

Leda Maria Branco Ravagnani

**Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento
em pacientes submetidos a transplante renal**

São José do Rio Preto

2002

Leda Maria Branco Ravagnani

**Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento
em pacientes submetidos a transplante renal**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de São José do Rio Preto para
obtenção do Título de Mestre no Curso de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Eixo
Temático: Medicina e Ciências Correlatas.

Orientadora: Profa. Dra. Neide A. Micelli Domingos

São José do Rio Preto

2002

SUMÁRIO

Dedicatória.....	i
Agradecimento Especial.....	iv
Agradecimentos	vi
Lista de Quadros	vii
Lista de Tabelas	viii
Lista de Anexos	ix
Resumo	x
Abstract	xi
1. Introdução.....	1
1.1. Qualidade de vida e doenças crônicas	1
1.2. Avaliação da qualidade de vida	4
1.3. Qualidade de vida em doença renal crônica	5
1.4. Qualidade de vida, diálise e transplante renal	8
1.5. Enfrentamento	12
1.6 Objetivos	17
2. Casuística	18
3. Materiais e Método.	20
4. Resultados e Discussão	22
5. Conclusões	32
6. Referências bibliográficas	33
7. Anexos	44

1. Introdução

A adoção do modelo biopsicossocial em saúde levou à preocupação crescente com aspectos que vão além do atendimento médico, tais como o impacto da doença sobre o funcionamento global do paciente⁽¹⁾, qualidade de vida^(1,2), qualidade dos cuidados fornecidos e satisfação do consumidor⁽³⁾ e associação entre doenças crônicas e transtornos mentais.⁽¹⁾

A avaliação da qualidade de vida tem sido frequentemente utilizada pelos profissionais da saúde nas pesquisas e no atendimento interdisciplinar a pacientes com doenças crônicas. A qualidade de vida é avaliada pelo próprio paciente de acordo com seu nível de bem-estar, refletindo sua percepção acerca de inúmeras dimensões que afetam sua vida naquele momento. As dimensões específicas das áreas física, psicológica, social e somática podem mudar ou permanecer estáveis, dependendo das interações do indivíduo com o seu meio, e o impacto ocasionado tanto pela doença como pelo seu tratamento. Instrumentos que avaliam qualidade de vida têm sido desenvolvidos e utilizados para obter informações que auxiliam na tomada de decisões sobre cuidados que poderão aumentar a sobrevida dos pacientes com melhor qualidade de vida.^(1,2,4)

1.1 Qualidade de vida e doenças crônicas

Várias definições têm sido sugeridas para o conceito de qualidade de vida. Para o grupo de estudos sobre qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽⁵⁾, qualidade de vida “é a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores do local onde vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Sarafino⁽⁶⁾ define qualidade de vida como “o grau de excelência que os indivíduos atribuem à sua própria vida”, geralmente associado a

objetivos alcançados, controle, relações interpessoais, crescimento pessoal e intelectual e bens materiais.

O conceito geral de qualidade de vida abrange os seguintes domínios de funcionamento do indivíduo: condições físicas e capacidade funcional, condições psicológicas e bem estar, interações sociais, condições ou fatores econômicos e/ou vocacionais e condições religiosas e/ou espirituais. A avaliação da qualidade de vida é realizada com base na percepção que o indivíduo tem em relação a cada uma destas áreas e a terminologia utilizada pode diferir entre os investigadores.⁽⁴⁾ A expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez em 1964 pelo presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, que declarou que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”.⁽⁷⁾

Reconhecido como uma importante medida do resultado do tratamento, o conceito de qualidade de vida tem influenciado a escolha terapêutica e o tipo de tratamento para diferentes faixas etárias, sendo a liberdade de escolha do tratamento também uma variável importante, quando várias opções estão disponíveis.^(4,8) A qualidade de vida tem sido freqüentemente estudada em pacientes portadores de doenças crônicas⁽⁹⁾, pois o diagnóstico constitui um estressor na vida do indivíduo, gerando sentimentos como ansiedade, negação, incerteza e depressão, além de envolver ameaças e mudanças no estilo de vida do paciente e seus familiares^(1,10,11) Uma doença crônica é “causada por vários fatores, inclusive estilo de vida, é de longa duração, geralmente com conseqüências graves”¹. A relação da doença crônica com fatores comportamentais tem motivado inúmeros estudos sobre as relações entre comportamento e saúde.^(10,12)

A doença crônica é definida pela Organização Mundial de Saúde⁽¹³⁾ como uma condição física que requer período contínuo de hospitalização ou tratamento, diferindo de outros tipos de problemas de saúde pelo fato de poder ser prevenida, mas não curada. Pacientes crônicos freqüentemente experimentam intensa sensação de desorganização e, a partir do diagnóstico, modificações em relação a estilo de vida podem requerer mudanças ou abandono de planos para o futuro⁽¹⁾, uma vez que a doença crônica é uma condição cujos sintomas ou incapacidades requerem manejo a longo prazo^(11,14).

O modo como os indivíduos reagem às doenças crônicas depende do entendimento que têm a respeito do problema e de sua percepção sobre o impacto que este irá causar na sua vida e em todo o funcionamento familiar.⁽¹⁵⁻¹⁹⁾ A adaptação positiva as novas condições de vida favorecem o funcionamento físico, psicológico e social, proporcionando um aperfeiçoamento da qualidade de vida, que por muito tempo foi avaliada apenas em termos de sobrevida e sinais da presença da doença, sem se considerar as conseqüências psicossociais da doença e do tratamento.⁽²⁰⁾

Doenças crônicas estão presentes em todos os grupos etários, em todos os níveis sócio-econômicos e culturais, em decorrência disso fatores como, idade, gênero, classe social, questões filosóficas e religiosas, maturidade emocional e auto-estima se tornaram importantes nessa condição. A doença crônica ocasiona um impacto no estilo de vida do indivíduo, que quando não adaptado às suas condições de saúde tende a manifestar sentimentos de ressentimento. O paciente quando jovem, ressentimento por não ter tido a chance de concretizar seus objetivos, pacientes de meia idade por interrupção dos compromissos estabelecidos e mudanças em sua rotina, e pacientes mais velhos por não ser capaz de desfrutar de lazer, depois de muito trabalho. Sendo o homem o mais ameaçado pela incapacidade física ocasionada com a doença, se comparado às mulheres.⁽²¹⁾

Principalmente quando passam a depender de tecnologia avançada para a sobrevivência, como é o caso da insuficiência renal crônica, expressão que aplica-se a toda e qualquer perda da função renal que se instale e evolua gradualmente.⁽²²⁾

1.2 Avaliação da qualidade de vida

A qualidade de vida é avaliada pelo próprio paciente e reflete o seu julgamento acerca de um número de dimensões que afetam sua vida naquele momento. As dimensões específicas das áreas física, psicológica, social e somática podem mudar ou permanecer estáveis, dependendo das interações do indivíduo com o seu meio. Para avaliar qualidade de vida, é necessário portanto, investigar como as dimensões específicas de vida são avaliadas pelo paciente e a escolha do instrumento deve considerar os componentes individuais relevantes e a complexidade do processo de avaliação, em função da subjetividade e diferenças individuais.^(2,23)

Estudos empregando medidas globais de qualidade de vida direcionadas para funcionamento físico levaram a resultados indicativos de boa correlação com resultados clínicos após o tratamento. Entretanto, uma avaliação mais próxima destes dados revela amplas discrepâncias entre as classificações de qualidade de vida realizadas por pacientes e avaliações de qualidade de vida realizadas por profissionais da saúde.⁽²⁴⁾

Sob uma perspectiva psicológica, a qualidade de vida depende mais da percepção da doença pelo paciente do que de características da própria doença. Sob a ótica médica, por sua vez, a qualidade de vida centra-se no processo doença/tratamento, sem ater-se as percepções e experiências do paciente em relação ao problema. Assim, existe atualmente um consenso de que a qualidade de vida deve ser avaliada pelo próprio paciente e não pelo profissional da saúde.

Vários aspectos fundamentam o atual interesse por estudos sobre qualidade de vida de pacientes portadores de doenças crônicas: a) conhecer o impacto da doença sobre atividades da vida diária, vocacionais, sociais e pessoais; b) identificar problemas específicos em pacientes com doenças específicas; c) avaliar o impacto dos tratamentos e outros determinantes, como a não adesão do paciente; d) obter informação para comparar diferentes tratamentos e decidir qual deles poderá ser utilizado com que pacientes; e) auxiliar nas decisões para aumentar a probabilidade do tempo de vida e melhorá-la o quanto possível, e comparar o impacto de diferentes doenças crônicas com custos para realização de tratamento de saúde e implantação de programas de intervenção.^(1,2,15,25)

Com a evolução do conhecimento na área, instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar qualidade de vida em pacientes com diversos problemas de saúde, inclusive transplante renal, permitindo a identificação de problemas e possibilitando a intervenção adequada a esses pacientes.⁽²⁶⁻³¹⁾

1.3 Qualidade de vida em doença renal crônica

As doenças renais se manifestam de diversas formas, sendo a insuficiência renal uma delas e consiste, principalmente, na redução da capacidade dos rins em filtrar substâncias tóxicas ao organismo, resultando em alterações metabólicas e hormonais no paciente.⁽³²⁾

O termo insuficiência renal aguda (IRA) é usado para caracterizar a queda rápida da filtração glomerular que pode ser detectada laboratorialmente em poucos dias ou mesmo horas, sendo potencialmente reversível. O termo insuficiência renal crônica (IRC) se refere às situações em que ocorre um declínio mais gradual (ao longo de meses ou ano) da taxa de filtração glomerular, tendendo a progredir de forma irreversível para estágios cada vez

mais avançados. O termo doença renal terminal (DRT) é utilizado ao se referir ao estágio mais avançado da insuficiência renal crônica (perda de mais de 90% da função renal), diversas doenças podem levar à DRT. No Brasil as doenças que ocorreram com maior frequência no período de abril de 1997 a junho de 2000 foram: hipertensão arterial, glomerulopatias, diabetes mellitus e causas idiopáticas.⁽³²⁾ A doença renal terminal é a deterioração progressiva e irreversível da função renal, na qual a capacidade do organismo em manter o equilíbrio metabólico e hidroeletrólítico falha. Isso resulta em uremia, que é a retenção de uréia e de outros produtos nitrogenados no sangue, tornando-se necessária a diálise ou o transplante renal para a sobrevivência do paciente.⁽³³⁾

