterização da adesão em determinadas situações específicas. Chisholm *et al.* (2005) desenvolveu e validou um instrumento de medida para a adesão no período pós-transplante (*Immunosuppressant therapy adherence instrument* - ITAS) (79) (Quadro 6.4).

- | |
|---|
| - Nos últimos 3 meses quantas vezes se esqueceu de tomar a <u>medicação imunossupressora?</u> |
| - Nos últimos 3 meses quantas vezes não se preocupou em tomar a <u>medicação imunossupressora?</u> |
| - Nos últimos 3 meses quantas vezes parou de tomar a <u>medicação imunossupressora porque se sentiu pior?</u> |
| - Nos últimos 3 meses quantas vezes parou de tomar a <u>medicação imunossupressora por qualquer razão?</u> |

Quadro 6.4 - ITAS . Instrumento de medição da adesão à terapia imunossupressora, Chisholm *et al.*, 2005 - traduzida e adaptada.

Relativamente à adesão entendida de forma mais extensa, Ulmer (1987) identificou 11 áreas correspondentes a problemas comuns de falta de adesão: 1) comparecer às consultas, 2) comparecer aos exames médicos, 3) comparecer aos tratamentos, 4) tomar a medicação prescrita, 5) evitar o abuso de drogas, 6) evitar o consumo de álcool, 7) seguir as sugestões respeitantes ao fumar, 8) seguir as sugestões respeitantes à dieta; 9) seguir as sugestões respeitantes ao trabalho; 10) seguir as sugestões respeitantes à prática de exercício físico, e 11) permitir um descanso apropriado (80).

Uma clínica norteamericana de investigação e intervenção em psicologia da saúde, *The Behavior Associates*, Nova Iorque, compôs um questionário que

contempla além de questões sociodemográficas e relacionadas com crenças de saúde e crenças acerca da medicação, aspectos associados à não adesão em sentido lato, tais como assiduidade às consultas e exames médicos e necessidade de recorrer a medicinas alternativas (76).

Evangelista *et al* (2003), elaborou um questionário a aplicar em doentes com insuficiência cardíaca que também contempla aspectos associados à não adesão em sentido lato, como assiduidade às consultas e exames médicos, hábitos tabágicos e alcoólicos, prática de exercício e dieta (77).

Pamplona *et al.* (1997) desenvolveu um questionário sobre significações sobre o tratamento que permite uma avaliação da adesão num sentido mais lato (61).

Neste questionário abordam-se aspectos como assiduidade às consultas e exames médicos, necessidade de recorrer a medicinas alternativas, hábitos tabágicos e alcoólicos, prática de exercício e dieta. Porém, estão presentes também algumas questões relacionadas com crenças da doença e da medicação e satisfação com os cuidados de saúde.

A forma como as questões são apresentadas também não pode ser negligenciada. Segundo Butler *et al.* (2004), a não adesão deverá ser avaliada de uma forma dimensional (por exemplo: 1) sempre; 2) quase sempre; 3) algumas vezes; 4) poucas vezes; 5) quase nunca; 6) nunca) e não categorial (Sim/Não ou por número de vezes) (74).

No Quadro 6.5 estão resumidas algumas dimensões exploradas em instrumentos para avaliar a adesão entendida de forma mais extensa e algumas questões retiradas dos questionários que foram revistos.

Quadro 6.5 - Exemplos de questões para avaliar a adesão entendida de forma mais extensa

<p>A) <u>Assiduidade às consultas e exames médicos</u> - Diga se nos últimos seis meses <u>compareceu</u> ou não a) A todas as <u>consultas médicas</u> que marcou ou que lhe foram marcadas 1) Sempre; 2) Quase sempre; 3)Algumas vezes; 4) Poucas vezes; 5) Quase nunca; 6)Nunca b) A todos os <u>exames médicos</u> ou <u>check up</u> recomendados 1) Sempre; 2) Quase sempre; 3)Algumas vezes; 4) Poucas vezes; 5) Quase nunca; 6)Nunca c) A todos os <u>tratamentos, análises, possíveis hospitalizações</u> ou quaisquer outros procedimentos programados relacionados com a sua saúde ou doença 1) Sempre; 2) Quase sempre; 3)Algumas vezes; 4) Poucas vezes; 5) Quase nunca; 6)Nunca B) <u>Toma de medicação</u> - Nos últimos trinta dias <u>tomou</u> todos os medicamentos, e nas condições prescritas pelo seu médico? Quantifique, em termos gerais, o número de vezes que nos últimos trinta dias tomou os medicamentos prescritos pelo médico? 1) Sempre; 2) Quase sempre; 3)Algumas vezes; 4) Poucas vezes; 5) Quase nunca; 6)Nunca C) <u>Hábitos alcoólicos</u> - Tem seguido as instruções do seu médico em relação ao uso/abuso de bebidas alcoólicas? 1) Sempre; 2) Quase sempre; 3)Algumas vezes; 4) Poucas vezes; 5) Quase nunca; 6)Nunca</p>
--

4) Prevalência da Não-adesão no Período Pós-transplante

Dos estudos revistos, apenas um pequeno número faz referência a uma prevalência objectiva da não adesão, sendo mais frequente a abordagem dos factores que podem influenciar a adesão.

Foram encontrados 10 estudos que obtiveram uma prevalência da não-adesão no transplante, nove deles correspondem ao transplante renal e um ao transplante hepático. (Quadro 6.7). Em três dos estudos a adesão foi acedida por métodos directos enquanto que nos outros foram usados métodos indirectos. A média encontrada foi de 25,28%.

Quadro 6.7- Prevalência da não-adesão no período pós-transplante

Autores e Data	Tipo de transplante	Prevalência	Método de Medição
Siegal <i>et al.</i> , 1997 (81)	Renal	18%	Indirecto
Greenstein <i>et al.</i> , 1999 (82)	Renal	22.4%	Indirecto
Kiley <i>et al.</i> , 1993 (83)	Renal	26%	Indirecto
Meyers <i>et al.</i> , 1995 (84)	Renal Pediátrico	22%	Indirecto
Chisholm <i>et al.</i> , 2000 (85)	Renal	5% (5 meses após transplante) 52% (12 meses após transplante)	Indirecto
De Geest <i>et al.</i> , 1995 (86)	Renal	22.3%	Indirecto
Hong <i>et al.</i> , 1992 (87)	Renal	13%	Indirecto
Paris <i>et al.</i> , 1994 (88)	Renal	47%	Directo
Shapiro <i>et al.</i> , 1997 (89)	Renal (103)	34.4%	Directo
Berlakovich <i>et al.</i> , 2000 (90)	Hepático	16%	Directo
		Media : 25.28	

5) Factores preditores da não-adesão no período pós-transplante

No Quadro 6.8 estão representados os factores demográficos preditores da não adesão pós-transplante.

Em todos os estudos revistos, a não adesão é mais prevalente nos doentes jovens (91,92,93,94,95). Relativamente ao género as conclusões diferem entre os vários trabalhos, demonstrando alguns que o sexo não é preditor de adesão pós-transplante (96,97), outros que a não adesão é mais frequente no sexo masculino (98) e outros que ela é mais frequente no sexo feminino (99,100).

No que se refere ao estado civil, a maioria dos estudos é unânime em assinalar que a não adesão é mais frequente nos doentes solteiros ou sem companheiro(a) (101,96,102,86).

Relativamente à raça, em todos os estudos encontrados que abordavam este *item*, foi demonstrado que a não-adesão era mais frequente em doentes não-caucasianos (81,91,92,95).

No que respeita ao nível socio-profissional, as evidências variam entre os diferentes estudos. Alguns demonstraram que existe uma maior prevalência de não-adesão nas classes sócio-profissionais mais baixas (105,106), outros que não existe relação com as classes sócio-profissionais e a não-adesão (107), e outros que a prevalência desta é superior nas classes profissionais mais elevadas (95,108).

Quadro 6.8 - Factores demográficos preditores da não-adesão pós-transplante

Factores Demográficos	Autores e Data	Tipo de transplante
Idade (mais prevalente nos doentes mais jovens)	Beck <i>et al.</i> , 1980 (91)	Renal
	Schweizer <i>et al.</i> , 1990 (92)	Renal
	Charbit <i>et al.</i> , 1999 (93)	Renal
	Greenstein <i>et al.</i> , 1998 (94)	Renal
	Raiz <i>et al.</i> , 1999 (95)	Renal
Sexo (não é preditor de adesão pós transplante)	Lopez Sanchez <i>et al.</i> , 1999 (96)	Renal
	Heathaway <i>et al.</i> , 1999 (97)	Hepático, Renal, Coração
	De Lone <i>et al.</i> , 1989 (98)	Renal
(mais frequente no sexo masculino)	Kiley <i>et al.</i> , 1993 (99)	Renal
	Meyers <i>et al.</i> , 1993 (100)	Renal
(mais frequente no sexo feminino)		
Estado Civil (mais frequente nos solteiros ou sem companheiro/a)	Matas <i>et al.</i> , 1992 (101)	Renal
	Lopez Sanchez <i>et al.</i> , 1999 (96)	Renal
	Dew <i>et al.</i> , 1996 (102)	Coração
	De Geest <i>et al.</i> , 1995 (86)	Renal
Raça (mais frequente em doentes não-caucasianos)	Siegal <i>et al.</i> , 1997 (81)	Renal
	Beck <i>et al.</i> , 1980 (91)	Renal
	Schweizer <i>et al.</i> , 1990 (92)	Renal
	Raiz <i>et al.</i> , 1999 (95)	Renal
Nível Sócio-Económico e Educacional		
(Maior prevalência nas classes sócio-profissionais mais baixas)	Tagliacozzo <i>et al.</i> , 1970 (105)	Renal
	O'Brien <i>et al.</i> , 1980 (106)	Renal
(Sem relação com as classes sócio-profissionais)	Greenstein <i>et al.</i> , 1994 (107)	Renal
(Maior prevalência nas classes profissionais mais elevadas)	Raiz <i>et al.</i> , 1999 (95)	Renal
	Dobbles <i>et al.</i> , 2005 (108)	Cardíaco, Hepático, Pulmonar

No Quadro 6.9 estão representados os factores psiquiátricos e psicológicos preditores da não adesão pós-transplante.

Em vários estudos foi descrito que a depressão pré e pós-transplante (95, 96, 109, 110) e as características de personalidade desadaptativas interferiam negativamente sobre a adesão (111-114). O atraso mental foi também associado à não adesão por Dew *et al.* (1996) (112).

Relativamente ao alcoolismo pré-transplante, a maioria dos estudos consultados encontraram uma relação positiva entre esta situação e a não adesão (111,88,115,116), embora Pageaux *et al.* (1999) (117) tivesse chegado a uma conclusão contrária.

Segundo um trabalho de Greenstein *et al.* (1998) (94), as crenças acerca da doença e medicação podem influenciar a adesão. Por outro lado Kiley *et al.*

(1993) (118) comprovou haver uma relação entre o *locus* de controlo externalizado e a não-adesão.

Outros factores que têm sido associados à não-adesão são o custo da medicação e a história prévia de transplante (Quadro 6.10).

<u>Factores Psiquiátricos e Psicológicos</u>		
Depressão (mais frequente em doentes com depressão)	Greenstein <i>et al.</i> ,1998 (95) Raiz <i>et al.</i> ,1999 (96) Frazier <i>et al.</i> ,1994 (109) Kober <i>et al.</i> ,1990 (110)	Renal Renal Renal Hepático
Pert. Personalidade (mais frequente em doentes com perturbações de personalidade)	Shapiro <i>et al.</i> ,1995 (111) Dew <i>et al.</i> ,1996 (112) Jowsey <i>et al.</i> , 2005 (113) Dobbles <i>et al.</i> , 2000 (114)	Coração Coração Hepático Hepático
Atraso Mental Consumo de substâncias: Alcolismo prétransplante Aumenta a prevalência	Dew <i>et al.</i> ,1996 (112)	Coração
Não altera	Shapiro <i>et al.</i> , 1995 (111) Paris <i>et al.</i> ,1994 (88) Ronald <i>et al.</i> , 1996 (115) Vaillant <i>et al.</i> ,1997 (116)	Coração Coração Hepático Hepático
Crenças do doente (Crenças acerca da doença e medicação)	Pageaux <i>et al.</i> ,1999 (117)	Fígado
Locus de Controlo L C externalizado aumenta a prevalência	Greenstein <i>et al.</i> ,1998 (95) Kiley <i>et al.</i> ,1993 (118)	Renal Renal

Quadro 6.9 -
Factores psiquiátricos e psicológicos preditores da não adesão pós-transplante

<u>Outros</u>		
Custo da medicação (Custo da medicação influencia negativamente a adesão)	Crisholm <i>et al.</i> , 2000 (85)	Renal
História de Transplante Prévio (A história de transplante prévio aumenta a prevalência)	Frazier <i>et al.</i> , 1994 (109)	Renal

Quadro 6.10 -
Outros factores preditores da não adesão pós-transplante

Alguns factores descritos para outros tipos de patologias como determinantes da adesão, nomeadamente os MC, os traços de personalidade, a relação médico-doente (satisfação e confiança do doente em relação ao seu médico), o tipo de medicamentos tomados a sua tolerância, entre outros não foram, nos estudos revistos, comprovadamente associados à não adesão no transplante.

Embora vários autores sugiram que a prevalência de não-adesão pós-transplante era superior nos doentes com uma pior adesão pré-transplante (119,120,5) não foram encontrados estudos em que isto fosse demonstrado. No entanto tem-se debatido se este tipo de doentes deve ou não ser transplantado (119,120,121,5).

6) Discussão

O transplante corresponde a uma situação em que existe grande variação temporal dos factores cognitivos e comportamentais relacionados com a saúde. Em alguns estudos demonstrou-se que o *coping* e a adesão são instáveis ao longo da evolução clínica do doente transplantado, desde o período de pré-transplante aos períodos de pós-transplante imediato e pós-transplante tardio (57,122).

O modelo de autoregulação de Leventhal, no qual as várias fases se interrelacionam entre si de forma dinâmica, adequa-se bem a estes doentes.

As fases essenciais neste modelo são a interpretação, a representação cognitiva e representação emocional e o *coping*, que podem de acordo com vários autores, predizer alguns aspectos como a adesão, a evolução clínica e a qualidade de vida (123-131). Como referido, de acordo com vários estudos *coping* e a adesão variam ao longo da evolução clínica do doente transplantado (57,122). Os autores põem a hipótese de que também as representações da doença variem ao longo de um processo como o transplante, em que a própria situação de doença terminal é substituída por uma situação de transplante, raramente conotada pelos doentes transplantados como uma doença.

O instrumento que deverá ser utilizado para medir a adesão nos doentes transplantados deverá ser um questionário que aceda à adesão entendida de

forma mais extensa, uma vez que este permitirá uma avaliação adequada não só da toma de medicação, mas de todos os comportamentos adequados à recuperação clínica dos doentes, quer no período pré-transplante quer no pós-transplante.

Por outro lado, Erdman *et al.* (1993) demonstrou que, nos doentes transplantados, a não adesão entendida num sentido mais extenso (que inclui a assiduidade às consultas, o cumprimento de dietas e exercício e a realização de exames médicos e análises) é muito mais prevalente que a não adesão relacionada apenas com a toma de medicação (132).

Também a adesão entendida de forma mais extensa se adequa mais ao modelo teórico de Leventhal, em que são contemplados aspectos mais amplos das cognições e comportamento perante a doença.

CONCLUSÕES

1 . Existem vários modelos teóricos que podem ser utilizados no âmbito da adesão.

Ley (1988) desenvolveu o modelo da hipótese cognitiva da adesão, defendendo que esta se podia prever através de uma combinação da satisfação do doente em relação à consulta (factor mais enfatizado pelo autor) com a compreensão da causa, extensão (orgãos envolvidos) e tratamento da sua doença e com a capacidade de recordar a informação veiculada pelos profissionais de saúde.

Segundo o modelo de crenças da saúde (Rosenstock, Becker), os comportamentos de saúde dependem de quatro grupos de factores: crenças sobre a condição de saúde, crenças sobre as medidas prescritas, pistas para a acção, outras variáveis (sociodemográficas, psicológicas, etc).

De acordo com o modelo de autoregulação de Leventhal, o doente é confrontado com uma alteração do seu estado de saúde, através de duas vias: percepção de sintomas e recepção de mensagens sociais. A esta confrontação o doente responde de duas formas: representação cognitiva da doença e representação emocional. A fase seguinte, denominada *coping*, está relacionada quer com as cognições de doença, quer com a resposta emocional. O *coping* poderá ser de aproximação (respeitando as prescrições médicas, por exemplo) ou de evitamento (por exemplo, através da negação). A terceira e última fase é de ponderação, que envolve a avaliação individual da estratégia de *coping*, que pode motivar a manutenção ou modificação dessa estratégia. Neste modelo as várias fases inter-relacionam-se entre si de forma dinâmica, e por isso ele se denomina modelo de auto-regulação.

2 . Não é possível uma classificação mono dimensional da adesão, por isso devem-se considerar várias características como a temporalidade, a frequência, a motivação e a certeza diagnóstica .

Relativamente à temporalidade a adesão pode ser inicial, intermédia ou contínua. Relativamente à frequência ela pode ser ocasional, intermitente, persistente ou completa. Em relação à motivação a adesão pode ser acidental, vulnerável, decidida. Quanto à certeza diagnóstica pode ser definitiva, provável, possível ou pouco provável.

3 . Existem vários métodos para a medição da toma de medicamentos. Estes podem ser classificados em métodos directos: observação directa da toma dos comprimidos, medição da concentração de fármaco no sangue, uso de marcadores incorporados nos comprimidos e de embalagens electrónicas; e indirectos: autorelato do doente, relato do médico assistente.

Os métodos directos apresentam várias limitações. Butler comprovou num estudo de 2003 que o autorelato do doente aferido através de uma entrevista bem elaborada e confidencial é a melhor forma de aceder à adesão.

Foram elaborados inúmeros questionários de adesão. Geralmente estão orientados para aceder à adesão aos medicamentos e não à adesão entendida de forma mais extensa. Por outro lado, muitos dos questionários que foram encontrados nos artigos revistos incluem também *itens* referentes às crenças de doença.

Os questionários disponíveis para aceder à adesão de forma mais extensa, apresentam, também questões relacionadas com outros aspectos, nomeadamente crenças da doença e da medicação e satisfação com os cuidados de saúde.

4 . Foram encontradas várias prevalências de não adesão em doentes transplantados nos artigos revistos (acedidas por métodos directos e indirectos). A média de não adesão em doentes não transplantados encontrada foi de 25,28%.

5 . Existem vários factores associados à não-adesão no período pós-transplante.

Entre os factores demográficos destacam-se, a idade (mais prevalente nos doentes mais jovens), o sexo (as conclusões variam entre os vários estudos), o estado civil (mais frequente nos solteiros ou sem companheiro/a), a raça (mais frequente em doentes não-caucasianos), o nível sócio-económico e educacional (as conclusões variam entre os vários estudos).

Entre os factores psiquiátricos e psicológicos associados com a não-adesão pós-transplante destacam-se a depressão (mais frequente em doentes com depressão) as perturbações de personalidade (mais frequente em doentes

com perturbações de personalidade), o atraso mental, o alcoolismo pré-transplante (a maioria dos estudos conclui que este aumenta a prevalência), crenças da doença (influenciam a não adesão pós transplante), o *locus* de controlo (externalizado aumenta a prevalência).

O custo da medicação e a história de transplante prévio podem também influenciar a adesão pós-transplante.

6 - O *coping* e a adesão são instáveis ao longo da evolução clínica do doente transplantado, desde o período de pré-transplante, aos períodos de pós-transplante imediato e pós-transplante tardio, assim, o modelo que os autores sugerem como mais adequado será um modelo dinâmico.

Podemos concluir que o instrumento que deverá ser utilizado para medir a adesão nos doentes transplantados deverá ser um questionário que aceda à adesão entendida de forma mais extensa, uma vez que este permitirá uma avaliação adequada não só da toma de medicação, mas de todos os comportamentos adequados à recuperação clínica dos doentes, quer no período pré-transplante, quer no pós-transplante.

REFERÊNCIAS

- 1- HAYNES RB: Introduction. In Compliance in Health Care. Edited by: Haynes RB, Taylor DW, Sacket DL. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1979:1-7
- 2- FEINSTEIN AR. On white-coat effects and the electronic monitoring of compliance. Arch Intern Med 1990; 150 (7): 1377
- 3- From Compliance to Concordance. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 1997
- 4- LISSON GL, RODRIGUEZ JR, REED AI, NELSON DR. A brief psychological intervention to improve adherence following transplantation. American Transplant. 2005; 10(1): 52-57.
- 5- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, BARROSO E, MONTEIRO E. Abordagem psiquiátrica do transplante hepático. Acta Médica Portuguesa 2006; 19:165-180
- 6- COOPER DK, LANZA RP, BARNARD CN. Noncompliance in heart transplant recipients: the Cape Town experience. Heart Transplantation 1984; 3: 248-253
- 7- CHAPMAN JR, Compliance: the patient, the doctor, and the medication?. Transplantation 2003; 5: 783-786
- 8- LEVENTHAL H, ZIMMERMAN R, GUTMANN M. Compliance: A self-regulation perspective. In Ed. D. Gentry. *Handbook of Behavioral Medicine*. New York; Pergamon Press; 1980; 369-43
- 9- LEY P. Cognitive variables in non-compliance. J Compliance Health Care 1986; 1; 171-187
- 10- SMITH N, LEY P, SEALE J, SHAW J. Health Beliefs Satisfaction and Compliance. Patient Education and Counseling 1987, 10: 279-286

- 11- SAVAGE R, ARMSTRONG D. Effect of a general practitioner's consulting style on patient satisfaction: A controlled study. *British Medical Journal* 1990; 301: 968-970
- 12- ROTH HP. Problems in conducting a study of the effects of patient compliance of teaching the rationale for antacid therapy. In S J Cohen eds. *New Directions in Patient Compliance*. Lexington; 1979; Lexington Books; 111-126
- 13- BAIN DS. Patient knowledge and the content of consultation in general practice. *Medical Education* 1977; 11: 347-350
- 14- LEVENTHAL H, CAMERON L. Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling* 1987; 10: 117-138
- 15- HAYNES RB, WANG E, MOTA GOMES M. A critical review of interventions to improve compliance with prescribed medications. *Patient Education and Counseling* 1987; 10: 155-166
- 16- CONRAD P. The meaning of medications: Another look at compliance. *Social Science and Medicine* 1985; 20: 29-37
- 17- OGDEN J. Predicting whether patients are compliant: the work of Ley. In Jane Ogden eds. *Health Psychology*. Open University Press Buckingham. 2004; 69-70
- 18- ROSENSTOCK I. The health belief model and preventative behaviour. *Health Education Monographs* 1974; 2: 354-386
- 19- BECKER MH, MAINMAN LA. Sociobehavioural determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care* 1975; 13: 10-24
- 20- BECKER M, RADIUS M, ROSENSTOCK M ET AL. Compliance with a medical regimen for asthma: A test of the health belief model. *Publ. Health. Rep.*; 1978, 93: 328-335
- 21- PEDERSON L, WANKLIN J, BASKERVILLE J. The role of health beliefs in compliance with physician advice to quit smoking. *Soc Sci. Med.* 1984; 5: 573-580
- 22- CAGUIULA AW, WATSON JE. Characteristics associated with compliance to cholesterol lowering eating patterns. *Patient Education and Counseling* 1992; 19: 823-830
- 23- URBAN N, WHITE E, ANDERSON GL, CURRY S, KRISTAL AR. Correlates of maintenance of a low fat diet among women in Women's Health Trial. *Preventive Medicine* 1992; 21: 279-291
- 24- BARKER T. Role of Health belief in patient compliance with preventative dental advice. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1994; 22: 327-330
- 25- CALNAN M. The health belief model and participation in programmes for the early detection of breast cancer: a comparative analysis. *Social Science and Medicine* 1984; 19: 823-830
- 26- NELSON EC, STASON WB, NEUTRA RR, SOLOMON HS, MCARDLE PJ. Impact of patient perceptions on compliance treatment in hypertension. *Medical Care* 1978: 893-906
- 27- TAYLOR DW. A test of the health belief model in hypertension. In RB Haynes, DL Sackett and DW Taylor eds. *Compliance in Health Care*. Baltimore. John Hopkins University Press; 1979
- 28- ALOGNA M. Perception of severity of disease and health locus of control in compliant and non-compliant diabetic patients. *Diabetes Care* 1980; 3: 533-534
- 29- BLOOM-CERKONEY KA, HART LK. The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1980; 3: 504-598
- 30- BROWNLEE-DUFFECK M, PETERSON L, SIMONDS J, GOLDSTEIN D, KILO C, HOETTE S. The role of health beliefs and regimen adherence and metabolic control of adolescents and adults with diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 55: 139-144
- 31- HORNE R, WEINMAN J. Predicting treatment adherence: an overview of theoretical models. In Lynn B Meyers and Kenny Midence eds. *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam; Harwood Academic Publishers; 1998; 25-50
- 32- JANZ NK, BECKER MH. The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly* 1984; 11: 1-47
- 33- ZIMMERMAN RS, VERNBERG D. Models of preventive health behaviour: comparison, critique and meta-analysis. *Advances in Medical Sociology*; 4: 45-67
- 34- HORNE R. Representations of medication and treatment: advances in theory and measurement. In KJ Petrie and J Weinman eds. *Perceptions of health and illness: current research and applications*. London; Harwood Academic Publishers.
- 35- SHEERAN P, ABRAHAM C. The health belief model. In M Conner and P Norman eds. *Predicting Health Behaviour*. Buckingham; Open University Press, 1996
- 36- SCHWARZER R. Self efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: theoretical approaches and a new model. In R Schwarzer ed. *Self Efficacy: Thought Control of Action*. Washington; Hemisphere; 1992; 217-243
- 37- LEVENTHAL H, AVIS N. Pleasure, addiction, and habit: Factors in verbal report or factors in smoking behaviour?. *Journal of Abnormal Psychology*. 1976, 85: 478-488
- 38- LEVENTHAL H, CLEARLY D. The smoking problem: A review of the research and theory in behavioural risk modification. *Psychological Bulletin*. 1980, 88: 370-405

- 39- LEVENTHAL H, FLEMING R, GLYNN K. A Cognitive developmental approach to smoking intervention. *Topics in Health psychology*. Smaes, Spielberg, Devares, Sarason eds. New York; John Wiley; 1988
- 40- LEVENTHAL H, DIFENCIBACH, M, LEVENTHAL EA. Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research* 1992; 16: 143-163
- 41- MEYER D, LEVENTHAL H, GUTMAN M. Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology* 1985; 4: 115-135
- 42- BISHOP GD. Understanding the understanding of illness: lay disease representations. In J A SKELTON and R T Croyle eds. *Mental representation in health and illness*. New York; Springer-Verlag; 1991
- 43- LEVENTHAL H, DIFENBACH M, LEVENTAHL E. Illness cognition: using common-sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and research* 1992; 16: 143-163
- 44- GONDER-FREDERICK LA, COX DJ. Symptom perception, symptom beliefs and blood glucose discrimination in the self-treatment of insulin dependent diabetes. In JA Skelton and RT CROYLE eds. *Mental representation in health and illness*. New York; Springer-Verlag; 1991
- 45- PETRIE KJ, WEINMAN J, SHARPE N, BUCKLEY J. Predicting return to work and functioning following myocardial infarction: the role of the patients view of their illness. *British Medical Journal* 1996; 312: 1191-1194
- 46- MOSS-MORRIS R, PETRIE K, WEINMAN J. Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions and coping play a regulatory role?. *British Journal of Health Psychology* 1996; 1: 25-26
- 47- PARTRIDGE CJ, JOHNSTON M. Perceived control and recovery from physical disability. *British Journal of Clinical Psychology*. 1989, 28: 53-60
- 48- MOSS-MORRIS R, WEINMAN J, PETRIE K, HORNE R, CAMERON C, BUICK D. The revised illness perception questionnaire. *Psychology and health* 2002; 17:1-16
- 49- CARVER CS. You want to measure coping but your protocol is too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med*. 1997; 4: 92-100
- 50- HORNE R, GRAUPNER L, FROST S ET AL. Medicine in a multi-cultural society: the effect of cultural background on beliefs about medications. *Soc Sci Med* 2004. 59: 1307-1313.
- 51- PHELAN M, DOBBS J, DAVID AS. «I thought it would go away»: patient denial in breast cancer. *Journal of the Royal Society of Medicine* 1992; 85: 206-207
- 52- AZJEN M 1980. *Understanding attitudes, intentions and predicting social behaviour*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- 53- AZJEN I. From intentions to actions: a theory of planned behaviour. In J Kuhl and J Beckmann eds. *Action Control: from cognition to behaviour*. Heldeberg; Springer . Verlag; 1985
- 54- AJZEN I. The theory of planned behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Process* 1991; 50: 179-211
- 55- STROEBE M. Coping with bereavement: A review of the grief work hypothesis. *Omega* 1992; 26: 19-42
- 56- PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC. Transrational therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and practice* 1982; 19: 276-288
- 57- WEINSTEIN ND, ROTHMAN AJ, SUTTON SR. Stage theories of health behaviour: conceptual and methodological issues. *Health psychology* 1998; 17: 290-299
- 58- CHAPMAN J. Compliance: The Patient, the doctor, and the medication? *Transplantation* ,2003, 5:782-786
- 59- CHISHOLM MA, VOLLENWEIDER L, MULLEY L. Renal transplantation compliance with free immunosuppressive medications. *Transplantation* 2000, 70: 1240-1244
- 60- GREENSTEIN MA, SEIGAL B. Evaluation of a multivariate model predicting noncompliance with medication regimens among renal transplant patients. *Transplantation* 2000, 69: 2226-2228
- 61 . PAMPLONA AV. Estudo da adesão ao tratamento com pacientes de 12 especialidades médicas em regime de ambulatório. Tese de mestr. *Psicologia-Área de Psicoterapia e Psicologia da Saúde*, Univ. Lisboa, 1997
- 62- CURTIN RB, SVARSTAD BL, KELLER TH. Hemodialysis patients noncompliance with oral medications. *ANNA Journal*. 1999, 26, 307-316
- 63- CRAMER JÁ, MATTSON RH, PREVEW MI, SHEYER RD, OUELLESTE VI. How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique. *JAMA*. 1989, 261: 3273-3277
- 64- STRAKA RJ, FISH JT, BENSON SR, SUH JT. Patient self reporting of compliance does not correspond with electronic monitoring: An evaluation using isosorbide dinitrate as a model drug. *Pharmacotherapy*. 1997, 17: 126-132

