

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

STRESS, COPING E QUALIDADE DE VIDA
EM INDIVÍDUOS
TRANSPLANTADOS RENAIIS

MARIA ALICE RUIVO

LISBOA, 1999

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do
Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro,
Apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada**
Para obtenção do grau de **Mestre** na especialidade de
Psicologia da Saúde conforme Portaria nº 107/97 de 17
de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b” do nº 2 do
Artº5 do Decreto Lei nº216/92 de 13 de Outubro.

**E digo-vos que a vida é de facto obscuridade
excepto onde há arrebatamento,
E todo o arrebatamento é cego excepto onde há saber,
E todo o saber é vão excepto onde há trabalho
e todo o trabalho é vazio excepto onde há amor.**

**E o que é trabalhar com amor?
É pôr em todas as coisas que fazeis
um sopro do vosso espírito.**

KHALIL GIBRAN

RESUMO

Com base no tema da Qualidade de Vida, o objectivo deste estudo foi identificar Níveis de Stress e de Coping, bem como analisar a influência destes na avaliação da mesma nos Indivíduos sujeitos a Transplante Renal na Unidade de Transplante Renal do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa, em Lisboa.

A amostra é constituída por 184 Indivíduos, cuja média de idades é de 43 anos, situados entre os 19 e os 65 anos, foram definidos três grupos, em relação à variante tempo de Transplante Renal (entre seis meses e um ano; mais de um ano e menos de três anos; e mais de três anos).

Como instrumento de colheita de dados, recorreu-se, neste estudo, ao uso de um inventário para obtenção de dados sócio-demográficos e de Saúde, à adaptação da Versão Espanhola do Índice de Qualidade de Vida de (Ferrans e Powers, 1984, traduzido por Pinto, 1998), à tradução e adaptação da Escala de Coping para Problemas de Saúde (CHIP) (Endler, Summerfeldt e Parker, 1980) e à tradução e adaptação da Escala Global de Percepção de Stress (PSS) de Cohen, Kamark e Mermelsten (1983).

Obtiveram-se com este estudo, níveis médios de Stress, Coping e Qualidade de Vida.

Confirmou-se ainda, pela análise de regressão múltipla que o Stress é um importante predictor da Qualidade de Vida, explicando 60% da Variância total do Modelo.

O Coping (factores Distracção e Emocional/Percepção), explica igualmente 7% dessa mesma Variância.

Espera-se com este estudo, e apesar das suas limitações, poder fornecer alguns elementos para reflexões e trabalhos futuros.

ABSTRACT

Based on the theme of Quality of Life, the objective of this study was to Identify Stress and Coping levels as well as analyse their influence in the evaluation of the Individuals subjected to a Renal Transplant in the Renal Transplant Unit of the Portuguese Red Cross Hospital, in Lisbon (“Unidade de Transplante Renal da Cruz Vermelha Portuguesa – Lisboa).

The sample is made up of 184 Individuals, which average age is 43 years old, standing between 19 and 65 years old. Three groups were defined attending to the variation of time of Renal Transplant (between six months and a year; more than a year and less than three years; and more than three years).

As an Instrument of the data research, in this Study, we resorted to the use of an inventory to obtain Social-Demographic and Health data, an adaptation of the Spanish Version of the Quality of Life Index (Ferrans and Powers, 1984, translated by Pinto, 1998), a translation and adaptation of Coping with Health Problems (CHIP) (Endler, Summerfeldt and Parker, 1980), and translation and adaptation of the Stress Global Perception Scale, by Cohen, Kamark and Mermelsten (1983).

There were obtained, with this Study, average levels of Stress, Coping and Quality of Life.

It was also confirmed, by the analysis of multiple regression that Stress is an important predictor of Quality of Life, explaining 60% of the Total variation of the Model.

Coping (Distraction and Emotional/Perception), explains, likewise, 7% of the same Variation.

It is expected, with this Study, and besides its limitations, to provide some elements to future works and reflections.

Agradecimentos:

O Amor não se “visualiza” e as Ajudas não se “verbalizam”, assim e a todos os que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho, os meus mais sinceros agradecimentos.

SIGLAS E ABREVIATURAS

A.T.G. – Globulina Anti-Linfócita

C.Y.A. – Ciclosporina

INDIV. - Indivíduo

I.R. – Insuficiência Renal

I.R.A. – Insuficiência Renal Aguda

I.R.C. – Insuficiência Renal Crónica

I.R.C.T. – Insuficiência Renal Crónica Terminal

N.T.A. – Necrose Tubular Aguda

OKT3 – Anticorpos Monoclonais

p. - Página

Q.D.V. – Qualidade De Vida

Q.D.V.R.S. – Qualidade De Vida Relacionada Com A Saúde

R.E.N.N.D.A. – Registo Nacional De Não Dadores

S.G.A. – Síndrome Geral De Adaptação

S.P.S.S. – Statistical Package Social Sciences

α - Alfa

INDICE

	<i>p.</i>
0 – INTRODUÇÃO	12
1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	16
1.1 – Doença.....	17
- <u>Doença Crónica</u>	24
1.2 – Insuficiência Renal.....	25
- <u>Transplante Renal</u>	29
- Complicações do Transplante.....	32
- Terapêutica Médica do Transplante Renal.....	36
1.3 – Stress.....	40
- <u>A Doença como Agente Stressor</u>	48
- <u>Intervenção Psicológica no Stress</u>	49
1.4 – Coping.....	51
- <u>Coping e Stress</u>	52
- <u>Coping e Situação de Doença</u>	56
1.5 – Qualidade de Vida.....	59
- <u>Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde</u>	65
- <u>Qualidade de Vida na Doença Crónica e no Transplante Renal</u>	66
- <u>Reacções Emocionais Decorrentes do T.R. e Intervenção Psicológica</u>	69
2 – MÉTODOS.....	70
2.1 – Tipo de Estudo.....	72
2.2 – Objectivos do Estudo.....	73
2.3 – Definição de Variáveis.....	74
2.4 – Participantes.....	75

2.5 – Material.....	78
- Índice de Qualidade de Vida.....	79
- Escala Global de Percepção de Stress.....	85
- Escala de Coping sobre Problemas de Saúde.....	86
2.6 – Procedimento.....	92
- Estatística.....	95
3 – RESULTADOS.....	96
3.1 – Caracterização da Amostra.....	97
3.2 – Análise de Dados.....	104
4 – DISCUSSÃO DE DADOS.....	123
5 – REFERÊNCIAS	138
ANEXOS.....	150
ANEXO I- Relatório Anual do Gabinete de Registo do Tratamento da Insuficiência Renal Crónica Terminal II, 1998	
ANEXO II – Legislação Portuguesa sobre Colheita de Órgãos	
ANEXO III – Dados Nacionais da Lusotransplante	
ANEXO IV – Tradução de Pinto, C. (1998), do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers	
Anexo V – Instrumento de Colheita da Dados usado no Estudo	

FIGURA Nº 1 – Relação entre os Indivíduos Transplantados e os Indivíduos . Em Hemodiálise.....	29
FIGURA Nº 2 – Síndrome Geral de Adaptação de Selye.....	41
FIGURA Nº 3 – Distribuição da Amostra ou Classes Etárias.....	98
FIGURA Nº 4 – Distribuição da Amostra em Relação ao Estado Civil.....	98
FIGURA Nº 5 – Distribuição da Amostra pela Composição Familiar.....	99
FIGURA Nº 6 – Distribuição da Amostra de Acordo com as Habilitações Literárias possuídas.....	99
FIGURA Nº 7 – Distribuição da Amostra em Relação Actividade.....	100
FIGURA Nº 8 - Distribuição da Amostra pelo Tempo de Transplante.....	101
FIGURA Nº 9 - Distribuição da Amostra pelo Número de Transplantes efectuado.....	101
FIGURA Nº 10 - Distribuição da Amostra pelo Tempo de Patologia Pré-Transplante.....	102
FIGURA Nº 11 - Distribuição da Amostra pelo uso de Terapêutica Ansiolítica.....	103
FIGURA Nº 12 - Distribuição da Amostra de Acordo com a Presença de Apoio Psicológico no seu Esquema Terapêutico.....	103
FIGURA Nº 13 - Representação Gráfica do Modelo explicativo das Variáveis Predictoras de Qualidade de Vida.....	122

INDICE DE TABELAS

	p.
TABELA 1 – Avaliação do α de Cronbach das Subescalas da Q.D.V.....	84
TABELA 2 – Valores das Subescalas da Q.D.V.....	85
TABELA 3 – Distribuição das Médias nas Subescalas do Coping.....	90
TABELA 4 – Graus de Consistência Interna, dos factores constituintes da Escala de Coping.....	91
TABELA 5 – Distribuição da Amostra pelo Sexo	97
TABELA 6 – Diferenças entre Sexos, relativamente ao Stress, Coping e Qualidade de Vida (t student).....	104
TABELA 7 – Diferenças entre os Indivíduos que mantém uma ocupação laboral e os que não a mantém, em relação ao Stress, Coping e Qualidade de Vida (t student).....	106
TABELA 8 – Diferenças em relação ao Stress, Coping e Qualidade de Vida em função do Tempo de Insuficiência Renal Pré-Transplante (t student).....	107
TABELA 9 – Diferenças entre o Stress, Coping e Qualidade de Vida em função do Tempo de Transplante (One- Way)	108
TABELA 10 – Diferenças entre os Indivíduos que têm ou não Apoio Psicológico, tendo em conta as variáveis em estudo (t student)...	109
TABELA 11 – Matriz de correlações (Pearson), para os Indivíduos que foram sujeitos a Transplante Renal há menos de um ano	113
TABELA 12 – Matriz de correlações (Pearson), para os Indivíduos que foram sujeitos a Transplante Renal entre um e três anos	114
TABELA 13 - Matriz de correlações (Pearson), para os Indivíduos que foram sujeitos a Transplante Renal há mais de três anos	117
TABELA 14 – Análise de Regressão Múltipla da Variável Qualidade de Vida Geral.....	121

0 – INTRODUÇÃO

Desde a descrição da Insuficiência Renal Terminal (I.R.T.), por Richard Bright no século XIX, que o prognóstico desta doença fatal não se alterou; permanecendo estes Indivíduos sem qualquer alternativa terapêutica até 1960. Hoje em dia, deparamo-nos contudo com diferentes tipos de tratamento possíveis. Enquanto que para alguns Indivíduos, a Diálise Crónica, nas suas duas vertentes, é vista como a única medida terapêutica por eles adoptada. Para outros, esta só constitui uma medida temporária de duração imprevisível, durante a espera de um Transplante Renal .

O Transplante Renal é visto para o Indivíduo em Diálise, como a única possibilidade de recuperação da Saúde “perdida”. A principal causa, que leva estes Indivíduos a desejarem a cirurgia do Transplante é a necessidade de fuga á Hemodiálise, isto é, à máquina sem a qual não lhes é permitido viver, mas que tanto lhes limita a sua vida (Uryn,; 1992).

Quase todos os Indivíduos Insuficientes Renais Crónicos Terminais têm expectativas e planos, cuja concretização está dependente do Transplante, sendo estes factos confirmados por diversos estudos realizados por diferentes autores.

O Transplante Renal, foi efectuado pela primeira vez em Boston, no ano de 1954, oferecendo este, um maior potencial para o retomar de uma vida produtiva. No entanto estes Indivíduos além do perigo iminente de rejeição do órgão Transplantado, estão também sujeitos aos efeitos acessórios da terapêutica imunossupressora usada a longo prazo; nomeadamente às Infecções, ao desenvolvimento de Neoplasias, às complicações Cardiovasculares e também Musculo-esqueléticas. Porém, assistiu-se nas últimas duas décadas a um aumento progressivo do número de Transplantes efectuados em todo o Mundo.

A reabilitação dos Indivíduos em Hemodiálise e após Transplantação tem sido largamente avaliada em diversos estudos; tendo-se concluído que a Qualidade de Vida

(Q.D.V.), é superior nos Indivíduos Transplantados, comparativamente àqueles que se mantêm em programa de Diálise (Ribeiro, S. ; 1997).

A avaliação da Qualidade de Vida em contextos de Saúde, advém da crescente importância que hoje lhe é reconhecida, tendo, como um dos principais objectivos de Cuidados de Saúde, melhorar a Qualidade de Vida dos Indivíduos (Patrick & Erickson, 1993).

O número de Pessoas, independentemente da idade, que sobrevivem com problemas de certa forma incapacitantes está a aumentar. A Qualidade de Vida é um dos indicadores mais actuais da nossa sociedade, mesmo tendo em conta o nível de subjectividade que o termo apresenta, ao ser definido por cada Indivíduo.

Segundo Uryn (1992), a perspectiva de mudanças, após o Transplante, gera insegurança e trás á tona sentimentos contraditórios de dúvida, medo da morte, da dor, da anestesia, das complicações clínicas dos primeiros dias e meses, da presença de um órgão estranho que começa a funcionar dentro de si, representando um possível renascimento. Outro dos anseios, é a alteração da imagem corporal e o perigo das incompatibilidades com o doador. Em oposição, há a fé, a esperança e o desejo de se livrar da Diálise, sentimentos que, bem conduzidos podem superar os anseios existentes.

De acordo com todos os anseios, medos e outros sentimentos, já focados, deve-se englobar neste estudo, não só a avaliação da Qualidade de Vida dos Indivíduos Transplantados Renais, mas também a avaliação do Stress e das diferentes estratégias de Coping usadas por eles, bem como as influências que todos estes aspectos implicam uns nos outros. Pretende-se assim com este estudo:

- Descrever a Qualidade de Vida dos Indivíduos sujeitos a Transplante Renal;
- Identificar os níveis de Stress e Coping nos mesmos Indivíduos;

- Identificar diferenças nos níveis de QDV, Stress e Coping dos Indivíduos Transplantados Renais, tendo em conta as variáveis sócio-demográficas e de Saúde.
- Identificar a contribuição do Stress e do Coping, na avaliação da Q.D.V..

Tendo em conta os nossos objectivos, procedeu-se à delineação de um plano de trabalho, que se passa a apresentar:

Numa primeira parte, efectuou-se uma clarificação de conceitos inseridos no âmbito da nossa problemática (Doença Crónica; Insuficiência Renal Crónica/ Transplante Renal; Stress; Coping e Qualidade de Vida);

Na segunda parte, é exposta a Metodologia, onde são apresentados os Participantes, o Tipo de estudo, a definição de Variáveis, o Instrumento de Colheita de Dados e o Procedimento;

A terceira parte é constituída pela apresentação dos resultados encontrados no estudo, quer em relação à caracterização da amostra, quer em relação às Variáveis estudadas.

Na última parte, efectua-se a Discussão dos dados obtidos, à luz da teoria descrita na problemática.

Espera-se assim, desta forma, poder contribuir de alguma forma, para o desenvolvimento do conhecimento desta problemática, tendo em vista a promoção de Programas de Intervenção, junto destes Indivíduos, visando sempre uma maior “Qualidade de Vida”.

1-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Pretende-se com esta breve revisão de conceitos, dar uma panorâmica geral dos temas abordados, sem nunca esquecer que o Homem é um todo, constituído por diferentes dimensões e que vive em permanente interacção com o meio que o rodeia, influenciando-o e sendo por ele influenciado.

1.1- DOENÇA

A doença é parte inevitável, comum e normal da experiência humana. Apesar de todos os Indivíduos, em alguma altura terem adoecido, os efeitos da doença e as respostas diárias à mesma são vividos individual e subjectivamente de forma impossível de verbalizar (Sorensen & Luckman, 1998).

Ainda segundo os mesmos autores, e considerando as experiências de doença, de todas as Pessoas como processos únicos, o desenvolvimento Psicológico dessa experiência pode assumir três fases: transição, aceitação e convalescença.

Na fase de transição, a doença pode começar com sintomas vagos, pouco específicos, que um Indivíduo inicialmente tende a negar. Um sintoma é um indício subjectivo de mau funcionamento orgânico ou psíquico, ou uma alteração na condição do Indivíduo, que indica estado físico ou mental de doença. Esta indicação é considerada subjectiva, porque é na realidade percebida pelo próprio. Quando os sintomas persistem, o Indivíduo procura eventualmente auxílio médico, mas sem ainda admitir que está doente.

Se a doença surge como uma forma repentina e agudizada, a Pessoa pode temer que a ajuda médica seja incompetente ou não esteja disponível. As Pessoas significativas para o Indivíduo também serão abaladas, provavelmente sentirão choque, descrença e recusa. É

importante que a interacção terapêutica com o Indivíduo e os seus entes significativos, seja feita nesta fase de transição.

A fase de aceitação é iniciada logo que o Indivíduo deixa de negar a doença e assume o "papel de doente". Esta fase pode ser um período de considerável dependência fisiológica e Psicológica, se o Indivíduo doente focar demasiado a atenção no seu eu. Esta auto-centralização é considerada uma resposta positiva na medida em que, desta forma, o corpo concentra energia no restabelecimento e recuperação.

À medida que decorre a convalescença (recuperação), o Indivíduo passa pela transição da doença para a Saúde. Normalmente o restabelecimento da doença física, precede o retorno do Indivíduo ao normal funcionamento Psicológico e social. Se o diagnóstico do Indivíduo doente apresenta uma condição crónica ou terminal, este deve de ser ajudado pelos diferentes Profissionais de Saúde, bem como pelas Pessoas significativas, a ajustar as expectativas de recuperação e de retorno ao "normal".

Segundo, Sorensen e Luckman (1998), a reacção de cada Pessoa, à confirmação da doença é sempre única. O que atemoriza um Indivíduo pode ser considerado sem importância para outro. O que parece trivial para um Profissional de Saúde, pode ser uma enorme preocupação para um Indivíduo doente. Os Indivíduos atribuem frequentemente significados às doenças, afectando grandemente estes significados as suas capacidades de resposta. Os padrões de interacção de um Indivíduo, que se estabelecem normalmente durante os estados de Saúde, reflectem muitas vezes os comportamentos específicos utilizados para lidar com a doença. Por exemplo, um Indivíduo que responda com comportamentos extremos ao Stress normal da vida, provavelmente exhibirá o mesmo tipo de respostas face às crises da doença.

O auto-conceito e a filosofia de vida influenciam igualmente a reacção do Indivíduo face à doença. Por exemplo, alguém que sempre tenha tido uma visão pessimista da vida,

espera o pior resultado possível da doença. Apesar de ser possível influenciar a reacção da Pessoa, face à doença através da alteração do seu auto-conceito, ou do seu modo de ver as situações, essa mudança pode necessitar da anulação de toda uma vida carregada de crenças e hábitos já enraizados. Os membros da Equipa de Saúde, devem distinguir entre a acção apropriada, para alterar o modo de ver do Indivíduo doente, e uma tentativa de mudança que será ineficaz e ingrata para a mesma (Sorensen & Luckman, 1998).

Ainda de acordo com os mesmos autores, de entre outros factores que influenciam a reacção do Indivíduo face à doença, incluem-se os seguintes exemplos:

- ◆ Idade – Um Indivíduo mais velho, que se sinta gratificado pelas conquistas e enriquecimento proporcionados pela vida, aceitará mais facilmente uma doença grave, do que um mais novo;
- ◆ Status sócio-económico – Indivíduos com baixas fontes de rendimento e sem seguro de saúde, podem incorrer em grandes dívidas devido à doença, enquanto aqueles que possuem seguro terão menos preocupações;
- ◆ Força pessoal – Os Indivíduos com grande força interior, lidam com a doença com a mesma confiança, com que lidam com os outros problemas da vida;
- ◆ Antecedentes pessoais de Saúde – A primeira experiência com uma doença grave, para um Indivíduo, pode ser particularmente “Stressante”, à medida que ele se consciencializa da vulnerabilidade física. Alguém que tenha sofrido de doenças frequentes, pode sentir-se exausto e deprimido face ao retomar da provação.

A doença é uma perturbação importante na vida de cada um e requer tanto adaptação física, como psicossocial. Segundo Sorensen e Luckman (1998), os Indivíduos adaptam-se frequentemente (ou não) à doença da mesma forma que se adaptam a outras fontes de Stress. A adaptação demora o seu tempo e um Indivíduo doente necessita de apoio enquanto se

adapta às novas circunstâncias de vida. Pode ser difícil lidar com algumas reacções; outras são naturais e fazem parte do processo de adaptação, passando este por diversas fases:

* A INCERTEZA, é um factor importante para qualquer Indivíduo doente . É definida como "a incapacidade em determinar o significado dos eventos relacionados com a doença". A incerteza não é necessariamente um estado indesejável, em que se encontra o pensamento do Indivíduo doente. Quando a Pessoa sente a incerteza como um perigo, uma das mais importantes estratégias para reduzir este sentimento é procurar informação junto dos Profissionais de Saúde;

* A ANSIEDADE, todos a poderemos experimentar ao sermos confrontados com a doença, e certos sintomas físicos e emocionais associados à ansiedade devem ser diferenciados dos sintomas específicos da doença. Esta, leva por vezes a pensamentos introspectivos acerca do sentido da vida. O Indivíduo doente pode começar a consciencializar-se, de que a vida é curta e a morte inevitável. Para uns, isto é gerador de ansiedade, enquanto que para outros, esta introspecção pode, ajudar a pôr a descoberto fontes de força interior e de fé;

* O CHOQUE, é vivenciado por muitos, quando são confrontados com o diagnóstico, especialmente, se este for grave. As Pessoas em estado de choque, ficam incapacitadas e a vida parece-lhes irreal, transformando-se numa espécie de sonho;

* A NEGAÇÃO é outra fase, em que a Pessoa pode recusar o problema de Saúde e insistir no facto de os outros estarem enganados. O objectivo da recusa é muitas vezes manter uma protecção psíquica face à enorme ameaça que a doença representa. A negação ocorre em graus diferentes. O esquecimento é a forma mais ligeira e acontece quando, por exemplo o Indivíduo se esquece de tomar a medicação prescrita. Quando a negação se enquadra num nível mais extremo, o Indivíduo empenha-se exageradamente em fazer ver a sua opinião,

andando de consultório em consultório, procurando alguém que lhe diga aquilo que quer ouvir. A negação faz parte da vida. Todos tentamos negar a infelicidade e o sofrimento em determinados períodos;

* A RAIVA, pode ser sentida face à doença, à diminuição das capacidades, actividades ou sensações. Esta raiva pode ser expressa directamente ou indirectamente, tendo como alvo as Pessoas significativas ou os Prestadores de Cuidados. Uma vez que a raiva é uma emoção difícil de aceitar, as Pessoas doentes atribuem-na aos outros, utilizando o mecanismo de defesa de projecção;

* A PROCURA DE INFORMAÇÃO, os Indivíduos doentes podem procurar informação de forma obsessiva devido à suspeição, por ser uma forma de controlo intelectual, por necessitar de reduzir a incerteza, por um sentimento de protesto, ou por uma combinação de todos estes factores;

* A VERGONHA, pode ser sentida como um castigo por algumas Pessoas, que se traduz pela própria vergonha e culpa. Algumas doenças, podem levar a que os Indivíduos doentes se sintam rejeitados socialmente, pelos mais diversificados factores;

* O ISOLAMENTO - Mesmo quando as condições do Indivíduo doente não causam afastamento por parte dos outros, este pode sentir-se rejeitado. Estes sentimentos surgem em parte devido à separação do Indivíduo doente, por necessidade ou por escolha pessoal, das actividades diárias normais. Quando não se sente bem, o isolamento que a doença impõe pode parecer uma rejeição por parte dos outros. As doenças crónicas resultam em rejeição quando o Indivíduo doente deixa de se conseguir empenhar nas actividades sociais normais, ou quando as Pessoas que o rodeiam, se cansam de tentar promover a sua adaptação à doença. Durante os períodos de doença, os Indivíduos tornam-se extremamente atentos à sua separação face aos outros;

* O MEDO, é uma resposta emocional a um perigo ou aborrecimento real ou imaginado. Há diversos tipos de medos que podem acompanhar as doenças (dos perigos, do desconhecido e das relações deficientes com os outros);

* A DEPRESSÃO, é por vezes uma resposta normal à doença. Podem arrastar-se para situações extremas, com necessidade de intervenções multidisciplinares imediatas;

* AS ALTERAÇÕES DO HUMOR, são frequentes nas doenças. As Pessoas doentes sentem-se muitas vezes ansiosas, deprimidas, desanimadas, agitadas, zangadas, impotentes, dependentes e frustradas. O humor de um Indivíduo doente varia rapidamente, podendo passar em poucos minutos do riso ao choro, confirmando desta forma a sua grande labilidade emocional;

* A IMPOTÊNCIA, que pode ter origem em muitos aspectos da experiência dada pela doença, frequentemente vincula a uma diminuição da função física, pode levar a um sentimento de perda de controlo sobre o próprio corpo. Impotência é no fundo a perda de controlo da situação, mas tem sido definida como "o estado no qual o Indivíduo sente que as suas próprias acções não afectaram o resultado final"; ou "um sentimento de perda de controlo sobre uma situação corrente ou um acontecimento imediato";

* A ALTERAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL - A imagem corporal é um quadro dinâmico e pessoal, que cada um faz do seu corpo ou ser físico. Este quadro é feito não só com base na sua imagem mental, ou o que vê no espelho, mas também nos seus sentimentos e atitudes face ao corpo. Estes sentimentos e atitudes são, por seu lado, influenciados pelas experiências sociais acumuladas, pelas interacções acumuladas e pelas interacções com os outros. A imagem corporal, refere-se não só à aparência do corpo do Indivíduo, mas também às suas fronteiras e funções do corpo, que em parte são devidas ao estímulo proprioceptivo, sensações que partem de dentro dos tecidos corporais (maioritariamente músculos, tendões e

labirinto neural), e que transmitem informação acerca da posição e movimentos do mesmo. Qualquer deficiência na função fisiológica do corpo – por exemplo, doença ou trauma que afecte o sistema neurológico – pode alterar fisiologicamente a sua imagem corporal.

Sorensen e Luckman (1998), afirmam ainda que a imagem corporal incorpora a interacção de três componentes: realidade corporal, ideal corporal e apresentação do corpo. A primeira refere-se ao corpo como este existe realmente, com todos os seus pontos fortes e fracos. O ideal corporal é a forma como cada um gostaria que o seu corpo fosse. É influenciado pelas alterações da realidade corporal, e as distorções do ideal corporal que se podem transformar em ameaças para a Saúde. Finalmente, a apresentação do corpo é a tentativa consciente de conciliar a realidade e o ideal corporal.

A imagem corporal, segundo os mesmos autores é um aspecto importante do auto-conceito (atitude, sentimento ou avaliação acerca de si próprio), pois os juízos que fazem acerca do seu corpo influenciam a sua auto-estima (componente afectiva do auto-conceito, que descreve a atitude, sentimento ou avaliação). Se não gostar da sua imagem, pode também não gostar de si próprio.

A imagem corporal pode ser radicalmente alterada pela doença. Ajudar um Indivíduo a adaptar-se com sucesso a estas alterações, de forma a criar um novo sentimento de si próprio é o aspecto chave dos Cuidados da Equipa de Saúde. Se esta imagem não está eficazmente integrada no Indivíduo, então a Qualidade de Vida poderá sofrer com isso (Sorensen & Luckman, 1998).

DOENÇA CRÓNICA

Os Homens e as Mulheres das sociedades industriais sofrem mais com as doenças crónicas, incuráveis do que de perturbações agudas. As doenças crónicas foram descritas como "prolongadas, incertas, caras, frequentemente múltiplas, desproporcionalmente invasivas que requerem palição, porque são incuráveis". As Pessoas com doenças crónicas assumem o papel de fragilizados ou de «risco», mais do que de *doente*. A natureza prolongada ou cronicidade, de uma certa doença afecta o Indivíduo de várias formas possíveis – como sejam; no auto-conceito, nos papéis e relações sociais, na sexualidade e independência, Sorensen e Luckman (1998).

Ainda, segundo os mesmos autores, qualquer que seja o diagnóstico, os Indivíduos com doenças crónicas, tendem a partilhar entre si problemas Psicossociais semelhantes. A capacidade que possuem, para se adaptarem a estes problemas, parece ser independente do diagnóstico médico. Estes identificaram sete importantes problemas típicos, de doentes crónicos e outras Pessoas significativas. Apesar de estes problemas, não serem muito diferentes daqueles sofridos por qualquer Indivíduo doente, para os doentes crónicos estes sete problemas não desaparecem:

- Prevenção e controlo de crises;
- Gestão de regimes prescritos;
- Controlo de sintomas;
- Prevenção do isolamento social;
- Adaptação a alterações;
- Normalização do quotidiano;
- Controlo do tempo.

De seguida, abordar-se-á a Insuficiência Renal, patologia que condiciona os Indivíduos ao Transplante Renal, daí a pertinência da sua explicitação.

1.2 - INSUFICIÊNCIA RENAL

Insuficiência Renal (I.R.) é a situação que resulta da perda total ou em parte da função excretora do rim: este torna-se incapaz de continuar a exercer convenientemente as suas funções homeostáticas e desintoxicantes, resultando daí perturbações de equilíbrio hídrico e sódico; retenção dos catabólitos proteicos, de ácidos, de tóxicos, de medicamentos, etc. A esta perturbação excretora associam-se frequentemente distúrbios endócrinos, (Santos, J.R. ; 1982).

Existem dois tipos de Insuficiência Renal (I.R.), a Insuficiência Renal Aguda (I.R.A.), com instalação súbita, e a Insuficiência Renal Crónica (I.R.C.), que segundo Ramos (1997), é um síndrome que resulta da destruição progressiva e irreversível do parênquima renal. É o somatório da evolução de variadíssimas doenças que afectam o rim de forma difusa e irreversível.

De entre as doenças que mais frequentemente levam à Insuficiência Renal Crónica Terminal (I.R.C.T.), salientam-se as glomeronefrites, a pielonefrite crónica, a hipertensão arterial e, cada vez mais a nefropatia diabética.

Segundo Thalam et al. (1993), podem distinguir-se três fases na evolução da I.R.C.:

- Fase de Diminuição da Reserva Renal;
- Insuficiência Renal Crónica;
- Insuficiência Renal Crónica Terminal, último estadio da evolução desfavorável da I.R.C., que se caracteriza pelo síndrome urémico e resulta dos efeitos tóxicos da

acumulação da ureia no sangue e dos resíduos nitrogenados do metabolismo. Nesta última fase a taxa de filtração glomerular, desce de forma acentuada, existindo nítida elevação da ureia, creatinina, potássio e fósforo, e clara descida dos valores séricos do sódio, cálcio, hemoglobina e uma notória retenção de líquidos.

Os sinais de síndrome urémico (disritmias, insónia, apatia, parastésias, náuseas, vómitos, hemorragias, diarreia ou obstipação, palidez, dores musculares e articulares, entre outras), podem não estar todos presentes, apesar dos elevados níveis de urémia, em parte devido à tolerância do indivíduo, às alterações metabólicas típicas da Insuficiência Renal. No entanto os sintomas mais comuns são a hipertensão, confusão, hálito urémico, dispneia, edemas, oligoanúria e prurido. A diurese, que é geralmente muito reduzida ou nula e o peso, que tende a aumentar devido à retenção de líquidos e consequentemente edemas, proporcionam o aparecimento de sinais de insuficiência cardíaca e respiratória.

Da mesma forma podem surgir cefaleias, agitação, labilidade emocional, ansiedade e depressão. Simões (1993), refere que existiam cerca de seis mil indivíduos com I.R.C.T. em tratamento no nosso país no ano de 1992, prevendo-se um aumento anual de 50 a 60 indivíduos doentes por milhar de habitantes (dados extraídos a partir das estatísticas da Associação Europeia de Diálise e Transplante – E.D.T.A).

De acordo com dados fornecidos pelo Gabinete de Registo do Tratamento da Insuficiência Renal Crónica Terminal em Portugal, existiam em Dezembro de 1998, 9093 indivíduos em tratamento substitutivo (Anexo I), perante os dados apresentados anteriormente e pelo quadro clínico da I.R.C.T., quando a função dos rins já não é suficiente para manter a vida, facilmente se percebe a necessidade de implementação de tratamentos substitutivos da função renal, ou a chamada «Prótese» renal.

As opções de possível “prótese” são várias - Hemodiálise, Hemofiltração, Diálise Peritoneal Crônica e Transplantação Renal.

Idealmente a escolha do método terapêutico substitutivo, deveria de ser personalizado para cada Indivíduo, tendo em conta a sua situação clínica e também o seu desejo. Na prática por condicionantes várias (económicos, culturais, estruturação dos serviços de saúde), e particularmente no nosso país a esmagadora maioria destes Indivíduos são mantidos vivos pela Hemodiálise ou pelo Transplante Renal.

Tal como refere Ribeiro, F. em (1997) a Diálise apenas substitui, incompleta e deficientemente, as funções excretora e de regulação do meio interno. Apesar dos indiscutíveis e importantes progressos técnicos que tem sofrido, tornando-se progressivamente mais biocompatível e de actualmente podermos contar com produtos de substituição da Eritropoietina e da 1,25 – Vitamina D3, que revolucionaram o tratamento destes Indivíduos, continua a ser um método com importantes limitações, que se repercutem significativamente na sua Qualidade de Vida (horários, tempo perdido, mobilidade, restrições dietéticas, dependência de terceiros, etc.).

Costa (1982), refere que para o Insuficiente Renal a Diálise implica a persistência de uma situação de doença – Hipertensão arterial, esterilidade feminina impotência masculina entre outros, por outro lado ainda grandes restrições na Qualidade de Vida do Indivíduo (horários, férias, dieta, etc.).

De acordo com Hudak (1994), a impotência prevalece nos Indivíduos em Hemodiálise. Apesar das Mulheres se manterem sexualmente atraentes, existe uma diminuição marcada da libido e conseqüentemente da actividade sexual. Muitos dos Homens apresentam-se impotentes, não só pela patologia, mas também pelo efeito da terapêutica anti-hipertensiva. Pensa-se que a etiologia deste problema seja tanto física como Psicológica. No

período pós-Transplante, alguns Indivíduos recuperam a sua impotência e muitas das vezes a sua libido também sofre um retorno, no caso das Mulheres, estas podem mesmo vir a ser mães.

A mesma autora, diz-nos ainda que nos Indivíduos Hemodialisados, as relações entre casais são francamente afectadas e que os efeitos a longo prazo, são muitas das vezes devastadores.

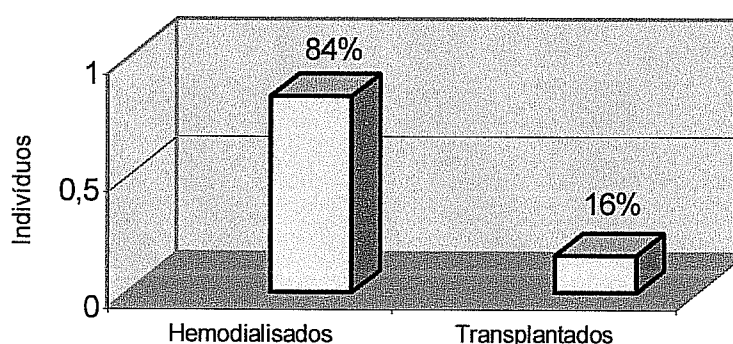
O Transplante Renal com êxito é, indiscutivelmente, a alternativa mais fisiológica de tratamento destes Indivíduos, permitindo o restabelecimento integral das funções renais e uma melhor reabilitação, no entanto este não deve ser visto como a resolução de todos os seus problemas. Pois ainda tem falhas, embora cada vez menos frequentes, não esquecendo que o Indivíduo, fica para sempre submetido a terapêutica com drogas imunossupressoras potentes, com efeitos secundários importantes responsáveis por muitas complicações (ex. Infecções, Neoplasias, etc.), (Ribeiro F. , 1997).

Segundo Santos, (1992), num estudo sobre Aspectos Psicológicos em Doentes candidatos a Transplante Renal, esta cirurgia aparece ao Indivíduo em hemodiálise como a única possibilidade de recuperação da função perdida. A principal causa que leva estes Indivíduos a ambicionarem a cirurgia do Transplante é o sentimento de fuga à hemodiálise, à máquina sem a qual não poderiam viver, mas que tanto parece limitar a vida destes Indivíduos. Quase todos têm expectativas, planos cuja concretização está dependente do Transplante.

TRANSPLANTE RENAL

Tal como se pode observar na Figura nº 1, no nosso país, actualmente, mais propriamente durante o ano de 1998, o número de Transplantes Renais efectuados foi ainda manifestamente inferior ao número de novos Indivíduos que iniciaram Hemodiálise regular (de acordo com dados fornecidos pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia - Anexo I-).

Figura 1 - Relação entre os Indivíduos Transplantados e os sujeitos a Hemodiálise



Devido a este facto as Unidades de Transplante não aceitam em regra integrar nas suas listas activas os Insuficientes Renais ainda não terminais.

Segundo Ribeiro, F. (1997) o candidato a Transplante é assim, regra geral, o I.R.C.T. integrado num programa de prótese renal (Hemodiálise, Diálise Peritoneal).

O processo de inclusão de um Indivíduo em lista activa é geralmente, e correctamente, realizado através da colaboração entre o médico assistente, na sua Unidade de Diálise e o corpo clínico da Unidade Transplantadora.