A doença renal terminal é uma condição crônica e sua incidência aumentada em todo mundo devido ao envelhecimento da população, a melhora dos recursos de tratamento de doenças crônicas, o rápido crescimento e a melhora qualitativa da disponibilidade dos métodos de substituição da função renal. Em diversos países, inclusive o Brasil, os custos financeiros e sociais relacionados com doenças crônicas são elevados, reduzindo de maneira importante a qualidade de vida desses pacientes e sua aposentadoria precoce. A doença renal uma fração importante dos gastos com saúde em diversos países.⁽³²⁾ O esforço de preservar boa qualidade de vida, associada ao aumento do tempo de vida alcançado por procedimentos como diálise e transplante renal, faz com que os esforços para uma assistência que produz bons resultados sejam socialmente ainda mais justificáveis e imperativos, a despeito de seus altos custos.⁽³²⁾ A possibilidade de tratamento da doença não implica na cura, podendo provocar desde de mudanças significativas no estilo de vida, até se constituir como uma séria ameaça à própria vida.⁽¹⁾

Estima-se que anualmente, em todo o mundo, cerca de 500 mil pacientes desenvolvem a IRC ⁽³⁴⁾. No Brasil, a prevalência por período, abril de 1997 à julho de

2000, de doença renal em tratamento renal de substituição, considerando todos os centros de diálise, foi de 524 por milhão de habitantes, sendo a região sudeste e sul as que apresentaram as maiores prevalências, e a região norte apresentou a menor prevalência, aproximadamente, 75% inferior a observada na região sudeste no período. A incidência de doença renal em tratamento renal de substituição, tomando por base os dados de 1999, foi de 104 casos por milhão de habitantes/ano. As regiões com menor incidência foram norte e nordeste, as regiões sudeste e sul apresentaram as maiores incidências de doença renal em tratamento renal de substituição.⁽³²⁾

Os tratamentos disponíveis na doença renal terminal são a hemodiálise (HD)³⁵, diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD)³⁶ e transplante renal (TX)³⁷, eles substituem a função do rim e aliviam os sintomas da doença e preservam a vida do paciente, porém nenhum deles é curativo.

Atualmente existem 48.806 pacientes em tratamento dialítico, 43.700 pacientes em hemodiálise, 3.667 pacientes em CAPD, 409 em DPI (diálise peritoneal intermitente) e 1.030 pacientes em APD (diálise peritoneal automatizada).³⁸

Diálise e transplante renal são tratamentos que em algumas situações específicas se completam, a diálise servindo de terapia de suporte na fase inicial do tratamento e preparo para o transplante e posteriormente se houver a rejeição aguda ou crônica após o transplante³⁹. Esses tratamentos podem proporcionar alívio dos sintomas, aumentar a expectativa de vida e melhorar a qualidade de vida^{9,40 - 42}.

O crescente reconhecimento de que o importante não é apenas a sobrevida absoluta do paciente, mas a qualidade desta sobrevida, é importante na avaliação de métodos de substituição da função renal. Assim, a avaliação da qualidade de vida auxilia no estabelecimento de metas ideais de recuperação para um programa de tratamento de

insuficiência renal crônica³⁹, dado às limitações físicas, psicológicas e sociais a eles imposta.

1.4 Qualidade de vida, diálise e transplante renal

A qualidade de vida quando relacionada a saúde, refere-se a medida de funcionamento do paciente, seu bem-estar e como ele percebe sua saúde geral nos domínios: físico, psicológico e social. A qualidade de vida de pacientes renais crônicos é influenciada pela própria doença e pelo tipo de terapia de substituição. Vários estudos têm identificado os efeitos de fatores na qualidade de vida como: anemia, idade, comorbidade e depressão, sendo que a maioria aparecem no início do tratamento e uma intervenção adequada pode influenciar na evolução desses pacientes.⁴³

Entre as diferentes formas de tratamento para doenças crônicas, o transplante de órgãos vascularizados é o tratamento atualmente escolhido para a maioria dos pacientes com doença crônica terminal, seja esta renal, cardíaca, hepática ou pulmonar, constituindo-se em uma intervenção terapêutica eficaz, que se tornou grande êxito na história da medicina.^{34,37} Dentre as terapias de substituição, o transplante apresenta melhor qualidade de vida para os pacientes. Não existem provas conclusivas de diferenças da qualidade de vida em pacientes em hemodiálise e pacientes em diálise peritoneal.⁴³

O transplante renal é hoje um recurso bem estabelecido no tratamento da Insuficiência Renal Crônica, oferecendo uma melhor oportunidade de sobrevida e de reabilitação a longo prazo, sendo atualmente realizado em quase todo mundo. O primeiro transplante bem sucedido foi realizado em 1954, em Boston, entre gêmeos idênticos.⁴⁴ No Brasil o primeiro transplante renal foi realizado em 1965, na Universidade de São Paulo,

sendo também o primeiro na América Latina.⁴⁵ Atualmente existem 144 centros de transplantes cadastrados no Brasil, sendo 132 ativos.⁴⁶

No quarto trimestre do ano de 2001, foram realizados 764 transplantes de rim no Brasil, o estado de São Paulo realizou o maior número de transplante igual a 269, sendo 169 de doador vivo e 100 de doador cadáver; o estado do Maranhão e Sergipe registraram o menor número de transplante, sendo 1 e doador vivo em ambos estados. O estado do Amazonas não realizou transplante nesse período.⁴⁶ A lista de espera para transplante apresentava em 31/12/01, a seguinte posição, o estado de São Paulo o maior número com 9.615 pacientes, o estado do Pará com o menor número 72 pacientes, e o estado do Maranhão não apresenta paciente em lista de espera.⁴⁶

Os transplantes renais realizados no último trimestre de 2001, tiveram uma faixa etária predominante entre 31 a 40 anos (187), e um menor índice entre 0 a 5 anos (4).⁴⁶

Estudos recentes enfocando a análise comparativa de adaptação psicossocial ao tratamento têm comparado a qualidade de vida entre pacientes e familiares em hemodiálise, CAPD e transplante.⁽⁴⁷⁻⁵⁷⁾

Os aspectos psicossociais e emocionais da diálise e do transplante renal têm sido estudados concomitantemente à evolução das abordagens médicas destes tratamentos.^{17,58,59,60} A cronicidade e o estresse presentes nestes tratamentos estão freqüentemente associados à depressão, que interfere na adaptação e adesão ao tratamento, requerendo intervenção multidisciplinar no manejo destes pacientes.^{61,62,63,64}

Além de fatores associados ao tratamento, pacientes sob diálise têm outras fontes de estresse, como dificuldades profissionais com redução da renda mensal, diminuição da capacidade ou interesse sexual, medo da morte, restrições dietéticas e híbridas, alterações na imagem corporal e práticas específicas de higiene, sendo necessário um suporte social e

educacional como parte integrante do tratamento.^{40,62,65,66} Os fatores de estresse relacionados à saúde têm sido relatados como muito preocupantes nos pacientes transplantados renais, entretanto não está claro o quanto os níveis de estresse ou as estratégias de enfrentamento mudam com o passar do tempo. Assim, pesquisas sobre o impacto do tratamento e de todas as mudanças a este associadas, têm utilizado o conceito de qualidade de vida na comparação da efetividade das diferentes estratégias de intervenção terapêutica, sendo o transplante o que fornece maior possibilidade de independência das restrições impostas pelos outros tipos de tratamento.^{9,67,68}

O transplante renal proporciona ao paciente com doença renal terminal um tratamento alternativo à diálise e um enxerto bem sucedido pode aprimorar consideravelmente sua qualidade de vida. Entretanto, médicos, enfermeiros e pacientes não antecipam freqüentemente as reações psicológicas adversas que podem ocorrer no período pós-operatório. Em alguns estágios do pós-operatório, praticamente todos os pacientes enfrentam episódios de ansiedade, depressão e raiva frente à complicações secundárias e tratamentos dolorosos, drogas imunossupressoras e seus efeitos colaterais e medo da morte.⁵⁸

Embora estudos sobre a qualidade de vida de pacientes renais crônicos sejam freqüentes, poucos têm abordado a qualidade de vida em pacientes transplantados renais, suas preocupações e os novos desafios que surgem após a cirurgia, tais como o reconhecimento de sinais e sintomas associados com infecção e rejeição.^{9,69,70,71} Alguns estudos identificam três fatores preditivos na melhora da qualidade de vida de pacientes submetidos a transplante renal: redução dos eventos adversos, facilitação da vida profissional (possibilidade mais ampla de empregos) e melhora do apoio social.^{72,73,74,75,76}

Mesmo com um transplante bem sucedido, após a alta e com o enxerto funcionando, os pacientes continuam a viver com uma doença crônica. Consultas hospitalares regulares são necessárias e podem gerar estresse, especialmente nos primeiros seis meses, quando são mais frequentes. Quando o intenso contato com sistema de saúde diminui, o retorno a um estilo de vida normal (diferente, entretanto do estilo de vida anterior à doença renal) traz novas preocupações, como a necessidade de retomar a vida profissional, o convívio com a família e outras responsabilidades.⁹

Atendimentos a grupos de pacientes e familiares, nos períodos pré e pós transplante renal, possibilitam a identificação dos problemas enfrentados com maior frequência. Além disso fornecem uma oportunidade para discutir estratégias adequadas de enfrentamento e fornecer informações adequadas, que atendam as necessidades dos pacientes e favoreçam melhor qualidade de vida.⁷⁷

O estado de saúde das pessoas geralmente é afetado por ocorrências que produzem estresse, ansiedade ou outras emoções. A relação entre saúde e aspectos sociais, ocupacionais e espirituais associados à qualidade de vida têm direcionado estudos de pacientes relacionados a problemas em áreas específicas.^(1,4,9) Estudos relacionando transplante renal, qualidade de vida e volta ao trabalho indicam melhora nas áreas social, familiar, financeira após o tratamento, facilitando o retorno ao trabalho.⁵⁶ Fatores como sexo (feminino), idade (25 a 34 anos) e alto nível educacional parecem predizer um retorno mais rápido ao trabalho após CAPD.⁷⁸ Assim, dados da avaliação da qualidade de vida de pacientes em tratamento para doenças crônicas podem fornecer importantes diretrizes sobre o impacto destes sobre o funcionamento global dos pacientes, o que por sua vez pode influenciar o estado de saúde.

