

Universidade do Porto  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

*Contribuições da Psicologia para as novas fronteiras do Transplante  
Cardíaco - avaliação psicossocial, adaptação psicológica e qualidade de vida*

Sílvia Salomé Martinho Vieira da Costa

Tese apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, elaborada sob a orientação da Professora Doutora Marina Prista Guerra e co-orientação do Professor Doutor Manuel Antunes

Trabalho realizado com o apoio de Bolsa de Doutoramento concedida pela  
Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/27532/2006)



**FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA



Ao Pedro



Dizem que o nosso coração é do tamanho do nosso punho fechado:  
se o abrisse tanta coisa fugia  
*António Lobo Antunes*

O coração tem em certos dias um orçamento inoportável  
*Gonçalo M. Tavares*



## Agradecimentos

---

À Professora Doutora Marina Guerra, a quem devo esta investigação. Porque confiou em mim e me incentivou no sonho de concretizar este projeto; pelo ânimo nos momentos menos bons, meus e dela. Não esqueço as vezes que me repetiu que a esperança é a última a morrer, iniciando-me nos magníficos meandros da Psicologia Positiva. Obrigada.

Ao Professor Doutor Manuel Antunes, co-orientador neste projeto, pelo voto de confiança e abertura à inovação, em Portugal, nos inúmeros desafios psicológicos e sociais de que se reveste o trajeto do paciente que se submete à transplantação cardíaca.

À Professora Doutora Carla Martins, as minhas palavras são de reconhecimento eterno pelo saber, rigor científico e amizade com que me recebeu e pela sua serenidade forte com que me contagiou. Obrigada por teres acreditado e me teres “obrigado” a ir jantar fora.

À Professora Doutora Júlia Maciel, pelo profissionalismo e voto de confiança neste projeto; obrigada pela sua sabedoria partilhada e por me fazer sentir sempre em casa.

Ao Dr. Pinheiro Torres, pela admiração que sinto na dedicação que empresta ao seu trabalho e às pessoas. E pela imensa, imensa, disponibilidade, confiança e amizade. Desconfio que traz do Bloco parte dos corações que “conserta”.

À Enfermeira Emília Sola, a quem devo um agradecimento especial pelo excepcional acolhimento e que, com o seu espírito de missão e responsabilidade admiráveis, se mostrou sempre disponível.

À Enfermeira Marta Costa que, no seio da sua boa disposição, companheirismo e paciência, me ensinou tanto sobre o dia-a-dia de quem muda de coração. Obrigada!

Ao Dr. Manuel Baptista, pelo empenho, informalismo e disponibilidade que me cativaram.

À Professora Doutora Mariana Moura Ramos pela sua disponibilidade e incentivo.

À Professora Doutora Anne Jalowiec e Professora Doutora Beth Leedham pela autorização na utilização e tradução da Escala de Adesão Terapêutica no Transplante Cardíaco e da Sub-Escala de Expetativas Positivas, respetivamente.

Ao corações especiais do João, da Sofia e da Daniela, ao coração sábio do Leão (mano!) e ao coração teimoso do Alexandre e da Cátia que tão bem me ensinaram a empreender, a pensar e a concretizar este projeto. Ao Ted, pelo encorajamento e pela generosidade; estás sempre no meu coração. Elsa e Ana, nunca esquecerei todos os incentivos e aquela noitada especial que me ajudou a pôr a primeira ordem no caos.

Obrigada por estarem presentes, cada um à sua maneira.

Aos corações compreensivos da minha família (Tios, Avó e Primos) e de outros grandes Amigos (Tó Zé, Ana e Sardinha, Teresa, Manela, Isabel e Zé, entre outros) que, durante estes anos, se esforçaram *de coração*, por entender as minhas ausências e indisponibilidades, mas estiverem sempre lá para mim.

Ao coração do meu pai, que me ensinou a fórmula para concretizar sonhos.

Ao meu avô, que sempre me esmagou ternamente contra o seu coração.

Ao Pedro, falo ao coração. Obrigada pela tua dádiva e entrega incondicionais e pela Sabedoria com que estás na (minha) vida.

O meu agradecimento especial vai para o coração da minha mãe que fez em mim a inquietação do Conhecimento mas me deu a mansidão sábia do Humanismo. Foi contigo que esta desafiante jornada começou. Obrigada por teres ficado em mim.

Às pessoas que acederam participar neste estudo, envio a minha profunda admiração e respeito pelo caminho de coragem que empreenderam na doença dos seus corações e pelo desafio que foi partilhá-lo comigo. Este trabalho foi por eles, para eles e para todos aqueles que um dia o terão que fazer.

Porto, 21 de Dezembro de 2012



## **Preâmbulo: Transplante Cardíaco - A última fronteira**

---

*“Ainda penso com o outro coração”*

A história da minha relação pessoal com o “coração” já vem de longe. Contudo, o primeiro contacto profissional com a temática da Psicocardiologia remonta a 1994 e constituiu uma paixão ao primeiro encontro com a pessoa em situação de Transplante Cardíaco.

Hoje, a transplantação cardíaca pode oferecer ao paciente, em estágio terminal de doença cardíaca, uma hipótese de uma vida renovada. No entanto esta oportunidade significa entrar num mundo altamente técnico: a última fronteira dos cuidados médicos e psicológicos.

Até aqui chegar, o indivíduo percorre o longo e penoso “caminho”- um tapete rolante em que não se move, mas é transportado. Um caminho de mais meses de internamento em unidades hospitalares intensivas do que na sua casa, um caminho de abandono das atividades de lazer e prazeres variados e, na maioria das vezes, da atividade profissional. Um caminho em que se pode dormir anos sentado num sofá, numa banheira ou simplesmente não dormir; sem força para se alimentar porque o coração revolve inesperadamente o estômago; chegam impossibilidades básicas como absorver o ar circundante ou pegar no filho ao colo. É também o caminho da angústia constante perante a espera do novo “choque” do aparelho que lhe disseram ser o garante da vida ou, porventura, que este se cansa de o ressuscitar e o faça cair num derradeiro choque porque “de tanto bater o meu coração parou”.

Chegado à última fronteira, o coração sádico já roubou à pessoa muitos recursos físicos, emocionais, conjugais, familiares, sociais e financeiros, mas as exigências que se colocam no futuro quer ao paciente, quer à rede familiar, perante a perspectiva de um transplante cardíaco, constituem o derradeiro e maior desafio.

Agora os minutos vivem-se na espera. Entregam-se sem alternativa ao tempo interior e a metas fantasiadas numa esperança intermitente “Acho que não vai passar do dia dos meus anos” “Estou sempre atenta para ver se oíço o helicóptero chegar” e, finalmente, a estranheza face ao aparecimento de um coração vermelho que chega, enfim, de forma surreal numa voz telefónica “Temos um coração para si. Esteja cá dentro de meia hora.” E agora? “Fui...comandado, como se não fosse eu, sem pensar, sim feliz, mas com medo do peito oco”.

Depois do alívio e do “coração” adquiridos, surpreendentemente, lamentam-se com o pudor daqueles a quem o coração não traz a vida. Exigem-lhe novas funções e perdem estatutos de felicidade, outrora garantidos: “O papá é que brinca comigo, a mamã não pode apanhar bichos...”, “Este não é o meu marido, é outra pessoa...”, “Não é normal eu aproveitar, enquanto ela vai tomar banho, para ir urinar só para a ver nua...queria um abraço mas já não sei chegar a

ela e sinto um vazio enorme”, “Sabe há quanto tempo não me abraçam por causa da porcaria dos vírus?”, “Como é que vou ter, novamente, relações sexuais com uma pessoa de quem fui apenas enfermeira durante 8 anos!?”, “Perdi muitas patuscadas com os meus amigos devido à doença”, “Ele continua a dormir no sofá; acho que se habituou depois de tantos anos”, “Estou farto de pensar, agora quero é tratar do meu jardim”. A própria identidade fica à espera de ser reinvestida: “Sinto o meu corpo todo recauchutado por dentro”, “Ainda penso com o outro coração”.

Quando entra a relação de ajuda, sentimos que o presente ainda vem longe para estas pessoas e o passado continua a ser cansaço, como se o coração que carregassem já não fosse (d)outro. Não percebem como aguentaram tal inferno e confessam, a custo, a ideia passada por vezes presente de pôr termo à vida. E falam em deus. Querem ver validado o sofrimento (in)anterior e compreender a experiência com vista a uma nova reorganização interna. Pretendem começar uma “nova vida”, sem mácula ou excessos; por vezes redimem-se da “culpa dos vícios”, o trabalho e os copos de *whisky* sem horas ou dias marcados. Outros, não percebem porque lhes calhou a eles, num misto de revolta e conformismo.

Mas como um encontro de pessoas é um encontro de consciências (Damásio, 2000) que possibilita um crescimento, repentinamente, querem saber tudo o que haviam esquecido e que faz de si o que são: para quando comer um ovo estrelado, os beijos sem a máscara aos filhos ainda pequenos, podar as árvores de fruto no jardim, e conduzir, e nadar no mar e as viagens, e comer uma maçã crua, para quando as madeixas no cabelo, para quando voltar à faculdade, para quando as brincadeiras do amor? É o coração a falar, explicam. É o regresso ao seu mundo que os torna únicos.

Lentamente, perdoam o coração traiçoeiro que lhes tirou a intimidade lançando-os para o mundo da doença, dos iguais e da morte. O corpo reinvestido começa a ser novamente veículo de identificação, objeto de afeição, estima e prazer. Perdem afinal o medo de se perderem de si próprios. Trilham um novo caminho, onde já ninguém os transporta, em direção à autonomia, à maturidade e à auto-realização.

## Resumo

---

Na presente investigação estuda-se o processo de ajustamento psicológico ao período pós-transplante cardíaco numa amostra de pacientes submetida a este procedimento médico. O objetivo geral consistiu em analisar a influência de variáveis sociodemográficas, médicas e psicossociais, avaliadas no período pré-transplante cardíaco, nos indicadores psicossociais de ajustamento *Adesão Terapêutica* e *Qualidade de Vida (QDV)*, seis e 12 meses após a intervenção cirúrgica, procurando identificar os seus preditores. Previamente ao estudo empírico prospetivo foi levado a cabo um estudo piloto, em três dos quatro centros portugueses de transplantação cardíaca, para levantamento das variáveis psicossociais pré-transplante comumente avaliadas junto do paciente.

Este estudo englobou três momentos temporais - antes do transplante cardíaco, seis e 12 meses após o mesmo. 70 candidatos a transplante cardíaco foram avaliados em termos de variáveis sociodemográficas, médicas e psicossociais. Aos 6 meses após o procedimento, os 58 pacientes transplantados (82.9% da amostra inicial) foram reavaliados em relação à *Qualidade De Vida* e avaliados em termos da *Adesão Terapêutica*, bem como em relação às variáveis médicas pós-transplante *Grau de Rejeição do Órgão*, *Número de Re-hospitalizações* e *Prescrição de Medicação Psiquiátrica*. Aos 12 meses após o transplante cardíaco, 55 pacientes (78.6% da amostra inicial) foram novamente reavaliados para as mesmas variáveis do momento anterior.

Em relação à predição do indicador psicossocial de ajustamento - *Adesão Terapêutica* - seis meses após o transplante, destaca-se o papel do *Sexo* e da *Idade*. Assim, o *Sexo* masculino e mais *Idade* predizem menos *Dificuldade de Adesão Terapêutica* seis meses após o transplante cardíaco. Por seu turno, salienta-se a importância da predição da *Dificuldade de Adesão Terapêutica*, 12 meses após o transplante, pela *Dificuldade de Adesão Terapêutica* percecionada pelo paciente, seis meses após o procedimento. Os resultados refletem ainda que a *Dificuldade de Adesão Terapêutica*, aos 12 meses, encontra-se associada positivamente ao *Coping Emocional* utilizado pelo paciente enquanto em lista de espera para a transplantação.

No que diz respeito à predição do indicador psicossocial de ajustamento - *QDV (Componente Mental)* - seis meses após a transplantação, salienta-se o papel de menor *Dificuldade de Adesão Terapêutica* e da ausência de *Prescrição de Medicação Psiquiátrica* numa melhor *QDV Mental*. Ainda, seis meses após a cirurgia, melhor *QDV Mental* prediz melhor *QDV Física*, apesar da *Dificuldade de Adesão* e *Prescrição de Medicação Psiquiátrica* também contribuírem, no mesmo sentido, para o modelo explicativo.

No que se refere à predição do indicador psicossocial de ajustamento - *Qualidade de Vida (Componente Física)* - 12 meses após a transplantação, concluímos que o *Suporte Social* mais elevado (percecionado pelo paciente em lista de espera para o transplante) e menor *Dificuldade de Adesão Terapêutica*, se revelam preditores de melhor *QDV Física*.

No que diz respeito à predição do indicador psicossocial de ajustamento - *Qualidade de Vida (Componente Mental)* - 12 meses após a transplantação, conclui-se que melhor *Suporte Social*, menos

*Dificuldade de Adesão*, acrescidos de maior *Urgência* do transplante e ausência de *Prescrição de Medicação Psiquiátrica* predizem melhor *QDV Mental*. Observamos também que a *Hospitalização* e a *QDV Mental*, prévias ao procedimento, se relacionam positivamente com esta componente aos 12 meses.

Por último, enfatizamos que a *QDV Mental*, pré-transplante, apresenta uma relação positiva com ambas as componentes da *Qualidade de Vida* 12 meses após este procedimento médico. Esta relação sublinha a importância da *QDV Mental*, prévia à transplantação cardíaca, abrindo caminho para a intervenção psicossocial nesta dimensão nos períodos pré e peri-transplante.

Os resultados do presente estudo confirmam, por um lado, a necessidade de integração das variáveis psicossociais - *Suporte Social*, *Coping* e *Qualidade de Vida Mental* - num instrumento de avaliação psicossocial, pré-transplante cardíaco, a ser desenvolvido num futuro próximo. Por outro lado, fundamentam a necessidade de intervenção psicológica junto dos pacientes, em lista de espera para transplante cardíaco e após o mesmo, no sentido de diminuir as dificuldades de adesão terapêutica e promover a sua qualidade de vida após este procedimento cirúrgico.

## Abstract

---

The present research studies the psychological adjustment to heart post-transplant period on a sample of patients who underwent this surgical procedure. The main objective was to analyze the influence of socio-demographic, medical and psychosocial variables, originally assessed in the pre-transplant period, on *Compliance* and *Quality of Life (QOL)* psychosocial adjustment indicators, six and 12 months after the surgery. Said analysis sought to identify the indicators' predictors. A pilot study was conducted in three of the four Portuguese heart transplantation centers, prior to the prospective empirical study, in order to determine the most commonly assessed pré-transplant psychosocial variables.

The study covered three time periods - pre-transplant, six and 12 months after the procedure. 70 heart transplant candidates were assessed on socio-demographic, medical and psychosocial variables. Six months after the surgery, 58 transplanted patients (82.9% of the initial sample) were reevaluated on *Quality of Life* and evaluated on *Compliance* and post-transplant medical variables *Graft Rejection*, *Number of Unscheduled Hospitalizations* and *Prescribed Psychiatric Medication*. 12 months after the heart transplant, 55 patients (78.6% of the initial sample) were reevaluated on the same variables considered for the previous period.

The roles of *Sex* and *Age* stand out, while measuring the psychosocial adjustment indicator - *Compliance* - six months after the transplant. Therefore, male *Sex* and higher *Age* predict less *Compliance Difficulty* at that moment. It is also worth noticing how *Compliance Difficulty*, as perceived by the patient at six months post-transplant, predicts this same psychosocial indicator at 12 months after the procedure. The results also reveal how *Compliance Difficulty*, at 12 months, relates positively with the *Emotional Coping Style* used by the patient while on the transplantation waiting list.

As for the prediction of the psychosocial adjustment indicator - *Mental QOL* - at six months post-transplant, lower *Compliance Difficulty* and the absence of *Prescribed Psychiatric Medication* take on important roles in better *Mental QOL*. At six months post-transplant better *Mental QOL* predicts better *Physical QOL* even though both *Compliance* and *Prescribed Psychiatric Medication* also contribute, in the same direction, to the prediction model.