- 65-WATERHOUSE DM, CALZONE KA, MELE C, BRENNER DE. Adherence to oral tamoxifen: A comparison of patient self report pill counts, and microelectronic monitoring. *J CLIN ONCOL*. 1993, 11: 1189-1197
- 66- MEREDITH PA, TORGERSON DJ. Electronic approaches should be more widely used. *BMJ*. 1998, 316: 393-394
- 67- CRAMMER JA. Microelectronic systems for monitoring and enhance patient compliance with medication regimens. *Drugs*. 1993, 49: 321-327
- 68- PULLER T, KUMAR S, TINDAL H, FREELY M. Time to stop counting tablets? *Clin Pharmacol Therap*. 1989, 46: 163-168
- 69- RUDD P. Partial compliance: Implications for clinical practice. *J Cardiovasc. Pharmacol*. 1993, 22 suppl
- 70- AVERBUCH M, WINTRAUB M, POLLAK DJ. Compliance assessment in clinical trials: The MEMS device. *J Clin Res Pharmacoevidemiol*. 1990, 4: 199-204
- 71- PATERSON DL, SWINDELLS S, MOHR J, ET AL. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infecton. *ANN INTERN MED*. 2000, 133: 21-30
- 72- BLOWER DL, HERBERT D, ARBUS GS, POOL R, KORUS M, KOREN G. Compliance with cyclosporine in adolescent renal transplant recipients. *Pediatr Nephrol*. 1997, 11: 331-347
- 73- CUMINGS KM, KIRSHT JP, BECKER MH, LEVIN NW. Construct validity of the free methods for measuring patient compliance. *Health Serv. Res*. 1984, 19: 103-116
- 74- BUTLER JA, PEVELER RC, RODERICK P, MASON JC. Measuring compliance with drug regimens after renal transplantation: comparison of self-report and clinician rating with electronic monitoring. *Transplantation* 2004; 15: 786-789
- 75-DOLDER CR, LACRO JP, WARREN KA, ET AL. Brief evaluation of medication influences and beliefs: development and testing of a brief scale for medication adherence. *J Clin Psychopharmacol* 2004. 24: 404-409
- 76- Medication Compliance Questionnaire Behavioralassociates: <http://www.behavioralassociates.com/>. Acedido em Agosto de 2006
- 77-EVANGELISTA L, DOERING RN, DRACUP K, ET AL. Compliance behaviours of elderly patients with advanced heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2006; 5: 197-206
- 78- BUTLER JA, PEVELER RC, RODERICK P, MASON JC. Measuring compliance with drug regimens after renal transplantation: comparison of self-report and clinician rating with electronic monitoring. *Transplantation* 2004; 15: 786-789
- 79- CHRISHOLM MA, LANCE CE, WILLIAMSON GM, MULLOY LL. Development and validation of the immunosuppressant therapy adherence instrument (ITAS). *Patient Educ Couns* 2005, 1: 13-20
- 80- ULMER RA. Patient compliance and noncompliance as critical malpractice issues. *Journal Compliance Health Care* 1987; 2: 99-103
- 81- SIEGAL BR, GREENSTEIN SM. Postrenal transplant compliance from the perspective of African-Americans, Hispanic-Americans, and Anglo-Americans. *Adv Ren Replace* 1997, 1: 46-54
- 82- GREENSTEIN SM, SIEGAL BR. Odds probabilities of compliance and noncompliance in patients with a functioning renal transplant: a multicenter study. *Transplantation Proceedings* 1999. 1-2: 280-281
- 83- KILEY DJ, LAM CS. POLLAK R. A study of treatment compliance following kidney transplantation. *Transplantation*. 1993, 1: 51-56
- 84- MEYERS KE, WEILAND H, THOMSON PD. *Pediatr Nephrol. Paediatr Nephrol*. 1995, 2:189-192
- 85- CHISHOLM MA, VOLLENWEIDER LJ, MULLOY LL, JAGADEESAN M, WYNN JJ, ROGERS HE, WADE WE, DIPIRO JT. Renal transplant patient compliance with free immunosuppressive medications. *Transplantation*. 2000, 8: 1240-1244
- 86- DE GEEST S, BORGERMANS L, GMOETS H, ET AL. Incidence, determinants, and consequences of subclinical noncompliance with immunosuppressive therapy in renal transplant recipients. *Transplantation* 1995, 59: 340-347
- 87- HONG JH, SUMRANI N, DELANEY V, DAVIS R, DIBENEDETTO A, BUTT KM. Causes of late renal allograft failure in the ciclosporin era. *Nephron*. 1992, 62(3): 272-279
- 88- PARIS W, MUCHMORE J, THOMPSON ME, ET AL. Study of the relative incidentes of psychosocial factors befote and alter Herat transplantation and the influence of posttransplantation psychosocial factors on Herat transplantation outcome. *J Herat Lung Transplant* 1994, 13 (3): 424
- 89- SHAPIRO R. Tacrolimus in kidney transplantation. *Transplantation Proceedings* 1997, 29(1-2): 45-47

- 90- BERLAKOVITVH G, LANGER F, FREUUNDORFER ET AL. General compliance after liver transplantation for alcoholic cirrhosis. *Transplant Int.* 2000. 13: 129-135
- 91- BECK DE, FENNEL RS, YOST RL, ROBINSON JD, GEARY D, RICHARD GA. Evaluation of an educational program on compliance with medication regimens in paediatric patients with renal transplants. *J Pediatr* 1980, 96 (6): 1094-1097
- 92- SHWEITZER RT, ROVELLI M, PALMERI D, VOSSLER E, HUUL D, BARTUS S. Noncompliance in organ transplant recipients. *Transplantation* 1990. 49 (2): 374
- 93- CHARBIT M, ROMANELLO C, GUEST G, GAGNADOUMF, NIAUDET P, BROYER M. Fifty percent of acute rejection occurred later than 6 months after renal transplantation in children and adolescents due to non-compliance. *The First European Symposium on Non-Compliance in Transplantation* 1999, abstract 1
- 94- GREENSTEIN S, SIEGAL B. Compliance and non-compliance in patients with a functioning renal transplant: a multicenter study. *Transplantation* 1998. 66(12): 1718-1726
- 95- RAIZ LR, KILTY KM, HENRY ML, FERGUSON RM. Medication compliance following renal transplantation. *Transplantation.* 1999 68(1): 51-55
- 96- LOPEZ SANCHEZ J, FERNANDEZ LUCAS M, MIRANDA B, ET AL. Adhesion to the treatment in renal transplant recipients: a spanish multicentric trial. *The first European symposium on non-compliance in transplantation* 1999; Abstr. 6
- 97- HEATHAWAY D, COMBS C, DE GEEST S, STERGACHIS A, MOORE L. The perceptions of transplant clinicians regarding patient compliance. *The first European symposium on non-compliance in transplantation.* 1999, 7
- 98- DE LONE P, TROLLINGER JH, FOX N, LIGHT J. Noncompliance in renal transplant recipients: Methodes for recognition and intervention. *Transplant Proc* 1989, 21(6): 3982
- 99- KILLEY DJ, LAM CS, POLLAK R. A study of treatment compliance following kidney transplantation. *Transplantation.* 1993, 60: 914-920
- 100- MEYERS RE, WEILAND H, THOMSON OD. Pediatric renal transplantation non compliance. *Pediatr Nephrol.* 1993, 9: 189-192
- 101- MATAS M, STALEY GRIFFIN W. A profile of the noncompliant patient: a thirty-month review of outpatient psychiatry referrals. *Gen Hosp Psychiatry* 1992, 14 (2): 124
- 102- DEW MA, ROTH LH, THOMPSON ME, KORMOS RL, GRIFFITH BP. Medical compliance and its predictors in the first year after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 1996; 15(6): 631
- 103- BECK DE, FENNEL RS, YOST RL, ROBINSON JD, GEARY D, RICHARDS GA. Evaluation of an educational program on compliance with medication regimens in pediatric patients with renal transplants. *J Pediatr.* 1980, 96(6): 1094-1097
- 104- SCHWEIZER RT, ROVELLI M, PALMERI D. VOSSLER E, HUUL D, BARTUS S. Noncompliance in organ transplant recipients. *Transplantation.* 1993, 60: 914-920
- 105- TAGLIACOZZO D, IMA K. Knowledge of illness as a predictor of patient behavior. *J Chronic Dis.* 1970, 22; 763-775
- 106- O'BRIEN ME. Hemodialysis regimen compliance and social environment: A panel analysis. *Nurs Res.* 1980, 29: 230-233
- 107- GREENSTEIN S, SIEGAL B. Odds probabilities of compliance and noncompliance in patients with a functioning renal transplant: A multicenter study. *Transplantation Proceedings* 1994, 26: 2338-2341
- 108- DOBBLES F, VANHAECKE J, DESMIYTRER A, DUPONT L, NEVENS F, DE GEEST S. Prevalence and correlates of self-reported pretransplant nonadherence with medication in heart, liver, and lung transplant candidates. *Transplantation* 2005; 79(11):1588-1595
- 109- FRAZIER PM, DAVIS-ALI, DAHL KE. Correlates of non-compliance among renal transplant recipients. *Clin Transplant.* 1994, 8: 330-337
- 110- KOBER B, KUCHLER T, BROELSCH C, KREMER B, HENE-BRUNS D. A psychological support concept and quality of life research in a liver transplantation program: an interdisciplinary multicenter study. *Psychother Psychosom* 1990; 54: 117-131
- 111- SHAPIRO PA, WILLIAMS DL, FORAY AT, ET AL. Psychosocial evaluation and prediction of compliance problems and morbidity after heart transplantation. *Transplantation* 1995, 60(12): 1462.
- 112- DEW MA, ROTH LH, THOMPSON ME, KORMOS RL, GRIFFITH BP. Medical compliance and its predictors in the first year after heart transplantation. *J Heart Lung Transplant* 1996, 15 (6): 631
- 113- JOWSEY S, SCHNEEKLOTH. Psychosocial assessment of adult liver transplant recipients. *Transplantation of the liver.* Elsevier Saunders 2005: 395-403
- 114- DOBBELS F, PUT C, VANHAECKE J. Personality disorders: a challenge for transplantation. *Progress in Transplantation* 2000; 4: 226-232

- 115- RONALD A, TRINGALI RN, TRZEPACZ RN: Assessment and follow up of alcohol-dependent liver transplantation patients. *General Hospital Psychiatry* 1996; 18: 70-77
- 116- VAILLANT G, The natural history of alcoholism and its relationship to liver transplantation. *Liver Transplant Surg* 1997; 3: 304-310
- 117- PAGEAUX GP, MICHEL J, COSTE V, ET AL. Alcoholic cirrhosis is a good indication for liver transplantation even for cases of recidivism. *Gut* 1999, 45(3): 326-327
- 118- KILEY DJ, LAM CS, POLLAK R. A study of treatment compliance following kidney transplantation. *Transplantation*. 1993, 55: 51-56
- 119- BUNZEL RM, LAEDERACH-HOFMANN K. Solid organ transplantation: are there predictors for posttransplant no noncompliance? A literature overview; *Transplantation* 2000: 70, 711
- 120- BUSH B. Psychosocial, emotional, and neuropsychologic factors influencing compliance and liver transplantation outcomes. *Curr Opin Organ Transplant* 2004; 9: 104-109
- 121- RIETHER AM, LILB JW: Heart and Liver Transplantation in Stoudemire, A , Fogel, B *Medical Psychiatric Practice*, Washington, American Psychiatric Press 1991: 309-348
- 122- RAPISARDA F, TARANTINO A, DEVECHI A, ET AL. Dialysis and kidney transplantation: similarities and differences in the psychological aspects of non-compliance. *Transplantation Proceedings* 2006; 38: 1006-1009
- 123- CUMMINGS KM, BECKER MH, KIRSCHT JP, LEVIN NW. Intervention strategies to improve compliance with medical regimens by ambulatory hemodialysis patients. *J. Behav. Med.* 1981; 4: 111-127
- 124- MEYER D, LEVENTHAL H; GUTTMAN M. Common-sense models of illness: The example of hypertension, *Health Psychology*. 1985, 4: 115-135
- 125- MAELAND J G, HAVIK OE. Psychological predictors for return for work after a myocardial infarction, *Journal of Psychosomatic Research*. 1987, 31: 471-481
- 126- AFFLECK G, TENNEN H, PFEIFFER C, FIFIELD J. Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53: 273-279
- 127- MAES S, SCHLOSSER M. The role of cognition and coping in health behavior outcomes of asthmatic patients. *Current Psychological Research and Reviews*. 1987, 6: 79-90
- 128- FLOR H, TURK DC. Chronic back pain and rheumatoid arthritis: predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine*. 1988, 11: 251-265
- 129- GILLESPIE CR, BRADLEY C. Causal attributions of doctor and patients in a diabetes clinic. *British Journal of Clinical Psychology*. 1988, 27: 67-76
- 130- KERNS RD, HAYTHORNTHWAITE JÁ. Depression among chronic pain patients: cognitive-behavioral analysis and effect on rehabilitation outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988, 56: 870-876
- 131- KRAAIMAAT FW, VAN SCHEVIKHOVEN REO. Causal attributions and coping with pain in chronic headache sufferers. 1988, 11: 293-302
- 132- ERDMAN RA, HORSTMAN L, VAN DOMBURG RT, MEETER K, BALK AH. Compliance with the medical regimen and partner's quality of life after heart transplantation. *Qual Life Res* 1993; 3: 205-212

Capítulo VII

Método

Neste capítulo será descrito o método utilizado no estudo empírico, fazendo referência aos seus objectivos específicos e questões de investigação, variáveis em análise e desenho do estudo. Segue-se a descrição dos participantes e material utilizado. Aqui será feita alusão aos instrumentos originais e aos estudos de tradução e adaptação e validação desenvolvidos para os instrumentos utilizados. Serão também descritos os procedimentos inerentes à análise dos dados recolhidos.

7.1- OBJECTIVOS ESPECÍFICOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

São considerados três grupos de objectivos: A) Caracterização da amostra e comparação com um grupo de controlo; B) Caracterização dos principais grupos clínicos; C) Pesquisa dos determinantes psicossociais e psiquiátricos da evolução psiquiátrica, médica, qualidade de vida e da adesão no 12^o mês pós-transplante (Quadros 7.1.1 a 7.1.3).

Relativamente ao primeiro grupo de objectivos, pretendeu-se caracterizar os doentes submetidos a transplante, ao longo da sua evolução clínica (pré e pós-transplante), no que se refere aos indicadores psiquiátricos e psicossociais e de qualidade de vida. Para sustentar as conclusões do estudo foram pesquisadas as diferenças na evolução das variáveis psiquiátricas e da qualidade de vida entre os doentes submetidos a transplante (grupo de estudo)

e aqueles que permanecem a aguardar o transplante (grupo de controlo), no decurso da evolução clínica.

No que se refere ao segundo grupo de objectivos, foram escolhidos dois grupos clínicos especiais de doentes para serem explorados individualmente (com base numa extensa revisão teórica, descrita no preâmbulo e no capítulo 1). Foi considerada uma primeira divisão na amostra: os doentes com e sem doença hepática (pacientes com PAF). Os doentes com paramiloidose ao contrário dos outros doentes transplantados, não apresentam doença hepática (caracterizada por insuficiência e lesão hepática), pelo que clinicamente são muito diferentes. A segunda divisão foi efectuada dentro do grupo dos doentes com doença hepática. Poderiam aqui ter sido escolhidos vários grupos. Porém, devido à limitação do tamanho da amostra, foi seleccionado apenas um, constituído por pacientes com doença hepática alcoólica. Os resultados divergem em relação aos indicadores de evolução clínica e mental após o transplante nestes doentes, permanecendo o recurso a transplantação hepática em pacientes com DHA controverso.

Em relação ao terceiro grupo de objectivos, de acordo com a revisão descrita nos capítulos 1 a 6, podemos sugerir os modelos teóricos explicitados na Fig. 7.1, onde os factores psiquiátricos e psicossociais (tais como a personalidade, a depressão, a ansiedade, os MC, as crenças sobre a doença), os factores sociodemográficos (tais como a idade ou o suporte social), e os factores médicos (como a gravidade e tipo da doença médica), poderão co-determinar a saúde mental, a qualidade de vida, a evolução médica e a adesão no período pós-transplante. O último e principal objectivo desta tese pretende assim confirmar esta hipótese.

Quadro 7.1.1 - 1º Grupo de Objectivos: Caracterização da amostra e comparação com um grupo de controlo

OBJECTIVO 1.1) CARACTERIZAR DO PONTO DE VISTA PSIQUIÁTRICO E PSICOSSOCIAL E RELATIVAMENTE À QUALIDADE DE VIDA OS DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE HEPÁTICO EM CADA UMA DAS FASES DA SUA EVOLUÇÃO CLÍNICA (ANTES E DEPOIS DA INTERVENÇÃO).

QUESTÕES:

- 1a) Qual a prevalência de antecedentes psiquiátricos e diagnósticos psiquiátricos no período pré-transplante e 12 meses após o transplante?
- 1b) Qual o perfil de personalidade da amostra?
- 1c) Qual a evolução dos estilos de *coping* desde o período pré-transplante até aos 6º e 12º mês pós-transplante?
- 1d) Qual a evolução dos *scores* de ansiedade e depressão desde o período pré-transplante até aos 6º e 12º mês pós-transplante?
- 1e) Qual a evolução dos *scores* de qualidade de vida desde o período pré-transplante até aos 6º e 12º mês pós-transplante?
- 1f) Qual a evolução da adesão desde o período pré-transplante até aos 6º e 12º mês pós-transplante?

OBJECTIVO 1.2) VERIFICAR AS DIFERENÇAS NA EVOLUÇÃO DAS VARIÁVEIS PSIQUIÁTRICAS E DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE OS DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE (GRUPO DE ESTUDO) E AQUELES QUE PERMANECEM A AGUARDAR O TRANSPLANTE (GRUPO DE CONTROLO), AO LONGO DOS VÁRIOS PERÍODOS.

QUESTÕES:

- 2a) O número de perturbações psiquiátricas (no período pré-transplante e 12 meses pós-transplante) é diferente nos doentes do grupo de estudo, comparativamente com o grupo de controlo?
- 2b) A evolução dos *scores* de ansiedade e de depressão é mais favorável nos doentes submetidos a transplante do que naqueles do grupo de controlo?
- 2c) A evolução dos *scores* de qualidade de vida é mais favorável nos doentes submetidos a transplante do que naqueles do grupo de controlo?

Quadro 7.1.2 - 2º Grupo de Objectivos: Caracterização dos principais grupos clínicos

OBJECTIVO 2.1) VERIFICAR AS DIFERENÇAS NA EVOLUÇÃO DAS VARIÁVEIS PSIQUIÁTRICAS E DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE OS DOIS GRUPOS CLÍNICOS PRINCIPAIS DE DOENTES TRANSPLANTADOS: COM DOENÇA HEPÁTICA E SEM DOENÇA HEPÁTICA (PARAMILOIDOSE).

QUESTÕES:

- 3a) A evolução dos *scores* de ansiedade e de depressão é mais favorável nos doentes com doença hepática do que nos doentes com paramiloidose?
- 3b) A evolução dos *scores* de qualidade de vida é mais favorável nos doentes com doença hepática do que nos doentes com paramiloidose?

OBJECTIVO 2.2) VERIFICAR AS DIFERENÇAS NA EVOLUÇÃO DAS VARIÁVEIS PSIQUIÁTRICAS E DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE OS DOIS GRUPOS CLÍNICOS PRINCIPAIS DE DOENTES HEPÁTICOS TRANSPLANTADOS: COM DOENÇA HEPÁTICA ALCOÓLICA E SEM DOENÇA HEPÁTICA ALCOÓLICA.

QUESTÕES:

- 4a) A evolução dos *scores* de ansiedade e de depressão é menos favorável nos doentes com doença hepática alcoólica?
- 4b) A evolução dos *scores* de qualidade de vida é menos favorável nos doentes com doença hepática alcoólica?

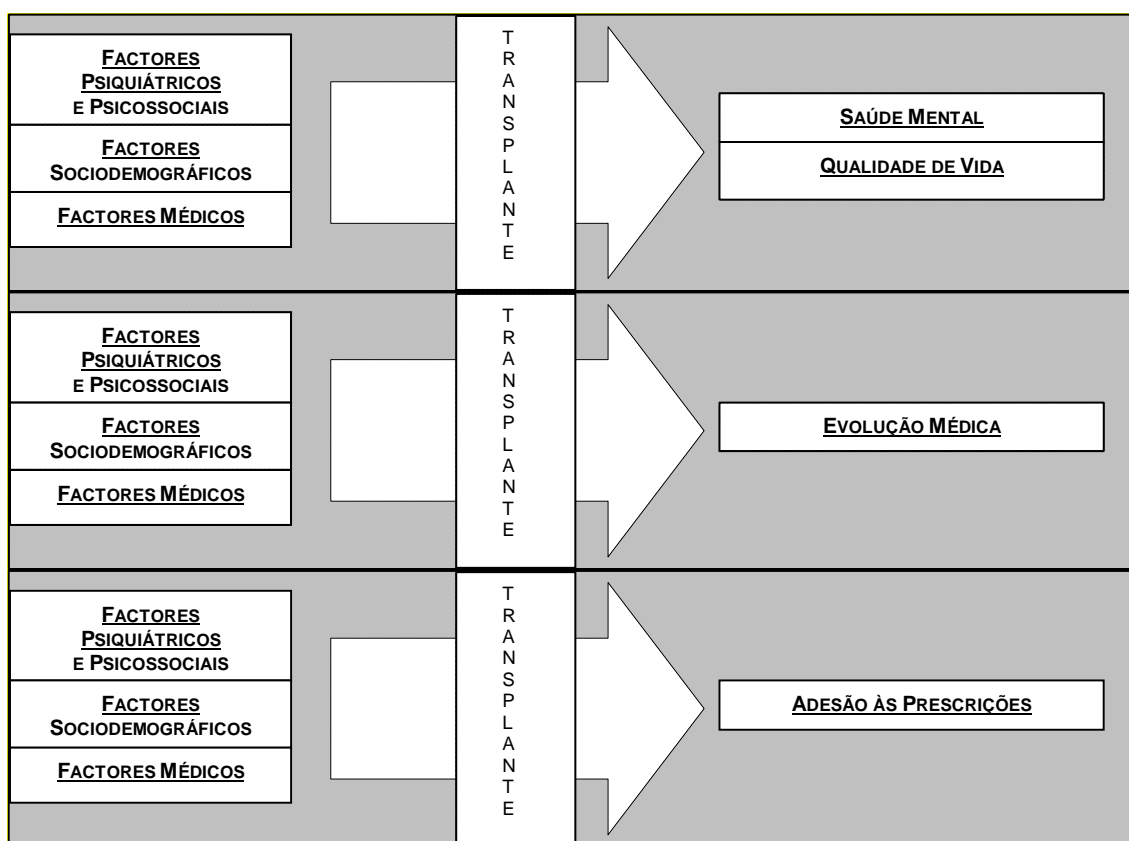
Quadro 7.1.3 - 3º Grupo de Objectivos: Pesquisa dos determinantes psicossociais e psiquiátricos da evolução psiquiátrica, médica, qualidade de vida e adesão no 12º mês pós-transplante.

OBJECTIVO 3.1) VERIFICAR ATÉ QUE PONTO OS FACTORES PSIQUIÁTRICOS E PSICOSSOCIAIS AFERIDOS NO PERÍODO PRÉ-TRANSPLANTE DETERMINAM A EVOLUÇÃO PSIQUIÁTRICA, MÉDICA, A QUALIDADE DE VIDA E A ADESÃO AVALIADOS NO 12º MÊS PÓS-TRANSPLANTE.

QUESTÕES:

- 6a) Quais os determinantes da ansiedade e depressão ao 12º mês pós-transplante?
- 6b) Quais os determinantes da qualidade de vida ao 12º mês pós-transplante?
- 6c) Quais os determinantes da evolução médica ao longo dos primeiros 12 meses pós-transplante?
- 6d) Quais os determinantes da adesão ao 12º mês pós-transplante?

Fig. 7.1 . Modelos teóricos propostos para os determinantes pré-transplante da saúde mental, qualidade de vida, evolução médica e adesão às prescrições



7.2 POPULAÇÃO

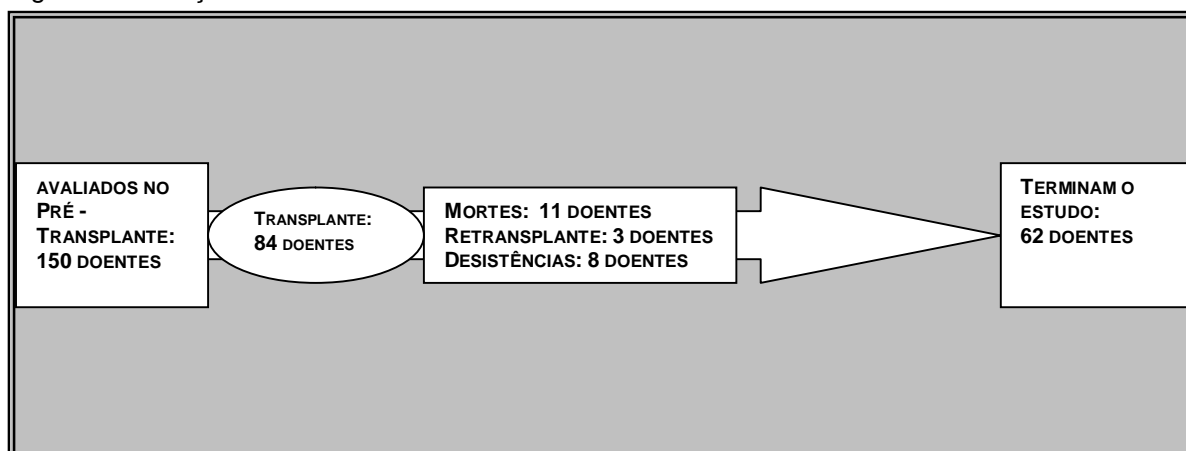
7.2.1) Amostra

Foi recolhida uma amostra sequencial de doentes, com indicação para transplante hepático, que recorreram à consulta de hepatologia da Unidade de Transplantação do Hospital de Curry Cabral entre Janeiro de 2006 e Dezembro de 2007. De notar que os pacientes que se dirigem a estas consultas são previamente avaliados médica e psiquiatricamente para excluir contraindicações para a realização do transplante. Os casos de hepatite fulminante não foram, naturalmente, incluídos na amostra.

Foram avaliados ao todo 150 doentes. Destes, 84 foram transplantados. Entre estes 11 doentes faleceram, três sofreram retransplante (para evitar possíveis viés foram excluídos do estudo) e oito recusaram-se a continuar no

nosso estudo. Sessenta e dois doentes terminaram a última visita do estudo (12^o mês)* (Fig.7.2).

Fig. 7.2 . Evolução da Amostra



Os doentes incluídos aceitaram participar no nosso estudo assinando o consentimento informado (Anexo I) e não apresentavam contra-indicações psiquiátricas ou médicas para a realização do transplante hepático. O projecto foi aprovado pela comissão de ética do Hospital Curry Cabral.

7.2.2) Grupo de Controlo

Está descrito que não existe um grupo de controlo ideal para os doentes transplantados e que estes deverão funcionar como seus próprios controlos (1,2). Porém, os escassos estudos que avaliam a evolução após o transplante hepático utilizam grupos de controlo para controlar os efeitos da mudança ao longo do tempo e a familiaridade com os procedimentos (1,2).

Assim, o grupo de doentes que permanece a aguardar transplante é aquele tem sido usado com mais frequência (2).

Estes factos foram levados em consideração, pelo que, dentro dos doentes avaliados no período pré-transplante, aqueles que foram transplantados passaram a constituir o grupo de estudo enquanto que os que

**NOTA*

São incluídos dados nesta secção que pertencem aos Resultados, para uma melhor compreensão da escolha do grupo de estudo/grupo de controlo e do n final da amostra. Estes dados serão discutidos com mais pormenor na secção dos Resultados.

permaneceram em espera, por motivos alheios a este estudo (nomeadamente critérios de histocompatibilidade), corresponderam ao grupo de controlo.

Enquanto os doentes do grupo de estudo foram avaliados no 6º e 12º mês após o transplante, os doentes do grupo de controlo foram avaliados no 6º e 12º mês após a avaliação inicial (*vide* desenho do estudo).

A maioria dos doentes avaliados no período pré-transplante foram transplantados. Porém uma minoria de doentes permaneceram em espera, em lista activa (66). Destes, nove faleceram (todos os doentes com insuficiência hepática importante). Dos restantes apenas 40 permaneceram 12 meses a aguardar o transplante e aceitaram participar no estudo.

7.2.3) Critérios de inclusão no grupo de estudo e no grupo de controlo

No Quadro 7.2.3 estão descritos os critérios de inclusão no grupo de estudo e de controlo.

Quadro 7.2.3 - Critérios de inclusão no grupo de estudo e de controlo

Critérios de Inclusão
<ul style="list-style-type: none">- Indicações médicas para transplante hepático- Idade igual ou superior a 18 anos- Saber ler e escrever em Português- Ler e assinar o Consentimento Informado
Critérios de Exclusão
<ul style="list-style-type: none">- Contraindicações médicas ou psiquiátricas para a realização de transplante hepático- Encontrar-se em estado de deterioração neurológica ou cognitiva impeditiva do preenchimento do questionário ou escalas de autoavaliação

7.2.4) Dimensão da amostra

Devido à complexidade dos objectivos do estudo e à relativa indisponibilidade de doentes transplantados, foram utilizados dois critérios para estimar o tamanho do grupo de estudo:

A - Tamanho da amostra dos estudos longitudinais prospectivos publicados em revistas com *pair review* e indexados à *Pubmed* que se inserem no âmbito do actual trabalho.

B - Exigências amostrais para a realização de metodologia estatística específica.

Relativamente ao primeiro ponto, foi tido em conta o n das amostras dos estudos longitudinais prospectivos revistos nos capítulos teóricos: personalidade e transplante, MC e transplante, ansiedade e depressão e transplante, qualidade de vida e transplante e adesão e transplante. Ao todo os estudos considerados foram 42, tendo a média encontrada sido de 57,42.

No que se refere ao ponto B, a execução do terceiro objectivo implica o uso de técnicas especializadas de estatística como a regressão linear. Este método exige que exista por cada variável independente cerca de cinco a dez indivíduos (3).

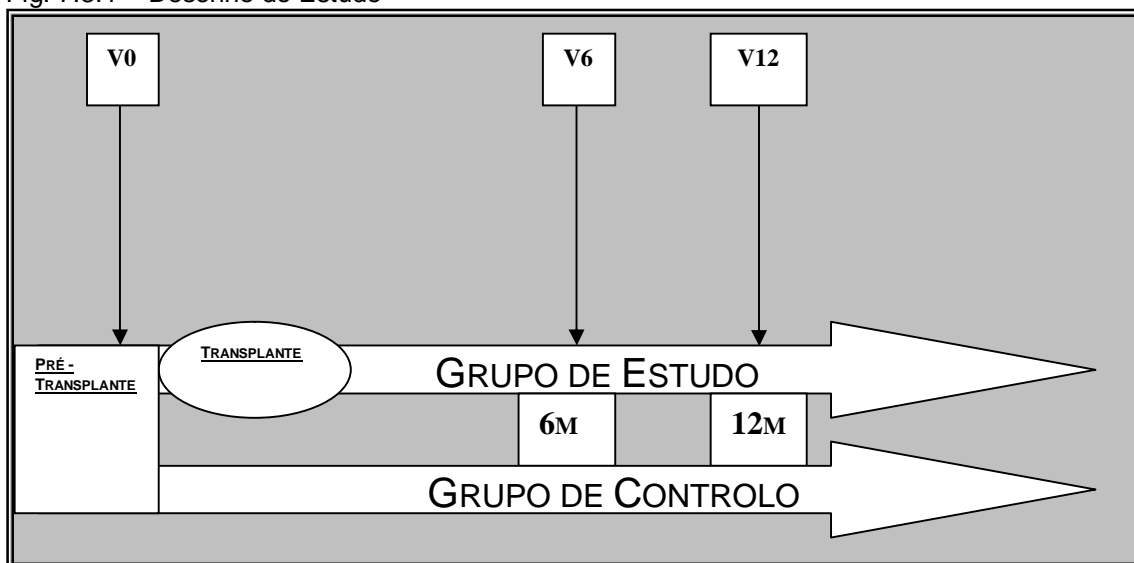
Antes da aplicação deste método de análise multivariada é preconizada uma análise bivariada que permite a redução de variáveis independentes a ser utilizada. Porém pelo menos cerca de 6 a 12 variáveis independentes poderão ser incluídas nos modelos de regressão. Sendo assim, de acordo com este critério a amostra ideal seria de 60 doentes.

7.3) DESENHO DO ESTUDO

O estudo actual foi desenhado como sendo longitudinal prospectivo (na medida em que os dados recolhidos em vários momentos desde o período pré-transplante até ao período pós-transplante), observacional (uma vez que o investigador não intervém) e analítico (porque tenta estabelecer relações entre as variáveis).