É reconhecido que os pacientes enfrentam novos desafios após o transplante renal, e os fatores de estresse relacionados à saúde têm sido relatados como muito preocupantes. Entretanto, ainda é obscuro se os níveis de estresse e as estratégias de enfrentamento se modificam com o passar do tempo. Um estudo relacionando qualidade de vida e estresse em um número reduzido de pacientes com doença renal terminal aguardando transplante e pacientes com enxerto funcionante há seis meses, mostrou que a principal fonte de estresse nos pacientes que aguardavam transplante era a necessidade de suportar a diálise e o isolamento social imposto pela sua condição crônica, como fadiga. Pacientes pós-transplante eram notavelmente livres de ansiedade, considerando as obrigações impostas pelos freqüentes atendimentos clínicos e monitoramento de suas condições, mostrando acentuada melhora da qualidade de vida após o transplante. Apesar da permanência dos sintomas renais os pacientes transplantados sentem-se privilegiados por terem recebido essa opção de tratamento.⁶⁹

A identificação de estressores e das estratégias utilizadas pelos pacientes, para “minimizar” o impacto do estresse (enfrentamento) sobre o organismo são preditores importantes na qualidade de vida antes e depois do transplante e fornecem subsídios para o planejamento de programas preventivos.^{25,79,80}

1.5 Enfrentamento

A doença crônica ocasiona uma ruptura no estilo de vida do paciente, afetando sua percepção devido a restrições nas atividades habitualmente realizadas e o impossibilitando de pensar sobre o futuro, comprometendo todo o funcionamento do paciente e familiares, acarretando demandas financeiras e emocionais. A forma como os pacientes e seus

familiares lidam com a doença, procurando diminuir seu impacto psicossocial têm sido denominado estratégias de enfrentamento.¹⁵

Na literatura o termo enfrentamento ou *coping* é empregado para identificar a maneira de lidar com demandas, internas ou externas, avaliadas pelo indivíduo como estando além de seus recursos ou possibilidades¹. O *coping* é uma resposta com o objetivo de aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal, dependendo do repertório individual e de experiências tipicamente reforçadas.

White⁽⁸¹⁾ (*apud* Gimenez⁽⁸²⁾) define enfrentamento como a adaptação individual a situações difíceis, como mudanças radicais no estilo de vida ou presença de problemas, que exigem novo repertório comportamental, diferente dos utilizados anteriormente, e provocam emoções negativas (culpa, ansiedade). Para Lazarus & Folkman⁽⁸³⁾ enfrentamento são esforços comportamentais e cognitivos, que mudam constantemente, realizados por um indivíduo para lidar com demandas ambientais ou internas, ou com um conflito existente entre ambas. Estes esforços influenciam, mas também são influenciados pelo ambiente. O estudo dessas estratégias proporcionou uma mudança fundamental na forma de compreender o estresse, não mais se descrevem as reações de estresse pela identificação e descrição dos acontecimentos aos quais o indivíduo foi ou está exposto, mas pela forma como ele enfrenta a situação.⁸⁴

O enfrentamento pode ser centrado na emoção ou no problema. O enfrentamento centrado na emoção procura fazer o indivíduo sentir-se melhor reduzindo a sensação de desconforto emocional. Ocorre com mais frequência quando a situação a ser enfrentada é percebida como imutável. O enfrentamento centrado no problema, por sua vez, visa operar mudanças diretas no ambiente, sendo utilizada quando a condição a ser enfrentada é avaliada como passível de mudanças. Tanto o enfrentamento centrado no problema como

na emoção ocorrem em situações estressantes e influenciam-se mutuamente ⁽⁸⁵⁾. Os indivíduos utilizam ambas as formas de enfrentamento, o que pode impedir ou facilitar a manifestação de uma ou de outra forma. Nenhuma das estratégias de enfrentamento é necessariamente mais eficaz que a outra para manejar o estresse; cada uma parece ter suas vantagens e desvantagens, dependendo da situação e do momento em que é utilizada.

O processo de enfrentamento é um processo compensatório com componentes fisiológicos e psicológicos. Nesse processo, o indivíduo avalia e enfrenta as situações de desafio tendo como objetivo a adaptação ou ajustamento à mudança, visando a recuperação do equilíbrio e da energia e a capacidade para atender à novas demandas.⁸⁵ Os indivíduos apresentam diferentes estratégias de enfrentamento que dependerão dos seus recursos culturais internalizados, de seus valores e crenças, habilidades sociais, apoio social e recursos materiais. Podendo esses recursos não estarem disponíveis, devido a restrições impostas tanto por condições internas (outros valores, deficiências psicológicas, intensidade percebida do nível de ameaça) como por condições externas (exigências institucionais, ausência de recursos materiais).⁸⁴ O conhecimento sobre os tipos de doenças crônicas, implicações no desenvolvimento e reações do paciente, da família, e de grupos sociais são aspectos que devem ser considerados, pois podem manifestar no pacientes sentimentos como abandono, desesperança, baixa auto-estima, angústia, ansiedade, depressão e outros.²⁵

A avaliação da situação a ser enfrentada é descrita como um processo cognitivo que avalia tanto as circunstâncias como ameaçadora e desafiadoras (avaliação primária), como os recursos disponíveis para enfrenta-las (avaliação secundária).⁸⁴ Vários instrumentos foram criados para avaliar estratégias de enfrentamento, sendo o mais utilizado o proposto por Lazarus & Folkman ⁽⁸³⁾, composto de 67 itens, nos quais apresentam oito fatores, sendo

dois fatores (confronto e resolução de problemas) estratégias de enfrentamento centrada no problema, os outros seis fatores (afastamento, auto-controle, suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga-esquiva, reavaliação positiva) estratégias de enfrentamento centradas na emoção. Os critérios de eficácia do enfrentamento devem ser avaliadas multidimensionalmente, sendo uma estratégia adequada se o indivíduo conseguir dominar ou diminuir o impacto da situação sobre seu bem-estar físico e psicológico. Nesse caso, as estratégias de enfrentamento são fator importante na mediação entre o sujeito e sua saúde ou doença.⁸⁴

Vários estudos têm sido realizados com o objetivo de verificar estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes e familiares ao lidar com a doença crônica e suas implicações.^{2,15,25,86} Incluem-se religião, apoio social e familiar, o trabalho e o olhar para o problema objetivamente. O enfrentamento orientado para o problema tem resultados significativamente superiores àquele orientado pela emoção.^(78,87-94) O resultado esperado de um processo de enfrentamento é, de forma global, a adaptação psicossocial do indivíduo e, conseqüentemente, qualidade de vida satisfatória, visando o bem estar físico, emocional e social da pessoa.⁸² Enfrentamento e qualidade de vida parecem estar intimamente relacionados, sendo que uma forte correlação tem sido identificada em estudos sobre o tema.^(54,70,79,95,96)

Na psicologia da saúde, verifica-se o papel das estratégias de enfrentamento na mediação entre o sujeito e sua saúde ou doença. Não incluindo apenas fatores antecedentes e desencadeantes da doença, mais incluindo, a interação, a avaliação e a resposta do indivíduo aos fatores que ameaçam o seu bem estar, podendo moderar seu impacto, frear, ou acelerar o desenvolvimento de um processo mórbido.⁸⁴

Atualmente, as doenças com maiores índices de morbidade e mortalidade estão associadas ao comportamento e estilo de vida dos indivíduos, essa nova prevalência requer o desenvolvimento de programas de intervenção comportamental a pacientes portadores de doenças crônicas. Assim, a realização de estudos sobre qualidade de vida em pacientes submetidos a transplante renal, bem como a identificação de estratégias de enfrentamento tornam-se necessários para programas de prevenção e intervenção, adequados às necessidades da população atendida.

1.6. OBJETIVOS

1.6.1 Objetivo geral: avaliar qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal.

1.6.2 Objetivos específicos:

- caracterizar pacientes submetidos à transplante renal;
- comparar qualidade de vida de pacientes transplantados com enxerto funcionando nos períodos pré e pós cirurgia, e
- identificar principais estressores e estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes.

2. Casuística

Participaram do estudo 17 pacientes adultos independente do sexo (8 do sexo masculino e 9 do sexo feminino), entre 23 e 55 anos (média = 37,9 ; desvio padrão = 8,12 anos) submetidos a transplante renal (de doadores vivos e de cadáveres) com enxerto funcionante, no período de outubro / 1999 a janeiro/ 2002; com tempo de transplante entre 3 e 29 meses (Quadro1).

Critérios de inclusão:

- pré transplante: estar em tratamento dialítico e em protocolo de avaliação (clínica e psicológica) para transplante renal, independente do tempo de diálise, mas de acordo com critérios estabelecidos para realização de transplante;
- pós transplante: pacientes com três meses de transplante com enxerto funcionante;
- O estado civil, grau de escolaridade e sexo não foram utilizados como critérios para inclusão dos sujeitos no estudo

Critérios de exclusão:

- condições adicionais de comorbidade que poderiam afetar a percepção de qualidade de vida;
- pacientes encaminhados de outros centros que não realizam avaliação psicológica;
- pacientes em tratamento dialítico na unidade, aguardando transplante, mas que não se submeteram a avaliação psicológica;
- pacientes que perderam o enxerto e voltaram para tratamento dialítico após transplante.

Quadro 1: Caracterização por idade, sexo, nível de escolaridade, profissão, estado civil, tempo de transplante de pacientes submetidos a transplante renal.

Paciente	Idade	Sexo	Escolar	Prof	E C	Tempo
1	34	Masc	1ºg.inc	vend	cas	3
2	31	Fem	2ºg.inc	vend	cas	3
3	46	Fem	1ºg.inc	lar	cas	4
4	27	Fem	1ºg.inc	lar	cas	5
5	31	Fem	mag	prof	cas	6
6	42	Masc	analf	feir	cas	6
7	43	Masc	1ºg.inc	lavr	cas	7
8	50	Masc	1ºg.inc	pint	cas	8
9	40	Fem	1ºg.inc	lar	cas	8
10	23	Masc	2ºg.	est	solt	9
11	55	Fem	1ºg.inc	lar	cas	10
12	32	Masc	1ºg.inc	trat	cas	12
13	40	Masc	1ºg.inc	aux ger	cas	12
14	37	Fem	1ºg.inc	aux ger	cas	14
15	35	Fem	2ºg.	prof	solt	22
16	39	Fem	1ºg.inc	lar	cas	27
17	39	Fem	1ºg.inc	cost	desq	29

masc = masculino; fem = feminino; g. inc = grau incompleto; vend = vendedor; prof = professora; feir = feirante; aux geral = auxiliar geral; pint = pintor; trat = tratorista; cost = costureira; lavr = lavrador; est= estudante; solt = solteiro; cas = casado; desq = desquitado

3.Casuística e Método

A pesquisa foi realizada na Unidade de Hemodiálise e no Ambulatório de Transplante Renal da Disciplina de Nefrologia ambos do Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP- FAMERP, no período de 1999 a 2002.

Para a coleta de dados foram utilizados:

- termo de Consentimento Livre -Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP (protocolo nº 1642/2001) parecer nº 036/2001 em 16 de abril de 2001 (Anexo 1);
- roteiro de entrevista para pacientes em protocolo de avaliação para transplante contendo questões abrangendo dados pessoais e familiares (Anexo 2);
- roteiro de entrevista para pacientes pós transplante (Anexo 3);
- inventário de Qualidade de Vida SF-36, versão brasileira: instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida composto por 36 itens que abrangem oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. O escore final do instrumento varia de 0 a 100 (zero: pior estado geral de saúde; 100: melhor estado de saúde)⁹⁷ (Anexo 4);
- inventário de Enfrentamento adaptado do questionário Folkman & Lazarus⁽⁹⁸⁾, contendo 67 itens que englobam estratégias (pensamentos e ações) utilizadas para lidar com demandas internas e externas. O paciente é solicitado a assinalar com que frequência utiliza situações que exemplificam confronto, afastamento, autocontrole, suporte social, aceitação da responsabilidade, fuga e esquiva, resolução de problemas e

reavaliação positiva; respondendo numa escala analógica de quatro pontos (não uso; uso às vezes; uso quase sempre; e uso sempre), qual delas se encaixa a ele ⁽⁹⁹⁾ (Anexo 5).