Regarding the prediction of the psychosocial adjustment indicator - *Physical QOL* - at 12 months post-transplant, we conclude that higher *Social Support* (patient perception on waiting list) and lower *Difficult Compliance* predict better *Physical QOL*.

As for the prediction of the psychosocial adjustment indicator - *Mental QOL* - at 12 months post-transplant, conclusions indicate that better *Social Support* and lower *Difficult Compliance*, together with higher transplant *Urgency*, and absence of *Prescribed Psychiatric Medication* predict better *Mental QOL*. It is also noticeable that *Hospitalization* and *Mental QOL*, both pre-transplant, relate positively to this psychosocial indicator at 12 months.

Finally, we emphasize that pre-transplant *Mental QOL* holds a positive relation with both *QOL* components 12 months after the procedure. This link underlines the importance of *Mental QOL*, prior to heart transplant, thus paving the way to psychosocial intervention in this *QOL* component, both pre and

post-transplant periods.

The results of this study come to confirm, on the one hand, the need to integrate psychosocial variables such as *Social Support*, *Coping* and *Mental QOL* into a psychosocial assessment protocol to be devised in the future; on the other hand, it highlights the need for psychological and counseling intervention in this population, both while on the transplant waiting list and after the procedure, in order to reduce compliance difficulties and to promote the patient's post-transplant quality of life.

## Résumé

---

Dans cette recherche, on étudie le processus d'ajustement psychologique au période après transplantation cardiaque, dans un échantillon de patients soumis à cette chirurgie. On a défini comme objectif général analyser l'influence des variables sociodémographiques, médicales et psychosociales, évaluées dans la période avant transplantation cardiaque dans les indicateurs d'ajustement psychosociaux *Adhésion Thérapeutique* et *Qualité de Vie (QDV)*, six et 12 mois après la chirurgie, en essayant d'identifier ses prédicteurs. On a réalisé une étude pilote, avant l'étude prospective, dans trois des quatre centres portugais de transplantation cardiaque de façon à dresser la liste de variables psychosociales plus souvent évaluées, auprès du patient, avant la transplantation cardiaque.

Cette recherche a considéré trois différents moments dans le temps – pré-greffe, six et 12 mois après la chirurgie. 70 candidats à transplantation cardiaque ont été évalués en termes de variables sociodémographiques, médicales et psychosociales. Aux six mois après la chirurgie, les 58 patients transplantés (82.9% de l'échantillon initial) ont été évalués en termes d'*Adhésion Thérapeutique* et réévalués en termes de *Qualité de Vie*, et aussi en termes de variables médicales après la greffe, *Rejet du Greffon*, *Nombre de Réhospitalisations* et *Prescription de Médication Psychiatrique*. Aux 12 mois après la greffe, 55 patients (78.6% de l'échantillon initial) ont été de nouveau évalués aux mêmes variables du moment précédent.

En ce qui concerne la prédiction de l'indicateur d'ajustement psychosocial - *Adhésion Thérapeutique* - six mois après la chirurgie, on ressort le rôle des variables *Sexe* et *Âge*. Les résultats montrent que le *Sexe* masculin et l'*Âge* élevé prédisent une plus faible *Difficulté d'Adhésion Thérapeutique* six mois après la greffe. À son tour, on met en évidence la prédiction de la *Difficulté d'Adhésion Thérapeutique* 12 mois après la greffe par la *Difficulté d'Adhésion Thérapeutique*, perçue par le patient, six mois après la chirurgie. Les résultats montrent, aussi, que la *Difficulté d'Adhésion Thérapeutique*, 12 mois après la greffe, est associée positivement au *Coping Emotionnel* utilisé par le patient en liste d'attente pour la transplantation cardiaque.

Relativement à la prédiction de l'indicateur d'ajustement psychosocial - *QDV Mentale* - aux six mois après la greffe, on ressort le rôle d'une faible *Difficulté d'Adhésion Thérapeutique* et de l'absence de *Prescription de Médication Psychiatrique* pour une meilleure *QDV Mentale*. Six mois après la chirurgie, une meilleure *Qualité de Vie Mentale* est un prédicteur d'une meilleure *QDV Physique* même si la *Difficulté d'Adhésion Thérapeutique* et la *Prescription de Médication Psychiatrique* contribuent, aussi, pour le modèle explicatif.

En ce qui concerne la prédiction de l'indicateur d'ajustement psychosocial - *QDV Physique* - 12 mois après la greffe, il faut souligner l'importance du *Soutien Social* (perçu par le patient en liste d'attente) plus élevé et d'une plus faible *Difficulté d'Adhésion Thérapeutique* comme prédicteurs d'une meilleure *QDV Physique*.

Quant à la prédiction de l'indicateur d'ajustement psychosocial - *QDV Mentale* - 12 mois après la chirurgie, on peut conclure qu'un mieux *Soutien Social*, une plus faible *Difficulté d'Adhésion Thérapeutique* avec plus d'*Urgence* pour le transplant et l'absence de *Prescription de Médication*

*Psychiatrique* sont prédicteurs d'une meilleure *QDV Mentale*. On peut aussi constater que l'*Hospitalisation* et la *QDV Mentale*, avant la greffe, ont un rapport positif avec cette composante.

Dernièrement, on met en évidence que la *QDV Mentale* avant la greffe montre une association positive avec les deux composantes de la *QDV* 12 mois après la chirurgie. Cette association souligne l'importance de la *QDV Mentale* avant la greffe et ouvre le chemin pour l'intervention psychosociale dans cette dimension avant et après la transplantation.

Les résultats de cette recherche confirment le besoin d'intégrer les variables psychosociales - *Coping*, *Soutien Social* et *Composante Mental de la Qualité de Vie Mentale* - dans un outil d'évaluation psychosocial pré-greffe, à développer au futur, et mettent l'accent sur le besoin d'intervention psychologique, auprès des patients en liste d'attente et après la greffe, avec l'objectif de réduire leur difficultés d'adhésion thérapeutique et améliorer leur qualité de vie après la transplantation cardiaque.



## Índice

---

Agradecimentos.....	vii
Preâmbulo: Transplante Cardíaco - A última fronteira.....	i
Resumo.....	iii
Abstract.....	v
Résumé.....	vii
Índice.....	ix
Índice de Gráficos e Quadros.....	xv
Abreviaturas e siglas.....	xix
<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I - Enquadramento Histórico e Médico da Transplantação Cardíaca.....</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 1. Narrativas histórico-culturais em torno do Coração, da Cardiologia e da Transplantação Cardíaca.....</b>	<b>7</b>
1.1. Advento e breve história da Cardiologia.....	7
1.2. Representação simbólica, cognitiva e fantasmática do coração.....	9
1.2.1. O Coração ao longo dos tempos, das culturas e das crenças.....	9
1.2.2. O Coração simbólico e não simbólico nos nossos dias.....	13
1.3. História da Transplantação Cardíaca.....	15
1.4. Barnard ou o homem que pensava (e) que podia - breve biografia.....	18
<b>Capítulo 2. Aspetos Médicos da Transplantação Cardíaca.....</b>	<b>23</b>
2.1. A Insuficiência Cardíaca.....	23
2.1.1. Caracterização da Insuficiência Cardíaca.....	23
2.1.2. A etiologia da Insuficiência Cardíaca.....	24
2.1.3. Dados epidemiológicos, mortalidade e comorbilidades associadas.....	25
2.1.4. Sobrevivência e prognóstico.....	26
2.1.5. Implicações psicológicas e psicossociais: a depressão e a ansiedade.....	26
2.1.5.2. Ansiedade.....	30
2.2. Indicações clínicas para Transplante Cardíaco.....	31
2.2.1. As miocardiopatias.....	32
2.3. Procedimentos e critérios médicos de seleção na Transplantação Cardíaca.....	32
2.3.1. Avaliação e procedimentos.....	33
2.3.2. Contra-indicações absolutas e relativas.....	37
2.3.3. Contra-indicações psicossociais.....	39
2.4. Os números da Transplantação Cardíaca.....	40
2.4.1. Transplantação Cardíaca no mundo.....	40

2.4.2. Transplantação Cardíaca em Portugal .....	41
2.5. O processo de rejeição do enxerto cardíaco: principais tipos.....	44
2.6. Terapia imunossupressora no Transplante Cardíaco.....	46
2.6.1. Principais imunossupressores e seus efeitos tóxicos <i>Major</i> .....	46
2.7. Mortalidade e morbidade no Transplante Cardíaco .....	48
2.7.1. Sobrevida.....	48
2.7.2. Fatores de risco para a mortalidade .....	49
2.7.3. Causas de morte.....	50
2.7.4. Morbidades.....	51
2.8. Plano de cuidados e estilo de vida após o Transplante Cardíaco .....	53
2.9. A nova face da transplantação cardíaca - o fim do princípio? .....	55
<b>PARTE II – Enquadramento Psicossocial do Transplante Cardíaco.....</b>	<b>59</b>
<b>Capítulo 3. Avaliação psicossocial no transplante cardíaco .....</b>	<b>61</b>
3.1. Estado de arte e reflexões.....	61
3.2. Objetivos e conteúdos da avaliação psicossocial no Transplante Cardíaco .....	63
3.3. Critérios e procedimentos de avaliação psicossocial: ambiguidades presentes e diretrizes futuras..	65
3.4. Instrumentos de avaliação psicossocial utilizados no T.C. ....	69
<b>Capítulo 4. Variáveis psicossociais em estudo na Transplantação Cardíaca.....</b>	<b>71</b>
4.1. Saúde Mental.....	71
4.1.1. Otimismo, bem-estar e saúde .....	71
4.1.2. As variáveis positivas no confronto com a doença cardíaca e com o Transplante Cardíaco: diferente vias, uma atitude - Contributos da Psicologia Positiva .....	74
4.1.3. O papel das emoções: do desenvolvimento individual à saúde física .....	80
4.1.4. Doença cardíaca: o paradigma da influência das emoções na saúde.....	83
4.1.5. Emoções e psicopatologia no Transplante Cardíaco: morbidade psicológica e psiquiátrica .....	85
4.1.5.1. O período de espera por um coração: dançando com a morte.....	85
4.1.5.2. Vivências na Unidade de Cuidados Intensivos e na alta hospitalar .....	88
4.1.5.3. A vida com um novo coração: desafios emocionais e fatores de risco de morbidade psicopatológica.....	89
4.2. <i>Coping</i> e Suporte Social.....	94
4.2.1. <i>Coping</i> - breve abordagem concetual .....	94
4.2.2. O papel do <i>Coping</i> na insuficiência cardíaca e no Transplante Cardíaco .....	96
4.2.3. Como se lida com um coração novo?.....	98
4.2.3.1. Estratégias de <i>Coping</i> utilizadas no período pré-Transplante Cardíaco.....	98
4.2.4. Suporte social: do conceito aos benefícios .....	101
4.2.5. Suporte social e doença cardíaca .....	103
4.2.6. Suporte social e Transplante Cardíaco .....	106

4.2.6.1. O período pré-Transplante Cardíaco .....	106
4.2.6.2. O período pós-Transplante Cardíaco .....	107
4.3. Adesão Terapêutica.....	108
4.3.1. Definição e breve história.....	108
4.3.2. Comportamentos de não adesão na doença em geral.....	109
4.3.3. Prevalência, tipos e consequências dos comportamentos de não adesão no Transplante Cardíaco .....	110
4.3.4. Modalidades de avaliação da Adesão Terapêutica.....	115
4.3.5. Determinantes do comportamento de não Adesão Terapêutica no Transplante Cardíaco .....	117
4.3.5.1. Fatores socioeconômicos .....	117
4.3.5.2. Fatores organizacionais relacionados com o Sistema de Saúde e com a equipa clínica: a importância da relação médico-paciente.....	117
4.3.5.3. Fatores relacionados com a terapêutica.....	120
4.3.5.4. Fatores relacionados com o paciente: o peso das variáveis psicossociais.....	122
4.3.6. Modelos e teorias da Adesão Terapêutica.....	125
4.4. Qualidade de Vida.....	130
4.4.1. Do conceito à aplicação na doença cardíaca terminal.....	130
4.4.2. Transplantação Cardíaca: da sobrevivência à Qualidade “da” Vida - aspetos funcionais, emocionais e sociais.....	131
<b>PARTE III – Estudo Piloto e Estudo Empírico.....</b>	<b>139</b>
<b>Capítulo 5. Estudo Piloto .....</b>	<b>141</b>
5.1. A avaliação psicossocial para Transplantação Cardíaca: lacunas e necessidades.....	141
5.2. Objetivos .....	141
5.3. Metodologia .....	142
5.3.1. Participantes .....	142
5.3.2. Procedimentos .....	142
5.3.3. Instrumentos .....	142
5.4. Resultados.....	142
5.5. Discussão .....	144
<b>Capítulo 6. Estudo Empírico .....</b>	<b>147</b>
6.1. Objetivos.....	147
6.2. Metodologia.....	148
6.2.1. Participantes .....	148
6.2.2. Procedimentos e Desenho do Estudo .....	149
6.2.3. Instrumentos de Avaliação.....	151
6.2.3.1. Ficha de Caracterização Sociodemográfica .....	153
6.2.3.2. Ficha de Caracterização Clínica.....	153

6.2.3.3. <i>Sub-Escala de Expetativas Positivas (Positive Expectations Subscale, PES; Leedham et al., 1995; Tradução Portuguesa Costa &amp; Guerra, 2008)</i> .....	153
6.2.3.4. <i>Escala de Avaliação de Suporte Social (Instrumental-Expressive Social-Support Scale, IESS; Lin et al., 1986; Versão Portuguesa de Guerra, 1995)</i> .....	154
6.2.3.5. <i>Coping with Health Injuries and Problems Scale (CHIPS; Endler et al., 1998; Versão Portuguesa de T. Ferreira et. al., 2003)</i> .....	154
6.2.3.6. <i>Escala de Avaliação de Emoções (Emotional Reactivity Scale, EAS; Carlson et al., 1989; Versão Portuguesa de Moura Ramos et al. 2004; Moura Ramos, 2006)</i> .....	155
6.2.3.7. <i>Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory, BSI; Derogatis, 1982; Versão Portuguesa de Canavarro, 1999)</i> .....	156
6.2.3.8. <i>Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 36 Itens (SF-36 - Health Survey; Ware et al., 1993; Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, 2005b; P. Ferreira, 2000a, 2000b; P. Ferreira &amp; Santana, 2003)</i> .....	159
6.2.3.9. <i>Escala de Adesão Terapêutica no Transplante Cardíaco – Avaliação de Problemas com o Regime de Transplantação Cardíaca (Heart Transplant Compliance Scale - Assessment of Problems with the Heart Transplant Regimen, HTCS; Grady et al., 1998; Tradução Portuguesa de Costa &amp; Guerra, 2008)</i> .....	160
<b>Capítulo 7. Estudo e adaptação de instrumentos</b> .....	<b>163</b>
7.1. Qualidades psicométricas dos instrumentos aplicados na amostra em estudo .....	163
7.2. Adaptação e estudo das características psicométricas da Versão Portuguesa da <i>Positive Expectations Subscale</i> , PES (Leedham et al., 1995) numa amostra de pacientes em lista de espera para transplante cardíaco.....	165
7.2.1. Estudo das características psicométricas da PES .....	165
7.2.1.1. Validade interna dos itens .....	165
7.2.1.2. Validade fatorial .....	166
7.2.1.3. Estudos de fidelidade – análise da consistência interna .....	167
7.3. Adaptação e estudo das características psicométricas da Versão Portuguesa da <i>Heart Transplant Compliance Scale - Assessment of Problems with the Heart Transplant Regimen, HTCS</i> (Grady et al., 1998) numa amostra de pacientes em lista de espera para transplante cardíaco .....	168
7.3.1. Estudo das características psicométricas da Subescala <i>Dificuldade de Adesão Terapêutica</i> .....	169
7.3.1.1. Validade interna dos itens .....	169
7.3.1.2. Validade de critério da Subescala Dificuldade de Adesão Terapêutica .....	170
7.3.1.3. Estudos de fidelidade – análise da consistência interna .....	171
7.3.2. Estudo das características psicométricas da Subescala da <i>Frequência de Adesão Terapêutica</i> ..	172
7.3.2.1. Validade interna dos itens .....	172
7.3.2.2. Validade de critério da Subescala <i>Frequência de Adesão Terapêutica</i> .....	173
7.3.2.3. Estudos de fidelidade – análise da consistência interna .....	174
7.3.3. Correlação entre as subescalas Dificuldade e Frequência da Adesão Terapêutica.....	176