Quer os doentes do grupo de estudo, quer aqueles do grupo de controlo, são avaliados em três momentos. No primeiro caso, estes momentos correspondem ao período pré-transplante, ao sexto e 12º meses pós-transplante. No segundo caso correspondem a um momento inicial e ao sexto e 12º mês após este momento (Fig. 7.3.1).

Fig. 7.3.1 - Desenho do Estudo



Legenda: V0- visita pré-transplante; V6: Visita dos 6 meses (no grupo de estudo após 6 meses do transplante, no grupo de controlo após 6 meses da 1ª avaliação); V12: Visita dos 12 meses (no grupo de estudo após 12 meses do transplante, no grupo de controlo após 12 meses da 1ª avaliação)

7.4) INSTRUMENTOS*

Os instrumentos utilizados na recolha de dados para os dois grupos (estudo e controlo) eram de dois tipos: auto-preenchimento (inclui questionário sociodemográfico e escalas de auto-avaliação) e hetero-preenchimento (inclui diagnóstico psiquiátrico com base numa entrevista estruturada - MINI) e na informação médica obtida em entrevista aos gastroenterologistas e neurologistas (no caso dos doentes com PAF) responsáveis pelos doentes e consulta do processo clínico.

Os instrumentos de auto-preenchimento foram aplicados por uma psicóloga independente, que não fazia o acompanhamento dos doentes. O

*NOTA

Os principais instrumentos estão presentes no Anexo I

diagnóstico psiquiátrico (através da entrevista estruturada) foi efectuado pelo investigador (psiquiatra).

É importante referir que, quando foi necessário, o investigador, alterou a medicação psiquiátrica dos doentes da amostra, o que aconteceu, no grupo de estudo, em 10 casos após o transplante (em quatro casos houve introdução de um novo antidepressivo e/ou benzodiazepina e em seis a descontinuação de um antidepressivo ou benzodiazepina). No grupo de controlo o número de doentes com uma mudança psicofarmacológica ao longo do estudo foi de cinco (em três houve introdução de um novo antidepressivo e/ou benzodiazepina e em dois descontinuação). Embora esta interferência na evolução clínica dos doentes (através da medicação), levada a cabo pelo investigador, constitua uma limitação do estudo (conforme será referido), eticamente foi este o procedimento considerado mais adequado. Para controlar este factor, foi elaborada uma variável, %mudança psicofarmacológica+ (aferida ao fim do primeiro ano de transplante), que foi incluída nos testes estatísticos como variável de confundimento.

7.4.1- Diagnóstico e antecedentes psiquiátricos

O diagnóstico nosológico e categorial dos doentes, efectuado no período pré-transplante e no 12^o mês após o transplante, preenche os critérios classificativos do DSM-IV-TR (4). Para facilitação do diagnóstico foi utilizada a entrevista estruturada (MINI). Esta entrevista, criada por Sheehan *et al.* (1998), é uma entrevista diagnóstica estruturada desenvolvida por psiquiatras com base nas perturbações psiquiátricas do DSM-IV (5). Está organizada em módulos diagnósticos independentes, elaborados de forma a otimizar a sensibilidade do instrumento. Para permitir a redução da duração da entrevista são utilizadas as seguintes estratégias: a cotação das questões é dicotómica

(SIM/NÃO); para todas as secções diagnósticas (excepto a secção perturbações psicóticas), uma ou duas questões de entrada que exploram critérios obrigatórios permitem excluir o diagnóstico em caso de respostas negativas; a disfunção induzida pelas perturbações e a exclusão de causas somáticas ou tóxicas dos sintomas não são sistematicamente exploradas; os algoritmos são integrados à estrutura do questionário, permitindo estabelecer ou excluir os diagnósticos ao longo da entrevista.

Foram desenvolvidas duas versões da MINI:

1) MINI: compreende 19 módulos que exploram 17 perturbações do eixo I do DSM-IV, o risco de suicídio e a perturbação de personalidade anti-social. Ao contrário dos outros módulos que geram diagnósticos positivos, o módulo Síndrome psicótica explora os sintomas do critério A da esquizofrenia, com o intuito de excluir a existência provável de uma perturbação psicótica.

2) MINI PLUS: destinado à avaliação aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida, na clínica e na pesquisa em psiquiatria, o MINI Plus explora sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia (data do início e duração dos transtornos, número de episódios) de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV. O módulo perturbações psicóticas gera o diagnóstico positivo de sete subtipos de psicoses: (1) perturbação psicótica decorrente de uma condição médica geral ou induzido por substâncias, (2) esquizofrenia, (3) perturbação esquizofreniforme, (4) perturbação esquizoafetiva, (5) perturbação psicótica breve, (6) perturbação delirante e (7) perturbação psicótica sem especificação.

Foi usada a versão simplificada (MINI), traduzida e adaptada para a população portuguesa Amorim *et al.* (6).

Os antecedentes psiquiátricos avaliados no período pré-transplante são feitos com base na anamnese colhida de acordo com a classificação DSM-IV-TR.

Apesar de se ter recorrido a esta classificação, foi privilegiada na investigação deste estudo uma abordagem dimensional da depressão e ansiedade bem como da personalidade (*vide* capítulos teóricos 2 e 4).

7.4.2 - Avaliação dos níveis de ansiedade e depressão

HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*)

Devido a não haver um instrumento ideal para avaliar este tipo de variáveis, deverá ser escolhido aquele mais adequado à nossa população (médica ou psiquiátrica) e ao objectivo (descritivo vs operacional), que seja fácil de utilizar (brevidade de aplicação, aceitabilidade para o investigador e para o doente), que esteja validado para a população em estudo e que seja largamente utilizado por outros autores com a mesma utilidade (para ser possível a comparação dos resultados) (7,8). Segundo House (1988), os instrumentos mais utilizados neste campo são os questionários de autoavaliação porque são fáceis de utilizar e geralmente existem validações feitas para as populações alvo (7). Creed (2007), afirma que a avaliação da depressão através de questionários de auto-administração, obtendo uma variável quantitativa (numérica) e sem um *cut-off* definido é a forma mais adequada para se obter uma imagem realista do que acontece na população de doentes médicos (8).

A escala HADS, além de avaliar dimensionalmente a ansiedade e depressão e de ser de auto-preenchimento, foi desenvolvida por Zigmond e Snaith em 1983, como forma de responder, pelo menos parcialmente, àquele que para a maioria dos autores é o principal problema da avaliação da

ansiedade e depressão na doença médica: os resultados das escalas de ansiedade e depressão serem influenciados pela doença física do indivíduo (9,10).

A HADS consiste em duas subescalas, uma que mede a ansiedade e outra a depressão, cada uma com sete *itens*. As duas escalas são classificadas separadamente. Cada *item* é respondido numa escala ordinal de quatro pontos (0 - inexistente, 3 - muito grave).

A escala foi construída com uma base teórica e confirmada por análise estatística psicométrica (9).

Foi validada para português por Pais-Ribeiro (2006), em doentes com doença médica (*cognitive debriefing*, validade do conteúdo, validade de critério, validade de constructo, fiabilidade, sensibilidade entre populações, sensibilidade à mudança) (11).

7.4.3 - Avaliação dos traços de personalidade

NEO-FFI (NEO *Five-Factor Inventory*)

Originalmente foi desenvolvido por Costa e McCrae (1985) um questionário NEO-PI (*Neuroticism, Extroversion, Openness Personality Inventory*) com 145 itens e que contemplava mais especificamente estas três dimensões do modelo dos cinco factores (12). Mais tarde foi desenvolvido pelos mesmos autores um novo questionário, NEO-PI-R com 240 *itens* e que abarcava todas as cinco dimensões (neuroticismo, extroversão, abertura, agradabilidade, conscienciosidade) (13). Foi elaborado a partir deste último questionário, uma versão reduzida do NEO-PI-R, que devido às suas características psicométricas e facilidade em utilização constitui o instrumento mais utilizado neste âmbito. Este questionário, NEO-FFI-60, é constituído por

60 items, correspondendo 12 a cada dimensão, usando uma escala do tipo Likert de cinco pontos (14).

O neuroticismo é um indicador da labilidade emocional e da hiper-reatividade, tendo os indivíduos que obtêm uma elevada pontuação para este item uma tendência para ter respostas hiper-reativas com dificuldade em regressar ao estado emocional prévio após experiências emocionais importantes (15). As pessoas que obtêm uma elevada pontuação para a extroversão são geralmente desinibidas, impulsivas, tendo muitos contactos sociais e participando frequentemente nas actividades de grupo (15,16).

Os indivíduos que obtêm uma elevada pontuação para a conscienciosidade são mais bem organizados e determinados, aqueles que obtêm uma elevada pontuação para a agradabilidade são mais honestos, sinceros e com vontade de ajudar os outros e os que obtêm uma elevada pontuação para abertura à experiência são mais curiosos acerca do mundo exterior e interno e abertos a novas ideias e experiências (17,18).

O NEO-FFI encontra-se validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (2004) (validade de conteúdo, validade de constructo, validade convergente, discriminante, consistência interna) (19), assim como o NEO-PI-R por Lima (1997) (20).

7.4.4 - Mecanismos de coping

Brief COPE

Em 1989 é criado o *COPE*, um inventário multidimensional de *coping*, construído utilizando procedimentos racionais, contrariando a tendência de instrumentos desenvolvidos pela via empírica (21). Diversas escalas foram compostas e testadas, tendo daí resultado 13 escalas de quatro *itens* cada, perfazendo um total de 52 *itens* (21, 22).

O *BRIEF COPE* (BFC) data de 1997, sendo uma versão abreviada do COPE, dada a sua extensão e redundância.

É constituído por 14 escalas de dois *itens* cada, perfazendo um total de 28 *itens*. Comparativamente com o COPE, muitos dos *itens* incluídos no BFC foram repensados e reformulados, outros omitidos, tendo surgido dois novos respeitantes à nova dimensão de auto-culpabilização.

Carver aceita que os MC podem ser divididos em dois grandes grupos: focados no problema (relacionados com o fazer algo que permita a resolução do problema) e focados na emoção (relacionados com o fazer algo que permita enfrentar a emoção que o problema suscita), embora esta distinção não seja sempre clara e alguns MC não se incluam nesta dicotomia (21). É segundo esta distribuição que aqui são apresentados:

Coping Focado no Problema

- *Coping* activo (iniciar uma acção ou fazer esforços, para remover ou circunscrever o indutor de *stress*).
- Planeamento (pensar sobre o modo de se confrontar com o causador de *stress*, planejar os esforços de *coping* activo).
- Utilizar suporte instrumental (procurar ajuda, informações ou conselho acerca do que fazer).
- Desinvestimento comportamental (desistir, ou deixar de se esforçar da tentativa para alcançar o objectivo com o qual o indutor de *stress* está a interferir, o contrário de *coping* activo).

Coping Focado na Emoção

- Utilizar suporte emocional (conseguir simpatia ou suporte emocional de alguém).

- Reinterpretação positiva (tomar melhor partido da situação crescendo a partir dela, ou vendo-a de um modo mais favorável).
- Aceitação (aceitar que o facto indutor de *stress* é real).
- Negação (tentativa de rejeitar a realidade do acontecimento).
- Humor (%azer humor+com o causador de *stress*).
- Religião (aumento da participação em actividades religiosas).
- Expressão de sentimentos (aumento da consciência do *stress* pessoal e tendência para exprimir os sentimentos).
- Auto-distracção (desinvestimento mental do objectivo com que o causador de *stress* está a interferir, através do sonho acordado, dormir, ou autodistracção).
- Auto Culpabilização (culpabilizar-se e criticar-se pelo que aconteceu).

Outros

- Uso de Substâncias

A medição dos *itens* é feita através de uma escala ordinal de quatro categorias, o que permite aos indivíduos pontuar entre 1 e 4, a frequência com que usam cada uma das estratégias apontadas, (1 - não tenho feito isto de todo; 2 - tenho feito isto um pouco; 3 - tenho feito isto regularmente; 4 - tenho feito isto bastante).

Devido à sua abrangência e fácil aplicabilidade, este é um dos instrumentos para avaliar o *coping* mais citados na literatura (22,23). É também aquele mais usado no contexto de transplantação (vide capítulo 3).

Este instrumento foi validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (2004) (23).

Da análise de componentes principais, efectuada na amostra do presente estudo, encontraram-se 10 factores (como aconteceu no estudo de Pais-Ribeiro (2004), tendo esta distribuição sido muito semelhante ao estudo

original de Carver (1997) (23,24). O primeiro factor agrupa os *itens* das escalas: *coping* activo, planear e desinvestimento comportamental (esta última mostra uma carga factorial negativa, visto ser o negativo das outras duas), o segundo factor agrupa as escalas %negação+e %autoculpabilização+, o terceiro as escalas utilizar suporte emocional e utilizar suporte instrumental, as restantes escalas agrupam-se cada uma por um factor com a seguinte ordem aceitação, autodistração, expressão de sentimentos, religião, uso de substâncias, reinterpretação positiva e humor. A distribuição factorial foi semelhante no período pré-transplante, no sexto e 12º mês pós-transplante.

Foi utilizado o conceito de mecanismo de *coping* adaptativo de Lazarus 1993: «adaptativos são os MC que são eficazes para promover a adaptação do indivíduo ao acontecimento de vida» (25).

Carver (1989) utiliza a sua classificação para distinguir os mecanismos que geralmente são adaptativos (*coping* activo, planeamento, suporte emocional, expressão emocional, reinterpretação positiva) dos geralmente não adaptativos (desinvestimento comportamental, negação, culpabilidade, uso de substâncias). Porém, ele aceita, como aliás a maioria dos investigadores, que determinados MC podem ser adaptativos em determinada situação e não adaptativos noutra (25).

Assim, ao longo do presente trabalho, é considerada uma boa evolução em termos de MC no caso dos mecanismos geralmente adaptativos evoluírem positivamente e aqueles geralmente não adaptativos evoluírem negativamente. No fim do trabalho poder-se-ão encontrar os mecanismos adaptativos e não adaptativos específicos do transplante hepático.

7.4.5 - Avaliação da qualidade de vida

SF-36 Health Survey

Desenvolvido por John Ware a partir de um Estudo dos Resultados Médicos (*Medical Outcomes Study* - MOS), representa as oito principais dimensões de saúde incluídas no MOS. Este questionário existe em duas versões V 1.0 e V 2.0 (a diferença entre as duas versões tem a ver com a alternativa de resposta sete dos 36 *itens* que da V 1.0 para V 2.0 passa de duas alternativas para cinco. Estes *itens* abrangem duas das oito dimensões do questionário) (26).

Os 36 *itens* do SF-36 distribuem-se por oito dimensões (funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, saúde mental, desempenho emocional, funcionamento social, vitalidade, percepção geral de saúde). Mais um *item* de transição de saúde. As oito dimensões associam-se, por sua vez, em duas grandes componentes: física e mental. Cada um destes componentes agrupa quatro das dimensões referidas. Os resultados são apresentados como um perfil das oito dimensões ou das quatro componentes (26).

A primeira validação da versão portuguesa é feita por Ferreira (2000) (27) que estuda um grupo de mulheres grávidas. O estudo para a população normal e com doença é apresentado por Pais-Ribeiro (2005) (28).

Hodiernamente, este instrumento talvez seja o mais utilizado para medir a qualidade de vida, em todo o tipo de populações (29). Os últimos estudos em populações transplantadas usam maioritariamente este instrumento (30).

7.4.6 - Avaliação da adesão

Foi comprovado que o autorelato do doente aferido através de uma entrevista bem elaborada e confidencial é a melhor forma de aceder à adesão (31).

Nos doentes transplantados, a não adesão entendida num sentido mais extenso (é muito mais prevalente que a não adesão relacionada apenas com a toma de medicação, pelo que o instrumento que deverá ser utilizado para medir a adesão nesta população deverá ser um questionário que aceda à adesão entendida de forma mais extensa.

Não foi encontrado na literatura nenhum instrumento para a avaliação multidimensional da adesão no doente com transplante hepático.

Com base numa extensa da literatura no que se refere à adesão no transplante e à metodologia utilizada para a sua avaliação e com supervisão de hepatologistas foi elaborado um questionário que aborda a adesão relativa a 3 dimensões: presença nas consultas e tratamentos, toma de medicação, consumo de álcool, com 3 questões para cada uma das dimensões. Cada questão é respondida numa escala do tipo Likert (1-nunca; 6-sempre) Este questionário passou por várias fases de validação: *cognitive debriefing*, testes de fiabilidade, validação de conteúdo, validação de constructo e validação por critério concorrente e convergente.

A validação desta escala foi publicada pelo autor (32) e encontra-se no Anexo II.

7.4.7- Avaliação do suporte social

Social Support Questionnaire (SSQ6)

Não existe nenhuma escala de suporte social específica para os doentes transplantados (embora haja uma escala de avaliação psicossocial no transplante . PACT - não validada para a população portuguesa e que inclui além do suporte social outros factores).

Foi escolhida uma escala de suporte social amplamente utilizada e validada para a população portuguesa (Pinheiro, 2002): *Social Support Questionnaire* (SSQ6) (33,34).

O *Social Support Questionnaire* . Short Form (SSQ6) consiste numa versão reduzida (com seis *itens*), obtida a partir de um questionário maior com 27 *itens*, o *Social Support Questionnaire* (33).

Motivados por questões de ordem prática, Irwin Sarason e seus colaboradores pretendiam obter uma medida de suporte social que pudesse ser aplicada em poucos minutos e que fosse psicometricamente válida. Deste modo, pretenderam alcançar dois objectivos: 1) ultrapassar as barreiras do cansaço e da lentidão que a maioria das medidas que pretendem avaliar as relações sociais implicam, e que apesar de recolherem informações muito relevantes comprometem a sua autenticidade; 2) avaliar de uma forma global o carácter multifacetado do constructo de suporte social, em vez de enfatizar um ou outro aspecto, que é exactamente o que tem conduzido à proliferação de medidas, nem sempre muito relacionadas umas com as outras. Este objectivo foi operacionalizado avaliando as relações entre as duas versões do *Social Support Questionnaire* com um conjunto de outras medidas, entre as quais se encontravam medidas de diferentes aspectos do suporte social, o que muito contribuiu para compreender e reforçar alguns aspectos teóricos de suporte social enquanto processo relacional.

Do ponto de vista psicométrico concluiu-se que o SSQ6 se mostrou um bom instrumento e que se apresenta como alternativa à forma original do SSQ. Composta por seis *itens* de auto-resposta, a primeira parte do *item* que avalia o número de pessoas que cada indivíduo percebe como estando disponíveis para o apoiarem em determinada situação, é formulada na interrogativa e o

número máximo de pessoas a mencionar é nove, sendo também possível responder %ninguém+. A segunda parte de cada *item* mede o grau de satisfação com a globalidade do suporte percebido nessa mesma situação, sendo para o efeito utilizada uma escala de tipo Likert com seis pontos que vão desde muito insatisfeito (1) a muito satisfeito (6). O conjunto dos seis *itens* permite assim obter um índice de percepção do suporte disponível (SSQ6N) e um índice de percepção da satisfação com o suporte social disponível (SSQ6S). Cada um destes resultados parciais é obtido dividindo a soma das pontuações nos *itens* por seis, obtendo se um valor médio que os autores designam por índice numérico (SSQ6N) e índice de satisfação (SSQ6S) (33).

7.4.8 - Avaliação dos acontecimentos de vida

Life Experiences Survey

Escala originalmente desenvolvida por Sarason (1978) (35), constituída por 47 itens com sete opções de resposta tipo Likert, que tem como objectivo a avaliação do *stress* total ao longo do último ano, do total de acontecimentos de vida positivos e negativos, bem como da intensidade do seu impacto na vida do indivíduo. Consiste num questionário de auto-resposta que tem por objectivo avaliar a frequência e o tipo (positivo ou negativo) e intensidade do impacto dos acontecimentos de vida ocorridos no último ano. Esta escala foi validada para a população portuguesa por Silva (2003) (35).

O valor de mudança negativa é calculado somando os valores dos acontecimentos considerados negativos e o valor de mudança positiva somando os valores dos acontecimentos considerados positivos. Foram estes os *scores* utilizados para avaliar o impacto dos acontecimentos de vida, neste estudo, sobre as variáveis dependentes avaliadas no 12^o mês pós-transplante.

7.4.9 - Crenças Sobre a Doença

Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)

O IPQ foi desenvolvido por Weinman em 1996, para avaliar de uma forma estruturada as várias componentes das crenças sobre a doença: identificação da causa, duração, consequências, controlo pessoal e controlo do tratamento, coerência da doença e representação emocional da doença (37).

Inclui *itens* distribuídos por nove sub-escalas, em três secções. A primeira avalia a identidade da doença (14 sintomas com resposta dicotómica . sim/não). A segunda secção inclui 38 itens que avaliam: a duração (aguda/crónica e cíclica) da doença, as consequências, o controlo pessoal e do tratamento, a coerência da doença e a sua representação emocional. A resposta é dada numa escala ordinal de cinco pontos. Na terceira secção avaliam-se as causas da doença: inclui 18 causas possíveis a que se responde numa escala ordinal de cinco pontos. Esta escala foi validada para a população portuguesa por Santos (2003) (38).

7.4.10 - Fiabilidade das várias escalas na amostra

Todas as escalas utilizadas estão validadas para a população portuguesa. Porém, procurámos proceder à sua adaptação à presente amostra, no sentido de creditar a fidelidade e validade dos resultados dos estudos (Quadros 7.10.1 e 7.10.2).

Assim, para avaliar a fiabilidade, foi encontrado o alfa de Cronbach para todos os instrumentos e em todos os momentos que foram aplicados (sendo considerado alfa aceitável se igual ou superior a 0,7 (39).

Quadro 7.10.1 . Análise de fiabilidade no grupo de estudo (n=62)

Análise de Fiabilidade (Alpha de Cronbach) dos Instrumentos no Grupo de Estudo (n=62)			
Escala	Pré-transplante	6º Mês	12º Mês
NEO FFI	N:0.85, E:0.75, O:0.74, A:0.78, C:0.77	N:0.85, E:0.75, O:0.74, A:0.78, C:0.77	N:0.85, E:0.75, O:0.74, A:0.78, C:0.77
Brief COPE	sub-escalas>0.7	sub-escalas>0.7	sub-escalas>0.7
HADS	HADS depressão:0.80 HADS ansiedade:0.76	HADS depressão:0.81 HADS ansiedade:0.72	HADS depressão:0.71 HADS ansiedade:0.79
SF 36	saúde mental:0.73 saúde física:0.70	saúde mental:0.80 saúde física:0.76	saúde mental:0.78 saúde física:0.73
MAQ	sub-escalas>0.7	sub-escalas>0.7	sub-escalas>0.7
IPQ	sub-escalas>0.7	sub-escalas>0.7	sub-escalas>0.7
Suporte Social	0.81		
Acontecimentos de vida			sub-escalas>0.7

Quadro 7.10.2 . Análise de fiabilidade no grupo de controlo (n=40)

Análise de Fiabilidade (Alpha de Cronbach) dos Instrumentos no Grupo de Controlo			
Escala	Pré-transplante	6º Mês	12º Mês
NEO FFI	N:0.79, E:0.74, O:0.73, A:0.81, C:0.70	N:0.80, E:0.71, O:0.76, A:0.75, C:0.71	N:0.84, E:0.75, O:0.75, A:0.74, C:0.72
HADS	HADS Dep:0.71 HADS Ans:0.76	HADS Dep:0.89 HADS Ans:0.83	HADS Dep:0.71 HADS Ans:0.74
SF 36	saúde mental:0.73 saúde física:0.76	saúde mental:0.77 saúde física:0.73	saúde mental:0.75 saúde física:0.72
Suporte Social	0.72		
Acontecimentos de Vida			sub-escalas>0.7
IPQ	sub-escalas>0.7	sub-escalas>0.7	sub-escalas>0.7

7.4.11 - Dados Sociodemográficos

Os dados sociodemográficos foram recolhidos com base num questionário sociodemográfico posicionado seguidamente ao consentimento informado (Anexo I).

7.4.12 - Dados Clínicos

Todos os dados referentes às características clínicas, nomeadamente tipo de patologia, gravidade da patologia, medicação imunossupressora, e evolução médica foram obtidos por entrevista directa ao gastroenterologista responsável pelo doente e por consulta ao processo do doente. Para a obtenção do grau de insuficiência hepática foi utilizada a classificação de Child-Pugh (Quadro 7.4.12.1). Foram considerados sem insuficiência hepática

significativa os doentes sem doença hepática e aqueles que, com doença hepática, apresentavam um grau Child-Pugh A.

Como principais marcadores da evolução pós-transplante foram considerados o número de dias de internamento pós-transplante (que de acordo com estudos recentes é um marcador importante do sucesso do procedimento, além de se associar a questões relacionadas com o custo do procedimento), a mortalidade e a presença de complicações pós-transplante (40).

	1 Ponto	2 Pontos	3 Pontos	Unidades
Bilirrubina	<2	2-3	>3	mg/dl
Albumina Sérica	>35	28-35	<28	g/l
INR	<1.7	1.71-2.20	>2.20	
Ascite	Sem	NResiste à Medicação	Resiste a Medicação	
Encefalopatia Hepática	Sem	Grau I-II	Grau III-IV	

Quadro
7.4.12.1-
Classificação
Child-Pugh (41)
Score: 5-6=A; 7-9=B;
10-15=C

Os dados relativos ao grau de PAF foram obtidos através de entrevista ao médico neurologista responsável pelo doente. Foi utilizada a classificação de Sales-Luís (1990) (Quadro 7.4.12.2). Todos os doentes incluídos pertenciam apenas aos graus 1, 2 e 3.

Quadro 7.4.12.2. Classificação PAF . Sales-Luís (42)

GRAU PAF	SINTOMAS
GRAU 0	Sem sintomas, sem sinais neurológicos
GRAU 1	Com sintomas sensitivos ou disautonómicos; sem sinais neurológicos
GRAU 2	Com sintomas sensitivos ou disautonómicos + alterações objectivas da sensibilidade
GRAU 3	Com sinais objectivos sensitivo-motores dos membros inferiores; marcha independente
GRAU 4	Com sinais objectivos sensitivo-motores dos membros inferiores; marcha com suporte
GRAU 5	Com sinais objectivos sensitivo-motores dos membros inferiores; cadeira de rodas
GRAU 6	Acamado

7.5) VARIÁVEIS

Foi escolhida uma classificação baseada nas relações de dependência implícitas no terceiro objectivo (quando são usados métodos estatísticos de regressão).

A definição destas variáveis bem como a sua classificação estão descritas nos Quadros 7.5.1 e 7.5.2.

Quadro 7.5.1 . Variáveis Dependentes

DEPENDENTES	
Ansiedade 12 meses após transplante	Variável quantitativa, discreta
Depressão 12 meses após transplante	Variável quantitativa, discreta
Qualidade de Vida 12 meses após transplante	Sub-escalas - Variáveis quantitativas, contínuas
Adesão 12 meses após transplante	Sub-escalas - Variáveis quantitativas, discretas
Evolução médica- mortalidade	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-sim, 2-não)
Evolução médica- complicações	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-sim, 2-não) e Variável qualitativa, nominal (1-vasculares,2-biliares,3-infecciosas,4-rejeição aguda, 5-sem)
Evolução médica- dias do internamento após intervenção	Variável quantitativa, discreta

Quadro 7.5.2 . Variáveis Independentes

INDEPENDENTES	
Personalidade	Sub-escalas - Variáveis quantitativas, discretas
Coping pré-transplante	Sub-escalas - Variáveis quantitativas, discretas
Ansiedade pré-transplante	Variável quantitativa, discreta
Depressão pré-transplante	Variável quantitativa, discreta
Qualidade de vida pré-transplante	Sub-escalas - Variáveis quantitativas, contínuas
Diagnóstico Psiquiátrico*	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (com/sem diagnóstico ou antecedentes) e Variável qualitativa, nominal (tipo de Perturbações)
Variável sociodem.- Idade	Variável quantitativa, discreta
Variável sociodem. . Sexo	Variável qualitativa, nominal, dicotómica
Variável sociodem. . Escolaridade	Variável qualitativa, nominal (1-Saber ler e escrever; 2-Ensino primário; 3-Ensino preparatório; 4-Ensino secundário; 5-Curso médio; 6-Curso superior)
Variável sociodem. . Estado civil	Variável qualitativa, nominal (1-Solteiro; 2-Casado/União de Facto; 3-Divorciado/Separado; 4-Viúvo)
Variável sociodem. . Sit. Laboral	Variável qualitativa, nominal (1-Trabalho activo; 2-Baixa; 3-Desemprego; 4-Reforma; 5-Doméstica/o)
Suporte social	Variável quantitativa, discreta
Variável clínica . Doença hepática*	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-sem doença hepática; 2-com doença hepática)
Variável clínica . PAF*	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-sem PAF; 2-com PAF)
Variável clínica . Doença hepática alcoólica*	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-sem doença hepática; 2-com doença hepática)
Variável clínica . Insuficiência hepática significativa	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-com insuficiência hepática, 2-sem insuficiência hepática)
Variável clínica . Grau de PAF	Variável qualitativa, ordinal (ver escala)
Medicação Imunossupressora -Tacrolimus	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-com, 2-sem)
Medicação Imunossupressora - Ciclosporina	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-com, 2-sem)
Medicação Imunossupressora -MMF	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-com, 2-sem)
Medicação Imunossupressora - Prednisolona	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-com, 2-sem)
Acontecimentos de vida	Sub-escalas - Variáveis quantitativa, discreta
IPQ (crenças sobre a doença)	Sub-escalas - Variáveis quantitativa, discreta
Alteração da Medicação Psiquiátrica	Variável qualitativa, nominal, dicotómica

*Variável não utilizada na regressão multivariada

7.6) ANÁLISE ESTATÍSTICA

Análise estatística com recurso ao programa SPSS 13.0 compreendendo:

- 1) Análise descritiva com médias, desvios padrão e percentagens.
- 2) Análise bivariada (paramétricos ou não paramétricos se a distribuição das variáveis não é normal).
- 3) Avaliação da normalidade das amostras através dos testes de Kolmogorov-Smirnov ou Shapiro.
- 4) Para comparação de médias de variáveis quantitativas (numéricas), é usado teste t de Student para amostras independentes se a distribuição é normal, ou o teste de Man Whitney, caso não o seja.
- 5) Para comparação de médias de variáveis quantitativas (numéricas) em vários momentos é utilizado o teste t de Student para amostras emparelhadas.
- 6) Para encontrar a correlação entre variáveis quantitativas (numéricas), são usados os coeficientes de correlação de Pearson ou de Spearman (caso a distribuição da variável na amostra não seja normal).
- 7) Para avaliar as diferenças estatísticas entre dois grupos, entrando em linha de conta com a co-variação das diferentes variáveis, é usada uma análise discriminante, com o coeficiente lambda de Wilks.
- 8) Para encontrar os determinantes é aplicada uma análise de regressão. Sendo a variável dependente uma variável quantitativa (numérica), o tipo de regressão utilizada é a regressão linear (utilizando o método *stepwise*). Sendo uma variável qualitativa, nominal, dicotómica, a regressão será logística. Em todos os modelos de regressão os problemas relacionados com a multicolinearidade foram verificados através do teste estatístico VIF

(*Variation Inflation Factor*), tendo este em todos os casos apresentado valores aceitáveis.

9) Em todos os modelos de regressão são incluídos factores sociodemográficos (idade) e médicos (com/sem insuficiência hepática, com/sem doença hepática alcoólica, com/sem tacrolimus, com/sem ciclosporina, com/sem prednisolona, com/sem MMF- ao 12^o mês), psicossociais (escala de acontecimentos de vida . mudança positiva e mudança negativa) e outros (variável %mudança de medicação+), que podem funcionar como factores de confundimento.

10) Para confirmação dos modelos teóricos recorre-se à regressão linear múltipla multivariada com AMEE (análise do modelo de equações estruturais), com estimação dos parâmetros pelo método da máxima verosimilhança implementado no *software* AMOS V. 16, SPSS.