Pacientes em tratamento dialítico e preencher os critérios para realização do transplante eram submetidos a avaliação clínica e psicológica*, incluída no protocolo que segue as normas para realização de transplantes, aplicada na disciplina de nefrologia.

Os participantes concordantes com os critérios propostos foram convidados a participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre-esclarecido. Em seguida, foi aplicado o protocolo pré-cirúrgico que inclui, além dos instrumentos selecionados para a pesquisa (roteiro de entrevista pré-cirúrgico e SF36) e outros que não fizeram parte do estudo (inventário Beck de depressão, questionário auto-aplicado de ajustamento social, inventário de ansiedade traço-estado), mas que fazem parte do protocolo de avaliação para realizam de transplante. Esses instrumentos foram aplicados antes, durante ou após o tratamento dialítico.

Após serem submetidos ao transplante renal, os pacientes foram acompanhados pelos médicos e psicólogos da equipe, inicialmente na unidade de transplante do hospital e posteriormente no ambulatório de transplante renal, quando do seu retorno na consulta.

Pacientes que apresentaram o enxerto funcionante após três meses de transplante e estavam de acordo com os critérios de inclusão foram submetidos a aplicação dos questionários de qualidade de vida e estratégias de enfrentamento e ao roteiro de entrevista pós-transplante.

Na análise estatística dos dados foi usado o teste de sinal para mediana, teste não paramétrico, escolhido pelo fato da amostra ser pequena e as variáveis não terem distribuição normal.

*Para a pesquisa foi adicionado o inventário de enfrentamento que não fazem parte do protocolo de avaliação.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão serão apresentados concomitantemente, de acordo com os objetivos do estudo.

4.1 Características da amostra

As características da amostra estudada são compatíveis com a literatura em termos de idade, sexo e tempo de transplante sem ocorrência de rejeição aguda do enxerto. Como o estudo foi realizado a partir de entrevista e inventários, foram excluídos pacientes com comorbidades que pudessem afetar sua percepção de qualidade de vida. ⁽⁶⁹⁻⁷¹⁾

Em relação ao tamanho reduzido da amostra (n=17), é preciso considerar vários aspectos. No período proposto para a pesquisa foram realizados 54 transplantes. Entretanto, os critérios de exclusão adotados levaram à redução da amostra pelos seguintes motivos: 10 pacientes deixaram de comparecer ao retorno na data marcada, fugindo portanto do prazo estabelecido para coleta dos dados; 15 pacientes foram excluídos por serem de serviços externos e não possuírem avaliação pré transplante compatível com o protocolo empregado neste estudo; quatro pacientes inicialmente avaliados perderam o enxerto, tendo portanto que ser excluídos do estudo por não mais atenderem aos critérios de inclusão, oito pacientes avaliados inicialmente, foram a óbito no período pós transplante durante o estudo. O período limitado de dois anos para o desenvolvimento deste estudo (planejamento e execução), também foi fator determinante no tamanho da casuística.

4.2 Qualidade de vida:

O instrumento utilizado para avaliar qualidade de vida em pacientes pré e pós transplante renal foi o questionário SF-36, uma medida genérica amplamente utilizada no

mundo todo, considerada válida, segura, compreensível, rápida e útil para aplicação em pacientes individuais.

Na análise estatística dos dados foi usado o teste de sinal para mediana, teste não paramétrico, escolhido pelo fato da amostra ser pequena e as variáveis não terem distribuição normal. O resultado desta análise não evidenciou diferença significativa entre a avaliação de qualidade de vida pré e pós transplante para as variáveis investigadas pelo SF-36 (Tabela 1).

Pesquisas sobre qualidade de vida após o transplante são escassas, principalmente no Brasil, e tendem a comparar pacientes em tratamento dialítico (HD e CAPD) com pacientes transplantados. Alguns autores relatam resultados positivos (melhora na qualidade de vida) após o transplante, enquanto outros rejeitam esses achados⁶⁹.

Estudos comparando resultados do SF-36 de pacientes renais crônicos pré e pós transplante evidenciaram melhora significativa da qualidade de vida em relação a algumas variáveis⁶⁷. Entretanto, é elevado o nível sócio-educacional dos pacientes em vários estudos, comparado ao da amostra ora investigada. Assim, é possível que outras variáveis, como fatores sociais e econômicos tenham contribuído para a inexistência de mudança significativa na qualidade de vida dos pacientes estudados.

A ausência de melhora significativa na qualidade de vida de pacientes que foram transplantados tem sido discutida por diversos autores^(9;69;70;71,100) e parece estar relacionada à preocupação com a saúde física, especialmente rejeição do enxerto, mudanças na imagem corporal devido as altas doses de medicações necessárias para prevenir rejeição, e a ansiedade sobre perspectivas futuras, como vida profissional por exemplo. Essas preocupações são bem fundamentadas, pois há risco constante de rejeição, especialmente durante os primeiros seis meses.

Tabela 1. Comparação dos escores de qualidade de vida pré e pós transplante renal

Variável e definição	pré	pós	Mediana	P
<i>Capacidade funcional (CF):</i> limitações impostas pelo estado de saúde em relação à realização de atividades físicas (ex: autocuidados; andar)	67,35	77,35	5,00	0,2120
<i>Limitação por aspectos físicos (AF):</i> limitações impostas pelo estado de saúde em relação a atividades diárias (ex: trabalho doméstico, profissional ou acadêmico)	41,18	44,12	0,00000	0,3872
<i>Dor (D):</i> gravidade da dor sentida pelo paciente, limitando seu funcionamento habitual em casa e no trabalho	65,29	78,41	10,00	0,3036
<i>Estado geral de saúde (EGS):</i> avaliação da própria saúde	58,88	66,29	-10,00	0,8338
<i>Vitalidade (Vita):</i> grau de cansaço ou vitalidade para realizar atividades	63,24	75,00	15,00	0,2272
<i>Aspectos sociais (AS):</i> limitações nas atividades sociais habituais decorrentes da saúde física ou emocional	75,03	82,35	0,00000	0,3872
<i>Limitação por aspectos emocionais(AE):</i> limitações das atividades de vida diária decorrentes do estado emocional	68,62	60,76	0,00000	0,8281
<i>Saúde mental (SM):</i> sentimentos de depressão, ansiedade e afeto positivo	75,29	71,76	0,00000	0,5982

Em decorrência disso os pacientes devem aderir a um complexo regime de medicações, que podem acarretar efeitos colaterais importantes e indesejáveis e que requerem supervisão médica para o resto da vida. Assim, os pacientes enfrentam numerosas fontes de estresse e ansiedade após o transplante, que podem ter um impacto negativo sobre a sua qualidade de vida. Por outro lado, um transplante bem sucedido libera o paciente das restrições da diálise e permite maior independência, sendo esta geralmente a principal razão para que a cirurgia seja o método terapêutico escolhido ⁶⁹.

Embora não tenha sido encontrada, diferença estatisticamente significativa entre os escores de qualidade de vida pré e pós transplante a análise da média dos escores aponta diferença positiva na avaliação da qualidade de vida após o transplante (Tabela 2). Assim, embora não haja significância estatística para os dados, estes parecem indicar relevância clínica, uma vez que os pacientes avaliaram de forma superior, após o transplante, diversas variáveis associadas à qualidade de vida. Ganhos, mesmo que pequenos, em aspectos como capacidade funcional e para realizar tarefas do dia a dia, redução da dor, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais podem ter impacto importante sobre o funcionamento diário do paciente e seu bem estar.

Os resultados da variável saúde mental mostram sua deterioração (estatisticamente não significativa) na avaliação pós transplante. Este dado, compatível com outros estudos realizados na área^(63,100), ressalta a importância do atendimento interdisciplinar ao paciente, com fornecimento de suporte psicológico mesmo para aqueles cujo transplante foi bem sucedido. Nesse caso, há concordância com pesquisas mostrando que tanto pacientes quanto cuidadores avaliam o transplante como a criação de mais mudanças favoráveis que mudanças negativas na qualidade de vida.^(9;69;70;71;100)

Tabela 2. Valores obtidos para cada uma das variáveis do SF-36 pré e pós transplante renal

Variável	Pré				Pós			
	Média	DP	Mínimo	Máximo	Média	DP	Mínimo	Máximo
CF	67,4	21,22	20,0	100,0	77,4	20,24	25,0	100,0
AF	41,2	37,44	0,0	100,0	44,1	39,06	0,0	100,0
D	65,3	34,34	0,0	100,0	78,4	19,92	41,0	100,0
EGS	58,9	21,72	22,0	100,0	66,3	20,84	34,0	100,0
Vita	63,2	29,98	5,0	100,0	75,0	22,84	20,0	100,0
AS	75,0	28,26	25,0	100,0	82,4	20,28	50,0	100,0
AE	68,6	39,92	0,0	100,0	60,8	37,71	0,0	100,0
SM	75,3	23,20	20,0	100,0	71,8	18,25	32,0	100,0

CF= capacidade funcional; AF= aspectos físicos; D= dor; EGS= estado geral de saúde; Vita= vitalidade; AS= aspectos sociais; AE= aspectos emocionais; SM= saúde mental; DP desvio padrão.

O tempo de transplante parece ser também uma variável importante na determinação da qualidade de vida. A literatura aponta que os primeiros seis meses após a cirurgia são preocupantes, pelo risco mais alto de rejeição neste período, visitas constantes e necessárias ao hospital e ajustamento do paciente à medicação e seus efeitos colaterais. Entretanto, estudos indicam que a qualidade de vida é geralmente avaliada de forma superior pelos pacientes neste período⁶⁹. É possível que isso ocorra porque, com o desenvolvimento da doença crônica e início do tratamento dialítico, o paciente coloca toda a sua esperança no transplante, sentindo-se aliviado ao realizá-lo, fato que ameniza

avaliação negativa dos problemas presentes neste período. Neste estudo, houve maior concentração de pacientes no período entre seis e 29 meses após o transplante, fator que provavelmente influenciou a avaliação da qualidade de vida, que é feita de forma mais positiva nos primeiros seis meses após a cirurgia. Os resultados deste estudo são compatíveis com aqueles obtidos por Fujisawa⁽¹⁰⁰⁾, que também utilizou o SF36 e não obteve resultados significativamente diferentes entre pacientes que aguardavam transplante e os transplantados.

4.3 Estratégias de enfrentamento

A análise dos dados indica que os pacientes continuaram a experimentar estresse em relação à saúde no período pós transplante. Isso é esperado, dadas todas as complicações que podem ocorrer neste período, bem como à necessidade de ajustar-se ao tratamento e efeitos colaterais da medicação.