7.4. Conclusões e apreciação crítica .....	176
<b>Capítulo 8. Resultados do estudo empírico: caracterização das variáveis nos três momentos de avaliação (pré-transplante, seis e 12 meses após T.C.).....</b>	<b>179</b>
8.1. Caracterização dos candidatos a transplante cardíaco.....	179
8.1.1. Variáveis Médicas pré-T.C.....	179
8.1.2. Variáveis Psicossociais .....	181
8.1.2.1. Expetativas Positivas.....	181
8.1.2.2. Suporte Social .....	181
8.1.2.3. <i>Coping</i> .....	181
8.1.2.4. Reatividade Emocional .....	182
8.1.2.5. Psicopatologia.....	182
8.1.2.6. Qualidade de Vida.....	183
8.1.3. Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e Médicas com as Variáveis Psicossociais .....	183
8.1.4. Relação entre as diferentes Variáveis Psicossociais.....	184
8.2. Caracterização dos pacientes seis meses pós-T.C.....	186
8.2.1. Variáveis Médicas seis meses pós-T.C. ....	186
8.2.1.1. Rejeição.....	186
8.2.1.2. Re-hospitalizações.....	187
8.2.1.3. Medicação Psiquiátrica .....	187
8.2.2. Indicadores Psicossociais de Ajustamento .....	187
8.2.2.1. Adesão Terapêutica.....	188
8.2.2.2. Qualidade de Vida.....	188
8.2.3. Relações entre os Indicadores Psicossociais de Ajustamento e as Variáveis Médicas seis meses pós-T.C. ....	189
8.3. Caracterização dos pacientes 12 meses pós-T.C.....	189
8.3.1. Variáveis Médicas 12 meses pós-T.C. ....	189
8.3.1.1. Rejeição.....	189
8.3.1.2. Re-hospitalizações.....	190
8.3.1.3. Medicação Psiquiátrica .....	190
8.3.2. Indicadores Psicossociais de Ajustamento .....	191
8.3.2.1. Adesão Terapêutica.....	191
8.3.2.2. Qualidade de Vida.....	191
8.3.3. Relações entre os Indicadores Psicossociais de Ajustamento e as Variáveis Médicas 12 meses pós-T.C.....	192
<b>Capítulo 9. Resultados do estudo empírico: evolução ao longo do tempo, associação e predição das variáveis.....</b>	<b>193</b>
9.1. Evolução ao longo do tempo das Variáveis Médicas pós-T.C.....	193
9.1.1. Rejeição.....	193

9.1.2. Re-hospitalizações.....	193
9.1.3. Prescrição de Medicação Psiquiátrica .....	193
9.2. Adesão Terapêutica.....	194
9.2.1. Evolução da Adesão Terapêutica ao longo do tempo (seis e 12 meses pós-T.C.).....	194
9.2.2. Relação entre a Adesão Terapêutica e as variáveis Sociodemográficas, Médicas e Psicossociais.....	194
9.2.3. Predição da Adesão Terapêutica seis meses pós-T.C.....	196
9.2.4. Predição da Adesão Terapêutica aos 12 meses pós-T.C.....	197
9.3. Qualidade de Vida.....	198
9.3.1. Evolução da Qualidade de Vida ao longo do tempo (seis e 12 meses pós-T.C.) .....	198
9.3.2. Relação entre a Qualidade de Vida e as variáveis Sociodemográficas, Médicas e Psicossociais	199
9.3.3. Predição da Qualidade de Vida seis meses pós-T.C.....	202
9.3.4. Predição da Qualidade de Vida aos 12 meses pós-T.C. ....	204
<b>Capítulo 10. Síntese e discussão dos resultados .....</b>	<b>207</b>
10.1. Contextualização sociodemográfica e estudo integrado das variáveis médicas e psicossociais – <i>Expetativas Positivas, Suporte Social, Coping, Reatividade Emocional, Psicopatologia e Qualidade de Vida</i> - dos pacientes candidatos a Transplante Cardíaco .....	207
10.2. Relação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis médicas – <i>Rejeição, Re-hospitalizações e Prescrição de Medicação Psiquiátrica</i> – nos pacientes submetidos a Transplante Cardíaco, seis meses após o mesmo .....	213
10.3. Evolução das variáveis médicas – <i>Rejeição, Re-hospitalizações e Medicação Psiquiátrica</i> – e relação das mesmas com as variáveis sociodemográficas nos pacientes submetidos a Transplante Cardíaco, 12 meses após o mesmo .....	213
10.4. Ajustamento psicológico à situação de Transplante Cardíaco: o papel da <i>Adesão Terapêutica</i> – relações com as variáveis sociodemográficas, médicas e psicossociais.....	214
10.4.1. Predição da <i>Adesão Terapêutica</i> .....	216
10.5. Ajustamento psicológico à situação de Transplante Cardíaco: o papel da <i>Qualidade de Vida</i> – relações com as variáveis sociodemográficas, médicas e psicossociais.....	217
10.5.1. Predição da <i>Qualidade de Vida</i> .....	220
<b>Conclusão .....</b>	<b>223</b>
<b>Glossário .....</b>	<b>229</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>231</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>293</b>
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética do Hospital de S. João - Porto .....	294
Anexo 2 - Parecer da Comissão de Ética dos Hospitais da Universidade de Coimbra .....	297
Anexo 3 - Parecer da Comissão de Ética do Hospital de Santa Cruz - Lisboa.....	298

Anexo 4 – Consentimento Informado .....	299
Anexo 5 – Ficha de Caracterização Psicossocial .....	300
Anexo 6 - Ficha de Caracterização Clínica.....	301
Anexo 7 - Contra-indicações relativas e absolutas para o T.C.....	302
Anexo 8 – Objetivos gerais, específicos e conteúdos da Avaliação Psicossocial pré-T.C.....	302
Anexo 8 – Objetivos gerais, específicos e conteúdos da Avaliação Psicossocial pré-T.C.....	303

## Índice de Gráficos e Quadros

---

Gráfico 1 - Evolução do número de Transplantes Cardíacos (1982-2009) (ISHLT, 2011).....	41
Gráfico 2 - Evolução do número de Transplantes Cardíacos em Portugal (ASST, 2011) .....	42
Gráfico 3 - Curvas Kaplan-Meier de sobrevivência por época (Jan. 1982 - Jun. 2009).....	49
Gráfico 4 - Principais causas de morte após o T.C. (1998-2010) (ISHLT, 2011).....	50
Quadro 1 - Critérios de distribuição de coração (ASST).....	35
Quadro 2 - Classificação dos tipos de Rejeição .....	45
Quadro 3 - Plano de Cuidados e Estilo de Vida após o Transplante Cardíaco.....	54
Quadro 4 - Critérios de Avaliação Psicológica do candidato a T.C.....	67
Quadro 5 - Entrevista semi-estruturada ao profissional de saúde responsável pela avaliação psicossocial pré-T.C.....	143
Quadro 6 - Desenho do Estudo Empírico, Variáveis e Indicadores .....	151
Quadro 7 - Instrumentos de Avaliação .....	152
Quadro 8 - Dados de fidelidade dos instrumentos utilizados na amostra do estudo .....	164
Quadro 9 - Correlação Item-Total PES .....	166
Quadro 10 - Fatores ortogonais após análise fatorial exploratória (rotação Varimax segundo critério de Kaiser).....	167
Quadro 11 - Alpha de Cronbach para a escala PES quando cada item é eliminado e com todos os itens	168
Quadro 12 - Correlação Item-Total para a subescala Dificuldade de Adesão Terapêutica.....	169
Quadro 13 - Correlação da Dificuldade de Adesão Terapêutica com a Qualidade de Vida.....	170
Quadro 14 - Alpha de Cronbach para a subescala Dificuldade de Adesão Terapêutica aos seis meses quando cada item é eliminado e com todos os itens .....	171
Quadro 15 - Comparação dos valores de alpha de Cronbach para a subescala Dificuldade de Adesão Terapêutica na versão original e adaptada .....	172
Quadro 16 - Correlação Item-Total para a subescala Frequência de Adesão Terapêutica .....	173
Quadro 17 - Correlação da Frequência de Adesão Terapêutica com a Qualidade de Vida.....	174
Quadro 18 - Alpha de Cronbach para a subescala Frequência de Adesão Terapêutica aos seis meses	

quando cada item é eliminado e com todos os itens .....	175
Quadro 19 - Comparação dos valores de alpha de Cronbach para a subescala Frequência de Adesão Terapêutica na versão original e adaptada .....	175
Quadro 20 - Correlações entre as subescalas da Dificuldade e Frequência de Adesão Terapêutica .....	176
Quadro 21 - Caracterização médica da amostra no pré-T.C. (1º momento, N = 70).....	180
Quadro 22 - Medidas descritivas da variável Expetativas Positivas (1º momento, N = 70) .....	181
Quadro 23 - Medidas descritivas do Suporte Social (1º momento, N = 70).....	181
Quadro 24 - Medidas descritivas das componentes de Coping (1º momento, N = 70) .....	182
Quadro 25 - Medidas descritivas dos fatores da Reatividade Emocional (1º momento, N = 70).....	182
Quadro 26 - Medidas descritivas das dimensões e índices globais do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (1º momento, N = 70).....	182
Quadro 27 - Medidas descritivas das dimensões e componentes da Qualidade de Vida (1º momento, N = 70).....	183
Quadro 28 - Relações entre as Variáveis Sociodemográficas e Médicas com as Variáveis Psicossociais avaliadas no pré-T.C. ....	184
Quadro 29 - Relações entre as Variáveis Psicossociais avaliadas no pré-T.C. ....	185
Quadro 30 - Rejeição seis meses após o T.C (2º momento, N = 58).....	186
Quadro 31 - Re-hospitalizações seis meses após o T.C. (2º momento, N = 58).....	187
Quadro 32 - Medicação Psiquiátrica seis meses após o T.C. (2º momento, N = 58) .....	187
Quadro 33 - Medidas descritivas da Adesão Terapêutica seis meses após o T.C. (2º momento, N = 58) .....	188
Quadro 34 - Medidas descritivas das Dimensões e Componentes da Qualidade de Vida seis meses após o T.C. (2º momento, N = 58) .....	188
Quadro 35 - Relações entre os indicadores psicossociais de ajustamento e as variáveis médicas seis meses após o T.C. ....	189
Quadro 36 - Rejeição 12 meses após o T.C. (3º momento, N = 55).....	190
Quadro 37 - Re-hospitalizações 12 meses após o T.C. (3º momento, N = 55).....	190
Quadro 38 - Medicação Psiquiátrica 12 meses após o T.C. (3º momento, N = 55) .....	190
Quadro 39 - Medidas descritivas da Adesão Terapêutica 12 meses após o T.C. (3º momento, N = 55) ..	191
Quadro 40 - Medidas descritivas da Qualidade de Vida 12 meses após o T.C. (3º momento, N = 55) ....	191
Quadro 41 - Relações entre os Indicadores Psicossociais de Ajustamento e os Indicadores Médicos 12 meses após o T.C. ....	192
Quadro 42 - Comparação da Adesão Terapêutica seis e 12 meses após o T.C. ....	194
Quadro 43 - Relação entre a Adesão Terapêutica e as Variáveis Sociodemográficas, Médicas e Psicossociais .....	195
Quadro 44 - Modelo para predição da Adesão Terapêutica seis meses após o T.C. ....	196
Quadro 45 - Modelo para predição da Adesão Terapêutica 12 meses após o T.C. ....	197
Quadro 46 - Comparação da Componente Física da Qualidade de Vida no pré-T.C., seis e 12 meses	



após o T.C.....	198
Quadro 47 - Diferenças na Componente Física da Qualidade de Vida em função do momento temporal da sua avaliação .....	198
Quadro 48 - Comparação da Componente Mental da Qualidade de Vida no pré-T.C., seis e 12 meses após o T.C.....	199
Quadro 49 - Diferenças na Componente Mental da Qualidade de Vida em função do momento temporal da sua avaliação .....	199
Quadro 50 - Relação das Componentes Mental e Física da Qualidade de Vida com as variáveis Sociodemográficas, Médicas e Psicossociais .....	200
Quadro 51 - Modelo para predição da Componente Física da Qualidade de Vida seis meses após o T.C. ....	202
Quadro 52 - Modelo para predição da Componente Mental da Qualidade de Vida seis meses após o T.C. ....	203
Quadro 53 - Modelo para predição da Componente Física da Qualidade de Vida 12 meses após o T.C. ....	204
Quadro 54 - Modelo para predição da Componente Mental da Qualidade de Vida 12 meses após o T.C. ....	205



## Abreviaturas e siglas

---

ASST - Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação  
BSI - *Brief Symptom Inventory*  
CHIPS - *Coping with Health Injuries and Problems Scale*  
DSM-IV-R - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*  
DVE – Doença Vascular do Enxerto  
ECG - Eletrocardiograma  
EAS - *Emotional Reactivity Scale*  
E.T. - Equipa de Transplantação  
CDI - Cardio-desfibrilhador implantável  
GCCT - Gabinete de Coordenação de Colheita e Transplantação  
HTCS - *Heart Transplant Compliance Scale*  
I.C. - Insuficiência Cardíaca  
IESS - *Instrumental-Expressive Social-Support Scale*  
ISHLT - *The International Society for Heart and Lung Transplantation*  
NYHA - *New York Heart Association*  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OPTN - *Organ Procurement and Transplantation Network*  
PES - *Positive Expectations Subscale*  
QDV - Qualidade de Vida  
SF-36 - *Health Survey*  
UCI - Unidade de Cuidados Intensivos  
UNOS - *United Network for Organ Sharing*  
T.C. - Transplante Cardíaco  
WHO - *World Health Organization*



## Introdução

---

A transplantação cardíaca promove a sobrevivência nos pacientes com insuficiência cardíaca terminal, tendo vindo a revelar-se uma modalidade terapêutica promissora para esta patologia. Aliás, num contexto de uma doença cardíaca ameaçadora da vida, dificilmente outro tratamento apresenta tanto impacto na melhoria da esperança e qualidade de vida como o transplante cardíaco.

No entanto, a sua natureza radical constituindo a última alternativa à morte, a curto prazo, representa não uma vivência estacionária para o paciente, mas sim uma experiência psicossocial complexa e prolongada no tempo. Enquanto processo e não procedimento curativo, o transplante cardíaco implica alterações patofisiológicas agudas e crónicas, psicológicas e psicossociais, exigindo do paciente mudanças profundas e irreversíveis no estilo de vida, papéis e relações familiares e laborais e na existência como um todo. A pessoa submetida a um transplante cardíaco não está curada da sua enfermidade; “apenas” ultrapassa a última fronteira, desafiando a morte próxima, ganhando expectativa e qualidade de vida, caso consiga lidar com todo o percurso da nova cronicidade.

Uma destas tarefas adaptativas é a adesão a um regime terapêutico multidimensional após a cirurgia, exigente e disciplinado, em que o paciente é confrontado com diferentes procedimentos médicos (acompanhamento médico contínuo e rigoroso - exames, biopsias, internamentos – manutenção da medicação imunossupressora e seus efeitos colaterais) e alteração do estilo de vida. A adesão terapêutica pós-transplante requer um compromisso eterno do paciente consigo próprio. Só desta forma conseguirá obter (qualidade de) vida. No entanto, a complexidade do processo de transplantação sugere que uma ótima capacidade funcional não é condição suficiente para uma qualidade de vida satisfatória. Os estudos apontam no sentido de que o estado emocional e psicológico após o transplante, controlados os fatores somáticos, é preditor não só dos resultados físicos mas também psicológicos e da mortalidade (Havik et al., 2007; Dew et al., 1999). Por seu turno, existe uma preocupação crescente, refletida na investigação sobre a temática da influência dos fatores psicológicos e sociais, prévios ao procedimento, no sucesso médico e psicológico do mesmo (Bohachick, Taylor, Sereika, Reeder, & Anton, 2002; Denny, 2011; Dobbels et al. 2009; Fine et al., 2009; Myaskovsky et al., 2006). Urge então minimizar a morbidade física e psicológica que coexiste paralelamente, clarificando a importância do enquadramento psicossocial pré-transplante cardíaco.