11) Na análise estatística, as decisões quanto ao significado das diferenças e das associações têm como referência o nível de significância de 5%, ou seja, quando a probabilidade calculada das diferenças que não seja devida ao acaso for igual ou inferior a 0,05). Para o último objectivo, aquando dos determinantes da mortalidade, é aceite um nível de significância de 10%, como é explicado adiante.

12) Variáveis quantitativas (numéricas) apresentadas sobre a forma de média \pm desvio padrão e com duas casas decimais.

13) Ao longo da apresentação dos resultados obtidos como resposta às diferentes questões de investigação, são explicitados os cálculos estatísticos utilizados e apresentados apenas os resultados que se mostrarem significativos ou os que, embora não significativos, forem considerados fundamentais para a análise interpretativa.

REFERENCIAS

- 1- O'CARROL R, COUSTON M, COSSAR J, MASTERTON G, HAYES PC. Psychological outcome and quality of life following liver transplantation: a prospective, national, single-center study. *Liver transplantation* 2003; 9(7): 712-720
- 2- PRICE CE, LOWE D, COHEN AT, ET AL. Prospective Study of the quality of life in patients assessed for liver transplantation: Outcome in transplanted and not transplanted groups. *J R Soc Med* 1995; 88:130-135
- 3- KATZ M. *Multivariate Analysis. A practical Guide for Clinicians* 2ndEd. Cambridge University Press. Cambridge 2006
- 4- American Psychiatric Association. *Siagnostico and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc; 2000
- 5- SHEEHAN BV, LECRUBIER Y, SHEENAN KH, ET AL. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatr.* 1998; 59 (suppl 20): 22-23
- 6- AMORIM P, GUTERRES T. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Versão Portuguesa 4.4. Copiright. Sheehan BV, Lecrubier Y
- 7- HOUSE A. Mood disorders in the physically ill. Problems of definition and measurement. *J. Psych. Res.* 1988; 32: 345-353
- 8- CREED F, DICKENS C. Depression in the medically ill. *Depression and physical illness*. Ed. Andrew Steptoe. Cambridge University Press. London 2007. Chap 1: 2-18
- 9- ZIGMOND AS, SNAITH RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67: 127-142
- 10- JONSTON M, POLLARD B, HENNESSEY P. Construct validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale with clinical populations. *Jour of Psych Research* 200; 48: 579-584
- 11- JONSTON M, POLLARD B, HENNESSEY P. Construct validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale with clinical populations. *Jour of Psych Research* 200; 48: 579-584
- 12- COSTA PT, MCCRAE RR. *The NEO Personality Inventory Manual*. Psychological Assesment Resources. Odessa 1985
- 13- COSTA PT, MCCRAE RR. *The NEO PI revised. Personality Inventory Manual*. Psychological Assesment Resources. Odessa 1990
- 14- MCCRAE RR, COSTA PT. A contemplated revision of the NEO-FFI. *Personality and Individual Differences*. 36: 587-596
- 15- EYSENCK H. *Development of a theory. Personality, genetics and behaviour*. Ed. Spielberger. New York, 1982
- 16- EYSENCK H. *Biological dimensions of personality. Handbook of personality theory: theory, and research*. Ed. LA Pervin. New York, 1990
- 17- MCCRAE RR, COSTA PT. Validation of a five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 52: 81-90
- 18- MCCRAE RR, JOHN OP. An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal os personality* 1992; 60: 175-215
- 19- BERTOQUINI V, PAIS-RIBEIRO J. Estudo de formas reduzidas do NEO-PI-R. *Psicologia. Teoria Investigação e Prática* 2006. 11:85-102
- 20- LIMA M. de NEO-PI-R- Contextos Teóricos e Psicométricos: "Ocean"ou "Iceberg". Coimbra 1997, ed. aut., 1997, 424
- 21- CARVER, C.S., SCHEIER, M.F., WEINTRAUB, J. K. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989; 56, nº 2, pp. 267-283
- 22- SCHWARZENER R, SCHWARZENER C. A Critical Survey of Coping Instruments. In Moshe Z, Norman S Endler eds. *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. Willey 1996
- 23- CARVER C. You want to measure coping but your protocols too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine* 1997; 4: 92-100
- 24- PAIS RIBEIRO JL, RODRIGUES AP. Questões Acerca do Coping: A propósito do Estudo de Adaptação do Brief Cope. *Psicologia, Saúde e Doenças* 2004: 3-15
- 25- LAZARUS RS. Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine* 1993; 55: 237-247
- 26- WARE J, SNOW K, KOSINSKY M, GANDEK B. *SF-36 Health survey manual and interpretation guide*. Boston 1993. New England Medical Center

- 27- FERREIRA P. Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II --Validation tests *Acta Med Port.* 2000;13(3):119-27
- 28- PAIS-RIBEIRO J. O importante é a saúde: estudo de adaptação do SF-36. Lisboa 1993. Fundação Merck
- 29- PAIS-RIBEIRO. Avaliação em Psicologia da Saúde. Instrumentos Publicados em Português. Portugal 2007. Quarteto
- 30- DEW M. Quality of Life in Organ Transplantation. In *The Transplant Patient: Biological, psychiatric and ethical issues in organ transplantation.* Ed Trezpacz P, Dimartini A. Cambridge University Press. Cambridge 2000
- 31- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, BARROSO E, MONTEIRO E. Adesão no Transplante. *Acta Médica Portuguesa* 2007; 20; 1 :73-85
- 32- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, BARROSO E, MONTEIRO E. Validação do Questionário Multidimensional da Adesão No Doente com Transplante Hepático. *Acta Médica Portuguesa* 2008; 21(1): 31-36
- 33- SARASON IG, LEVINE H, BASHAM R, SARASON B. Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 1983; 44: 813-832
- 34- Pinheiro, M. R. & Ferreira, J. A. (2002). O Questionário de Suporte Social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). *Psychologica*, 30, 315-333
- 35- SARASON IG, JOHNSON JH, SIEGEL JM. Assessing the impact of life changes: development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978; 46: 932-946
- 36- SILVA I, PAIS-RIBEIRO J, CARDOSO H, RAMOS H. Contributo para adaptação da life experiences survey (LES) à população diabética portuguesa. *Revista de Saúde Pública* 2003; 21: 49-60
- 37- MOSS-MORRIS R, WEINMAN J, PETRIE K, ET AL. The revised illness Perception Questionnaire. *Psychology and Health* 2002; 17: 1-16
- 38- SANTOS C, PAIS-RIBEIRO J, LOPES C. Adaptação e validação do %Revised Illness Perception Questionnaire+em doentes oncológicos. *Arquivos de Medicina* 2003; 17: 136-147
- 39- CRONBACH, LJ. *Essentials of Psychological testing.* New York 1990. Ed. John Willey & Sons
- 40- SMITH JO, SHIFFMAN ML, BEHNKE M, ET AL. Incidence of prolonged length of stay after orthotopic liver transplantation and its influence on outcomes. *Liver Transpl.* 2009 Mar;15(3):273-279
- 41- MURRAY K, CARITHERS R. AASLD Practice Guidelines: Evaluation of The Patient for Liver Transplantation. *Hepatology* 2005; 6: 1-26
- 42- SALES-LUÍS ML, GALVÃO M, SOUSA G, ALVES MM, SERRÃO R. Plasma Exchanges on the treatment of Familial Amyloidotic Polyneuropathy, Portuguese Type. In: Costa PP, Freitas AF, SARAIVA MJ. Eds. *Familial amyloidotic polyneuropathy and other transthyretin related disorders.* *Arquivos de Medicina* 1990; 3: 361-369

Capítulo VIII

Resultados

8.1) CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DO GRUPO DE ESTUDO E DO GRUPO DE CONTROLO. EVOLUÇÃO CLÍNICA DO GRUPO DE ESTUDO.

A amostra foi caracterizada de acordo com as variáveis sócio-demográficas, clínicas e de tratamento, consideradas relevantes no sentido de explicar as características da amostra e permitir uma análise exploratória das suas relações com as variáveis em estudo.

Os dados são apresentados em dois grupos fundamentais: grupo de estudo e grupo de controlo. Dentro do grupo de estudo podem ser considerados dois subgrupos diferentes: um subgrupo de 84 doentes que foram submetidos a transplante e um subgrupo de 62 doentes que correspondem àqueles que, sendo transplantados, chegaram ao fim do nosso estudo. Embora para a descrição sociodemográfica e clínica dos doentes sejam abordados os dois grupos de estudo (n=84 e n=62), para a descrição psiquiátrica e psicossocial apenas será usado o grupo de estudo n=62, porque é este que vai ser usado para a resposta às questões da investigação (com a excepção dos determinantes da evolução clínica, nos quais a mortalidade, o tempo de internamento e as complicações, são consideradas em todos os doentes transplantados).

Entre as doenças médicas de base, destacam-se no grupo de estudo (n=84), os doentes com paramiloidose (PAF) (25 doentes) e aqueles com doença hepática (59 doentes). Entre os doentes com doença hepática, 18

tinham doença hepática alcoólica, nove hepatite C crónica, dois cirrose biliar primária, um carcinoma hepatocelular (isolado), um colangite esclerosante, três cirrose criptogénica e 25 causa mista (DHA + HC = 11; CHC + HC = 7; CH + HB = 1; CHC + DHA = 1; CHC + DHA + HC = 3; CH + hemocromatose = 1).

No grupo de estudo (n=62) estavam presentes 20 doentes com PAF e 42 com doença hepática. Entre os doentes com doença hepática 16 tinham doença hepática alcoólica, seis hepatite C crónica, um cirrose biliar primária, um carcinoma hepatocelular (isolado), um colangite esclerosante, dois cirrose criptogénica e 15 causa mista (DHA + HC = 8; CHC + HC = 6; CHC + HB = 1).

Esta distribuição clínica é muito semelhante à encontrada por outros autores em grupos de doentes transplantados hepáticos em Portugal (*vide* preâmbulo).

No grupo de controlo apenas permaneceram 15 doentes com PAF e 25 com doença hepática. Entre os doentes com doença hepática 11 tinham doença hepática alcoólica, dois hepatite C crónica, dois cirrose biliar primária, um colangite esclerosante, um cirrose criptogénica e oito causa mista (DHA + HC = 6; HB + HC = 2) (Quadro 8.1.1).

Doença Médica de Base	Grupo de Estudo		Grupo de Controlo
	n = 84	n = 62	n = 40
PARAMILOIDOSE	n= 25(30.00%)	n= 20(32.20%)	n= 15 (35.00%)
DOENÇA HEPÁTICA	n= 59(70.00%)	n= 42 (67.80)	n= 25 (65.00%)
Doença hepática alcoólica	n= 18	n= 16	n= 11
Hepatite C crónica	n= 9	n= 6	n= 2
Carcinoma hepatocelular	n= 1	n= 1	n= 0
Cirrose biliar primária	n= 2	n= 1	n= 2
Colestase progressiva familiar	n= 1	n= 1	n= 1
Colangite esclerosante	n= 1	n= 1	n= 0
Cirrose criptogénica	n= 3	n= 1	n= 1
Causa mista	n= 25	n= 15	n= 8

Quadro 8.1.1-
Doença médica
de base

No que se refere à gravidade da doença, os dois grupos clínicos fundamentais: com doença hepática e sem doença hepática (que neste estudo apenas correspondiam aos doentes com PAF), foram avaliados com classificações específicas para cada um deles. Relativamente aos doentes com doença hepática, foi usada a classificação de Child-Pugh. No grupo de estudo (n=84), 22 dos doentes pertenciam à classe Child A, 22 à classe Child B e 15 à classe Child C. No grupo de estudo (n=62) a distribuição mantinha-se semelhante com 18 doentes pertencentes a cada uma das classes Child A e B e seis à classe C. No grupo de controlo 10 doentes pertenciam à classe A, 11 à classe B e 4 à classe C. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que se refere às classes Child entre os grupos de estudo e o grupo de controlo (Quadro 8.1.2).

No que respeita à gravidade da PAF, foi usada a classificação de Sales-Luís (2). No grupo de estudo (n=84), entre os doentes com PAF, 10 pertenciam ao Grau 1, um número igual ao Grau 2, e cinco ao Grau 3. No grupo de estudo (n=62), 10 pertenciam ao Grau 1, oito ao Grau 2 e dois ao Grau 3. No Grupo de Controlo, nove pertenciam ao Grau 1, cinco ao Grau 2 e um ao Grau 3. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que se refere

aos Graus de PAF entre os grupos de estudo e o grupo de controlo (Quadro 8.1.2).

Gravidade da Doença Médica	GRUPO DE ESTUDO		GRUPO DE CONTROLO
	n = 84	n = 62	n = 40
DOENÇA HEPÁTICA:	n= 59	n= 42	n= 25
INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA			
Child A	n= 22(37.20%)	n= 18(42.50%)	n= 10(40.00%)
Child B	n= 22 (37.20%)	n= 18(42.50%)	n= 11(44.00%)
Child C	n= 15 (25.60%)	n= 6(15.00%)	n= 4(16.00%)
PARAMILOIDOSE:	n= 25	n= 20	n= 15
GRAU DE PAF			
Grau 1	n= 10(40.00%)	n= 10(50.00%)	n= 9(60.00%)
Grau 2	n= 10(40.00%)	n= 8(40.00%)	n= 5(33.33%)
Grau 3	n= 5(20.00%)	n= 2(10.00%)	n= 1(6.66%)

Quadro 8.1.2 - Gravidade da doença médica

Relativamente à evolução clínica, o tempo médio do internamento pós-intervenção foi de 22,4 dias. Entre os 84 transplantados, ocorreram onze mortes (oito no período pós operatório, uma após oito meses por recidiva viral, outra após seis meses por anasarca e outra após um ano alegadamente por descompensação da doença de base), três retransplantes (um por recidiva viral, outro por complicações biliares e infecciosas e outro por complicações vasculares), 27 complicações (não inclui casos de morte nem retransplante) (15 infecciosas, quatro vasculares, quatro biliares, três rejeições agudas, todas controladas, e uma hérnia encarcerada), seis casos de recidiva da doença prévia (não inclui casos de morte nem retransplante) (quatro recidivas da hepatite C, uma de carcinoma hepatocelular e uma de esteatohepatite alcoólica) (Quadro 8.1.3).

	Grupo de Estudo n= 84
TEMPO MÉDIO DE INTERNAMENTO Média ± Desvio Padrão	22.40 ± 10 dias
MORTALIDADE	n= 11
RETRANSPLANTE	n= 3
COMPLICAÇÕES	n= 28
Infecciosas	n= 15
Vasculares	n= 4
Biliares	n= 5
Rejeição aguda	n= 3
Outras	n= 1
RECIDIVA DE DOENÇA PRÉVIA	n= 6
Hepatite C	n= 4
Carcinoma hepatocelular	n= 1
Esteato hepatite alcoólica	n= 1

Quadro 8.1.3 -
Evolução clínica

Relativamente à medicação imunossupressora, no grupo de estudo, aos seis meses, 38 doentes estavam medicados com tacrolimus, 21 com ciclosporina, 50 com MMF e 62 com prednisolona. Aos 12 meses 38 mantinham-se medicados com tacrolimus, 21 com ciclosporina e 50 com MMF, embora com prednisolona apenas nove (Quadro 8.1.4).

Foram avaliadas as diferenças entre os doentes dos vários grupos terapêuticos no que se refere às médias das variáveis clínicas, psiquiátricas e psicossociais, não se encontrando qualquer diferença significativa.

MEDICAÇÃO IMUNOSSUPRESSORA	GRUPO DE ESTUDO 6M (n=62)	GRUPO DE ESTUDO 12M (n=62)
TACROLIMUS	n= 38	n= 38
CICLOSPORINA	n= 21	n= 21
MMF	n= 50	n= 50
PREDNISOLONA	n= 62	n= 9

Quadro 8.1.4 .
Medicação
imunossupressora

No que concerne à caracterização sociodemográfica, no grupo de estudo (n=84), 50 eram do sexo masculino e 34 do sexo feminino, a média de idades era de 46,80, dois sabiam ler e escrever, 22 haviam frequentado o ensino primário, 22 o preparatório, 32 o secundário, nove um curso médio e nove um curso superior. Trinta destes doentes eram trabalhadores activos, 17 estavam de baixa, cinco no desemprego, 31 na reforma e uma era doméstica.

Vinte e quatro eram solteiros, 40 casados ou em união de facto, 10 divorciados e o mesmo número viúvos. No grupo de estudo (n=65) esta distribuição mantinha-se muito semelhante.

No grupo de controlo (n=40), 25 eram do sexo masculino e 15 do sexo feminino, a média de idades era de 47,20, um sabia ler e escrever, 12 haviam frequentado o ensino primário, cinco o preparatório, 18 o secundário, dois um curso médio e o mesmo número um curso superior. Trinta destes doentes eram trabalhadores activos, 17 estavam de baixa, cinco no desemprego, 31 na reforma e uma era domestica. Vinte e quatro eram solteiros, 40 casados ou em união de facto, 10 divorciados e o mesmo número viúvos.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que se refere às características sociodemográficas entre os grupos de estudo e o grupo de controlo (Quadro 8.1.5).

Quadro 8.1.5. Caracterização sociodemográfica

	Grupo de Estudo		Grupo de Controlo
	n= 84	n= 62	n= 40
SEXO			
Masculino	n= 50 (59.00%)	n= 40 (61.00%)	n= 24 (60.00%)
Feminino	n= 34	n= 25	n= 16
IDADE			
Média ± Desvio Padrão	46.80 ± 12.43	45.40 ± 12.22	47.20 ± 13.33
HABILITAÇÕES			
Saber ler e escrever	n= 2	n= 1	n= 1
Ensino primário	n= 22	n= 16	n= 12
Ensino preparatório	n= 10	n= 9	n= 5
Ensino secundário	n= 32	n= 25	n= 18
Curso médio	n= 9	n= 6	n= 2
Curso superior	n= 9	n= 6	n= 2
PROFISSÃO			
Trabalho activo	n= 30	n= 23	n= 9
Baixa	n= 17	n= 16	n= 8
Desemprego	n= 5	n= 2	n= 1
Reforma	n= 31	n= 25	n= 12
Doméstica	n= 1	n= 1	n= 0
ESTADO CIVIL			
Solteiro	n= 24	n= 18	n= 8
Casado/União de Facto	n= 40	n= 31	n= 16
Divorciado/Separado	n= 10	n= 7	n= 3
Viúvo	n= 10	n= 6	n= 3

SÍNTESE DOS RESULTADOS DO PONTO 8.1 (CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DO GRUPO DE ESTUDO E DO GRUPO DE CONTROLO. EVOLUÇÃO CLÍNICA DO GRUPO DE ESTUDO)

Entre as doenças médicas de base, destacam-se, quer no grupo de estudo, quer no grupo de controlo, os doentes com paramiloidose (PAF) e aqueles com doença hepática. Entre os doentes com doença hepática alguns tinham doença hepática alcoólica, hepatite C crónica, cirrose biliar primária, carcinoma hepatocelular (isolado), colangite esclerosante, cirrose criptogénica e causa mista (grande parte).

No que se refere à gravidade da doença, os dois grupos clínicos fundamentais: com doença hepática e sem doença hepática (que neste estudo apenas correspondiam aos doentes com PAF), foram avaliados com classificações específicas para cada um deles. Relativamente aos doentes com doença hepática, foi usada a classificação de Child-Pugh. A maioria dos doentes (com doença hepática) apresentavam insuficiência hepática significativa (Child B e C). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que se refere às classes Child entre os grupos de estudo e de controlo.

No que respeita à gravidade da PAF, foi usada a classificação de Salles-Luís, correspondendo a maioria dos doentes a graus ligeiros de PAF (Graus 1, 2 e 3). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que se refere aos graus de PAF entre os grupos de estudo e de controlo.

Relativamente à evolução clínica, o tempo médio do internamento pós-intervenção foi de 22,4 dias. Entre os 84 transplantados, ocorreram 11 mortes, três retransplantes, 27 complicações (não inclui casos de morte nem retransplante), seis casos de recidiva da doença prévia (não inclui casos de morte nem retransplante).

No que concerne à caracterização sociodemográfica a maioria dos doentes eram do sexo masculino quer no grupo de controlo quer no grupo de estudo.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que se refere às características sociodemográficas entre os grupos de estudo e o grupo de controlo.

8.2) CARACTERIZAÇÃO PSIQUIÁTRICA, PSICOSSOCIAL E RELATIVAMENTE À QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE HEPÁTICO

8.2.1) Prevalência de antecedentes psiquiátricos e diagnósticos psiquiátricos no período pré transplante e 12 meses após o transplante

No que se refere aos antecedentes psiquiátricos, 24 dos doentes do grupo de estudo não apresentavam qualquer antecedente psiquiátrico, 15 haviam tido um episódio depressivo no passado, 10 sintomatologia compatível com perturbação de ansiedade generalizada, 14 dependência ou abuso de álcool, 12 dependência ou abuso mistos e três dependência ou abuso de outras substâncias (que não álcool). Não havia diferenças significativas relativamente ao número de antecedentes psiquiátricos entre o grupo de estudo e o grupo controlo (Quadro 8.2.1.1).

Antecedentes Psiquiátricos DSM-IV Pré-transplante	Grupo de Estudo	Grupo de Controlo
	n= 62	n= 40
SEM ANTECEDENTES	n= 24 (38.70%)	n= 14 (35.00%)
PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS Episódio depressivo <i>major</i>	n= 15 (24.19%)	n= 8 (20.00%)
PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE Perturbação de ansiedade generalizada	n= 10 (16.13%)	n= 6 (15.00%)
PERT. RELACIONADAS COM O USO DE SUBSTÂNCIAS		
Dependência/abuso de álcool	n= 14 (22.58%)	n= 8 (20.00%)
Dependência/abuso misto	n= 12 (19.35%)	n= 8 (20.00%)
Dependência/abuso outros	n= 3 (4.83%)	n= 1 (2.50%)

Quadro 8.2.1.1. Caracterização psiquiátrica pré-transplante - antecedentes

No período pré-transplante 26 dos doentes do grupo de estudo e 15 do grupo de controlo não apresentavam qualquer diagnóstico psiquiátrico (não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos). Entre os diagnósticos que se apuraram no período pré-transplante no grupo de estudo, contam-se 11 casos de episódio depressivo *major*, nove de

perturbação de ansiedade generalizada, 13 de perturbação de adaptação e dois de abuso ou dependência de outras substâncias (que não álcool) (Quadro 8.2.1.2).

Diagnóstico Psiquiátrico DSM-IV Pré-transplante	Grupo de Estudo	Grupo de Controlo
	n= 62	n= 40
SEM DIAGNÓSTICO	n= 26 (41.93%)	n= 15 (38.00%)
PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS Episódio depressivo <i>major</i>	n= 11 (17.74%)	n= 6 (15.00%)
PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE Perturbação de ansiedade generalizada	n= 9 (14.52%)	n= 4 (10.50%)
PERTURBAÇÕES DE ADAPTAÇÃO	n= 13 (20.96%)	n= 6 (15.50%)
PERT. RELACIONADAS COM O USO DE SUBSTÂNCIAS Dependência/abuso de outros	n= 2 (3.22%)	n= 1 (2.55%)

Quadro 8.2.1.2.
Caracterização
psiquiátrica pré-
transplante -
diagnósticos

No 12^o mês pós-transplante, 49 dos doentes do grupo de estudo não apresentava qualquer diagnóstico psiquiátrico vs apenas 10 do grupo de controlo (diferença estatisticamente significativa, $\chi^2 = 16,87$, $p = 0,002$).

Nesta fase foram diagnosticados, no grupo de estudo, quatro episódios depressivos *major*, quatro perturbações de ansiedade generalizada, seis perturbações de adaptação e um caso de abuso ou dependência de álcool (correspondente a uma recorrência pós-transplante). Num universo de 26 casos de antecedentes de perturbações relacionadas com o uso de álcool (com ou sem outras substâncias) (Quadro 8.2.1.3), corresponde a uma taxa de recidiva do diagnóstico de $1/26 = 3,8\%$, no universo dos doentes com doença hepática alcoólica = $1/24 = 4,2\%$.

Foram pesquisadas, por testes estatísticos bivariados, associações entre a presença ou não de diagnósticos psiquiátricos no período pós-transplante e as variáveis relacionadas com o tipo de medicação imunossupressora, com a

escala de acontecimentos de vida e a variável % mudança psicofarmacológica.

Não se encontrou qualquer associação estatisticamente significativa.

Diagnóstico psiquiátrico DSM-IV 12 meses após transplante	Grupo de estudo	Grupo de controlo
	n=62	n=40
SEM DIAGNÓSTICO	n= 49(79.03%)	n= 10(25.00%)**
PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS Episódio depressivo <i>major</i>	n= 4 (6.45%)	n= 7 (17.50%)
PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE Perturbação de ansiedade generalizada	n= 4 (6.45%)	n= 6 (15.00%)
PERTURBAÇÕES DE ADAPTAÇÃO	n= 6 (9.67%)	n= 8 (20.00%)
PERT. RELACIONADAS COM O USO DE SUBSTÂNCIAS Abuso de álcool	n= 1 (1.60%)	n= 1 (2.50%)

Quadro
8.2.1.3.
Caracterização
psiquiátrica
após
transplante -
diagnósticos

Teste ²

**p<0.01

8.2.2) Perfil de personalidade dos doentes da amostra

No Quadro 8.2.2 estão descritas as médias dos *scores* para as várias dimensões de personalidade da amostra. Comparando com os valores normativos (3), verifica-se que para o neuroticismo não há diferenças significativas, mas sim para a extroversão ($t = -2,26$, $p = 0,002$), abertura à experiência ($t = 7,42$, $p = 0,000$), agradabilidade ($t = 7,82$, $p = 0,000$), e conscienciosidade ($t = -6,35$, $p = 0,000$). Caracterizando a amostra com uma maior extroversão e conscienciosidade, menor abertura e agradabilidade (Quadro 8.2.2).

Foram também comparados com os valores normativos os subgrupos de doentes com PAF (neuroticismo: sem diferenças significativas; extroversão: *scores* significativamente superiores no grupo PAF; abertura: *scores* significativamente superiores no grupo PAF; agradabilidade: *scores* significativamente inferiores no grupo PAF; conscienciosidade: *scores* significativamente superiores no grupo PAF) e com DHA (neuroticismo: sem

diferenças significativas; extroversão: sem diferenças significativas; abertura: scores significativamente inferiores no grupo de doença hepática alcoólica; agradabilidade: scores significativamente inferiores no grupo de doença hepática alcoólica; conscienciosidade: sem diferenças significativas).

Quadro 8.2.2- Perfil de personalidade da amostra

	NEUROTICISMO	EXTROVERSÃO	ABERTURA	AMABILIDADE	CONSCENCIOSIDADE
Grupo de estudo	25.63 + 6.87	32.4+4.91**	23.65+5.37**	28.35+4.01**	38.0+4.96**
Valores normativos	25.10± 7.66	30.5± 5.33	28.8± 5.19	32.4± 4.76	34.0± 5.65

Teste t de Student

**p<0.01

8.2.3) Evolução dos estilos de *coping* desde o período pré-transplante até aos 6º e 12º mês pós transplante

Foi possível verificar que os MC mais utilizados quer no período pré-transplante, quer no período pós-transplante foram o *coping* activo, a aceitação e o planeamento.

Verificou-se que havia uma evolução favorável (desde o período pré-transplante até aos 12 meses após transplante) dos MC focados no problema e nos MC focados na emoção, sendo a diferença estatisticamente significativa para o desinvestimento comportamental (t=2,7, p=0,01), para a negação (t=3,2, p=0,002), reinterpretção positiva (t=-3,4, p=0,001), humor (t=-2,3, p=0,01) e aceitação (t=-2,2, p=0,04) (Quadro 8.2.3, Fig. 8.2.3).

Foi possível notar que a grande evolução dos MC se deu logo aos seis meses pós-transplante, tendo depois, na maioria dos casos, havido um acréscimo desta mudança até ao 12º mês (Quadro 8.2.3, Fig. 8.2.3).

Mecanismos de Coping	Pré-transplante	6 m pós-transplante	12 m pós-transplante
COPING ACTIVO	6.12±2.30	6.23±2.12	6.36±2.31
DESINVEST. COMPORTAM.	2.98±1.11	2.77±1.13	2.51±1.23**
PLANEAMENTO	5,91±2.01	5.41±2.13	5.59±2.00
SUORTE INSTRUMENTAL	5.06±1.90	4.75±1.56	4.91±1.34
NEGAÇÃO	3.96±1.99	3.06±1.56	3.10±1.64**
CULPABILIZAÇÃO	4,56±2.00	3.75±1.99	3.67±1.23
SUORTE EMOCIONAL	5.58±3.01	5.03±2.99	4.96±2.12
EXPRESSÃO EMOCIONAL	4.78±2.29	4.22±2.30	4.24±2.23
REINTERPRET. POSITIVA	5,50±2.77	5.93±2.34	6.20±2.54**
HUMOR	5,06±2.99	5.41±2.33	5.69±2.13*
ACEITAÇÃO	6,32±3.01	6.50±3.12	6.66±3.00*
DISTRACÇÃO	4.81±3.03	4.82±3.02	5.03±3.01
RELIGIÃO	4,56±2.01	4.30±1.99	4.38±2-54
USO DE SUBSTÂNCIAS	2.37±1.39	2.15±1.23	2.17±1.00

Quadro 8.2.3 .
Evolução dos
MC

Teste t de Student para amostras emparelhadas
*pn0.05
**pn0.01

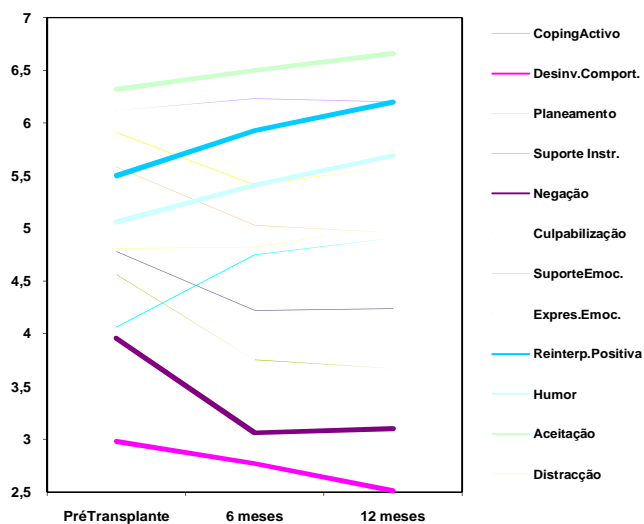


Fig. 8.2.3 - MC na Amostra
(a *bold* estão aqueles que evoluíram mais favoravelmente)

8.2.4) Qual a evolução dos scores de ansiedade e depressão desde o período pré transplante até aos 6º e 12º mês pós transplante?

Concluiu-se que os scores de ansiedade e depressão sofriam uma redução significativa ao longo do primeiro ano após transplante hepático ($t= 4,58$, $p= 0,000$ e $t= 2,85$, $p= 0,007$, respectivamente) (Quadro 8.2.4, Fig. 8.2.4.1).

8.2.5) Evolução dos scores de qualidade de vida desde o período pré transplante até aos 6º e 12º mês pós transplante

Da mesma forma também as componentes física e mental da qualidade de vida sofriam uma melhoria significativa ($t= -4,61$, $p= 0,000$ e $t= -5,21$, $p= 0,000$, respectivamente) (Quadro 8.2.4, Fig. 8.2.4.2).

Foi possível notar que a maior evolução dos scores das variáveis psiquiátricas (ansiedade e depressão), bem como das componentes da qualidade de vida, se deu logo aos seis meses pós-transplante, tendo depois havido um acréscimo desta mudança até ao 12º mês (Quadro 8.2.4, Fig. 8.2.4.2).