Houve tendência da amostra para utilizar estratégias de enfrentamento centradas na emoção, que são adequadas se permitem ao paciente dominar, ou diminuir o impacto da situação sobre seu bem-estar físico e psicológico. As estratégias de enfrentamento centradas na emoção, funcionam primordialmente por meio de processos intrapsíquicos com regulamentação das emoções decorrentes da interação com a situação estressante⁸².

A estratégia de enfrentamento mais utilizada pelos pacientes foi reavaliação positiva da situação, isto é, a utilização da experiência vivenciada como forma de crescimento e aprendizagem, uma estratégia de enfrentamento centrada na emoção (Tabela 4). A reavaliação é uma resposta a mudanças nas condições internas e externas que podem surgir a partir de novas reflexões acerca da evidência original, ou *feedback* do impacto da reação do indivíduo e das estratégias de enfrentamento utilizadas por ele⁸².

A segunda estratégia mais utilizada foi busca de suporte social, que funciona como amortecedor do estresse e indica tendência a utilizar enfrentamento externo para lidar com as dificuldades. É possível que a necessidade de consultas e hospitalizações frequentes e a alta chance de rejeição aguda levem o paciente a procurar ajuda de pessoas próximas⁽⁷⁰⁾. Além disso, outros pacientes em situação semelhante podem frequentemente atuar como fonte importante de suporte social, muitas vezes utilizada formalmente pelo sistema de saúde, como grupos de sala de espera para informação e até mesmo grupos psicoterapêuticos.^(77;101,102)

Tabela 3. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes submetidos ao transplante renal

Tipo de estratégia	Média	DP	Mínimo	Máximo
Reavaliação positiva	18,47	3,84	9,00	23,00
Suporte social	12,11	3,77	6,00	18,00
Aceitação da responsabilidade	11,00	4,62	3,00	20,00
Afastamento	9,23	3,73	2,00	15,00
Autocontrole	8,64	2,20	5,00	13,00
Resolução de problemas	8,35	2,44	4,00	12,00
Confronto	7,11	3,29	3,00	13,00
Fuga e esquiva	3,70	1,64	0,00	6,00

DP= desvio padrão

A aceitação de responsabilidade, afastamento, auto-controle, fuga e esquiva também são estratégias de enfrentamento centradas na emoção e implicam num esforço para regular emoções tais como medo, ansiedade, desespero. O auto-controle para

enfrentar um problema pode incluir lembranças de êxitos anteriores (ênfase na eficiência), e envolve uma reflexão sobre conseqüências positivas ou negativas da realização de uma conduta não desejada (considerações da conseqüência)⁸².

Resolução de problemas e confronto, são estratégias de enfrentamento centradas no problema. Essas estratégias implicam num esforço para atuar diretamente sobre a situação que ameaça ou desafia a pessoa. A estratégia de enfrentamento resolução de problema implica na busca de informações relevantes, na avaliação das alternativas de ação e na decisão por uma conduta específica⁸².

As estratégias de enfrentamento menos utilizadas foram fuga e esquivia, centradas na emoção e consideradas negativas, uma vez que podem impedir comportamentos adaptativos. Comportamentos de fuga e esquivia podem ser exemplificados pela falha em identificar sintomas importantes ou protelar a busca de ajuda, até que seja tarde demais⁸⁴.

As estratégias podem ser utilizadas de maneira conjunta, embora haja possibilidade de prevalência de uma sobre a outra em fases específicas da doença e de acordo com as necessidades⁸². Na amostra estudada os pacientes utilizaram as estratégias de enfrentamento centradas na emoção, provavelmente pelos fatores de estresse relacionados a sua condição de saúde.

Estudos em população norte americana⁽⁸⁸⁾ e chinesa⁽⁷⁰⁾ identificaram maior utilização de estratégias de enfrentamento orientadas para problema que estratégias centradas na emoção. É possível que características culturais sejam responsáveis pelos dados obtidos neste estudo. Além disso, é possível que as estratégias utilizadas mudem com o passar do tempo e que se os pacientes da amostra fossem avaliados em outro momento outras estratégias estivessem evidentes⁽⁷⁰⁾.

As principais fontes de estresse neste estudo são apresentadas no Quadro 1. Os resultados encontrados confirma relatos anteriores^(9,61,69,70,74,88), revelando que os transplantados renais enfrentam numerosas fontes de estresse após o transplante renal.

A adesão à medicação e os efeitos colaterais das medicações, foram identificadas como importantes fatores de estresse relacionado à saúde neste estudo, confirmando os achados em outros estudos.^(9,61,69 70,74;88)

A preocupação com o ganho de peso encontrado no estudo como sendo um fator de estresse , foi percebido como muito estressante, em vários estudos.^(9,61,69,70,89,103) Após o transplante, os pacientes têm aumento de apetite devido aos esteróides e a dieta liberal e a resistência física, contribuindo para a ocorrência do ganho de peso.⁷⁰

Kong⁽⁷⁰⁾ sugere que os pacientes transplantados renais podem experimentar estresse contínuo, de moderada intensidade até mesmo 4 anos pós transplante. Acentuando que em vários estudos sobre estresse, os itens mais estressantes foram possibilidade de hospitalização, rejeição, alteração da imagem corporal e infecção.

Neste estudo, o tamanho da amostra, embora possa limitar suas conclusões, permitiu a comparação dos dados obtidos com a literatura em vários aspectos. Ainda, sua execução possibilitou a compreensão de aspectos psicossociais, além de uma visão geral acerca da qualidade de vida e estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com o estresse associado ao transplante renal. Isso possibilita o desenvolvimento de programas de intervenção, visando auxiliar os transplantados a enfrentarem as demandas da vida com um enxerto renal funcionante.

Quadro 2. Fontes de estresse dos pacientes (frequência de respostas)

Fontes de estresse	Manejo (estratégias utilizadas)	F
Medicação (efeitos)	Pensamentos otimistas	5
Medicação (adesão)	Pensamentos otimistas	4
Complicações	Procurar não preocupar-se Pensamentos otimistas Aderir ao tratamento	3
Nenhuma	-	3
Ganho de peso	Autocontrole Conversar com pessoas	2
Retorno médico		1
Dor nas pernas	Evitar exercícios e esforço físico Ler Andar	2
Internações	Procurar não preocupar-se Pensamentos otimistas	2
Transporte para retorno médico	Falar com assistente social	1
Retorno ao trabalho	Pensamentos otimistas	1

5. Conclusões

- Neste estudo, o transplante renal não parece influenciar na qualidade de vida dos pacientes transplantados, pois os resultados não mostraram diferença estatisticamente significantes nos períodos pré e pós transplante;
- A qualidade de vida dos pacientes, mesmo após o transplante, pode ser comprometida pelo estresse em relação à sua saúde e a efeitos colaterais das medicações;
- Houve uma tendência na utilização de estratégias de enfrentamento centradas na emoção, isto é, forma mais subjetiva de lidar com as dificuldades; a reavaliação positiva da situação foi a estratégia mais utilizada pelos pacientes e a menos utilizada foi fuga e esquiva;
- Estudos com maior número de pacientes são necessários, uma vez que não existe consenso sobre o impacto do transplante na qualidade de vida dos pacientes e estudos brasileiros avaliando qualidade de vida em transplantados renais são raros.

6. Referências Bibliográficas

1. Taylor S. Health Psychology. 3^a ed. New York (NY): Mc Graw- Hill; 1995.
2. Ribeiro dos Santos A R. Qualidade de vida em pacientes submetidos à transplante de medula óssea [monografia]. São José do Rio Preto (SP): Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 1999.
3. Sheferd, G. Research in service planning. In: Parry, GP & Watts, FN (Ed) Behavioural and mental health research. A handbook of skills and methods. London: Erlbaum, Taylor & Francis 1996. p . 399-422.
4. Spilker B. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials. 2^a ed. Philadelphia (NY): Lippincott-Raven Publishers; 1996.
5. Organização Mundial de Saúde. Divisão de saúde mental, grupo WHOQOL 1994.
6. Sarafino EP. Health psychology. Biopsychosocial interactions. 2^a ed.. New York: John Wiley & Jons. Inc.; 1994.
7. Organização Mundial de Saúde. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998.
8. Szabo E, Moody H, Hamilton T, Ang C, Kovithavongs C, Kjellstrand C. Choice of treatment improves quality of life. A study on patients undergoing dialysis. Arch Intern Med 1997; 157:1352-6.
9. Fallon M, Gould D, Wainwright SP. Stress and quality of life in the renal transplant patient: a preliminary investigation. J Adv Nurs 1997; 25:562-70.
10. Miyazaki MCOS, Amaral VLA. Instituições de saúde. In: Temple LC. Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas. 2^a ed. Campinas: Editorial Psy Ltda; 1998. p. 235-243.

11. Brunner, Suddarth. Doença crônica. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1998. p. 275-280
12. Kerbauy RR. Medicina Comportamental. In B. Rangé (Org). Psicoterapia Comportamental e Cognitiva; Pesquisa, Prática Aplicações e Problemas. Campinas: Psy II; 1995.p.209-19.
13. Organização Mundial de Saúde. World health organization warns of growing “crises of suffering. 2000; <http://who.int/whr/1997/presse.htm>.
14. Brannon L, Fiest J. Health Psychology: na introduction to behavior and health. 2ª ed. Califórnia: Brooks/ Cole Publishing Company; 1992.
15. Miyazaki MCOS. Enfoque psicossocial da doença crônica: um estudo sobre pacientes pediátricos portadores de asma e suas mães [dissertação]. Campinas (SP): Pontifícia Univerdidade Católica de Campinas; 1993.
16. Adang EM, Kootstra G, Baeten GM, Engel GL. Quality of life in patients with chronic illnesses [carta]. JAMA 1997; 277:1038.
17. Furr LA. Psycho-social aspects of serious renal disease and dialysis: a review of the literature. Soc Work Health Care 1998; 27:97-118.
18. Shidler NR, Peterson RA, Kimmel PL. Quality of life psychosocial relationship in patients with chronic renal insufficiency. Am J Kidney Dis 1998; 32:557-66.
19. Ricco R C; Miyazaki M C O S; Gongorra DV N; Perozim L M; Cordeiro J A. Depressão em portadores de doenças crônicas: diabettes mellitus e hepatites virais. No prelo.
20. Taylor S. Management of chronic illness. In: Health psychology. 4ª ed. New York (NY) :McGraw-Hill Companies; 1999. p. 328-358.