Os candidatos são observados numa consulta de pré-Transplante para avaliação da sua situação clínica, serem-lhe detectados factores de risco a ter em conta ou factores de exclusão

definitiva ou temporária e, finalmente, atendendo a todos estes dados se decidir do seu grau de urgência.

Os critérios de selecção dos candidatos estão em permanente evolução acompanhando os avanços na terapêutica imunossupressora (ex.: ciclosporina) e no conhecimento das complicações pós - Transplante, sua prevenção e tratamento.

De um modo geral as Unidades de Transplante são cada vez menos restritivas na aceitação dos candidatos. Existem no entanto, ainda, contra-indicações absolutas e relativas, bem como múltiplos factores a considerar.

De acordo com Ribeiro, F. (1997), as principais contra-indicações para T.R., são:

- Neoplasia Disseminada;
- Insuficiência Cardíaca Refractária;
- Insuficiência Respiratória Grave;
- Doença Hepática Activa Progressiva;
- Doença Vascular Grave (Cerebral, Coronária ou Periférica);
- Doença Urológica Grave, não corrigível;
- Infecção Crónica não Curável;
- SIDA;
- Discrasias Hemorrágicas;
- Atraso mental Grave;
- Psicose;
- Demência da Diálise, avançada;
- Alcoolismo;

- Toxico-Dependência.

Ainda segundo Ribeiro, F. (1997) o T.R. pode ser efectuado com rim de dador vivo ou dador cadáver; cada uma destas categorias de dadores apresenta implicações éticas, legais e sociais muito próprias que devem sempre ser escrupulosamente tidas em conta, para salvaguarda do dador e do receptor. São utilizados rins de cadáver quando o dador está em morte cerebral, na maior parte dos casos na sequência de traumatismos cranianos ou acidentes vasculares cerebrais; a morte cerebral deve ser confirmada por um Neurologista/Neurocirurgião, pelo médico assistente e nunca por elementos da Equipa Transplantadora.

Em Portugal, encontra-se em vigor, desde 1993 (lei nº 12/93 de 22 de Abril – Anexo II), uma nova legislação da colheita e Transplante de órgãos ou tecidos de origem humana, para fins terapêuticos, de diagnósticos e de Transplantes. Encontram-se, por esta forma, definidos quais os estabelecimentos autorizados e quais as Pessoas qualificadas a efectuar a colheita e Transplante, para além de defender a confidencialidade do dador e do receptor, determina ainda que as dádivas sejam gratuitas, não podendo estas, em caso algum, serem objecto de remuneração ou de comercialização.

Analisando esta Lei, observamos que a colheita pode ser efectuada, quer em dadores vivos quer após a sua morte. Em vida, o consentimento é sempre dado pelo dador e pelo receptor, devendo ser livre, esclarecido e inequívoco, sendo prestado perante um médico designado pelo director clínico do estabelecimento onde a colheita se realize e que não pertença à Equipa de Transplante.

Para a colheita em cadáveres, são considerados como potenciais dadores, todos os cidadãos falecidos, que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua

indisponibilidade para a dádiva. Apesar do grande interesse médico no Transplante de tecidos e órgãos, bem como a sua importância em termos de solidariedade social, existem Pessoas que, por razões intrínsecas, culturais ou religiosas, se opõem a este método terapêutico, muitas vezes indispensável à sobrevivência de um Ser Humano.

A indisponibilidade como dador pode ser na totalidade ou especificamente para um ou mais dos seus órgãos e tecidos. Para se estar inscrito como Não Dador, é necessário recorrer a um Centro de Saúde e preencher um impresso próprio onde consta o nome, morada, naturalidade, nacionalidade, data de nascimento, sexo, número e data do bilhete de identidade ou cédula pessoal e órgãos, tecidos ou afins que não são objecto de doação. Este impresso é recebido após confirmação da identidade da Pessoa interessada ou seus representantes legais, sendo-lhe entregue uma cópia, seguindo outra para o Registo Nacional de Não Dadores (RENDA), onde a recolha de dados é informatizada, sendo posteriormente enviado um cartão individual de Não Dador (in Saúde, 1995).

Neste estudo só se foca o Transplante, colhido de dador cadáver, pois a nossa amostra é integralmente constituída por Indivíduos Transplantados, cujos órgãos provém desse tipo de dadores.

COMPLICAÇÕES DO TRANSPLANTE RENAL

São imensas as complicações possíveis directamente relacionáveis com o Transplante ou atribuíveis a efeitos secundários e tóxicos dos medicamentos utilizados.

Segundo Ribeiro, F. 1997 a frequência das complicações cirúrgicas é, claramente, e inversamente proporcional à experiência da Equipa Cirúrgica. Nas complicações médicas, há a referir que as principais, são:

- Necrose tubular Aguda (N.T.A.)
- Rejeição
- Infecção
- Neoplasias

Na Necrose Tubular Aguda o rim Transplantado está em sofrimento, que pode ser devido a vários factores. Esta complicação pode ir de horas, mais frequentemente de uma a duas semanas, podendo no entanto em casos raros chegar a três ou quatro semanas; segue-se em regra, e se não houver outras complicações sobrepostas, como a rejeição, excelente recuperação funcional. Enquanto o Indivíduo se encontra nesta fase de N.T.A., necessita habitualmente de continuar a ser Dialisado.

A Rejeição é o acontecimento mais temível depois do Transplante e traduz o processo imunológico desencadeado pelo receptor que tende a destruir os tecidos ou órgãos Transplantados e que lhe são estranhos, através dum conjunto complexo de respostas celulares e humorais. Na maioria dos Transplantes Renais, dão-se episódios de rejeição, sobretudo nos primeiros três meses, de gravidade muito variável; é a terapêutica imunossupressora que impede a destruição do enxerto, quer prevenindo ou atenuando a intensidade da rejeição, quer “tratando” os episódios de rejeição aguda (Ribeiro, F. 1997).

Para alguns a rejeição é o principal problema que sobrevêm ao Transplante, isto é, a não aceitação do órgão ou tecido Transplantado por parte do receptor. Tudo acontece devido à reacção do sistema imunológico do organismo, que é o que nos permite viver no nosso ambiente e nos defende das bactérias, vírus e de mais agentes tóxicos; com efeito o sistema imunológico rejeita da mesma maneira, tudo o que não reconhece como próprio do organismo. Por esta razão, quando se implantam órgãos procedentes de outras Pessoas, esse

mesmo sistema imunológico tende a destruí-lo, fenómeno que é denominado por rejeição (in Saúde, 1995).

Segundo (Uryn, 1992) “Apesar de todos os Cuidados, alguns não aceitam bem o novo rim e são submetidos a tratamentos na tentativa de evitar a rejeição do órgão. Esses tratamentos incluem o uso de medicamentos com múltiplos efeitos colaterais. Mesmo assim, não ocorrendo resposta adequada e sendo a rejeição inevitável, o Indivíduo retorna à Diálise, deprimindo-se, “despedaçando-se”, e por vezes, arrependendo-se de haver feito Transplante”.

Ainda segundo o mesmo autor a rejeição do rim é vista como se o Indivíduo carregasse um “fardo” perpétuo, fosse destinado a ser *doente* e não pudesse nunca melhorar, sentindo-se culpado por isso, embora não haja sustentação real para tal reacção.

No contexto de tratamento destes Indivíduos, somos levados a fazer uma reflexão, de como os factos concretos do processo de Transplante, como a rejeição do órgão implantado, têm um paralelo, na esfera psicodinâmica, como o sentimento de rejeição, que experimenta o Indivíduo no contacto com as Pessoas mais próximas. Lidar com a rejeição, significa não só defrontar-se com a realidade da incompatibilidade de um órgão. Mais do que isso, é defrontar-se, com uma problemática muito mais abrangente, isto é, de suportar o sentimento de “ser diferente”, agravado, às vezes, por situações de abandono real.

Em resumo, pode dizer-se que o risco de rejeição, é um risco que não tem fim, e esta incerteza é um dos problemas equacionados mesmo em relação ao rim Transplantado funcionante, pois não existe garantia do seu funcionamento futuro (McCauley & Johnson, 1994).

A Infecção também, condiciona o processo de Transplante, pois o êxito deste, depende de um bom compromisso entre o obter uma imunossupressão suficiente para evitar rejeição e,

simultaneamente, manter um nível de competência imunológica que proteja o receptor das infecções (Ribeiro, F. (1997).

Este autor, diz-nos também que apesar dos grandes progressos feitos nos últimos anos, com a introdução de novos imunossuppressores (ex.: ciclosporina, anticorpos monoclonais), com o melhor manuseio da imunossupressão e ainda com possibilidade de utilização de novos e mais eficazes agentes anti-infecciosos (ex.: antibióticos, anti-virais), o problema da Infecção mantém-se considerável, contribuindo significativamente para a morbidade e mortalidade dos Transplantados Renais. Cerca de 70% a 80% dos receptores têm Infecções e 30% a 40% da mortalidade destes Indivíduos deve-se a patologia infecciosa.

Logicamente, um dos efeitos secundários mais comuns da medicação imunossupressora é a maior susceptibilidade a todo o tipo de infecções. Porém, cada vez se sintetizam fármacos mais selectivos, que conseguem deprimir unicamente os linfócitos implicados nos mecanismos de rejeição, sem afectarem as outras células do sistema imunológico, encarregados de combater as infecções bacterianas, virais ou por fungos.

Ribeiro, F. (1997), diz-nos que embora a maioria das infecções nos receptores de Transplantes Renais sejam causadas por agentes patogénicos comuns, as infecções oportunistas são frequentes e de consequências particularmente nefastas. Em termos gerais, cerca de 50% das Infecções são causadas por vírus, 30% por bactérias, 5% por fungos e 15% por mais de um agente.

Deve também ser feita uma referência à Tuberculose, pois devido ainda à sua grande incidência no nosso país e à possibilidade de reactivação provocada pela acção da terapêutica imunossupressora (particularmente pela corticoterapia), devemos suspeitar sempre da sua presença, nos quadros febris, de causa não evidente nestes Indivíduos (Ribeiro, F. 1997).

Em relação às Neoplasias, existe também um significativo aumento na incidência desta patologia, quer iatrogenicamente, quer na Transplantação de órgãos, segundo Ribeiro, F. (1997). Os factores responsabilizados por estas situações são os seguintes:

- Menor vigilância imunológica permitindo o aparecimento e multiplicação de células anormais;
- Maior incidência de infecções de vírus oncogénicos;
- Efeito de estimulação antigénica continuada pelo órgão estranho enxertado;
- Eventual efeito oncogénico directo de alguns imunossuppressores.

Os “novos tumores” pós-Transplante que merecem particular referência são, pela sua gravidade e/ou frequência, os seguintes:

- ▶ Neoplasias da pele
- ▶ Linfomas não Hodking
- ▶ Sarcoma de Kaposi
- ▶ Neoplasias do Colo do Útero
- ▶ Neoplasias da Vulva e Ânus.

TERAPÊUTICA MÉDICA NO TRANSPLANTE RENAL

Os objectivos da terapêutica médica imunossupressora no Transplante e de acordo com Ribeiro, F. (1997), são a prevenção e tratamento da rejeição e a indução de tolerância imunológica. Cada Unidade de Transplantação adopta os seus próprios protocolos terapêuticos. No entanto os principais agentes imunossuppressores utilizados são os

Corticosteróides, Azatioprina (AZT), a Ciclosporina (CYA), a Globulina Anti-Linfócita (ATG), os Anticorpos Monoclonais (OKT3) e o Micofenolato de Mofetil:

- Os Corticosteróides: destes o mais utilizado é a Prednisolona, que é incluída em quase todos os protocolos de imunossupressão; a dose utilizada é variável, mas em regra é feita a sua redução lenta e progressiva até aos seis meses pós-Transplante, atingindo-se então uma dose de manutenção por dia. Os corticóides têm importante acção anti-inflamatória. Os efeitos indesejáveis mais importantes da corticóterapia, são a Hiperglicémia, Diabetes Mellitus; Atraso de crescimento nas crianças; Úlcera Péptica e facilitação das complicações desta; Susceptibilidade às Infecções; Hipertensão Arterial; Dislipidémia e Necrose Óssea Asséptica.
- A Azatioprina: é um agente citotóxico que actua ao nível das células, que se produzem rapidamente como os precursores das células imunocompetentes (imunoblastos), impedindo a sua proliferação; esta acção mielossupressiva é responsável por efeitos secundários importantes (neutropénia, trombocitopénia, anemia).
- A Ciclosporina, foi usada pela primeira vez em 1978 e vulgarizada como imunossupressor ao longo da década de 80, inaugurou uma nova era na Transplantação de órgãos. Devido à sua alta eficácia imunossupressora e por interferir menos que a terapêutica convencional nas defesas do organismo à infecção, modificou por completo a morbidade da Transplantação. Os principais efeitos secundários são a Nefrotoxicidade, a Hepatotoxicidade, a maior incidência de algumas Neoplasias, a Hipertensão Arterial, a Hipertrofia Gengival, a Hipertricose e o Tremor.
- A Globulina Anti-Linfócítica: é um soro heterólogo rico em anticorpos policlonais anti-linfócitos T humanos. Obtém-se efectuando infusões de linfócitos humanos em

cavalos ou coelhos, levando-os portanto a produzirem anticorpos contra as células; o soro destes animais é então colhido e obtido o produto final, depois de um processo de purificação e concentração de IgG anti-timocítica, sendo removidos os anticorpos não desejados. O A.T.G., actua destruindo os linfócitos (amplamente implicados na rejeição aguda) e inibindo a sua capacidade proliferativa. Os vários efeitos secundários que pode provocar, são os arrepios, febre, poliartralgias, mialgias, anafilaxia, leucopénia, linfopénia, trombocitopénia, flebite no local da infusão, doença do soro e Infecções oportunistas, tais como as já anteriormente descritas.

- Os Anticorpos Monoclonais: são preparados de anticorpos específicos para subpopulações de linfócitos T, obtidos através de um complicado processo laboratorial, em que se forma um hibridoma pela fusão de células de mieloma e células esplénicas de ratos imunizados contra células T humanas. Na grande maioria das vezes, ele é usado com grande eficácia no tratamento de rejeições agudas muito graves histologicamente ou que foram resistentes à outra terapêutica. Um problema importante, conseqüente à sua utilização, é o de 70 a 80% dos doentes desenvolverem anticorpos IgG-anti-OKT3, este facto impede a sua administração futura, não só pelo risco de se dar uma reacção anafiláctica, mas também porque estes anticorpos neutralizam o OKT3, tornando-o ineficaz. Os principais efeitos indesejáveis deste medicamento são geralmente na primeira infusão, a febre, náuseas, vômitos, dispneia, edema pulmonar agudo, diarreia, meningite asséptica (febre, cefaleias, rigidez da nuca), formação de anticorpos IgG-anti-OKT3 e Infecções sobretudo virais.

- O Micofenolato de Mofetil: foi recentemente introduzido na prática clínica, sendo considerado um novo e selectivo imunossupressor utilizado na prevenção e tratamento da rejeição crónica. É um anti-purínico com actividade anti-proliferativa, especialmente eficaz nos linfócitos T e B activados. Os efeitos secundários mais

referidos até hoje são os seguintes: diarreia, gastrite, leucopénia, doença provocada por citomegalovírus mais frequente e doença linfoproliferativa.

Reflectindo um pouco, sobre os efeitos dos medicamentos atrás descritos, podemos concluir que além de serem esquemas constituídos por associações de medicamentos, são também esquemas muito precisos, ajustáveis caso a caso, de situação em situação, ao longo dos anos e até ao fim da «vida».

Os esquemas terapêuticos utilizados no Transplante, pelo uso prolongado provocam vários efeitos secundários, como por exemplo: o maior risco de Infecções, diminuição do ritmo de crescimento, Osteoporose, Hipertensão, Diabetes Mellitus, aumento de apetite e consequente aumento de peso, aparência Cushingóide, alterações de humor e Depressão (Bereket,1995; Miller,1995).

Os Indivíduos pela acção dos corticóides , desencadeiam em grande número doença de Cushing, apresentando assim sinais evidentes da toma de corticósteróides: cara muito redonda, avermelhada por vezes com acne, obesidade e hipertensão. Podem também observar-se alterações da disposição e da personalidade.(Cameron, 1988).

Bradley e McGee (1994), referem que apesar de o Transplante Renal poder ser perspectivado, como a aplicação da tecnologia médica, ministrada a um Indivíduo passivo, o sucesso deste, quer em termos de sobrevida, quer em termos de Qualidade de Vida, depende da capacidade dos mesmos em seguirem uma terapêutica imunossupressora contínua e viverem com os seus efeitos colaterais.

No momento não existe nenhuma cura para a Insuficiência Renal Crónica Terminal, no entanto o Transplante Renal, é actualmente o tratamento de escolha para muitos Indivíduos, mas também potencialmente associado a algumas desvantagens: risco constante de rejeição, especialmente nos primeiros seis meses, a necessidade de obedecer a um regime

complexo de medicamentos capaz de produzir efeitos colaterais pronunciados e de precisar para sempre de supervisão médica contínua (Fallon, et al.; 1997).

O Transplante Renal é a terapia que consegue retirar o doente do role dos socialmente inválidos, no entanto este processo é bastante difícil para eles que levaram tantos anos assumindo um papel de dependentes (Simmons et al.; 1987).

A terapêutica em dias alternados em Indivíduos estáveis “têm eliminado em certa medida os efeitos colaterais, mas o risco de aumentar a não adesão, neste regime, deve ser considerado” (Bereket & Fine, 1995; citado por Pinto, 1998).

O problema a longo prazo, para estes Indivíduos, é que nunca se desvinculam do hospital, uma vez que devem, prosseguir com tratamento médico e fazer revisões periódicas, se bem que estas sejam cada vez menos frequentes e a dependência hospitalar seja também menor. Sem dúvida alguma, o Indivíduo encara este facto com mais alegria, do que resignação, porque é a Vida e não só a Qualidade desta que está em jogo.

Depois de termos abordado sucintamente as complicações e tratamentos a que os Indivíduos Transplantados Renais têm que ser sujeitos, tentaremos de seguida focar aspectos que podem influenciar de alguma forma, as reacções desses Indivíduos face ao “meio envolvente”.

1.3. – STRESS

O Stress e as suas implicações, deram origem a modelos, que variaram ao longo do século XX, na definição de Stress, sendo atribuído um ênfase diferente ao factores

fisiológicos e Psicológicos e nas descrições da relação entre os Indivíduos e o seu meio ambiente (Ogden, 1999).

Cannon (1932), citado por Ogden (1999), desenvolveu um dos primeiros modelos de Stress, que era designado por «Modelo de luta ou fuga», este sugeria que as ameaças externas suscitavam a resposta de luta ou fuga, envolvendo uma maior taxa de actividade e excitação. O autor sugeria ainda que as mudanças Psicológicas permitiriam ao Indivíduo, escapar à fonte de Stress ou então lutar. É um modelo de reposta a Stressores externos, considerados predominantemente fisiológicos.

Em 1946, Selye, descreve manifestações físicas em animais, como resposta a uma grande variedade de estímulos perigosos ou ameaçadores. Essas manifestações correspondem ao início do processo que Selye definiu como Síndrome Geral de Adaptação (S.G.A.) em 1956, (Ribeiro, 1998). Este modelo é apresentado no Figura nº 2.

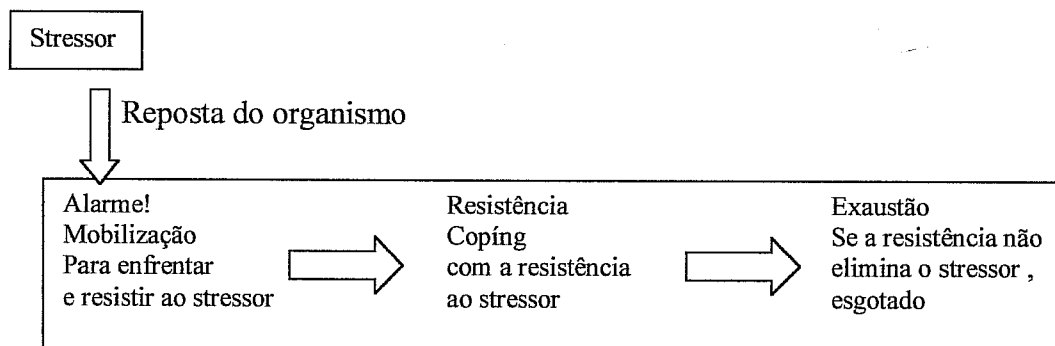


Figura nº 2 – Síndrome Geral de Adaptação de três fases, de Selye.

Fonte: Ogden, 1999.

Selye (1956) dando atenção, ao que ocorre no organismo devido à acção do agente perturbador denominou o Síndrome Geral de Adaptação (SAG) como uma tentativa de explicar a resposta fisiológica ao Stress, referindo que é sempre a mesma resposta, seja o

agente de Stress, de natureza fisiológica ou Psicológica. No entanto, a resposta ao Stress não é estereotipada. O Stress é manifestado por uma sintomatologia múltipla, que depende da situação e das variáveis individuais envolvidas. Este modelo afasta-se do Síndrome Geral de Adaptação que tem vindo a ser contestado na literatura actual devido à sua organização e analogia com a cibernética, uma vez que restringe a detalhes técnicos o corpo humano que não é uma peça mecânica nem circuito eléctrico fechado (Brown, 1996).

Selye (1974), efectuou uma distinção entre o Stress prejudicial e o Stress construtivo, Distress ou Eustress, Cartwright (1979). Os Indivíduos em Stress, expressam a sua individualidade em função do modo como percebem a resposta de Stress, ou seja, quer como Distress quer como Eustress. Nem todo o Stress é prejudicial (Distress), em nível moderado o Eustress, possui uma função protectora e adaptadora, é um mecanismo útil que ajuda o Indivíduo a viver, impulsionando o funcionamento orgânico, provocando actividade e excitabilidade celular, levando-o à acção e possibilitando o enfrentar das contingências da vida.

Em 1975, Mason defendia que o Stress não era; nem não específico, nem unitário e que a filtragem Psicológica dos acontecimentos ameaçadores podia ser, necessária para que houvesse Stress. Outros autores foram juntando, progressivamente variáveis Psicológicas mediadoras, com aspectos biológicos do Stress (in Ribeiro, 1998).

Tal como nos diz Ogden (1999), nos anos 70, o trabalho de Lazarus sobre o Stress, introduziu a Psicologia na compreensão da resposta de Stress (Lazarus, 1975; Lazarus e Cohen, 1973 e 1977). Este papel da Psicologia tomou a forma de conceito de Avaliação. O modelo de Lazarus descrevia, portanto, os Indivíduos como seres Psicológicos que avaliam o mundo exterior e não como respondendo simplesmente a ele.

Como explicam Coyne e Holroyd (1982), citados por Ribeiro (1998), o grupo de Lazarus aplica o conceito de apreciação, à reavaliação contínua que as Pessoas fazem acerca das exigências e dos constrangimentos do meio, dos recursos e das opções para as satisfazer.

Monat e Lazarus (1991, p.29), afirmaram: "... os factores de Stress ou Stressores não têm uma natureza exclusivamente física. As emoções (amor, ódio, alegria, ira, desafio ou medo-), tal como os pensamentos, também podem produzir reacções típicas no Síndrome de Stress...". Estes autores defendem mesmo que os factores Psicológicos são dos mais frequentes agentes de Stress.

Lazarus e Folkman (1984) referem que a apreciação Psicobiológica dos estímulos é altamente relevante para o bem estar das Pessoas, quer essa relevância seja positiva ou negativa. Definiram Stress como sendo uma relação especial entre o Indivíduo e o ambiente que é apreciada pelo Indivíduo como desafiadora ou excedendo os seus recursos e ameaçando o seu bem estar. É a interpelação entre ambiente, corpo e mente, uma abordagem holística que reflecte o Indivíduo na sua dimensão Social, Biológica e Psicológica.

Segundo Ribeiro (1998) uma assunção chave no modelo Psicológico de Stress, é que a apreciação de Stress determina a reacção pessoal ao mesmo, as emoções experimentadas e a adaptação resultante.

A resposta a um acontecimento envolveria, então, dois tipos de apreciação:

- **Apreciação primária** (o que é que se passa) - Primeiro interpreta-se a situação considerado-a como (a) irrelevante para o bem estar do indivíduo, (b) benigna ou (c) Stressante. As situações Stressantes são por sua vez julgadas se (a) envolvem perda, (b) são ameaça (c) são desafio.

- **Apreciação secundária** (que recursos tenho para fazer frente ao que se passa) - Seguidamente consideram-se (a) as alternativas de resposta disponíveis, (b) as opções e as limitações existentes e, depois de pesar os custos e benefícios destas alternativas de resposta, (c) selecciona-se uma estratégia de Coping.

O Coping é uma parte importante da resposta ao Stress. Lazarus propõe que as respostas ao Stress possam ser formas acomodativas ou manipulativas. Estas podem ser de:

- Acção directa, resposta manipulativa em que o Indivíduo tenta alterar a sua relação com o acontecimento Stressante e que poderia consistir em alterar o contexto, afastar-se ou, de qualquer outro modo, deixar de estar na presença do Stressor;
- Procura informação acerca da situação de tal modo que a possa compreender e prever acontecimentos relacionados com ela;
- Inibição da acção situação em que o Indivíduo não faz nada;
- Intrapsíquico ou paliativo, situação em que o Indivíduo se acomoda à situação Stressante através de reavaliação da situação, quer alterando o seu ambiente interno tal como tomando medicamentos, recorrendo ao álcool, aprendendo a relaxar, recorrendo a mecanismos de defesa, praticando meditação, entre outros (Lazarus & Folkman, 1984).

O Stress é afectado por factores pessoais que prejudicam a sua percepção (avaliação e outros). Tal como cita Custivão; (1998).

Lazarus e Folkman (1984), destacam os compromissos pessoais como os principais aspectos que condicionam a percepção cognitiva:

- Os compromissos individuais, funcionam como preocupações ou interesses que motivam o Indivíduo para determinada percepção e reacção. Os compromissos

individuais expressam o que é verdadeiramente importante para cada um. Ao predispor a Pessoa numa determinada direcção, afectam a percepção do Indivíduo face às situações com que se confronta. De igual modo, as motivações pessoais influenciam a percepção ao definirem ou modelarem uma sensibilidade ou vulnerabilidade pessoal.

Assim Lazarus e Folkman (1984, p. 80), afirmam: “Quanto mais profunda a motivação (ou o interesse), maior será o potencial de ameaça e do desafio, ainda que, (...) a motivação possa também levar a Pessoa a ter atitudes favoráveis e promover a esperança”.

Ainda os mesmos autores dizem-nos que as convicções pessoais também determinam a forma como as Pessoas avaliam os acontecimentos, actuais ou futuros. Funcionam como pressuposto e o seu efeito é mais evidente quando ocorre uma súbita perda de confiança em certos valores, ou quando a Pessoa se converte a outro sistema de convicções. Estes autores realçam o papel das convicções relativamente à capacidade do Indivíduo exercer um controlo pessoal sobre a evolução dos acontecimentos, nomeadamente quando a Pessoa acredita que os resultados podem ser influenciados pelas suas atitudes. No entanto perante situações ambíguas ou que não dependem das iniciativas pessoais, tais como crenças podem colocar a Pessoa sob mais Stress, sentindo-se eventualmente mais ameaçada.

Também as Pessoas com fortes convicções de controlo, criam expectativas que não sendo concretizadas, aumentam a ameaça ao seu bem estar. Por outro lado, as convicções existencialistas como a fé, permitem atribuir um significado, aos acontecimentos de modo a manter a esperança, mesmo nas circunstâncias mais difíceis.

Lazarus e Folkman (1984), lembram que, embora se reconheça que a percepção de se poder controlar, o resultado final reduz o Stress, o efeito pode ser adverso quando o exercer desse controlo é contrário a um interesse, ou modo de agir preferido.

Há ainda a considerar diferenças individuais nas estratégias de Coping. Estas diferenças podem revelar-se de vários modos (Strelau, 1988).

Os factores causadores de Stress que podem produzir respostas Psicofisiológicas são exógenos ou endógenos. Os factores ambientais de Stress, resultam da pressão social, demonstrando assim a sua integração sociopsicofisiológica, McVicar (1994). O que este autor nos diz é que existem também factores ambientais que podem afectar a percepção de Stress, como sejam o tipo de Stressores que podem ser de três categorias diferentes, segundo Lazarus e Cohen (1977), citados por Ribeiro (1998), que são os seguintes:

- Acontecimentos cataclísmicos – acontecimentos com impacto súbito e intenso, mais ou menos universais, abrangendo todas as pessoas, como por exemplo a guerra, a prisão entre outras.
- Stressores pessoais – são intensos e podem ser inesperados. Abrangem os acontecimentos que são suficientemente fortes, para desencadear capacidades de adaptação, do mesmo modo que os acontecimentos cataclísmicos, com a diferença que afectam só algumas pessoas, sendo por isso mais difícil o suporte social, tendo em conta que só afecta alguns, temos como exemplo a morte de alguém que se ama, doença grave ou desemprego.
- Stressores de fundo (background) – são persistentes, repetitivos fazendo parte da rotina da vida de todos os dias. São diferentes dos outros tipos de Stressores, de várias maneiras, nomeadamente porque são menos fortes, e porque na sua qualidade de Stressores derivam dos efeitos comutativos ao longo do tempo. Exemplos deste tipo de Stressores, são a exposição ao ruído, viver em ambientes sobrelotados, insatisfação no emprego, contacto social intenso, etc.

Como já foi referido, o Stress ocorre, quando surgem exigências que sobrecarregam ou excedem as capacidades adaptativas de um Indivíduo, envolvendo este pressuposto, uma avaliação cognitiva da exigência versus capacidades, McVicar (1994).

Stora (1990) refere que o Stress é um agente externo, partilhado pelo Indivíduo num determinado espaço – tempo; põe em jogo defesas mentais para lhe fazer face, acompanhando os automatismos biológicos, simultaneamente o jogo das defesas mentais. Refere ainda que a vida psíquica individual pode ser desorganizada por essa acção, contendo riscos de somatização, segundo o estado de estrutura psíquica e do contexto somático e social.

Cardoso (1999) numa descrição não sistematizada considera importantes os seguintes agentes indutores de Stress: (1) Processamento acelerado de informação; (2) estímulos traumáticos; (3) sensação de ameaça; (4) alterações fisiológicas – doença, dor, insónia, imobilidade; (5) isolamento; (6) repressão e humilhação; (7) pressão grupal; (8) frustração e conflito; (9) ameaça dos valores e objectivos; (10) falta de controlo.

Segundo Ogden (1999), o Stress tem sido estudado, quando suscitado, em termos de mudanças Psicofisiológicas. Se um acontecimento é considerado Stressor, podem ser suscitadas mudanças fisiológicas, incluindo as seguintes:

- ☛ Excitação do sistema simpático e aumento da libertação de hormonas de Stress, como as catecolaminas e corticósteróides;
- ☛ aumento dos factores físicos, como o ritmo cardíaco, a tensão arterial e o potencial muscular;
- ☛ mudanças nos factores Psicológicos como o aumento do medo, ansiedade e fúria, a diminuição na capacidade cognitiva e sensibilidade aos outros.

Alguns dos efeitos Psicofisiológicos do Stress, podem ser encarados como adaptativos, se preparam o Indivíduo para responder, ou como não adaptativos, se são prejudiciais à Saúde.

A DOENÇA COMO AGENTE STRESSOR

O Stress tem sido estudado insistentemente, neste século, pelo seu potencial efeito na Saúde do Indivíduo. O Stress pode afectar a Saúde de dois modos: através de mudanças comportamentais ou mudanças fisiológicas (Ogden, 1999).

A percepção que cada Indivíduo, tem dos sintomas da doença, varia de acordo com a aceitação que ele tem dos mesmos. O quadro final de uma doença, construído pela Pessoa, é o resultado da sua experiência anterior, das características da sua personalidade, da experiência com o tratamento dessa doença, do contexto geral e do sistema social em que a doença se apresenta.

A natureza da doença, o tipo, os sintomas, constituem a influência fundamental, para que as Pessoas lhe atribuam grande/pequena importância, e a considerem desta forma ou não, como uma doença passageira (Lipowski, 1975). A importância que se atribui a determinados sintomas, depende em grande parte, do conhecimento que se tem de medicina, dos sintomas físicos, da resistência individual em prosseguir a vida normal, apesar da sintomatologia, e ainda do estadio de desenvolvimento (ciclo vital), que permita às Pessoas aperceberem-se, ou não de que algo está mal.

Como refere Nichols (1984), o Stress Psicológico associado à doença é muito difícil de avaliar, pois é muito frequente, o Indivíduo refugiar-se atrás de sentimentos de negação (recusa de doença). A existência do Stress em maior ou menor nível, é questionável na grande

maioria dos Indivíduos, dependendo quer da gravidade, quer do significado social, que ele representa.

Em geral, se avaliarmos a doença como uma forma particularmente grave de Stress, podemos esperar como reacção um sentimento negativo, ou uma sequência deles, que vão desde a ansiedade, à depressão, culpa, solidão, desespero, vergonha, desgosto e ira, (Lipowski, 1967).

Segundo Marín e Lloreus (1997), vários autores consideram que certas doenças podem produzir, com maior probabilidade, reacções emocionais e complicações Psicológicas do que outras.

Quando a doença é crónica, potencializam-se as suas características Stressantes e o seu impacto de perturbação social. Assim estas doenças, podem conduzir a discórdias familiares, que por vezes estão relacionados com problemas económicos, ou com relutância por parte de alguns dos membros da família em cuidar do Indivíduo, se este se encontrar em casa, (Lipowski, 1975; Copeland, 1988; Wright & Leacy, 1987).

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA NO STRESS

As relações entre o Stress e a doença não são lineares e existem muitas evidências que sugerem alguns factores que podem mediar essa ligação. Primeiro o exercício pode reduzir o Stress. Segundo, existem algumas indicações de diferenças relativas ao sexo na resposta de Stress e no papel deste no desenvolvimento da doença, Ogden (1999).

Stoney e al. (1987), argumentaram que os Homens respondem mais energicamente a um Stressor, do que as Mulheres. Isto indica que o sexo, pode determinar a resposta ao Stress

para um acontecimento causador de Stress e, conseqüentemente, determinar o efeito desta resposta no estado de doença ou Saúde do Indivíduo.

Um terceiro factor que medeia a ligação Stress – doença, é o estilo de Coping ou padrões comportamentais do Indivíduo. O tipo de Coping, pode bem mediar a ligação Stress – doença e determinar a medida, do efeito, do acontecimento Stressante no estado de Saúde. Podem ainda mediar a ligação Stress – doença, os acontecimentos de vida (exemplo: personalidade tipo A), o apoio social recebido e o controlo real ou percebido do agente Stressor, de acordo com Ogden (1999).

Citar-se-ão, alguns estudos relacionados com esta área, associados ao Transplante Renal, tendo em conta, serem estes Indivíduos o objecto deste estudo:

- Greenberg, David e Massey (1973) citados por Santos (1992), afirmam que a sua experiência, sugere fortemente que factores Psicológicos desempenham um papel importante na capacidade individual para adaptação aos Stresses da Insuficiência Renal, Diálise e Transplante.
- Simmons (1984), verificou que são fontes potenciais de Stress para o Indivíduo Transplantado Renal, o medo constante de rejeição, a aceitação Psicológica de uma parte estranha ao corpo (de outra pessoa).
- Estudos efectuados em Indivíduos chineses Transplantados revelaram que os principais Stressores eram o medo de rejeição, os efeitos da medicação, a incerteza sobre o futuro e o medo da infecção (Kong & Molassiotis, 1999).
- Em relação a fontes Stressoras, Indivíduos Transplantados com tempos de pós-Transplante diferentes (há menos de seis meses, entre um ano e cinco anos e mais de cinco anos), indicam como preocupações principais: o medo de rejeição e a imagem corporal

alterada. Dos três grupos em estudo, o que apresentou níveis maiores de Stress foi o grupo intermédio, Transplantado há mais de um e há menos de cinco anos (Fallon et al. ; 1997).

Em seguida, abordar-se-ão diferentes formas de lidar com as situações de Stress e de Doença, a que os Indivíduos Transplantados Renais estão sujeitos.

1.4. – COPING

O estudo, das diferentes formas de reagir a situações perturbadoras do bem-estar, deu origem ao conceito de Coping. Este, tem sido estudado e clarificado por diversos autores.

As Pessoas, durante toda a sua vida, vivenciam situações de Stress e tentam lidar com essas realidades de diversas maneiras. A tensão emocional e física que acompanha o Stress é bastante desconfortável e provoca grandes incómodos. É desta forma que as Pessoas sentem que têm de fazer algo para reduzir o seu Stress. Este «algo» que as Pessoas fazem, é o que está envolvido nos mecanismos ou estratégias de Coping, isto é, de adaptação ao Stress (Serafino, 1994).