Quando comparados com os valores normativos de qualidade de vida para indivíduos saudáveis (componente físico: 73,08; componente mental: 67,14) (4) a média dos scores da amostra no período pré-transplante era significativamente inferior (componente física: $t= 9,59$, $p= 0,000$; componente mental: $t= 13,67$, $p= 0,000$). Porém, ao 12º mês pós-transplante não havia diferenças estatisticamente significativas.

Foram pesquisadas, por testes estatísticos bivariados, associações entre os scores de ansiedade, depressão e qualidade de vida no período pós-transplante (sexto e 12º mês) e as variáveis relacionadas com o tipo de

medicação imunossupressora, com a escala de acontecimentos de vida e com a variável %mudança de medicação+. Não se encontrou qualquer associação estatisticamente significativa. O mesmo se verificou para a qualidade de vida.

HADS e SF36	Pré-transplante	6 m pós-transplante	12 m pós-transplante
HADS			
Ansiedade	7.40±4.30	5.17±4.22	4.79±3.50**
Depressão	5.90±5.11	4.00±4.11	3.00±3.91**
SF36			
Componente Física	52.02±23.21	65.02±15.62	68.29±16.80**
Componente Mental	53.16±19.10	64.82±17.57	70.12±14.71**

Quadro 8.2.4 .
Evolução dos scores
ansiedade,
depressão e
qualidade de
vida

Teste t de Student para amostras emparelhadas
**p<0.01

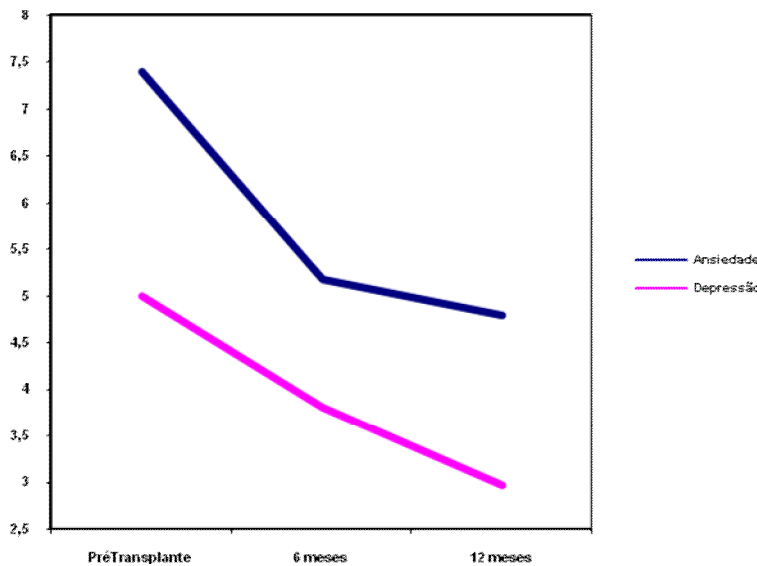


Fig. 8.2.4.1-
Ansiedade e
depressão .
evolução dos scores

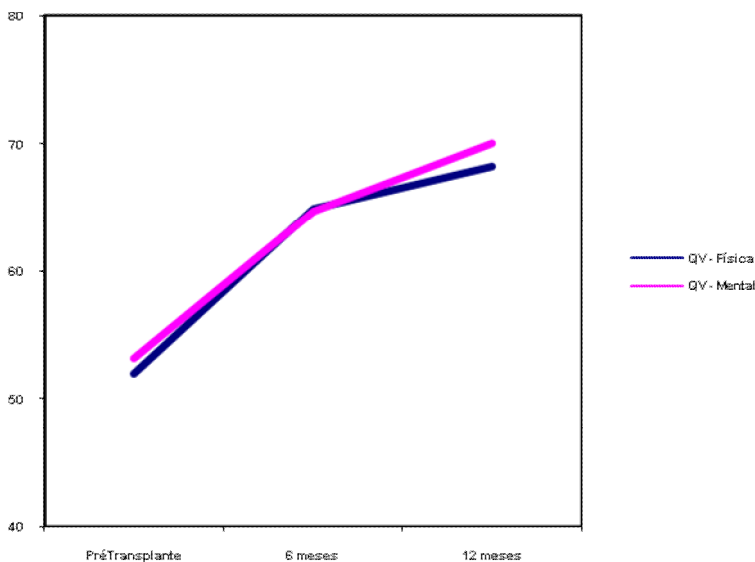


FIGURA 8.2.4.2 -
Qualidade de vida -
evolução na amostra

8.2.6) Evolução da adesão desde o período pré-transplante até aos 6^o e 12^o mês pós transplante

No que se refere às subescalas de adesão, verificou-se que apenas a adesão relativa à toma de medicação aumentou de forma estatisticamente significativa ($t = -5,9$, $p = 0,000$).

Foi possível notar que a grande evolução positiva dos scores da adesão se deu nos primeiros seis meses após transplante, tendo havido depois uma estabilização das pontuações (Quadro 8.2.6, Fig. 8.2.6).

Quadro 8.2.6. Evolução dos scores das dimensões da adesão

ADESÃO	Pré-transplante	6 m pós-transplante	12 m pós-transplante
CONSULTAS	17.61±2.40	17.62±2.00	17.60±1.50
TOMA MEDICAÇÃO	15.82±3.21	17.54±2.91	17.44±2.11**
CONSUMO ÁLCOOL	16.86±11.12	17.72±10.9	17.54±11.71

Teste t de Student para amostras emparelhadas
** $p < 0,01$

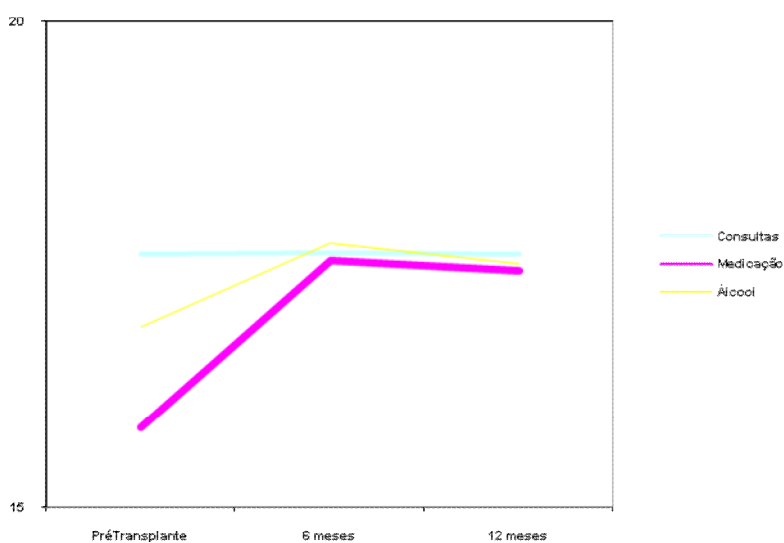


Fig. 8.2.6 - Evolução dos scores de adesão

SÍNTESE DOS RESULTADOS DO PONTO 8.2 (CARACTERIZAÇÃO PSQUIÁTRICA, PSICOSSOCIAL E RELATIVAMENTE À QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE HEPÁTICO)

Verificou-se que 61% dos doentes do grupo de estudo tinham algum tipo de antecedente psiquiátrico (24,19% já havia tido um episódio depressivo *major*, 16,13% sintomatologia compatível com perturbação de ansiedade generalizada, 22,58% dependência ou abuso de álcool, 19,35% dependência ou abuso mistos e 4,83% dependência ou abuso de outros).

No momento da avaliação pré-transplante, 58% dos doentes, do grupo de estudo, preenchiam critérios de alguma perturbação psiquiátrica (17,74% episódio depressivo *major*, 14,53% perturbação de ansiedade generalizada, 20,96% perturbação de adaptação, 3,22% dependência ou abuso de outras substâncias que não álcool). Após 12 meses do transplante apenas 20,97% dos doentes transplantados cumpriam critérios para um diagnóstico psiquiátrico. Nesta fase, 6,45% apresentavam um episódio depressivo *major*, 6,45% uma perturbação de ansiedade, 9,67% uma perturbação de adaptação e 1,6% abuso de álcool.

A taxa de recaída de perturbações relacionadas com o uso de álcool, foi, no grupo dos doentes com DHA transplantados, de 1/24 (4,2%).

Relativamente às perturbações psiquiátricas, no pré-transplante não havia diferenças entre o grupo de controlo e o de estudo, mas, ao 12º mês, o grupo de controlo apresentava um número de diagnósticos significativamente superior.

Verificou-se que, nos doentes transplantados, havia uma evolução favorável (desde o período pré-transplante até aos 12 meses após transplante) dos MC focados no problema e dos MC focados na emoção, sendo a diferença estatisticamente significativa para o desinvestimento comportamental, para a negação, reinterpretação positiva, aceitação e humor. Foi possível notar que a grande evolução dos MC se deu logo aos seis meses pós-transplante, tendo depois, na maioria dos casos, havido um acréscimo desta mudança até ao 12º mês.

Concluiu-se, também, que os *scores* de ansiedade e depressão sofriam uma redução significativa ao longo do primeiro ano após transplante hepático. Da mesma forma também as componentes física e mental da qualidade de vida sofriam uma melhoria significativa. Foi possível notar que a franca melhoria dos *scores* das variáveis psiquiátricas (ansiedade e depressão), bem como das componentes da qualidade de vida, se deu logo aos seis meses pós-transplante, tendo depois, havido um acréscimo desta mudança até ao 12º mês.

Verificou-se que a adesão relativa à toma de medicação aumentou de forma estatisticamente significativa. Foi possível notar que a grande evolução positiva dos *scores* da adesão se deu nos primeiros seis meses após transplante, tendo havido depois uma estabilização.

8.3) DIFERENÇAS NA EVOLUÇÃO DAS VARIÁVEIS PSIQUIÁTRICAS E DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE OS DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE (GRUPO DE ESTUDO) E AQUELES QUE PERMANECEM A AGUARDAR O TRANSPLANTE (GRUPO DE CONTROLO), AO LONGO DOS VÁRIOS PERÍODOS

8.3.1) A evolução dos scores de ansiedade, depressão e qualidade de vida é mais favorável nos doentes submetidos a transplante do que naqueles do grupo de controlo?

No Quadro 8.3.1.1 estão descritas as médias dos scores ao longo da evolução clínica dos doentes (período pré-transplante e pós-transplante). Esta evolução está representada graficamente nas Figs. 8.3.1.1 e 8.3.1.2.

Quadro 8.3.1.1. Médias dos scores do grupo de estudo e grupo de controlo

HADS e SF36 Grupo de estudo (N=62)	Pré-transplante		6 m pós-transplante		12 m pós-transplante	
	Estudo	Controlo	Estudo	Controlo	Estudo	Controlo
HADS						
Ansiedade	7.40±4.00	8.00± 3.99	5.17±3.99	7.90±4.00	4.79±3.01	7.94±3.90
Depressão	5.93±5.01	6.00±4.99	4.00±2.99	6.32±4.76	3.00±1.90	5.63±3.40
SF36						
Componente física	49.74±24.00	48.41±23.00	65.02±23.00	42.00±22.01	68.29±20.00	43.15±21.01
Componente mental	52.02±18.02	49.12±22.09	64.82±19.02	57.13±20.01	70.12±18.01	55.63±19.97

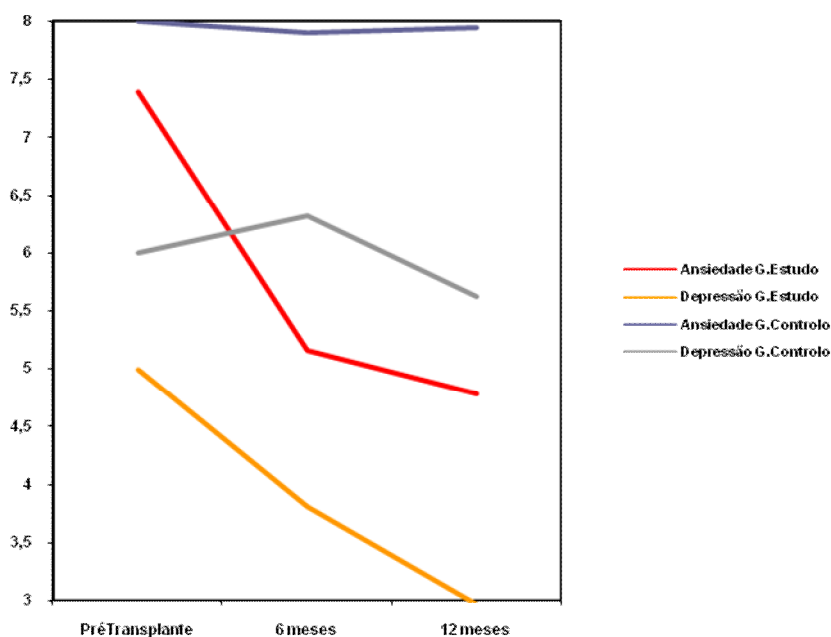


Fig.8.3.1.1 .
Evolução dos scores da ansiedade e depressão - grupo estudo vs grupo controlo

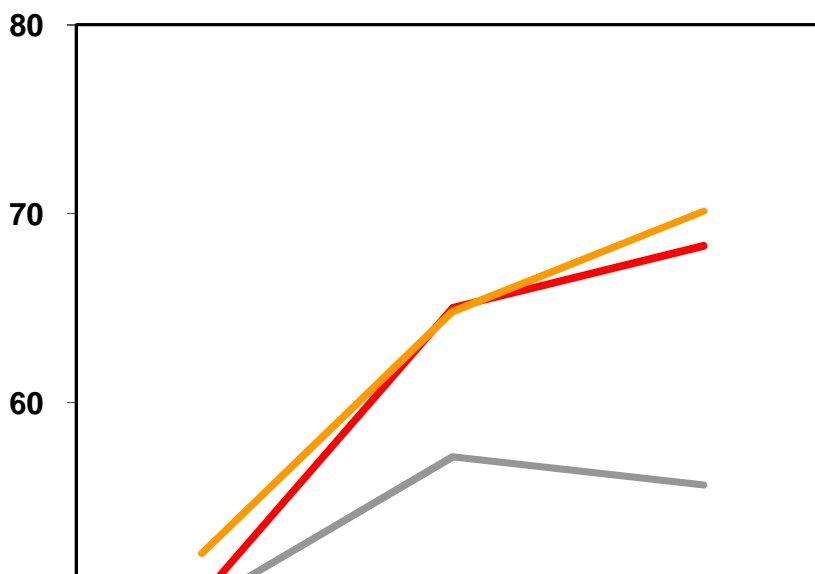


Fig. 8.3.1.2 .
Evolução dos
scores da
qualidade de
vida - grupo
estudo vs grupo
controlo

Para avaliar as diferenças estatísticas entre o grupo controlo e o grupo de estudo, entrando em linha de conta com a co-variação das diferentes variáveis (ansiedade, depressão, componentes mental e física da qualidade de vida), foi efectuada uma análise discriminante, com o coeficiente lambda de Wilks, para o momento pré-transplante e para o momento pós-transplante (12 meses após transplante).

No que se refere ao momento pré-transplante não se verificavam quaisquer diferenças significativas entre os dois grupos.

Relativamente ao momento pós-transplante foi possível verificar que todas as variáveis eram significantes na diferenciação dos dois grupos (Quadro 8.3.1.2), tendo sido encontrada uma função discriminante significativa ($\chi^2=57,19$; $p= 0,00$).

Quadro 8.3.1.2 . Diferenças entre as médias dos *scores* dos grupos de estudo e de controlo ao 12º mês pós-transplante.

HADS e SF36 pós-transplante	WilksqLambda	F	p
HADS			
Ansiedade	.80	16.90	.00
Depressão	.90	10.35	.00
SF36			
Componente física	.60	65.37	.00
Componente mental	.82	21.19	.00

Análise Discriminante

SÍNTESE DOS RESULTADOS DO PONTO 8.3 (DIFERENÇAS NA EVOLUÇÃO DAS VARIÁVEIS PSIQUIÁTRICAS E DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE OS DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE - GRUPO DE ESTUDO - E AQUELES QUE PERMANECEM A AGUARDAR O TRANSPLANTE - GRUPO DE CONTROLO)

Verificou-se que quer os *scores* de ansiedade e de depressão, quer aqueles da componente física e mental da qualidade de vida não apresentavam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de estudo e o grupo de controlo no período pré-transplante.

No 12º mês pós-transplante havia diferenças significativas entre o grupo de estudo e o grupo de controlo no que se refere às médias dos *scores* da ansiedade e depressão bem como das componentes física e mental da qualidade de vida (padrão mais favorável no grupo de estudo).

8.4) DIFERENÇAS NA EVOLUÇÃO DAS VARIÁVEIS PSIQUIÁTRICAS E DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE OS DOIS GRUPOS CLÍNICOS PRINCIPAIS DE DOENTES TRANSPLANTADOS: COM DOENÇA HEPÁTICA E SEM DOENÇA HEPÁTICA (PARAMILOIDOSE).

8.4.1) A evolução dos *scores* de ansiedade, depressão e qualidade de vida é mais favorável nos doentes com doença hepática do que nos doentes com paramiloidose?

A - Comparação dos valores absolutos com subgrupos de controlo:

Uma vez que o grupo de doentes PAF tem especificidades próprias, a comparação mais fiel e rigorosa é com um subgrupo de controlo de doentes com PAF que aguardam transplante (havendo a limitação destes subgrupos

terem um n pequeno). No Quadro 8.4.1.1 e nas Figs. 8.4.1.1 e 8.4.1.2 estão representadas as médias dos scores das variáveis nos subgrupos PAF-estudo e PAF-controlo no período pré-transplante e 12 meses após o transplante.

Quadro 8.4.1.1. Médias dos scores PAF- estudo e PAF-controlo

HADS e SF36 (em doentes PAF)	Pré-transplante		12 m pós-transplante	
	Estudo n=20	Controlo n=15	Estudo n=20	Controlo n=15
HADS				
Ansiedade	5.17±3.81	6.27±4.23	4,50±3.91	6,29±4.01
Depressão	4.71±4.23	4.35±2.97	4.51±4.01	5.33±3.92
SF36				
Componente Física	58.00±23.21	54.00±22.11	65.25±23.49	43.00 ±21.97
Componente Mental	63.00±19.01	61.20±20.00	68.5±19.97	61,00 ±19.01

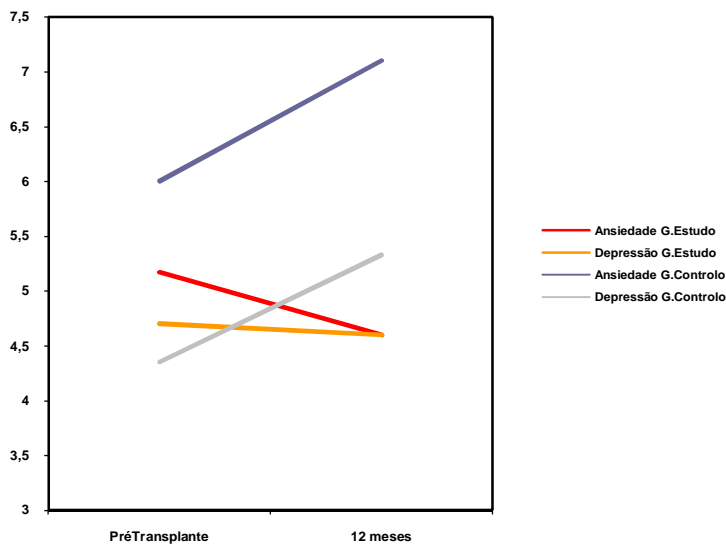


Fig. 8.4.1.1 - Evolução dos scores da ansiedade e depressão: sugrupo PAF vs grupo controlo

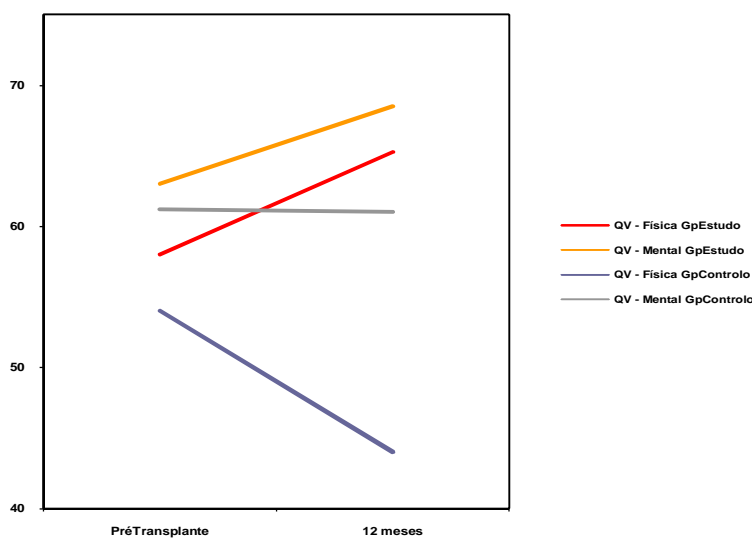


Fig. 8.4.1.2 - Evolução dos scores da qualidade de vida: sugrupo PAF vs grupo controlo

Para avaliar as diferenças estatísticas entre o grupo controlo e o grupo de estudo, entrando em linha de conta com a co-variação das diferentes variáveis (ansiedade, depressão, componentes mental e física da qualidade de vida) foi efectuada uma análise discriminante, com o coeficiente lambda de Wilks, para o momento pré-transplante e para o momento pós-transplante (12 meses após transplante).

No que se refere ao momento pré-transplante não se verificavam quaisquer diferenças significativas entre os dois grupos.

Relativamente ao momento pós-transplante foi possível verificar que apenas a componente física da qualidade de vida era significativa na diferenciação dos dois grupos (Quadro 8.4.1.2), tendo sido encontrada uma função discriminante significativa ($\lambda^2=13,02$; $p= 0,01$).

Quadro 8.4.1.2 - Diferenças entre as médias dos scores dos subgrupos PAF-estudo e PAF-controlo ao 12º mês pós-transplante.

HADS e SF36 pós-transplante	Wilks λ	F	p
HADS			
Ansiedade	.89	3.23	.08
Depressão	.93	1.85	.19
SF36			
Componente física	.63	15.35	.00
Componente mental	.89	3.17	.09

Análise Discriminante

Ao contrário, se fizermos estas comparações exclusivamente em doentes NPAF, verificamos que as conclusões obtidas para a amostra total se mantêm.

Quando comparados com os valores normativos de qualidade de vida para indivíduos saudáveis (componente físico: 73,08; componente mental: 67,14) (4), a média dos scores do subgrupo de PAF no período pré transplante era significativamente inferior (componente física: $t= 4,27$, $p= 0,000$;

componente mental: $t= 6,57$, $p=0,000$). Porém, ao 12^o mês pós-transplante não há diferenças estatisticamente significativas.

B - Comparação da variação dos scores entre os grupos PAF e NPAF:

Devido às diferenças existentes entre os dois grupos PAF e NPAF, e para que a avaliação fosse mais rigorosa, comparou-se a evolução entre os dois momentos (período pré-transplante e 12 meses após o transplante), criando-se novas variáveis (%variação do score+) que correspondiam à diferença entre o valor obtido nas escalas ao 12^o mês e aquele obtido na avaliação pré-transplante. Para avaliar de forma mais profunda as diferenças entre estes dois grupos que passaram pelo mesmo acontecimento de vida (transplante), incluíram-se nesta comparação os scores dos MC.

Nos Quadros 8.4.1.3, 8.4.1.4 e 8.4.1.5 estão descritas as médias dos scores das variáveis e da evolução das variáveis nos grupos PAF ou NPAF. Na Fig.8.4.1.3 está representada a evolução desfavorável dos MC nos doentes com PAF.

Caracterização pré-transplante	PAF n= 20	NPAF n= 42
<i>COPING</i>		
<i>Coping</i> activo	6.25±2.33	6.07±2.40
Desinvest. comportam.	2.56±1.50	2.88±1.02
Planeamento	5.81±1.70	5.50±2.00
Suporte instrumental	5.25±1.99	5.07±1.99
Negação	3.39±1.76	4.99±1.79
Culpabilização	3.27±2.90	5.40±2.90
Aceitação	6.62±3.90	6.21±3.20
Suporte emocional	5.31±2.40	5.69±2.90
Expressão emocional	4.80±2.00	4.78±1.73
Reinterpret. positiva	5.50±2.10	5.50±2.27
Humor	5.18±2.90	5.02±3.23
Distracção	5.43±3.00	4.57±2.00
Religião	4.25±1.90	4.69±2.91
Uso de substâncias	2.18±1.00	2.45±1.90
ANSIEDADE	5.17±3.81	7.45±2.41
DEPRESSÃO	4.71±4.23	5.90±4.11
QUALIDADE DE VIDA		
Componente física	58.00±23.21	49.70±21.32
Componente mental	63.00±19.01	52.00±18.21

Quadro 8.4.1.3 . Médias dos scores das variáveis nos grupos PAF ou NPAF no período pré-transplante

Caracterização 12M pós-transplante	PAF n= 20	NPAF n= 42
<i>COPING</i>		
<i>Coping</i> activo	5.50±2.00	6.30±2.24
Desinvest. comportam.	2.67±1.32	1.41±1.33
Planeamento	5.00±1.83	5.83±1.99
Suporte instrumental	4.72±2.39	5.00±3.09
Negação	3.00±1.33	3.23±1.66
Culpabilização	3.27±1.67	3.79±1.29
Aceitação	6.27±3.33	6.50±3.52
Suporte emocional	4.64±2.12	5.06±2.68
Expressão emocional	4.40±2.00	4.08±2.01
Reinterpret. positiva	6.11±3.34	6.30±3.53
Humor	5.27±3.34	5.90±2.76
Distracção	5.00±2.00	4.95±2.12
Religião	3.89±1.93	4.58±1.97
Uso de substâncias	2.11±1.00	2.21±1.21
ANSIEDADE	4.47±3.60	4.80±3.67
DEPRESSÃO	4.50±3.80	4.19±3.71
QUALIDADE DE VIDA		
Componente física	65.25±23.81	70.79±21.54
Componente mental	68.82±24.31	61.77±20.31

Quadro 8.4.1.4 . Médias dos scores das variáveis nos grupos PAF e NPAF no período pós-transplante

Caracterização da evolução	PAF n=20	NPAF n=42
<i>COPING</i>		
<i>Coping</i> activo	-.25±.27	.23±.28
Desinvest. comportam.	.11±.11	-1.47±1.11
Planeamento	-.81±1.0	.34±.37
Suporte instrumental	-.53±.61	-.07±.12
Negação	-.20±.31	-1.76±1.83
Culpabilização	.00±.13	-1.60±1.89
Aceitação	-.35±.50	.65±.71
Suporte emocional	-.67±.71	-.63±.81
Expressão emocional	-.40±.51	-.70±.81
Reinterpret. positiva	.62±.71	.84±.91
Humor	.06±.14	.91±.99
Distracção	-.38±.41	.36±.51
Religião	-.36±.43	-.11±.19
Uso de substâncias	-.06±.15	-.24±.28
ANSIEDADE	-.70±.67	-2.65±.2.00
DEPRESSÃO	-.21±.11	-1.71±1.71
QUALIDADE DE VIDA		
Componente física	7.25±6.11	21.33±9.11
Componente mental	5.82±4.71	21.98±10.21

Quadro 8.4.1.5. Médias da evolução das variáveis PAF e NPAF

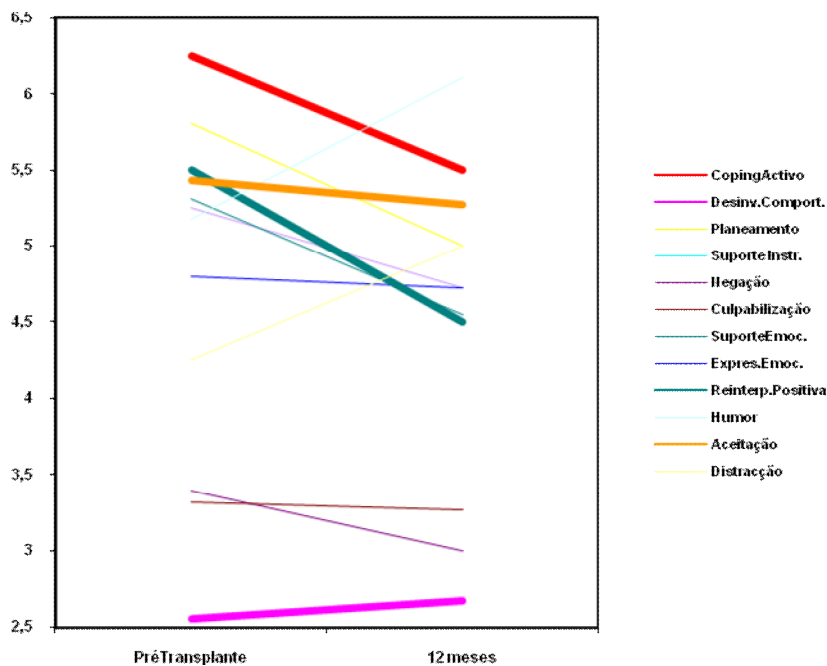


Fig. 8.4.1.3 - Evolução dos scores dos mecanismos de *coping* no subgrupo PAF (a *bold* estão aqueles que evoluíram mais desfavoravelmente)

Para avaliar as diferenças estatísticas entre os dois grupos entrando em linha de conta com a co-variação das diferentes variáveis (variação do *score* da ansiedade, variação do *score* da depressão, variação dos *scores* das componentes mental e física da qualidade de vida e variação dos *scores* dos MC) foi efectuada uma análise discriminante, com o coeficiente lambda de Wilks.

Considerando as variáveis individualmente concluiu-se que os dois grupos diferiam, de forma estatisticamente significativa, para as variáveis: variação do *score* do *coping* activo, variação do *score* do desinvestimento comportamental, variação do *score* da aceitação, variação do *scores* das componentes física e mental da qualidade de vida (Quadro 8.4.1.6). A função discriminante encontrada não era significativa ($\chi^2 = 18,44$; $p = 0,36$). De notar que embora não se verificassem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que se refere à melhoria dos *scores* da ansiedade e

depressão, esta foi muito superior no grupo de doentes sem PAF (Quadro 8.4.1.5).

Quadro 8.4.1.6 . Diferenças entre as médias dos *scores* PAF e NPAF

Variação dos Scores	WilksqLambda	F	p
<i>COPING</i>			
<i>Coping</i> activo	.89	.3.99	.05
Desinvest. comportam.	.90	3.37	.05
Planeamento			
Suporte instrumental			
Negação			
Culpabilização			
Aceitação	.87	4.9	.03
Suporte emocional			
Expressão emocional			
Reinterpret. positiva			
Humor			
Distracção			
Religião			
Uso de substâncias			
ANSIEDADE			
DEPRESSÃO			
QUALIDADE DE VIDA			
Componente física	.91	4.66	.04
Componente mental	.90	4.94	.03

Análise Discriminante

Apenas apresentados os valores significativos

SÍNTESE DOS RESULTADOS DO PONTO 8.4 (DIFERENÇAS NA EVOLUÇÃO DAS VARIÁVEIS PSIQUIÁTRICAS E DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE OS DOIS GRUPOS CLÍNICOS PRINCIPAIS DE DOENTES TRANSPLANTADOS: COM DOENÇA HEPÁTICA E SEM DOENÇA HEPÁTICA - PARAMILOIDOSE)

Quando comparados com um grupo de controlo de doentes não transplantados com PAF, nem a depressão, nem a ansiedade, nem a qualidade de vida mental (referentes ao 12^o mês pós-transplante) apresentavam *scores* mais favoráveis no grupo de doentes submetido a transplante hepático.

A evolução das componentes física e mental da qualidade de vida foi significativamente melhor nos doentes sem PAF. Também se verificou que a melhoria dos *scores* de ansiedade e depressão foi superior para os doentes sem PAF (a diferença não foi, porém, estatisticamente significativa).