21. Taylor S & Aspinwall L G. Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care. Washington: American Psychological Association; 1990.p. 3-60.
22. Paolucci A. Insuficiência renal crônica. In: Paolucci A. Nefrologia. 2^a ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1982.p. 155-93.
23. Ganz P A . Quality of life and patients with cancer. Cancer 1994; 74: 1445-52.
24. Hathaway D, Strong M, Ganz M. Posttransplant quality of life expectations. ANNA J 1990; 17: 433-9.
25. Valerio NI. Neurofibromatose: Gravidade da doença do ponto de vista de observadores e estratégias de enfrentamento[dissertação]. Campinas (SP): Pontifícia Universidade de Campinas; 1996.
26. Hayward MB, Kish JP Jr, Frey GM, Kirchner JM, Carr LS, Wolfe CM. An instrument to identify stressors in renal transplant recipients. ANNA J 1989; 16:81-5.
27. Laupacis A, Pus N, Muirhead N, Wong C, Ferguson B, Keown P. Disease-specific questionnaire for patients with a renal transplant. Nephron 1993; 64:226-31.
28. Jacobs RJ, Pescovitz MD, Brook B, Birnbaum J, Dean J, Pus N. A self-Administered quality of life questionnaire for renal transplant recipients. Nephron 1998; 79:123-4.
29. Winsett RP. Posttransplant quality of life: a decade of descriptive studies leading to practice interventions. Posttransplant Quality of Life Intervention Study Group. J Transpl Coord 1998; 8:236-40.
30. Franke GH, Reimer J, Kohnle M, Luetkes P, Maehner N, Heemann U. Quality of life in end-stage renal disease patients after successful kidney transplantation: development of the ESRD symptom checklist – transplantation module. Nephron 1999; 83:31-9.

31. Khan IH, Garrat AM, Kumar A, Cody DJ, Catto GR, Edward N et al. Patients' perception of health on renal replacement therapy: evaluation using a new instrument. *Nephrol Dial Transplant* 1995; 10:698-9.
32. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Estudo epidemiológico brasileiro sobre terapia renal substitutiva. Versão Preliminar. Brasília (DF): Editora MS; 2002.p. 29-58.
33. Brunner, Suddarth . Cuidados aos pacientes com distúrbios urinário e renal. In: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1998. p. 1020-1023
34. Garcia VD; Abbud MF; Keitel E; Neumann J. Situação atual do processo doação-transplante. In Garcia VD (org). Por uma política de transplante no Brasil. São Paulo (SP): Office Editora e Publicidade; 2000.p.19-35
35. Romão Jr JE, Araújo MR. Hemodiálise. In: Schor N, Srougi M. Nefrologia e Urologia. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 37-41.
36. Pecoits Filho RFS, Riella MC. Diálise peritoneal ambulatorial contínua. In: Schor N, Srougi M. Nefrologia e Urologia. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 47-51.
37. Silva Jr HT, Pestana JOM. Avanços na imunossupressão do transplante renal. In: Schor N, Srougi M. Nefrologia e Urologia. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 272-8.
38. Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2002; <http://www.sbn.org.br/Censo/censo01.htm>.
39. Riella M C. Insuficiência renal crônica crônica. Fisiopatologia da uremia.In: Riella M C. Principios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrolíticos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1998.p.456-75.
40. Periz LA, Force Sannmartin EF. Living with chronic renal insufficiency. *Rev Enferm* 1998; 21:105-10.

41. Ornellas JFR. Aspectos éticos do tratamento da insuficiência renal crônica (IRC). J Bras Nefrol 1992; 14:3-6.
42. Arredondo A, Rangel R, de Icaza E. Cost-effectiveness of interventions for end-stage renal disease. Rev Saude Publica 1998; 32:556-65.
43. Valderrabano F, Jofre R, Lopez-Gomes JM. Quality of life in end-stage renal disease patients. Am J Kidney Dis 2001; 38: 443-64.
45. Sabbaga E. Transplante Renal. In riella MC. Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletríticos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.p.528-35.
46. Associação Brasileira de Transplante. Registro brasileiro transplante 2002; http://www.abto.com.br/rtb/ano/n2/ativida_2htm.
44. Pereira WA. Manual de transplante de órgãos e tecidos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica; 2000.
47. Johnson JP, McCauley CR, Copley JB. The quality of life of hemodialysis and transplant patients. Kidney Int 1982; 22:286-91.
48. Hag I, Zainulabdin F, Naqvi A, Rizvi AH, Ahmed SH. Psychosocial aspects of dialysis and renal transplant. JPMA J Pak Med Assoc 1991; 41:99-100.
49. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Simmens SJ, Boyle DH, Cruz I et al. Aspects of quality of life in hemodialysis patients. J Am Soc Nephrol 1995; 6:1418-26.
50. Park IH, Yoo Hj, Han DJ, Kim SB, Kim SY, Lee C et al. Changes in the quality of life before and after renal transplantation and comparison of the quality of life between transplant recipients, dialysis patients, and normal controls. Transplant Proc 1996; 28:1937-8.

51. Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK, Cetingok M. Family caregivers' burden, quality of life, and health following patients' renal transplantation. *J Transplant Coord* 1998; 8:170-6.
51. Wight JP, Edwards L, Brazier J, Walters S, Payne JN, Brown CB. The SF-36 as an outcome measure of services for end stage renal failure. *Qual Health Care* 1998; 7:209-21.
52. Riedmayr MI, Tammen AR, Behr TM, Wittig C, Bullinger M, Reichart B et al. Perspectives of patients with terminal renal failure: quality of life and psychological adjustment before and in the first year after transplantation. *Z Kardiol* 1998; 87:808-16.
53. Keogh AM, Feechally J. A quantitative study comparing adjustment and acceptance of illness in adult on renal replacement therapy. *ANNA J* 1999; 26: 471-7.
54. Lindqvist R, Carlsson M, Sjoden PO. Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *J Adv Nurs* 2000; 31:1398-408.
55. Blake C, Codd MB, Cassidy A, O'Meara YM. Physical function, employment and quality of life in end-stage renal disease. *J Nephrol* 2000; 13:142-9.
57. Rebollo P, Ortega F, Baltar JM, Badia X, Alvarez-Ude F, Diaz-Corte C et al. Health related quality of life (HRQOL) of kidney transplanted patients: variables that influence it. *Clin Transplant* 2000; 14:199-207.
58. Chambers M. Psychological aspects of renal transplantation. *Int J Psychiatry Med* 1982; 12:229-36.
59. Russell JD, Beecroft ML, Ludwin D, Churchill DN. The quality of life in renal transplantation – a prospective study. *Transplantation* 1992; 54:656-60.

60. Levenson JL, Glocheski S. Doença renal terminal. In: Stoudemire A. Fatores psicológicos afetando condições médicas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000. p. 159-71.
61. Frey GM. Stressors in renal transplant recipients at six weeks after transplant. ANNA J 1990; 17:443-6.
62. Miranda EMF, Krollmann MAO, Da Silva CA. Perfil psicológico do paciente renal crônico. J Bras Nefrol 1993; 15:85-91.
63. Wainwright SP, Fallon M, Gould D. Psychosocial recovery from adult kidney transplantation: a literature review. J Clin Nurs 1999; 8:233-45.
64. Niechzial M, Grobe T, Dorning H, Raspe H, Nagel E. Changes in the quality of life after organ transplantations. Soz Pravantivmed 1999; 44:171-83.
65. Rowe MA. The impact of internal and external resources on functional outcomes in chronic illness. Res Nurs Health 1996; 19:484-97.
66. Almeida AM, Meleiro AMAS. Revisão: Depressão e insuficiência renal crônica: uma revisão. J Bras Nefrol 2000; 22:21-9.
67. Painter PL, Luetkemeier MJ, Moore GE, Dibble SL, Green GA, Myll JO et al. Health-related fitness and quality of life in organ transplant recipients. Transplantation 1997; 1795-800.
68. Brunner, Suddarth. Resposta humana à doença. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1998. p. 104-114.
69. Fisher R, Gould D, Wainwright S, Fallon M. Quality of life after renal transplantation. J Clin Nurs 1998; 7:553-63.
70. Kong ILL, Molassiotis A. Quality of life, coping and concerns in Chinese patients after renal transplantation. International Journal of Nursing Studies 1999; 36:313-22.

71. Ostrowski M, Wesolowski T, Makar D, Bohatyrewicz R. Chance in patients quality of life renal transplantation. *Transplantation* 2000; 32: 1371-74.
72. Manninen DL, Evans RW, Dugan MK. Work disability, functional limitations, and the health status of kidney transplantations recipients posttransplant. *Clin Transplant* 1991;:193-203.
73. Hauser ML, Williams J, Strong M, Ganza M, Hathaway D. Predicted and actual quality of life changes following renal transplantation. *ANNA J* 1991; 18:295-6, 299-304.
74. Hathaway DK, Winsett RP, Johnson C, Tolley EA, Hartwig M, Milstead J et al. Post kidney transplant quality of life prediction models. *Clin Transplant* 1998; 12:168-74.
75. Siegal B, Greenstein S. Compliance and noncompliance in kidney transplant patients: cues for transplant coordinators. *J Transplant Coord* 1999; 9:104-8.
76. Winset RP, Hathaway DK. Predictors of QoL in renal transplant recipients: bridging the gap between research and clinical practice. *Posttransplant Quality of Life Intervention Study Group. ANNA J* 1999; 26:235-40.
77. Ravagnani LM, Duarte PS, Valerio NI, Carvalho DT, Chessa LA, RamalhoHJ. Grupo de sala de espera para pacientes atendidos em ambulatório de transplante renal. *Avanços recentes em psicologia clínica e da saúde. Livro resumo dos trabalhos apresentados n II congresso ibero americano de psicologia clínica e da saúde* 2001; 2: li.
78. Pertusa PC, Llarena IR, Lecumberri CD, Fernandez BE. Relation between renal transplantation and work situation. *Arch Esp Urol* 1997; 50:489-94.
79. White MJ, Ketefian S, Starr AJ, Voepel-Lewis T. Stress, coping, and quality of life in adult kidney transplant recipients. *ANNA J* 1990; 17:421-4.
80. Miyazaki MCOS. *Psicologia na formação médica: subsídios para prevenção e trabalho clínico com universitários [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1997.*

81. White RW. Strategies of adaptation: na attemp at systematic description. In: Coelho GV, Coping and adaptation. Nova Iorque: DA Hamburg & JE Adams, 1974.
82. Gimenez MGG. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucesso e insucesso em psicologia. In: Gimenez MGG (org.). A mulher e o cancer. Campinas (SP):Psy II; 1997. p. 111-47.
83. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York. Springer Publishing Company.
84. Cerqueira, ATAR. O conceito e metodologia de coping. Existe consenso e necessidade? In: 12. Kerbaury,RR (org). sobre o comportamento e cognição. Conceitos, pesquisa e aplicação: a ênfase no ensino, na pesquisa e no questionamento clínico. Santo André: Arbytes, 2000. p. 279-89.
85. Brunner, Suddarth. Estresse a Adaptação. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 1998. p.92-102.
86. Ribeiro dos Santos A R. Avaliação da dor em pacientes com câncer: contribuições á intervenção psicoterapica [dissertação].Campinas (SP) PUCCAMP; 2001.
87. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. J Pers Soc Psychol 1986; 50:992-1003.
88. Sutton TD, Murphy SP. Stressors and paterns of coping in renal transplant patients. Nurs Res 1989; 38:46-9.
89. Tsuji-Hayashi Y, Fukuhara S, Green J, Takai I, Shinzato T, Uchida K et al. Health-related quality of life among renal-transplant recipients in Japan. Transplantation 1999; 68:1331-5.