Lazarus e Folkman (1984), definem Coping como um esforço constante de mudança cognitiva e comportamental no sentido de lidar com condições específicas, internas e/ou externas, avaliadas como exigentes ou que podem exceder os recursos do Indivíduo.

As estratégias de Coping, correspondem a mecanismos colocados em acção pelo Indivíduo, para combater ou minimizar os efeitos de uma situação, por este avaliada, como ameaçadora ou perigosa para o seu equilíbrio Psicológico. Esta avaliação depende da

personalidade do Indivíduo e das suas crenças pessoais, as quais podem originar expectativas cognitivas, afectando os seus comportamentos e emoções (Lazarus, 1966).

O modelo de Lazarus e Folkman (1984), considera o Coping como um processo dinâmico contextual, que deverá estar de acordo com as diferentes condições de Stress. Esta definição, implica a abordagem do Coping, como um processo centrado nas condições externas de Stress. Lazarus (1992), sistematiza em quatro pontos a sua teoria:

- Descrição dos meios e das acções utilizados nas situações de Stress.
- A medida de Coping é contextual, centrada no processo e transaccional. Pretende-se saber o que acontece num contexto particular, sendo avaliadas as mudanças. Têm particular importância, os dados resultantes da interacção, entre o Indivíduo e o meio.
- O desenho das investigações sobre Coping, requerem que o mesmo ou os mesmos Indivíduos sejam avaliados em momentos ou contextos diferentes, de forma a ser possível avaliar a estabilidade ou mudança nas estratégias de Coping
- Os dados obtidos sobre os mecanismos de Coping, junto do Indivíduo, dependem da condição particular deste, do nível de compromissos que transporta para as situações, do tipo de situações de Stress e da forma como o Indivíduo as vivência: ao nível da sua existência, do seu modo de estar em sociedade e da sua Saúde.

COPING E STRESS

Os processos cognitivos de Coping, surgem como mediadores, no sentido de proporcionarem as condições de adaptabilidade do Indivíduo às exigências do meio (agentes mais ou menos Stressores). O Stress Psicológico é sinónimo de uma relação desequilibrada

entre o sujeito e o ambiente, pelo que implica da parte do Indivíduo um esforço constante de mudança, que corresponde às respostas (estratégias) de Coping (Lazarus, 1992; 1993).

Há um grande consenso, em aceitar que os efeitos nocivos do Stress, ocorrem em função da natureza dos processos de Coping, que a Pessoa utiliza para lidar com situações (Latack, 1986; Meichenbam; Tuork; 1982 citado por Serra, 1988).

Inicialmente Lazarus (1966), referiu-se a dois processos que envolvem as estratégias de Coping, para lidar com situações de Stress: Intervenção directa e Mitigação.

- A Intervenção directa, corresponde a comportamentos desencadeados com a intenção de mudar a relação da Pessoa com o seu ambiente, por exemplo preparar-se contra uma ameaça, agressão e fuga. Um outro mecanismo de Intervenção directa, consiste em desenvolver comportamentos caracterizados pela inactividade e por respostas lentas a qualquer estímulo (resignação). Estes comportamentos podem apontar para o desenvolvimento de quadros clínicos do tipo depressivo.
- A Mitigação, consiste num processo de alívio de Stress, de forma a diminuir as suas consequências Psicológicas. Desta maneira, existem Indivíduos que utilizam preferencialmente medicamentos, drogas, álcool, sexo, yoga, etc., como formas de diminuir níveis elevados de Stress.

Ainda segundo o mesmo autor, estas formas correspondem a mecanismos cognitivos como: a deslocação, a intelectualização e a denegação (correspondentes cognitivos dos mecanismos de “defesa do Eu” descritos por Freud).

No mecanismo de deslocação, a direcção da agressividade é alterada, não visando o objecto agressor, mas sim outro qualquer .

Na Intelectualização, o Indivíduo lida com a situação de uma forma racional e à distância, como se fosse um objecto de estudo ou de curiosidade, procurando não se identificar com a situação.

Quando se utiliza a denegação, o Indivíduo nega a existência de qualquer ameaça (interior ou exterior a si próprio). Nesta situação, o sujeito procura, através da racionalização, construir respostas sucessivamente mais complexas, de forma a poder lidar com as informações que provem a falsidade da sua negação.

Posteriormente, Lazarus e Folkman (1984) propõem uma teoria, em que apresentam dois focos (estratégias) de Coping, utilizados para lidar com as situações de Stress:

✳ Estratégias de Coping focadas no problema - Estas estratégias, consistem em esforços para alterar as circunstâncias Stressantes, através de uma adaptação, que entra em conflito com a situação. Assim, se a relação com o meio se modifica por meio de estratégias de Coping, a situação de Stress Psicológico deverá alterar-se positivamente. O Indivíduo poderá modificar o meio, ou modificar-se a si próprio. Estão incluídas nestas estratégias os seguintes factores:

- Confrontação
- Autocontrolo
- Procura de suporte social
- Assumir responsabilidades
- Delineamento de soluções para o problema.

✳ Estratégias de Coping focadas na emoção - Estas estratégias envolvem unicamente actividades cognitivas, que não procuram directamente modificar a relação do Indivíduo com

o meio , mas sim modificar a maneira como essa relação é percebida. Visam portanto, uma alteração na forma como o Indivíduo interpreta as situações de Stress. As emoções surgem assim como produto das relações entre o sujeito e o meio (Lazarus & Smith, 1990).

Estão incluídas nestas estratégias os seguintes factores:

- Distanciamento
- Evitamento
- Reavaliação positiva.

Tal como referem Lazarus e Folkman (1984; p:155), "...as formas de Coping orientadas para as emoções e para a resolução de problemas, surgem frequentemente associadas...o Coping orientado para as emoções, ocorre imediatamente após os acontecimentos, e é gradualmente substituído por estratégias orientadas para os problemas...".

Os estudos realizados por Lazarus & Folkman em diferentes situações de Stress, proporcionam a obtenção de algumas importantes conclusões sobre a forma como os Indivíduos utilizam as estratégias de Coping.

Lazarus (1993), sumariou essas conclusões da seguinte forma:

1. A maioria dos Indivíduos, utiliza mais do que uma estratégia de Coping, perante cada situação causadora de Stress. Refira-se que, para algumas situações, existem estratégias relacionadas com determinados tipos de Stress e, noutras situações, as estratégias podem suceder em cadeia , através de um processo de "tentativa e erro".
2. Coping, depende de uma avaliação prévia, sobre a possibilidade ou impossibilidade de mudar à situação de Stress. Se a avaliação, conduzir à possibilidade de mudar a situação, o

- Indivíduo utilizará estratégias focadas no problema. Se, por outro lado, a avaliação não for favorável à mudança da situação, o Indivíduo utilizará estratégias focadas na emoção.
3. Quando o tipo de situação de Stress, se mantêm constante (ex.: situações relacionadas com o trabalho, a Saúde ou a família), os Homens e as Mulheres, têm níveis de Coping semelhantes.
 4. Algumas estratégias de Coping, são mais estáveis do que outras em diversas situações de Stress. Por outro lado, existem estratégias para determinados contextos específicos de Stress. Verifica-se que pensar positivamente, sobre um problema, é uma estratégia relativamente estável, que depende essencialmente da personalidade do Indivíduo; enquanto que, pedir apoio social é uma estratégia instável, que depende substancialmente do contexto social.
 5. As estratégias de Coping, alteram-se de um estadio para outro, na mesma situação de Stress. Para se poder obter um quadro exacto dos processos de Coping, os diferentes estadios da situação de Stress, não deverão estar englobados.
 6. Os mecanismos de Coping, são mediadores eficientes dos resultados emocionais: resultados emocionais positivos, estão associados a determinadas estratégias, tal como os negativos para outras.
 7. A validade de qualquer estratégia de Coping, varia com o tipo de situação de Stress, com a personalidade do Indivíduo que é sujeito à situação de Stress e com os efeitos da modalidade estudada (ex.: interacções sociais ou saúde física).

COPING E A SITUAÇÃO DE DOENÇA

A situação de doença, afecta e é afectada por factores Psicológicos e sociais. Assim, esta torna-se num factor adicional de Stress, que poderá constituir uma situação para a qual o Indivíduo não possui, estratégias de Coping adequadas (Taylor & Aspinwail, 1992).

Segundo Figueira (1992), o Indivíduo em situação de doença, encontra também fontes adicionais de Stress, para além das que decorrem do próprio conhecimento da doença, que são:

- Informação que o Indivíduo possui acerca das atitudes sociais face à doença.
- Tipo de relação que estabelece com as Pessoas significativas, do seu meio ambiente e atitude destas em relação à situação.
- Inserção profissional e reacção ao meio sócio-profissional.
- Co-ocorrência de outros acontecimentos de vida menores, crónicos ou não, mas que constituem outras fontes de Stress (problemas familiares, emocionais entre outros).

A interacção de factores biológicos, Psicológicos e sociais, assume grande importância no processo de adaptação à doença, seja ela aguda ou crónica.

Na situação de doença, o Indivíduo deverá ser capaz, em primeiro lugar, de lidar com os aspectos físicos do problema. Para além de ter que encontrar estratégias, para lidar com a angústia, o desconforto e a impotência, é forçado, a encontrar forma de se manter adaptado pessoal e socialmente (Lewis, Sperry & Carlson, 1993).

Existe, na situação de doença, a necessidade de ser capaz de encontrar estratégias para lidar com a perda: da Saúde, das capacidades físicas e da certeza quanto ao futuro (Lewis, Sperry & Carlson, 1993).

A relativa importância das disposições de personalidade e das estratégias cognitivas de Coping, variam mediante os tipos de Stress. Neste sentido, foram já encontradas diferenças individuais na utilização de estratégias de Coping, em situações de doença, para as personalidades tipo A e B (Williams & House,1991).

Na utilização de Coping, em situações de Stress induzidas por doença crónica, tem-se mostrado evidente (Taylor & Aspinwall, 1992), que o uso de estratégias de evitamento, está relacionado com o aumento da angústia, e à posteriori constitui, um factor de risco nas respostas contrárias ao Stress.

As investigações têm mostrado que baixos índices de morbidade Psicossocial, aparecem associados a respostas positivas contra o Stress, a um alto “locus de controle” interno e a crenças, sobre as capacidades do próprio Indivíduo, exercer um controlo directo sobre a sua doença. Da mesma forma, baixos níveis de abandono afectivo, surgem associados a um bom funcionamento Psicológico, no sentido da redução da gravidade dos sintomas (Taylor & Aspinwall, 1992).

No entanto tem-se considerado mais recentemente que, os Indivíduos escolhem espontaneamente as estratégias de Coping, que julgam adequadas para a situação de Stress. Neste sentido, os Indivíduos utilizam estratégias de resolução de problemas, em situações em que o agente Stressor está mais acessível ao controlo directo, e utilizam estratégias focadas na emoção, quando o agente Stressor surge como inacessível ao controlo directo (Taylor & Aspinwall,1992).

Lewis, Sperry e Carlson (1993), teorizaram, relativamente ao apoio a prestar a Indivíduos sofrendo de doenças crónicas, um modelo baseado na informação dos mesmos e da sua doença, no qual se pretende:

- Ajudar o Indivíduo a controlar as suas reacções para com a doença.

- Auxiliar o Indivíduo a lidar com procedimentos médicos lesivos da sua integridade (no caso, por exemplo de uma cirurgia).
- Incentivar o Indivíduo para a adesão aos tratamentos prescritos.

Investigações diversas na área do Coping, encontraram frequentemente associações positivas, entre o Coping focado na emoção e níveis de Distress Psicológico, ou ainda com o tempo de recuperação de determinadas doenças (Endler, Parker, & Summerfeldt, 1993).

Em relação a estudos efectuados, podemos apontar:

Kong e Molassotis (1999), num estudo efectuado em pacientes chineses Transplantados, verificaram que não existiam diferenças de Estratégias de Coping, com grupos de Indivíduos Transplantados, há mais e menos de um ano.

Pensa-se que toda a problemática, abordada anteriormente, possa de alguma forma influenciar quer positiva, quer negativamente a vida dos Indivíduos Transplantados Renais, pelo que se torna imprescindível, efectuar uma abordagem sobre Qualidade de Vida e suas dimensões.

1.5. - QUALIDADE DE VIDA

O conceito Q.D.V., é actualmente bastante usado, quer por especialistas, quer por leigos. Cada Indivíduo interpreta-o de sua forma, dependendo do contexto, pelo que o tema, tem despertado cada vez mais o interesse da sociedade em geral e da comunidade científica em particular. Estes factos justificam por si só, o número crescente de estudos efectuados nesta área, tentando compreender qual o sentido da expressão, e a forma como ele se assume nas diversas situações.

Segundo Ribeiro, J. (1994), a maneira como as Pessoas imaginam e inferem a Qualidade de Vida, não é obviamente a mesma, nem quanto aos conteúdos a focar, nem em relação à forma de avaliar. De acordo com o autor, Qualidade de Vida para uns, expressa-se pela quantidade de bens materiais, enquanto que o que prevalece para outros são os espirituais. Qualidade de Vida para alguns, baseia-se na opinião do próprio Indivíduo, e para outros na observação de especialistas. Assume uma dimensão objectiva, em oposição à subjectividade que tem para outros.

Apesar da origem deste conceito, em termos científicos remontar aos anos 60, ele encontra-se ainda em fase de exploração, tem sido estudado em vários contextos da sociedade por ser um tema do interesse geral, as suas definições espelham aspectos comuns por um lado, e específicos a cada um desses por outro (Ribeiro, 1994).

Segundo Shumaker, Anderson e Czajkowsk, 1990 (Ribeiro, 1994), A Qualidade de Vida é definida como a satisfação individual global com a vida, e a sensação geral, pessoal de bem estar.

Ferrans e Powers, (1992) mencionam a Qualidade de Vida como a sensação de bem estar, que vem da satisfação ou insatisfação, com as áreas de vida que são importantes para o sujeito.

Cramer, (1994), define-a como o completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade (in Ribeiro, 1994).

Apesar das definições referenciadas anteriormente, não existe uma definição única de Qualidade de Vida aceite, pode-se, isso sim tentar chegar a um consenso sobre ela e o seu modo de avaliação; uma forma de o fazer é começar por analisar as concepções subjacentes à definição do próprio conceito, tal como refere Ribeiro (1994).

Este autor refere ainda, que da infinidade de concepções acerca da Q.D.V. , se podem destacar cinco essenciais para as correntes actuais:

- Abordagem Psicológica: que pressupõe a distinção, entre o ter uma doença e o sentir-se doente (disease versus illness). Defende também que , enquanto a intervenção médica se centra no pressuposto da existência de uma doença, e não na experiência dessa doença, a Q.D.V. baseia-se na última, portanto na percepção do Indivíduo acerca dessa doença.
- Abordagem Custo Benefício: baseia-se na dicotomia quantidade de vida versus Q.D.V..

Enquanto para uns a vida deve ser vivida a qualquer custo, para outros tal não acontece e esta só deve ser vivida em determinadas circunstâncias. Nesta perspectiva, a avaliação da Q.D.V., baseia-se na percepção pessoal que o Indivíduo tem da sua capacidade funcional, em áreas que ele valoriza.

- Abordagem Centrada na Comunidade: considera o impacto da doença na comunidade.

Neste modelo e segundo Ware, 1991 (Ribeiro, 1994), as variáveis podem ser agrupadas em círculos concêntricos, em que os parâmetros fisiológicos estão sediados no círculo central e cada um dos círculos que envolvem sucessivamente o círculo central, onde se inclui o funcionamento social, Distress Psicológico/bem-estar, percepção geral de Saúde e finalmente o funcionamento social e o exercício do papel social.

Segundo esta perspectiva, a avaliação da Q.D.V., inicia-se por parâmetros fisiológicos e estende-se, a um vasto conjunto de parâmetros de personalidade social, espalhando-se à comunidade.

- Abordagem Funcional: salienta a reorganização dos aspectos funcionais, físicos, psicológicos e sociais, num todo harmonioso de modo a que a sua vida se ajuste às consequências de uma doença incapacitante. Caracteriza-se por se centrar em aspectos funcionais e ignorar os aspectos emocionais.
- Lacuna de Calman: baseia-se na concepção de que a Q.D.V., é conceptualizada como a lacuna entre a expectativa do Indivíduo, e o que este conseguiu realizar. Assim quanto menor for a lacuna, maior a Q.D.V..

Existe algum consenso de vários autores dedicados a esta área (Bowling, 1994; Spilker, 1990; Walker & Rosser, 1990), em relação aos domínios da Q.D.V., citados por Pinto (1998) que são:

- Saúde física e sintomas;
- Estado funcional e actividades de vida diária;
- Bem estar (incluindo aspectos existenciais e espirituais da vida).
Saúde social incluindo papeis sociais e suporte social (e mais especificamente o relacionamento entre o doente e a Equipa de Saúde e o meio hospitalar), Welch (1994).

No entanto existem muitos outros autores, que referem diversos domínios para a Qualidade de Vida, a exemplo disso temos Fallowfield L. (1990), que enumera quatro domínios da Q.D.V., estando cada um deles associado a itens, considerados pertinentes para o funcionamento satisfatório de cada Indivíduo:

1. Domínio Psicológico, no qual considera os itens depressão, ansiedade, ajustamento à doença, etc.. Refere-se que o facto de uma Pessoa doente que também sofra de

depressão ou ansiedade dificilmente pode funcionar satisfatoriamente em qualquer uma das áreas que contribuem para a QDV.

Um funcionamento Psicológico saudável, isento de ansiedade e depressão, permite ao Indivíduo adaptar-se e ajustar-se à doença utilizando estratégias de Coping face à situação.

2. Domínio social, no qual considera as actividades sociais, tempos livres e relações sexuais, etc.. Na medida em que as Pessoas com doenças crónicas progressivas ou em estado terminal, necessitam de um suporte familiar e de amigos, exprimindo muitas vezes o medo de abandono pelos mesmos.

Em adultos, ao nível das relações sexuais, paciente e parceiro necessitam de encontrar alternativas e ajuda de modo a explorarem novas formas de amor, ternura e carinho.

3. Domínio profissional, no qual refere a capacidade e vontade de trabalhar, tal como a capacidade de realizar tarefas domésticas, entre outras, de um modo geral, parte do conceito do self de qualquer Indivíduo é preenchido pelo papel social, desenvolvido por ele, no emprego e da gratificação que obtém pelo reconhecimento social do mesmo.

É evidenciado ser necessário, que o Indivíduo se sinta enquadrado, e que goste de desempenhar o seu trabalho, para que a Q.D.V. não seja prejudicada.

4. Domínio físico, no qual a dor, sono, mobilidade, apetite e náusea, satisfação sexual, de entre vários, onde o evitar de dor e sofrimento é uma das tarefas mais difíceis para o sujeito, adquirindo um grande impacto em todos os domínios da Q.D.V. do sujeito.

Conclui-se desta forma que o conceito de Qualidade de Vida é bastante subjectivo, e está dependente de inúmeros factores, que vão desde os pessoais, aos circunstanciais.

Ferrans e Powers (1992), referem que a Qualidade de Vida, é conceptualmente um fenómeno, que é mais significativo se for percebido e experienciado pelo Indivíduo. Referem ainda, que quando os Indivíduos são afectados por mudanças objectivas na sua Vida, existem concomitantemente alterações no seu bem estar subjectivo. Com o tempo, esses Indivíduos, irão ajustar as suas aspirações às novas circunstâncias, reajustar os valores e expectativas, o que se pensa poder restabelecer o seu bem estar subjectivo.

Consistente com esta ideologia, a Qualidade de Vida é definida em termos de satisfação com aspectos da Vida, que são importantes para o Indivíduo. Só os próprios Indivíduos poderão avaliar a sua Qualidade de Vida, pois o significado atribuído às várias dimensões da Vida, difere de Pessoa para Pessoa.

Bihl et al. (1988), estudaram a Qualidade de Vida a partir das seguintes dimensões:

- Qualidade Global de Vida
- Satisfação com o estado de Saúde e com o modo como se desempenham as actividades de vida diária;
- Aspectos Sócio-Económicos;
- Aspectos Psicológicos e Espirituais;
- Família.

Nesse estudo, os indicadores do estado de Saúde incluíam avaliações subjectivas , além de alguns parâmetros fisiológicos.

As contradições na conceptualização e operacionalização conduzem a alguns problemas de avaliação (Ferrans & Powers, 1985).

Parece óbvio que a finalidade das ciências da Saúde, seja a promoção de uma melhor Qualidade de Vida. Esta problemática torna-se pertinente, pois não é só a dimensão das taxas

de mortalidade e morbidade que têm peso, mas sim a forma como as Pessoas vivem o seu dia a dia, como desempenham o seu papel social e como se sentem.

Ferrans e Powers (1992), referem que na avaliação da Q.D.V. Global, são determinantes factores sócio económicos, por condicionarem o acesso a muitos dos recursos sociais, por limitarem as oportunidades, o poder, o prestígio, o estatuto social e as amizades.

As mesmas autoras, sugerem várias razões para uma Q.D.V. inferior nos doentes desempregados; maiores dificuldades económicas trauma Psicológico por estarem sem trabalho e sensação de perda de controle sobre a vida.

QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA COM A SAÚDE

De acordo com Ribeiro (1994), quando se estudam as limitações impostas por uma determinada doença para a Qualidade de Vida utiliza-se com frequência o termo Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS).

A Saúde é um dos domínios fundamentais, provavelmente o mais importante para a QDV, (Ribeiro, 1994).

Num estudo de Campbel et al, 1976 (Ribeiro, 1994), o domínio "Saúde", é um dos doze domínios avaliados, e que apresentam maior correlação com o resultado total da Qualidade de Vida.

Q.D.V.R.S., pode ser definida, como os níveis óptimos de funcionamento mental, físico, papel social (trabalho, pais, etc.), incluindo relações e percepções de Saúde, condições de Saúde, satisfação com a vida e bem-estar. Deveria também incluir algumas avaliações dos níveis de satisfação do Indivíduo doente em relação ao tratamento, resultados e conceito de Saúde e com futuras pesquisas. É diferente de Qualidade de Vida como um todo, que incluiria

também habitação adequada, rendimento e percepções do ambiente imediato (Bowling, 1995).

Tendo em vista estudar o fenómeno Mundial da Qualidade de Vida, no campo da Saúde e da doença, (Ferrans e Powers, 1985), têm procurado estudar a Pessoa no seu contexto.

QUALIDADE DE VIDA NA DOENÇA CRÓNICA E NO TRANSPLANTE RENAL

Com a actual conjectura em termos de Medicina, com os avanços da Tecnologia, pode-se prolongar a vida nos diferentes estados de doença, que há algum tempo eram considerados fatais.

No contexto das doenças crónicas a problemática da Qualidade de Vida, assume uma importante primazia, pois constitui um indicador não só do aumento da sobrevivência que os avanços da tecnologia proporcionam, como, também do tipo de vida (bem estar físico, psíquico e social), que é proporcionado a estes Indivíduos.

Simmons (1984), refere que Qualidade de Vida é em geral um conceito difícil de definir. É necessária a avaliação da Q.D.V., para demonstrar que as inovações tecnológicas dispendiosas, colocadas ao serviço do Homem, nos últimos anos, são terapias vitais.

Por doenças crónicas, entenda-se doença que não têm cura. Blanchard (1982), citado por Ribeiro (1994), que diz serem doenças, que devem de ser geridas em vez de curadas.

O impacto das doenças crónicas, varia de doença para doença e de Pessoa para Pessoa. No entanto todas elas, justificam a aprendizagem e o desenvolvimento de capacidades, quer comportamentais, cognitivas e emocionais para melhor gerir o quotidiano (Ribeiro, 1994).

Ribeiro, Meneses e Meneses (1998), explicam que se aceita que estas doenças não têm cura e requerem tratamento muito prolongado, impondo ao Indivíduo doente, mudanças importantes no estilo de vida de modo a poder conviver diariamente, com a doença mantendo uma Qualidade de Vida elevada. Muitas vezes, esse estilo de vida impõe regimes de tratamento (medicamentosos ou outros) que o tornam elemento central na vida do Indivíduo e dos seus próximos (como é o caso dos Indivíduos Transplantados, com esquemas terapêuticos rigorosos, que lhes causam alterações físicas quer em termos de imagem, quer em termos de diminuição das defesas do organismo).

Os mesmos autores dizem ainda, que hoje em dia, a questão não é saber se os Indivíduos que vivem com uma doença crónica sobrevivem ou morrem, mas sim, saber se estes conseguem viver o dia-a-dia, com a mesma facilidade e o mesmo grau de satisfação daqueles que não têm doença.

Sendo o nosso estudo, um enfoque a esta área parece-nos útil referenciar algumas das principais conclusões de estudos sobre a Q.D.V. em Indivíduos Transplantados Renais.

O Transplante Renal é uma das possibilidades de tratamento dos Indivíduos Insuficientes Renais Crónicos (I.R.C.), há no entanto a considerar as vantagens e desvantagens deste modo de tratamento. Efectuado um estudo comparativo de QDV em Insuficientes Renais Crónicos, quando em programa de Diálise e posteriormente quando Transplantados, chegou-se à conclusão que nos Indivíduos com Transplante funcionante, se observavam melhorias significativas de QDV, sendo esta mais acentuada nos homens do que nas mulheres, por razões desconhecidas. Ainda a acrescentar o facto de que com mais idade e com mais patologias pré-existentes, existia uma diminuição dos efeitos benéficos do Transplante.(Jofré et al , 1998).

Apesar do Transplante Renal não possibilitar a cura, os estudos referem que estes doentes apresentam scores de Qualidade de Vida superior quando comparados com outras modalidades terapêuticas (Fallon, Gould & Wainwright, 1997; Mecauley & Johnson, 1994; Mota et al, 1996).

Regra geral, os Indivíduos Transplantados têm uma Qualidade de Vida excepcional, especialmente se comparada com o período anterior ao Transplante. De acordo com diversos estudos, cerca de 97% encontram-se muito satisfeitos depois do Transplante e conseguem, inclusive, melhorar a sua actividade física e as suas perspectivas de futuro, sentindo-se mais capazes física e psiquicamente para desenvolverem a sua actividade laboral. A sua Qualidade de Vida é praticamente igual à da população sã e, inclusivamente, tem havido casos de mulheres submetidas a um Transplante que puderam ficar grávidas e dar à luz com total normalidade (Ribeiro, S.; 1997).

A Q.D.V., geralmente é maior para Indivíduos Transplantados, do que para os submetidos a outras formas de tratamento, no entanto estes Indivíduos, continuam muitas das vezes experienciado problemas diversos de saúde (Hathaway et al., 1998). Também dos mesmos autores foram estudados dois grupos de Indivíduos Transplantados, com tempos diferentes (um grupo com mais de seis meses e outro com mais de doze meses), chegando-se à conclusão que a Qualidade de Vida era elevada nos dois grupos e sem diferenças significativas.

Na avaliação da Qualidade de Vida a seguir a um Transplante Renal com sucesso dois temas emergem com significativa importância o “sentir-se saudável” e a independência (Fallon, Gould & Wainwright, 1996).

Se ocorre um processo de rejeição, esses Indivíduos, tendem a referir Scores mais baixos de Qualidade de Vida, do que aqueles que se mantêm em Diálise peritoneal (McCauley & Johnson, 1994).

Segundo um estudo de Kong e Molassiotis (1999), A Q.D.V. dos Indivíduos Transplantados Renais Chineses é moderada, e não difere naqueles que foram Transplantados há mais e menos de um ano.

Grupos diferentes de tempo de Transplante (menos de seis meses, entre um e cinco anos e mais de cinco anos), estudados em relação á sua QDV, apresentaram todos eles melhoria significativa após o Transplante, embora as melhorias fossem menos significativas no grupo intermédio (um a cinco anos), (Fallon et al., 1997).

Estudos de Q.D.V. em Transplantados, não revelaram diferenças significativas entre homens e mulheres (Simmons et al. ; 1977).

Os Indivíduos Transplantados apresentam benefícios positivos nas relações maritais (Simmons et al.; 1977).

REACÇÕES EMOCIONAIS DECORRENTES DO TRANSPLANTE E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

Podemos também encontrar crises de identidade nos Indivíduos que recebem rins de “dadores cadáveres”. Neste caso aflora o medo do desconhecido (ansiedade), e sentindo, por vezes, dificuldades de aceitação do órgão, que lhes podem provocar alterações Psicológicas.

Eisandrath (1969), preconiza uma psicoterapia pré-operatória para ajudar a mobilizar a falta de esperança do Indivíduo T.R., facto este que, se pode tornar necessário para a sua sobrevivência.

Para Greenberg e Massey (1973) O Psicólogo Clínico veio desempenhar um papel importante, ao ajudar a avaliar os níveis de funcionamento do Indivíduo e os recursos do ego para uma adaptação com sucesso a uma situação, da sua Vida, extremamente exigente como, é o caso do T.R. Sem esta actuação, não seria possível uma adequada intervenção psicoterapêutica de apoio, nestes Indivíduos, ao longo das várias fases da sua doença.

2-MÉTODOS

A Investigação impõe sempre um controlo rigoroso das variáveis em estudo, só desta forma se pode falar de Ciência. A Investigação em Psicologia afirmou-se como Ciência, por procedimentos importados das chamadas Ciências Exactas, factos que garantiam a realização de uma “boa” Investigação, com controlo rigoroso das variáveis. Reconheceu-se, no entanto que em Ciências Humanas um controlo semelhante (laboratorial) ao das Ciências exactas era impossível, pois a Investigação em Psicologia da Saúde, debruça-se essencialmente sobre problemas, populações e contextos, impossíveis de reproduzir em laboratório (Ribeiro, 1998).

Bowling (1998), diz-nos que o Método de Investigação, deve ser entendido pelas técnicas e práticas utilizadas para recolher, processar e analisar os dados.

A Investigação Psicológica, no campo da Saúde, tem sido bastante desenvolvida nas últimas décadas, tendo deixado de focar exclusivamente aspectos biomédicos e epidemiológicos, para passar a incluir também, aspectos mais abrangentes, como é o caso da percepção dos Indivíduos sobre a sua Saúde.

Segundo Bowling (1994) a Investigação em Saúde, avalia os efeitos ou consequências que os cuidados de saúde têm sobre a Saúde, pois o que importa no século XX é como se sente o doente, em vez do que os médicos (ou outros profissionais de saúde), pensam que se deveria sentir em função da práticas terapêuticas.

Neste âmbito, se incluem estudos na área da Qualidade de Vida que, como vimos anteriormente, é uma avaliação subjectiva, dependendo de inúmeros factores.

2.1. – TIPO DE ESTUDO

Devido à escassez de Investigação nesta área em Portugal, procedeu-se a um estudo transversal, exploratório, descritivo.

Estudos exploratórios, permitem ao Investigador aumentar a sua experiência em torno de determinado problema, pois partindo de uma hipótese, pode aprofundar no seu estudo os limites de uma realidade específica,(Triviños , 1987).

Segundo Pinto (1990) quando se estudam novas áreas ou novos domínios do saber é provável que se recorra ao método descritivo, para identificar os principais factores ou variáveis que existem numa dada situação ou comportamento.

Ainda segundo o mesmo autor a finalidade principal do método descritivo é fornecer uma caracterização precisa das variáveis envolvidas num fenómeno ou acontecimento, sendo possível que surjam eventuais relações entre as mesmas, mas ao método descritivo, não compete determinar a natureza de tal relação.

Dados os condicionalismos em termos de tempo, inerentes ao processo de formação, no qual este estudo está inserido, optou-se por um estudo do tipo transversal, que segundo Ribeiro (1999), foca geralmente um único grupo representativo da população em estudo e os dados são recolhidos num único momento. Com este facto, assumimos desde já uma condicionante ao estudo, pela razão que avaliações do tipo longitudinal, permitir-nos-iam uma melhor validação dos resultados.

2.2. - OBJECTIVOS DO ESTUDO

Tendo em conta a problemática em estudo referida anteriormente, foram definidos os seguintes objectivos:

- Estudar a Qualidade de Vida dos Indivíduos sujeitos a Transplante Renal;
- Estudar os níveis de Stress e Coping nos mesmos Indivíduos;
- Identificar diferenças nos níveis de Q.D.V., Stress e Coping dos Indivíduos Transplantados Renais, tendo em conta as variáveis sócio-demográficas e de Saúde (controle):

- * Sexo

- * Idade

- * Estado Civil

- * Habilitações Literárias

- * Ocupação (activo/não activo)

- * Número de vezes Transplantado

- * Anos de *Doença* (Insuficiência Renal Terminal), antes do Transplante

- * Uso de Medicação Ansiolítica

- * Existência ou não de Apoio Psicológico no Esquema Terapêutico;

- Identificar a contribuição do Stress e do Coping, na avaliação da Q.D.V..

Não foram explicitadas hipóteses neste estudo, pois consideramo-lo inserido no âmbito do discurso de Ribeiro (1999); p: 24-25: "...queremos saber é se a variável *a* varia,

quando a variável *b* varia. Trata-se de observar o que acontece na natureza, sem manipulação das variáveis: estamos a explorar a realidade. Então não se justifica a formulação de hipóteses.”

Ainda segundo Ribeiro (1999), os estudos descritivos, em que não se pretende explicar porque é que ocorrem determinados fenómenos quando se explora a realidade, limitam-se a apresentar os dados encontrados. Estes estudos descritivos, são normalmente exploratórios decorrendo do facto do Investigador, não ter necessariamente um conjunto de assunções bem desenvolvidas, para formular hipóteses.

2.3. – DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

Na Investigação, as Variáveis constituem um elemento central, pois é em redor destas que ela é estruturada. Variável é como o nome indica uma característica que varia, que se distribui por diferentes níveis, ou que é de diferentes tipos em oposição a uma constante (Ribeiro, 1999).

Variável é qualquer coisa que existe, pois tudo o que existe, existe em determinada quantidade (Thorndike in McGuigan, 1976).

Polit e Hungler (1994), dizem que a maioria da Investigação tem como objectivo compreender de que forma, ou porque variam as coisas, com o fim de relacionar as diferenças de outras.

Segundo Triviños (1987), as Variáveis Independentes, são as Variáveis explicativas, actuam sobre as Variáveis Dependentes, que sofrem o efeito delas.

A Variável Dependente, define-se como a característica que aparece ou muda quando o Investigador aplica, suprime ou modifica a Variável Independente. Além das Variáveis

Dependente e Independente, podem existir outras variáveis, designadas por Moderadoras, Mediadoras ou Intermediárias, que pela sua situação de mediação se encontram entre as Independentes e Dependentes (Almeida & Freire, 1997).

Ribeiro (1999), diz-nos que em Investigações, em que o propósito é o de observar o que acontece (diferenças entre grupos ou se uma Variável varia quando outra varia), sem manipulação das Variáveis, torna-se muitas das vezes difícil de definir, qual a Variável Dependente e a Independente, sendo por isso preferível denominá-las de Variáveis Principais.

Ainda segundo o mesmo autor, um outro grupo de Variáveis importantes, são as Variáveis de Controlo, que são aquelas que a Investigação ou a experiência tem demonstrado relacionarem-se com a Variável Dependente, sendo necessário controlá-las para se poder afirmar que a Variável Independente influencia a Dependente, e são normalmente incluídas, no grupo das Variáveis Secundárias.

Assim, no nosso estudo e de acordo com o atrás referido, temos como Variáveis Principais o **Stress** e a **Qualidade de Vida**. A primeira será a Variável Independente do estudo e a segunda a Variável Dependente. O **Coping** será uma Variável Mediadora. Como Variáveis de Controlo, incluiremos as Variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, ocupação e as Variáveis de Saúde: número de vezes Transplantado, anos de *Doença* antes do Transplante Renal, uso de medicação ansiolítica e existência ou não de apoio Psicológico.

2.4. - PARTICIPANTES

O nosso estudo, incidiu na população de Indivíduos Transplantados Renais na Unidade de Transplantação Renal do Hospital a Cruz Vermelha Portuguesa em Lisboa.

A escolha desta Unidade Transplantadora, deve-se fundamentalmente a dois aspectos: às excelentes relações da autora com esta Instituição tendo em conta a estreita colaboração profissional que manteve até há três anos atrás (Enfermeira) e ainda a proximidade geográfica do actual local de trabalho. Em segundo lugar, pesa o facto de esta ser a Unidade pioneira no Transplante em Portugal (1980), mantendo até hoje o maior número de Transplantes Renais em Portugal, conforme se poderá verificar pelos dados fornecidos da Lusotransplante (Anexo III).

Uma amostra é um subgrupo da população (ou universo) seleccionado para obter informações relativas às características da população (ou universo). O processo de definição da amostra, designa-se por amostragem (Ribeiro, 1999).

Assim sendo, foram definidos critérios de inclusão para os participantes na nossa amostra, que foram os seguintes:

- ter idade compreendida entre os 18 e os 65 anos;
- ter sido Transplantado há mais de seis meses, pois de acordo com a pesquisa bibliográfica efectuada, os primeiros seis meses são os mais “exigentes”, devido ao maior risco de rejeição, frequentes visitas ao hospital e a adaptação aos esquemas terapêuticos e seus efeitos colaterais (Tymstra & Heyink, 1994);
- ter nível de literacia suficiente para saber ler e escrever e portanto responder ao questionário;
- serem Indivíduos em pleno uso das suas faculdades mentais (orientados nos espaço e no tempo);

- Encontrarem-se com uma função renal mantida (Pós-Transplante), sem necessidade de outros tipos de tratamento (opinião do médico, tendo por base valores analíticos e observação do Indivíduo).