Assim, esta investigação longitudinal, que se estrutura em três momentos de avaliação (pré-transplante, seis e 12 meses pós-transplante) tem como objetivo principal identificar e clarificar as variáveis psicossociais fundamentais na adaptação ou ajustamento psicológico do

paciente, aqui operacionalizado pela adesão terapêutica e qualidade de vida, à situação de transplante cardíaco.

Este trabalho organiza-se em três grandes partes: Parte I - Enquadramento Histórico e Médico da Transplantação Cardíaca, Parte II - Enquadramento Psicossocial da Transplantação Cardíaca e Parte III - Estudo Piloto e Estudo Empírico, num total de 10 Capítulos.

No primeiro Capítulo da Parte I percorremos de forma breve a História e culturas que explicam a forte carga simbólica do Coração até aos dias de hoje e terminamos com a história da transplantação cardíaca, salientando os principais protagonistas deste importante evento médico. No segundo Capítulo exploramos as narrativas médicas do transplante cardíaco enfatizando a insuficiência cardíaca terminal, decorrente das diferentes patologias cardíacas, enquanto diagnóstico para o procedimento; abordamos a evolução dos números da transplantação cardíaca no mundo, e concretamente em Portugal, e explicamos os processos de rejeição do órgão, da imunossupressão e dos seus efeitos secundários *Major*. Encerrámos o Capítulo com as principais morbilidades físicas e psicológicas associadas a este procedimento e as diretrizes comportamentais inerentes ao novo estilo de vida que o paciente deverá empreender após a cirurgia.

Na Parte II, procedemos ao enquadramento psicossocial da transplantação cardíaca começando por evidenciar, no Capítulo 3, a importância emergente do paradigma da saúde mental na transplantação cardíaca. Nesta sequência relatam-se evidências empíricas sobre a importância da avaliação psicossocial pré-transplante cardíaco no sucesso do ajustamento médico e psicológico do paciente que se submete ao procedimento e do acesso justo ao mesmo. Damos conta de algumas divergências ao nível das contra-indicações psicossociais para o transplante e focalizámo-nos nos contornos desejáveis desta avaliação, enfatizando os seus objetivos, critérios e procedimentos.

O Capítulo 4 é dedicado à integração de vários contributos teóricos para uma melhor compreensão psicossocial do processo de transplantação cardíaca. Sob a égide da Psicologia Positiva, e no contexto deste procedimento cirúrgico, analisámos o efeito protetor na saúde mental de variáveis como o otimismo e as emoções, o suporte social e o *coping*. Dedicamo-nos ainda à exploração da sintomatologia psicopatológica frequentemente encontrada no período peri-transplante e, finalmente, terminámos o Capítulo enfatizando a adesão terapêutica e a qualidade de vida percecionadas pelo paciente, salientando a sua importância enquanto indicadores de ajustamento psicológico à cirurgia de transplantação cardíaca.

O Capítulo 5 inicia a Parte III deste trabalho com um estudo piloto, por nós realizado, sobre a avaliação psicossocial pré-transplante cardíaco em três dos quatro centros de transplantação cardíaca portugueses. As conclusões deste estudo serviram de ponto de partida

para o estudo empírico, reforçando os objetivos deste último.

No Capítulo 6 descrevemos o estudo empírico, explicitando os objetivos específicos e os aspetos metodológicos do mesmo; nomeadamente a operacionalização das variáveis e indicadores, o desenho do estudo, a constituição da amostra e os procedimentos utilizados para a recolha de dados. Terminamos com a descrição dos instrumentos de avaliação utilizados.

O Capítulo 7 é dedicado ao estudo e adaptação de instrumentos, onde começamos por analisar as características psicométricas dos mesmos, aplicados à amostra em causa. Concluímos com a adaptação da versão portuguesa da *Positive Expectations Subscale* (PES) e da *Heart Transplant Compliance Scale* (HTCS) por se revelarem dois instrumentos fundamentais e específicos para o ajustamento a este procedimento cirúrgico e pela sua pertinência em contextos de investigação e intervenção clínica nesta área.

Iniciamos a apresentação dos resultados no Capítulo 8, onde caracterizamos os pacientes nos três momentos de avaliação (lista de espera para a transplantação, seis e 12 meses após a mesma) em termos de variáveis sociodemográficas, variáveis médicas pré e pós-transplante, e variáveis e indicadores psicossociais. Seguidamente, estudamos as inter-relações entre as variáveis sociodemográficas e médicas com as psicossociais, prosseguindo com a análise das relações apenas entre as diferentes variáveis psicossociais. Por último, exploramos as inter-relações entre os indicadores psicossociais de ajustamento e as variáveis médicas pós-transplante, aos seis e 12 meses. O Capítulo 9 é dedicado aos resultados referentes à evolução, ao longo do tempo, das variáveis médicas pós-transplante e dos indicadores psicossociais de ajustamento, bem como ao estudo das inter-relações entre os referidos indicadores psicossociais e as variáveis sociodemográficas, médicas e psicossociais. Terminamos com a exploração dos modelos de predição dos referidos indicadores de ajustamento psicossocial (adesão terapêutica e qualidade de vida), aos seis e 12 meses de avaliação dos mesmos.

Por último no Capítulo 10, e ao longo de cinco sub-capítulos, são sintetizados e discutidos os resultados obtidos nesta investigação, integrando-os no quadro concetual anteriormente apresentado. Terminamos, salientando as principais conclusões e implicações do estudo para o ajustamento psicossocial dos pacientes em situação de transplante cardíaco. Numa articulação com o estudo piloto e com a experiência de apoio psicológico junto dos pacientes, procura-se projetar os resultados obtidos em linhas de desenvolvimento para o futuro da avaliação psicossocial pré-transplante cardíaco, enfatizando a importância da mesma como ponto de partida para uma intervenção psicossocial pós-transplante junto desta população.

Terminamos com uma reflexão sobre as dificuldades e limitações encontradas na realização deste trabalho.





## **PARTE I - Enquadramento Histórico e Médico da Transplantação Cardíaca**



## Capítulo 1. Narrativas histórico-culturais em torno do Coração, da Cardiologia e da Transplantação Cardíaca

---

Este capítulo encontra-se dividido em duas partes. Na primeira parte, propomo-nos perceber o motivo do coração ser um órgão altamente investido do ponto de vista emocional. Para tal, efetuamos um breve percurso histórico e cultural pelos vários referenciais imagéticos que o Coração tem vindo a assumir ao longo do tempo. Começamos pelos primórdios do que hoje apelidamos de Cardiologia, e prosseguimos enquadrando o simbolismo do coração nas crenças e momentos da História onde este é mais emergente. Terminamos esta primeira parte, salientando a difícil dissociação entre o órgão simbólico e o órgão médico. Na segunda parte deste capítulo apresentamos a História da Transplantação Cardíaca e seus protagonistas, terminando com uma breve biografia de Christiaan Barnard.

### 1.1. Advento e breve história da Cardiologia

*“The heart is the beginning of life; the sun of the microcosm... for it is the heart by whose virtue and pulse the blood is moved, perfected, made apt to nourish, and is preserved from corruption and coagulation; it is the household divinity which, discharging its function, nourishes, cherishes, quickens the whole body, and is indeed the foundation of life, the source of all action.”*

William Harvey, 1628

A história da Cardiologia e, intrinsecamente do coração, remonta à Antiguidade e, na altura, centrava-se apenas em observações clínicas e palpação do pulso (Boyadijan, 1980). O coração era o “órgão nobre essencial à vida, o primeiro a viver e o último a morrer” (Pita & Carmona, 2004, p. 71). Em tempos considerado como o centro da alma e impenetrável à doença, o coração era uma fonte de mistérios e maravilhas.

Galeno, médico grego que trabalhou em Roma para o Imperador Marco Aurélio entre os anos 170 e 200 da era Cristã, considerava que o coração era uma fonte de calor e que as veias transportavam o *pneuma* (alento) (Silverman & Wooley, 2008) que sustentava a tenacidade dos organismos vivos. Esta doutrina prevaleceu por mais de 15 Séculos.

Seguiram-se os trabalhos anatómicos de Da Vinci, no Século XV e XVI, que realizou estudos inéditos, integrando o conhecimento anatómico, obtido através da dissecação, com o conhecimento da representação artística e focalizando os detalhes da forma externa do corpo humano. Da Vinci, foi o primeiro a perceber que os órgãos internos deveriam ter uma função (Prata, 2000).

Só em 1616, William Harvey, descreve corretamente o sistema circulatório e o efeito de bomba do coração (Boyadijan, 1980). Este médico britânico levou até ao Rei Charles I, na

Inglaterra, o coração de um cão que ele dissecara, conseguindo demonstrar que o sangue circulava pelas artérias e retornava pelas veias às custas do impulso motor provocado pela contração dos músculos do coração. Harvey aventurava-se na possibilidade de analisar o corpo humano como uma máquina e, aos poucos, foi revelando cada um dos princípios mecânicos que colocam o corpo em funcionamento.

Nesta época, em que a Medicina ainda se debatia com o grande dilema entre a Ciência e a Alma, a cada nova investigação, os fenômenos naturais foram-se revelando processos químicos e mecânicos passíveis de quantificação e reprodução em laboratório. A existência de uma “entidade imaterial” vai perdendo sentido no domínio da fisiologia orgânica e, simultaneamente, com a descrição do sistema circulatório, Harvey reforça o conceito cárdio circulatório de vida e morte (Pita & Carmona, 2004). “O coração de Harvey” perde o estatuto de mito trazido pelas antigas culturas e o médico passa a segurar na sua mão o coração “real”, em sístole e diástole, descrevendo as câmaras cardíacas, o que se sobrepõe ao coração simbólico. A partir desta altura ou se falava no músculo dividido em quatro partes encerrado no peito ou no órgão sensível descrito pelos poetas e amantes (Godwin, 2003).

Podemos dizer que a Cardiologia iniciou um percurso desde a anatomia e patologia descritivas do coração nos Séculos XVII<sup>1</sup> e XVIII, passando pela era do estudo da doença cardíaca e sua patofisiologia na segunda metade do Século XIX e primeira metade do Século XX (Pita & Carmona, 2004).

A introdução dos primeiros instrumentos de precisão (medição da pressão arterial, raio-X torácico e eletrocardiograma - ECG), no final do Século XIX e princípio do Século XX, transformaram a medicina e conduziram à especialização da cardiologia (Silverman & Wooley, 2008). Por outro lado, após o surgimento da cateterização clínica, da circulação extra-corporal e da cirurgia intracardíaca, em meados do Século XX (1950), o campo da cardiologia subdividiu-se em múltiplas e especializadas disciplinas (Malouf, Edwards, Tajik, & Seward, 2008) orientando-se para uma filosofia mais laboratorial e menos de cabeceira de cama. A introdução nas últimas duas décadas de técnicas imagiológicas não invasivas (ecocardiografia e tomografia axial computadorizada) modificou radicalmente a perceção da anatomia e patofisiologia cardíacas, permitindo um novo salto na evolução da Cardiologia (Malouf et al., 2008).

<sup>1</sup> A maioria dos historiadores remete o advento da Cardiologia para a descoberta da circulação sanguínea, no início do Século XVII, por William Harvey.

## 1.2. Representação simbólica, cognitiva e fantasmática do coração

### 1.2.1. O Coração ao longo dos tempos, das culturas e das crenças

*“A cirurgia cardíaca chegou provavelmente aos limites impostos pela natureza e nenhuma nova descoberta poderá superar as dificuldades naturais que caracterizam um ferimento do coração”*

James Paget, 1896

Quando Paget, fisiologista e cirurgião britânico, proferiu estas palavras em 1896, o coração humano estava fortemente envolto num mistério científico e religioso. Tratava-se então, de um órgão profundamente enterrado no corpo, audível mas nunca visível, cirurgicamente intocável e espiritualmente sagrado e, segundo os médicos mais reputados do Século XIX, assim iria permanecer para sempre. Nesta altura, seria impensável imaginar um bisturi a rondar o coração, e muito menos a maravilha do transplante cardíaco. Mas se Paget e a sua equipa tivessem vivido mais 50 anos, teriam vislumbrado o início de anos de pesquisa, experimentação, fracasso e eventuais avanços em cirurgia cardíaca de peito aberto e fechado que conduziram ao momento em que a resistência romântica e cirúrgica foi ultrapassada e o coração humano foi retirado de um corpo e transplantado noutra.

No entanto, a natureza simbólica do coração não se extinguiu, complicando até, na maioria das vezes, a sua substituição. Este órgão, com as suas associações à vitalidade, às emoções, à alma e à vida afetiva; contentor da vida emocional e da personalidade (Inspector, Kutz, & David, 2004) foi imbuído ao longo da História de qualidades espirituais e mitológicas.

Após o primeiro transplante cardíaco (T.C.), o paradigma da morte como uma clara antítese da vida, modificou-se, i.e., a morte e a vida não foram mais as mesmas; hoje o coração pode palpitar vigorosamente no peito de uma pessoa morta e pode parar, pela intervenção humana (nas cirurgias cardíacas com o apoio da circulação extra-corporal); pode, inclusivamente, retirar-se da cavidade torácica e a pessoa estar viva.

O advento do transplante cardíaco, ao introduzir o conceito de morte cerebral, une tecnologia, ciência e ética de uma forma até então inexistente, a ponto de mentes mais críticas o conceberem, inicialmente, como um desrespeito pela forma cristã de viver (Reiss, 2003).

O desenvolvimento simbólico do coração deriva não só das experiências individuais como de imagens e ideias universais (mitológicas, culturais e históricas) que se foram sedimentando ao longo da história da humanidade.

O simbolismo do coração, sendo aquele que mais se destaca de todos os órgãos, é central em inúmeros mitos, transversal a todas as culturas, da pré-história até aos nossos dias (Ramos, 1990).

A base etimológica da palavra *coração* é *Cor*, em latim, que acaba por derivar para *cordial*,

acordar, recordar, coragem, misericórdia (Ramos, 1990). Na antiga língua celta, tanto “centro” como “coração” provêm da raiz etimológica indo-européia *krd* deriva de *kardia*, em grego (Ramos, 1990). Desta forma, o coração foi sempre conotado como um centro, reforçado em português, pelo sufixo “ção”, que amplia a palavra para as noções de conhecimento, crédito ou comportamentos como cordialidade ou misericórdia (Ramos, 1990). Segundo a sua etimologia, trata-se de um centro vital, um lugar para os sentimentos, conhecimentos intuitivos e comportamentos.

Entre os povos Maia e Asteca, e por muitos Séculos (de 500 a.C até ao Século XVII d.C) o coração foi um dos símbolos centrais em vários rituais religiosos. Através de rituais de sacrifício humano, o coração do homem alimentava o coração dos deuses, revitalizando os primeiros e conduzindo-os à sua imortalidade (Godwin, 2003).

Já na decadência do Império asteca, os sacerdotes mais velhos alimentavam-se do coração das vítimas voluntárias que esventravam, assimilando a sua força e coragem (Ramos, 1990). Algumas etnias de África, como os *Basutos* e os *Yoruba*, praticavam o canibalismo “psicológico”, em que o coração de um animal ou de um humano adversário era ingerido com o propósito de transferir certas capacidades e características de personalidade (Inspector et al., 2004). O coração era então tido, como o contentor da vida espiritual e emocional.