Ao longo do primeiro ano pós-transplante verificou-se que os doentes com PAF tinham uma evolução menos favorável em vários mecanismos de *coping* focados no problema (*coping* activo, desinvestimento comportamental) e focados na emoção (aceitação), quando comparados com os outros doentes transplantados.

8.5) DIFERENÇAS NA EVOLUÇÃO DAS VARIÁVEIS PSIQUIÁTRICAS E DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE OS DOIS GRUPOS CLÍNICOS PRINCIPAIS DE DOENTES HEPÁTICOS TRANSPLANTADOS: COM DOENÇA HEPÁTICA ALCOÓLICA E SEM DOENÇA HEPÁTICA ALCOÓLICA.

8.5.1) A evolução dos scores de ansiedade e de depressão e de de qualidade de vida é menos favorável nos doentes com doença hepática alcoólica?

A - Comparação dos valores absolutos com subgrupos de controlo

Uma vez que o grupo de doentes com DHA tem especificidades próprias, a comparação mais fiel e rigorosa é com um subgrupo de controlo de doentes DHA que aguardam transplante (com a limitação do n ser pequeno).

No Quadro 8.5.1.1 e nas Figs. 8.5.1.1 e 8.5.1.2 estão representadas as médias dos scores das variáveis nos subgrupos DHA-estudo e DHA-controlo no período pré-transplante e 12 meses após o transplante.

Quadro 8.5.1.1. Médias dos scores dos subgrupos com doença hepática alcoólica . estudo e controlo

HADS e SF36	Pré-transplante		12 m pós-transplante	
	Estudo n=24	Controlo n=17	Estudo n=24	Controlo n=17
HADS				
Ansiedade	7.58±4.00	8.53±3.99	5.80±4.34	8.79±3.29
Depressão	5.49±4.10	6.75±4.40	4.00±2.01	7.43±3.50
SF36				
Componente física	47.00±22.20	48.43±24.30	69.16±20.11	43.71±24.30
Componente mental	48.33±20.00	47.3±23.20	69.99±21.13	55.92±22.40

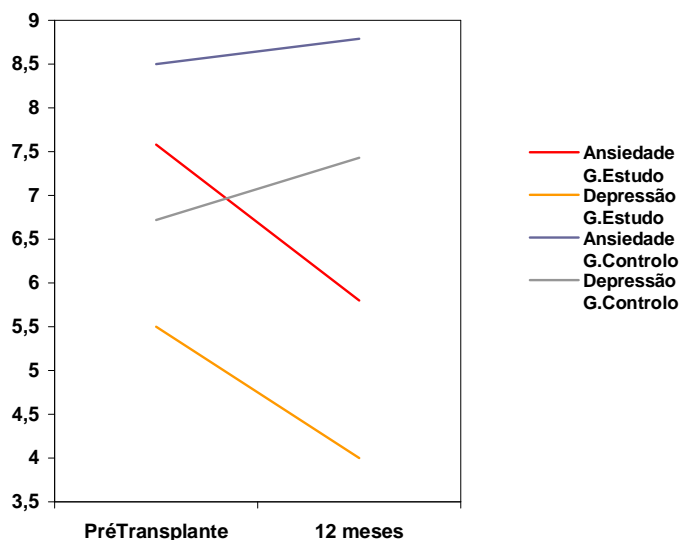
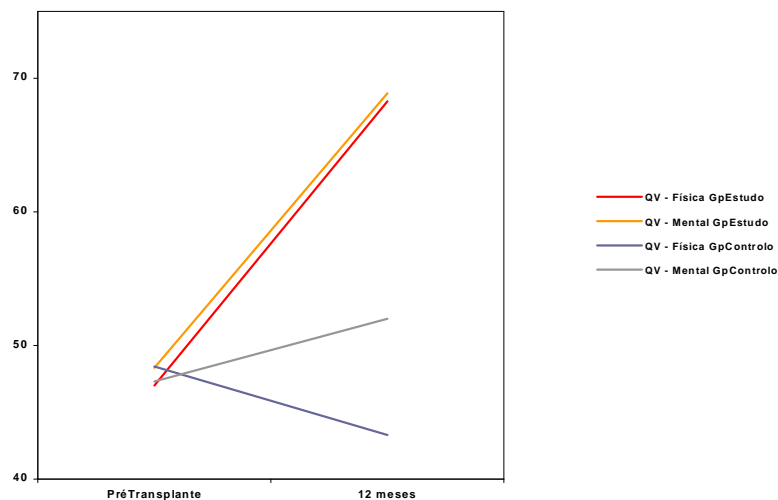


Fig. 8.5.1.1 - Evolução dos scores de ansiedade e depressão no subgrupo de estudo com doença hepática alcoólica vs grupo controlo

Fig. 8.5.1.2. Evolução dos scores de qualidade de vida no subgrupo de estudo com doença hepática alcoólica vs grupo controlo



Para avaliar as diferenças estatísticas entre o grupo controlo e o grupo de estudo, entrando em linha de conta com a co-variação das diferentes variáveis (ansiedade, depressão, componentes mental e física da qualidade de vida) foi efectuada uma análise discriminante, com o coeficiente lambda de Wilks, para o momento pré-transplante e para o momento pós-transplante (12 meses após transplante).

No que se refere ao momento pré-transplante não se verificavam quaisquer diferenças significativas entre os dois grupos.

Relativamente ao momento pós-transplante foi possível verificar que todas as variáveis eram significantes na diferenciação dos dois grupos (Quadro 8.5.1.2), tendo sido encontrada uma função discriminante significativa ($\lambda^2 = 60,02$; $p=0,00$).

Quadro 8.5.1.2 - Diferenças entre as médias dos scores DHA-estudo e DHA-controlo 12 meses após o transplante

HADS e SF36 pós-transplante	WilksqLambda	F	p
HADS			
Ansiedade	.70	20.90	.00
Depressão	.80	18.35	.00
SF36			
Componente física	.50	80.34	.00
Componente mental	.80	19.10	.00

Análise Discriminante

Quando comparados com os valores normativos de qualidade de vida para indivíduos saudáveis (componente físico: 73,08; componente mental: 67,14) (4) as médias dos scores do subgrupo de sujeitos com doença hepática alcoólica no período pré-transplante eram significativamente inferiores (componente física: $t= 7,59$, $p=0,000$; componente mental: $t= 12,55$; $p=0,000$). Ao 12º mês não havia diferenças significativas.

B - Comparação da variação dos valores dos scores das variáveis entre os grupos com DHA e sem DHA

Para uma avaliação mais rigorosa, foi comparada a evolução entre os dois momentos (período pré-transplante e 12 meses após o transplante), criando-se variáveis novas (%~~av~~ evolução do score+) que correspondiam à diferença entre o valor obtido nas escalas ao 12º mês e aquele obtido na avaliação pré-transplante. Para avaliar de forma mais profunda as diferenças entre estes dois grupos que passaram pelo mesmo acontecimento de vida (transplante), incluíram-se na comparação os scores dos MC.

Nos Quadros 8.5.1.3, 8.5.1.4 e 8.5.1.5 estão descritas as médias dos scores das variáveis e da evolução das variáveis nos grupos com-DHA e sem-DHA. Na Fig. 8.5.1.3 está representada a evolução favorável dos MC no grupo dos doentes com DHA.

Caracterização pré-transplante	Com DHA n= 24	Sem DHA n= 38
<i>COPING</i>		
<i>Coping</i> activo	6.03±2.20	6.15±2.53
Desinvest. comportam.	3.12±1.60	2.55±1.00
Planeamento	6.09±1.70	5.80±1.90
Suporte instrumental	4.96±1.70	5.20±1.79
Negação	4.37±1.78	3.40±1.76
Culpabilização	4.75±1.68	4.50±1.59
Aceitação	6.14±2.78	6.00±2.13
Suporte emocional	5.84±2.48	4.30±2.11
Expressão emocional	4.90±2.99	5.80±3.12
Reinterpret. positiva	5.60±2.78	5.00±3.20
Humor	4.90±3.18	6.00±3.70
Distracção	4.90±2.78	4.99±2.88
Religião	4.25±2.50	4.50±2.10
Uso de substâncias	2.64±1.08	2.20±1.62
ANSIEDADE	8.33±3.81	7.00±5.21
DEPRESSÃO	7.35±4.23	5.50±4.32
QUALIDADE DE VIDA		
Componente física	45.24±23.00	56.09±22.22
Componente mental	50.71±19.21	56.18±18.11
Caracterização 12 m pós-transplante	Com DHA n= 24	Sem DHA n= 38
<i>COPING</i>		
<i>Coping</i> activo	6.30±2.31	6.25±2.91
Desinvest. comportam.	2.63±1.01	2.30±2.23
Planeamento	6.31±2.31	5.90±2.00
Suporte instrumental	5.74±2.01	5.70±1.30
Negação	3.50±1.00	3.30±1.11
Culpabilização	4.30±2.00	3.80±2.31
Aceitação	6.55±3.12	6.10±3.42
Suporte emocional	5.83±2.29	4.15±2.30
Expressão emocional	4.90±2.27	6.40±2.70
Reinterpret. positiva	6.42±2.13	5.30±2.22
Humor	4.95±2.00	6.70±3.31
Distracção	5.63±2.09	5.30±2.10
Religião	3.89±2.32	4.50±3.00
Uso de substâncias	2.45±1.12	2.15±1.09
ANSIEDADE	5.80±4.34	4.58±4.11
DEPRESSÃO	4.00±2.01	4.00±2.59
QUALIDADE DE VIDA		
Componente física	69.31±20.11	69.50
Componente mental	69.99±21.13	69.10
Caracterização da evolução	Com DHA n= 24	Sem DHA n= 38
<i>COPING</i>		
<i>Coping</i> activo	.27±.29	.10±.20
Desinvest. comportam.	-.49±.56	.25±.30
Planeamento	.22±.27	.10±.20
Suporte instrumental	.78±.90	.50±.73
Negação	-.87±.92	-.10±.30
Culpabilização	-.45±.55	-.70±.79
Aceitação	.41±.49	.10±.30
Suporte emocional	.09±.11	-.15±.27
Expressão emocional	.09±.12	-.60±.64
Reinterpret. positiva	.94±.97	.30±.31
Humor	.82±.1.22	.70±.98
Distracção	.73±.97	.31±.37
Religião	-.36±.46	.01±.32
Uso de substâncias	-.19±.21	-.05±.12
ANSIEDADE	-2.53±1.23	-2.42±1.27
DEPRESSÃO	-3.35±3.00	-1.50±1.31
QUALIDADE DE VIDA		
Componente física	24.07±12.12	13.41±5.12
Componente mental	19.28±12.27	12.92±6.27

Quadro 8.5.1.3 . Médias dos scores das variáveis nos grupos com-DHA e sem-DHA no período pré-transplante

Quadro 8.4.2.3. Médias dos scores das variáveis nos grupos com-DHA e sem-DHA no período pós-transplante

Quadro 8.4.1.5 . Médias da evolução das variáveis DHA e sem-DHA

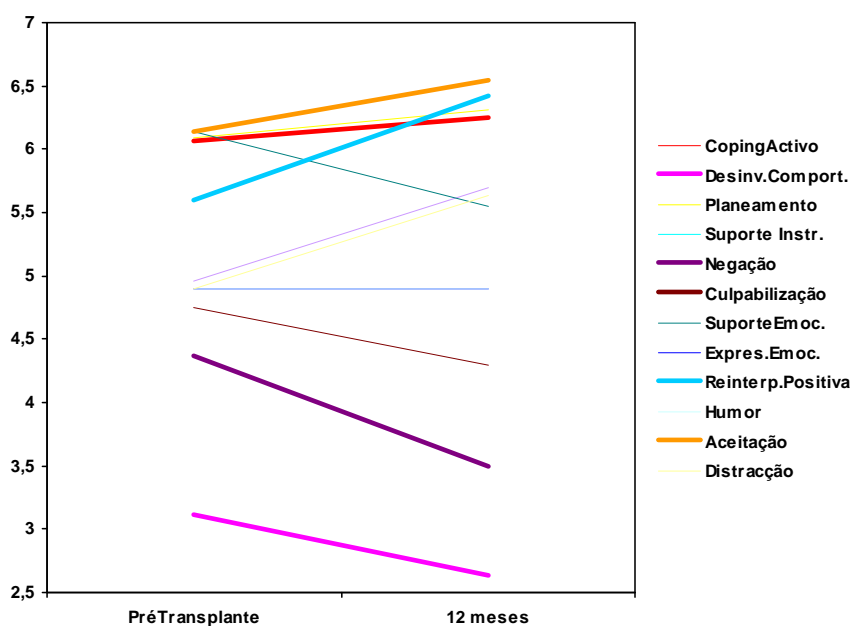


FIGURA 8.5.1.3 - Evolução dos MC no subgrupo de doença hepática alcoólica (a *bold* estão aqueles que evoluíram mais favoravelmente)

Para avaliar as diferenças estatísticas entre os dois grupos entrando em linha de conta com a co-variação das diferentes variáveis (variação do score da ansiedade, variação do score da depressão, variação dos scores das componentes mental e física da qualidade de vida e variação dos scores dos MC) foi efectuada uma análise discriminante, com o coeficiente lambda de Wilks.

Considerando as variáveis individualmente concluiu-se que os dois grupos não diferiam, de forma estatisticamente significativa, para qualquer uma das variáveis consideradas. A função discriminante encontrada, também não era, naturalmente, significativa ($\chi^2=10.44$, $p=1.96$).

SÍNTESE DOS RESULTADOS DO PONTO 8.5 (DIFERENÇAS NA EVOLUÇÃO DAS VARIÁVEIS PSQUIÁTRICAS E DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE OS DOIS GRUPOS CLÍNICOS PRINCIPAIS DE DOENTES HEPÁTICOS TRANSPLANTADOS: COM DOENÇA HEPÁTICA ALCOÓLICA E SEM DOENÇA HEPÁTICA ALCOÓLICA)

Evidenciou-se uma melhoria significativa em todos parâmetros (ansiedade, depressão, componentes física e mental da qualidade de vida) do grupo de estudo de doentes com DHA em relação ao subgrupo de controlo de doentes com DHA não transplantados.

Foi comparada a evolução (entre período pré-transplante e 12 meses após o transplante) dos *scores* das variáveis (ansiedade, depressão, qualidade de vida e MC), verificando-se que não havia diferenças estatisticamente significativas entre os doentes submetidos a transplante com e sem doença hepática alcoólica.

Ao longo do primeiro ano pós transplante verificou-se que os doentes com DHA tinham uma evolução favorável em todos os principais MC focados no problema e focados na emoção.

8.6) ATÉ QUE PONTO OS FACTORES PSQUIÁTRICOS E PSICOSSOCIAS AFERIDOS NO PERÍODO PRÉ-TRANSPLANTE DETERMINAM A EVOLUÇÃO PSQUIÁTRICA, MÉDICA, A QUALIDADE DE VIDA E A ADESÃO NO 12 MÊS PÓS-TRANSPLANTE.

Para responder às questões relacionadas com este objectivo foram calculados seis processos de regressão linear múltipla que utilizam como variáveis dependentes a ansiedade, a depressão, as componentes mental e física da qualidade de vida, os dias de internamento e a adesão (todas estas variáveis, quantitativas . numéricas). Para avaliar os determinantes da mortalidade (variável qualitativa, nominal, dicotómica) foi calculado um processo de regressão logística.

Para reduzir o número de variáveis independentes (aumentando a robustez dos processos de regressão), apenas foram incluídas na regressão as

variáveis psiquiátricas e psicossociais aferidas no período pré-transplante (Quadro 8.6.0.1) que mostraram uma correlação bivariada significativa com as variáveis dependentes (de acordo com Aguiar, 2007, e Katz, 2006) (5,6).

Foram também incluídos na regressão factores que podiam funcionar como factores de confundimento (Quadro 8.6.0.2). Devido à necessidade do seu controlo estes factores não foram seleccionados previamente por análise bivariada (de acordo com Aguiar, 2007, e Katz, 2006) (5,6).

Para viabilizar a sua inclusão nos modelos de regressão linear, as variáveis categóricas (qualitativas) foram transformadas em variáveis "dummy" (6) (Quadro 8.6.0.2).

Quadro 8.6.0.1 - Variáveis psiquiátricas e psicossociais

Variáveis Psiquiátricas e Psicossociais (seleccionadas através de estatística bivariada, previamente à regressão)	
Personalidade	Sub-escalas - Variáveis quantitativas, discretas
Ansiedade pré-transplante	Variável quantitativa, discreta
Depressão pré-transplante	Variável quantitativa, discreta
Qualidade de vida pré-transplante	Sub escalas - Variáveis quantitativas, contínuas Componente físico Componente mental
Coping pré-transplante	Sub-escalas - Variáveis quantitativas, discretas <i>Distracção</i> <i>Coping activo</i> <i>Negação</i> <i>Uso de substâncias</i> <i>Suporte emocional</i> <i>Suporte instrumentos</i> <i>Desinv comportamento</i> <i>Expres emocional</i> <i>Reinter. positiva</i> <i>Planificação</i> <i>Humor</i> <i>Aceitação</i> <i>Culpabilização</i>
Crenças sobre a doença	Sub-escalas - Variáveis quantitativas, discretas <i>Duração</i> <i>Consequências</i> <i>Controlo pessoal</i> <i>Controlo tratamento</i> <i>Coerência da doença</i> <i>Duração (cíclica)</i> <i>Representação emocional</i>
Suporte social	Variável quantitativa, discreta

Quadro 8.6.0.2 - Variáveis de confundimento (clínicas, sociodemográficas, farmacológicas, etc.)

Variáveis de confundimento (incluídos na totalidade na regressão)	Tipo de variável	Transformação em %dummy+
Variável sociodem. - Idade	Variável quantitativa, discreta	
Variável sociodem. . Sexo	Variável qualitativa, nominal, dicotómica	Fem=0 (variável de referência) Masc=1
Variável clínica . Insuficiência hepática significativa	Variável qualitativa, nominal dicotómica (1-com insuficiência hepática, 2-sem insuficiência hepática)	Com insuficiência hepática =0 (variável de referência) Sem insuficiência hepática=1
Variável clínica . Doença hepática alcoólica	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-sem doença hepática; 2-com doença hepática)	Sem doença hepática=0 (variável de referência) Com doença hepática=1
Variável clínica . PAF	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-sem PAF; 2-com PAF)	Sem PAF=0 (variável de referência) Com PAF=1
Medicação Imunossupressora . Tacrolimus	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-com, 2-sem)	Com=0 (variável de referência) Sem=1
Medicação Imunossupressora . Ciclosporina	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-com, 2-sem)	Com=0 (variável de referência) Sem=1
Medicação Imunossupressora . MMF	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-com, 2-sem)	Com=0 (variável de referência) Sem=1
Medicação Imunossupressora . Prednisolona	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-com, 2-sem)	Com=0 (variável de referência) Sem=1
Acontecimentos de vida	Subescalas- Variáveis quantitativas, discretas	
Alteração da Medicação Psiquiátrica	Variável qualitativa, nominal, dicotómica (1-com, 2-sem)	Com=0 (variável de referência) Sem=1

8.6.1) Quais os determinantes da ansiedade e depressão ao 12^o mês pós-transplante?

Concluiu-se que os factores com uma correlação estatisticamente significativa com a ansiedade eram: neuroticismo (coef. Pearson: 0,48**), humor (coef. Pearson: -0,27*), culpabilização (coef. Pearson: 0,40**), componente mental da qualidade de vida (coef. Pearson: -0,40**).

Obteve-se um modelo de regressão através do método *stepwise*, em que apenas permaneceram as variáveis: neuroticismo e culpabilização. Este modelo explica em 30% a variância da ansiedade no 12^o mês após o transplante (Quadro 8.6.1.1).

Verificou-se que os factores com uma correlação estatisticamente significativa com a depressão eram: neuroticismo (coef. Pearson: 0,37**),

negação (coef. Pearson: 0,32**), expressão emocional (coef. Pearson: -0,22*), componente mental da qualidade de vida (coef. Pearson: -0,38**).

Obteve-se um modelo de regressão através do método *stepwise*, em que apenas permaneceram as variáveis: negação, expressão emocional e neuroticismo. Este modelo explica em 31% a variância da depressão no 12º mês após o transplante (Quadro 8.6.1.1).

8.6.2) Quais os determinantes da qualidade de vida ao 12º mês pós-transplante?

Observou-se que os factores com uma correlação estatisticamente significativa com a componente física da qualidade de vida no 12º mês pós-transplante eram: depressão (coef. Pearson: -0,28*), desinvestimento comportamental (coef. Pearson: -0,42**), componentes físico (coef. Pearson: 0,39**) e mental (coef. Pearson: 0,26**) da qualidade de vida.

Obteve-se um modelo de regressão através do método *stepwise*, em que permaneceram as variáveis: desinvestimento comportamental e componente física da qualidade de vida. Este modelo explica em 24% a variância da componente física da qualidade de vida no 12º mês após o transplante (Quadro 8.6.1.1).

Concluiu-se que os factores com uma correlação estatisticamente significativa com a componente mental da qualidade de vida no 12º mês pós-transplante eram: o neuroticismo (coef. Pearson: -0,44**), o desinvestimento comportamental (coef. Pearson: -0,29*).

Obteve-se um modelo de regressão através do método *stepwise*, em que apenas permaneceu a variável neuroticismo.

Este modelo explica em 20% a variância da componente mental da qualidade de vida no 12º mês após o transplante.

Foi seleccionado um novo modelo de regressão em que se excluiu à partida a variável neuroticismo, ficando o desinvestimento comportamental. Construiu-se um novo modelo em que entrava apenas o desinvestimento comportamental ($R^2= 0,10$; $p= 0,02$; $B= -0,23$)

Confirmou-se pela análise de multicolinearidade efectuada através do método VIF que o neuroticismo e o desinvestimento comportamental estavam altamente correlacionados. Terá sido provavelmente por esta razão que não foi possível obter um modelo de regressão em que ambas as variáveis permaneciam simultaneamente. Este facto favorece a hipótese dos MC como o desinvestimento comportamental funcionarem como mediadores entre a personalidade e a qualidade de vida (Quadro 8.6.1.1).

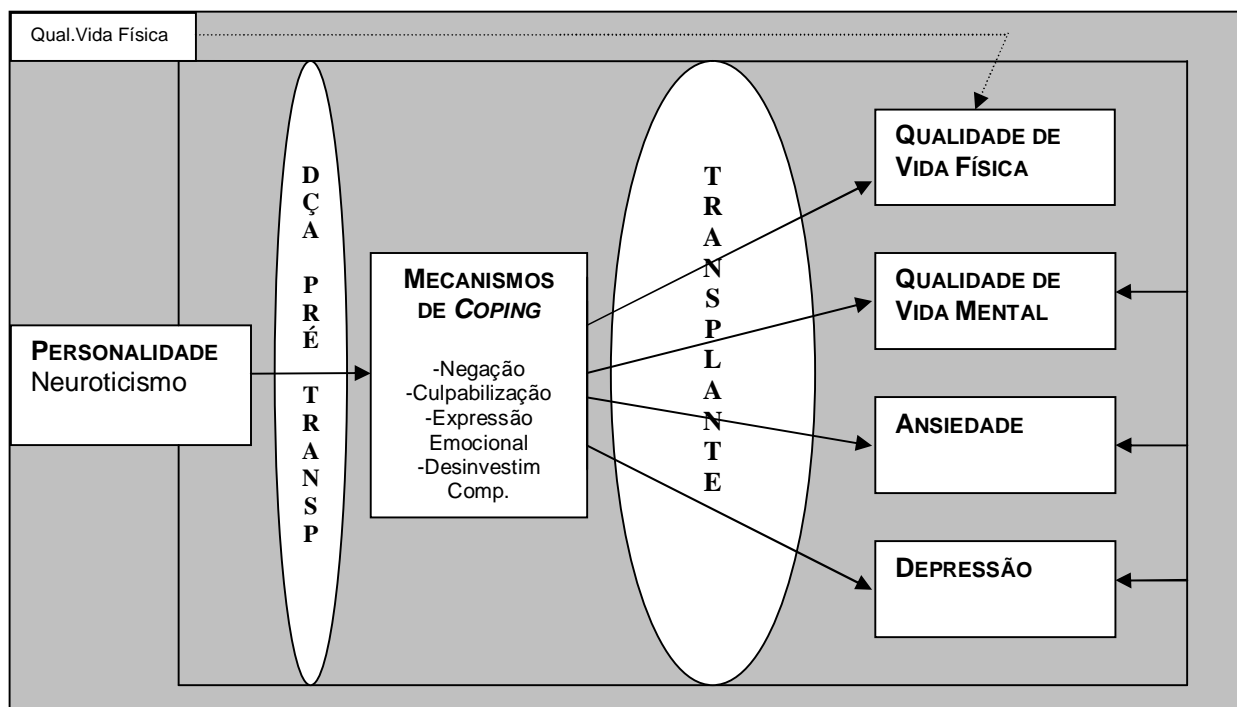
Quadro 8.6.1.1 - Determinantes pré-transplante da saúde mental e qualidade de vida após 12 meses do transplante

Variável Dependente 12 Meses pós-transplante	Determinantes pré-transplante	R ²
Ansiedade	Neuroticismo- $p=.001$; $B=.416$ Culpabilização- $p=.02$; $B=.296$.30
Depressão	Neuroticismo- $p=.03$; $B= .30$ Expressão emocional- $p=.004$; $B=-.87$ Negação- $p= .003$; $B= .411$.31
Qualidade de Vida Física	Desinvest. comportamental- $p=.008$; $B=-.5.5$ Qual. vida física pré-transplante- $p=.03$; $B= -.26$.21
Qualidade de Vida Mental	Neuroticismo . $p=.001$; $B=-.442$ Ou Desinvest. comport. $p=.02$, $B= -.23$.20 .10

Regressão Linear

Com base nestes resultados é possível estabelecer um modelo teórico de predição da qualidade de vida e saúde mental pré-transplante-pós-transplante. Segundo este modelo os MC utilizados no período pré-transplante determinam a qualidade de vida e saúde mental no período pós-transplante (Fig. 8.6.1.1).

Fig. 8.6.1.1 -Modelo teórico de qualidade de vida e saúde mental pré-transplante-pós-transplante



Este modelo corresponde a uma adaptação modelo de Moos e Shaefer (7), apresentando no entanto, especificidades únicas consequentes da dinâmica do processo de transplantação. De acordo com o modelo de Moos e Shaefer (1993), o sistema ambiental e o sistema pessoal (que inclui as características sociodemográficas e alguns recursos pessoais que podem influenciar o *coping*) associados aos acontecimentos de vida (relacionadas com factores situacionais, nomeadamente os estados de transição ou de surgimento de uma doença) determinam a percepção cognitiva e os MC. Todo este sistema pode influenciar o estado da saúde e a qualidade de vida (Fig. 3.1, página 91). Um modelo semelhante a este foi demonstrado no período pós-transplante pelo autor (Anexo III).

No modelo representado na Fig. 8.6.1.1, os MC utilizados no período pré-transplante determinam fortemente a qualidade de vida e a saúde mental no 12º mês após o transplante (e não no período pré-transplante).

Para avaliar a associação entre os MC (pré-transplante) e a personalidade foram inicialmente usados testes de análise bivariada (coeficiente de correlação de Pearson) (Quadro 8.6.1.2).

Quadro 8.6.1.2. Associação: personalidade e variáveis psicossociais . 12 meses pós-transplante.

12M Pós Transp	Neuroticismo	Extroversão	Abertura	Agradabilidade	Conscienciosidade
Distracção					
Coping Act.					
Negação	.331				
Uso de Subst					
Suporte Emoc				.42**	
Suporte Instrum					
Desinv Comport	.38**				
Expres Emocion		.27*			
Reinterp Posit					
Planificação					
Humor	-.35**				
Aceitação					
Culpabilização					
Ansiedade	.47**				
Depressão	.37**				
Qual Vida Física					
Qual. Vida Mental	-.27*				

Coefficiente de Pearson

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Em termos conceptuais, podemos aceitar que a relação entre personalidade com MC seja unilateral. Porém, para nos certificarmos deste facto aplicámos modelos de regressão linear (em que incluímos além das variáveis sociodemográficas as dimensões de personalidade) a cada um dos MC em causa (negação, culpabilização, expressão emocional e desinvestimento comportamental). Obtivemos modelos de regressão para todos estes MC (com excepção da expressão emocional), em que o neuroticismo era o único determinante (Quadro 8.6.1.3).

Quadro 8.6.1.3 - Determinantes dos mecanismos de *coping* pré-transplante

Variável Dependente 12M	Determinantes Pré Transplante	R ²
Culpabilização	Neuroticismo- p=.01; B=.23	.10
Negação	Neuroticismo- p=.000; B=.34	.12
Desinvestimento Comportamental	Neuroticismo- p=.002; B=.28	.10

Regressão Linear

A capacidade preditora das variáveis neuroticismo, culpabilidade, negação, expressão emocional, desinvestimento comportamental e componente físico da qualidade de vida pré-transplante sobre a ansiedade, depressão e qualidade de vida no 12^o mês pós-transplante, bem como a associação entre o neuroticismo, culpabilidade, negação e desinvestimento comportamental e entre ansiedade, depressão e componentes físico e mental da qualidade de vida foram confirmadas por intermédio de uma regressão linear múltipla multivariada com AMEE (análise do modelo de equações estruturais), com estimação dos parâmetros pelo método da máxima verosimilhança implementado no *software* AMOS V. 16, SPSS.

O modelo ajustado à ansiedade e depressão explica 53% e 57 % da variabilidade destas variáveis e apenas 40% da qualidade de vida física e 10% da qualidade de vida mental. Todas as trajectórias consideradas revelaram-se estatisticamente significativas ($p < 0,05$) o que corrobora a estrutura teórica enunciada (Fig.8.6.1.2)

Foram tidos em conta os pressupostos para a realização deste método: Normalidade multivariada: não há testes de normalidade multivariada implementada nos *softwares* de análise estatística. No entanto para Kline (1998) (8), pode-se deduzir sobre a normalidade multivariada se as variáveis utilizadas no modelo tiverem normalidade univariada ou não houver violações

graves desta normalidade (valores de $Sk < 3$ - enviesamento para a esquerda ou direita - e $Ku < 8 - 10$ - achatamento). Esta situação confirma-se uma vez que as variáveis são de distribuição normal univariada.

Linearidade: o modelo implica relações lineares entre as variáveis. A análise gráfica confirma o pressuposto de que as nossas variáveis se associam linearmente.

Co-variâncias amostrais não nulas: as variáveis devem apresentar algum tipo de associação. Este pressuposto é cumprido uma vez que foi feita análise de correlações bivariada previamente.

Ausência de multicolinearidade: Este pressuposto encontra-se satisfeito, uma vez que os valores de VIF e da tolerância não ultrapassam os valores aconselháveis ($VIF > 10$ e tolerância próxima de zero).

Amostras de grande dimensão: Em regra exige amostras com dimensão de 200 a 400. A nossa amostra possui uma dimensão inferior ao que é recomendado, no entanto o que diz a literatura sobre o assunto é que quando a dimensão da amostra é muito inferior ao mínimo exigido não é possível calcular a matriz de co-variâncias assintótica, o que no nosso caso não aconteceu (9).

Medida forte: As variáveis devem ser medidas em escalas do tipo quantitativo, o que no nosso caso se verifica.

Inexistência de outliers: A existência de *outliers* foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis (D^2) e a normalidade das variáveis exógenas foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (SK) e curtose (ku) uni e multivariada. Foi feita análise de *outliers* através de análise gráfica, não se tendo detectado.