Optámos no nosso estudo por só ter Indivíduos com mais de 18 anos e com menos de 65 anos, pois esta é considerada a idade produtiva. Sabendo-se de estudos anteriores que o facto dos Indivíduos estarem inactivos, pode condicionar de grande forma (negativamente) os seus níveis de Q.D.V..

Há a referir o facto de só terem sido incluídos na amostra participantes com mais de seis meses de Transplante, também pelas alterações de Q.D.V. conhecidas de estudos anteriores realizados, pois este período é uma fase de grandes adaptações quer físicas, quer psicológicas e em que é necessária uma vigilância médica muito estreita, condicionando em grande parte os sentimentos de “liberdade” em relação ao tratamento anterior (Diálise).

Uma amostra sequencial, é comum em contexto de Saúde. As unidades constituintes deste tipo de amostra, são escolhidas estritamente na base “primeiro que aparece, primeiro escolhido”. É assim, constituída por todos os Indivíduos que são ilegíveis para participar no estudo e que vão sendo incluídos conforme vão aparecendo (Ribeiro, 1999).

Segundo Ribeiro (1999), o número óptimo depende das características da Investigação e do contexto onde a amostra é recolhida. É suposto que quando maior for o número de participantes, menor é o erro de amostragem, no entanto o aumento do número de participantes não constitui o elemento mais crítico para tornar a amostra mais representativa.

Assim, a amostra do nosso estudo é uma amostra não probabilística sequencial, constituída por 184 Indivíduos Transplantados Renais, de um total de 1093 existentes na Unidade de Transplante do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa.

Os participantes, constituem uma amostra onde é predominante o sexo masculino (58,7%), variando as idades entre os 19 e os 65 anos ($M = 43,27$ anos).

2.5. - MATERIAL

Para se Investigar, uma das estratégias utilizada consiste no uso de Instrumentos de colheita de dados.

Recorreu-se no nosso estudo, ao uso combinado de um inventário (para obtenção de dados sócio-demográficos, dados de Saúde, relacionados com a patologia e meios terapêuticos), ao uso da tradução do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (1984), adaptado por Pinto, C. (1998) e também à adaptações de duas escalas, que foram:

- Tradução e Adaptação da Escala de Coping para problemas de Saúde (Coping With Health Injuries and Problems Scale – CHIP) de Endler, Summerfeldt e Parker (1980);
- Tradução e Adaptação da Escala Global de Percepção de Stress (P. S. S. – Perceived Stress Scale) de Cohen, Kamark e Mermelstein (1983).

Nas escalas de avaliação de Stress e Coping, não se conhecem estudos realizados em Portugal com os mesmos, pelo que foi feita a tradução destes, por duas pessoas devidamente credenciadas na área, procedendo-se à posteriori a uma retroversão, para verificar se não estaríamos a alterar o sentido dos itens, chegando assim à versão final usada no estudo em questão, com as devidas limitações descritas na literatura.

Meadows, Bentzen e Touw-Otten (1996), dizem-nos que os problemas metodológicos associados com a adaptação de instrumentos desenvolvidos em outros países e outras culturas têm sido geralmente definidos como técnicos, conceptuais e linguísticos.

De facto, segundo estes autores, não se pode presumir que todas as categorias de respostas apropriadas numa língua sejam adequadas em outra língua, para além de diferentes níveis de literacia em países diferentes. Em termos conceptuais, na adaptação de medidas de avaliação de Saúde, tem que se ter em conta que os significados de Saúde e Doença, não têm um consenso Universal, fazendo parte do contexto Sócio-Cultural.

Em relação aos problemas linguísticos, a tradução é o problema chave deste processo, que tem como objectivo manter “equivalência funcional” da avaliação. Isto pressupõe que os itens traduzidos têm um significado similar ao da versão original. A tradução tem que ter em conta as mudanças na ordem das palavras e sintaxe, mantendo-se uma correspondência entre as palavras, tendo subjacente uma equivalência semântica (Meadows, Bentzen & Touw-Otten, 1996).

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA

A Escala de Qualidade de Vida (QLI), usada foi uma adaptação da versão Espanhola de Ferrans e Powers (1984), que foi traduzida por Pinto, C. (1998), de acordo com a autorização das autoras (Anexo IV).

Este instrumento parece-nos ser o único que versa avaliar a problemática em estudo tanto quanto nos foi possível pesquisar.

O Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers foi desenvolvido a partir da revisão da literatura, e das informações dos doentes. Tem várias versões, adaptadas a populações específicas como seja doentes em hemodiálise e diálise peritoneal, doentes com problemas cardíacos, neoplásicos, submetidos a transplante hepático e renal entre outros (Welch, 1994).

O modelo conceptual subjacente a este Instrumento de Avaliação, é desenvolvido na base de uma ideologia Individualista, a qual reconhece que a Qualidade de Vida depende da experiência única de Vida de cada um.

Este índice de Qualidade de Vida (QLI), é na medida de 64 itens, composto por duas partes:

Parte I – Composta por 32 itens que medem a **satisfação** do Indivíduo com os vários domínios da sua Vida.

Parte II – Composta pelos mesmos 32 itens que medem a **importância** dos vários domínios de Vida para o Indivíduo.

Os Indivíduos respondem aos diversos itens, através de escalas de 6 valores. Na parte I varia de “muito satisfeito” (6) a “muito insatisfeito” (1), (codificados de +2.5 a -2.5 para análise). Na parte II varia de “muito importante” (6) a “sem nenhuma importância” (1).

Nesta escala de Qualidade de Vida, encontramos definidas **quatro Subescalas**, que são:

- Subescala de Saúde e Funcionamento;
- Subescala Sócio-Económica;
- Subescala Psicológica/Espiritual;
- Subescala Familiar.

De seguida, são apresentados, os vários itens de cada Subescala com a respectiva pergunta do questionário, que tanto se aplica na avaliação da satisfação (parte I), como na da importância (parte II).

- Casa ▶ (16 – A sua casa)
- Vizinhança ▶ (17 – O seu local de residência)
- Nível de vida ▶ (18 – O seu nível de vida)
- Ocupação/desemprego ▶ (19 – O seu trabalho)
▶ (20 – Não ter trabalho)
- Educação ▶ (21 – A sua educação)
- Independência financeira ▶ (22 – A sua independência financeira)

SUBESCALA PSICOLÓGICA/ESPIRITUAL

- Paz de espírito ▶ (26 – A sua paz de espírito)
- Fé em Deus ▶ (27 – A sua fé pessoal)
- Objectivos ▶ (28 – A sua realização de objectivos pessoais)
- Felicidade ▶ (29 – A sua felicidade em geral)
- Satisfação de vida ▶ (30 – A sua vida em geral)
- Aparência pessoal ▶ (31 – A sua aparência pessoal)
- Self ▶ (32 – Consigo mesmo em geral)

Para serem eliminados valores negativos, adiciona-se uma constante de quinze a cada pontuação final (Escala ou Subescala) produzindo assim um valor final.

Na soma de todos os scores, podemos ter variação na contagem final entre zero e trinta.

Fomos calcular a consistência interna da escala da Qualidade de Vida Global (QLI) e encontramos um α de Cronbach = 0,96 (0,93).

Em relação às Subescalas, os α (s) encontrados são os contidos na Tabela seguinte:

Tabela – 1

Avaliação de α de Crombach das Subescalas da Q. D. V.

	Subescala Sócio- Económica	Subescala Saúde e Funcioname nto	Subescala Familiar	Subescala Psicológica e Espiritual
α	0,89 (0,82)	0,92 (0,87)	0,74 (0,77)	0,95 (0,90)

Nota: Os valores dentro de (), são os valores de α , da Escala Original de QLI de Ferrans e Powers (1985).

Se observarmos a Tabela-1, podemos comparar os valores de α de Cronbach, encontrados no nosso estudo, com os apresentados pela autora, na discussão das propriedades psicométricas do Instrumento. Desta análise, concluímos que o nosso estudo, se encontra bem posicionado em termos de consistência interna.

Em relação ao valor de α encontrado na Subescala Sócio-Económica, este foi calculado, depois dos itens 19 e 20 quer de satisfação, quer da importância, terem sido calculados em conjunto (em virtude destes se completarem, uns para os indivíduos que trabalham, ou seja se mantêm activos e outros para os inactivos).

A Média da avaliação global desta escala é de 18,56 com um Mínimo de 7,60 e um Máximo de 29,25. Em relação às Subescalas constituintes é de salientar a Subescala Familiar, cuja Média é a mais elevada, conforme se poderá verificar pela análise da Tabela 2.

Tabela - 2

Valores das Subescalas da Qualidade de Vida

Subescalas	N	Min.	Max.	M.	D.P.
Familiar	184	12,38	30,00	23,64	4,34
Saúde e Funcionamento	184	8,33	29,79	17,98	4,57
Psicológica Espiritual	184	1,79	29,64	16,73	6,48
Sócio Económica Trabalho Total	184	5,44	30,00	18,66	5,46

(N = nº de Indivíduos , Min. = Mínima, Max. = Máxima, M. = Média, D.P. = Desvio Padrão)

ESCALA GLOBAL DE PERCEÇÃO DE STRESS

A Escala Global de Percepção de Stress é sugerida para o exame de situações de Stress não específicas na etiologia e comportamentos de Doença, bem como medida de níveis de Stress vivenciado (Cohen, Kamarck & Mermelstein; 1983).

Esta Escala foi traduzida para Português e aplicada à nossa amostra. É composta por 14 itens que avaliam uma única dimensão de Stress. Cada item varia de 0 a 4 (no nosso estudo de 1 a 5, por uma questão de uniformização de valores entre as Escalas).

Os valores de resposta significam:

- 1 – Nunca;
- 2 - Raramente;
- 3 - Algumas Vezes;
- 4 - Quase Sempre;
- 5 - Sempre.

Na cotação da escala há que ter em atenção que os itens 4,5,6,7,9,10 e 13, são de cotação inversa.

Após análise de componentes principais, e tendo sido agrupados todos os itens num único componente, de acordo com as indicações dos autores, optou-se pela rejeição de 2 itens, seleccionando-se 12 de um total de 14. A solução factorial apresentada explica 53,51% da variância.

A consistência interna destes 12 itens no nosso estudo é de um α de Cronbach = 0,92, para 183 Indivíduos. Os valores encontrados pelos autores nas três amostras estudadas de estudantes universitários, foram de $\alpha=0,84$ para o primeiro grupo; $\alpha=0,85$ para o segundo grupo e $\alpha=0,86$ para o terceiro grupo.

Os valores globais de Stress, podem variar e variam realmente no nosso estudo entre um Mínimo de 12 e um Máximo de 60, com $M = 37,60$ e $DP = 7,91$.

ESCALA DE COPING SOBRE PROBLEMAS DE SAÚDE (CHIP)

Esta escala foi desenvolvida por Endler, Parker e Summerfeldt (1980), que identificaram quatro dimensões básicas de Coping, como resposta aos problemas de Saúde.

As dimensões constituintes são a Distracção, Paliativo, Instrumental e Emocional/Preocupação.

A mesma pretende ser uma escala multidimensional de Coping, para ser usada em Indivíduos com problemas de Saúde, incluindo as Doenças Crónicas.

Foi traduzida para Português e aplicada à nossa amostra. Consiste numa série de afirmações, colocadas aos Indivíduos, que correspondem a diferentes formas de reacção perante um problema de Saúde. As respostas pretendidas têm a ver com a frequência com que utilizam essas actividades, no seu dia a dia.

Esta Escala, é constituída por 32 itens, agrupados em quatro Subescalas ou Factores, como denominam os autores (Endler, Parker & Summerfeldt; 1998):

- **Factor Paliativo** – Envolve o conjunto de reacções, cuja intenção seja a de aliviar acontecimentos desagradáveis. Estas reacções, são tentativas de auto-cuidado, envolvendo as crenças pessoais na doença. Podem ser englobadas nas medidas a desenvolver por grupos específicos de doentes.

Item 2 – Fico na cama;

Item 6 – Descanso, quando me sinto cansado;

Item 10 – Durmo;

Item 14 – Conservo a energia;

Item 18 – Mantenho-me quente (evito apanhar frio);

Item 22 – Peço silêncio às Pessoas à minha volta;

Item 26 – Fico quieto, em silêncio;

Item 30 – Mantenho-me confortável.

- **Factor Instrumental** – Envolve as respostas orientadas pelo dever, tal como actividades que procurem outras informações de Saúde ou opiniões médicas. Este tipo de respostas de Coping, engloba-se nas estratégias focadas no problema, descritas na literatura, por diversos autores.

Item 3 – Procuo mais Informação sobre o meu estado de Saúde;

Item 7 – Procuo urgentemente tratamento;

Item 11 – Penso apenas em *ficar bem* (recuperar rapidamente);

Item 15 – Aprendo com a minha Doença (em termos de experiência);

Item 19 – Aceito os conselhos que me dão;

Item 23 – Sigo os conselhos do Médico;

Item 27 – Tomo a medicação às horas certas;

Item 31 – Procuo informar-me sobre os tratamentos.

- **Factor Distracção** – Estas estratégias de Coping, envolvem a tentativa da Pessoa que vive um problema de Saúde, pensar noutros assuntos (possivelmente mais agradáveis), dedicar-se a actividades que nada tenham a ver com o problema, ou ainda procurar a companhia de outras Pessoas.

Item 1 – Penso em dias melhores;

Item 5 – Procuo a companhia de outras Pessoas;

Item 9 – *Sonho acordado* (penso em coisas agradáveis);

Item 13 – Dá-me prazer a atenção dos outros (sinto-me bem com a sua presença);

Item 17 – Faço projectos para o futuro;

Item 21 – Ouço música;

Item 25 – Peço que me façam companhia;

Item 29 – Tenho coisas agradáveis à minha volta.

- **Factor Emocional/Preocupação** – Este tipo de estratégias de Coping, envolve as consequências emocionais com o problema de Saúde. São reacções, que conceptualmente se referem ao Coping focado na emoção.

Item 4 – Penso *“Porquê eu?”*;

Item 8 – Sinto-me furioso;

Item 12 – Fico frustrado;

Item 16 – Penso nas coisas que não sou capaz de fazer (pela Doença);

Item 20 – Imagino que estou saudável;

Item 24 – O meu desejo é que isto não me tivesse acontecido;

Item 28 – Penso que estou vulnerável (fragilizado);

Item 32 – Preocupo-me com a minha Saúde:

Estes itens, são cotadas numa Escala de 1 a 5, que representam o seguinte:

1 – Nunca;

2 - Raramente;

3 - Algumas Vezes;

4 - Quase Sempre;

5 - Sempre.

De acordo com a informação disponibilizada pelos autores, a cotação geral desta escala varia entre 32 e 160. Na aplicação feita à nossa amostra, varia de 71 a 142, tendo como $M = 109,85$ e $DP = 12,92$.

Tabela – 3

Distribuição das Médias nas Subescalas do Coping

Coping	Média (M.)	Desvio Padrão (D.P.)
C. Paliativo	24,68	3,71
C. Instrumental	31,59	4,43
C. Distracção	25,50	5,53
C. Emocional / Preocupação	28,26	4,46

As médias obtidas nas Subescalas do Coping podem ser observadas na análise da tabela 2, observando-se que a maior Média obtida corresponde ao Coping Instrumental e a menor, ao Coping Paliativo.

Ao estudarmos a escala em termos de consistência interna, encontramos para um total de 181 indivíduos (dos 184 indivíduos 3 não responderam), um α de Cronbach geral da Escala de 0,85.

Analisando por Subescalas, encontramos valores de α menores para cada uma delas, como se poderá observar pela Tabela seguinte:

Tabela - 4

Graus de Consistência Interna dos Factores constituintes da Escala de Coping

Coping	Paliativo	Instrumental	Distracção	Emocional/ Preocupação
α	0,69 (H-0,81 e M-0,80)	0,81 (H-0,82 e M-0,82)	0,82 (H-0,81 e M-0,78)	0,74 (H-0,84 e M-0,81)

Nota: Os valores que se encontram dentro de (), referem-se a valores de α , para estudos efectuados pelos autores em Indivíduos Adultos Sãos, significando o H - homem e o M – mulher).

Os autores desta Escala, nas várias aplicações que efectuaram da mesma, não focam nenhum valor de α geral, referem isso sim valores de α para as Subescalas em relação aos Homens e às Mulheres.

CONSIDERAÇÕES

Tendo por base, todas as Escalas que abordamos anteriormente, chegamos assim à construção do nosso Instrumento de Colheita de Dados (Anexo V), que se apresenta, como um Instrumento anónimo e de auto-preenchimento.

Polit e Hungler (1994), referem que as vantagens deste método (questionário), são nomeadamente o facto de este ser mais económico que a entrevista, a possibilidade de ser completamente anónimo e a não influência do entrevistador perante os inquiridos.

Ainda as mesmas autoras, referem também desvantagens, que se reportam fundamentalmente ao risco do índice de respostas ser muito baixo, à não compreensão de

questões por parte dos inquiridos e ao facto de a informação obtida ser em certa medida superficial.

2.6 - PROCEDIMENTO

Na realização do nosso estudo, existiu como motor impulsionador, o interesse particular da autora, em relação aos aspectos relacionados com esta população.

Pelo contacto estabelecido, com estes Indivíduos, durante alguns anos, assistiu-se de perto aos mais diferentes tipos de sentimentos, entre os quais: Medos, Anseios, Dúvidas, Emoções (Alegria e Tristeza). Assistiu-se também à enorme necessidade de suporte Psicológico e Emocional apresentado por estes Indivíduos e suas Famílias, nas diferentes fases do Tratamento e da Reabilitação.

Todos estes aspectos foram ao longo do tempo, desenvolvidos e trabalhados de diferentes formas dentro da Equipa Multidisciplinar em que a autora esteve inserida. Na sequência deste, e tentando que para além da continuidade dos Cuidados Existentes, se possam vir a conhecer formas de apoiar “mais” e “melhor” essa realidade.

Para uma melhor abordagem do tema em si, foram realizados alguns estudos exploratórios, que permitiram a delimitação de critérios de inclusão dos participantes, no nosso estudo.

Foi também, efectuada pesquisa, no sentido da obtenção de Escalas já construídas, que versassem os temas em foco (*Stress, Coping e Qualidade de Vida dos Indivíduos T.R.*), tendo-nos optado, pelas já referidas anteriormente.

Para que o estudo se pudesse realizar, foi pedida autorização à Directora da Unidade de Transplante Renal do Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa e ao respectivo Director

Clínico do Hospital em questão, tendo-lhes sido fornecida informação sobre a natureza e âmbito do Estudo, assim como os objectivos do mesmo.

A todos os participantes no Estudo, foi feita uma apresentação do Investigador, do âmbito da Investigação e dos seus objectivos. Foi-lhes também garantido o anonimato e o sigilo das informações colhidas, excepto para o caso do Estudo em questão, ou de Estudos posteriores dentro do mesmo âmbito.

Não foi solicitado um consentimento escrito para a utilização dos dados a estes Indivíduos, mas face às informações e esclarecimentos prestados (nomeadamente as constantes no questionário fornecido), considerámos que a sua cedência em preencher o Questionário, correspondia de facto ao seu Consentimento Informado.

Em Março de 1999, foi realizado um pré-teste do Instrumento de Colheita de Dados, a sete Indivíduos, deste mesmo Centro de Transplantação, pela necessidade de observação das dificuldades existentes, quanto ao seu preenchimento. Em relação a este, não existiram aparentemente dificuldades, obtivemos no entanto, referências negativas em relação à extensão do mesmo (demasiado longo, efectuadas por dois Indivíduos), no entanto os outros cinco, referiram que lhes servia como distracção e mediação entre o tempo de realização das análises e a hora da consulta Médica (no Hospital, os Indivíduos deslocam-se ao laboratório cerca das 8 horas, para a realização de provas analíticas e só depois de se obterem os resultados – 4 a 6 horas - é que estes, serão observados em Consulta).

Do Instrumento inicial, foram retiradas algumas questões constantes do inventário, nomeadamente a profissão, tendo-se chegado à conclusão que o que interessava para o nosso estudo não era a profissão em si, mas o nível de actividade (activo/inactivo profissionalmente), além de que esta questão deixava os Indivíduos um pouco constrangidos (talvez pela grande % de reformados).

Retirou-se também os itens que questionavam sobre Patologias associadas, Medicação habitual, tipo de Imunossupressor e um último espaço de preenchimento livre sobre observações. Estes, foram retirados pela tomada de consciência, das dificuldades de tratamento de todos estes dados, dentro dos condicionalismos de tempo existentes, por parte da autora.

Iniciou-se a Colheita de Dados no mês de Maio de 1999, tendo-se prolongado a mesma até Setembro do mesmo ano. Durante esta, foi efectuada a distribuição dos Instrumentos de Colheita de Dados, sempre presencialmente, tendo-se o cuidado, de acordo com as limitações existentes de proporcionar aos participantes as condições físicas (gabinete médico, disponibilizado pela Unidade de Transplantação) e ambientais adequadas à reflexão e auto-preenchimento do Instrumento, de acordo com as suas ideias e sentimentos.

Sempre que solicitados, prestaram-se todos os esclarecimentos necessários, sendo de notar, as diversas solicitações de ajuda para o preenchimento do Instrumento ao longo do Estudo. Estas aconteciam, quer por dificuldades visuais, ou ainda motoras, pelo que acedemos, tendo sempre a preocupação de só colocar a resposta indicada pelo Indivíduo, sem qualquer tipo de inferência..

O preenchimento de grande parte dos Instrumentos de Colheita de Dados, foi realizado na presença do Investigador, como já referido anteriormente, no entanto alguns participantes apresentaram situações de indisponibilidade momentânea (não deixando no entanto de querer participar), causada por diversos factores (indisposições físicas, cansaço entre outros), que impediam a sua participação no nosso Estudo, pelo que se procedeu à distribuição dos Questionários de igual forma, tendo sido efectuada a devida apresentação do Estudo com todas as explicações necessárias (se possível e de acordo com a situação). O

preenchimento destes Questionários foi efectuado em domicílio e entregue, quer numa consulta seguinte, quer através do correio, de acordo com combinação prévia.

Após toda a colheita de dados, iniciaram-se procedimentos de organização dos mesmos, além do seu tratamento Estatístico, que passamos a apresentar de seguida.

ESTATISTICA

Para se efectuar o tratamento Estatístico dos nossos dados, recorreu-se ao uso de um Programa Informático (SPSS).

Iniciou-se a análise dos dados obtidos, recorrendo para tal à Estatística Descritiva (análise de frequências), para se poder caracterizar a nossa amostra, analisando as respostas constantes no Inventário inicial (sexo, idade, estado civil, etc.).

De seguida, e tendo como objectivo averiguar a existência de diferenças significativas entre os sexos, ocupação, tempo de Patologia pré-Transplante, tempo de Transplante e a presença ou não de Apoio Psicológico no esquema Terapêutico, em relação ao Stress, Coping e Qualidade de Vida, procedeu-se à análise da diferença das Médias entre dois grupos, (t de Student) para amostras Independentes.

Foram também efectuadas matrizes de Intercorrelações (correlação de Pearson), com o intuito de se averiguar a existência de correlações estatisticamente significativas nas nossas Variáveis Principais em estudo (Stress, Coping e seus Factores e Qualidade de Vida Total, além das suas Subescalas), de acordo com o Tempo de Transplante.

Por último, e tentando dar resposta a um dos nossos objectivos, nesta Investigação (saber de que forma os níveis de Stress e Coping, influenciam a Qualidade de Vida dos Indivíduos), recorreremos à Análise de Regressão Múltipla, pelo método de Stepwise.

3-RESULTADOS

Neste capítulo vamos-nos limitar a apresentar os dados do nosso estudo, posteriormente e noutro capítulo será efectuada uma discussão dos mesmos.

3.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A nossa Amostra é constituída por 184 indivíduos Transplantados Renais, 108 do sexo Masculino e 76 do sexo Feminino, como se poderá observar na Tabela 5.

Tabela - 5

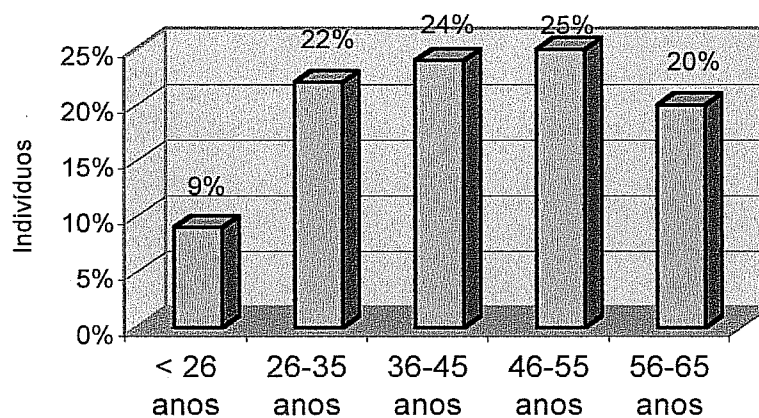
Distribuição da Amostra, em relação ao Sexo.

SEXO	Frequência	%
MASCULINO	108	58,7
FEMININO	76	41,3
TOTAL	184	100

(% - Percentagem)

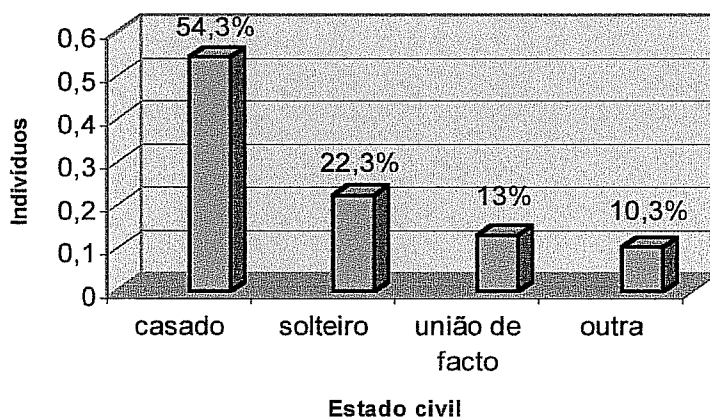
As idades dos Indivíduos variam dos 19 anos até aos 65 anos, sendo a Média de 43 anos. Ao agruparmos a nossa amostra por classes etárias, observamos que as classes dos 36 aos 45 e a dos 46 aos 55 anos, são as de maior percentagem, respectivamente com 24% e 25%.

Figura nº 3 - Distribuição da Amostra por Classes Etárias



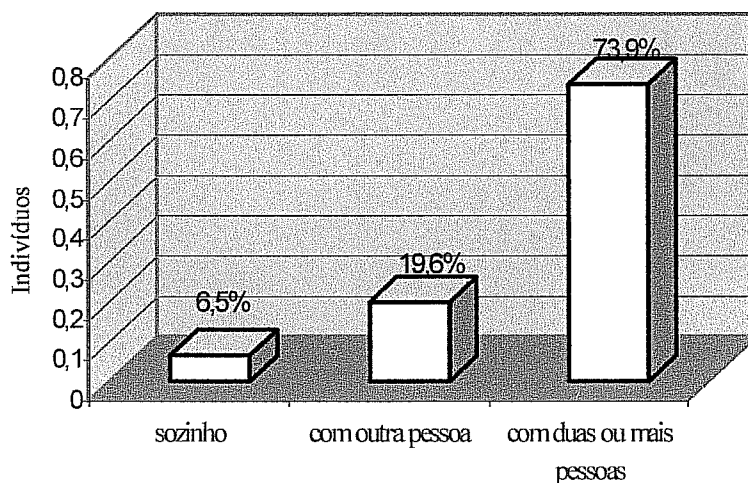
Na Figura nº4, observamos que na totalidade da nossa amostra, 54,3% dos Indivíduos são casados, 22,3% são solteiros, 13% vivem em união de facto e 10,3% estão noutras situações (divorciados e viúvos).

Figura nº 4 - Distribuição da Amostra em relação ao Estado civil



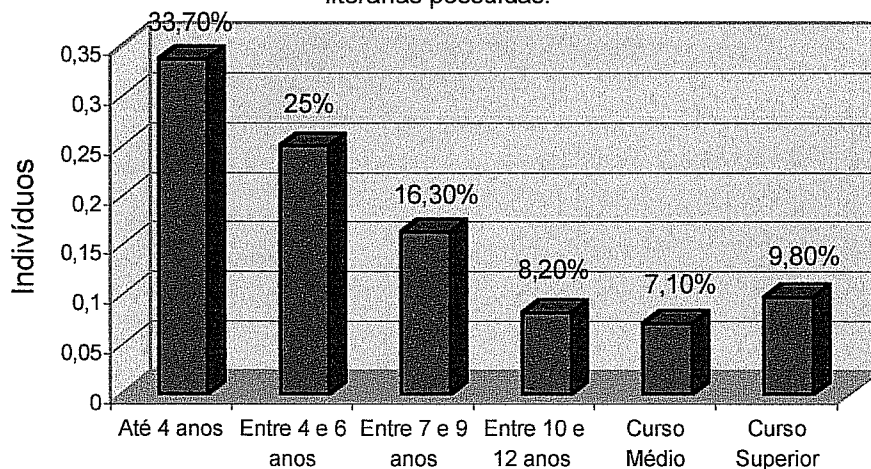
Quanto ao agregado familiar 73,9% dos Indivíduos vive com duas pessoas ou mais, 19,6% vive com outra pessoa e, 6,5% vivem sozinhos, tal como se apresenta na Figura nº 5.

Figura nº 5 - Distribuição da Amostra pela composição do Agregado Familiar



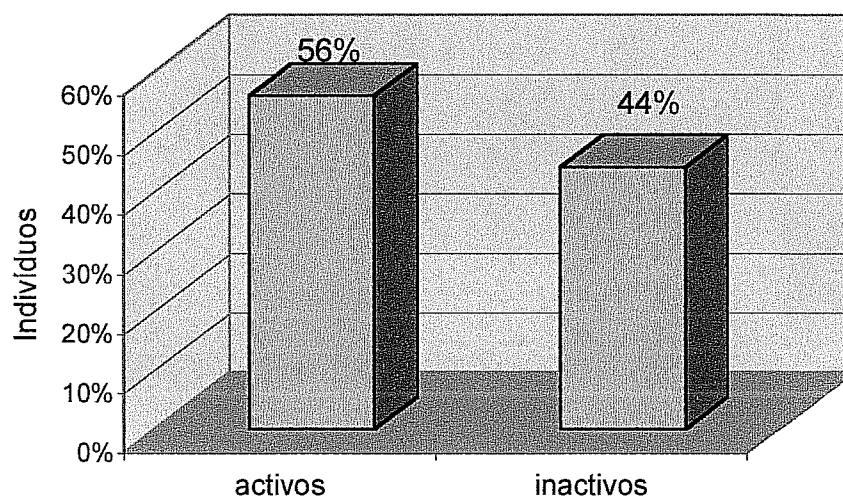
Em relação ao nível de Literácia, podemos observar que 33,7% dos Indivíduos apresentam até 4 anos de escolaridade, 25% entre 4 e 6 anos, 16,3% entre 7 e 9 anos, 8,2% entre 10 e 12 anos, 7,1% com curso médio e 9,8% com curso superior (Figura nº 6).

Figura nº 6 - Distribuição da Amostra de acordo com as habilitações literárias possuídas.



Nesta amostra encontramos 103 Indivíduos que se mantêm activos na Sociedade, quer a trabalhar, quer a estudar. Os restantes 81, apresentam-se inactivos, quer seja por reforma, situações de baixa prolongada ou desemprego. Temos assim percentagens na ordem dos 56% para Indivíduos activos e de 44% para inactivos, como se pode verificar no Figura nº7.

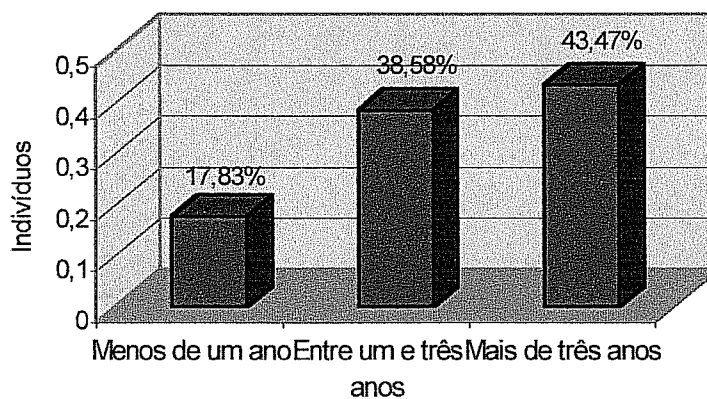
Figura nº7 - Distribuição da Amostra, em relação à actividade



A nossa Amostra é assim constituída por Indivíduos Transplantados Renais, que tenham sido sujeitos a esta cirurgia há pelo menos um período de 6 meses, como já foi referido anteriormente. A sua distribuição tal como consta na Figura nº 8, de acordo com o tempo de Transplante é a seguinte:

- 17,93% - Transplantados há menos de 1 ano (entre 6 meses e um ano).
- 38,58% - entre 1 e 3 anos.
- 43,47% - mais de 3 anos.

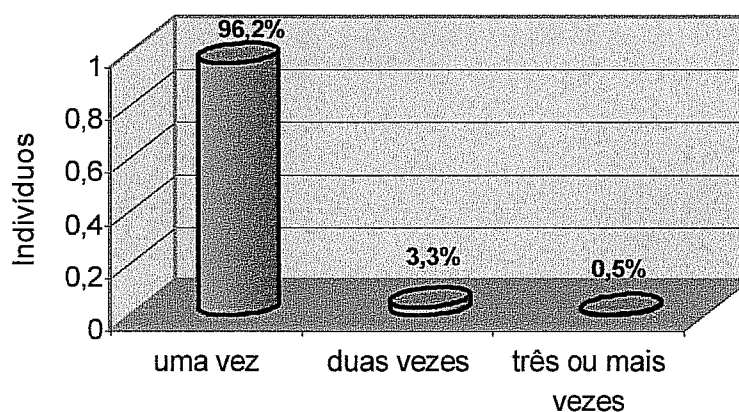
Figura nº8 - Distribuição da Amostra pelo Tempo de Transplante



Em relação ao número de vezes que os Indivíduos foram Transplantados e tendo em atenção que como critério de inclusão, apenas controlámos o facto de o actual Transplante estar funcionando, obtivemos a seguinte distribuição (Figura nº 9):

- 96,2% foram Transplantados apenas uma vez;
- 3,3% foram Transplantados duas vezes;
- 0,5% foram Transplantado três vezes ou mais (neste caso três vezes).

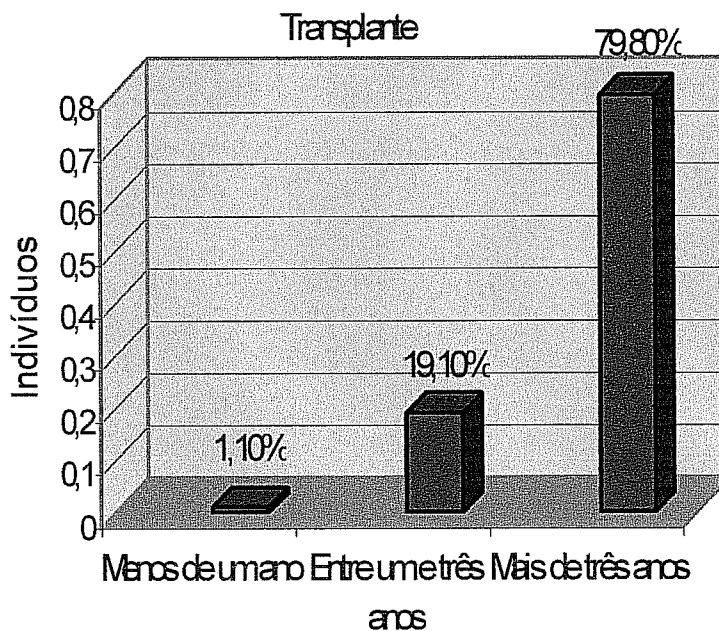
Figura nº 9 - Distribuição da Amostra pelo número de Transplantes efectuados



No nosso estudo, procurámos saber qual o tempo de Patologia (Insuficiência Renal Crónica) com que os Indivíduos viveram até ao Transplante, para tentarmos perceber mais tarde até que ponto este é ou não um factor de influência nos níveis de Stress, Coping e Qualidade de Vida percebidos actualmente pelos mesmos.