90. Frazier PA, Davis-Ali SH, Dahl KE. Stressors, social support, and adjustment in kidney transplant patients and their spouses. *Soc Work Health Care* 1995; 21:93-108.
91. Lok P. Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *J Adv Nurs* 1996; 23:873-81.
92. Jofre R, Lopez-Gomez JM, Sanz-Guajardo D, Valderrabano F. Changes in quality of life after renal transplantation. *Am J Kidney Dis* 1998; 32:93-100.
93. Tix AP, Frazier PA. The use of religious coping during stressful live events: main effects, moderation, and mediation. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:411-22.
94. Christensen AJ, Ehlers SL, Raichle KA, Bertolatus JÁ, Lawton WJ. Predicting change in depression following renal transplantation: effect of patient coping preferences. *Health Psychol* 2000; 19:348-53.
95. Voepel-Lewis T, Starr A, Ketefian S, White MJ. Stress, coping, and quality of life in family members of kidney transplant recipients. *ANNA J* 1990; 427-31.
96. de Wit GA, Merkus MP, Krediet RT, de Charro FT. Health profiles health preferences of dialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17; 86-92.
97. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Rev Bras Reumatol* 1999; 39:143-50.
98. Amaral VLA. Inventário de Enfrentamento, de Lazarus & Folkman. Comunicação Pessoal, Campinas, 1995.
99. Savóia MG, Santana P, Mejias NP. Adaptação do Inventário de Estratégias de Coping de Folkman e Lazarus para o Português. *Rev Psicol USP* 1996; 7: 12, 183- 201.

100. Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S et al. Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using SF-36 health survey. *Urology* 2000; 56:201-6.
101. Ribeiro dos Santos A R, Miyazaki M C O S. Grupo de sala de espera em ambulatório de doença falciforme. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental. Cognitivo* 1999; 1: 41-48.
102. Valerio NI, Miyazaki MCOS, Golloni-Bertolo E, Mazzi E. Estudo psicológico de pacientes com neurofibromatose atendidos em serviço de aconselhamento genético. *Revista Brasileira de Genética*, 1993, supl 16:85

ANEXOS

ANEXO 1**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

1- Dados de Identificação do Paciente:

Nome:.....

Documento de Identidade:.....Sexo:.....

Data de Nascimento:.....

Endereço:.....

.....

Telefone:.....

2- Pesquisador

Nome: Leda Maria Branco Ravagnani

Documento de Identidade: 9048867

Inscrição no Conselho Regional de Psicologia: 06/13956

Cargo/Função: Psicóloga

Instituição: FAMERP

Endereço: R: Rio Tietê, 501. São José do Rio Preto – SP

CEP: 15091-400

Telefone: 226-2132 (residencial) – 210-5000 (ramal 215) (comercial)

- Aprovado pelo CEP-FAMERP, parecer nº 036/2001 em 16 de abril de 2001.

Título: Qualidade De Vida E Estratégias De Enfrentamento Em Pacientes Submetidos A
Transplante Renal

O presente trabalho tem o objetivo avaliar qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal e especificamente comparar qualidade de vida de pacientes transplantados com enxerto funcionante pré e pós cirurgia e identificar principais estressores e estratégias de enfrentamento. A coleta de dados será realizada em dois momentos, pré e pós cirurgia , por meio de 4 questionários. Os riscos são mínimos e referem-se apenas a dificuldades em responder aos questionários. Os benefícios poderão auxiliar na implantação de programas de prevenção a pacientes transplantados.

Você poderá, no decorrer da pesquisa, solicitar esclarecimentos sobre a forma de aplicação do questionário, riscos, benefícios ou outros assuntos relacionados com a pesquisa.

Os dados coletados nesta pesquisa serão utilizados para apresentação em eventos científicos e publicações em revistas especializadas, tendo sua identidade preservada.

Você poderá recusar-se em participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo.

Declaração

Eu,.....RG.....

Concordo em participar como voluntário(a) na pesquisa “Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal”, sob responsabilidade de Leda Maria Branco Ravagnani.

Declaro que fui satisfatoriamente informado sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa; que terei minha identidade preservada e, autorizo a utilização dos dados em imprensa e eventos científicos; que poderei consultar a pesquisadora, em qualquer momento, para esclarecer dúvidas.

Minha participação é voluntária e poderei desistir a qualquer momento, sem que seja penalizado por isto e não perderei benefícios que possuía antes de entrar na pesquisa. Tive oportunidade de esclarecer dúvidas e estou de acordo em participar livre e espontaneamente do estudo.

São José do Rio Preto, _____ de _____ de 2001.

Responsável

ANEXO 2

Roteiro de entrevista para pacientes em protocolo de avaliação para transplante renal

Candidato a RECEPTOR

Parceiro de Transplante: _____

Data de Aplicação: ____/____/____

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome:.....Sexo:.....
 Estado Civil..... Data de nascimento:Idade:.....
 Escolaridade:Profissão:.....Religião.....
 Cônjuge:.....Idade:.....
 Escolaridade:.....Profissão:.....Religião:.....
 Filhos:.....Idade(s):.....Escolaridade(s):.....
 Endereço:.....
 Fone: ()..... Cidade.....

II – CONDIÇÃO SOCIO ECONÔMICA E MORADIA

- a) renda familiar mensal, em salários mínimos: (.....)
- b) contribuintes da renda:.....
- c) moradia:
- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> casa própria | <input type="checkbox"/> alugada | <input type="checkbox"/> financiada | <input type="checkbox"/> n ° de cômodos |
| <input type="checkbox"/> água | <input type="checkbox"/> luz | <input type="checkbox"/> esgoto | <input type="checkbox"/> asfalto |
| <input type="checkbox"/> forrada | <input type="checkbox"/> estucada | <input type="checkbox"/> respaldada | <input type="checkbox"/> pintada |
| <input type="checkbox"/> piso | <input type="checkbox"/> contra piso | <input type="checkbox"/> chão | <input type="checkbox"/> carro |
| <input type="checkbox"/> televisor | <input type="checkbox"/> geladeira | <input type="checkbox"/> freezer | <input type="checkbox"/> forno microondas |

III – CONDIÇÕES DE SAÚDE PREGRESSA E ATUAL

- a) Doenças Importantes / Cirurgias / Internações

Quais:.....
 Quando:.....

 Tipo de tratamento:.....

 Como lidou:.....

Tem problemas para tomar medicação (ex: comprimidos)? Como faz quando fica doente? Consegue seguir as recomendações médicas?

.....

b) Doenças na Família:

Quais:.....

Quem:.....

Quando:.....

Como lidou:.....

.....

c) Uso de Drogas:

Medicamentos:.....frequência.....

Álcool:.....frequência.....

Drogas:.....frequência.....

Tabagismo:.....frequência.....

IV – RELACIONAMENTOS:

a) Relacionamento Familiar:

conjugal	() ótimo	() bom	() ruim	() péssimo
com filhos	() ótimo	() bom	() ruim	() péssimo
com pais	() ótimo	() bom	() ruim	() péssimo
com irmãos	() ótimo	() bom	() ruim	() péssimo
com parentes	() ótimo	() bom	() ruim	() péssimo
com parceiro de transplante	() ótimo	() bom	() ruim	() péssimo

Obs.:.....

b)Relacionamento Social:

escola	() ótimo	() bom	() ruim	() péssimo
vizinhos	() ótimo	() bom	() ruim	() péssimo
trabalho	() ótimo	() bom	() ruim	() péssimo

c) Relacionamento Profissional:

Colegas do setor () ótimo () bom () ruim () péssimo
 Pessoas de () ótimo () bom () ruim () péssimo
 outros setores

d) Satisfação Profissional:

Tipo de trabalho	() ótimo	() bom	() ruim	() péssimo
Salário	() ótimo	() bom	() ruim	() péssimo
Benefícios	() ótimo	() bom	() ruim	() péssimo
Segurança no trabalho	() ótimo	() bom	() ruim	() péssimo
Segurança para acidentes	() ótimo	() bom	() ruim	() péssimo

V- COMPORTAMENTOS:

Como você lida habitualmente com medos e ansiedades e o que faz para melhorar?

.....

Tem dificuldades em modificar comportamentos em função da saúde?

.....

Aponte os tipos e freqüências de esporte e/ou lazer e atividades que vem realizando ultimamente:

(1).....

freqüência.....

(2).....

freqüência.....

(3).....

freqüência.....

() Nenhuma Atividade

Tipo e forma de alimentação que faz regularmente:

() café da manhã,.....,.....,.....

() café intermediário (10horas),.....,.....,.....

() almoço,.....,.....,.....

() café da tarde (15 horas),.....,.....,.....

() jantar,.....,.....,.....

() ceia (ao deitar)

Assinale o número de horas que vem dormindo diariamente nos últimos 30 dias:

Mais que 8hs () 8hs () 7hs () 6hs () 5hs () 4hs () menos que 4hs ()

Por que?.....

() Dorme Bem:.....

() Agitação Motora:.....

() Insônia:.....

() Sonambulismo:.....

() Pesadelos:.....

() Sudorese:.....

()Outros:.....

Considera satisfatória a quantidade e qualidade de sono que vem tendo?

Sim () Não ()

Por que?.....

IV- CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PROCESSO DE TRANSPLANTE

O que você sabe sobre a doença? Tem alguma dúvida?

.....
.....
.....
.....

O que você sabe sobre: Diálise, Hemodiálise e CAPD?

.....
.....
.....
.....

O que você sabe sobre Transplante Renal?

.....
.....
.....
.....

De quem obteve tais informações?

.....
.....
.....
.....

Expectativas em relação ao transplante. O que você espera que mude?

.....
.....
.....

Já ouviu falar sobre rejeição? Pode me dizer o que é?.....

O que você pensa sobre a necessidade de ficar hospitalizado por complicações após o transplante?

.....
.....
.....

O que você sabe sobre o tratamento após o transplante?

.....
.....
.....

Que fatores o motivaram a optar pelo transplante?

.....
.....
.....
.....

O ato da escolha para cirurgia (doar ou receber) é de forma espontânea e sem interferências externas?

() Sim () Não

Porque:.....
.....
.....

Na família existe além do doador atual mais alguém com esta possibilidade? Se positivo, quem?

.....
.....

Possui condições econômicas (reservas) ou suporte financeiro para manter-se sem trabalho, durante o período de recuperação do transplante?

a) condições próprias:.....
.....

b) condições familiares:.....
.....

c) outras:.....