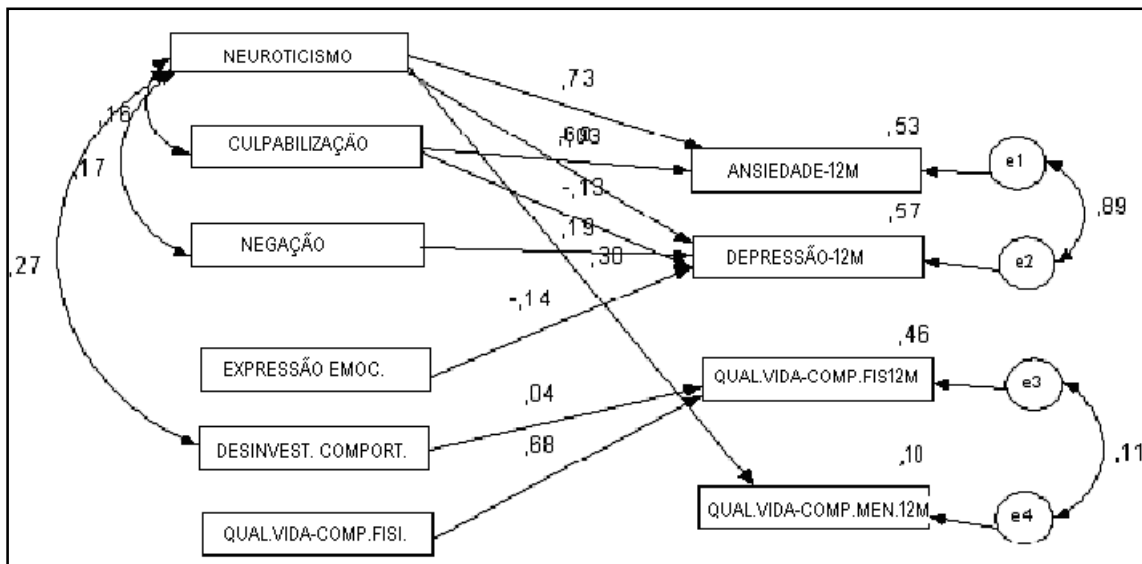


Fig. 8.6.1.2 - Confirmação do modelo teórico por análise do modelo de equações estruturais

8.6.3) Quais os determinantes da evolução médica pós-transplante?

- DIAS DE INTERNAMENTO

De acordo com trabalhos recentes o número de dias de internamento pós-transplante é um excelente indicador do sucesso médico do transplante, além de determinar o custo desta intervenção (10).

Concluiu-se que os factores com uma correlação estatisticamente significativa com os dias de Internamento no pós-transplante eram: o *coping* activo (coef. Pearson: -0,35**), a aceitação (coef. Pearson: -0,24*) e o suporte social (coef. Pearson: -0,25*).

Obteve-se um modelo de regressão através do método *stepwise*, em que permaneceram as variáveis: *coping* activo e insuficiência hepática significativa. Este modelo explica em 30% a variância dos dias de internamento (Quadro 8.6.3.1).

NOTA:
* $p < 0,05$
** $p < 0,01$

R=.54 R ² =.30	Beta	T	Sig.
Sem Insuficiência hepática=0 (Variável de ref.) Com Insuficiência Hepática=1	-.8.76	-39	.001
Coping Activo	-2.67	-34	.005

Quadro 8.6.3.1 . Determinantes dos dias de internamento pós-transplante

Regressão Linear

- MORTALIDADE

Para avaliar os determinantes da mortalidade (variável dicotómica), recorreu-se a um método de regressão logística.

Antes de inserir as variáveis independentes no modelo de regressão tentou encontrar-se associações através de análise bivariada, neste caso usando o teste de Mann-Whitney. Fez-se esta análise com todas as variáveis psicossociais.

Concluiu-se que as variáveis que se associavam significativamente à mortalidade eram o suporte social ($z = -2,34$; $p = 0,02$), o neuroticismo ($z = -2,00$, $p = 0,05$).

No modelo de regressão logística, verificou-se que apenas se associavam significativamente com a mortalidade, o suporte social (OR: 1,68, $p = 0,05$) e o neuroticismo (OR: 0,88, $p = 0,03$) e quase significativamente a insuficiência hepática (OR: 3,19; $p = 0,07$).

Por questões conceptuais neste modelo decidiu-se aceitar uma significância estatística $p < 0,01$, permitindo incluir a insuficiência hepática no grupo dos determinantes da mortalidade (Quadro 8.6.3.2).

Quadro 8.6.3.2 . Determinantes da Mortalidade aos 12m pós-transplante

Regressão Logística	Coef	SE	OR (95%CI)	P
Suporte Social	.51	.26	1.68 (1.0-2.8)	.05
Neuroticismo	-.13	.06	.88 (.78-.99)	.03
Insuficiência Hepática	1.83	1.02	3.19 (.07-6.2)	.07

Regressão Logística

- COMPLICAÇÕES

Para avaliar os determinantes das complicações (variável dicotómica), recorreu-se a um método de regressão logística.

Antes de inserir as variáveis independentes no modelo de regressão tentou encontrar-se através de análise bivariada, neste caso usando o teste de Mann-Whitney. Fez-se esta análise com todas as variáveis psicossociais.

Concluiu-se que a variável que se associava significativamente à mortalidade era a depressão ($z = -2,00$, $p = 0,04$). Foram incluídos na regressão factores sociodemográficos e médicos, psicossociais e outros, que podiam funcionar como factores de confundimento.

Neste modelo apenas se mostrou significativa a associação da presença de complicações à presença de insuficiência hepática no período pré-transplante (sendo excluídos os factores psicossociais). Pode se questionar se a exclusão dos vários factores é devida à complexidade da variável complicações, podendo esta dizer respeito a várias realidades distintas.

Por estes motivos, são construídos apenas dois modelos psiquiátricos e psicossociais preditores para a evolução clínica após o transplante hepático (Fig. 8.6.3.1). Nestes, a mortalidade pós-transplante é determinada pelo neuroticismo, pelo suporte social e pela presença de insuficiência hepática significativa no pré-transplante, e os dias de internamento pós-transplante são

determinados pelo *coping* activo e pela presença de insuficiência hepática significativa no pré-transplante.

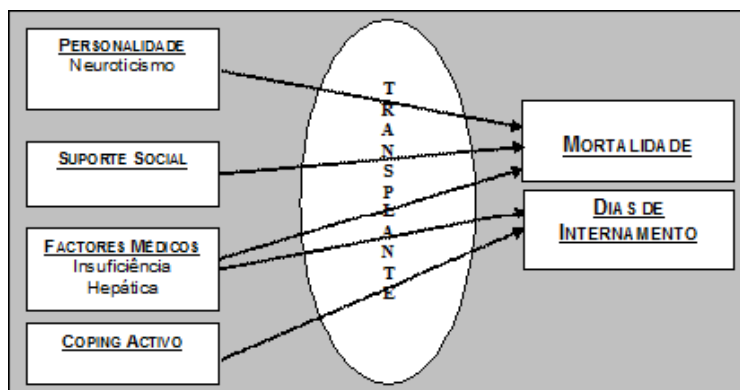


FIGURA 8.6.3.1 . Modelos teóricos de evolução clínica pré-transplante-pós-transplante

8.6.4) Quais os determinantes da adesão ao 12º mês pós-transplante?

Os determinantes foram avaliados para cada uma das dimensões do QMA.

Primeiro tentou-se encontrar correlações através de testes de estatística bivariada (coef. de Pearson) entre as dimensões de adesão e as variáveis psicossociais. Apenas se encontrou associações para a dimensão adesão à medicação, pelo que foi com esta dimensão que foi construído um modelo de regressão.

Concluiu-se que os factores com uma correlação estatisticamente significativa com a subescala de adesão à medicação no 12º mês pós-transplante eram: a adesão à medicação aferida no período pré-transplante e a subescala de controlo pessoal do IPQ.

Obteve-se um modelo de regressão através do método *stepwise*, em que permaneceram as variáveis: adesão à medicação pré-transplante e controlo pessoal da doença. Este modelo explica em 27% a variância da adesão à medicação no 12º mês pós-transplante (Quadro 8.6.4.1).

R=.51 R ² =.27	Beta	T	Sig.
Adesão PréTransplante	.37	2.51	.01
Controlo Pessoal da Doença	.32	2.16	.03

Quadro 8.6.4.1 . Determinantes da adesão pós-transplante

Regressão Linear

Pode assim ser construído um modelo teórico preditivo da adesão no período pós-transplante. Neste modelo, a adesão à medicação é determinada, em grande parte, pela adesão e pelas crenças de controlo pessoal sobre a doença aferida no período pré-transplante (Fig. 8.6.4.1).

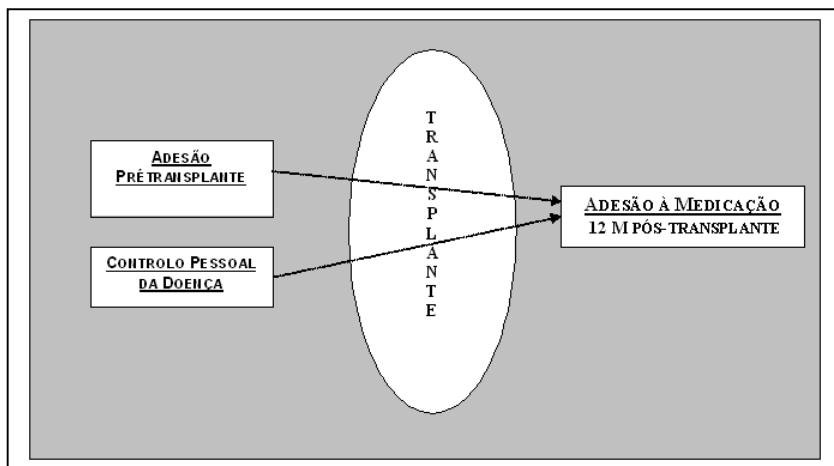


Fig. 8.6.4.1 - Modelo preditivo da adesão pós-transplante

SÍNTESE DOS RESULTADOS DO PONTO 8.6 (ATÉ QUE PONTO OS FACTORES PSIQUIÁTRICOS E PSICOSSOCIAIS AFERIDOS NO PERÍODO PRÉ-TRANSPLANTE DETERMINAM A EVOLUÇÃO PSIQUIÁTRICA, MÉDICA, A QUALIDADE DE VIDA E A ADEÇÃO NO 12 MÊS PÓS-TRANSPLANTE)

Concluiu-se através de vários modelos de regressão que:

- A ansiedade 12 meses após o transplante era determinada pelo neuroticismo e pela culpabilização, explicando este modelo 30% da variância da ansiedade no 12º mês após o transplante.
- A depressão 12 meses após o transplante era determinada pelo neuroticismo e pela negação e expressão emocional, explicando este modelo 31% da variância da depressão no 12º mês após o transplante.
- A componente física da qualidade de vida 12 meses após o transplante era determinada pela componente física da qualidade de vida (do pré-transplante) e pelo desinvestimento comportamental, explicando este modelo 24% da variância da componente física da qualidade de vida no 12º mês após o transplante.
- A componente mental da qualidade de vida 12 meses após o transplante era determinada pelo neuroticismo, explicando este modelo 20% da variância da componente mental da qualidade de vida no 12º mês após o transplante.

Com base nestes factos foi construído um modelo teórico pré-transplante-pós-transplante da qualidade de vida e saúde mental (Fig. 8.6.1.1, página 246). Segundo este modelo, um indivíduo no período pré-transplante em função das suas características pessoais (personalidade) e acontecimentos vitais (doença de base) reage com determinados MC de forma a fazer face à situação de doença. Estes MC utilizados no período pré-transplante determinam a qualidade de vida e saúde mental no período pós-transplante. O modelo teórico foi confirmado por análise do modelo de equações estruturais

No que se refere aos modelos preditivos da evolução clínica pós-transplante, verificou-se que os factores psicossociais pré-transplante que co-determinavam a mortalidade eram o neuroticismo e o suporte social e que o *coping* activo (pré-transplante) era co-determinante dos dias de internamento pós transplante (a par da presença de insuficiência hepática significativa pré-transplante) (Fig. 8.6.3.1, página 253).

Demonstrou-se, através de um modelo de regressão, que os únicos determinantes da adesão à medicação no 12º mês pós transplante eram a adesão pré-transplante e a crença de controlo pessoal da doença pré-transplante. Este modelo explica em 27% a variância da subescala adesão à medicação no 12º mês pós-transplante (Fig. 8.6.4.1, página 254).

REFERÊNCIAS

- 1- MURRAY K, CARITHERS R. AASLD Practice Guidelines: Evaluation of The Patient for Liver Transplantation. *Hepatology* 2005; 6: 1-26
- 2- SALES-LUIS ML, GALVÃO M, SOUSA G, ALVES MM, SERRÃO R. Plasma Exchanges on : the treatment of Familial Amyloidotic Polyneuropathy, Portuguese Type. In: Costa PP, Freitas AF, Saraiva MJ. Eds. Familial amyloidotic polyneuropathy and other transthyretin related disorders. *Arquivos de Medicina* 1990; 3: 361-369
- 3- BERTOQUINI V, PAIS-RIBEIRO J. Estudo de formas reduzidas do Neo-pi-r. *Psicologia: Teoria e Prática* 2006; 11 (1)
- 4- PAIS-RIBEIRO J. O importante é a saúde: estudo de adaptação doSF-36. Lisboa 2005. Fundação Merck

- 5- AGUIAR P. Guia Prático Climepsi de Estatística emm Investigação Epidemiológica: SPSS. CLIMEPSI Eds. Lisboa 2007
- 6- KATZ M. Multivariate Analysis. A practical Guide for Clinicians 2ndEd. Cambridge University Press. Cambridge 2006
- 7- MOOS RH, SHAEFER JA. Coping resources and processes: Current concepts and measures. In Goldberger & S Brenitz eds. Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects. 1993, 2nd ed, 234-257 New York
- 8- KLINE, R . Principles and Practices of Structural Equation Modeling. The Guilford Press. New York 1998
- 9- BLUNCH, N J. Introduction to Structural Equation Modelling using SPSS and AMOS. Sage Publications. London 2008
- 10- SMITH JO, SHIFFMAN ML, BEHNKE M, ET AL. Incidence of prolonged length of stay after orthotopic liver transplantation and its influence on outcomes. Liver Transpl. 2009 Mar;15(3):273-279

Capítulo IX

Discussão e Conclusões

Neste capítulo serão sumarizadas as respostas a cada um dos objectivos e feita uma discussão dos resultados. Por fim serão apresentadas as implicações para a prática clínica dos resultados e propostas de intervenção, bem como explicitadas as limitações do estudo.

9.1) CARACTERIZAR DO PONTO DE VISTA PSIQUIÁTRICO E PSICOSSOCIAL E RELATIVAMENTE À QUALIDADE DE VIDA OS DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE HEPÁTICO EM CADA UMA DAS FASES DA SUA EVOLUÇÃO CLÍNICA (ANTES E DEPOIS DA INTERVENÇÃO)

Verificou-se que 61% dos doentes do grupo de estudo tinham algum tipo de antecedente psiquiátrico (24,19% já havia tido um episódio depressivo *major*, 16,13% sintomatologia compatível com perturbação de ansiedade generalizada, 22,58% dependência/abuso de álcool, 19,35% dependência/abuso mistos e 4,83% dependência ou abuso de outros).

No momento da avaliação pré-transplante, 58% dos doentes preenchiam critérios de alguma perturbação psiquiátrica (17,74% episódio depressivo *major*, 14,53% perturbação de ansiedade generalizada, 20,96% perturbação de adaptação, 3,22% dependência/abuso de outras substâncias que não álcool).

Após 12 meses do transplante apenas 20,97% dos doentes transplantados cumpriam critérios para um diagnóstico psiquiátrico (percentagem significativamente inferior àquela verificada para o grupo de controlo). Nesta fase, 6,45% apresentavam um episódio depressivo *major*,

6,45% uma perturbação de ansiedade, 9,67% uma perturbação de adaptação e 1,6% abuso de álcool.

As prevalências das perturbações psiquiátricas do presente estudo estão dentro dos valores apresentados na maioria dos trabalhos disponíveis nesta área. No que concerne à prevalência de ansiedade e depressão clinicamente significativas no transplante hepático, de acordo com a revisão de Telles-Correia 2009 (1), verifica-se que os valores se encontram entre os 4,5% (Trzepacz, 1989) e 64% (Singh, 1997) (2,3) no período pré-transplante e os 2,9% (O'Carroll, 2003) e os 85% (House, 1988) (4,5) no período pós-transplante; para a ansiedade os valores rondam os 20,8% (Telles-Correia, 2008) e os 37% (Rodriguez, 1993) (6,7) no período pré-transplante e os 2,4% (Gledhill, 1998) e 65% (House, 1988) (5,8) no período pós-transplante. A grande discrepância de valores relaciona-se com os diferentes perfis de doentes incluídos nos estudos e com diferentes formas de avaliação (1).

A taxa de recaída de perturbações relacionadas com o uso de álcool, foi, no grupo dos doentes com DHA de 1/24 (4,2%). Nos estudos publicados, as taxas de recaída de abuso ou dependência de álcool varia entre os 6% (Starzl, 1988) e os 80% (Howard, 1994) (9,10). Esta discrepância prende-se com a variabilidade de métodos diagnósticos utilizados e com o tempo decorrido após o transplante. O baixo valor encontrado para a prevalência de recaída do abuso ou dependência de álcool no presente estudo, prende-se, provavelmente, com o período de análise ser apenas de um ano após o transplante.

Foi possível verificar que os MC mais utilizados quer no período pré-transplante, quer no período pós-transplante foram o *coping* activo, a aceitação e o planeamento. Este perfil dos MC foi já descrito noutros tipos de transplante como o pulmonar (Myakovsky, 2006) (11) e o renal (Lindqvist,

2003; Sutton, 1989) (12,13), embora nunca o tenha sido feito para o transplante hepático.

Verificou-se, no estudo presente, que havia uma evolução favorável (desde o período pré-transplante até aos 12 meses após transplante) dos MC focados no problema e dos MC focados na emoção, sendo a diferença estatisticamente significativa para o desinvestimento comportamental, para a negação, reinterpretação positiva, aceitação e humor. Foi possível notar que a grande evolução dos MC se deu logo aos seis meses pós-transplante, tendo depois, na maioria dos casos, havido um acréscimo desta mudança até ao 12º mês.

Esta variação está de acordo com a teoria situacional dos MC, segundo a qual perante situações diversas os indivíduos têm a capacidade de encontrar respostas adaptativas diferentes (14).

O carácter dinâmico dos MC, que foi demonstrado neste estudo, vem também de encontro às conclusões dos trabalhos existentes na área do transplante renal (Rapisarda, 2006) (15) e pulmonar (Sutton, 1989) (16), onde se demonstrou uma boa evolução da negação e de outros MC centrados na emoção. Não foram encontrados estudos publicados que avaliassem esta dinâmica no transplante hepático.

Concluiu-se, também, que os *scores* de ansiedade e depressão sofriam uma redução significativa ao longo do primeiro ano após transplante hepático. Da mesma forma também os *scores* das componentes física e mental da qualidade de vida sofriam uma melhoria significativa.

Foi possível notar que a franca melhoria das *scores* das variáveis psiquiátricas (ansiedade e depressão), bem como das componentes da

qualidade de vida, se deu logo aos seis meses pós-transplante, tendo depois havido um acréscimo desta mudança até ao 12º mês.

Estes resultados vêm de encontro aos estudos publicados nesta área. Telles-Correia (2009) (1), na sua revisão sobre a ansiedade e depressão no doente transplantado, faz referência vários autores que demonstraram uma redução dos níveis de ansiedade e depressão no período pós-transplante renal (Virzi, 2007; Karaminia, 2007; Travallai, 2005; Perez-San-Gregorio, 2005) (17,18,19,20), cardíaco (Karapolat, 2007) (21), pulmonar (Burker, 2004; Verbeulen, 2003) (22,23) e hepático (O'Carroll, 2003; Russel, 2007) (4,24). Apenas foi encontrado um estudo que faz referência a uma franca melhoria dos scores de ansiedade e depressão numa fase precoce do transplante (antes dos seis meses), no contexto de transplante renal (Travallai, 2005) (19).

No que se refere à evolução dos indicadores de QV, Telles-Correia 2009 (25), apresenta também, numa revisão sobre o tema, vários autores que concluíram haver uma melhoria nos vários parâmetros de qualidade de vida após o transplante hepático (Kober, 1990; Lowe, 1990; Bonsel, 1990; Tarter, 1991; Moore, 1992; Younossi 2000; O'Carroll, 2003; Karam, 2003; Kousoulas, 2008) (3,26-33), renal (Devins, 1990; Gouge, 1990; Lai, 1992; Benedetti, 1992) (34-37) e cardíaco (Caine, 1991; Busschbach, 1994; Karapolat, 2007) (38-40).

Alguns autores verificaram que esta melhoria nos indicadores da QV se observava nas fases mais precoces do período pós-transplante hepático (Telles-Correia, 2009; Price, 1995) (41,42).

Verificou-se que a adesão relativa à toma de medicação aumentou de forma estatisticamente significativa. Foi possível notar que a grande evolução positiva dos scores da adesão se deu nos primeiros seis meses após transplante, tendo havido depois uma estabilização.

Não foram encontrados estudos que comparem a adesão do período pré-transplante com a do período pós-transplante.

9.2) VERIFICAR AS DIFERENÇAS NA EVOLUÇÃO DAS VARIÁVEIS PSIQUIÁTRICAS E DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE OS DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE (GRUPO DE ESTUDO) E AQUELES QUE PERMANECEM A AGUARDAR O TRANSPLANTE (GRUPO DE CONTROLO), AO LONGO DOS VÁRIOS PERÍODOS

Relativamente às perturbações psiquiátricas, no pré-transplante não havia diferenças entre o grupo de controlo e o de estudo mas ao 12º mês o grupo de controlo apresentava um número de diagnósticos significativamente superior.

Verificou-se que, quer os *scores* de ansiedade e de depressão, quer aqueles da componente física e mental da qualidade de vida, não apresentavam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de estudo e o grupo de controlo no período pré-transplante.

No 12º mês pós-transplante havia diferenças significativas entre o grupo de estudo e o grupo de controlo no que se refere à ansiedade e depressão bem como às componentes física e mental da qualidade de vida (padrão mais favorável no grupo de estudo).

O perfil psiquiátrico mais favorável encontrado nos doentes submetidos a transplante hepático, comparativamente com os que aguardam transplante, era esperado devido à elevada morbilidade psiquiátrica nos candidatos a transplante (Telles-Correia, 2008; Singh, 1997; Norris, 2002; Virzi, 2007) (6,2,43,17) e à boa evolução dos indicadores de saúde mental após o transplante (facto já explorado neste capítulo).

Concluiu-se que o perfil psiquiátrico dos doentes transplantados evoluía de forma positiva do pré para o pós-transplante. Esta conclusão foi obtida utilizando classificações psiquiátricas categoriais e taxonómicas (perturbações psiquiátricas) e classificações dimensionais (níveis de ansiedade e depressão); usando os próprios doentes como grupo de controlo (comparando os dois momentos pré e pós-transplante) e recorrendo a um grupo de controlo independente (constituído pelos doentes que aguardam transplante).

O mesmo se verificou para as componentes física e mental da qualidade de vida.

Também os MC e a adesão à medicação evoluíram de forma positiva no grupo de doentes transplantados.

9.3) VERIFICAR AS DIFERENÇAS NA EVOLUÇÃO DAS VARIÁVEIS PSIQUIÁTRICAS E DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE OS DOIS GRUPOS CLÍNICOS PRINCIPAIS DE DOENTES TRANSPLANTADOS: COM DOENÇA HEPÁTICA E SEM DOENÇA HEPÁTICA (PARAMILOIDOSE)

Quando comparados com um grupo de controlo de doentes não transplantados com PAF, nem a depressão, nem a ansiedade, nem a qualidade de vida mental apresentavam scores mais favoráveis no grupo de doentes submetido a transplante hepático, relativamente aos doentes que aguardavam transplante.

Também se verificou que a melhoria dos scores de ansiedade e depressão foi superior para os doentes sem PAF (a diferença estatística não foi, porém, significativa). A evolução das componentes física e mental da qualidade de vida foi significativamente melhor nos doentes sem PAF.

Ao longo do primeiro ano pós-transplante verificou-se que os doentes com PAF tinham uma evolução menos favorável em vários MC focados no problema (*coping* activo, desinvestimento comportamental) e focados na emoção (aceitação), quando comparados com os outros doentes transplantados.

Não há referência de que o perfil psiquiátrico dos doentes paramiloidóticos submetidos a transplante hepático tenha sido explorado até ao presente trabalho.

Telles-Correia (2008) demonstrou que a prevalência de perturbações psiquiátricas nos doentes com PAF que aguardam transplante é elevada (sobretudo no que se refere às perturbações depressivas, de ansiedade e de adaptação) (6). Esta situação pode dever-se, pelo menos em parte, ao facto de estes doentes serem portadores de uma doença genética potencialmente fatal (44).

A fraca evolução, no que se refere aos MC, no período pós-transplante pode associar-se a vários factores, nomeadamente à escassa familiaridade que estes doentes têm em relação às intercorrências agudas aliada a uma aprendizagem vicariante deficiente por parte dos familiares que, na maioria dos casos, não tiveram contacto com este tratamento inovador (restando-lhes aceitar com passividade o desenlace fatal). Por outro lado, podem as expectativas destes doentes ser irrealistas no que se refere à recuperação pós-transplante que não inclui uma regressão dos sintomas disautonómicos já adquiridos (6). Estas hipóteses estão de acordo com os factores que podem influenciar os MC descritos por vários autores. Deverão ser feitos estudos posteriores para as confirmar.

Os doentes com PAF, ao contrário dos outros doentes transplantados, não apresentam uma melhoria nos vários parâmetros que avaliam a saúde mental (depressão, ansiedade, qualidade de vida mental).

Por outro lado, eles apresentam uma pior evolução no que se refere ao uso de MC adaptativos no período pós-transplante.

Uma vez que, de acordo com a investigação efectuada no que se refere à associação das variáveis psiquiátricas e qualidade de vida após o transplante (Anexo III), se demonstrou que os indicadores de saúde mental eram co-determinados pelos MC no período pós-transplante, pode-se pôr a hipótese de que a pior evolução, nomeadamente no que se refere à saúde mental, esteja relacionada com o padrão de MC usados por estes doentes no período pós-transplante.

9.4) VERIFICAR AS DIFERENÇAS NA EVOLUÇÃO DAS VARIÁVEIS PSIQUIÁTRICAS E DA QUALIDADE DE VIDA ENTRE OS DOIS GRUPOS DE DOENTES HEPÁTICOS PRINCIPAIS: COM E SEM DOENÇA HEPÁTICA ALCOÓLICA

Evidenciou-se uma melhoria significativa em todos parâmetros (ansiedade, depressão, componentes física e mental da qualidade de vida) do grupo de estudo de doentes com DHA em relação ao subgrupo de controlo de doentes com DHA não transplantados.

Foi comparada a evolução (entre período pré-transplante e 12 meses após o transplante) dos scores das variáveis estudadas (ansiedade, depressão, qualidade de vida e MC), verificando-se que não havia diferenças estatisticamente significativas entre os doentes submetidos a transplante com e sem doença hepática alcoólica.

Ao longo do primeiro ano pós-transplante verificou-se que os doentes com DHA tinham uma evolução favorável em todos os principais MC focados no problema e focados na emoção.

Uma vez que, de acordo com a investigação efectuada no que se refere à associação das variáveis psiquiátricas e qualidade de vida após o transplante (Anexo III), se demonstrou que os indicadores de saúde mental eram co-determinados pelos MC no período pós-transplante, poderá ter havido um reajuste adaptativo no que se refere ao recurso a alguns MC o que explicaria o padrão favorável de evolução das variáveis psiquiátricas e da qualidade de vida nos doentes com DHA.

9.5) VERIFICAR SE OS FACTORES PSQUIÁTRICOS E PSICOSSOCIAS AFERIDOS NO PERÍODO PRÉ-TRANSPLANTE DETERMINAM A EVOLUÇÃO PSQUIÁTRICA, MÉDICA, DA QUALIDADE DE VIDA E DA ADESÃO NO 12 MÊS PÓS-TRANSPLANTE

Concluiu-se através de vários modelos de regressão que:

- A ansiedade 12 meses após o transplante era determinada pelo neuroticismo e pela culpabilização, explicando este modelo 30% da variância da ansiedade no 12º mês após o transplante.
- A depressão 12 meses após o transplante era determinada pelo neuroticismo e pela negação e expressão emocional, explicando este modelo 31% da variância da depressão no 12º mês após o transplante.
- A componente física da qualidade de vida 12 meses após o transplante era determinada pela componente física da qualidade de vida (do pré-transplante) e pelo desinvestimento comportamental, explicando este modelo 24% da variância da componente física da qualidade de vida no 12º mês após o transplante.

- A componente mental da qualidade de vida 12 meses após o transplante era determinada pelo neuroticismo, explicando este modelo 20% da variância da componente mental da qualidade de vida no 12º mês após o transplante.

Com base nestes factos foi construído um modelo teórico pré-transplante-pós-transplante da qualidade de vida e saúde mental (Fig. 8.6.1.1, página 246). Segundo este modelo, um indivíduo no período pré-transplante em função das suas características pessoais (personalidade) e acontecimentos vitais (doença de base) reage com determinados MC de forma a fazer face à situação de doença. Os MC utilizados no período pré-transplante determinam a qualidade de vida e saúde mental no período pós-transplante.

Este facto, que de acordo com a teoria situacional (ou contextual) dos MC parece um paradoxo, pode ser explicado, pelo facto dos MC do pré-transplante se correlacionarem fortemente aos MC do período pós transplante (Quadro 9.1) (14).

Quadro 9.1. Associação entre o *coping* pré-transplante e pós-transplante (12 m)

	Negação pós-trans 6m	Culpabiliz. pós-trans 6m	Expr.Emoc. pós-trans 6m	Des. Comp. pós-trans 6m	Negação pós-trans 12m	Culpabiliz. pós-trans 12m	Expr.Emoc. pós-trans 12m	Des. Comp. pós-trans 12m
Negação pré-trans	.44**				.39**			
Culpabilização pré-trans		.34**				.52**		
Expressão Emoc. pré-trans			.35**				.40**	
Desinv. Comport. pré-trans				.34**				.4**

Coeficiente de Pearson
**p<0,01

Assim, embora os MC estejam em constante mudança desde o pré ao pós-transplante (conforme demonstrado anteriormente), aqueles do pré-transplante correlacionam-se muitíssimo com os do período pós-transplante. Os MC no pós-transplante por sua vez associam-se de forma importante à qualidade de vida e à saúde mental (Anexo III).

Esta hipótese vai de encontro ao questionamento clássico que surge das duas abordagens distintas do *coping*: uma disposicional (com especial

interesse sobre os mecanismos intraindividuais), particularmente defendida pelos autores com uma inspiração psicanalítica, que subentende que um conjunto de factores estáveis dos indivíduos está na base da selecção dos MC (45); outra contextual que assume que são os factores situacionais aqueles que mais pesam na escolha dos MC (12,46).

Numa perspectiva disposicional, segundo vários autores como Krohne, (1993) (47), os MC (sendo, nesta linha usado frequentemente o termo de estilo de *coping*) podem ser organizados numa ou mais dimensões estáveis e independentes da experiência. Esta visão foi considerada reducionista pela maioria dos autores, não sendo hodiernamente comum a sua utilização.

A perspectiva situacional assume que é o contexto de *stress* o determinante na escolha dos MC. Lazarus e Folkman, nesta orientação, dividem os MC (aqui referidos como estratégias de *coping*) em dois grupos: o *coping* focado na emoção e o *coping* focado na resolução de problemas (48).

Porém, Lazarus, apesar da sua preferência situacional, chega a referir que «os MC teriam mais sentido se se compreenderem as características pessoais dos indivíduos que os manifestam em situações específicas» (48).