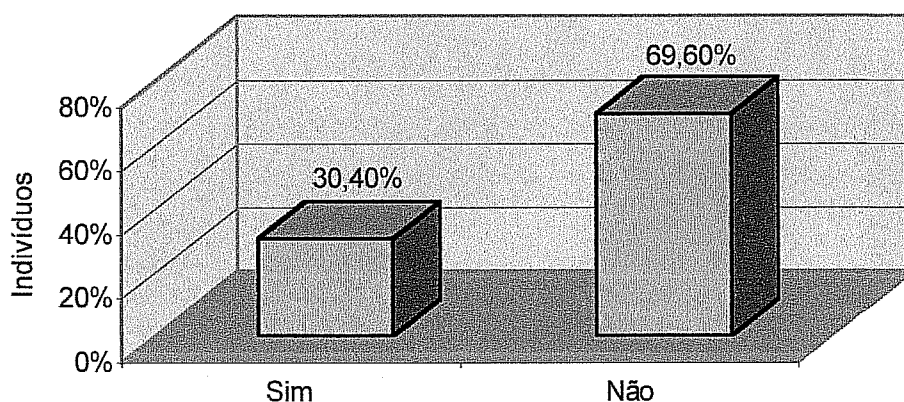
Apresentam-se assim na nossa amostra 3 grupos, um com Patologia diagnosticada no período inferior a 1 ano antes do Transplante, que é constituído por 2 elementos (1,1%), outros com Patologia diagnosticada entre um e três anos, constituído por 35 Indivíduos (19,1%), e por último o grupo com Patologia diagnosticada há mais de três anos, constituído por 146 Indivíduos (79,8%), como se poderá observar na Figura nº10.

Figura nº10 - Distribuição da Amostra pelo Tempo de Patologia Pré-



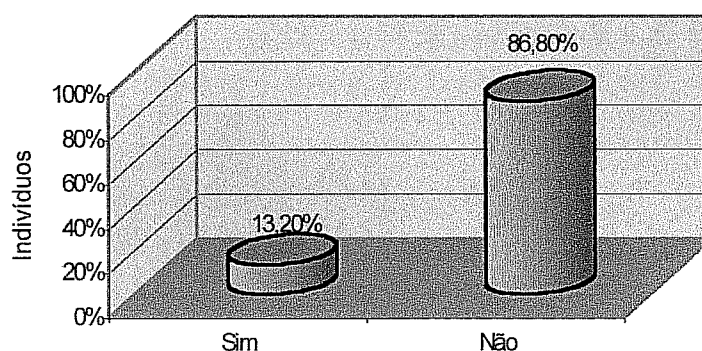
Procuramos saber se na nossa amostra, os Indivíduos tinham incluída Terapêutica Ansiolítica no seu esquema de tratamento. Dos 184 Indivíduos, 56 tomavam e 128 não tomavam medicação deste tipo. (Respectivamente 30,4% e 69,6%, conforme se poderá verificar pela análise da Figura nº 11).

Figura nº11 - Distribuição da Amostra pelo uso de Terapêutica Ansiolítica



Inquirimos ainda os mesmos, acerca da existência ou não de Apoio Psicológico no seu tratamento, tendo-mos observado que dos 184 indivíduos, só 182 responderam à pergunta, 24 dos quais respondendo que sim (13,2%) e 158 que não (86,8%), tal como descrito na Figura nº 12.

Figura nº12 - Distribuição da Amostra de acordo com a presença de Apoio Psicológico no seu Esquema Terapêutico



3.2 - ANÁLISE DE DADOS

Analisando as diferenças de Médias, em relação aos níveis de Stress, estratégias de Coping e índices de Qualidade de Vida, de acordo com os sexos, pudemos observar que não se encontraram diferenças estatisticamente significativas para qualquer das variáveis em estudo (Tabela 6).

Tabela - 6
Diferenças entre sexos, relativamente ao Stress,
Coping e Qualidade de Vida (t student)

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Stress Total	36,97	8,05	38,50	7,67	- 1,29	182	n.s.
Coping Paliativo	24,87	3,52	24,42	3,98	0,80	182	n.s.
Coping Instrumental	31,26	4,49	32,05	4,33	- 1,18	182	n.s.
Coping Distração	25,42	5,46	25,48	5,75	- 0,73	182	n.s.
Coping Emocional/Percepção	28,10	4,39	28,17	4,79	- 0,10	182	n.s.
Coping Total	109,66	12,51	110,13	13,55	- 0,24	182	n.s.
Subescala Saúde e Funcionamento	17,93	4,65	18,05	4,48	- 0,16	182	n.s.
Subescala Psicológica/Espiritual	16,73	6,77	16,73	6,08	0,00	182	n.s.
Subescala Familiar	23,94	4,27	23,21	4,43	1,11	182	n.s.
Subescala Sócio Económica Trabalho Total	18,51	5,84	18,89	4,90	- 0,46	182	n.s.
Qualidade de Vida Total	18,53	4,94	18,59	4,38	- 0,08	182	n.s.

n.s. – não significativo.

O estudo das diferenças entre os Indivíduos Transplantados, que mantêm uma ocupação laboral e os que não mantêm essa ocupação em relação aos níveis de Stress, estratégias de Coping e valores de Qualidade de Vida, evidenciou diferenças estatisticamente significativas como podemos observar da análise da Tabela 7.

Observamos diferenças em relação ao Stress, $t(182) = -5,28$, $p < 0,001$; às estratégias de Coping Paliativo, $t(182) = -3,83$, $p < 0,001$; às estratégias de Coping de Distração, $t(182) = 7,07$, $p < 0,001$.

Em relação às dimensões da Qualidade de Vida, encontramos diferenças em todas as Subescalas, na de Saúde e Funcionamento, $t(182) = 6,66$, $p < 0,001$; na Subescala Psicológica/Espiritual, $t(156) = 5,74$, $p < 0,001$; na Subescala Familiar, $t(150) = 4,55$, $p < 0,001$; na Subescala Sócio Económica Trabalho Total, $t(182) = 6,97$, $p < 0,001$.

A Qualidade de Vida Global, também apresenta diferenças estatisticamente significativas com $t(182) = 7,16$, $p < 0,001$.

Todas as diferenças apontadas anteriormente vão no sentido de os Indivíduos que não mantêm uma ocupação, apresentarem níveis mais elevados de Stress ($M = 40,85$; $DP = 7,91$), do que aqueles que o fazem ($M = 35,04$; $DP = 6,49$), além de utilizarem estratégias de Coping Paliativo ($M = 25,82$; $DP = 4,20$).

Os Indivíduos que se mantêm ocupados em termos laborais, utilizam mais estratégias de Coping de Distração ($M = 27,73$; $DP = 4,43$) e têm níveis mais elevados de Qualidade de Vida Geral ($M = 20,51$; $DP = 3,90$), que são igualmente notórios a nível de todas as Subescalas desta:

- Subescala Saúde e Funcionamento ($M = 19,77$; $DP = 3,98$);
- Subescala Psicológica/Espiritual ($M = 19,01$; $DP = 5,47$);

- Subescala Familiar ($M = 24,90$; $DP = 3,65$);
- Subescala Sócio Económica Trabalho Total ($M = 20,88$; $DP = 4,71$).

Tabela - 7

Diferenças entre os Indivíduos que mantêm uma Ocupação Laboral e os que não a mantêm, em relação ao Stress, Coping e Qualidade de Vida (t student)

	Mantêm Actividade		Não Mantêm Actividade		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Stress Total	35,04	6,94	40,85	7,91	- 5,28	182	***
Coping Paliativo	23,78	3,01	25,82	4,20	- 3,68	140	***
Coping Instrumental	32,04	4,54	31,01	4,26	1,57	182	n.s.
Coping Distracção	27,73	4,43	22,54	5,53	6,88	151	***
Coping Emocional/Percepção	27,56	4,28	28,85	4,80	- 1,91	182	n.s.
Coping Total	111,13	12,34	108,23	13,51	1,51	182	n.s.
Subescala Saúde e Funcionamento	19,77	3,98	15,70	4,26	6,66	182	***
Subescala Psicológica/Espiritual	19,01	5,47	13,83	6,52	5,74	155	***
Subescala Familiar	24,90	3,65	22,03	4,63	4,55	149	***
Subescala Sócio Económica Trabalho Total	20,88	4,71	15,84	5,05	6,97	182	***
Qualidade de Vida Total	20,51	3,90	16,08	4,48	7,16	182	***

n.s. – não significativo

*** - $p < 0,001$

Tabela -8

Diferenças em relação ao Stress, Coping e Qualidade de Vida em função do Tempo de Insuficiência Renal Pré-Transplante (t student)

	Menos de três anos		Mais de três anos		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Stress Total	37,45	6,79	37,63	8,19	- 0,12	182	n.s.
Coping Paliativo	24,64	3,59	24,69	3,76	- 0,06	182	n.s.
Coping Instrumental	31,24	3,96	31,68	4,55	- 0,53	182	n.s.
Coping Distracção	26,32	5,01	25,23	5,69	1,06	182	n.s.
Coping Emocional/Percepção	27,78	4,10	28,21	4,67	- 0,51	182	n.s.
Coping Total	110,00	11,50	109,82	13,28	0,07	182	n.s.
Subescala Saúde e Funcionamento	17,96	4,01	17,99	4,71	- 0,02	182	n.s.
Subescala Psicológica/Espiritual	17,14	5,48	16,63	6,72	- 0,43	182	n.s.
Subescala Familiar	23,29	5,01	23,73	4,17	- 0,55	182	n.s.
Subescala Sócio Económica Trabalho Total	19,60	5,57	18,43	5,43	- 1,16	182	n.s.
Qualidade de Vida Total	18,83	4,29	18,49	4,81	0,39	182	n.s.

n.s. – não significativo

De acordo, com a análise da Tabela 8, podemos observar que em relação aos níveis de Stress, estratégias de Coping e índices de Qualidade de Vida, tendo em conta o Tempo de Insuficiência Renal Pré-Transplante, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para qualquer das variáveis em estudo.

Tabela -9

Diferenças entre o Stress, Coping e Qualidade de Vida em função do
Tempo de Transplante (One-Way)

	Há menos de um ano		Entre um e três anos		Mais de três anos		F	gl	p
	M	DP	M	DP	M	DP			
Stress Total	36,39	7,22	39,46	7,17	36,45	8,55	3,27	183	*
Coping Paliativo	24,09	3,65	24,73	3,71	24,88	3,77	0,54	183	n.s.
Coping Instrumental	31,21	4,30	31,87	4,40	31,50	4,55	0,27	183	n.s.
Coping Distracção	27,39	4,86	25,71	5,25	24,41	5,92	3,57	183	*
Coping Emocional/Percepção	28,24	4,73	28,69	4,44	27,58	4,57	1,11	183	n.s.
Coping Total	110,93	13,70	111,01	11,86	108,38	13,49	0,91	183	n.s.
Subescala Saúde e Funcionamento	18,43	3,58	17,26	4,44	18,43	4,98	1,44	183	n.s.
Subescala Psicológica/Espiritual	17,70	5,40	15,79	6,83	17,17	6,53	1,29	183	n.s.
Subescala Familiar	23,72	4,39	23,38	4,48	23,83	4,24	0,20	183	n.s.
Subescala Sócio Económica Trabalho Total	19,23	5,66	18,29	5,52	18,76	5,37	0,35	183	n.s.
Qualidade de Vida Total	124,39	119,12	89,70	148,87	119,47	146,76	1,05	183	n.s.

n.s. – não significativo

* - $p < 0,05$

Tal como podemos observar pela análise da tabela anterior (Tabela 9), efectuámos uma análise de variância One-Way, com o objectivo de estudar diferenças existentes nas variáveis do estudo, em função do Tempo de Transplante.

As diferenças encontradas em relação ao Stress Total – $F(183) = 3,27$, $p < 0,05$ -, em que a média mais elevada (mais Stress) é de $M = 39,46$ que corresponde aos Indivíduos Transplantados há mais de um ano e menos de três, e, que a média mais baixa (menos Stress), de $M = 36,39$, corresponde aos Indivíduos que foram Transplantados há menos de um ano.

No caso do Factor de Coping Distracção, temos também um $F(183) = 3,57$, $p < 0,05$, em que a média mais elevada (mais estratégias de Coping de Distracção), é de $M = 27,39$, nos Indivíduos Transplantados há menos de um ano, e a média mais baixa (menos estratégias de Coping de Distracção), $M = 24,41$, aos Indivíduos Transplantados há mais de três anos.

Ao tentarmos estudar as relações entre as variáveis em estudo e a toma de Terapêutica Ansiolítica, não conseguimos encontrar diferenças estatisticamente significativas, facto que não se verificou noutra Variável em estudo, que foi a presença ou não de Apoio Psicológico, no esquema terapêutico de suporte destes Indivíduos, tal como passamos a mostrar na análise da Tabela 10.

Tabela -10

Diferenças entre os Indivíduos que têm ou não Apoio Psicológico, tendo em conta as variáveis em estudo (t student)

	Presença de Apoio Psicológico		Ausência de Apoio Psicológico		t	gl	p
	M	DP	M	DP			
Stress Total	37,58	6,51	37,73	8,09	- 0,87	180	n.s.
Coping Paliativo	25,33	2,72	24,58	3,83	0,91	180	n.s.
Coping Instrumental	33,16	4,12	31,39	4,43	1,83	180	n.s.
Coping Distracção	28,16	4,88	25,06	5,52	2,59	180	*
Coping Emocional/Percepção	29,20	4,83	28,00	4,48	1,21	180	n.s.
Coping Total	115,87	13,73	109,06	12,40	2,47	180	*
Subescala Saúde e Funcionamento	18,70	4,44	17,75	4,48	0,96	180	n.s.
Subescala Psicológica/Espiritual	17,81	6,44	16,45	6,44	0,95	180	n.s.
Subescala Familiar	24,40	3,43	23,46	4,45	0,99	180	n.s.
Subescala Sócio Económica Trabalho Total	22,37	5,64	18,02	5,19	3,77	180	***
Qualidade de Vida Total	20,12	4,35	18,22	4,65	1,87	180	n.s.

n.s. – não significativo

* - $p < 0,05$

*** - $p < 0,001$

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos grupos de Indivíduos sujeitos ou não a Apoio Psicológico, no sentido de que aqueles que o têm, apresentarem melhores estratégias de Coping Total ($M = 115,87$; $DP = 13,73$), e de Distração ($M = 28,16$; $DP = 4,88$) comparativamente aos que não contam com esse factor.

Existem ainda diferenças em relação à Qualidade de Vida – Subescala Sócio Económica Trabalho Total, com os Indivíduos sujeitos a Apoio Psicológico contarem com uma maior Qualidade de Vida nesta Subescala ($M = 22,37$; $DP = 5,64$) , do que aqueles que não o têm ($M = 18,02$; $DP = 5,19$).

De acordo com uma correlação de Pearson, tendo em conta o Tempo de Transplante (na primeira análise o *grupo Transplantado há menos de um ano*), recorremos ao estudo das associações entre a Idade, o número de vezes que os indivíduos foram Transplantados e as variáveis Psicológicas em estudo (Tabela 11), tendo sido encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre a Idade e a estratégia de Coping Instrumental, $r(33) = -0,36$, $p < 0,05$; Coping de Distração, $r(33) = -0,55$, $p < 0,01$; e ainda entre o Coping Total, $r(33) = -0,37$, $p < 0,05$.

Encontramos ainda correlações significativas entre a idade e os aspectos da Qualidade de Vida, relacionados com a Subescala Saúde e Funcionamento, $r(33) = -0,37$, $p < 0,05$; e com a Qualidade de Vida Geral, $r(33) = -0,35$, $p < 0,05$.

Para o mesmo grupo, em relação ao número de vezes que foi Transplantado, encontramos correlações significativas no Coping Total, $r(33) = -0,43$, $p < 0,05$, no Coping factor Instrumental, $r(33) = -0,42$, $p < 0,05$ e no Coping Factor Emocional/Preocupação, $r(33) = -0,38$, $p < 0,05$.

Em relação ao Stress, encontramos correlações significativas com o Coping factor

Emocional/Preocupação, $r(33) = 0,58$, $p < 0,01$; com a Qualidade de Vida Geral, $r(33) = -0,69$, $p < 0,01$; o mesmo acontecendo em todas as suas Subescalas:

- Subescala Saúde e Funcionamento, $r(33) = -0,70$, $p < 0,01$;
- Subescala Psicológica/Espiritual, $r(33) = -0,70$, $p < 0,01$;
- Subescala Familiar, $r(33) = -0,48$, $p < 0,01$;
- Subescala Sócio Económica Trabalho Total, $r(33) = -0,41$, $p < 0,05$.

Em relação ao Coping, temos o factor Emocional Preocupação a correlacionar-se com a Qualidade de Vida Geral, $r(33) = -0,61$, $p < 0,01$ e com todas as suas Subescalas:

- ◆ Subescala Saúde e Funcionamento, $r(33) = -0,55$, $p < 0,01$;
- ◆ Subescala Psicológica/Espiritual, $r(33) = -0,56$, $p < 0,01$;
- ◆ Subescala Familiar, $r(33) = -0,42$, $p < 0,05$;
- ◆ Subescala Sócio Económica Trabalho Total, $r(33) = -0,48$, $p < 0,01$.

Dentro das Subescalas da Qualidade de Vida, observamos correlações, com a Qualidade de Vida em Geral e com as outras Subescalas. Para a Subescala Saúde e Funcionamento com a:

- ♠ Qualidade de Vida Geral, $r(33) = 0,89$, $p < 0,01$;
- ♠ Subescala Psicológica Espiritual, $r(33) = 0,90$, $p < 0,01$;
- ♠ Subescala Familiar, $r(33) = 0,40$, $p < 0,05$;
- ♠ Subescala Sócio Económica Trabalho Total, $r(33) = 0,56$, $p < 0,01$.

Na Subescala Psicológica Espiritual em correlação com as outras, temos:

- ◆ Qualidade de Vida Geral, $r(33) = 0,41$, $p < 0,05$;
- ◆ Subescala Familiar, $r(33) = 0,61$, $p < 0,01$;
- ◆ Subescala Sócio Económica Trabalho Total, $r(33) = 0,61$, $p < 0,01$.

Na Subescala Familiar, temos em relação à:

- ◆ Qualidade de Vida Geral, $r(33) = 0,62$, $p < 0,01$;
- ◆ Subescala Sócio Económica Trabalho Total, $r(33) = 0,62$, $p < 0,01$.

Para a Subescala Sócio Económica Trabalho Total, encontramos uma correlação estatisticamente significativa com a Qualidade de Vida Geral, $r(33) = 0,84$, $p < 0,01$.

Tabela 11

Matriz de Correlações (Pearson), para os Indivíduos que foram sujeitos a Transplante Renal há *menos de um ano*.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	—												
2	0,20	—											
3	0,16	-0,01	—										
4	-0,26	-0,20	0,17	—									
5	-0,36	-0,42	-0,02	0,52	—								
	*	*		**									
6	-0,55	-0,31	-0,10	0,42	0,68	—							
	**			*	**								
7	0,02	-0,38	0,58*	0,55	0,48	0,23	—						
		*		**	**								
8	-0,37	-0,43	0,20	0,77	0,86	0,76	0,72	—					
	*	*		**	**	**	**						
9	-0,37	0,07	-0,70	-0,19	0,04	0,14	-0,55	-0,18	—				
	*		**				**						
10	-0,25	0,06	-0,70	-0,22	0,10	0,10	-0,57	-0,19	0,90	—			
			**				**		**				
11	-0,28	0,10	-0,48	-0,11	0,06	0,29	-0,42	-0,04	0,40	0,41	—		
			**				*		*	*			
12	-0,31	0,08	-0,41	-0,18	0,09	0,11	-0,48	-0,14	0,56	0,61	0,62	—	
			*				**		**	**	**		
13	-0,35	0,09	-0,69	-0,22	0,08	0,15	-0,61	-0,19	0,89	0,91	0,62	0,84	—
	*		**				**		**	**	**	**	**

* - Correlação significativa para $p < 0,5$

** - Correlação significativa para $p < 0,01$

Nota: Os números assinalados na tabela correspondem: **1** - Idade; **2** - nº de vezes Transplantado; **3** - Stress Total; **4** - Coping Paliativo; **5** - Coping Instrumental; **6** - Coping Distracção; **7** - Coping Emocional/Preocupação; **8** - Coping Total; **9** - Subescala Saúde e Funcionamento; **10** - Subescala Psicológica/Espiritual; **11** - Subescala Familiar; **12** - Subescala Sócio Económica Trabalho Total; **13** - Qualidade de Vida Geral.

Para analisarmos a existência ou não de associações no grupo Transplantado entre um e três anos, com a Idade, Número de Transplantes efectuados e as variáveis Psicológicas

em estudo, recorreremos novamente a uma Tabela de correlações, que apresentamos de seguida (Tabela 12).

Tabela -12

Matriz de Correlações (Pearson), para os Indivíduos que foram sujeitos a Transplante Renal *entre um e três anos*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	—												
2	0,00	—											
3	0,20	-0,14	—										
4	0,08	-0,08	0,30	—									
			*										
5	-0,22	-0,22	-0,05	0,19	—								
6	-0,45	-0,10	-0,25	-0,19	0,60	—							
	**		*		**								
7	-0,06	-0,14	0,57	0,39	0,38	0,12	—						
			**	**	**								
8	-0,28	-0,21	0,17	0,44	0,83	0,65	0,69	—					
	*			**	**	**	**						
9	-0,15	-0,01	-0,58	-0,32	-0,01	0,29	-0,39	-0,12	—				
			**	**		*	**						
10	-0,07	-0,00	-0,60	-0,34	-0,01	0,28	-0,42	-0,14	0,90	—			
			**	**		*	**		**				
11	-0,11	-0,02	-0,40	-0,26	0,23	0,46	-0,15	0,15	0,67	0,67	—		
			**	*	*	**			**	**			
12	-0,22	0,03	-0,48	-0,20	0,13	0,39	-0,30	0,04	0,75	0,77	0,74	—	
			**			**	**		**	**	**		
13	-0,15	0,00	-0,59	-0,31	0,04	0,36	-0,38	-0,06	0,94	0,95	0,79	0,89	—
			**	**		**	**		**	**	**	**	

* - Correlação significativa para $p < 0,5$

** - Correlação significativa para $p < 0,01$

Nota: Os números assinalados na tabela correspondem: **1** - Idade; **2** - nº de vezes Transplantado; **3** - Stress Total; **4** - Coping Paliativo; **5** - Coping Instrumental; **6** - Coping Distracção; **7** - Coping Emocional/Preocupação; **8** - Coping Total; **9** - Subescala Saúde e Funcionamento; **10** - Subescala Psicológica/Espiritual; **11** - Subescala Familiar; **12** - Subescala Sócio Económica Trabalho Total; **13** - Qualidade de Vida Geral.

Neste grupo de doentes, existe associação entre a Idade e Coping factor Distracção, $r(71) = -0,45$, $p < 0,01$; e para o Coping Total, $r(71) = -0,28$, $p < 0,05$.

Em relação ao Stress Total, encontramos correlações estatisticamente significativas com alguns factores de Coping, nomeadamente para o factor Coping Paliativo, $r(71) = 0,30$, $p < 0,05$; para o Coping Distracção, $r(71) = -0,25$, $p < 0,05$ e Coping Emocional/Preocupação, $r(71) = 0,57$, $p < 0,01$. Também são encontradas correlações com a Qualidade de Vida Geral, $r(71) = -0,59$, $p < 0,01$ e com as suas Subescalas:

- ◆ Subescala Saúde e Funcionamento, $r(71) = -0,58$, $p < 0,01$;
- ◆ Subescala Psicológica Espiritual, $r(71) = -0,60$, $p < 0,01$;
- ◆ Subescala Familiar, $r(71) = -0,40$, $p < 0,01$;
- ◆ Subescala Sócio Económica Trabalho Total, $r(71) = -0,48$, $p < 0,01$.

No que diz respeito ao Coping, Factor Paliativo, ele correlaciona-se com o Coping Factor Emocional/Preocupação, $r(71) = 0,39$, $p < 0,01$ e com o Coping Total, $r(71) = 0,44$, $p < 0,01$. Existem ainda relações com a Qualidade de Vida Geral, $r(71) = -0,31$, $p < 0,01$ e com as algumas das suas Subescalas:

- ◆ Subescala Saúde e Funcionamento, $r(71) = -0,32$, $p < 0,01$;
- ◆ Subescala Psicológica Espiritual, $r(71) = -0,34$, $p < 0,01$;
- ◆ Subescala Familiar, $r(71) = -0,26$, $p < 0,05$.

Em relação ao Coping Factor Instrumental, além da relação existente entre este e o Coping Total, $r(71) = 0,83$, $p < 0,01$, temos também associações estatisticamente significativas entre o mesmo e outros factores de Coping:

- ◆ Coping Distracção, $r(71) = 0,60$, $p < 0,01$;
- ◆ Coping Emocional/Preocupação, $r(71) = 0,38$, $p < 0,01$.

Ainda em relação a esta variável, existe uma única associação com uma das Subescalas da Qualidade de Vida, que é a S. Familiar, $r(71) = 0,23$, $p < 0,05$.

Observando agora o Coping Distracção e as suas relações, verificamos que este além de ter correlação com o Coping Total, $r(71) = 0,65$, $p < 0,01$, correlacionando-se positivamente com todas as Subescalas da Qualidade de Vida, e também com a Qualidade de Vida Geral, $r(71) = 0,36$, $p < 0,01$.

O Coping Emocional/Preocupação, correlaciona-se com o Coping Total, $r(71) = 0,69$, $p < 0,05$, com a Qualidade de Vida Geral, $r(71) = -0,38$, $p < 0,01$ e com três das suas Subescalas:

- ◆ Subescala Saúde e Funcionamento, $r(71) = -0,39$, $p < 0,01$;
- ◆ Subescala Psicológica/Espiritual, $r(71) = -0,42$, $p < 0,01$;
- ◆ Subescala Sócio Económica Trabalho Total, $r(71) = -0,30$, $p < 0,01$.

No que diz respeito às correlações significativas da Subescala Saúde e Funcionamento, ela apresenta correlações positivas com todas as outras Subescalas e um valor de $r(71) = 0,94$, $p < 0,01$, para a Qualidade de Vida Geral.

Todas as outras Subescalas da Qualidade de Vida apresentam correlações positivas entre elas e com a Qualidade de Vida Geral.

Tabela -13

Matriz de Correlações (Pearson), para os Indivíduos que foram sujeitos a Transplante Renal ,há mais de três anos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	..												
2	0,13	—											
3	0,25	0,21	—										
	*												
4	0,05	-0,14	0,22	—									
			*										
5	-0,28	-0,11	-0,27	0,35	—								
	*		*	**									
6	-0,57	-0,10	-0,41	0,07	0,66	—							
	**		**		**								
7	-0,13	-0,02	0,42	0,40	0,37	0,17	—						
			**	**	**								
8	-0,38	-0,13	-0,06	0,57	0,85	0,74	0,65	—					
	**			**	**	**	**						
9	-0,26	-0,15	-0,72	-0,21	0,15	0,38	-0,43	0,01	—				
	*		**			**	**						
10	-0,24	-0,14	-0,76	-0,26	0,16	0,43	-0,45	0,01	0,84	—			
	*		**	*		**	**		**				
11	-0,12	-0,17	-0,58	-0,09	0,14	0,29	-0,40	0,01	0,56	0,58	—		
			**			**	**		**	**			
12	-0,40	-0,08	-0,64	-0,12	0,42	0,59	-0,21	0,29	0,75	0,75	0,59	—	
	**		**		**	**		**	**	**	**		
13	-0,31	-0,14	-0,77	-0,21	0,25	0,49	-0,42	0,09	0,94	0,93	0,69	0,89	—
	**		**		*	**	**		**	**	**	**	

* - Correlação significativa para $p < 0,5$

** - Correlação significativa para $p < 0,01$

Nota: Os números assinalados na tabela correspondem: 1 - Idade; 2 - nº de vezes Transplantado; 3 - Stress Total; 4 - Coping Paliativo; 5 - Coping Instrumental; 6 - Coping Distracção; 7 - Coping Emocional/Preocupação; 8 - Coping Total; 9 - Subescala Saúde e Funcionamento; 10 - Subescala Psicológica/Espiritual; 11 - Subescala Familiar; 12 - Subescala Sócio Económica Trabalho Total; 13 - Qualidade de Vida Geral.

Passaremos agora a debruçar-nos sobre o último grupo sujeito a correlações, que é neste caso constituído pelos Indivíduos sujeitos a Transplante Renal há mais de três anos, de acordo com a análise da Tabela 13.

Existem associações estatisticamente significativas entre a Idade e o Stress Total, $r(80) = 0,25$, $p < 0,05$; entre esta e o Coping Total, $r(80) = -0,38$, $p < 0,01$ e também com dois dos seus Factores, o Coping Factor Instrumental, $r(80) = -0,28$, $p < 0,05$ e o Coping Factor Distracção, $r(80) = -0,57$, $p < 0,01$.

A Idade correlaciona-se ainda significativamente com a Qualidade de Vida Geral, $r(80) = -0,31$, $p < 0,01$, e de igual modo, ou seja negativamente com a Subescala Psicológica Espiritual e com Subescala Sócio Económica Trabalho Total.

O Stress correlaciona-se negativamente com dois dos factores de Coping: Coping Instrumental, $r(80) = -0,27$, $p < 0,05$ e Coping Distracção, $r(80) = -0,41$, $p < 0,01$; Positivamente com os outros dois: Coping Paliativo, $r(80) = 0,22$, $p < 0,05$ e Coping Emocional/Preocupação, $r(80) = 0,42$, $p < 0,01$.

O Stress em relação à Qualidade de Vida, relaciona-se negativamente, quer com as Subescalas desta, quer com a Qualidade de Vida em Geral, em que assume o valor de $r(80) = -0,77$, $p < 0,01$.

No caso do Coping Paliativo, temos uma correlação com o Coping Total,

$r(80) = 0,57$, $p < 0,01$, com o Coping Instrumental, $r(80) = 0,35$, $p < 0,01$ e com o Coping Emocional/Preocupação, $r(80) = 0,40$, $p < 0,01$.

Ainda no caso do Coping Paliativo, mas em relação à Qualidade de Vida e suas Subescalas, deparamo-nos com uma correlação com a Subescala Psicológica e Espiritual,

$r(80) = -0,26$, $p < 0,05$.

Em relação ao Coping Instrumental, existem correlações com: Coping Total, $r(80) = 0,85$, $p < 0,01$; Coping Distracção, $r(80) = 0,66$, $p < 0,01$; Coping Emocional/Preocupação, $r(80) = 0,37$, $p < 0,01$. Ainda o mesmo Factor em relação com a Qualidade de Vida, apresenta um valor de $r(80) = 0,25$, $p < 0,05$, para a Qualidade de Vida Geral e um valor de $r(80) = 0,42$, $p < 0,01$, para a Subescala Sócio Económica Trabalho Total.

No caso do Coping Distracção, existem correlações com: Coping Total, $r(80) = 0,74$, $p < 0,01$; Qualidade de Vida Geral, $r(80) = 0,49$, $p < 0,01$ e ainda com todas as Subescalas da Qualidade de Vida (positivas), sendo a mais elevada a relativa à Subescala Sócio Económica Trabalho Total, $r(80) = 0,59$, $p < 0,01$.

O último factor de Coping que correlacionámos foi o Emocional/Preocupação, que apresenta um valor de $r(80) = 0,65$, $p < 0,01$, no caso do Coping Total e em relação à Qualidade de Vida geral, um valor de $r(71) = -0,42$, $p < 0,01$. Tem também valores estatisticamente significativos no caso da Subescala Saúde e Funcionamento, $r(80) = -0,43$, $p < 0,01$, da Subescala Psicológica/Espiritual, $r(80) = -0,45$, $p < 0,01$ e na Subescala Familiar, $r(80) = -0,40$, $p < 0,01$.

No caso do Coping Total em relação às outras variáveis do estudo, obtivemos uma correlação significativa com a Subescala Sócio Económica Trabalho Total, da Qualidade de Vida, $r(80) = 0,29$, $p < 0,01$.

Observando também as relações existentes da Subescala Saúde e Funcionamento, com as outras, encontramos um valor de $r(80) = 0,94$, $p < 0,01$, para a Qualidade de Vida Geral; sendo $r(80) = 0,84$, $p < 0,01$, para a Subescala Psicológica /Espiritual; $r(80) = 0,56$, $p < 0,01$

, para a Subescala Familiar; e um $r(80) = 0,75$, $p < 0,01$, para a Subescala Sócio Económica Trabalho Total.

Na Subescala Psicológica/Espiritual, as correlações acontecem tanto em relação à Qualidade de Vida Geral, $r(80) = 0,93$, $p < 0,01$, como na Subescala Familiar em que temos um valor de $r(80) = 0,58$, $p < 0,01$ e na Subescala Sócio Económica Trabalho Total, com $r(80) = 0,75$, $p < 0,01$.

A Subescala Familiar correlaciona-se com a Qualidade de Vida Geral, apresentando um valor de $r(80) = 0,69$, $p < 0,01$ e com a Subescala Sócio Económica Trabalho Total, $r(80) = 0,59$, $p < 0,01$.

Em relação à correlação existente entre a Subescala Sócio Económica Trabalho Total com a Qualidade de Vida Geral, ela é traduzida por $r(80) = 0,89$, $p < 0,01$.

No nosso estudo, foi também efectuada uma análise de regressão múltipla, pelo Método Stepwise, com o objectivo de estudar as variáveis predictoras da Qualidade de Vida Geral.

Foram encontradas três Variáveis Independentes predictoras, as quais explicam 67% da variância do Modelo. A primeira Variável encontrada, o Stress explicou 60% da variância total por si, tendo surgido como variáveis predictoras seguintes, as Estratégias de Coping que se referem à Distracção e Emocional/Preocupação, as quais acrescentaram ao Modelo respectivamente 3% e 4%.

Tabela - 14

Análise de Regressão Múltipla da Variável Qualidade de Vida Geral.

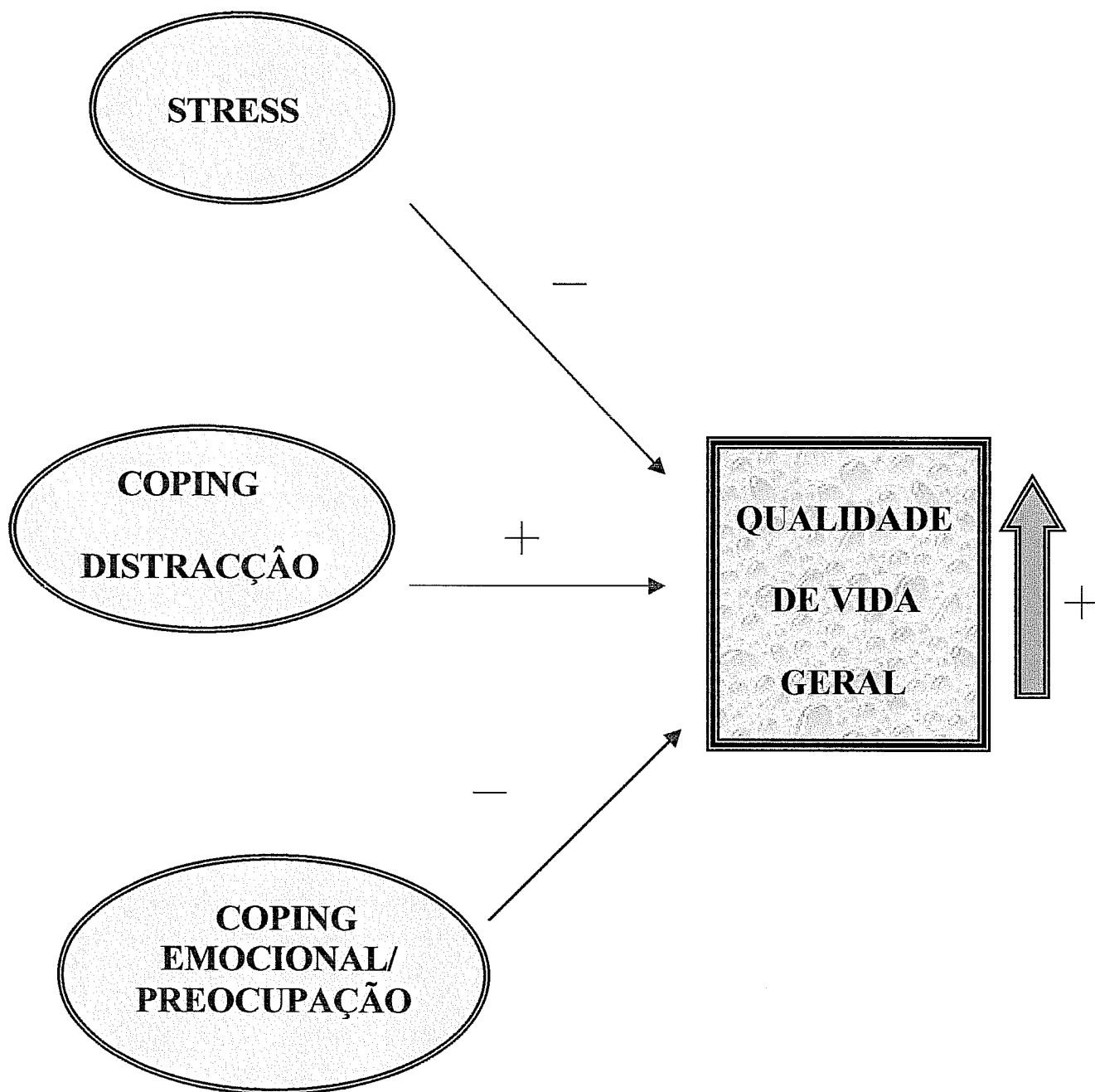
Variável Dependente	Passos	Variáveis Independentes	R ²	R ² Ajustado	β	p
Qualidade de Vida	1	Stress	0,61	0,60	-0,552	***
	2	Coping Distracção	0,64	0,63	0,305	***
	3	Coping Emocional/Preocupação	0,68	0,67	-0,236	**
Variância Explicada				67%		

** - p < 0,01

*** - p < 0,001

Na Tabela 14, podemos observar que por análise de regressão, os Indivíduos com níveis mais baixos de Stress e que utilizam menos estratégias de Coping relacionadas com Emocional/Preocupação, usando por outro lado mais estratégias de Coping relacionadas com a Distracção, apresentam níveis mais elevados de Qualidade de Vida Geral, tal como se mostra na Figura nº 13.