Quais as opiniões das pessoas mais próximas em relação ao transplante?

a) namorado(a) ou esposo (a)

- b) filhos:.....
- c) outros:.....

Se segue alguma religião esta interfere, de alguma forma, na sua decisão de realização do transplante?

Com quem você conversa sobre o transplante?
.....
.....

Como você acha que o transplante pode mudar sua vida e de sua família?
.....
.....
.....

Há algum outro membro de sua família que já tenha sofrido de alcoolismo, epilepsia, ou qualquer outra coisa que possa ser chamada “doença mental” ?
.....
.....

Você já experienciou algum fato que lhe tenha provocado medo, angústia, aflição ou “nervosismo”?:
.....
.....
.....

Você consegue fazer as coisas que deseja fazer ou se sente impedido? Descreva como as coisas estão agora:
.....
.....
.....

Quais as suas aspirações ? O que você pretende para o futuro ?

- a) a curto prazo (menos de 6 meses):.....
- b) a médio prazo (de 6 meses a dois anos):.....
- c) a longo prazo (além de dois anos):.....

ANEXO 3**Roteiro De Entrevista – Pós -Transplante**

Nome:

Idade:

Estado civil:

Filhos:

Transplantado a quanto tempo:

Recebeu a doação de quem:

Renda Mensal: () 1 salário () 2 salários () 3 salários () + de 4 salários

1. Está trabalhando: Sim () Não ()

2. Quais as principais dificuldades enfrentada após o transplante renal ?

3. Como lidou com cada uma ?

4. Resolveu ou não ?

Data:

ANEXO 4

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE

SCORE

INSTRUÇÕES: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado:

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

- | | |
|-----------------|---|
| Excelente..... | 1 |
| Muito boa..... | 2 |
| Boa..... | 3 |
| Ruim..... | 4 |
| Muito ruim..... | 5 |

2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora ?

(circule uma)

- | | |
|---|---|
| Muito melhor agora do que há um ano atrás..... | 1 |
| Um pouco melhor agora do que há um ano atrás..... | 2 |
| Quase a mesma coisa do que há um ano atrás..... | 3 |
| Um pouco pior agora do que há um ano atrás..... | 4 |
| Muito pior agora do que há um ano atrás..... | 5 |

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldades para fazer essas atividades? Neste caso, quanto ?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta muito	Sim. Dificulta pouco	Não. Não dificulta de modo algum
A) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar de esportes árduos	1	2	3
B) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer casa	1	2	3
C) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
D) Subir vários lances de escada	1	2	3
E) Subir um lance de escadas	1	2	3
F) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
G) Andar mais de 1 Km	1	2	3
H) Andar vários quarteirões	1	2	3
I) Andar um quarteirão	1	2	3
J) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física ?

(circule um número em cada linha)

	Sim	Não
A) Você diminui a quantidade de tempo que dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria ?	1	2
C) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades ?	1	2
D) Teve dificuldade para fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex.: necessitou de um esforço extra) ?	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso) ?

(circule um número em cada linha)

A) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades ?	1	2
B) Realizou menos tarefas do que gostaria ?	1	2
C) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz ?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferem nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo ?

(circule uma)

De forma nenhuma.....	1
Ligeiramente.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	5

7. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas ?

(circule uma)

Nenhuma.....	1
Muito leve.....	2
Leve.....	3
Moderada.....	4
Grave.....	5
Muito grave.....	6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo tanto trabalho fora ou dentro de casa) ?

(circule uma)

De maneira alguma.....	1
Um pouco.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Extremamente.....	5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente.

(circule um número para cada linha)

	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
A) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força ?	1	2	3	4	5	6
B) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ?	1	2	3	4	5	6
C) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
D) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo ?	1	2	3	4	5	6
E) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia ?	1	2	3	4	5	6
F) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido ?	1	2	3	4	5	6
G) Quanto tempo você tem se sentido esgotado ?	1	2	3	4	5	6
H) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
I) Quanto tempo você tem se sentido cansado ?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, ect...) ?

(circule uma)

- Todo o tempo..... 1
 A maior parte do tempo..... 2
 Alguma parte do tempo..... 3
 Uma pequena parte do tempo..... 4
 Nenhuma parte do tempo..... 5

11. O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você ?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes	Não sei	A maioria das vezes	Definitivamente falsas
A) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
B) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
C) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
D) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ANEXO 5

FORMAS DE ENFRENTAMENTO

Data da Avaliação: ____/____/____

Na situação que você está agora, e todas as situações pelas quais você tem passado, como você tem se adaptado a elas? O que você tem feito? Vou-lhe dar algumas possibilidades e gostaria que você respondesse o grau no qual você usa cada uma delas.

Por favor, leia cada item abaixo e indique sua escolha, circulando o número apropriado, de acordo com o uso na situação em que acabamos de descrever.

		Não Uso	Uso às vezes	Uso quase sempre	uso sempre
1.	Eu apenas me concentro no que eu Tenho que fazer em seguida – no próximo passo.	0	1	2	3
2.	Eu tento analisar o problema para entendê-lo melhor.	0	1	2	3
3.	Eu me volto para o trabalho ou atividade que o substitua para arejar a minha cabeça.	0	1	2	3
4.	Eu sinto que o tempo faz a diferença - a única coisa a fazer é esperar.	0	1	2	3
5.	Eu me comprometo a retirar algo positivo da situação.	0	1	2	3
6.	Eu faço coisas que eu penso que não darão certo, mas ao menos eu as faço.	0	1	2	3
7.	Eu tento tornar a pessoa responsável para mudar a sua idéia.	0	1	2	3
8.	Eu converso com alguém para saber mais sobre a situação.	0	1	2	3

9.	Eu me critico ou entro em conflito comigo mesmo.	0	1	2	3
10.	Eu tento não fechar todas as saídas, mas deixar, de alguma forma, as coisas em aberto.	0	1	2	3
11.	Eu espero que um milagre aconteça.	0	1	2	3
12.	Eu tenho fé, mas as vezes, ou apenas não tenho sorte.	0	1	2	3
13.	Eu continuo como se nada tivesse acontecido.	0	1	2	3
14.	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.	0	1	2	3
15.	Eu olho para o lado bom das coisas.	0	1	2	3
16.	Eu durmo mais do que o normal.	0	1	2	3
17.	Eu expresso raiva perante as pessoas que me causam o problema.	0	1	2	3
18.	Eu aceito a simpatia e a compreensão dos outros.	0	1	2	3
19.	Eu digo a mim mesmo coisas que podem me fazer sentir melhor.	0	1	2	3
20.	Eu estou inspirado a fazer algo criativo.	0	1	2	3
21.	Eu tento esquecer tudo.	0	1	2	3
22.	Eu procuro ajuda profissional.	0	1	2	3
23.	Eu mudo ou cresço como pessoa da melhor forma possível.	0	1	2	3
24.	Eu espero para ver o que vai acontecer antes de fazer qualquer coisa.	0	1	2	3

25.	Eu me desculpo ou faço algo para corrigir o erro.	0	1	2	3
26.	Eu traço um plano de ação e sigo.	0	1	2	3
27.	Eu aceito qualquer outra coisa boa no lugar da que eu quero.	0	1	2	3
28.	Eu extravaso meus sentimentos de alguma forma.	0	1	2	3
29.	Eu tenho consciência de que eu carrego o problema dentro de mim.	0	1	2	3
30.	Eu saio desta experiência melhor do que quando eu entrei.	0	1	2	3
31.	Eu converso com alguém que pode fazer algo concreto sobre o problema.	0	1	2	3
32.	Eu fujo do problema por um momento: tento descansar ou tiro férias.	0	1	2	3
33.	Eu tento me sentir melhor comendo, bebendo, fumando, usando drogas ou medicamentos, etc.	0	1	2	3
34.	Eu tento a sorte ou faço algo extremamente arriscado.	0	1	2	3
35.	Eu tento não agir com muita hostilidade ou seguir meu primeiro impulso.	0	1	2	3
36.	Eu encontro uma nova fé.	0	1	2	3
37.	Eu mantenho o meu orgulho e a minha pose.	0	1	2	3
38.	Eu redescubro o que é importante na vida.	0	1	2	3
39.	Eu mudo algumas coisas; pois assim as coisas podem ficar diferentes.	0	1	2	3
40.	Eu evito estar com pessoas em geral.	0	1	2	3

41.	Eu não deixo o problema me afetar; eu me recuso a pensar muito sobre isso.	0	1	2	3
42.	Eu peço conselhos a um parente ou amigo que eu respeito.	0	1	2	3
43.	Eu evito que os outros saibam o quanto as coisas estão ruins.	0	1	2	3
44.	Eu amenizo a situação; me recuso a levar as coisas tão a sério.	0	1	2	3
45.	Eu converso com alguém sobre como eu estou me sentindo.	0	1	2	3
46.	Eu me levanto e brigo pelo que eu quero.	0	1	2	3
47.	Eu retiro a minha força de outras pessoas.	0	1	2	3
48.	Eu me relembro de experiências passadas. Em que eu estive em situações parecidas.	0	1	2	3
49.	Eu sei o que deve ser feito, então redobro os meus esforços para que as coisas dêem certo.	0	1	2	3
50.	Eu me recuso a acreditar no que está acontecendo.	0	1	2	3
51.	Eu prometo a mim mesmo que as coisas serão diferentes numa próxima vez.	0	1	2	3
52.	Eu encontro algumas soluções diferentes para o problema.	0	1	2	3
53.	Eu aceito o problema, uma vez que nada pode ser feito.	0	1	2	3
54.	Eu tento guardar os meus sentimentos para que não interfiram muito em outras coisas.	0	1	2	3

55.	Eu desejo poder mudar o que está acontecendo ou como eu estou me sentindo	0	1	2	3
56.	Eu mudo alguma coisa em mim.	0	1	2	3
57.	Eu sonho ou imagino melhores tempos ou lugares que este que eu estou agora.	0	1	2	3
58.	Eu desejo que a situação desapareça ou de alguma forma, acabe.	0	1	2	3
59.	Eu tenho fantasias ou desejos sobre como as coisas acabarão.	0	1	2	3
60.	Eu rezo.	0	1	2	3
61.	Eu me preparo para o pior.	0	1	2	3
62.	Eu penso no que eu farei ou direi.	0	1	2	3
63.	Eu penso sobre como as pessoas que eu admiro suportariam a situação e uso isso como modelo.	0	1	2	3
64.	Eu tento ver as coisas do ponto de vista de outras pessoas.	0	1	2	3
65.	Eu me lembro de como as coisas poderiam ser piores.	0	1	2	3
66.	Eu corro ou me exercito.	0	1	2	3
67.	Eu tento alguma coisa totalmente diferente de qualquer coisa citada acima (por favor, descreva).	0	1	2	3