Preces dirigidas aos deuses (Século II a.C) chamadas “*Elegias para acalmar o coração de um deus zangado*” eram proferidas em situações em que a doença atingia o Homem (Ramos, 1990). Tratava-se de pedidos de socorro dirigidos ao coração da divindade, pedindo perdão. Assim sentimentos de raiva, amor e misericórdia eram centralizados no coração tanto dos deuses como dos homens.

Na cultura e religião egípcias o coração está constantemente presente como centro da vida, local da inteligência e da consciência moral, constituindo o repositório da alma e o centro da vontade; a fonte de vida e criação (os filhos eram apelidados “sangue do coração” pois do coração da mãe descia o sangue para o útero onde a criança era gerada) e estava na origem dos bons e maus pensamentos (Erman, 1952). A sua preservação revelava-se de tal forma importante, que era o único órgão deixado no corpo no processo de mumificação; o cérebro, nesta altura, era tido como um órgão pouco importante e a mumificação deixava-o de fora por não ser considerado “víscera nobre” (Pita & Carmona, 2004, p. 71). Tendo em conta a convicção egípcia de que morte e vida eram um processo contínuo e complementar, em todos os papiros funerários encontramos a cena do julgamento do coração da pessoa que morria. O coração do morto, na sua “presença”, era pesado numa balança perante a pena da deusa *Maat* (emblema da justiça e da verdade) e na presença de 42 juizes, de cada província do Egito, que deveriam examinar diferentes aspetos da consciência do morto (Ramos, 1990). Na sala apelidada de “Sala

da Dupla Justiça” realizava-se a pesagem do coração. De um lado da balança estava o coração e, do outro lado, uma pluma (a pena da justiça e da verdade). Se o coração pesasse mais do que a pluma, a pessoa não poderia viver na outra vida, e ficaria perdida (Ramos, 1990). Pelo contrário, se o coração fosse justo, haveria equilíbrio na balança, pois não pesaria mais do que uma pluma (encontrava-se leve e isento de culpa ou complexos) e considerava-se que o coração do morto estava justificado, merecendo “contemplar a face dos deuses, continuando o seu trajeto em busca da Luz maior” (Ramos, 1990, p. 72).

Com objetivo similar, os corações de nomes como Ricardo Coração de Leão, Lord Byron, Voltaire e Chopin foram todos queimados separadamente do corpo, a fim de preservar a sua essência ou conteúdo (Inspector et al., 2004).

No hinduísmo, o coração é considerado o lugar da Consciência; o centro do que o homem realmente é, aparecendo nos textos sagrados como local de abrigo das divindades. Através de vários anos e prática de meditação, os hindus conseguem uma relação intrínseca entre o órgão cardíaco e a busca do divino (Ramos, 1990). O único caminho para o mundo real, deixando para trás o ilusório, far-se-ia pelo conhecimento do coração que significava o sacrifício dos desejos que permitiria libertar o ego das situações mundanas rumo ao *self* ou à “Consciência Pura” (Ramos, 1990, p. 123).

*“The heart is the perfection of the whole organism.*

*Therefore the principle of the power of perception and the soul’s ability to nourish itself must lie in the heart”.*

Aristóteles (384-322 a.C)

Foi na Grécia Antiga que o conceito holístico e “luminoso” do coração referente ao mundo antigo foi destronado e substituído pelo paradigma da clivagem entre “cabeça” e coração, que perdura, de certa forma, até aos dias de hoje. Filósofos como Homero, Platão, Aristóteles, Pitágoras, entre outros, preocuparam-se em localizar exatamente a “alma”, no corpo, embora discordassem, quanto à localização da mesma (Godwin, 2003). Para os gregos, o coração não desempenhava um papel fundamental no seu complexo sistema de ética e crenças. A primazia era dada ao racional e ao filosófico. Assim, por exemplo, para Platão, a tarefa do coração era o de anular os ataques/desejos que vinham à tona a partir do fígado, obedecendo à cabeça e aos poderes superiores da razão (Godwin, 2003). Como facilmente se depreende, foram os ideais platônicos e a ênfase aristotélica na investigação do concreto, que nos fez partir em direção às glórias do lado esquerdo do cérebro, nos milénios subsequentes.

No Século XVII, um filósofo, teólogo, místico e matemático francês - Pascal - reforça a importância do coração como local de resoluções e de motivações, defendendo que só conseguimos sentir Deus pelo coração e nunca pela razão (Ramos, 1990). Nesta aceção teve origem a sua expressão “O coração tem razões que a própria razão desconhece”, largamente

utilizada na atualidade, simbolizando as limitações do racional, em detrimento do emocional, na nossa relação com o mundo. No entanto, e ressuscitando os ideais platônicos, emerge no Século XVIII, o paradigma do Iluminismo marcado pela objetividade e pela razão, mas destronado, novamente, pela ênfase na emoção e no coração que caracteriza a estética Romântica do Século XIX.

Carl Jung aos 81 anos e três Séculos depois da mítica frase de Pascal, escreve na sua auto-biografia, o encontro em 1932 com o chefe nativo dos índios *Pueblo* - Chefe Lago Montanha - no Novo México:

*Chefe Lago Montanha*: “Veja como o homem branco parece cruel; os seus lábios são finos, o seu nariz adunco (...) os seus olhos estão sempre a cobiçar. O que é que eles procuram? Os brancos querem sempre alguma coisa. Estão sempre inquietos e agitados. Nós não sabemos o que eles querem; não os entendemos. Pensamos que são todos loucos.” Quando Jung o questiona sobre a dita “loucura”, *Lago Montanha* responde: “Eles dizem que pensam com a cabeça”. Jung responde que é natural que assim seja e questiona: “Com o que é que vocês pensam?”, ao que o chefe *Lago Montanha* responde, apontando para o seu coração: “Nós pensamos aqui” (Jung, 1965, cit. por Godwin, 2003, p.17).

*Matéria Nobre*

*Pode ouvir-se ainda o seu bater no peito.*

*Há tantos, tantos anos exposto à violência da luz do meio dia.*

*Quase amargo, quase doce. Só a paixão o rouba à morte, o impede de ser panela esburacada onde o vento assobia.*

*Ou pior: coisa viscosa, mole, inerte. Coração matéria nobre.*

Eugénio de Andrade

O coração é o primeiro órgão que nasce e o último que morre. As pulsações cardíacas do embrião constituem a primeira função que o ser humano realiza independentemente da mãe, marcando o primeiro sinal de autonomia; o início da função cardíaca constitui a primeira marca de individualidade (Gaiarsa, 1987). No entanto, este som mágico traduz, igualmente, o princípio de universalidade já que se trata de um som comum a todo o reino animal (Ramos, 1990). Refere-se ao som-semente que, segundo o *Tantra Yoga*, remete para a energia criativa e universal (Groddeck, 1969). O coração confirma-se assim, na cultura ocidental, como símbolo do amor, associando-se ao arquétipo central e da grande Mãe (Ramos, 1990). De facto, cada batimento cardíaco remete-nos para a nossa fragilidade, ligando-nos a padrões básicos da condição humana.

Inúmeros estudos revelam que o batimento cardíaco da mãe se revela apaziguador de emoções negativas (e.g., ansiedade, ameaça, abandono, solidão, medo) no bebé e nas crias do reino animal, sendo fundamental para uma vinculação segura entre a díade. Desta forma, a segurança, a proximidade física, o toque e o carinho começam a associar-se ao ritmo cardíaco



que se acelera quando é ameaçado e que volta ao normal numa situação de segurança (Ramos, 1990).

Sendo o ritmo condição de toda a criação, é compreensível que o coração tenha sido sempre encarado como um órgão altamente investido do ponto de vista emocional.

E se atendermos ao significado etimológico da palavra emoção, damos conta que provém do latim *emotionem*, que remete para "movimento, comoção, ato de mover"; na língua francesa e inglesa. A aceção mais antiga da palavra é a de "agitação popular, desordem" sendo, posteriormente, documentada como "agitação da mente ou do espírito". Por outro lado, são largamente conhecidas e estudadas as relações entre as emoções, as respostas fisiológicas do sistema cardiovascular e as afeções cardíacas (Jiang et al., 1996; Compare, Gondoni, & Molinari, 2006; Musselman, Cowles, McDonald, & Nemeroff, 2008).

### 1.2.2. O Coração simbólico e não simbólico nos nossos dias

*Poema do Coração*  
*Eu queria que o Amor estivesse realmente no coração,*  
*e também a Bondade,*  
*e a Sinceridade,*  
*e tudo, e tudo o mais, tudo estivesse realmente no coração.*  
*Então poderia dizer-vos:*  
*"Meus amados irmãos,*  
*falo-vos do coração",(...)*  
*Mas o meu coração é como o dos compêndios.*  
*Tem duas válvulas (a tricúspida e a mitral)*  
*e os seus compartimentos (duas aurículas e dois ventrículos).*  
*O sangue ao circular contrai-os e distende-os*  
*segundo a obrigação das leis dos movimentos (...).*  
  
António Gedeão

Como vimos, através dos tempos e até aos nossos dias, o simbolismo do coração, está presente na vida do ser humano das mais variadas formas; desde os rituais e sacrifícios mais ou menos ortodoxos, através de preces e meditação, nas mais variadas atividades artísticas, na expressão amorosa, na saúde e na doença. Podemos dizer que estamos rodeados por “vários corações”, enquanto expressões do mesmo. Há o coração da arte, dos afetos, da religião e do corpo. Abundam as suas manifestações na música, pintura<sup>2</sup>, literatura e cinema e em expressões populares como: “coração destroçado”, “de coração aberto”, “de coração nas mãos”, “coração de pedra”, “coração de manteiga”, “pôr o coração ao largo”, “quem vê caras não vê corações” e nas flechas implacáveis do maior símbolo do amor – o Cupido.

<sup>2</sup> Paul Klee (1879-1940) foi o pintor que representou o coração de forma mais significativa e vívida.

Poderemos especular que na nossa era e cultura, este simbolismo expresse a necessidade de retomarmos a ligação com o nosso mundo afetivo, as emoções e o amor já que, com a revolução industrial, os avanços científico-tecnológicos, a sociedade de consumo e os progressos na Medicina, o coração perdeu alguma da sua carga simbólica, exultando antes, a sua componente visceral. O despertar científico começou a destronar lentamente o imaginário coletivo e a estética romântica do Século XIX.

A manifestação do coração enquanto órgão doente e origem de sofrimento físico espelha também a dissociação entre o desenvolvimento científico, médico, tecnológico e moral e o nosso “centro do amor”. Se o coração símbolo ri, canta, rejubila, cria, ama, fica apertado, sangra, parte-se, adormece, acorda, queixa-se; o coração não simbolizado bate, ausculta-se, despolariza, repolariza, fibrila, falha, electrocardiografa-se, ecocardiografa-se, cateteriza-se, opera-se e transplanta-se.

A interdependência entre os “dois” reflete, no fundo, a díade paradigmática soma/psique. Quer queiramos quer não, o coração simbólico é, por excelência, na nossa cultura um órgão de ligação, sede de variadas emoções e expressão da totalidade e do centro (Ramos, 1990). Continua a constituir um órgão, altamente investido do ponto de vista cultural e emocional, fortemente impregnado de representações de várias ordens, mais ou menos conscientes.

O coração é sentido, imaginado e vivido com tanto significado que as implicações clínicas da patologia cardíaca necessitam de levar em conta não só a sua dimensão orgânica, correndo o risco de diagnósticos parciais e privando o doente cardíaco da sua dimensão psicológica, mas igualmente a sua polaridade psíquica. Assim, uma taquicardia mesmo podendo ser o resultado da ingestão de uma substância química, provoca alterações psíquicas (por exemplo, um ataque de pânico). Uma dor torácica tanto pode ser resultado de um enfarte agudo do miocárdio (EAM) como estar associada a uma manifestação emocional, por exemplo. A manifestação orgânica sincroniza-se com a manifestação psicológica (Ramos, 1990) e mais do que nunca, no domínio das afeções cardíacas, o binómio psique-corpo formam uma unidade funcional indissociável.

Este aspeto agudiza-se na situação do transplante cardíaco. A representação simbólica e fantasmática do coração torna-se ainda mais exuberante, remetendo, na maioria das vezes, para a necessidade de uma ajuda psicoterapêutica a estes pacientes, devido ao complexo processo de luto que é lhes é exigido (Costa & Guerra, 2009).

### 1.3. História da Transplantação Cardíaca

*“It is the crowning effort of a team of men and women who bring at that moment the training of a lifetime. Structured with the inherited technique and skill of a millennium - all are fused to one objective: to replace a dying heart with a new one to save one life.”*

Barnard & Pepper, 1970

A história recente da transplantação cardíaca começou com as experimentações, em cães, de Alexis Carrel and Charles Guthrie nos inícios do Século XX, ao desenvolverem técnicas cirúrgicas inovadoras (anastomoses dos vasos e suas transplantações) na Universidade de Chicago que serviram de base para a prática cirúrgica vascular (Pham, Chen, Berry, Rose, & Schroder, 2008). Estes dois médicos iniciaram a era da transplantação cardíaca experimental, demonstrando a competência da contração regular de um coração animal desnervado e do mesmo tolerar um período de anóxia antes de ser suturado noutra animal (Ventura & Muhammed, 2001). Por isto, Carrel, cirurgião francês, foi galardoado com o prémio Nobel de Fisiologia e Medicina, em 1912 (Dutkowski, Rougemont, & Clavien, 2008).

Três décadas após os trabalhos de Carrel, em 1933, Frank Mann na Clínica Mayo, criou um modelo de um coração desnervado, permitindo o estudo da fisiologia e imunologia do órgão transplantado. Ele e os seus colaboradores foram os primeiros a descrever as modificações patológicas do processo de rejeição justificando-as como uma incompatibilidade biológica entre dador e receptor (Ventura & Muhammed, 2001).

Norman Shumway<sup>3</sup> e Richard Lower, pioneiros em trabalhos de transplante cardíaco experimental, levam a cabo transplantes cardíacos em cães, no início da década de 60. Os cães sobrevivem seis a 21 dias, exercitando-se e alimentando-se dentro da normalidade no pós-operatório (morreriam depois devido à rejeição do órgão) (Lower & Shumway, 1960). Esta foi a primeira descrição de um transplante cardíaco ortotópico em mamíferos, no qual o receptor retomou a sua atividade normal, com o seu suporte circulatório inteiramente mantido por um coração transplantado (Silva, 2008).

Em 1960, com a introdução da farmacologia imunossupressora, a ciência médica e técnico-cirúrgica ultrapassa os insucessos na transplantação animal dos 30 anos anteriores. A compreensão adicional da preservação do enxerto, da fisiologia do coração transplantado, do *bypass* cardiopulmonar e da imunologia da rejeição, preparava o terreno para a transplantação cardíaca clínica (Ventura & Muhammed, 2001).

No entanto, existiam lacunas ético-legais devido à não definição do conceito de morte cerebral como o conhecemos hoje, assumindo-se, então, que apenas a paragem cardíaco-

<sup>3</sup> Shumway foi o primeiro cirurgião, nos EUA, a realizar em Janeiro de 1968, um T.C. bem sucedido e o quarto T.C. no mundo (Ventura & Muhammed, 2001).

-respiratória constituía a morte do paciente<sup>4</sup>; facto que exigia que dador e recetor sofressem a paragem cardíaca ao mesmo tempo, o que seria impossível. Apesar desta limitação, vários centros começaram a preparar-se para a transplantação clínica humana. Na realidade, nos finais dos anos 60, os transplantes cardíacos eram realizados apenas quando o coração do dador entrava em completa paragem cardíaca; só aí o coração era retirado. No entanto, para se obter órgãos em melhores condições houve necessidade de se aplicar o conceito de morte cerebral (ausência das funções do tronco cerebral). Atualmente, sabe-se que a morte por falência cárdio-respiratória ocorre por lesões irreversíveis de anóxia cerebral; no entanto este conceito demorou Séculos a sobrepor-se à visão cardiocêntrica da antiguidade (Pita & Carmona, 2004). A determinação de morte cerebral surgiu pela evolução das técnicas de reanimação e pela necessidade de se libertarem os doentes com lesões cerebrais irreversíveis de cuidados médicos e ventilatórios. Esta necessidade técnica e económica, e não ética, lança a possibilidade da doação de órgãos e sua transplantação, coincidindo com a era do primado do cérebro sobre os restantes órgãos (Pita & Carmona, 2004).