Figura nº 13 – Representação Gráfica das Variáveis Predictoras da Qualidade de Vida



4 – DISCUSSÃO

Chegados a esta etapa do estudo, apraz recordar os seus objectivos orientadores, os quais serão enumerados de seguida:

- **Descrever a Qualidade de Vida dos Indivíduos sujeitos a Transplante Renal;**
- **Identificar os níveis de Stress e Coping nos Indivíduos T.R.;**
- **Identificar diferenças nos níveis de Qualidade de Vida, Stress e Coping, dos Indivíduos Transplantados Renais, tendo em conta as variáveis sócio-demográficas e de Saúde;**
- **Identificar a contribuição do Stress e do Coping, na avaliação da Qualidade de Vida.**

Pensamos ter dado resposta aos nossos objectivos, obtendo dados de relevante interesse e credibilidade para a população em estudo.

Deparámo-nos contudo, com alguns condicionantes, quer em relação ao tipo de estudo (transversal), quer no que respeita à dimensão da amostra (184 Indivíduos), bem como à existência de algumas variáveis não controladas, que podem de alguma forma influenciar os resultados.

De seguida efectuar-se-á uma reflexão comentada e justificada dos resultados obtidos, confrontando-os, sempre que possível, com os resultados dos autores que suportam o nosso enquadramento teórico, nessa área.

Consideramos tratar-se de um estudo inovador, tendo em conta a aplicação, efectuada na nossa amostra, de dois Instrumentos de Colheita de Dados (Tradução da Escala Global da Percepção de Stress e da Escala de Coping sobre Problemas de Saúde).

Em relação à Escala Global da Percepção de Stress, podem-se verificar níveis de consistência interna elevados ($\alpha=0,92$), o que nos leva a sugerir a sua utilização em estudos futuros.

No que respeita à utilização da Escala de Qualidade de Vida, obtiveram-se também níveis de consistência interna bastante satisfatórios ($\alpha= 0,96$), que nos levam a recomendar a sua utilização, noutros estudos que se efectuem nesta população.

Tentando dar resposta ao **Primeiro Objectivo**, os resultados da avaliação da Qualidade de Vida, na amostra, apresentam-se de acordo com a revisão bibliográfica efectuada e com estudos previamente executados.

Neste conceito, nunca foi possível deixar de considerar a sua subjectividade, e de acordo com Ferrans e Powers (1992) Qualidade de vida é a percepção individual de bem estar cuja variação vai da satisfação à insatisfação, relacionando-se sempre com os domínios da vida que são importantes para este.

Pode-se assim observar valores moderados de Qualidade de Vida Global, tal como Kong e Molassiotis (1999) verificaram em Indivíduos Transplantados Renais Chineses.

Por análise de correlação, verificou-se que a Qualidade de Vida para as Subescalas é directamente proporcional aos valores da Qualidade de Vida Global.

Apresentam-se, no entanto, valores médios mais elevados na Subescala Familiar, seguida da Sócio- Económica Trabalho Total, depois Saúde e Funcionamento e por fim a Subescala Psicológica e Espiritual.

De acordo com Ribeiro, J. (1994), Qualidade de Vida para uns, expressa-se pelo número de bens materiais, enquanto que o que prevalece para outros são os espirituais.

O facto de se ter chegado a valores mais elevados na Subescala familiar, pode estar relacionado com o facto de os Indivíduos se sentirem felizes e satisfeitos no seio da família; tendo em conta que um dos Itens focado nesta Subescala é o relacionamento com o esposo(a) ou outros, e de acordo com Hudak (1994) as relações entre casais nos Indivíduos Hemodialisados, são em muito afectadas, enquanto que os efeitos a longo prazo são devastadores. Os Indivíduos Transplantados apresentam benefícios positivos nas relações maritais.

Em relação aos valores obtidos na Subescala Socio- Económica Trabalho Total, eles podem ser explicados, de acordo com Ferrans e Powers (1992), que refere serem os aspectos sócio-económicos determinantes na Avaliação da Qualidade de Vida Global, pois condicionam o acesso a muitos recursos sociais, limitam as oportunidades, o poder, prestígio, o estatuto social e as amizades.

Nos valores médios da Subescala Saúde e Funcionamento há a considerar que apesar da sensação de libertação que os Indivíduos Transplantados sentem em relação a tratamentos anteriores, tal como nos refere Santos (1992), o Transplante surge como a possibilidade de fuga à Hemodiálise, “máquina” sem a qual não podem viver, mas que tanto lhes parece limitar a vida.

Estes também lidam após o Transplante com o risco constante de rejeição (Mc Cauley & Johnson, 1994), e com os problemas de Infecção, que contribui significativamente para a mortalidade e morbilidade dos Transplantados Renais; tendo em conta que cerca de 70% a 80% dos receptores têm infecção e que 30% a 40% da mortalidade destes Indivíduos, se deve a patologia Infecciosa (Ribeiro, F. 1997). Há ainda a acrescentar o facto, de terem de seguir esquemas terapêuticos rigorosos e necessitarem para sempre de supervisão médica contínua (Fallon et al, 1997).

Por último, e tentando perceber porque surgem na nossa amostra os valores médios mais baixos na Subescala Psicológica e Espiritual na avaliação da Qualidade de Vida Global, observando os itens que a constituem, carece focar os aspectos relacionados com a aparência pessoal, satisfação com a vida, consigo mesmo em geral, não esquecendo a fé e paz individual.

Pensa-se que tende de forma negativa nesta Subescala o item aparência pessoal, e o item satisfação consigo mesmo em geral, tendo em conta que Cammerom, 1988, descreve que o uso de diversos medicamentos, nomeadamente os corticóides condicionam o aparecimento de sinais físicos desagradáveis, como é o caso da cara redonda avermelhada, por vezes com acne, obesidade, hipertensão e labilidade emocional, alterações da disposição e alterações da personalidade.

Por último, Ribeiro, Meneses e Meneses (1998), focam os esquemas terapêuticos nos Indivíduos Transplantados, como causadores de alterações físicas em termos de imagem.

Passando à discussão do **Segundo Objectivo**, observamos nesta amostra e em relação aos níveis de Stress e Coping, que se apresentam níveis moderados em ambos.

Em relação ao Stress, podemos evidenciar de acordo com Nichols (1984) que o Stress Psicológico associado à doença é muito difícil de avaliar, e que a existência de maior ou menor nível de Stress é questionável, na grande maioria dos Indivíduos, dependendo de inúmeros factores.

No caso do Transplante Renal, Simmons (1982), verificou que são fontes potenciais de Stress, o medo constante da rejeição e a aceitação psicológica de uma parte estranha do corpo (de outra pessoa).

Segundo Lewis, Sperry e Carlson (1993), numa situação de doença, o Indivíduo deverá ser capaz em primeiro lugar, de lidar com os aspectos físicos do problema, para além de ter de encontrar estratégias, para lidar com a angústia, o desconforto e a impotência, é forçado também a encontrar forma de se manter adaptado pessoal e socialmente.

Assim, em relação às estratégias de Coping, podemos verificar que nesta amostra, é o Coping Instrumental que apresenta a média mais elevada, e o Coping Distracção, o que apresenta a média mais baixa.

O facto de a média mais elevada pertencer ao Coping Instrumental, pode ter a ver com o tipo de estratégias usadas, que de acordo com as outras da escala, são englobadas na focagem do problema.

Lazarus e Folkman (1984), referem-se a estas estratégias (focadas no problema), como esforços para alterar circunstâncias stressantes, através de uma adaptação que entra em conflito com a situação. Nela o Indivíduo poderá modificar o meio ou modificar-se a si próprio.

Temos como exemplos de itens desta Subescala: “Procuro mais informação sobre o meu estado de saúde”, “sigo os conselhos do Médico” e “penso apenas em ficar bem”.

Em relação ao Coping Distracção que apresenta uma média mais baixa, ela foca essencialmente as estratégias desenvolvidas perante um problema de Saúde, por forma a que o Indivíduo consiga pensar noutros assuntos (mais agradáveis), dedicar-se a actividades que nada tenham a ver com o problema, ou ainda procurar a companhia de outros.

A exemplo dos Itens que constituem esta Subescala temos: “Penso em dias melhores”, “Procuro a companhia de outras pessoas”, “Faço projectos para o futuro” e “Ouço música”.

Segundo Ogden (1999) um factor que medeia a ligação Stress – Doença, é o estilo de Coping, que pode determinar a medida, do efeito do acontecimento Stressante, no estado de Saúde.

Podem ainda mediar a ligação Stress - Doença os acontecimentos de vida, o apoio social recebido e o controlo real ou percebido do agente Stressor.

Dando sequência à discussão, em relação ao **Terceiro Objectivo**, obtiveram-se valores de Stress mais elevados nos Indivíduos que não têm ocupação, do que naqueles que a mantiveram.

Tal situação pode ficar a dever-se há existência de patologias associadas, complicações do Transplante ou então ainda, factores de ordem social, como por exemplo, o desemprego. Não esquecendo nunca que nesta amostra, em relação ao grau de actividade, uma grande percentagem (44%) se apresenta inactiva, podendo este facto condicionar a capacidade de readaptação social/activa dos Indivíduos, depois de muito tempo inactivos, devido às horas que passavam a realizar Diálise.

Este acontecimento foi confirmado por Simmons et al (1987), que referiu ser o Transplante Renal uma terapia que consegue retirar o Indivíduo do grupo dos socialmente inválidos, no entanto, um processo bastante difícil para aqueles que levam tantos anos assumindo um papel de dependentes.

Obtiveram-se igualmente, valores de Stress elevados no grupo de Indivíduos Transplantados entre um e três anos. No grupo que foi Transplantado há menos de um ano (entre seis meses e um ano), existem níveis mais baixos de Stress.

Os valores encontrados, vão ao encontro das conclusões do estudo realizado por Fallon et al (1997) em que os níveis maiores de Stress se verificaram no grupo Transplantado há mais de um e menos de cinco anos. Os autores justificam os níveis de Stress pela presença de alterações da imagem corporal, associada ao uso de terapêutica imunossupressora e pela diminuição do risco de rejeição (maior risco no primeiro ano pós- transplante).

Tendo ainda em conta, a actividade dos Indivíduos, ou a ausência desta, podemos observar que os Indivíduos que se mantêm ocupados usam mais estratégias de Distracção, enquanto que os que não têm ocupação utilizam mais estratégias de Coping Paliativo.

Este aspecto poderá ser explicado, pelo facto de que os Indivíduos socialmente activos, recorrerem facilmente aos pensamentos de assuntos mais agradáveis e desenvolverem actividades que nada tenham a ver com a doença. Por outro lado, os Indivíduos que se encontram inactivos, talvez pela maior disponibilidade de tempo, tendem a usar um conjunto de reacções centradas no auto – cuidado, envolvendo as suas crenças pessoais na doença.

Temos como exemplos de itens desta Subescala : “Fico na cama”, “Durmo”, “Descanso, quando me sinto cansado”, “Peço silêncio às pessoas à minha volta” entre outras.

Tendo em conta o factor tempo, no Transplante, apresenta-se o uso de estratégias de Coping de Distracção, nos Indivíduos Transplantados há menos de um ano contrapondo com um menor uso destas no período superior a três anos. Este facto, leva-nos a pensar que o Transplantado Renal vive um período “lua-de-mel” no pós- transplante imediato, será levado a pensar noutros assuntos e a desenvolver outras actividades, que nada tenham a ver com a doença.

Tal como nos refere Ribeiro, F. (1997) o Transplante Renal com êxito é, indiscutivelmente, a alternativa mais fisiológica do tratamento dos Indivíduos Insuficientes

Renais Crónicos, permitindo o restabelecimento integral das funções renais e uma melhor reabilitação.

Deve-se ainda considerar as afirmações de Santos (1992) em relação a estes mesmos Indivíduos, quando se afirma que existem expectativas e planos, cuja concretização é impedida pelo programa de Hemodiálise.

Observam-se igualmente, diferenças estatisticamente significativas em relação ao Coping nos Indivíduos que tenham ou não no seu esquema terapêutico, a presença de Apoio Psicológico.

Nesta amostra, os Indivíduos com Apoio têm índices mais elevados de estratégias de Coping Totais e especificamente de Coping de Distracção. Este facto pode estar relacionado com o apoio recebido pelos técnicos de Saúde, no acompanhamento clínico destes Indivíduos.

Apresenta-se, no entanto, algumas dúvidas devido ao tipo de Apoio Psicológico recebido pelos Indivíduos que constituem esta amostra. Desconhecendo-se, se os Indivíduos que confirmam ter Apoio Psicológico no seu esquema terapêutico, o têm para além dos Cuidados prestados na Unidade de Transplante, uma vez que esta é uma Equipa exclusivamente Médica, não sendo constituída por qualquer outro tipo de técnicos, nomeadamente, Enfermeiro ou Psicólogo.

De qualquer forma, a existência desse apoio revela-se positiva, com o aumento de estratégias de Coping, face aos problemas de Saúde, tal como nos refere Greenberg e Massey (1973), o Psicólogo Clínico desempenha um papel importante ao ajudar a aumentar os níveis de funcionamento do Indivíduo para se adaptar com sucesso a uma situação de vida extremamente exigente (Transplante Renal).

Deve-se ainda salientar o facto dos Indivíduos com Apoio Psicológico, terem um aumento da Qualidade de Vida, na Subescala Sócio Económica Trabalho Total, facto que parece evidente, pela presença de um Item, nesta Subescala que avalia o Apoio Emocional, recebido por parte de outros.

Reflecte-se também na avaliação da Qualidade de Vida, quer a nível global, quer a nível de todas as suas Subescalas, um aumento desta, nos Indivíduos que se mantêm activos socialmente em relação aos que não o fazem, facto que poderá ser explicado pela satisfação com o seu trabalho. O seu papel activo na sociedade e o retomar de um vida, que provavelmente não teriam antes da realização do T.R..

Fallon, Gould e Wainwright (1997), dizem que apesar de o Transplante não possibilitar a cura, os estudos referem que estes Indivíduos apresentam scores de Qualidade de Vida superior quando comparados, com outras formas terapêuticas, nomeadamente a Hemodiálise.

Também Ribeiro, S. (1997), afirma que de acordo com diversos estudos, 97% dos Indivíduos se encontram muito satisfeitos depois do T.R., sentindo-se mais capazes física e Psiquicamente, para desenvolverem a sua actividade laboral.

Também Ferrans e Powers (1992), sugerem várias razões para uma Q.D.V. inferior em Indivíduos desempregados, que são maiores dificuldades económicas, traumas Psicológicos por estarem sem trabalho e sensação de perda de controle sobre a vida.

No seguimento e para dar resposta a este objectivo, procedeu-se ao uso de correlações para o grupo de Indivíduos Transplantados há menos de um ano, entre um e três anos e há mais de três anos, observando-se que no grupo Transplantado há menos de um ano, quanto mais velhos são os Indivíduos, menor é a Qualidade de Vida em relação à Subescala Saúde e Funcionamento, facto que se poderá tentar explicar pelas patologias associadas e pelas complicações decorrentes do Transplante. O que parece, ir ao encontro, do estudo realizado

por Jofré et al (1998). Segundo estes autores, o facto de os Indivíduos terem mais idade e mais patologias pré existentes, condiciona uma diminuição dos efeitos benéficos do Transplante.

No grupo que foi Transplantado entre um e três anos, existe uma correlação negativa entre a idade e as estratégias de Coping usadas, na medida em que maior idade condiciona menores estratégias de Coping de Distracção e de Coping Total.

No caso dos Indivíduos Transplantados há mais de três anos verifica-se, que quanto maior for a idade menor será a Q. D. V. a nível geral e também a nível das Subescalas Psicológica e Espiritual e Sócio Económica Trabalho Total.

Em relação ao Stress obtiveram-se nos três grupos variações da mesma ordem, ou seja quanto maior for o Stress, menor é a Qualidade de Vida Global apresentada, bem como em todas as suas Subescalas. Facto este que poderá ser explicado, tendo em conta que a Q. D. V. é um fenómeno subjectivo e multidimensional, que depende de inúmeros factores, que vão desde os factores pessoais aos circunstanciais.

O Stress que afecta os três grupos poderá ser de diferentes tipos mas revela-se igualmente perturbador e condicionante dos níveis de Q.D.V. dos Indivíduos da nossa amostra.

No caso das correlações para o Coping há ainda a referir que nos três grupos estudados, quanto maior for o Coping Emocional/Preocupação, menor é a Qualidade de Vida quer a nível Global quer a nível das suas Subescalas.

No grupo de Indivíduos Transplantados há menos de um ano, só existe uma correlação significativa com o Coping Emocional/Preocupação, pois de acordo com Lazarus e Folkman (1984), o Coping orientado para as emoções, ocorre imediatamente após os acontecimentos e é gradualmente substituído por estratégia orientadas para os problemas, sendo no entanto

comum a associação destas duas. Este tipo de estratégias de Coping, envolve as consequências emocionais, com o problema de Saúde.

Em relação ao Coping Distracção e Instrumental , estes correlacionam-se positivamente com a Q.D.V. Global e com algumas das suas Subescalas, tanto no grupo Transplantado entre um e três anos como nos Transplantados há mais de três anos.

O Coping de Distracção envolve a tentativa da Pessoa, que vive um problema de Saúde, procurar pensar noutros assuntos, no Coping Instrumental o Indivíduo tenta saber sempre mais para poder fazer frente ao problema.

O Coping Paliativo correlaciona-se negativamente com a Q.D.V. e algumas das suas Subescalas, nos grupos de Indivíduos Transplantados entre um e três anos e há mais de três anos, isto significa, que quanto maior for o Coping Paliativo, menor é a Q.D. V. O Coping Paliativo, envolve um conjunto de reacções, cuja intenção, é a de aliviar acontecimentos desagradáveis, centrando-se estes muito no Indivíduo, isto em si próprio e nas suas tentativas de auto -cuidado, o que leva a subentender um certo isolamento social.

O Coping Total correlaciona-se positivamente com a Subescala da Q.D.V. Sócio Económica Trabalho Total, nos Indivíduos Transplantados há mais de três anos. Isto significa que quanto mais estratégias de Coping maior a Q. D.V. Por fim, pode dizer-se que existem diferenças no tipo de estratégias de Coping utilizadas, pelos diferentes grupos, não sendo este facto coincidente, com o estudo efectuado em dois grupos de Indivíduos Chineses Transplantados (um há menos de um ano, e outro há mais de um ano). Este facto poderá ser explicado, pela diferença existente na dimensão da amostra em relação aos Indivíduos que constituem os três grupos em causa.

Em relação à Q.D.V., nos três grupos em análise, verifica-se uma correlação positiva em todos eles, ou seja, quanto maior forem os índices das Subescalas Saúde e Funcionamento,

maiores serão os índices de Q.D.V. Global e todas as outras Subescalas, o que parece ir ao encontro da afirmação de Ribeiro (1994), quando nos afirma que a Saúde é um dos Domínios fundamentais, provavelmente o mais importante para a Qualidade de Vida.

Fallon, Gould e Wainwright (1996), referem que na avaliação da Q.D.V., a seguir a um Transplante Renal com sucesso, dois temas emergem com significativa importância – “o sentir-se saudável” e a “independência”.

Apraz também dizer que a Q.D.V., no estudo é moderada, sem variações nos três grupos estudados, no que respeita ao tempo de T.R., o que vai ao encontro das conclusões de outros estudos, nomeadamente, Hathaway et al (1998) e ainda Kong e Molassiotis (1999).

Por último tentando dar resposta ao **Quarto Objectivo** do estudo, para que se possa compreender mais facilmente, de que forma o Stress e as Estratégias de Coping, podem influenciar a Q.D.V., efectuámos uma análise de regressão múltipla, pelo método de Stepwise, para estudar as Variáveis Predictoras da Q.D.V., tendo-se encontrado um total de três Variáveis Independentes Predictoras (Stress que explica 60% da Variância por si; Coping Distracção que explica 3% e finalmente Coping Emocional/Preocupação, que explica 4%), que no total explicam 67% da Variância Total do Modelo.

Isto poderá significar que Indivíduos com níveis mais baixos de Stress, que utilizem menos Estratégias de Coping Emocional/Preocupação e mais Estratégias de Coping de Distracção, apresentam Índices superiores de Qualidade de Vida Global.

Tal facto, está de acordo com estudos efectuados anteriormente por White et al (1990) que ao estudar a Qualidade de Vida em Indivíduos Adultos Americanos submetidos a Transplante Renal, observou que o Stress Total e o Coping Total eram um importante predictor da Q.D.V.

O decurso da fase de colheita de dados deste estudo, coincidiu temporalmente, com mudanças estruturais e de funcionamento da Unidade de Transplantação. Percepcionou-se, advindo com isto uma certa insatisfação dos inquiridos, com as actuais condições, embora parecendo, no entanto, não ter influenciado a sua Qualidade de Vida, como pode ser constatado pelos resultados obtidos.

Há ainda a lamentar o facto, de não ter sido efectuado um estudo comparativo emparelhado, dos três grupos de Indivíduos Transplantados (há mais e menos tempo) e uma avaliação comparativa da sua Qualidade de Vida, no período pré e pós Transplante.

De acordo com o abandono do Modelo Biomédico e o enfoque dado ao Modelo Biopsicosocial, observa-se actualmente, um interesse crescente nos modelos de doença, que explicam a mesma, como uma interacção entre a sua presença física e a percepção subjectiva do Indivíduo, além da interpretação da mesma, no seu contexto cultural e social (Horne & Weinman, 1994).

Parecendo, assim de relevante importância, a constituição de uma Equipa Multidisciplinar, que englobe para além do Médico, Enfermeiro, Psicólogo, Assistente Social, entre outros, com o intuito de apoiar estes Indivíduos numa dimensão Holística, com os benefícios daí decorrentes.

O acompanhamento nas doenças crónicas, exige a intervenção de todos os membros da Equipa de Saúde tendo como grande finalidade a partilha de responsabilidades e a satisfação global dos Indivíduos e suas famílias. Partindo da reflexão de Hesbeen (1997), não são os diversos actos que se fazem aos Indivíduos, que por si só são importantes, mas a forma como se realizam, que determina se é um cuidado ou simplesmente um “fazer de coisas”. Tornar a Pessoa, um receptáculo de actos mecanicamente executados, é retirar-lhe dignidade, é torná-la um objecto, é um agir não profissional.

Chega-se a esta fase, e por se tratar de um estudo exploratório, cujo objectivo é sobretudo dar pistas para futuros estudos descritivos ou causais (Triviños, 1987), não se pode afirmar que o estudo está concluído, mas sim com ele fornecerem-se algumas pistas para reflexão, a aprofundar em trabalhos futuros.

5 - REFERÊNCIAS

Achat, H., Kawachi, I., Levine, S., Berkley, C., Coakley, E. & Colditz, G. (1998). Social Networks, Stress and Health-Related Quality of Life. *Quality of Life Research*, 7, 735-750.

Andersen, B. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (4), 552-568.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: new perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1981). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.

Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra. Associação dos Psicólogos Portugueses.

Almeida, J. M. C. (1985). *A Adaptação do Insuficiente Renal Crónico à Hemodiálise*. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade de Lisboa.

Altschuler, J. (1997). *Working With Chronic Illness*. London. Macmillan Press Ltd.

Antón, B. & Méndez, F. (1999). Líneas Actuales de Investigación en Psicología de la Salud. In M. A. Simón (Ed.). *Manual de Psicología de la Salud (Fundamentos, Metodología y Aplicaciones)* (pp. 217-245). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Barreto, A., C. V., Ferrão, J., Rosa, V. J. M., Mónica, F. M., Lopes, S. J., Carreira, H. M., & Rodrigues, H.N. (1977). *A situação social em Portugal, 1960-1965*. 3ª ed. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

Bayés, R. (1994). Evaluación de aspectos conductuales y biológicos en psicología de la salud. In Ballesteros, Rocio Fernández (Eds.). *Evaluation conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clinica y de la salud.* (p. 619-651) Madrid. Ediciones Pirámide, S.A.

Bereket, G., & Fine, R. N. (1995). Pediatric Renal Transplantation. In *The Pediatric Clinics of North America Pediatric Nefrology* – Vol (42), 6, p 1603 – 1628.

Bihl, M. , Ferrans, C , Powers, M (1998). Comparing Stressors and Quality of Life of Dialysis Patients. *Anna Journal*, 15(1), 27-36.

Bishop, G. (1994). *Health Psychology - Integrating Mind and Body.* Boston: Allyn and Bacon.

Bowling, A. (1995). *Measuring disease – A review of disease specific. Quality of Life Measurement Scales.* Philadelphia: Open University.

Bowling, A. (1994). *La Medida de la Salud.* Revision de las escalas de medida de la calidade de vida. Madrid. Msson, S.A.

Bradley, C. & MacGee H. (1994). Improving Quality of life . In Renal Failure: Ways Forward. In MacGee, H., & Bradley, C., (eds), *Quality of Life Following Renal Failure: Psychosocial Challenges Accompanying High Technology Medicine.* (p. 275-299). United States of America. Harwood Academic Publishers.

Brickman, A. & Fins, A. (1996). Kidney Allograft Survival: Relationship to Dialysis Compliance and Other Behaviors. *Dalilysis & Transplantation Vol 25, 2*, p. 88-93.

Brown, J. D. , Lawton, M. (1986). Stress and well-being in adolescence: the moderating role of physical exercise. *Journal of Human Stress*, 12, 125-131.

- Bryman, A. & Cramer, Duncan, D. (1993). *Análise de Dados em ciências sociais. Introdução às Técnicas utilizando o SPSS*. 2- ed. Oeiras. Celta Editora.
- Cameron, Russel e Sale (1988). *Nefrologia para Enfermeiros* – Texto traduzido e adaptado pelo Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa. Lisboa.
- Cartwright, A. , Hockey, L. , Anderson, J. (1979). *Life Before Death*. Londres: Routledge.
- Cioffi, D. (1991). Beyond Attentional Strategies: A Cognitive-Perceptual Model of Somatic Interpretation. *Psychological Bulletin*, 109 (1), 25-41.
- Cohen, S. , Kamark, T. , Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a Vida*. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Costa, A.G. (1982). Transplantação Renal. In Clínica de Doenças Renais, *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.223-229). Lisboa: S.M.A.D.
- Cunha, J. A. & colaboradores. (1993). *Psicodiagnóstico-R*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- De-Nour, A. K. (1990)Renal Replacement Therapies . In Spilker, Ber: (ed.)*Quality of Life Assessment in Clinical Trials*. (p.3 81-389). New York Raven Press
- De-Nour, A. K. (1994). Psychological, social and vocational impact quality of life: a review In MacGee,Hannah & Bradley, Clare (Eds.), *Quality of Life Following Renal Failure:Psychosocial Challenges Accompanying High Technology Medicine..* (p. 33-42). United States of America. Harwood Academic Publishers.

Dimenäs, E., Glise, H., Hallerbäck, B., Hernqvist, H., Svedlund, J. & Wiklund, I. (1995). Well-Being and Gastrointestinal Symptoms among Patients Referred to Endoscopy Owing to Suspected Duodenal Ulcer. *Scad. J. Gastroenterol.*, 30, 1046-1052.

Doherty, P. (1994). Patient and Family Support Groups; What is Their Role? In MacGee, Hannah & Bradley, Clare (Eds.), *Quality of Life Following Renal Failure: Psychosocial Challenges Accompanying High Technology Medicine*. (p.259-264) United States of America. Harwood Academic Publishers.

Dunbar-Jacob, J., Burke, L. & Puczynski, S. (1995). Clinical Assessment and Management of Adherence to Medical Regimens. In P. M. Nicassio & T. W. Smith (Eds.). *Managing Chronic Illness: A Biopsychosocial Perspective* (pp. 313-349). Washington: American Psychological Association.

Endler, N.S. , Parker, J.D. , Summerfeldt, L.J. 1998). Coping With Health Problems: Developing a Reliable and Valid Multidimensional Measure, *Psychological Assessment*, 10, 195-205.

Fallon, M. , Gould, D. & Wainwright, S. P. (1997). *Stress and quality of life in the renal transplant patient: a preliminary investigation*. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 562-570.

Fallowfield, L. (1990). *The Quality of Life - The Missing Measurement in Health Care*. London: Souvenir Press.

Farley, J. R. , H, Fred. (1995). Transplante de rim. In Wilma J. Phipps (Ed.), *Enfermagem Médico Cirúrgica* (pp.1343-1354). Rio de Janeiro, McGraw-Hill.

Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, p. 502- 508.

Fernández-Ríos, L. & García-fernández, M. (1999). Psicología Preventiva y Calidad de Vida. In M. Simón (Ed.). Manual de Psicología de la Salud - Fundamentos, Metodología y Aplicaciones (pp. 133-154). Madrid: Biblioteca Nueva, Psicología Universidade.

Ferrans, C. E. & Powers, M. J. (1985) Development and psychometric properties. *Advances in nursing science*, 8, 15-24.

Ferrans, C. E., Powers, M. J. & Kasch, C. R. (1987). Satisfaction with health care of hemodialysis patients. *Research in Nursing & Health*, 10, 367-374.

Ferrans, C. E. & Powers, M. J. (1992). Psychometric assesment of the quality of life index. *Research in Nursing & Health*, 15, 29-38.

Ferrans, C. E. (1996). Development of a conceptual model of quality of life.- Shorlarly- Inquiry – for- *Nursing Praticce*. 10 (3), p. 293-304 CINAHL ® Database 1993-1998/4 (abstract).

Ferrans, C. E. & Powers, M. J. (1998). Quality of Life Index. Program for Calculating Scores using SPSS – PC (documentação enviada por Carol Ferrans).

Ferrans, C. E. & Powers, M. J. (1998). *Reliability and Validity of the Ferrans and Powers Quality of Life Index (QLI)*. (documentação enviada por Carol Ferrans).

Figueira, M. (1992). Mecanismos psicológicos de adaptação à infecção pelo vírus de Imunodeficiência Humana Adquirida. *Análise Psicológica*, 2 (X) : 159-173.

Fox, E., O' Boyle, C.A & Hill C. (1994) Cognitive and Behavior deficits and quality of life in renal failure. In MacGee, Hannah & Bradley, Clare (Eds.). *Quality of Life Following Renal Failure : Psychosocial Challenges Accompanying High- Technology Medicine*. (p. 99-112) United States of America. Harwood Academic Publishers.

Guyatt, G., Feeny, D. & Patrick, D. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, 118 (8), 622-629.

Hathaway, D., Winsett, R. P., & Peters, T. G. (1987). Psychosocial assessment of renal transplant recipients. *Dialysis & Transplantation Vol 16, N° 8*, p. 442-444.

Haynes, R. (1982). Improving Patient Compliance: An Empirical View. In R. B. Stuart (Ed.). *Adherence, Compliance and Generalization in Behavioral Medicine* (pp. 56-78). New York: Brunner/Mazel Publishers.

Harrison, M. , Juniper, E. , Dicenso, M. (1996). Quality of Life as an outcome measure in nursing research. *Canadian Journal of Nursing Research*, 28, 49-68.

Hathaway, D. , Tolley, E. (1995). The Use of Stepwise Multiple Linear Regression to Predict Quality of Life after Kidney Transplantation. *Journal of Transplant Coordination*. United States of America. 5: 72-76.

Hathaway, D. , Winsett, R. , Johnson, C. et al. (1998). Post Kidney Transplant Quality of Life Predictions Models. *Clin Transplant*. England. 12:3, 168-174.

Hesbeen, Walter (1997). *Cuidar no Hospital*. Lisboa: Lusociência.

Hicks, F., Larson, J. & Ferrans, C. (1992). Quality of Life after liver transplantation. *Research in Nursing & Health*, 15, 111-119.

Hudak, Carolyn, M. (1994). *Handbook of critical care nursing*. Philadelphia: J.B. Lippincott.

Kahan, B. D. (1994). *Novos horizontes em transplante de órgãos*. (5). Rio de Janeiro: Interlivros.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. & Joffe, M. W. (1963).

Studies of illness in the aged: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of American Medical Association*, 185 (12), 94-99.

King, R. (1996). Quality of life after stroke. *Stroke* , 27 (9), 1468- 1472.

Kong, I.L. , Molassiotis, A. (1999). Quality of Life, Coping and Concerns in Chinese Patients after Renal Transplantation. *Journal Nursing Studing*, 36:4, 313-322.

Lakatos, E. & Marconi, M. A. (1991). *Metodologia do trabalho científico*. 4ª ed. S. Paulo: Atlas.

Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and coping process*. New York: Mc Graw-Hill.

Lazarus, R. (1977). *Stress and Coping*. New York: Columbia University Press.

Lazarus, R. S. , Smith (1990). Emotion and Adaptation. In L. Tervin (ed.), *Research Topies*. New York: The Guilford Press, 609-637.

Lazarus, R. S. (1992). Coping with the stress of illness. *Who Regional Publications. European Series*, 46, 11-31.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychomatic Medicine*, 55, 234-247.

Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lewis, J. A. , Sperry, L. & Carlson, J. (1993). *Health Counseling*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.

Lipowski, Z. J. (1967) : Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine, 2. Clinical aspects.

Lipowski, Z. J. (1975): Physical illness, the patient and his environment: Psychosocial foundations of medicine. *American handbook of psychiatry*, 4 : 1-42.

Manual de Hemodiálise (1997). Lisboa: Edição da Clínica de Doenças Renais.

McCauley, C.; Johnson, J.P. (1994). Transplantation Failure: Psychosocial consequences and Their management In McGee, H. , Bradley, C. (Eds.). Quality of Life Following Renal Failure. *Psychosocial Challenges Accompanyng High Tecnology Medicine*, 211-224. United States of America: Harwood Academic Publishers.

McGuidan, F. J. (1976). *Psicologia experimental: Uma abordagem metodológica*. São Paulo: EPU. (Obra original publicada em Inglês, 1924).

McHorney, C., Ware, J., Lu, J. & Sherbourne, C. (1994). The Most 36- Item Short-Form Health Survey (SF-36):III. Testof Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability Across Diverse Patient Groups. *Medical Care*, 32 (1), 40-66.

Monat, A. , Lazarus, R. S. (Eds.) (1991). *Stress and Coping: an anthology*, 3^a ed.. New York: Columbia University Press.

Nichols, K. A. (1984). *Psychological care in physical illness*. London & Sidney: Croom Helm.

N.I.U. (1991) Actas do VI congresso de psicologia da saúde. AEISPA (Ed.), 53-60.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Orem, D. E. (1980). *Nursing concept of practice*: (2nd ed.). New York: Mc Graw Hill.

Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da cid-10*. Porto Alegre: Artes Gráficas.

Pataca, I. (1997). Rim Normal- Anatomia e Fisiologia. In Clínica de Doenças Renais,

Manual de Hemodiálise (pp.15-25). Lisboa: Clínica de Doenças Renais.

Pereira, Alexandre. (1999). *SPSS- Guia Prático de Utilização*. Lisboa: Silabo.

Pinto, A. C., (1990) *Metodologia da Investigação Psicológica*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.

Pinto, C. A. S. (1998) *A Qualidade de Vida dos Jovens/Adultos Submetidos a Transplante Renal na Infância*. Tese de Mestrado em Psicologia e Ciências da Educação, não publicada, Universidade do Porto.

Polit, D. , Hungler, B. (1994). *Investigation Científica en Ciencias de la Salud*. 4ª Ed. Interamericana. McGraw. México.

Ponce, P. (1982). Terapêutica Médica do Insuficiente Renal Terminal em Hemodiálise. In Clínica de Doenças Renais, *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.187-192). Lisboa: S.M.A.D.

PORTUGAL. Ministério Da Saúde. Lei nº 12/93 de 22 de Abril. Aprova o regime actual de dádiva e colheita de órgãos e tecidos humanos. Diário da República, I Série.

PORTUGAL. Sociedade Portuguesa de Nefrologia – Relatório Anual do Gabinete de Registo do Tratamento da Insuficiência Renal Crónica terminal, II, 1998.

PORTUGAL. Dados fornecidos pela Lusotransplante (nº Total de Transplantes efectuados nos diversos Hospitais do país até 1998).