Carver, que investigou profundamente o conceito de personalidade mas também dedicou atenção ao estudo dos comportamentos, pretende conseguir uma unificação destas duas correntes. A visão dos autores que defendiam a abordagem constitucional é para Carver demasiado simplista. Assim, respeitando a classificação de Lazarus e Folkman, Carver constrói instrumentos (COPE e Brief COPE) que permitem verificar a estabilidade e variabilidade dos MC nos vários indivíduos (49).

Segundo este autor, os vários MC, embora variem ao longo do tempo, determinados pelos diferentes acontecimentos de vida, têm uma certa

tendência para se repetir nos indivíduos (o que pode dever-se a factores disposicionais ou de personalidade).

A maioria dos autores contemporâneos tendem a seguir esta abordagem integrativa, reconhecendo a importância quer dos factores disposicionais quer dos contextuais (50).

Fica assim comprovada, neste estudo prospectivo, a corrente teórica mais aceite neste momento, que conjuga as teorias disposicional e situacional dos MC.

Vários estudos demonstram a variação dos MC ao longo do processo do transplante (como explicado anteriormente neste capítulo). Porém, em nenhum foi encontrada uma reflexão sobre a estabilidade vs mudança dos MC antes e depois do transplante.

Embora esteja bem estabelecido que os MC adaptativos influenciem positivamente a saúde mental e a qualidade de vida (12,51,52,53), apenas Myakovsky (2003) (8) demonstrou haver, nos doentes transplantados (neste caso com transplante pulmonar), uma associação entre o recurso a MC evitantes e uma redução dos indicadores de QV. No Anexo III foi estudada a associação entre os MC do pós-transplante e a QV e saúde mental pós-transplante, tendo-se chegado à conclusão que havia uma influência positiva entre os MC adaptativos e a QV e saúde mental (relação inversa para os MC não adaptativos).

A associação entre MC usados no período pré-transplante e a evolução no período pós-transplante também não tinha ainda sido estabelecida. De acordo com a visão disposicional dos MC, esta associação faz todo o sentido.

Também, de acordo com o modelo teórico estabelecido no estudo actual (Fig. 8.6.1.1, página 246), uma dimensão da personalidade (neuroticismo)

determina, por intermédio dos MC e também de forma independente, a qualidade de vida e saúde mental no período pós-transplante.

A maioria dos estudos disponíveis têm associado o neuroticismo a MC não adaptativos (54-59). De acordo com Vaz Serra (2007), os indivíduos com elevados níveis de neuroticismo têm tendência a tomar uma atitude passiva, a deixarem-se arrastar pelos acontecimentos, a envolverem-se em estratégias de fuga ou evitamento e a procurarem lidar apenas com as emoções. O mesmo autor sublinha que estes têm também uma maior probabilidade para desenvolver atitudes de auto-acusação, em que tomam inteira responsabilidade do problema, de uma forma punitiva (60).

Não foi encontrado nenhum estudo no contexto de transplante que avaliasse estas relações.

O mesmo acontece para a relação directa entre neuroticismo e saúde mental ou qualidade de vida, em que vários estudos disponíveis confirmam esta relação (61). O Carroll (2003), demonstra a associação entre neuroticismo pré-transplante a qualidade de vida e a saúde mental (ansiedade e depressão) pós-transplante hepático (4).

No que se refere aos modelos preditivos da evolução clínica, verificou-se que os factores psiquiátricos e psicossociais que co-determinavam a mortalidade eram o neuroticismo e o suporte social e que o *coping* activo (pré-transplante) era co-determinante dos dias de internamento pós transplante (a par da presença de insuficiência hepática significativa pré-transplante) (Fig. 8.6.3.1, página 253). Relativamente à associação do neuroticismo com a mortalidade pós-transplante, não se conhecem trabalhos publicados que associem o neuroticismo à evolução clínica pós-transplante (embora O'Carroll, 2003, tenha comprovado haver uma correlação entre o neuroticismo pré-

-transplante e a qualidade de vida física pós-transplante) (4). Vários estudos associam o neuroticismo (ou dimensões semelhantes, obtidas com diferentes instrumentos) à mortalidade em doentes médicos e na população em geral (62-67). A explicação para a associação, aparentemente directa, do neuroticismo com a mortalidade, encontrada na população deste estudo, pode seguir três padrões: pode o neuroticismo determinar a mortalidade através de variáveis que mediem a presença deste traço de personalidade e os seus efeitos sobre a evolução médica (que não fossem avaliadas pelos instrumentos utilizados); pode este traço de personalidade interferir indirectamente sobre os MC reduzindo, por exemplo, a flexibilidade com que os indivíduos recorrem a eles; ou pode o neuroticismo desencadear ou potenciar directamente mecanismos biológicos deletérios também descritos por vários autores (68,69).

O *coping* activo pré-transplante mostrou ser o factor mais importante para explicar a duração do internamento pós-transplante. Vários estudos associam o mecanismo de CA ou outros com ele relacionados com a evolução clínica de várias patologias (70-72).

De acordo com trabalhos recentes o número de dias de internamento pós-transplante é um excelente indicador do sucesso médico do transplante, além de determinar o custo desta intervenção (73).

O valor preditivo do *coping* activo sobre os dias de internamento ou a evolução clínica em geral do doente transplantado não tinha ainda sido desenvolvido em qualquer estudo.

É relevante o facto do CA ter sido medido no pré-transplante. Mais uma vez se põe a hipótese deste MC se associar à evolução pós-transplante por se encontrar correlacionado com o CA pós-transplante. Foi pesquisada a associação entre CA pré-transplante, CA seis meses pós-transplante e CA 12

meses pós-transplante. Verificou-se que o CA pré-transplante estava associado ao *coping* activo seis meses após o transplante (coef Pearson: 0,40**) e 12 meses após o transplante (coef Pearson: 0,39**).

Por outro lado, demonstrou-se, através de um modelo de regressão, que os únicos determinantes da adesão à medicação no 12º mês pós transplante eram a adesão pré-transplante e a crença de controlo pessoal sobre a doença. Este modelo explica em 27% a variância da subescala adesão à medicação no 12º mês pós-transplante (Fig. 8.6.4.1, página 254)

Alguns estudos associam as crenças da doença a uma melhor adesão após transplante (74). Porém não foi encontrado nenhum estudo em que tenha sido estabelecida uma associação entre as crenças da doença no período pré-transplante e a adesão pós-transplante.

A adesão pós-transplante tem sido também por vários autores associada à adesão pós-transplante, facto que foi verificado no estudo actual (75).

Foi utilizado o conceito de mecanismo de *coping* adaptativo de Lazarus (1993): «adaptativos são os MC que são eficazes para promover a adaptação do indivíduo ao acontecimento de vida» (76).

Segundo a visão de Carver (1989) (14), com base nos resultados do estudo actual é possível descrever MC adaptativos e desadaptativos específicos do doente com transplante hepático (Fig. 9.2).

Mecanismos de <i>coping</i> adaptativos específicos do transplante hepático	Mecanismos de <i>coping</i> não adaptativos específicos do transplante hepático
Expressão Emocional ¹	Desinvestimento Comportamental ¹
<i>Coping</i> activo ¹	Culpabilização ¹
	Negação ¹

Fig. 9.2 - Mecanismos de *coping* específicos do transplante hepático
¹-Com valor preditivo pré-transplante-pós-transplante

NOTA:
 **p<0,01

Verificou-se que, quer os indicadores de saúde mental, quer aqueles de qualidade de vida, eram fortemente determinados pelos mecanismos de coping do período pré-transplante e pelo neuroticismo (directamente e por intermédio dos MC). Com base nestes factos foi construído um modelo teórico pré-transplante-pós-transplante da qualidade de vida e saúde mental.

No que se refere aos modelos preditivos da evolução clínica pós-transplante, verificou-se que os factores psicossociais pré-transplante que co-determinavam a mortalidade eram o neuroticismo e o suporte social e que o coping activo (pré-transplante) era co-determinante dos dias de internamento pós-transplante (a par da presença de insuficiência hepática significativa pré-transplante).

Observou-se também que os MC do período pré-transplante se correlacionavam com aqueles do pós-transplante, pelo que a relação pré-transplante-pós-transplante se poderá dever a isso. Por outro lado, fica comprovada neste estudo a componente disposicional dos MC aliada à situacional.

Verificou-se, através de um modelo de regressão, que os únicos determinantes da adesão à medicação no 12º mês pós transplante eram a adesão pré-transplante e a crença de controlo pessoal da doença pré-transplante.

Seguindo a visão de Carver, com base nos resultados do estudo actual é possível descrever MC adaptativos (expressão emocional, coping activo) e desadaptativos (desinvestimento comportamental, culpabilização, negação) específicos do doente com transplante hepático.

9.6 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

As conclusões deste estudo indicam que pode ser útil sinalizar os doentes com MC não adaptativos no período pré-transplante, e também com características de personalidade desadaptativas de forma a acompanhá-los com maior cuidado para melhorar a sua evolução psicossocial e médica.

Determinados grupos clínicos como o dos doentes com PAF deverão ser acompanhados com especial atenção devido à sua pior evolução no que se refere ao uso de MC adaptativos, o que pode mediar os seus resultados menos favoráveis a nível da saúde mental e qualidade de vida pós-transplante.

De acordo com este estudo, a adesão à medicação pré-transplante bem como as crenças sobre a doença pré-transplante determinam a adesão no período pós-transplante. Assim, seria importante sinalizar os doentes no período pré-transplante com piores perfis nestes dois parâmetros de forma a estruturar formas de acompanhamento específicas. O instrumento para avaliar a adesão validado pelo autor mostrou-se útil para este efeito.

9.7 INTERVENÇÕES SOBRE OS MECANISMOS DE COPING

Têm sido desenvolvidas técnicas cognitivo-comportamentais para otimizar os MC. Estas inspiram-se sobretudo no modelo transacional do *stress* de Lazarus. Neste modelo a avaliação da ameaça é tida como mediador essencial para o desenvolvimento dos MC. Lazarus distingue dois estádios principais de avaliação, um primário em que se estabelece se o estímulo é irrelevante, positivo ou indutor de *stress*, e um secundário (apenas utilizado no caso da avaliação primária ter dado o estímulo como indutor de *stress*) que

corresponde a um conjunto complexo de processos com vista a escolher os MC (76) (Fig. 9.8).

Outro tipo de avaliação definido por Lazarus é a reavaliação. Este tipo de avaliação, que, segundo o autor, não difere em essência dos outros tipos, segue-se à avaliação inicial (primária e secundária), podendo ser influenciada por novas informações originadas do exterior (como a forma como os pares reagem à mesma fonte de *stress*) e reflectir a eficácia ou ineficácia dos mecanismos de *coping* usados. Para simplificação esquemática não é incluída a reavaliação na Fig. 9.8.

De acordo com Zeidner (1996), a intervenção pode focalizar a avaliação primária ou secundária. Estando esta última mais associada à selecção de MC, as técnicas debruçam-se sobretudo nela (77).

Entre as técnicas mais utilizadas destacam-se a reestruturação cognitiva clássica em que as crenças disfuncionais relacionadas com o factor de *stress* ou com a forma de reagir a ele são identificadas, desafiadas e modificadas (77-79).

Dzurilla e Nezu (1999), referem uma forma mais sofisticada de resolução de problemas composta por quatro fases (80,60):

- 1) Definição e formulação . corresponde à concretização e objectivação do problema
- 2) Génese de soluções alternativas . passa por conceptualizar o maior número de alternativas possível
- 3) Tomada de decisão . corresponde a uma avaliação profunda das várias alternativas e escolher a mais adequada para o problema
- 4) Implementação e verificação das soluções . tem por objectivo a avaliação da eficácia da estratégia escolhida

Outra técnica usada é a informação. Lazarus (1984), chama à atenção para o facto de que a informação pode ser muito útil para a adaptação a determinadas intervenções médicas traumatizantes (81). Esta técnica foi aperfeiçoada ao extremo por Leventhal *et al.* (1979), em que a informação prévia a uma intervenção médica era centrada em vários pontos: procedimentos (descrição de todos os procedimentos e técnicas utilizados), sensações (simulação dos estímulos sensoriais), activação noradrenérgica (descrição dos sinais de activação), intensidade (descrição da intensidade da dor). De acordo com o estudo deste autor, a qualidade ou quantidade da informação correlacionava-se com uma adaptação emocional e comportamental à intervenção médica (82).

Uma técnica, mais comportamental, corresponde ao treino comportamental de MC eficazes com compreensão subsequente da sua utilidade (77,79).

Porém, de acordo com Zeidner (1996), o ponto inicial de qualquer intervenção deverá ser identificar os MC adaptativos e não adaptativos específicos para uma dada população. É nestes MC que a intervenção deve ser centrada (77).

Neste estudo foram identificados os MC adaptativos e não adaptativos específicos para o transplante hepático. Além disso foram encontrados MC que, quando presentes no período pré-transplante, podem determinar a evolução no período pós-transplante.

Para a confirmação dos nossos resultados são úteis novos estudos em que intervenções sejam ensaiadas, centradas nos MC específicos desta população.

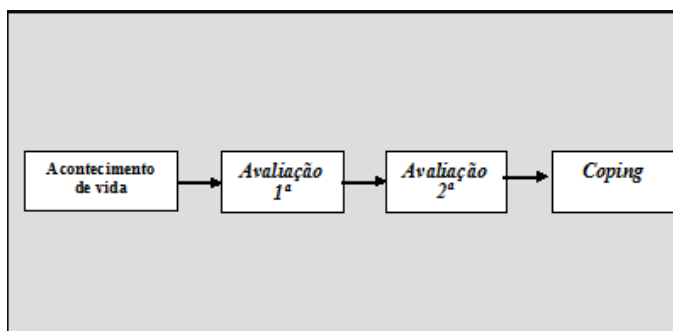


Fig. 9.8 - Modelo transicional de stress de Lazarus adaptado de Lazarus, 1984

9.8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Numa área de crescente desenvolvimento como a psiquiatria de ligação, e tal como noutros estudos realizados em populações com doença física, foram sentidas algumas dificuldades e limitações na realização deste estudo. Essas limitações situam-se primordialmente em três áreas: desenho do estudo, características da amostra e material utilizado.

Relativamente ao primeiro ponto, consideramos que seria importante ter uma visão mais alargada no tempo após o primeiro ano de transplante. Porém, também temos em conta que para os objectivos do estudo, muito relacionados com a avaliação da dinâmica das variáveis psiquiátricas e psicossociais ao longo do processo de transplante, as mudanças que se deram no primeiro ano do período pós-transplante são primordiais.

Também neste ponto é necessário referir que o facto de o investigador do estudo ser o responsável pelo diagnóstico psiquiátrico taxonómico e simultaneamente intervir nas alterações psicofarmacológicas necessárias constitui uma limitação importante. Uma vez que em 10 doentes do grupo de estudo (e cinco do grupo de controlo) houve ligeiras alterações psicofarmacológicas, este deve, também, ser considerado um factor limitativo. Contudo, estas limitações foram minimizadas pelo facto de ter sido elaborada uma variável, %mudança psicofarmacológica+, incluída na análise estatística bi e multivariada.

No que concerne às características da amostra foram encontradas duas dificuldades: a impossibilidade de obter uma amostra aleatória e a limitação do número de doentes estudados. Ambos os aspectos são inerentes à população em estudo. Por um lado todo o processo de selecção e o limitado número de casos leva a que seja impossível encontrar uma amostra que preencha todos os critérios de aleatoriedade e que tenha um n elevado. Para fazer face a estes problemas foi escolhida uma amostra sequencial (a amostra mais comum em contexto de saúde) e o número de indivíduos foi superior à média do n encontrado nos estudos prospectivos na área publicados. Um subgrupo no qual o número de indivíduos foi particularmente pequeno corresponde ao dos doentes com PAF, o que, facilmente pode ser explicado pelo carácter raro desta doença.

Por fim, no que se refere aos instrumentos utilizados, a escolha foi feita com base numa profunda revisão da literatura, tendo-se optado por dar prioridade às classificações dimensionais e não categoriais ou taxonómicas. Todos os instrumentos utilizados foram validados para a população portuguesa. Na inexistência de instrumentos para avaliar a adesão, foi construído e validado um questionário para o efeito.

REFERÊNCIAS

- 1- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A. Ansiedade e Depressão em Medicina. Modelos e Avaliação. Acta Med Port. 2009 Jan-Feb;22(1):89-98
- 2- TRZEPACZ PT, BRENNER RP, VAN THIEL DH. A psychiatric study of 247 liver transplantation candidates. Psychosomatics 1989; 30: 147-153
- 3- SINGH N, GAYOWSKI T, WAGENER MM, MARINO IR. Depression in patients with cirrhosis, impact on outcome. Digestive Diseases and Sciences 1997; 42(7): 1421-1427
- 4- O'CARROL R, COUSTON M, COSSAR J, MASTERTON G, HAYES PC. Psychological outcome and quality of life following liver transplantation: a prospective, national, single-center study. Liver transplantation 2003; 9(7): 712-720
- 5- HOUSE RM, THOMPSON TL: Psychiatric aspects of organ transplantation. JAMA 1988; 260(4): 535-539
- 6- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, ET AL. Psychiatric differences between liver transplant candidates with familial amyloid polyneuropathy and those with alcoholic liver disease. Progress in Transplantation 2008 Jun;18(2):134-139.
- 7- RODRIGUEZ JR, DAVIS GL, HOWARD RJ. Psychological adjustment of liver transplant candidates. Clin 1993; 7: 227-229

- 8- GLEDHIL J, BURROUGH A, ROLLES K, DAVIDSON B, BLIZARD B, LLOYD G: Psychiatric and social outcome following liver transplantation for alcoholic liver disease: a controlled study. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 46: 359-368
- 9- STARLZ TE, VAN THIEL D, TZAKIS AG, et al: Orthopic liver transplantation for alcoholic cirrhosis. *JAMA* 1988; 260: 2542-2544
- 10- HOWARD L, FAHY T, WONG P, SHERMAN D, GANE E, WILLIAMS R: Psychiatric outcome in alcoholic liver transplant. *QJM*. 1994 Dec;87(12):731. 736
- 11- MYASKOVSKY L, DEW MA, SWITZER G E, ET AL. Trajectories of change in quality of life in 12-month survivors of lung or heart transplant. *Am J Transplant*;2006; 6:1939-19347.
- 12- LINDQVIST R, CARLSSON M, SJODÉN PO. Coping strategies of people with kidney transplants. *Journal of Advanced Nursing* 2003; 45: 1, 47-52
- 13- SUTTON TD, MURPHY, SP. Stressors and patterns of coping in renal transplant patients. *Nursing Research* 1989. 38: 1, 46-49
- 14- CARVER CS, SCCHEIER MF, WEINTRAUB JK. Assessing coping strategies: A therotically-based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989; 56: 267-283
- 15- RAPISARDA F, TARANTINO A, DE VECHI G, ET AL. Dialysis and Kidney Transplantation: Similarities and Differences in the Psychological Aspects of Noncompliance. *Transplantation Proceeding* 2006; 38: 1006-1009
- 16- SUTTON TD, MURPHY, SP. Stressors and patterns of coping in renal transplant patients. *Nursing Research* 1989. 38: 1, 46-49
- 17- VIRZI A, SIGNORELLI M, VEROUX M ET AL. Depression and quality of life in living related renal transplantation. *Transplantation Proceedings* 2007 Jul-Aug;39(6):1791-1793.
- 18- KARAMINIA R, TRAVALLI S, LORGARD-DEZFULI-NEJAD M, ET AL. Anxiety and depression: a comparison between renal transplant recipients and hemodialysis patients. *Transplant Proc*. 2007 May;39(4):1082-1084
- 19- TRAVALLAI S, LANKARANI M. Improved mental health status in the first 2 weeks after kidney transplantation. *Improved mental health status in the first 2 weeks after kidney transplantation. Transplantation Proceedings* 2005;37(7):3001-3003
- 20- PEREZ-SAN-GREGORIO MA, MARTIN-RODRIGUEZ M, ASIAN-CHAVES E, GALLEGO-CORPA A, CORREA-CHAMORRO E, PEREZ BERNAL: Psychopathological features in transplant patients. *Transplantation Proceedings* 2003; 35: 744-745
- 21- KARAPOLAT H, EYIGOR S, DURMAZ B, ET AL. The relationship between depressive symptoms and anxiety and quality of life and functional capacity in heart transplant patients. *Clin Res Cardiol*. 2007 Sep;96(9):593-9. Epub 2007 Jun 27
- 22- BURKER E, EVON D, SEDWAY J, EGAN T. Appraisal and coping as predictors of psychological distress and self reported physical disability before lung transplantation. *Progress in Transplantation* 2004 Sep;14(3):222-232
- 23- VERBEULEN K, OUWENS J, VAN DER BIJ W, ET AL. Long-term quality of life in patients surviving at least 55 months after lung transplantation. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003 Mar-Apr;25(2):95-102
- 24- RUSSEL R, FEURER I, WIZAWATAPNIT P, SALOMON R, PINSON C. The effects of physical quality of life, time, and gender on change in symptoms of anxiety and depression after liver transplantation. *J Gastrointest Surg*. 2008 Jan;12(1):138-44. Epub 2007 Oct 23
- 25- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Qualidade de Vida e Transplante. *Acta Médica Portuguesa* 2009. Em publicação
- 26- KOBER B, KUCHLER T, BROELSCH C, KREMER B, HENRE-BRUNS D. A psychological support concept and quality of life research in a liver transplantation program: an interdisciplinary multicenter study. *Psychother Psychosom* 1990. 54: 117-131
- 27- LOWE D, OGRADY J, MCEWEN J, WILLIAMS R. Quality of life following liver transplantation: a preliminary report. *J R Coll Physicians, Lond* 1990. 24: 43-46
- 28- BONSEL G, ESSINK-BOT M, KLOMPMAKER I, SLOOF M. Assessment of quality of life before and following liver transplantation. *Transplantation* 1992. 53:796-800
- 29- TARTER R, SWITALA J, ARRIA A, PLAIL J, VAN THIEL D. Quality of life before and after orthopic hepatic transplantation. *Arch Intern Med* 1991. 151: 1521-1526
- 30- MOORE K, JONES R, ANGUS P, HARDY K, BURROWS G. Psychosocial adjustment to illness: quality of life following liver transplantation. *Transplantation Proceedings* 1992. 24: 2257-2258
- 31- YOUNOSSI Z, MCORMICK M, PRICE L. Impact of liver transplantation on health-related quality of life. *Liver Transpl*. 2000 Nov;6(6):779-83
- 32- KARAM V, CASTAING D, DANET C, ET AL. Longitudinal prospective evaluation of quality of life in adult patients before and one year after liver transplantation. *Liver Transpl*. 2003 Jul;9(7):703-711

- 33- KOUSOULAS L, NEIPP M, BARG-HOCK, ET AL. Health-related quality of life in adult transplant recipients more than 15 years after orthotopic liver transplantation. *Transpl Int*. 2008 Nov;21(11):1052-1058
- 34- DEVINS G, MANDIN H, HONS R, ET AL. Illness intrusiveness and quality of life in end stage renal disease : comparison and stability across treatment modalities. *Health Psychol* 1990. 9: 117-142
- 35- GOUGE F, MORRE J, BREMER B, MCCAULEY C, JOHNSON J. The quality of life of donors, potential donors, and recipients of living related donor renal transplantation. *Transplantation Proceedings* 1990. 22: 2409-2413
- 36- LAI M, HUANG C, CHU S, CHUANG C, HUANG J. Two hundred and thirty cases of kidney transplantation: single center experience in Taiwan 1992. *Transplant Proc* 1992. 24:1452-1454
- 37- BENEDETTI E, MATTAS A, HAKIN N, ET ALL. Renal transplantation for patients 60 years of age or older: a single-institution experience. *Ann Surg* 1994. 4: 445-460
- 38- CAINE N, SHARPLES L, SMYTH R, ET AL. Survival and quality of life of cystic fibrosis patients before and after heart lung transplantation. *Transplant Proc* 1991. 23: 1203-1204
- 39- BUSSCHBACH J, HORIKX P, VAN DER BOSCH J, ET AL. Measuring quality of life before and after bilateral lung transplantation in patients with cystic fibrosis. *Chest* 1994. 105: 911-917.
- 40- KARAPOLAT H, EYGOR S, DURMAZ B, YAGDI T, NALBANGIL S, KARAKULA S. The relationship between depressive symptoms and anxiety and quality of life and functional capacity in heart transplant patients. *Clin Res Cardiol*. 2007 Sep;96(9):593-9. Epub 2007 Jun 27
- 41- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MATEUS H, MONTEIRO E. When does quality of life improve after liver transplantation? A longitudinal prospective study. *Transplantation Proceedings* 2009 Apr;41(3):904-5.
- 42- PRICE C, LOWE D, COHEN A, ET AL. Prospective study of the quality of life in patients assessed for liver transplantation: outcome in transplanted and not transplanted groups. *J R Soc Med* 1995. 88: 130-135
- 43- NORRIS ER, SMALLWOOD GA, CONNOR K, et al. Prevalence of depressive symptoms in patients being evaluated for liver transplantation. *Transplantation Proceedings* 2002; 34: 3285-3286
- 44- ZAGALO-CARDOSO JA, ROLIM L. Aspectos Psicossociais da Medicina Preditiva: Revisão da Literatura sobre Testes de Riscos Genéticos. *Psicologia, Saúde e Doenças* 2005; 6(1):3-34.
- 45- BOND M, GARDNER ST, CHRISTIAN J, SIGEL J. Empirical Study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry* 1983; 40: 333-338
- 46- EPSTEIN S, MEIER P. Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 58: 332-350
- 47- KROHNE HW. Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In. Krohne H.W. (ed). *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness*. Seattle WA: Hogrefe & Huber 1993: 19-50
- 48 - FOLKMAN S, LAZARUS RS. Stress process and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology* 1986; 95: 107-113
- 49- CARVER C. You want to measure coping but your protocols too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine* 1997; 4: 92-100
- 50- MOOS RH, SHAEFER JA. Coping resources and processes: Current concepts and measures. In Goldberger & S Brenitz eds. *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. 1993, 2nd ed, 234-257 New York
- 51- ALDWIN CM, REVENSON TT. Does coping help? A re-examination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 53: 337-348.
- 52- ASPINWALL LG, TAYLOR SE. Modelling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology* 1992; 63: 989-1003
- 53- COELHO R, AMORIM I, PRATA J. Coping Styles and Quality of Life in Patients With Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *Psychosomatics* 2003; 44 (3):312-318.
- 54- ENDLER NS, PARKER JD. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 58: 844-854
- 55- ENDLER NS, PARKER JD, BUTCHER JN. A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales. *Journal of Clinical Psychology* 1993; 49: 523-527
- 56- PARKES KR. Coping in stressful episodes: The role of individual differences environmental factors, and situational characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 51: 1277-1292
- 57- BOLGER N. Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 59: 525-537

- 58- LEE-BAGGLEY D, PREECE M, DELONGIS A. Coping with interpersonal stress: Role of the big five traits. *Journal of Personality* 2005; 73: 1141-1180
- 59- WATSON D, HUBBARD B. Adaptational style and dispositional structure. Coping in the context of the five-factor model. *Journal of Personality* 1996; 64: 737-774
- 60- SERRA AV. O stress na vida de todos os dias. 3ª Ed.- Revista e Aumentada. Gráfica de Coimbra Lda. Coimbra 2007
- 61- TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E. Personalidade e Transplante. *Acta Médica Portuguesa* 2009. Em Publicação.
- 62- FRY PS, DEBATS DL. Perfectionism and the Five-factor Personality Traits as Predictors of Mortality in Older Adults. *J Health Psychol.* 2009 May;14(4):513-24
- 63- GROSSARDT BR, BOWER JH, GEDA YE, ET AL. Pessimistic, Anxious, and Depressive Personality Traits Predict All-Cause Mortality: The Mayo Clinic Cohort Study of Personality and Aging. *Psychosom Med.* 2009 Mar 25.
- 64- GROSSARDT BR, BOWER JH, ET AL. Pessimistic, Anxious, and Depressive Personality Traits Predict All-Cause Mortality: The Mayo Clinic Cohort Study of Personality and Aging. *Psychosom Med.* 2009 Mar 25
- 65- IWASA H, MASUI Y, GONDO Y, ET AL. Personality and all-cause mortality among older adults dwelling in a Japanese community: a five-year population-based prospective cohort study. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2008 May;16(5):399-405
- 66- SHIPLEY BA, WEIS A, DER G. Neuroticism, extraversion, and mortality in the UK Health and Lifestyle Survey: a 21-year prospective cohort study. *Psychosom Med.* 2007 Dec;69(9):923-31
- 67- NAKAYA N, HANSEN P, SCHAPIRO I, ET AL. Personality traits and cancer survival: a Danish cohort study. *Br J Cancer.* 2006 Jul 17;95(2):146-52.
- 68- CONTRADA RJ, KRANTZ DS. Stress reactivity and Type A behaviour: Current status and future directions. *Annal of Behavioral Medicine* 1988. 10: 64-70
- 69- DEMBROSKI TM, COSTA PT. Coronary-prone behaviour: Components of Type A pattern and hostility. *Journal of Personality.* 55: 211-236
- 70- TSENKOVA VK, SIENBERG LG, SINGER BH, RYFF CD. Coping and positive affect predict longitudinal change in glycosylated hemoglobin. *Health Psychol.* 2008 Mar;27(2 Suppl):S163-71
- 71- HURLEY MV, WALSH NE, MITCHEL HL, ET AL. Clinical effectiveness of a rehabilitation program integrating exercise, self-management, and active coping strategies for chronic knee pain: a cluster randomized trial. *Arthritis Rheum.* 2007 Oct 15;57(7):1211-9.
- 72- MERCADO AC, CARROL JL, CASSIDY JD, CÔTÉ P. Passive coping is a risk factor for disabling neck or low back pain.. *Arthritis Rheum.* 2007 Oct 15;57(7):1211-9.
- 73- SMITH JO, SHIFFMAN ML, BEHNKE M, ET AL. Incidence of prolonged length of stay after orthotopic liver transplantation and its influence on outcomes. *Liver Transpl.* 2009 Mar;15(3):273-279
- 74- GREENSTEIN S, SIEGAL B. Compliance and non-compliance in patients with a functioning renal transplant: a multicenter study. *Transplantation* 1998. 66(12): 1718-1726
- 75- RIETHER AM, LILB JW: Heart and Liver Transplantation in Stoudemire, A , Fogel, B *Medical Psychiatric Practice*, Washington, American Psychiatric Press 1991: 309-348
- 76- LAZARUS RS. Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine* 1993; 55: 237-247
- 77- ZEIDNER M, SAKLOFSKE D. Adaptive and Maladaptive Coping. In Zeidner M Ed. *Handbook of Coping*. John Wiley & Sons. New Yoork 1996: 505-532
- 78- DZURILLA T, GOLDFRIED M. Problem Solving and behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychology* 1971; 78: 107-126
- 79- SCHINKE SP, SINGER BR. In D.K Granvold Ed. *Prevention of health-care problems. Cognitive and behavioural treatment. Method and applications.* Brooks /Cole Pacific Grove 1994: 285-298
- 80- DZURILLA TJ, NEZU AM. Problem-solving therapy (a social competence approach to clinical intervention)- *Springer Series on Behaviour Therapy and Behavioural Medicine.* NY 1999.
- 81- LAZARUS R, FOLKMAN S. *Stress appraisal, and coping.* Springer Publishing Company. New York 1984
- 82- LEVENTHAL H, BROWN D, SHACHAM S, ENGQUIST G. Effect of preparatory information about sensations, threat of pain and attention on cold pressure distress. *Journal of Personality and Social Psychology* 1979; 37: 688-714

Anexos

- Anexo I - Consentimento informado, questionário sociodemográfico, escalas de avaliação
- Anexo II - Validação do questionário multidimensional de adesão
- Anexo III - Associação entre as variáveis psiquiátricas e psicossociais ao longo do primeiro ano pós-transplante hepático
- Anexo IV - Resultados não utilizados para a resolução das questões da tese