Em seres humanos, os primeiros passos foram dados em 1964, por James Hardy, que levou a cabo um xenotransplante, na Universidade do Mississippi, usando um coração de um chimpanzé num homem de 68 anos com doença coronária severa (foi o primeiro caso publicado de T.C. em humanos). Embora tecnicamente a operação tenha sido um êxito, o órgão do chimpanzé revelou-se muito pequeno e o paciente morreu devido à falência cardíaca provocada pelo menor volume do coração do chimpanzé em relação ao humano; no entanto, o coração do símio pulsou (Hardy et al., 1964).

Lower, a fim de testar a preservação do órgão transplanta um enxerto cardíaco humano num babuíno, mantendo a circulação assegurada satisfatoriamente por várias horas (Ventura & Muhammed, 2001). Esta experiência confirmou que o coração humano podia ser parado, removido, restaurado e transplantado com sucesso.

*“On 3<sup>th</sup> December 1967, a heart from a cadaver was successfully transplanted into a 54 year old man to replace a heart irreparably damaged...”*

(Barnard, 1967, p. 1271)

Alguns anos após o primeiro transplante cardíaco, foi pedido a jornalistas para identificarem os eventos do Século XX mais dignos de serem noticiados. Acordaram que seriam as duas Guerras Mundiais, a passagem do Homem pela lua e o transplante cardíaco humano (Dent, Brink, & Terblanche, 2001). Na realidade, este último terá sido um dos acontecimentos médicos que captou de forma mais vívida a atenção pública, mediática e científica. Realizava-se

<sup>4</sup> Embora a maioria dos países do mundo encare a morte cerebral como a morte do indivíduo, alguns países demoraram algum tempo a aceitar esta conceção (e.g., Dinamarca, Polónia e Japão) e outros ainda, rejeitam-na parcial ou na totalidade (e.g., China, Irão, Israel e Coreia) (Price, 2000).

com sucesso o primeiro Transplante Cardíaco humano da História da Humanidade; a ficção torna-se, finalmente, realidade e a distinção entre a vida e a morte não seria nunca mais a mesma.

O primeiro transplante cardíaco humano realizou-se na África do Sul, na cidade de Cape Town, em 1967, no *Groote Schuur Hospital*, pelas mãos do cirurgião Christiaan Neethling Barnard (Redaksie, 1967) com uma equipa de 14 pessoas (incluindo o irmão de Barnard, o cirurgião Marius Barnard) e numa intervenção de nove horas.

O coração de uma pessoa morta palpitou, pela primeira vez, no peito de outro humano às 5h25 de 3 de Dezembro de 1967.

O dador era Denise Ann Darvall (que se tornaria o coração mais famoso da História) de 25 anos e que devido a um acidente de carro sofre um traumatismo crânio-encefálico; o recetor tratava-se de Louis Washkansky, de 53 anos, merceeiro e ávido desportista, diabético e cujos enfartes de miocárdio recorrentes haviam conduzido a uma insuficiência cardíaca. Com 80% de hipóteses de sobreviver ao procedimento *versus* a morte certa, o paciente escolhe arriscar a transplantação (Barnard & Pepper, 1970). Embora Washkansky tivesse apenas sobrevivido 18 dias, devido a uma pneumonia provocada pelos efeitos secundários dos imunossuppressores, um mês depois, Barnard fez o segundo transplante de coração e, desta vez, com grande sucesso: o dentista Philip Blaiberg viveu um ano e sete meses com o coração novo (Hoffenberg, 2001).

Após estes dois primeiros transplantes cardíacos, em 1968, 107 T.C. são levados a cabo em 24 países, com resultados débeis. A média de sobrevivência dos primeiros 100 T.C. foi de 29 dias, com elevadas taxas de mortalidade devido aos problemas de rejeição do órgão, às compatibilidades modestas entre dador e recetor e à falta de preparação dos cirurgiões em causa (Hoffenberg, 2001). Assiste-se então, a uma descontinuidade nesta atividade cirúrgica, por volta de 1970 (Ventura & Muhammed, 2001), com apenas Barnard e Schumway a efetuar o procedimento.

No entanto, entre 1970 e 1980, a investigação clínica e laboratorial prossegue, o que vai conduzindo a um refinamento na seleção dos pacientes para o procedimento, a uma cuidadosa gestão dos dadores, a um aperfeiçoamento da imunossupressão e a uma melhor supervisão da rejeição e gestão da infeção (realce-se a importância da equipa de Shumway e Lower, na universidade de *Stanford*, neste trabalho) (Miniati & Robbins, 2002).

Na década de 70, com uma quantidade reduzida de centros de transplantação cardíaca, a persistência do grupo de *Stanford*, ofereceu importantes contribuições para o T.C., nomeadamente, ao desenvolver a biopsia endomiocárdica e a monitorização imunológica (descrição do grau histológico para a rejeição aguda). Estes dois acontecimentos produziram um enorme avanço no diagnóstico e supervisão da rejeição (Ventura & Muhammed, 2001). Billingham (1981) definiu os padrões histológicos por meio da biopsia endomiocárdica (BEM),

demonstrando qual a fase da rejeição que estaria a ocorrer no coração transplantado. Este aspeto permitiu o aumento da sobrevivência a um ano de 22% em 1968, para 65% em 1978 (Griep, 1979).

Em 1980, com o aparecimento da ciclosporina como base da imunossupressão, utilizada pela primeira vez em *Stanford*, dá-se um crescimento exponencial dos programas de transplantação cardíaca de 1984 a 1987 (Oyer et al., 1983). O procedimento re-emerge como uma terapia válida e bem sucedida para as situações de doença cardíaca terminal (Pham et al., 2008).

Em 1981 é fundada a *International Society of Heart Transplantation* (ISHLT), organização profissional e multidisciplinar dedicada ao melhoramento dos cuidados junto dos pacientes com patologia cardíaca e pulmonar avançadas, através da transplantação, suportes mecânicos e outras terapias inovadoras através da pesquisa, organização de registos a nível mundial, educação e apoio jurídico. Hoje é constituída por 2500 membros, de mais de 45 países.

O carácter multidisciplinar e multinacional é uma das grandes mais-valias da ISHLT (<http://www.isHLT.org/about/>).

#### **1.4. Barnard ou o homem que pensava (e) que podia - breve biografia**

*The Man Who Thinks He Can*

*If you think you are beaten, you are. If you think you dare not, you don't...If you think you'll lose, you're lost (...)*

*Success begins with a fellow's will - It's all in the state of mind (...)*

*Life's battle doesn't always go to stronger or faster men;*

*But sooner or later the man who wins, is the one who thinks he can.*

Walter D. Wintle<sup>5</sup>

Christiaan Neethling Barnard nasceu a 8 de Novembro de 1922, em Beaufort West, uma pequena cidade de Karoo, a região semidesértica da África do Sul. Filho de um pastor protestante da Dutch Reformed Church, Adam Barnard e de Elizabeth de Sewart, organista na mesma Igreja, era um de quatro irmãos de uma família pobre. Um dos irmãos (Abraham Barnard) faleceu com a idade de quatro anos, vítima de doença cardíaca congénita. Terá sido esta, uma das motivações que marcou definitivamente o trajeto futuro de Barnard (Barnard & Pepper, 1970).

Barnard licenciou-se em Medicina em 1946, na Universidade de Cape Town. Especializou-se em Cirurgia Torácica e Cardiovascular nos EUA, na Universidade do Minnesota, com uma bolsa de estudo de dois anos, tempo que caracterizou como fascinante e profícuo; em 1958, recebe os títulos de *Master of Science in Surgery*.

Regressa a África do Sul e funda o Departamento de Cirurgia Cardíaca do Groote Schuur Hospital na Cidade do Cabo onde, em 1959, realizou o primeiro transplante renal da África do

<sup>5</sup> Walter Wintle foi um poeta dos finais do Século XIX, frequentemente, citado por Barnard.

Sul. Torna-se Chefe do Departamento de Cirurgia Torácica e Cardiovascular da University of Cape Town, em 1961, tendo, no ano seguinte, alcançado a posição de Professor associado no Departamento de Cirurgia da mesma Universidade.

A 3 de Dezembro de 1967, surpreende o mundo, ao realizar o primeiro transplante cardíaco o que o transforma, repentinamente, numa estrela mundial.

Com este feito, Barnard abre as portas à utilização de vítimas de morte cerebral como dadores para a transplantação em geral. “It was a monumental advance, more societal perhaps than medical, because it applied to all organ transplants” (Shumway, 2001, cit. por Altman, 2001, p. 11). Na realidade, este aspeto terá sido a maior ousadia de Barnard legitimada por uma ausência de leis, na África do Sul, que regessem o conceito de morte cerebral (Cooper & Cooley, 2001). Os critérios para determinar a morte eram na altura, e durante Séculos, a ausência de batimento cardíaco, de função respiratória e de atividade cerebral (Barnard & Pepper, 1970). No final dos anos 60, vários cirurgiões cardíacos nos EUA, nomeadamente Shumway, estavam prontos para transferir o transplante cardíaco experimental em cães para os humanos; o que os inibia não eram questões técnicas mas sim legais e éticas; i.e., a questão de “matar” uma pessoa, através da remoção do seu coração (Hoffenberg, 2001).

Entre 1967 e 1973, Barnard e a sua equipa realizam 10 transplantes cardíacos ortotópicos e, embora os resultados se possam considerar pobres para os padrões atuais, podem considerar-se excelentes, dada a natureza primitiva da terapia imunossupressora da época e a falta de experiência da equipa em diagnosticar e tratar a rejeição dos tecidos (Cooper & Cooley, 2001). De facto, os primeiros quatro pacientes sobrevivem uma média de 300 dias e os restantes dois vivem mais de 13 e 23 anos, respetivamente; o seu paciente com maior esperança de vida sobrevive 24 anos (Cooper & Cooley, 2001).

Christiaan Barnard também foi pioneiro noutras técnicas cirúrgicas bastante ousadas para a época e o seu conceito de cuidados intensivos pós-operatórios foi considerado uma contribuição igualmente importante para a medicina (Antunes, 2000).

Segundo os seus múltiplos “biógrafos”, Barnard foi um homem carismático e audaz capaz de despertar amores e ódios (Cooper & Cooley, 2001). Tratou muitos pacientes, adultos e crianças, pelo mundo fora, gratuitamente. Nas suas palestras sempre insistiu na necessidade de uma sociedade humanizada que reconhecesse e incentivasse a doação de órgãos, sendo adepto da lei do consentimento presumido (Ram, 1997). Personalidade com uma visão multifacetada em termos médicos, éticos, sociais e filosóficos, Barnard condenou as políticas do *Apartheid*, ignorou muitas barreiras raciais no seu país (a sua equipa integrava colaboradores negros) e provocou em 1968 uma grande polémica, na África do Sul, ao transplantar o coração de um homem mestiço no dentista Philip Blaiberg de raça branca. O irmão de Barnard, também

cirurgião pertencente à sua equipa, ingressou na política, sendo eleito para a plataforma anti-*apartheid*.

Barnard fez ainda campanha a favor da eutanásia passiva, em determinadas circunstâncias para pacientes terminais, referindo ter sido resultado de uma evolução gradual da sua maturidade, enquanto médico. No seu livro “*Good Life, Good Death: a doctor’s case for euthanasia and suicide*”, advoga que a responsabilidade de um médico não é apenas proporcionar ao paciente uma vida com qualidade mas também uma morte com qualidade.

O médico lidava bastante bem com a fama mundial que o acometeu subitamente, tendo referido numa audiência: “Any man who says he doesn’t like applause and recognition is either a fool or a liar. You learn from mistakes, but success gives you the courage to go on and do even more” (Massad, 2002, p. 2). Privava com inúmera gente famosa e da alta sociedade de todo o mundo. A sua predileção por uma vida social glamourosa e amorosa intensa, facilitada por um aspeto físico atraente e uma personalidade carismática, fez com que ficasse conhecido como o “cirurgião estrela de cinema”.

Em 1983, Christiaan Barnard deixa o “teatro cirúrgico” devido à artrite reumatóide, dedicando-se, a partir de então, a uma controversa pesquisa sobre cosmética e anti-envelhecimento que, de certa forma, terá abalado a sua reputação no meio médico. Nos últimos anos da sua vida dava conferências em vários países para a comunidade médica e público em geral, fazia consultoria e dedicava-se à escrita. Era um orador exímio, cujo sorriso franco e sentido de humor, facilmente captava os *media* (Cooper & Cooley, 2001). Escreveu vários romances, um dos quais um *thriller* sobre transplantação, intitulado *The Donor*; autobiografias (uma publicada em 1970 - *One Life*, cujos lucros doou à Fundação Christiaan Barnard – e, em 1993, será publicada a segunda autobiografia - *Second Life - Memoirs*<sup>6</sup>), livros científicos e crónicas no *Cape Times*. Dividia o seu tempo entre a Áustria, onde se localiza a Fundação Chris Barnard dedicada a causas humanitárias e a sua fazenda na província do Cabo, seu país natal.

De entre os muitos prémios recebidos, destaca-se o de Professor *Emeritus*, em 1984, o prémio da Fundação Kennedy e foi votado “O Homem do Ano”, em 1999, pelas Nações Unidas. Em Maio de 2001, publicou o seu livro mais recente, *50 Ways to a Healthy Heart*.

Chris Barnard morre a dois de Setembro de 2001, a pouco tempo de completar 79 anos de idade, na cidade balneária de Paphos, no Chipre, onde se encontrava a passar férias. Como homem controverso que foi, Barnard também não reuniu consenso na causa da sua morte (“Biographies – Hall of Fame”, n.d.). Embora os primeiros relatos das entidades de saúde oficiais indicassem que havia sido vítima de um ataque cardíaco, a autópsia demonstrou que a

<sup>6</sup> Neste livro, Barnard documenta as suas várias experiências pessoais, profissionais e sociais após o primeiro T.C., refletindo acerca da alteração de prioridades na sua vida.



sua morte havia sido devida a um intenso e fatal ataque de asma (Altman, 2001). Aos jornalistas confessou que se arrependia de duas coisas na sua vida; aprovar um dúbio “elixir” anti-envelhecimento e não ter feito o suficiente na luta contra o *Apartheid*. Referiu ainda que gostava de ser reconhecido postumamente, não por ter realizado o primeiro transplante cardíaco do mundo, mas pelas crianças que tratou através de reconstruções cirúrgicas de anomalias cardíacas congénitas (Ram, 1997).

Por último, é interessante salientar que também Barnard oscilava entre o duplo sentido atribuído ao coração. Se nas linhas de abertura do seu último livro *50 Ways To A Healthy Heart*, o romântico Dr. Barnard desmistifica o órgão que o catapultou para a fama, referindo: “*For me the heart has always been an organ without any mystique attached to it (...) it is merely a primitive pump*”; por outro lado, antes de começar o seu primeiro transplante, pede à restante equipa para ficar sozinho, referindo: “*I wanted to be alone, to become familiar with something nearer than a stranger’s heart - my own, perhaps.*” (Barnard & Pepper, 1970, p. 392).

Tratou-se, simplesmente, do homem da ciência (a)traído pela irresistível força simbólica da “mera bomba primitiva”.

*“I’ve never been a good spectator. Either I’m playing the game or I’m not interested”*

Christiaan Barnard



## Capítulo 2. Aspetos Médicos da Transplantação Cardíaca

---

Neste capítulo debruçamo-nos sobre os aspetos médicos da transplantação cardíaca. Começamos por caracterizar a síndrome da insuficiência cardíaca terminal, enquanto indicação para o procedimento, abordamos a sua etiologia e os respetivos dados epidemiológicos. Aprofundamos as morbidades psicológicas associadas à doença e suas implicações para o prognóstico clínico e psicossocial. Seguidamente, exploramos as indicações clínicas para a transplantação, os procedimentos associados e as contra-indicações. Debruçamo-nos sobre a evolução dos números da transplantação cardíaca no mundo, detalhando o contexto português. É abordado o processo de rejeição do enxerto cardíaco e da terapia imunossupressora utilizada após a cirurgia, destacando os seus efeitos secundários mais relevantes. Apresentamos as curvas de sobrevida associadas a este procedimento clínico, as principais causas de morte após o mesmo, seus fatores de risco e, as morbidades que lhe estão frequentemente associadas.