Quivy, R. & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Ramos,A. (1997).Insuficiência Renal Aguda. In Clínica de Doenças Renais, *Manual de Hemodiálise* (pp.27-36). Lisboa: Clínica de Doenças Renais.

Revicki, D., Wood, M., Maton, P. & Sorensen, S. (1998). The Impact of Gastroesophageal Reflux Disease on Health-Related Quality of Life. *American Journal of Medicine*, 104, 252-258.

Revista *Saúde* (1995). Presente e Futuro dos Transplantes. Portugal/Lisboa, nº 10, Fevereiro.

Ribeiro, F. (1997). Transplantação Renal. In Clínica de Doenças Renais, *Manual de Hemodiálise* (pp.251-266). Lisboa: Clínica de Doenças Renais.

Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, XII (2-3), 179-191.

Ribeiro, J. L. P. (1994 b). Psicologia da Saúde, Saúde e Doença. In *Psicologia da Saúde: áreas de intervenção e perspectivas futuras* (T. McIntyre, Ed.), 55-71, Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

Ribeiro, J. L. P. & Gru. Po. QDV (1997). *A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas*. Comunicação apresentada no “º congresso nacional de psicologia da saúde, 253-281. Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J. L. P., Meneses, R. F., Meneses, I. & Gru. Po-QDV (1998). Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo I. *Análise Psicológica*, I (XVI), 91-100.

Ribeiro, J.L.P. , (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J. L. P. , (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ribeiro, J. L. P., Mendonça, D. & Martins da Silva, A. (1997). Construção de uma Escala de Qualidade de Vida para Doentes Epilépticos. *Bolet. Epileps*. 2 (2), 32-42.

Ribeiro, S. (1997). Opções terapêuticas na insuficiência renal terminal. *Manual de Hemodiálise*, 37-42. Lisboa: Clínica de Doenças Renais.

Santos, A. M. (1992). *Aspectos psicológicos em doentes candidatos a transplante renal*. *Análise Psicológica*, 2, 217-227.

Santos, J.P. (1997). O Futuro da Hemodiálise como Terapêutica de Substituição da Função Renal. In Clínica de Doenças Renais, *Manual de Hemodiálise* (pp.267-271). Lisboa: Clínica de Doenças Renais.

Santos, J.R. (1982). Insuficiência Renal. In Clínica de Doenças Renais, *Manual de Hemodiálise para Enfermeiros* (pp.27-40). Lisboa: S.M.A.D.

Selye, H. (1956) *The Stress of Life*. New York: McGraw- Hill.

Serafino, E. (1994). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions (2ª ed.)*. New York: Wiley.

Serra, A.V. (1988). Um estudo sobre Coping: O Inventário de resolução de problemas. *Psiquiatria Clínica*, 9 (4), 301-316.

Shmueli, A. (1998). The SF-36 Profile and Health-Related Quality of Life: An Interpretative Anaysis. *Quality of Life Research*, 7, 187-195.

Simmons, R. G., Anderson, D. & Kamstra, L. (1984). Comparison of quality of life of patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis, hemodialysis and transplantation. *American Journal of Kidney Diseases*, 4 (3), 253-255.

Simmons, R. G. , Klein, S. & Simmons, R.L. (1977). *Gift of Life: The social and psychological impact of organ transplantation*. New York: John Wiley and Sons.

Simmons, R. G., Kamstra, L. (1980). Long-term rehabilitation of transplant patients. *Proceedings Dialysis Transplant Forum*, 10, 43-46.

Smith, C. (1994). A Model of Caregiving effectiveness for technologically dependent adults residing at home. *Advances in Nursing Science*, 17 (2), 27-40.

Sorensen e Luckman (1998). *Manual de psicofisiologia em enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.

Spilker, B. (1990). *Quality of life assessments in clinical trials*. New York: Raven Press Ltd.

Stephoe, A. (1989). The significance of personal control in health and disease. In A. Steptoe & A. Appels (Eds). *Stress, Personal Control and Health* (pp. 309-318). Chichester: John Wiley & Sons.

Stewart, A., Greenfield, S., Hays, R., Wells, K., Rogers, W., Berry, S., McGlynn, E. & Ware, J. (1989). Functional Status and Well-Being of Patients with Chronic Conditions. *JAMA*, 262 (7), 907-913.

Stoney, C. M., Davis, M. C., Mathews, K. A. (1987). "Sex differences in physiological responses to stress and coronary heart disease: A causal link?". *Psychophysiology*, 24, 127-131.

Strelau, J. (1988). Temperamental dimensions as co-determinants of resistance to stress. In M.P. Janisse (Ed.). *Individual differences, stress and health psychology* (p 146-170). New York: Springer – Verlag.

Stuart, R. (1982). A Natural History of Health Behavior Decision-making. In R. B. Stuart (Ed.). *Adherence, Compliance and Generalization in Behavioral Medicine* (pp. 3-27). New York: Brunner/Mazel Publishers.

Syme, S. L. (1989). Control and health: a personal perspective. In A. Steptoe & A. Appels (Eds). *Stress, Personal Control and Health* (pp. 3-18). Chichester: John Wiley & Sons.

Tarlov, A., Ware, J., Greenfield, S., Nelson, E., Perrin, E. & Zubkoff, M. (1989). The Medical Outcomes Study - An Application of Methods for Monitoring the Results of Medical Care. *JAMA*, 262 (7), 925-930.

Taylor, S. E. , Aspinwall, L. G. (1992). Modeling Cognitive Adaptation: A Longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 989-1003.

Taylor, S. (1995). *Health Psychology* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.

Triviños, A.N.S. (1987). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Atlas S.A.

Turk, D. & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to Self-Care Regimens: The Patients Perspective. In J. J. Sweet , R. H. Rozensky & S. M. Tovian (Eds.). *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. 249-266). New York: Plenum Press.

Torrance, G. (1987). Utility Approach to Measuring Health-Related Quality of Life. *J. Chron. Dis.*, 40 (6), 593-600.

Uryn, M. B. (1992). Transplantes Renais. In Júlio de Mello Filho et al, *Psicossomática Hoje* (pp. 279-285). Portoalegre: Artes Médicas.

Welch, G. (1994). Assessment of Quality of Life Following Renal Failure in MacGee, Hannah & Bradley, Clare (Eds.), *Quality of Life Following Renal Failure Psychosocial Challenges Accompanyng Hight Technology Medicine*. (p. 55-97) . United States of America: Harwod Academic Publishers.

Wiklund, I. (1995). Aspects of Quality of Life Gastrointestinal Disease: Some Methodological Issues. *Scand. J. Gastroenterol.*, 30 (Suppl. 208), 129-132.

Wilson, B. & Cleary, P. (1995). Linking Clinical Variables with Health-Related Quality of Life. *JAMA*, 273 (1), 59-65.

Watson, D. & Pennebaker, W. (1989). Health Complaints, Stress, and Distress: Exploring the Central Role of Negative Affectivity. *Psychological Review*, 96 (2), 234-254.

Wallston, K. (1989). Assessment of control in health-care settings. In A. Steptoe & A. Appels (Eds). *Stress, Personal Control and Health* (pp. 85-105). Chichester: John Wiley & Sons.

Weinman, J. & Petrie, K. (1997). Illness Perceptions: A New Paradigm for Psychosomatics?. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (2), 113-116.

Williams, D. , House, J. (1991). Stress social support, control and coping: A social epidemiological view. In B. Badura, I. Kickbusch (eds.), *Health Promotion Research: Towards a new Social Epidemiology*. Copenhagen: Who Regional Publications, European series, nº 37, 147-172.

ANEXOS

ANEXO I

RELATÓRIO ANNUAL DO GABINETE DE REGISTO DO

TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA

TERMINAL II, 1998



**RELATÓRIO ANUAL
DO GABINETE DE REGISTO
DO TRATAMENTO
DA INSUFICIÊNCIA RENAL
CRÓNICA TERMINAL, II
1998**

Apresentado no XIII Congresso
Português de Nefrologia
Castelo Branco,
13 a 16 de Junho de 1999

Não se destina a publicação



GABINETE DE REGISTO DO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL

Coordenador Nacional:

João Pinto dos Santos
Lisboa

Vice-Coordenadores Nacionais:

Ilídio Rodrigues
Lisboa

José Vinhas
Setúbal

Coordenadores Regionais:

Região Norte
Berta Aguiar de Carvalho
Porto

Região Centro
Luís Freitas
Coimbra

Região Sul
Carlos Pires
Vila

Pedro Neves
Faro

Vinhas
José Augusto Araújo
Lisboa

RELATÓRIO ANUAL
DO GABINETE DE REGISTO
DO TRATAMENTO
DA INSUFICIÊNCIA RENAL
CRÓNICA TERMINAL
DA SOCIEDADE PORTUGUESA
DE NEFROLOGIA, II 1998

Dados epidemiológicos do tratamento
da Insuficiência Renal Crónica Terminal
em Portugal durante o ano de 1998

Apresentação pelo Vice Coordenador Nacional
José Vinhas
Em nome do Gabinete de Registo

Questionário às unidades 1998

- Igual ao questionário do Registo da ERA-EDTA, para colheita de dados agregados.
- Enviado a todas as Unidades Portuguesas:
 - Unidades de Diálise: 84.
 - Unidades de Transplantação: 8.
- - Respostas: 100%

1998 - DOENTES QUE INICIARAM TRATAMENTO SUBSTITUTIVO DA FUNÇÃO RENAL (Ni = 1760)

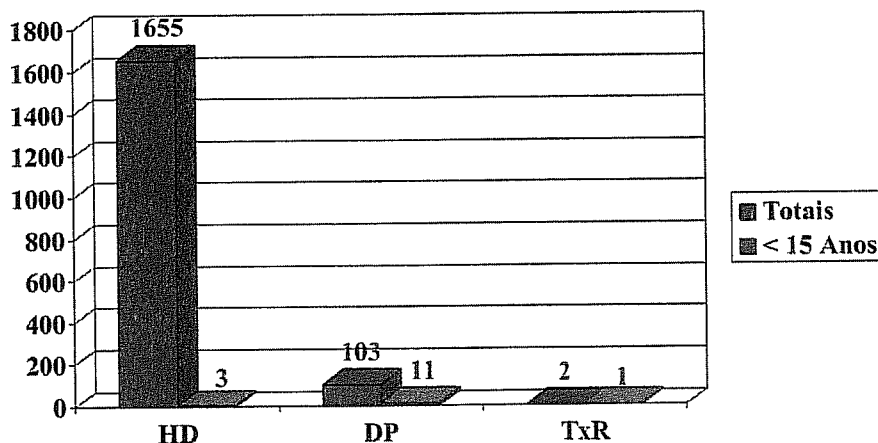


Figura 1 Novos doentes (Ni) que iniciaram tratamento substitutivo da função renal, qualquer modalidade, em 1998. HD= hemodiálise. DP= diálise peritoneal. TxR= transplantação "pre-emptive".

1998 - DOENTES VIVOS EM HEMODIÁLISE (NsHD = 5989)

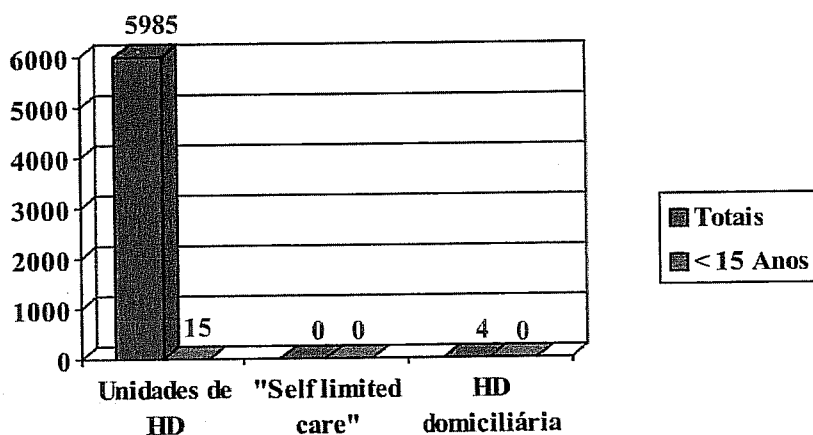


Figura 2 "Pool" activo (Ns) dos doentes em hemodiálise a 31 de Dezembro de 1998, por locais de tratamento.

1997 / 1998 - DOENTES EM DIÁLISE PERITONEAL

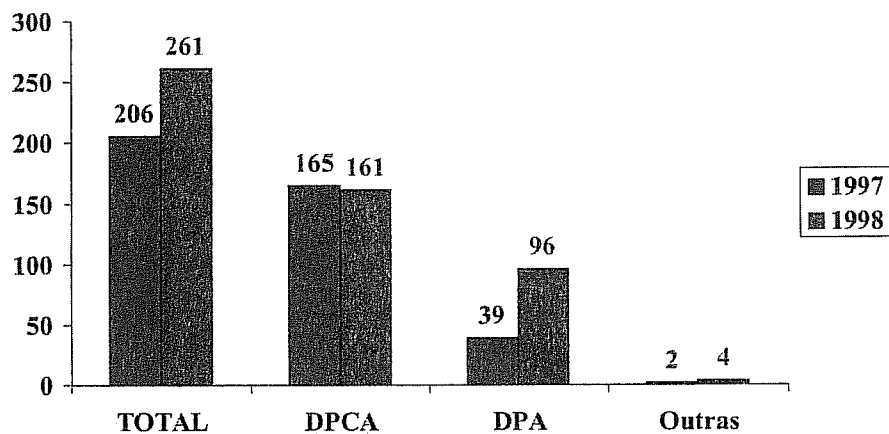


Figura 5 "Pool" activo (Ns) dos doentes em diálise peritoneal a 31 de Dezembro de 1997 e de 1998, por modalidades de tratamento.

DPCA = diálise peritoneal contínua ambulatória.

DPA = diálise peritoneal automatizada.

Outras = outras técnicas de diálise peritoneal.

1998 - DOENTES QUE MORRERAM EM DIÁLISE (No = 985)

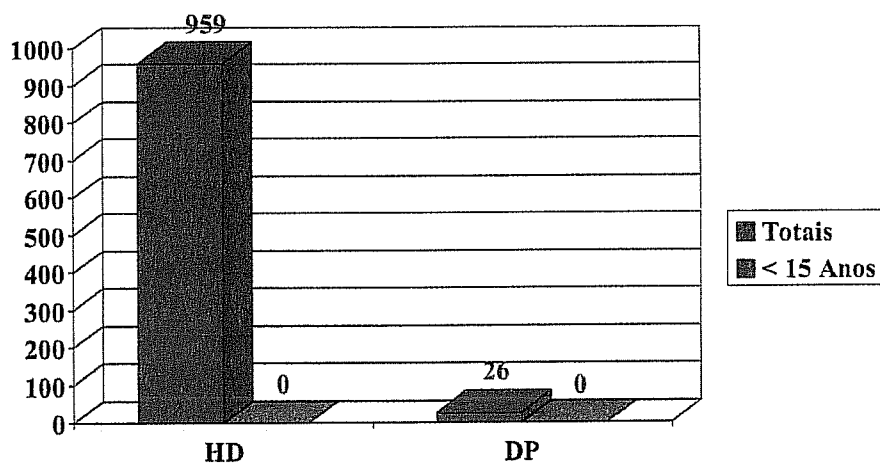


Figura 6 Doentes mortos (No) em diálise, por modalidades, durante o ano de 1998.

HD = hemodiálise convencional.

DP = diálise peritoneal.

1998 - MODALIDADES DE HEMODIÁLISE (NsHD = 5989)

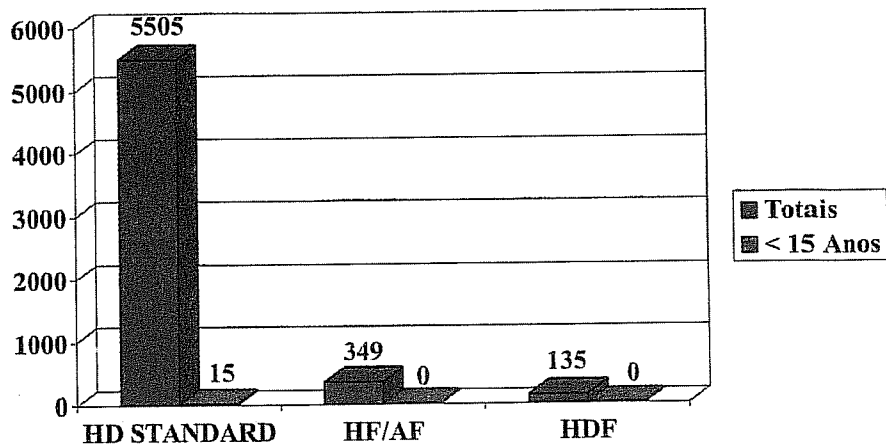


Figura 3 "Pool" activo (Ns) dos doentes em hemodiálise a 31 de Dezembro de 1998, por modalidades de tratamento hemodialítico.

HD = hemodiálise convencional.

HF/AF = hemofiltração/alto fluxo.

HDF = hemodiafiltração.

1997 / 1998 - NOVAS TÉCNICAS DE HEMODIÁLISE

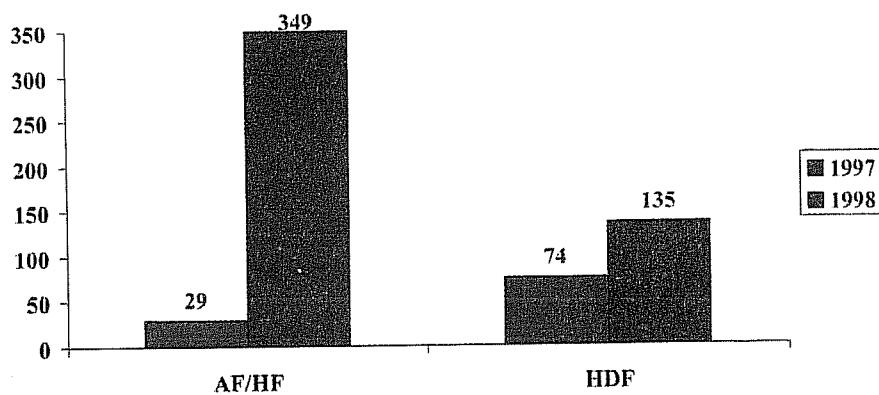


Figura 4 Número de doentes tratados por novas técnicas de hemodiálise em 1997 e 1998.

AF/HF - alto fluxo / hemofiltração

HDF - hemodiafiltração

Em 1998, dos 349 doentes referidos como estando sob AF/HF apenas 8 eram tratados por hemofiltração e 341 eram tratados com hemodiálise de alto fluxo.

1997 / 1998 - DOENTES EM DIÁLISE PERITONEAL

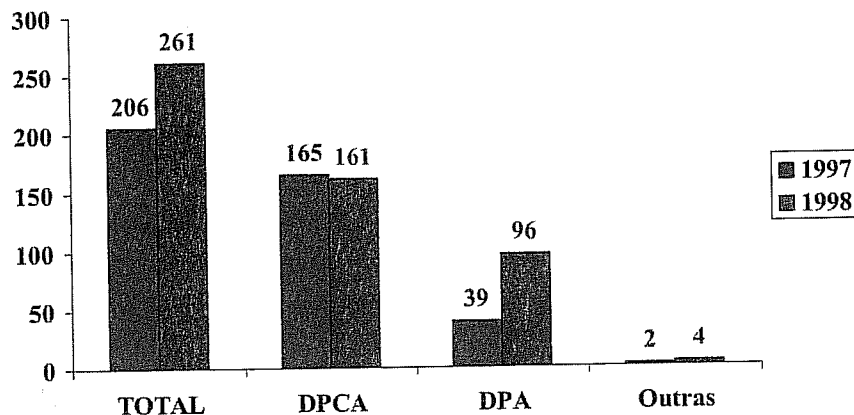


Figura 5 "Pool" activo (Ns) dos doentes em diálise peritoneal a 31 de Dezembro de 1997 e de 1998, por modalidades de tratamento.

DPCA = diálise peritoneal contínua ambulatória.

DPA = diálise peritoneal automatizada.

Outras = outras técnicas de diálise peritoneal.

1998 - DOENTES QUE MORRERAM EM DIÁLISE (No = 985)

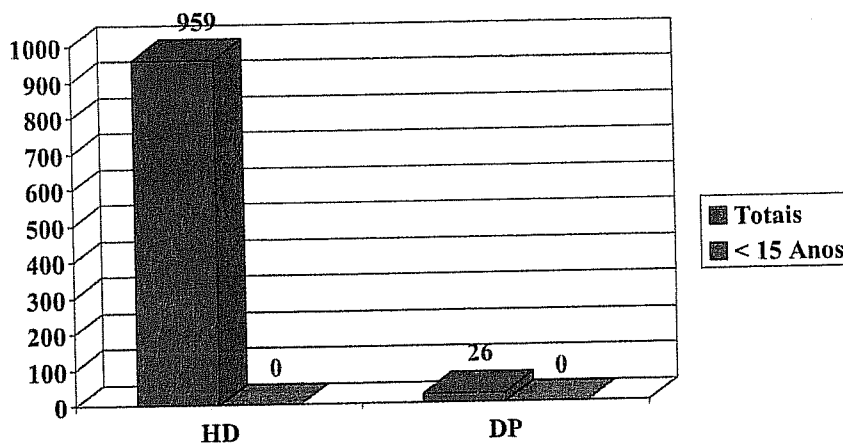


Figura 6 Doentes mortos (No) em diálise, por modalidades, durante o ano de 1998.

HD = hemodiálise convencional.

DP = diálise peritoneal.

1998 - DOENTES TRANSPLANTADOS REFERENCIADOS DE DIÁLISE (NsTxR = 312)

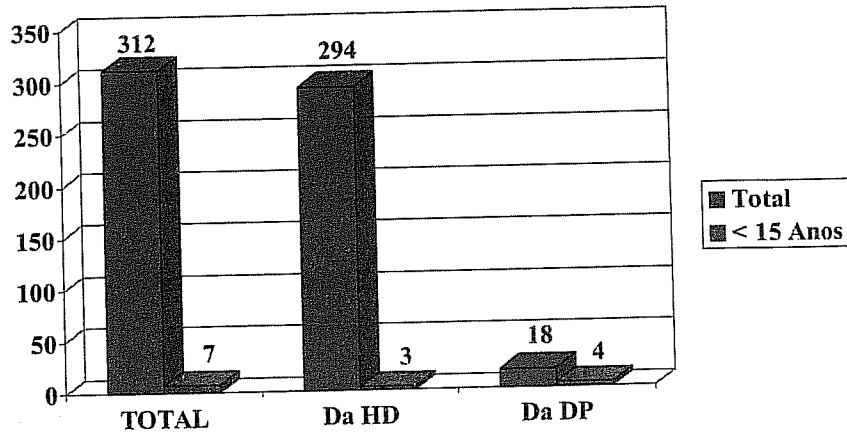


Figura 7 Doentes transplantados (NsTxR) durante o ano de 1998 por modalidades de tratamento de proveniência, referidos pelas unidades de diálise.
Da HD = da hemodiálise.
Da DP = da diálise peritoneal.

1997 / 1998 - DADOS GLOBAIS DA DIÁLISE (pmp)

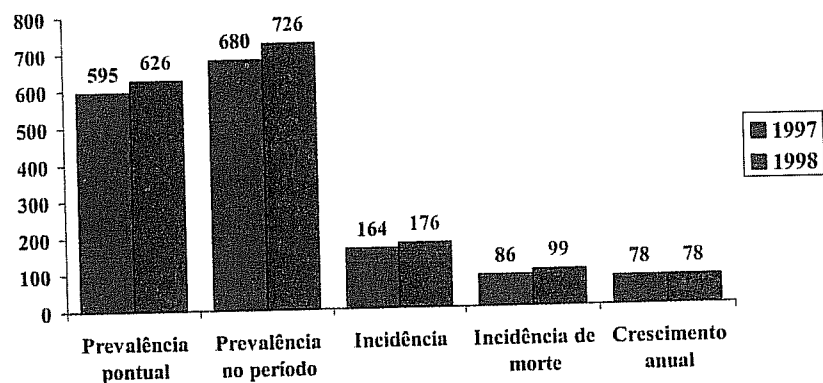


Figura 8 Resultados comparativos globais da diálise (1997 vs. 1998), qualquer modalidade. Os resultados referem-se à população portuguesa residente (em milhões de habitantes). Em 1997 a população residente usada era a que se referia a 31 de Dezembro de 1996, única disponível como estimativa da população feita pelo Instituto Nacional de Estatística. Em 1998 foi possível obter do INE estimativas da população residente em 31 de Dezembro de 1998, usada para o cálculo da prevalência pontual (9.978.940) e também da população residente no final de Junho de 1998, usada para todos os outros cálculos (9.666.270).

1998 - DADOS GLOBAIS DA HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL (pmp)

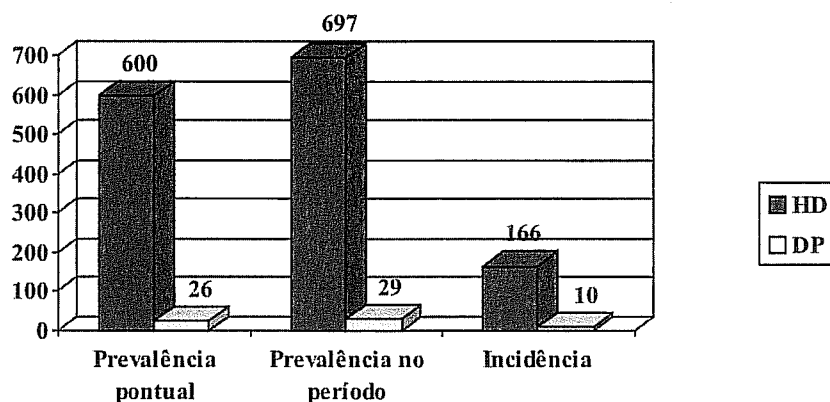


Figura 9 Os mesmos resultados da figura 8 divididos pelas duas formas major de tratamento dialítico (hemodiálise vs. diálise peritoneal), mas respeitando só ao ano de 1998.

1997 / 1998 - DADOS GLOBAIS DA DIÁLISE

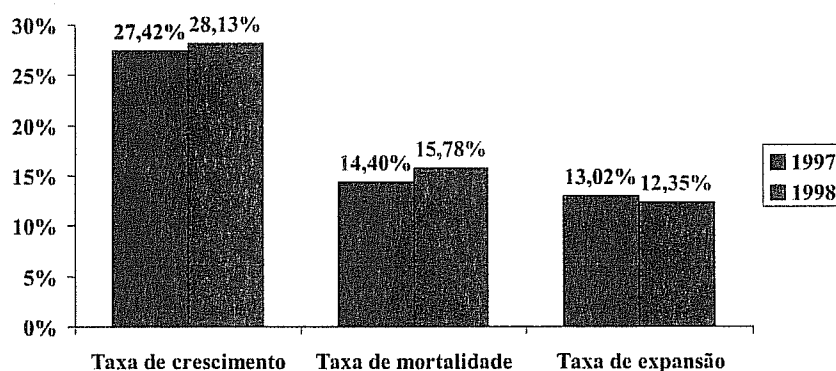


Figura 10 Resultados comparativos globais da diálise (1997 vs. 1998) apresentados como taxas, isto é, tendo como referência para cada item o "pool" activo de doentes dialisados.

1997 / 1998 - MORTALIDADE GLOBAL DA DIÁLISE, HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL

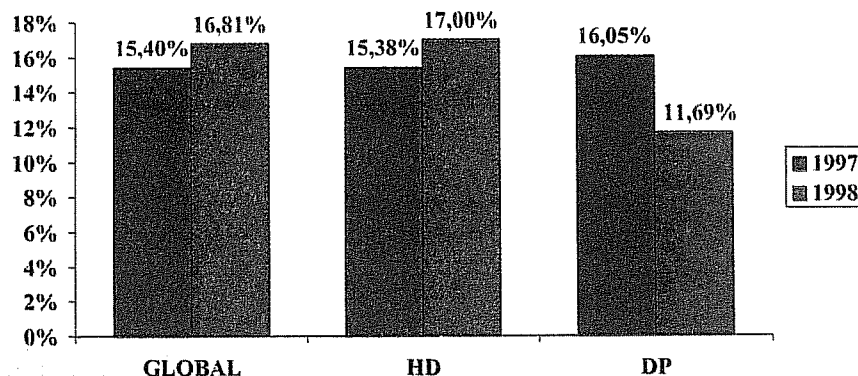


Figura 11 Mortalidade comparativa (1997 vs. 1998) global ("gross mortality rate") de ambas as técnicas de tratamento combinadas, da hemodiálise e da diálise peritoneal.

1998 - TRANSPLANTAÇÃO RENAL: NÚMERO DE TRANSPLANTES=NTxR=309

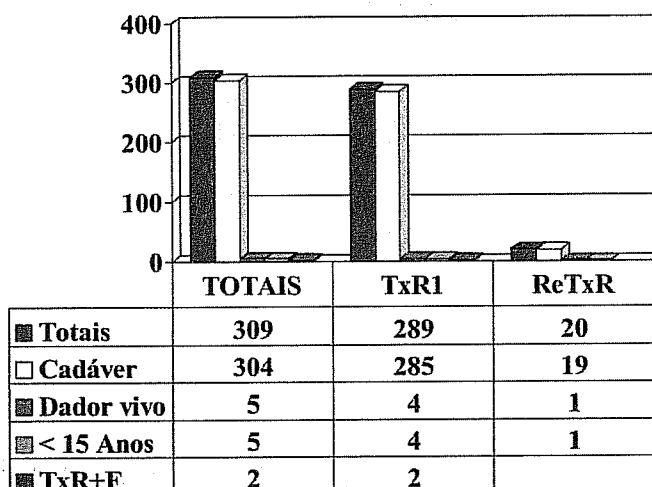


Figura 12 Número de transplantes renais efectuados durante o ano de 1998, referidos pelas unidades de transplantação. É evidente o peso das transplantações de rim de cadáver. Apenas 20 foram retransplantes.

TxR1 = 1^{os} transplantes.

ReTxR = retransplantes.

TxR+F = transplante de rim e fígado.

DADOS CUMULATIVOS DA TRANPLANTAÇÃO RENAL EM PORTUGAL DESDE SEMPRE - NTxR = 4061

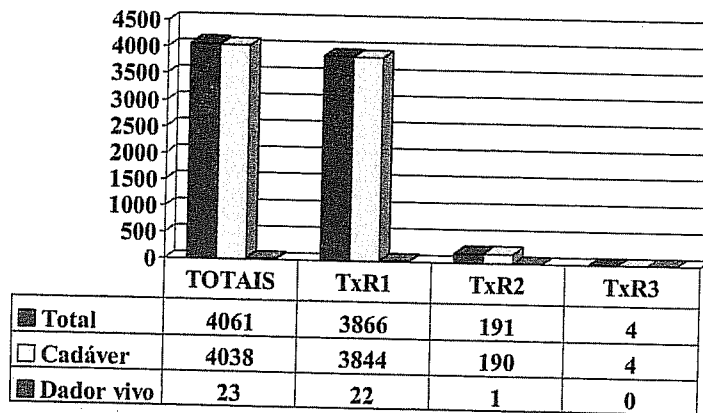


Figura 13 Total de transplantações renais efectuadas em Portugal desde sempre e analisadas consoante o dador e o número de transplante.

1998 - TRANSPLANTAÇÃO RENAL

- Doentes vivos a 31 de Dezembro com transplante renal funcionante: NsTxR=2843.
- Doentes que morreram durante o ano de 1997: NoTxR=48.
- Doentes admitidos em diálise por falência do transplante renal: NaD=55.

Figura 14 "Pool" activo de doentes transplantados com transplante renal funcionante a 31 de Dezembro de 1998 (NsTxR), mortes (NoTxR) ocorridas durante o ano e número de falências de transplante renal (NaD) ocorridas durante o ano.

1997 / 1998 - DADOS GLOBAIS DA TRANSPLANTAÇÃO RENAL (pmp)

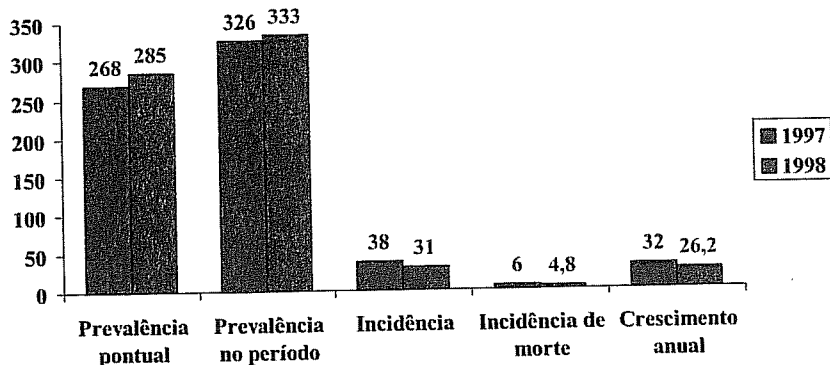


Figura 15 Resultados globais da transplantação apresentados como na figura 8.

1997 / 1998 - DADOS GLOBAIS DA TRANSPLANTAÇÃO

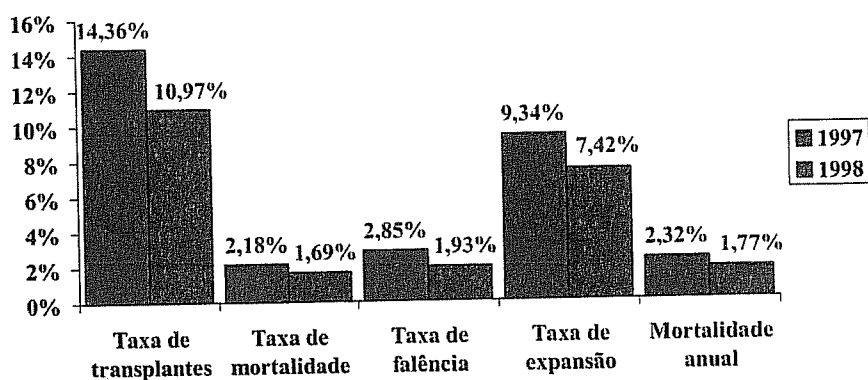


Figura 16 Resultados globais comparativos da transplantação (1997 vs. 1998) apresentados como na figura 10. A figura mostra também a taxa de falência dos transplantes e a mortalidade anual ("Gross mortality rate")

1998 - RESULTADOS GLOBAIS DO TRATAMENTO SUBSTITUTIVO DA FUNÇÃO RENAL

- Número de doentes vivos com transplante renal funcionante: NsTxR = 2843.
- Número de doentes vivos em hemodiálise: NsHD = 5989.
- Número de doentes vivos em diálise peritoneal: NsDP=261.
- Total de doentes em tratamento substitutivo: 9093.
- NsTxR/NsD = 45.49 %.

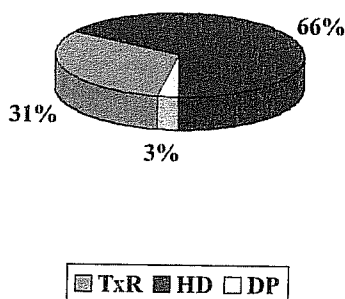


Figura 17 Panorâmica geral do tratamento substitutivo da função renal em 31 de Dezembro de 1998. NsTxR/NsD representa a fracção de transplantados com transplante renal funcionante em relação ao total dos doentes vivos em diálise.