Terminámos o capítulo salientando a disciplina e panóplia de cuidados necessários, por parte do paciente, para o cumprimento do extenso e rigoroso regime que o T.C. implica no seu estilo de vida, antecipando a importância da adesão ao regime terapêutico após a cirurgia. Se começamos por falar da insuficiência cardíaca terminal, enquanto síndrome clínica, fechamos o capítulo, salientando não a sua cura após a transplantação, mas o começo de uma nova cronicidade e respetivo processo terapêutico que acompanhará o paciente durante toda a sua vida.

### 2.1. A Insuficiência Cardíaca

*Louco! Louco coração! Vivendo de desvairadas quimeras, esquivas miragens. Escuta a razão, louco! (...)  
O fascínio é a dor disfarçada de prazer. O prazer que é, afinal, a dor, conduz, impreterivelmente, à morte.  
Quantas vezes morreste já?*

Al Berto

#### 2.1.1. Caracterização da Insuficiência Cardíaca

A insuficiência cardíaca (I.C.) trata-se do estado terminal de muitas afeções cardíacas e é causa de morbidade e mortalidade consideráveis (Davis, Hobbs, & Lip, 2000). É uma doença crónica e progressiva responsável por uma elevada taxa de admissão hospitalar (Grady et al., 2000).

Podemos definir insuficiência cardíaca como “Uma síndrome complexa resultante de uma desordem cardíaca estrutural ou funcional que impede a capacidade do coração de funcionar como uma bomba para suportar a circulação fisiológica” (Francis, Sonnenblick, Tang, & Poole-Wilson, 2008, p. 691). Nesta condição clínica, a estrutura ou o funcionamento do coração

comprometem a sua competência de suprir o fluxo sanguíneo suficiente para as necessidades metabólicas e funcionais dos diferentes órgãos.

Embora iniciada por uma redução na função ventricular esquerda, a I.C., é caracterizada por alterações substanciais a nível bioquímico, hormonal, metabólico e funcional do organismo (Poole-Wilson, 1989). Traduz-se num conjunto de sinais e sintomas que, comumente englobam: dificuldade em respirar (dispneia), que piora quando a pessoa se encontra deitada (ortopneia), fadiga progressiva, redução da tolerância ao exercício físico, acumulação de líquidos e edema. No entanto, as palpitações, tosse noturna, dispneia de esforço constituem, entre outros, sintomas adicionais comuns que conduzem a uma restrição importante das atividades físicas do dia-a-dia dos pacientes (McCullough et al., 2002). A disfunção pulmonar também é comum em pacientes com I.C., contribuindo para a intolerância ao exercício, bem como para a retenção renal de sódio e água (Francis et al., 2008). No seu estado mais avançado, o fluxo sanguíneo mostra-se deficiente em repouso, podendo resultar numa perfusão pobre dos rins, fígado e até do cérebro (Havranek, 2006).

Qualquer forma de doença cardíaca pode conduzir à insuficiência cardíaca, não havendo um mecanismo causal único. O enfarte do miocárdio bem como outras formas de doença cardíaca isquémica, a hipertensão, a doença cardíaca valvular, a cardiopatia congénita e miocardiopatia podem estar na origem desta síndrome (Havranek, 2006).

A prevalência e a incidência da insuficiência cardíaca congestiva crónica têm vindo a aumentar, sendo a causa mais frequente de hospitalização em pessoas com mais de 65 anos (Mosterd et al., 1999). A elevada prevalência da hipertensão arterial, da cardiopatia isquémica e da doença valvular - associadas às alterações do sistema cardiovascular relacionadas com o envelhecimento - são algumas das explicações para a sua importância.

A insuficiência cardíaca não constitui um diagnóstico completo em si mesmo; requer uma caracterização da síndrome em termos de severidade, da disfunção cardíaca de base, da sua etiologia e da forma como todo o organismo se ajustou ao mau funcionamento do coração.

As directrizes da Sociedade Europeia de Cardiologia sugerem para o diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca, que os sintomas têm que estar presentes, quer em repouso ou em exercício, com evidência objetiva da disfunção cardíaca, preferencialmente, via ecocardiografia (Dar & Cowie, 2008). Este é, de facto, o meio auxiliar de diagnóstico essencial para a avaliação desta entidade clínica (Poole-Wilson, 1989).

### **2.1.2. A etiologia da Insuficiência Cardíaca**

A I.C. pode ser causada por qualquer processo patogénico que danifique a função bombadora do coração (Francis et al., 2008).

A frequência de cada patologia varia de estudo para estudo, consoante a população estudada e o método utilizado para a determinar. Por outro lado, torna-se difícil distinguir claramente entre etiologia e factores de risco; podemos dizer que vários factores de risco e etiológicos actuam de forma inter-relacionada e sinérgica na indução da I.C. Assim, a causa mais comum para a síndrome clínica da I.C. é a miocardiopatia dilatada primária (genética ou adquirida) e secundária (e.g., isquémica, valvular, hipertensiva) (Mestroni, Gilbert, Lowes, & Bristow, 2008). No entanto, outros estudos apontam, de forma consistente, como factores de risco, a idade avançada, a inatividade física, o consumo excessivo de álcool, o tabagismo, a exposição a agentes cardiotóxicos, o género masculino, a obesidade, a hipertensão, a diabetes e a história familiar de miocardiopatia (Abraham, Hasan, & Poole-Wilson, 2008; Cowburn, Cleland, Coats, & Komajda, 1998).

### **2.1.3. Dados epidemiológicos, mortalidade e comorbilidades associadas**

Dado que a insuficiência cardíaca envolve um espectro abrangente de alterações hormonais e neuroendócrinas, os seus perfis clínicos vão do paciente ativo com poucos ou nenhuns sintomas, passando por uma taxa de mortalidade anual de cinco a 10%, culminando no paciente gravemente doente com a expectativa de vida medida em horas (Stevenson, 1996).

A I.C. é uma doença com elevada prevalência nos países ocidentais e está associada, como referido, a elevada morbilidade e mortalidade. Afeta 2% da população adulta no mundo desenvolvido mas na faixa etária acima dos 65 anos, este diagnóstico aumenta de seis a 10%; na realidade, poucos adultos, com menos de 40 anos, apresentam insuficiência cardíaca (Dar & Cowie, 2008). Por outro lado, a tendência futura é que a insuficiência cardíaca aumente, constituindo a patologia cardiovascular mais frequente na próxima década, devido ao progressivo envelhecimento da população e ao aumento da taxa de sobrevivência após o enfarte agudo do miocárdio (Cohen-Solal, 2003). Com base nalguns estudos de referência (Davies et al., 2001; Redfield et al., 2003; Thomas et al., 2008), estima-se que quatro a cinco milhões de americanos e seis milhões de europeus, numa população de 300 e 460 milhões, respectivamente, vivam com insuficiência cardíaca.

Esta entidade nosológica é a mais comum nas admissões hospitalares dos EUA e a segunda causa de hospitalização, a seguir à gravidez (Cohen-Solal, 2003; Dar & Cowie, 2008; O'Connell, 2009). Na Europa, 5% das hospitalizações adultas em medicina interna e geriatria são resultado de I.C., sendo uma grande proporção resultado de enfarte do miocárdio (Rodríguez-Artalejo, Guallar-Castillón, Banegas, & Calero, 1997). O tempo de internamento apresenta uma duração média de 11 dias (Cleland et al., 2003). A taxa de readmissão é igualmente alta; um terço a metade dos pacientes é readmitido em 12 meses, com um gasto, nos países desenvolvidos, de 1 a

2% do orçamento para o Sistema de Saúde (Dar & Cowie, 2008; O'Connell, 2009).

Com base em estudos epidemiológicos, a prevalência da insuficiência cardíaca crônica aumenta com a idade ao ponto de, sensivelmente, dobrar em cada década de vida dos 50 aos 90 anos, com as consequentes comorbidades (Kannel & Belanger, 1991). Os avanços terapêuticos na gestão farmacológica da doença são consideráveis e a I.C. é uma doença tratável, com uma taxa de mortalidade a diminuir nas últimas décadas; no entanto, podemos dizer que continua elevada. De fato, a um ano para pacientes com I.C. severa quase atinge os 40%, valor que iguala as neoplasias mais agressivas (D. Levy et al., 2002).

#### **2.1.4. Sobrevivência e prognóstico**

A insuficiência cardíaca vai continuar a constituir um dos grandes desafios dos contextos de saúde futuros, constituindo um problema crescente de saúde pública, a nível mundial. Uma vez desenvolvida a síndrome, o tratamento passa por aliviar os sintomas, prevenir a hospitalização e promover a sobrevivência. O prognóstico é reservado; no entanto, tem melhorado substancialmente nas últimas décadas e a perceção da I.C. avançada e irreversível está a mudar; devido ao diagnóstico atempado, com os procedimentos de revascularização, com os novos agentes farmacológicos anti-arrítmicos, com o desenvolvimento da eficácia das terapias mecânicas, com o CDI (cardio-desfibrilhador implantável) (Nwakanma, Shah, Conte, & Baumgartner, 2008). Apesar destas terapias que prolongam a vida dos pacientes, a I.C. revela-se altamente letal, com uma taxa de sobrevivência aos cinco anos de 25% nos homens e 38% nas mulheres, encontrando-se portanto associada a uma expectativa de vida mais curta do que muitas patologias malignas comuns (Ho, Pinski, Kannel, & Levy, 1993). A mortalidade revela-se, assim, particularmente alta nos três meses após o diagnóstico, sendo de pior prognóstico quando o paciente apresenta co-morbidades como síndrome agudo coronário, hiperlipidémia, disfunção renal, idade avançada e elevado grau de insuficiência cardíaca (D. Levy et al., 2002).

Os avanços no tratamento da I.C. e a intervenção precoce para prevenir a descompensação são fundamentais para conter a progressão da doença, reduzir as taxas de hospitalização e morbilidade, melhorar a qualidade de vida (QDV), promover a estabilidade clínica, o estado funcional, a sobrevivência e reduzir os custos associados à mesma. O aconselhamento psicológico, a educação junto do paciente e família, no sentido da promoção da adesão à terapêutica, revelam-se prioritários para este objetivo (Serxner, Miyaji, & Jeffords, 1998).

#### **2.1.5. Implicações psicológicas e psicossociais: a depressão e a ansiedade**

O stresse psicológico (nomeadamente a depressão e a ansiedade), a redução no funcionamento laboral e social, o deficit cognitivo e uma débil qualidade de vida constituem,

quase sempre, morbidades associados à doença (MacMahon & Lip, 2002).

### 2.1.5.1. Depressão

Apesar deste cenário incapacitante e com prognóstico pouco esperançoso, encontramos pouca investigação sobre a depressão na I.C., em comparação com os estudos da depressão na doença coronária e na recuperação do enfarte agudo do miocárdio. No entanto, nos anos recentes, o interesse nesta área tem vindo a crescer.

As co-morbidades são comuns nos pacientes com I.C., e a depressão faz parte das mesmas (Havranek et al., 2002). Dado que a depressão é comum em pelo menos duas doenças que predisõem ao desenvolvimento da I.C.- a diabetes e a doença cardíaca isquémica, não admira que se encontre uma relação direta entre a depressão e a I.C. (Anderson, Freedland, Clouse & Lustman, 2001). Na realidade, a depressão é mais comum em pacientes com doença cardiovascular do que na população em geral e, particularmente, em pacientes com I.C. (Havranek, Ware & Lowes, 1999; Holahan, Holahan, Moos, & Brennan, 1997; Rumsfeld et al., 2003). Alguns estudos indicam que as taxas de prevalência de depressão *Major* são de 25% para pacientes com insuficiência cardíaca confirmada (Faris, Purcell, Henein, & Coats, 2002; Freedland et al., 2003; Jiang et al., 2001); no entanto, os valores de prevalência da depressão variam consideravelmente de estudo para estudo, consoante o contexto da avaliação e os instrumentos utilizados na mesma (Thomas et al., 2008).

Em pacientes com doença crónica, a depressão estima-se em 20%; no entanto em pacientes hospitalizados, com patologias severas, pode rondar os 40 a 60% (Cavanaugh, Clark, & Gibbons, 1983; Mai, McKenzie, & Kostuk, 1986). Vários estudos atestam que os pacientes com I.C. sofrem mais frequentemente de depressão moderada a severa do que os pacientes com outras patologias crónicas como o cancro ou as doenças pulmonares (A. Stewart et al., 1989; Walden et al., 1994). Por outro lado, a depressão tem também maior incidência em pacientes com I.C. do que noutros grupos de pacientes com doenças médicas assintomáticas (Havranek, 2006).

Sabemos também que a combinação dos sintomas depressivos com outras condições clínicas piora o funcionamento físico, afeta a qualidade de vida e potencia a mortalidade, sendo que quanto melhor o paciente lida com a depressão, melhor lida com a doença crónica (Ahern et al., 1990; Dracup, Walden, Stevenson, & Brecht, 1992; A. Stewart et al., 1989).

No estudo de Faris et al. (2002), a depressão na I.C. encontra-se associada a um risco de morte significativamente mais elevado e a uma maior taxa de readmissão hospitalar do que nos pacientes não deprimidos. Esta correlação não se explica por factores sociodemográficos, historial médico ou outras características de base. Na realidade, nesta afeção cardíaca os sintomas depressivos são preditores significativos do declínio do estado de saúde, do aumento da

sintomatologia da I.C., da fragilidade da qualidade de vida, do aumento das re-hospitalizações, das taxas de mortalidade e da morte súbita (Friedmann et al., 2006; Rumsfeld et al., 2003; Sullivan, Levy, Crane, Russo, & Spertus, 2004; Vaccarino, Kasl, Abramson, & Krumholz, 2001). No estudo de Rumsfeld et al. (2003), os autores também concluíram que a depressão na I.C. era um forte preditor da mortalidade, independentemente de factores de risco clínicos, ansiedade e apoio social.

Também um estudo longitudinal de Murberg, Bru, Svebak, Tveteras, e Aarsland (1999), indicia a existência de uma relação entre a depressão nos pacientes com I.C. e a morte por motivos cardíacos, uma vez que o humor depressivo se apresentou como um preditor significativo da mortalidade, num *follow-up* de dois anos, independentemente da severidade da doença.

Numa perspetiva geral, e em relação ao género, os estudos indicam que, as mulheres com insuficiência cardíaca reportam mais queixas de depressão, insatisfação face ao funcionamento físico, à qualidade de vida e à atividade social do que os homens (Opasich, De Giuli, Majani, Pierobon, & De Feo, 2003; Riedinger et al., 2001). No entanto, Havranek, Spertus, Masoudi, Jones, e Rumsfeld (2004) não encontraram relação entre o género feminino e o desenvolvimento de sintomas depressivos.

A idade mais jovem também se correlaciona positivamente com a depressão *Major* e *Minor* nesta população.

Existe ainda uma forte correlação entre a depressão *Major* e a severidade funcional da insuficiência cardíaca (classe de NYHA<sup>7</sup>), como facilmente se depreende. Desta forma, os pacientes em classe IV encontram-se em grande risco de depressão *Major* (40% *versus* os 8% em classe I de NYHA). Este aspeto abre a possibilidade da I.C. ser “*depressogenic*” (Freedland et al., 2003, p. 126), nomeadamente quando atinge patamares com limitações funcionais severas para o paciente. Por outro lado, coloca-nos perante a hipótese inversa de que, a depressão possa exacerbar os sintomas debilitantes da I.C., dado que pacientes deprimidos e com igual disfunção severa ventricular esquerda, reportam sintomas mais debilitantes de I.C. e incapacidade funcional mais grave nas actividades do dia-a-dia do que os não se encontram deprimidos.