1998 - MOVIMENTO DE DOENTES ENTRE AS DIVERSAS MODALIDADES DE TRATAMENTO

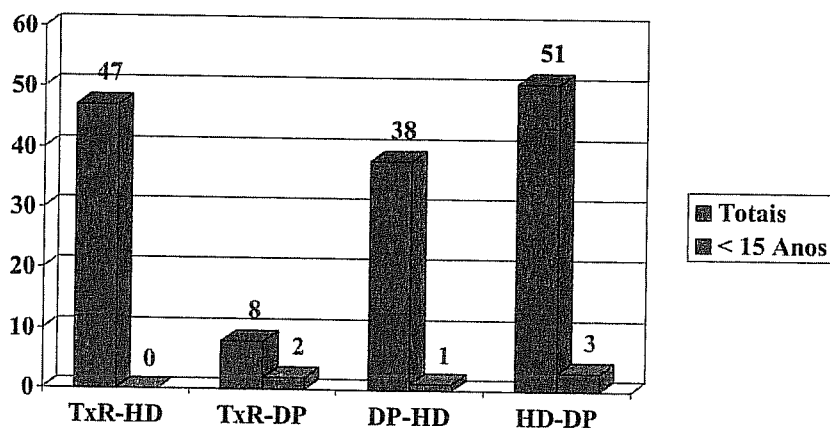


Figura 18 Fluxo de doentes entre as várias modalidades de tratamento substitutivo da função renal durante o ano 1998.
 TxR - HD - do transplante para a hemodiálise
 TxR - DP - do transplante para a diálise peritoneal
 DP - HD - da diálise peritoneal para a hemodiálise
 HD - DP - da hemodiálise para a diálise peritoneal

1998 - RESULTADOS GLOBAIS DO TRATAMENTO SUBSTITUTIVO DA FUNÇÃO RENAL

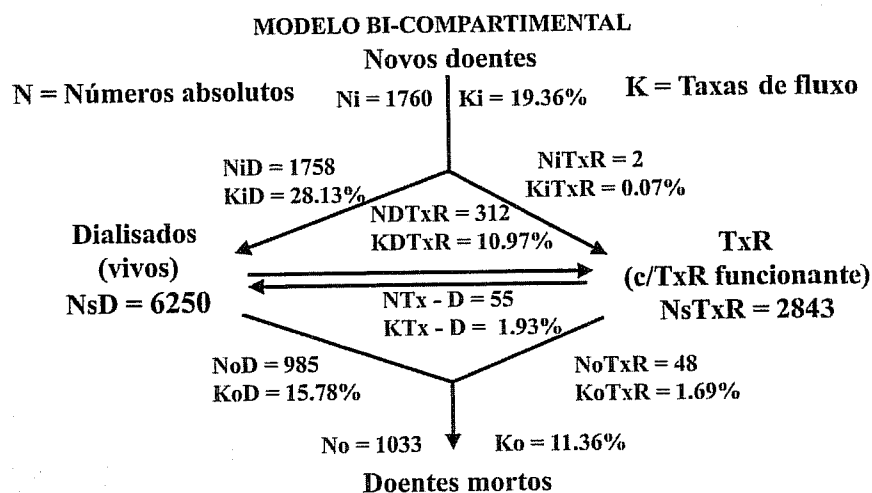
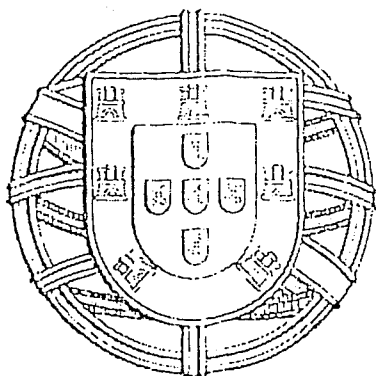


Figura 19 Resultados globais do tratamento substitutivo da função renal em 1998 apresentados como um modelo bicompartimental.

ANEXO II

LEGISLAÇÃO PORTUGUESA SOBRE COLHEITA DE ÓRGÃOS



I - A
S É R I E

Esta 1.ª série do *Diário da República* é apenas constituída pela parte A

DIÁRIO DA REPÚBLICA

SUMÁRIO

Presidência da República

- Decreto do Presidente da República n.º 9/93:
 Nomeação, sob proposta do Governo, o conselheiro de
 embaixada José Lourenço Pereira de Sousa Sar-
 mento para o cargo de embaixador de Portugal em
 1961
- Decreto do Presidente da República n.º 10/93:
 Nomeação do cargo de comandante da 1.ª Brigada
 Independente o brigadeiro Ernesto Rodrigues
 Apar da Rosa 1961
- Decreto do Presidente da República n.º 11/93:
 Nomeação para o cargo de comandante da
 Brigada Mista Independente o brigadeiro Carlos
 Alberto da Fonseca Cabrinha 1961
- Decreto do Presidente da República n.º 12/93:
 Nomeação do licenciado José António da Silveira Go-
 mes para o cargo de Representante Permanente
 de Portugal na Delegação Permanente de Portu-
 gal junto da Organização de Cooperação e Desen-
 volvimento Económico — OCDE em Paris 1961

Assembleia da República

- Decreto n.º 12/93:
 Nomeação e transplante de órgãos e tecidos de ori-
 gem humana 1961

Ministério da Defesa Nacional

- Decreto-Lei n.º 127/93:
 Aprova o curso de formação de sargentos... 1964

Ministério dos Negócios Estrangeiros

- Aviso n.º 88/93:
 Torna público ter o Representante Permanente de
 Portugal junto das Nações Unidas depositado, em
 24 de Novembro de 1992, o instrumento de ratifi-
 cação das Emendas ao Protocolo de Montreal Re-
 lativo às Substâncias Que Empobrecem a Camada
 de Ozono 1965

- Aviso n.º 89/93:
 Torna público terem os Governos de El Salvador,
 Níger, Barbados, Argélia, Papua-Nova Guiné, Zim-
 babwe e Suazilândia depositado, em 2 de Outubro,
 9 de Outubro, 16 de Outubro, 20 de Outubro, 27
 de Outubro, 3 de Novembro e 10 de Novembro de
 1992, respectivamente, os seus instrumentos de ade-
 são ao Protocolo de Montreal sobre as Substâncias
 Que Empobrecem a Camada de Ozono 1965

- Aviso n.º 90/93:
 Torna público terem os Governos de El Salvador,
 Níger, Barbados, Argélia, Papua-Nova Guiné,
 Zimbabwe e Suazilândia depositado, em 2 de Outu-
 bro, 9 de Outubro, 16 de Outubro, 20 de Outu-
 bro, 27 de Outubro, 3 de Novembro e 10 de No-
 vembro de 1992, respectivamente, os seus
 instrumentos de adesão à Convenção de Viena para
 a Protecção da Camada de Ozono 1965

Ministério da Indústria e Energia

- Decreto-Lei n.º 128/93:
 Transpõe para a ordem jurídica interna a Direc-
 tiva do Conselho n.º 89/686/CEE, de 21 de De-
 zembro, relativa aos equipamentos de protecção
 individual 1965

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA

Decreto do Presidente da República n.º 9/93

de 22 de Abril

O Presidente da República decreta, nos termos do artigo 138.º, alínea a), da Constituição, o seguinte: É nomeado, sob proposta do Governo, o conselheiro embaixada José Lourenço Pereira de Sousa Sarmento para o cargo de embaixador de Portugal em França.

Assinado em 16 de Fevereiro de 1993.

Publique-se.

O Presidente da República, MÁRIO SOARES.

Referendado em 23 de Fevereiro de 1993.

O Primeiro-Ministro, *Aníbal António Cavaco Silva*. — O Ministro dos Negócios Estrangeiros, *José Manuel Durão Barroso*.

Decreto do Presidente da República n.º 10/93

de 22 de Abril

O Presidente da República decreta, nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 29.º da Lei n.º 29/82, de 2 de Dezembro, e da alínea d) do n.º 6 do artigo 6.º da Lei n.º 111/91, de 29 de Agosto, o seguinte: É exonerado, por iniciativa do Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas e sob proposta aprovada pelo Conselho Superior de Defesa Nacional, do cargo de comandante da 1.ª Brigada Mista Independente o brigadeiro Ernesto Rodrigues Gaspar da Silva.

Assinado em 12 de Abril de 1993.

Publique-se.

O Presidente da República, MÁRIO SOARES.

Decreto do Presidente da República n.º 11/93

de 22 de Abril

O Presidente da República decreta, nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 29.º da Lei n.º 29/82, de 2 de Dezembro, e da alínea d) do n.º 6 do artigo 6.º da Lei n.º 111/91, de 29 de Agosto, o seguinte: É nomeado, por iniciativa do Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas e sob proposta aprovada pelo Conselho Superior de Defesa Nacional, para o cargo de comandante da 1.ª Brigada Mista Independente o brigadeiro Carlos Alberto da Fonseca Caminha.

Assinado em 12 de Abril de 1993.

Publique-se.

O Presidente da República, MÁRIO SOARES.

Decreto do Presidente da República n.º 12/93

de 22 de Abril

O Presidente da República decreta, nos termos do artigo 138.º, alínea a), da Constituição, o seguinte: É nomeado, sob proposta do Governo, o licenciado José António da Silveira Godinho para o cargo de Representante Permanente de Portugal na Delegação Permanente de Portugal junto da Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico — OCDE em Paris.

Assinado em 8 de Abril de 1993.

Publique-se.

O Presidente da República, MÁRIO SOARES.

Referendado em 8 de Abril de 1993.

O Primeiro-Ministro, *Aníbal António Cavaco Silva*. — O Ministro dos Negócios Estrangeiros, *José Manuel Durão Barroso*.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 12/93

de 22 de Abril

Colheita e transplante de órgãos e tecidos de origem humana

A Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164.º, alínea e), 168.º, n.º 1, alínea f), e 169.º, n.º 3, da Constituição, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Âmbito material de aplicação

1 — A presente lei aplica-se aos actos que tenham por objecto a dádiva ou colheita de tecidos ou órgãos de origem humana, para fins de diagnóstico ou para fins terapêuticos e de transplantação, bem como às próprias intervenções de transplantação.

2 — A transfusão de sangue, a dádiva de óvulos e de esperma e a transferência e manipulação de embriões são objecto de legislação especial.

3 — São igualmente objecto de legislação especial a dádiva e a colheita de órgãos para fins de investigação científica.

Artigo 2.º

Âmbito pessoal de aplicação

1 — A presente lei aplica-se a cidadãos nacionais e a apátridas e estrangeiros residentes em Portugal.

2 — Em relação aos estrangeiros ocasionalmente em Portugal, o regime jurídico dos actos previstos no n.º 1 do artigo 1.º rege-se pelo seu estatuto pessoal.

Artigo 3.º

Estabelecimentos autorizados e pessoas qualificadas

1 — Os actos referidos no artigo 1.º, n.º 1, só podem ser efectuados sob a responsabilidade e directa vi-

gilância médica, de acordo com as respectivas *leges artis* e em estabelecimentos hospitalares públicos ou privados.

2 — Podem ainda ser feitas colheitas de tecidos para fins terapêuticos no decurso de autópsia nos institutos de medicina legal.

3 — Os centros de transplante são autorizados pelo Ministério da Saúde e sujeitos à avaliação periódica das suas actividades e resultados por parte do mesmo Ministério.

4 — Os centros de transplante já em funcionamento não carecem da autorização prevista no número anterior, devendo, porém, submeter-se à avaliação periódica referida no mesmo número.

Artigo 4.º

Confidencialidade

Salvo o consentimento de quem de direito, é proibido revelar a identidade do dador ou do receptor de órgão ou tecido.

Artigo 5.º

Gratuidade

1 — A dádiva de tecidos ou órgãos com fins terapêuticos de transplante não pode, em nenhuma circunstância, ser remunerada, sendo proibida a sua comercialização.

2 — É ilícito o reembolso das despesas efectuadas ou dos prejuízos imediatamente resultantes ou que tenham tido como causa directa os actos referidos no artigo 1.º n.º 1.

3 — Os agentes dos actos referidos no artigo 1.º, n.º 1, e os estabelecimentos autorizados a realizar transplantes de tecidos ou órgãos podem perceber uma remuneração pelo serviço prestado, mas no cálculo desta remuneração não pode ser atribuído qualquer valor aos tecidos ou órgãos transplantados.

CAPÍTULO II

Da colheita em vida

Artigo 6.º

Admissibilidade

1 — Sem prejuízo do disposto no número seguinte, só são autorizadas as colheitas em vida de substâncias regeneráveis.

2 — Pode admitir-se a dádiva de órgãos ou substâncias não regeneráveis quando houver entre dador e receptor relação de parentesco até ao 3.º grau.

3 — São sempre proibidas as dádivas de substâncias não regeneráveis feitas por menores ou incapazes.

4 — A dádiva nunca é admitida quando, com elevado grau de probabilidade, envolver a diminuição grave e permanente da integridade física e da saúde do dador.

Artigo 7.º

Informação

O médico deve informar, de modo leal, adequado e inteligível, o dador e o receptor dos riscos possíveis,

das consequências da dádiva e do tratamento e dos seus efeitos secundários, bem como dos cuidados a observar ulteriormente.

Artigo 8.º

Consentimento

1 — O consentimento do dador e do receptor deve ser livre, esclarecido e inequívoco e o dador pode identificar o beneficiário.

2 — O consentimento é prestado perante médico designado pelo director clínico do estabelecimento onde a colheita se realize e que não pertença à equipa de transplante.

3 — Tratando-se de dadores menores, o consentimento deve ser prestado pelos pais, desde que não inibidos do exercício do poder paternal, ou, em caso de inibição ou falta de ambos, pelo tribunal.

4 — A dádiva de tecidos ou órgãos de menores com capacidade de entendimento e de manifestação de vontade carece também da concordância destes.

5 — A colheita em maiores incapazes por razões de anomalia psíquica só pode ser feita mediante autorização judicial.

6 — O consentimento do dador ou de quem legalmente o represente é livremente revogável.

Artigo 9.º

Direito a assistência e indemnização

1 — O dador tem direito a assistência médica até ao completo restabelecimento e a ser indemnizado pelos danos sofridos, independentemente de culpa.

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, deve ser criado um seguro obrigatório do dador, suportado pelos estabelecimentos referidos no n.º 1 do artigo 3.º

CAPÍTULO III

Da colheita em cadáveres

Artigo 10.º

Potenciais dadores

1 — São considerados como potenciais dadores *post mortem* todos os cidadãos nacionais e os apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores.

2 — Quando a indisponibilidade para a dádiva for limitada a certos órgãos ou tecidos ou a certos fins, devem as restrições ser expressamente indicadas nos respectivos registos e cartão.

3 — A indisponibilidade para a dádiva dos menores e dos incapazes é manifestada, para efeitos de registo, pelos respectivos representantes legais e pode também ser expressa pelos menores com capacidade de entendimento e manifestação de vontade.

Artigo 11.º

Registo Nacional

1 — É criado um Registo Nacional de não Dadores (RENDA), informatizado, para registo de todos aque-

que hajam manifestado, junto do Ministério da Saúde, a sua qualidade de não dadores.

2 — O Governo fica autorizado, precedendo parecer da Comissão Nacional de Protecção de Dados Pessoais e de Registos, a regular a organização e o funcionamento do RENNDA e a emissão de um cartão individual, no qual se fará menção da qualidade de não dador.

3 — O RENNDA deve ser regulamentado e iniciar a sua actividade até 1 de Outubro de 1993.

Artigo 12.º

Certificação da morte

1 — Cabe à Ordem dos Médicos, ouvido o Conselho Nacional da Ética para as Ciências da Vida, enunciar e manter actualizado, de acordo com os progressos científicos que venham a registar-se, o conjunto de critérios e regras de semiologia médico-legal idóneos para a verificação da morte cerebral.

2 — O bastonário deve comunicar ao Ministério da Saúde o texto aprovado pela Ordem dos Médicos fixando os critérios e regras referidos no número anterior, para publicação na 1.ª série do *Diário da República*.

3 — A primeira publicação deve ser feita até 1 de Outubro de 1993.

Artigo 13.º

Formalidades de certificação

1 — Os médicos que procederem à colheita devem elaborar, em duplicado, auto de que constem a identidade do falecido, o dia e a hora da verificação do óbito, a menção da consulta ao RENNDA e do cartão individual, havendo-o, e da falta de oposição à colheita, dos órgãos ou tecidos recolhidos e o respectivo destino.

2 — Na verificação da morte não deve intervir médico que integre a equipa de transplante.

3 — A colheita deve ser realizada por uma equipa médica autorizada pelo director clínico do estabelecimento onde se realizar.

4 — O auto a que se refere o n.º 1 deverá ser assinado pelos médicos intervenientes e pelo director clínico do estabelecimento.

5 — Um dos exemplares do auto fica arquivado no estabelecimento em que se efectiva a colheita e o outro é remetido, para efeitos de estatística, ao Serviço Informático do Ministério da Saúde.

6 — Quando não tiver sido possível identificar o cadáver, presume-se a não oposição à dádiva se outra causa não resultar dos elementos circunstanciais.

Artigo 14.º

Cuidados a observar na execução da colheita

1 — Na execução da colheita devem evitar-se mutilações ou dissecações não estritamente indispensáveis à recolha e utilização de tecidos ou órgãos e as que possam prejudicar a realização de autópsia, quando a houver lugar.

2 — O facto de a morte se ter verificado em condições que imponham a realização de autópsia médico-legal não obsta à efectivação da colheita, devendo, contudo, o médico relatar por escrito toda e qualquer observação que possa ser útil a fim de completar o relatório daquela.

CAPÍTULO IV

Disposições complementares

Artigo 15.º

Campanha de informação

1 — O Governo deve promover uma campanha de informação sobre o significado, em termos de solidariedade social, política de saúde e meios terapêuticos, da colheita de órgãos e tecidos e da realização de transplantes.

2 — A campanha de informação deve elucidar igualmente sobre a possibilidade de se manifestar a indisponibilidade para a dádiva *post mortem*, sobre a existência do Registo Nacional dessas decisões e sobre a emissão e uso do cartão individual em que essa menção é feita.

Artigo 16.º

Responsabilidade

Os infractores das disposições desta lei incorrem em responsabilidade civil, penal e disciplinar, nos termos gerais de direito.

Artigo 17.º

Norma revogatória

É revogado o Decreto-Lei n.º 553/76, de 13 de Junho.

Artigo 18.º

Entrada em vigor

1 — Os artigos 11.º e 12.º da presente lei entram em vigor nos termos gerais.

2 — As restantes disposições desta lei entram em vigor no dia seguinte ao da publicação na 1.ª série do *Diário da República* dos critérios e regras a que se refere o artigo 12.º e da comunicação do Ministro da Saúde declarando a entrada em funcionamento do RENNDA.

Aprovada em 9 de Fevereiro de 1993.

O Presidente da Assembleia da República, *António Moreira Barbosa de Melo*.

Promulgada em 24 de Março de 1993.

Publique-se.

O Presidente da República, MÁRIO SOARES.

Referendada em 26 de Março de 1993.

O Primeiro-Ministro, *Aníbal António Cavaco Silva*.

ANEXO III

DADOS NACIONAIS DA LUSOTRANSPLANTE

RIM

ANO	SUL	CENTRO	NORTE	TOTAL
1980	6 6 C.V.P.	2 H.U.C.	0	8
1981	22 22 C.V.P.	4 H.U.C.	0	26
1982	26 26 C.V.P.	4 H.U.C.	0	30
1983	56 56 C.V.P.	4 H.U.C.	7 H.S. Anp ^o 9	69
1984	39 39 C.V.P.	7 H.U.C.	2 H.S. João 16 H.S. Anp ^o 17	63
1985	61 49 C.V.P. 12 H.S. Cruz 47 C.V.P.	18 H.U.C.	20 20 H.S. Anp ^o	99
1986	61 14 H.S. Cruz 86 C.V.P.	19 H.U.C.	26 26 H.S. Anp ^o	106
1987	108 22 H.S. Cruz 75 C.V.P.	32 H.U.C.	38 H.S. Anp ^o 42	182
1988	118 35 H.S. Cruz 8 H.S.F.Xav. 75 C.V.P.	20 H.U.C.	4 H.S. João 59 H.S. Anp ^o 61	199
1989	130 11 H.S. Cruz 3 H.S. Maria 20 H.C.C.	52 H.U.C.	62 H.S. Anp ^o 78 16 H.S. João	260

R I M

ANO	SUL	CENTRO	NORTE	TOTAL
1990	70 C.V.P. 18 H.S. Cruz 132 4 H.S.F.Xav. 3 H.S. Maria 37 H.C.C.	52 H.U.C.	72 56 H.S. Anp ^o 16 H.S. João	256
1991	69 C.V.P. 15 H.S. Cruz 148 13 H.S.F.Xav. 12 H.S. Maria 39 H.C.C.	79 H.U.C.	77 70 H.S. Anp ^o 7 H.S. João	304
1992	78 C.V.P. 30 H.S. Cruz 177 8 H.S.F.Xav. 18 H.S. Maria 43 H.C.C.	68 U.U.C.	122 70 H.S. Anp ^o 52 H.S. João	367
1993	56 C.V.P. 15 H.S. Cruz 118 2 H.S.F.Xav. 15 H.S. Maria 30 H.C.C.	51 I.U.C.	117 71 H.S. Anp ^o 46 H.S. João	286
1994	97 C.V.P. 20 H.S. Cruz 179 H.S.F.Xav. 26 H.S. Maria 36 H.C.C.	62 H.U.C.	105 74 H.S. Anp ^o 31 H.S. João	346

R I M

ANO	SUL	CENTRO	NORTE	TOTAL
1995	69 C.V.P.	88 H.U.C.	125	370
	27 H.S.Cruz			
	157 H.S.F.Xav.			
	29 H.S.Maria			
32 H.C.C.				
1996	70 C.V.P.	89 H.U.C.	126	400
	37 H.S.Cruz			
	185 H.S.F.Xav.			
	31 H.S.Maria			
47 H.C.C.				
1997	65 C.V.P.	94 H.U.C.	112	382
	32 H.S.Cruz			
	176 H.S.Maria			
	29 H.S.F.Xav.			
47 H.C.C.				
1998	32 C.V.P.	89 H.U.C.	107	309
	25 H.S.Cruz			
	119 H.S.Maria			
	24 H.S.F.Xav.			
38 H.C.C.				
3 H.G.Ofta				
1999	6 C.V.P.	10 H.U.C.	12	54
	13 H.S.Cruz			
	32 H.S.Maria			
	5 H.S.F.Xav.			
8 H.C.C.				
TOTAL DA LUSOTRANSPLANTE ATÉ FEV/99				4116

ANEXO IV

TRADUÇÃO DE PINTO, C. (1998),

INDICE DE QUALIDADE DE VIDA DE FERRANS E POWERS

Ferrans e Powers

ÍNDICE DE QUALIDADE DE VIDA TRANSPLANTE RENAL

Parte I: Para cada uma das perguntas seguintes, por favor escolha a resposta que melhor descreve a sua satisfação com o aspecto referente à sua vida. Assinale por favor, a sua resposta com um círculo sobre o número. Não há respostas certas ou erradas.

QUAL A SUA SATISFAÇÃO COM:

	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
1 - A sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2 - Com os cuidados de saúde que recebe?	1	2	3	4	5	6
3 - Com o seu rim transplantado?	1	2	3	4	5	6
4 - Com a sua independência física (capacidade para fazer coisas, para sair)?	1	2	3	4	5	6
5 - A sua potencialidade para viver uma vida longa?	1	2	3	4	5	6
6 - A saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
7 - Com as suas crianças?	1	2	3	4	5	6
8 - A felicidade da sua família?	1	2	3	4	5	6
9 - O seu relacionamento com a sua esposa (esposo) ou outras pessoas significativas para si?	1	2	3	4	5	6
10 - A sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
11 - Com os seus amigos?	1	2	3	4	5	6
12 - Com o apoio emocional que recebe dos outros?	1	2	3	4	5	6
13 - Com a sua capacidade de cumprir com as suas responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
14 - A sua utilidade para os outros?	1	2	3	4	5	6

(Por favor, vá para a página seguinte)

QUAL A SUA SATISFAÇÃO COM:

	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
15 – A quantidade de tensão ou preocupação na sua vida?	1	2	3	4	5	6
16 – Com a sua casa?	1	2	3	4	5	6
17 – Com o seu local de residência?	1	2	3	4	5	6
18 – Com o seu nível de vida?	1	2	3	4	5	6
19 – Com o seu trabalho (se estiver empregado)?	1	2	3	4	5	6
20 – Não ter trabalho (se está desempregado, reformado ou considerado inválido)?	1	2	3	4	5	6
21 – A sua educação?	1	2	3	4	5	6
22 – A sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
23 – As suas actividades de tempos livres?	1	2	3	4	5	6
24 – A sua capacidade de viajar para férias?	1	2	3	4	5	6
25 – A sua capacidade para ser feliz na sua velhice/reforma?	1	2	3	4	5	6
26 – A sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
27 – A sua fé pessoal?	1	2	3	4	5	6
28 – A sua realização de objectivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
29 – A sua felicidade em geral?	1	2	3	4	5	6
30 – A sua vida em geral?	1	2	3	4	5	6
31 – A sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
32 – Consigo mesmo em geral?	1	2	3	4	5	6

(Por favor, vá para a página seguinte)

©1984 Carol Estwing Ferrans e Marjorie J. Powers (não usar sem autorização) (Traduzido por Cândida Pinto)

Parte II: Para cada uma das perguntas que se seguem, por favor escolha a resposta que melhor descreve a importância que esse aspecto tem para a sua vida e para si. Marque a sua resposta com um círculo sobre o número. Não há respostas certas ou erradas.

QUE IMPORTÂNCIA ATRIBUI PARA SI:	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
1 – À sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2 – Aos cuidados de saúde que recebe?	1	2	3	4	5	6
3 – Ao seu rim transplantado?	1	2	3	4	5	6
4 – À sua independência física (capacidade para fazer coisas, sair)?	1	2	3	4	5	6
5 – Viver uma vida longa?	1	2	3	4	5	6
6 – À saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
7 – Às suas crianças?	1	2	3	4	5	6
8 – À felicidade da sua família?	1	2	3	4	5	6
9 – Às relações com a sua esposa (esposo), ou outras pessoas significativas?	1	2	3	4	5	6
10 – À sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
11 – Aos seus amigos?	1	2	3	4	5	6
12 – Ao apoio emocional recebido?	1	2	3	4	5	6
13 – À sua capacidade de assumir as suas responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
14 – À sua utilidade para os outros?	1	2	3	4	5	6
15 – À quantidade de tensão ou preocupações na sua vida?	1	2	3	4	5	6
16 – À sua casa?	1	2	3	4	5	6

(Por favor, vá para a página seguinte)

©1984 Carol Estwing Ferrans e Marjorie J. Powers (não usar sem autorização) (Traduzido por Cândida Pinto)

QUE IMPORTÂNCIA ATRIBUI PARA SI:

	Sem nenhuma importância	Moderadamente sem importância	Um pouco sem importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
17 – Ao seu local de residência?	1	2	3	4	5	6
18 – Ao seu nível de vida?	1	2	3	4	5	6
19 – Ao seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
20 – Ao seu trabalho (se está desempregado)?	1	2	3	4	5	6
21 – À sua educação?	1	2	3	4	5	6
22 – À independência financeira?	1	2	3	4	5	6
23 – Às suas actividades de tempos livres?	1	2	3	4	5	6
24 – À sua capacidade de viajar para férias?	1	2	3	4	5	6
25 – À sua capacidade de ser feliz na velhice/reforma?	1	2	3	4	5	6
26 – À sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
27 – À sua fé pessoal em Deus?	1	2	3	4	5	6
28 – À sua capacidade de atingir os seus objectivos?	1	2	3	4	5	6
29 – À sua felicidade?	1	2	3	4	5	6
30 – À sua satisfação com a sua vida?	1	2	3	4	5	6
31 – À sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
32 – Consigo mesmo em geral?	1	2	3	4	5	6

ANEXO V

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO USADO NO ESTUDO

QUESTIONÁRIO

Este questionário destina-se a obter dados necessários à realização da DISSERTAÇÃO DE MESTRADO em PSICOLOGIA DA SAÚDE no Instituto Superior de Psicologia Aplicada de Lisboa, cujo objectivo é analisar a forma como as pessoas reagem à sua situação de doença, no momento actual.

A sua colaboração é muito importante e, desde já lhe agradecemos.

Pedimos-lhe que:

- **Preencha** todos os itens do questionário;
- **Não assine** – queremos garantir-lhe o anonimato.

Os resultados, serão usados apenas no âmbito da elaboração da DISSERTAÇÃO.

Alice Ruivo
(Enfermeira)

DATA:...../...../.....

1 - IDADE

2 - SEXO: FEMININO - MASCULINO -

3 - PROFISSÃO

4 - NESTE MOMENTO ENCONTRA-SE REFORMADO/A ?

SIM

NÃO

5 - ESTADO CIVIL

CASADO/A SOLTEIRO/A UNIÃO DE FACTO OUTRA

6 - COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR (NÚMERO DE PESSOAS, CONTANDO CONSIGO):

1 - 2 - 3 ou mais -

7 - NÚMERO DE ANOS ESCOLARES APROVADO/A:

4 ANOS - ENTRE 4 E 6 - ENTRE 7 E 9 - ENTRE 10 E 12 -

CURSO MÉDIO - CURSO SUPERIOR -

8 - HÁ QUANTOS ANOS FOI TRANSPLANTADO/A?

MENOS DE 1 ANO -

ENTRE 1 E 3 ANOS -

MAIS DE 3 ANOS -

9 - QUANTAS VEZES JÁ FOI TRANSPLANTADO/A?

UMA VEZ -

DUAS VEZES -

TRÊS OU MAIS -

10- TEMPO DE INSUFICIÊNCIA RENAL, ANTES DO TRANSPLANTE:

MENOS DE UM ANO -

ENTRE UM E TRÊS ANOS -

MAIS DE 3 ANOS -

11 – FAZ TERAPÊUTICA ANSIOLITICA?

SIM -

NÃO -

12 – TEM APOIO PSICOLÓGICO?

SIM -

NÃO -

As questões desta escala são sobre os seus sentimentos e pensamentos ao longo do último mês.

Em cada questão, deverá responder com que frequência sentiu ou pensou de determinada forma. Apesar de algumas questões serem semelhantes, existem algumas diferenças entre elas, pelo que deverão ser encaradas separadamente.

Sugerimos-lhe que ao responder o faça com alguma rapidez, ou seja não tente contar o número de vezes que lhe aconteceram, mas sim, escolher a alternativa que pense ser a mais adequada, das cinco apresentadas:

1. Nunca
2. Raramente
3. Algumas vezes
4. Quase sempre
5. Sempre

No último mês.....

	1	2	3	4	5
1... Com que frequência, se sentiu aborrecido ao acontecer-lhe algo de imprevisto?					
2... Com que frequência se sentiu incapaz de controlar assuntos importantes da sua vida?					
3... Com que frequência se sentiu nervoso ou " <i>stressado</i> "?					
4... Com que frequência encarou com optimismo as dificuldades da vida?					
5... Com que frequência conseguiu lidar realmente com alterações importantes, que tenham ocorrido na sua vida?					
6... Com que frequência se sentiu confiante relativamente à sua capacidade de lidar com os seus problemas pessoais?					
7... Com que frequência sentiu que a sua vida corria como você queria?					
8... Com que frequência pensou que não conseguia lidar com as tarefas que tinha para realizar?					
9... Com que frequência foi capaz de lidar com as dificuldades da sua vida?					
10... Com que frequência sentiu que conseguia controlar a sua vida?					
11... Com que frequência se sentiu zangado ao acontecer-lhe algo que você não podia controlar?					
12... Com que frequência pensou nos objectivos que tem para atingir?					
13... Com que frequência pensa ter sido capaz de controlar o seu tempo?					
14... Com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?					

As afirmações que se seguem correspondem a diferentes formas de reacção perante um problema de saúde (doença física e mal-estar). Assinale, por favor, a frequência com que utiliza cada uma destas actividades, no seu estado actual, utilizando a seguinte escala:

- 1- Nunca
- 2- Raramente
- 3- Algumas vezes
- 4- Quase Sempre
- 5- Sempre

	1	2	3	4	5
1. Penso em dias melhores					
2. Fico na cama					
3. Procuo mais informação sobre o meu estado de saúde					
4. Penso "Porquê eu?"					
5. Procuo a companhia de outras pessoas					
6. Descanso quando me sinto cansado					
7. Procuo urgentemente tratamento					
8. Sinto-me furioso					
9. <i>Sonho acordado</i> (penso em coisas agradáveis)					
10. Durmo					
11. Penso apenas em <i>ficar bem</i> (recuperar rapidamente)					
12. Fico frustrado					
13. Dá-me prazer a atenção dos outros (sinto-me bem com a sua presença)					
14. Conservo a energia					
15. Aprendo com a minha doença (em termos de experiência)					
16. Penso nas coisas que não sou capaz de fazer (pela doença)					
17. Faço projectos para o futuro					
18. Mantenho-me quente (evito apanhar frio)					
19. Aceito os conselhos que me dão					
20. Imagino que estou saudável					
21. Ouço música					
22. Peço silêncio às pessoas à minha volta					
23. Sigo os conselhos do médico					
24. O meu desejo é que isto não me tivesse acontecido					
25. Peço que me façam companhia					
26. Fico quieto, em silêncio					
27. Tomo a medicação às horas certas					
28. Penso que estou vulnerável (fragilizado)					
29. Tenho coisas agradáveis à minha volta					
30. Mantenho-me confortável					
31. Procuo informar-me sobre os tratamentos					
32. Preocupo-me com a minha saúde					

Parte I: Para cada uma das perguntas seguintes, por favor escolha a resposta que melhor descreve a sua satisfação com o aspecto referente à sua vida. Assinale por favor, a sua resposta com um círculo sobre o número. Não há respostas certas ou erradas.

QUAL A SUA SATISFAÇÃO COM:	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
1 - A sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2 - Com os cuidados de saúde que recebe?	1	2	3	4	5	6
3 - Com o seu rim transplantado?	1	2	3	4	5	6
4 - Com a sua independência física (capacidade para fazer coisas, para sair)?	1	2	3	4	5	6
5 - A sua potencialidade para viver uma vida longa?	1	2	3	4	5	6
6 - A saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
7 - Com as suas crianças?	1	2	3	4	5	6
8 - A felicidade da sua família?	1	2	3	4	5	6
9 - O seu relacionamento com a sua esposa (esposo) ou outras pessoas significativas para si?	1	2	3	4	5	6
10 - A sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
11 - Com os seus amigos?	1	2	3	4	5	6
12 - Com o apoio emocional que recebe dos outros?	1	2	3	4	5	6
13 - Com a sua capacidade de cumprir com as suas responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
14 - A sua utilidade para os outros?	1	2	3	4	5	6

(Por favor, vá para a página seguinte)

QUAL A SUA SATISFAÇÃO COM:

	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
15 – A quantidade de tensão ou preocupação na sua vida?	1	2	3	4	5	6
16 – Com a sua casa?	1	2	3	4	5	6
17 – Com o seu local de residência?	1	2	3	4	5	6
18 – Com o seu nível de vida?	1	2	3	4	5	6
19 – Com o seu trabalho (se estiver empregado)?	1	2	3	4	5	6
20 – Não ter trabalho (se está desempregado, reformado ou considerado inválido)?	1	2	3	4	5	6
21 – A sua educação?	1	2	3	4	5	6
22 – A sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
23 – As suas actividades de tempos livres?	1	2	3	4	5	6
24 – A sua capacidade de viajar para férias?	1	2	3	4	5	6
25 – A sua capacidade para ser feliz na sua velhice/reforma?	1	2	3	4	5	6
26 – A sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
27 – A sua fé pessoal?	1	2	3	4	5	6
28 – A sua realização de objectivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
29 – A sua felicidade em geral?	1	2	3	4	5	6
30 – A sua vida em geral?	1	2	3	4	5	6
31 – A sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
32 – Consigo mesmo em geral?	1	2	3	4	5	6

(Por favor, vá para a página seguinte)

Parte II: Para cada uma das perguntas que se seguem, por favor escolha a resposta que melhor descreve a importância que esse aspecto tem para a sua vida e para si. Marque a sua resposta com um círculo sobre o número. Não há respostas certas ou erradas.

QUE IMPORTÂNCIA ATRIBUI PARA SI:

	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
1 – À sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2 – Aos cuidados de saúde que recebe?	1	2	3	4	5	6
3 – Ao seu rim transplantado?	1	2	3	4	5	6
4 – À sua independência física (capacidade para fazer coisas, sair)?	1	2	3	4	5	6
5 – Viver uma vida longa?	1	2	3	4	5	6
6 – À saúde da sua família?	1	2	3	4	5	6
7 – Às suas crianças?	1	2	3	4	5	6
8 – À felicidade da sua família?	1	2	3	4	5	6
9 – Às relações com a sua esposa (esposo), ou outras pessoas significativas?	1	2	3	4	5	6
10 – À sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
11 – Aos seus amigos?	1	2	3	4	5	6
12 – Ao apoio emocional recebido?	1	2	3	4	5	6
13 – À sua capacidade de assumir as suas responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
14 – À sua utilidade para os outros?	1	2	3	4	5	6
15 – À quantidade de tensão ou preocupações na sua vida?	1	2	3	4	5	6
16 – à sua casa?	1	2	3	4	5	6

(Por favor vá para a página seguinte)

QUE IMPORTÂNCIA ATRIBUI PARA SI:

	Muito insatisfeito	Moderadamente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco satisfeito	Moderadamente satisfeito	Muito satisfeito
17 – Ao seu local de residência?	1	2	3	4	5	6
18 – Ao seu nível de vida?	1	2	3	4	5	6
19 – Ao seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
20 – Ao seu trabalho (se está desempregado)?	1	2	3	4	5	6
21 – À sua educação?	1	2	3	4	5	6
22 – À independência financeira?	1	2	3	4	5	6
23 – Às suas actividades de tempos livres?	1	2	3	4	5	6
24 – À sua capacidade de viajar para férias?	1	2	3	4	5	6
25 – À sua capacidade de ser feliz na velhice/reforma?	1	2	3	4	5	6
26 – À sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
27 – À sua fé pessoal em Deus?	1	2	3	4	5	6
28 – À sua capacidade de atingir os seus objectivos?	1	2	3	4	5	6
29 – À sua felicidade?	1	2	3	4	5	6
30 – À sua satisfação com a sua vida?	1	2	3	4	5	6
31 – À sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
32 – Consigo mesmo em geral?	1	2	3	4	5	6

Muito obrigado/a pela sua preciosa colaboração!