Dados indicam que estes pacientes têm uma perceção mais pobre da sua saúde (comparando com pacientes com desordens gastrointestinais), do seu funcionamento físico (comparando com pacientes com enfarte agudo do miocárdio) e do seu funcionamento social, comparando com pacientes com outras doenças crónicas (A. Stewart et al., 1989). M. Friedman e Griffin (2001) mostraram que nos pacientes com I.C., os sintomas físicos (falta de ar, ortopneia,

<sup>7</sup>A *New York Heart Association* (NYHA) classifica a extensão da insuficiência cardíaca, em quatro categorias, de nível crescente, baseadas na limitação da atividade física (c.f. ponto 2).



fadiga, fraqueza, desidratação, tosse, pouco apetite, náuseas, palpitações, dor no peito, etc.) explicavam uma grande percentagem da depressão.

O modelo fisiológico da depressão também explica a relação entre esta e a mortalidade, na insuficiência cardíaca. De facto, a depressão provoca mudanças fisiológicas que potenciam a morbidade e mortalidade nos pacientes através da ativação neurohormonal (aumento da secreção de cortisol, aumento da pressão arterial, colesterol e aumento da secreção de epinefrina e norepinefrina, que potencia arritmias ventriculares), disfunção neurocardíaca autonómica (diminui a variabilidade do ritmo cardíaco) e libertação de citocinas pró-inflamatórias (potenciam processos inflamatórios que podem conduzir a disfunção contrátil, necrose miocárdica, edema pulmonar, etc) (Brown, Varghese, & McEwen, 2004; Joynt, Whellan, & O'Connor, 2004; Thomas, Friedmann, Khatta, Cook, & Lann, 2003). Todas estas ocorrências fisiológicas concorrem para o aumento de arritmias ventriculares, da mortalidade e da morte súbita (Thomas et al., 2008).

Se, por um lado, os processos que ligam a depressão à I.C. ainda se encontram pouco explorados, algumas evidências sugerem que os pacientes com depressão e com factores de risco para a I.C. estão mais predispostos a desenvolver a doença (Havranek, 2006). Pelo contrário, e embora nos pareça concetualmente apelativo o facto de a I.C. despoletar depressão, existe falta de evidências. Assim, parece mais indicado pensar-se que a depressão atua sinergeticamente com a I.C., potenciando a progressão das duas patologias, causando um declínio da função física.

As explicações psicológicas que relacionam a depressão com um aumento da mortalidade na I.C. e na doença cardíaca em geral são também mediadas por factores de risco de ordem psicossocial; nomeadamente *coping* inadequado, frágil rede de apoio familiar e social, pobre adesão ao tratamento, abuso de álcool, dificuldades financeiras (Havranek et al., 2004).

Convém salientar especificamente a importância que os mecanismos de *coping* e suporte social do paciente representam no confronto com a I.C. Como é sabido, o *coping* medeia o confronto com a incapacidade, influenciando o stresse percebido e a depressão. Por outro lado, as relações de apoio significativas desempenham, igualmente, um papel protetor na relação com a doença. A falta de apoio emocional em pacientes com mais de 65 anos e hospitalizados com insuficiência cardíaca crónica, aparece associada a um aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, no período de um ano após a alta (Krumholz et al., 1998).

Entre os pacientes com I.C. não hospitalizados, o apoio social relaciona-se inversamente com os sintomas depressivos (Holahan, Moos, Holahan, & Brennan, 1995; Murberg et al., 1999). Recentemente, Chung, Moser, Lennie, e Rayens (2009), encontraram também uma relação significativa entre sintomas depressivos no paciente com I.C. e uma perceção frágil da qualidade de vida, não só no próprio, como no cônjuge.

Num outro estudo de Carels et al., (2004), o funcionamento e a experiência emocional dos pacientes estavam significativamente associados aos seus sintomas físicos da I.C., não só no próprio dia mas no dia seguinte, i.e, o humor positivo e negativo encontrava-se associado a uma menor e maior sintomatologia física, respetivamente.

Não menos importante é, igualmente, a questão da adesão ao tratamento médico como mediadora entre a depressão e a I.C. De facto, a perda de apoio emocional e sentimentos de desânimo originam por vezes uma fraca adesão ao tratamento, potenciando o risco da descompensação cardíaca (Junger et al., 2005). Os autores concluíram que a depressão é um factor importante e independente na mortalidade dos pacientes com I.C., i.e., prediz o prognóstico da I.C., independentemente da classe funcional de NYHA, da F.E., VO<sub>2</sub>, da etiologia da I.C. e da medicação inerente.

Um outro aspeto relevante para este trabalho prende-se com a relação significativa que existe entre as desordens depressivas, a insuficiência cardíaca severa e o ponto charneira morte/transplantação cardíaca. Na realidade, Sullivan et al. (2004), num estudo prospetivo, e controladas uma série de variáveis sociodemográficas e clínicas, revelaram que os pacientes com I.C. e diagnóstico de depressão apresentavam mais tendência para atingir um ponto de não retorno que culminava na morte ou transplantação cardíaca, do que os pacientes não deprimidos. Estas conclusões deixam um alerta para a importância da ponderação conjunta dos factores psicossociais mediadores quando se avalia a depressão na I.C. e, por outro lado, para o despiste atempado destes pacientes para intervenções psicoterapêuticas e/ou farmacológicas.

#### **2.1.5.2. Ansiedade**

Um estudo alargado com 2494 pacientes, utilizadores de cuidados primários com diferentes diagnósticos (diabetes, hipertensão, depressão), revelou que os pacientes que apresentavam insuficiência cardíaca congestiva e enfarte agudo do miocárdio exibiam uma taxa de prevalência de, pelo menos, uma perturbação relacionada com a ansiedade (distúrbio de pânico, fobia ou distúrbio de ansiedade generalizada) (Sherbourne, Jackson, Meredith, Camp, & Wells, 1996).

O único estudo que se debruçou, especificamente, sobre a ansiedade nos pacientes com I.C. foi o de Majani et al. (1999). Os autores encontraram mais distúrbios de humor nos pacientes com I.C. do que nos pacientes saudáveis.

Outro aspeto que determina consideravelmente a existência de perturbações de ansiedade na I.C., prende-se com a utilização de dispositivos mecânicos implantáveis (Sears et al., 2000). Na realidade, estes dispositivos, com mais frequência o CDI, são implantados em muitos pacientes com I.C., com vista à prevenção do risco de morte súbita por arritmias ventriculares

malignas, o que conduz com frequência a que o paciente desenvolva perturbações de pós stress traumático após uma sucessiva descarga de choques do aparelho (Hammer, Hunt, Gee, Garrell, & Monroe, 1999).

## 2.2. Indicações clínicas para Transplante Cardíaco

*“We don't have to try to heal a heart, but a human being who has a heart”.*

Bernard Lown, 2006

A deterioração progressiva e irreversível do músculo cardíaco leva a uma situação extremamente grave que decorre da perda da função de bomba dos ventrículos. Como referido anteriormente, esta é fundamental para uma distribuição adequada dos componentes metabólicos aos tecidos. Quando tal não acontece deparamo-nos com a insuficiência cardíaca, que, em determinado estágio, conduz ao T.C.

A *New York Heart Association* [NYHA] classifica a extensão da insuficiência cardíaca, em quatro categorias, baseadas na limitação da atividade física (Hurst, Morris, & Alexander, 1999):

- Classe I de NYHA: o paciente é portador de patologia cardíaca mas não apresenta sintomas nem qualquer limitação funcional em atividades físicas de rotina;
- Classe II de NYHA: o paciente é portador de patologia cardíaca, apresentando leves sintomas (fadiga, palpitações, dispneia ou angina) e limitações em atividades físicas de rotina embora esteja confortável em repouso;
- Classe III de NYHA: o paciente é portador de patologia cardíaca e apresenta limitações importantes na atividade física, em geral, sendo que as atividades físicas menores que as rotineiras produzem sintomas (fadiga, palpitações, dispneia ou dor anginosa). O paciente apenas se encontra confortável em repouso;
- Classe IV de NYHA: o paciente é portador de patologia cardíaca, apresentando severas limitações em qualquer tipo de atividade física. Exibe sintomas de insuficiência cardíaca mesmo em repouso. Se alguma atividade física é levada a cabo o desconforto é potenciado.

À medida que se avança na classe funcional a mortalidade cresce na mesma proporção, podendo atingir valores de 50%, nos pacientes em classe III ou IV (Fiorelli, Coelho, Júnior, & Oliveira, 2008). A transplantação cardíaca está indicada nos casos de doença cardíaca com limitações funcionais severas, usualmente de classe III ou IV da *New York Heart Association*, cujos sintomas são resistentes à medicação e sempre que as intervenções cirúrgicas não estejam indicadas (Pham et al., 2008). Assim, o paciente com vários episódios de insuficiência cardíaca grave, resistente à medicação, pode então ser um candidato ao procedimento; isto é, o T.C. está indicado quando as medidas clínicas e cirúrgicas no tratamento da insuficiência cardíaca foram

esgotadas e o paciente apresenta uma expectativa de vida previsível de seis meses a dois anos, de menos de 50% (Nwakanma et al., 2008). Desta forma, “a transplantação é hoje aceite como um método terapêutico “corrente” para certas formas terminais de doenças cardíacas” (Antunes, 2000, p. 711).

Os pacientes candidatos a T.C. podem, geralmente ser divididos em dois grupos: os pacientes com danos irreversíveis causados pela doença coronária, sob a forma de múltiplos ataques cardíacos (doença cardíaca isquémica) e os pacientes com doença ao nível do músculo propriamente dito (miocardiopatia).

### **2.2.1. As miocardiopatias**

O termo miocardiopatia é usualmente utilizado para descrever qualquer condição com evidência de anormalidades estruturais a nível do miocárdio ou músculo cardíaco. Podemos definir esta entidade clínica como “ Um grupo heterogéneo de doenças do miocárdio associadas a disfunção mecânica e/ou elétrica, que geralmente (...) exibem uma hipertrofia ou dilatação ventricular inapropriadas e são devidas a uma variedade de etiologias, frequentemente, genéticas.” (Maron et al., 2006, p. 1809). Podem estar confinadas ao coração ou ser parte de desordens sistémicas generalizadas, conduzindo frequentemente à morte cardiovascular ou progressivamente à insuficiência cardíaca.

As miocardiopatias podem ser classificadas em genéticas (as hipertróficas), mistas (as dilatadas e as restritivas) e adquiridas (por exemplo, as miocardites); sendo que, as miocardiopatias dilatadas constituem a maior causa da I.C. (Mestroni et al., 2008). Nos últimos cinco anos, as miocardiopatias não isquémicas (53.3%) constituíram as indicações mais comuns para o transplante cardíaco, seguidas das miocardiopatias isquémicas (37.7%); este panorama mantém-se desde o final da década de 80 (Stehlik et al., 2011).

### **2.3. Procedimentos e critérios médicos de seleção na Transplantação Cardíaca**

*“Quem nunca esperou ansioso diante da cortina do próprio coração?”*

Rainer Maria Rilke

Apesar das vantagens inequívocas propiciadas pelo T.C., em termos de aumento da expectativa e qualidade de vida, existem três aspectos importantes, ainda por contornar na transplantação cardíaca, e que necessitam de ser levados em conta na seleção dos pacientes para o procedimento: as contra-indicações médicas e psicossociais, a falta de dadores, e os efeitos secundários dos imunossuppressores.

A falta de dadores constitui, genericamente, um problema mundial que, segundo alguns investigadores, ainda não se trata de um problema nacional; no entanto, a *United Network for*

*Organ Sharing* (UNOS - entidade privada contratada pelo governo federal dos Estados Unidos que regula a transplantação naquele país) mostrou que 30% dos pacientes candidatos ao T.C. morrem em lista de espera ou são retirados da mesma (Oosterlee & Rahmel, 2010).

Considerando as dificuldades em definir I.C. terminal, em estimar um prognóstico para o paciente e dada a evolução constante das terapias alternativas, existe uma necessidade de se flexibilizar critérios no que respeita à decisão de aceitar um paciente para transplantação cardíaca. Esta deve ser levada a cabo após uma avaliação cuidada da equipa de cardiologia que acompanha o paciente e que deverá escolher a intervenção mais benéfica para aquele paciente em particular, tendo em conta as terapias farmacológicas e não farmacológicas disponíveis (Nwakanma et al., 2008). Nesse momento, o paciente pode encontrar-se em casa ou em unidades hospitalares de tratamento da I.C. se, em fase de descompensação da doença. Na realidade, a maioria dos problemas experienciados pelos pacientes que aguardam o T.C. é a deterioração do seu estado cardíaco; aumento da fadiga, da dispnéia, dos edemas e das palpitações. Os pacientes requerem, muitas vezes, hospitalizações sucessivas para a terapia inotrópica, para ajuste da medicação e para uma regulação cuidadosa da dieta e da ingestão de fluidos (Greer & Webb, 2000). Com o passar do tempo, podem necessitar de um nível mais agressivo de cuidados, como por exemplo, avaliação e tratamento de eventuais arritmias, monitorização hemodinâmica e, até, assistência circulatória mecânica temporária (Dressler, 2002).

### **2.3.1. Avaliação e procedimentos**

A avaliação do paciente candidato, pela equipa de transplantação, é complexa e requer uma abordagem multidisciplinar; que para além de incluir cirurgiões torácicos, cardiologistas, infeciologistas, endocrinologistas, enfermeiros e imunologistas deverá incluir psicólogos e assistentes sociais, de modo a assegurar uma distribuição equitativa dos órgãos e uma maior eficácia de todo o processo de transplantação (McCalmont & Ohler, 2008). Esta avaliação envolve um exame físico e a história do paciente para que se possa determinar a etiologia da I.C. e a existência de condições pré-existentes ou contra-indicações que tenham um impacto negativo no resultado do transplante. Assim, para além dos exames físicos, história, estado nutricional e a avaliação cardiológica, o paciente é submetido a avaliações médicas extra-cardíacas (digestiva, respiratória, renal, infecciosa, imunológica, hematológica, reumatológica, neurológica e vascular) (Barroso, 2002). Se alguma contra-indicação potencial é identificada, pondera-se em que medida a avaliação completa deverá prosseguir.

Os coordenadores da equipa de transplantação fornecem ao paciente e seus familiares a informação necessária sobre o procedimento, de modo a que entendam todo o procedimento: a avaliação, o período de espera, o T.C. propriamente dito e o *follow-up* pós-T.C. (McCalmont &

Ohler, 2008). Esta função dos coordenadores da equipa revela-se fundamental, já que desmistifica ideias pré-concebidas do paciente e sua família. Por outro lado, permite à equipa de transplantação perceber um pouco do contexto sóciofamiliar em questão. Muitas vezes é fornecido material adicional, em geral escrito, para reforçar a informação transmitida. A importância desta fase radica ainda no início da construção dos laços que deverão sustentar uma longa relação mútua de confiança entre o paciente, a rede sóciofamiliar e a equipa de transplantação. No momento de listar o paciente para o procedimento, e após o mesmo assinar o consentimento informado, o coordenador da equipa deve assegurar-se que o paciente e a família estão informados e entenderam as peculiaridades do tempo de espera, do período pré-operatório (necessidade de eventuais restrições e modificações de estilo de vida), da manutenção da medicação, da disciplina a longo prazo, enfim, das regras de viver com um coração novo. O paciente é, então, colocado em lista de espera com base nos protocolos e diretrizes específicas do Centro de Transplantação do país em questão.

Em Portugal, os centros de transplantação regem-se pelos critérios da Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação<sup>8</sup> (ASST). Esta entidade tem um sistema de prioridade baseado na severidade da doença cardíaca, no tempo de espera em lista e na compatibilidade do grupo sanguíneo ABO.

O Quadro 1 apresenta os critérios de prioridade ou urgência para a distribuição de coração.

<sup>8</sup> A ASST é um serviço do Ministério da Saúde, ao qual compete “regulamentar e fiscalizar a actividade de colheita, análise, manipulação, preservação, armazenamento e distribuição de órgãos, tecidos e células de origem humana, garantindo a qualidade da dádiva” (Dec. Lei 67/2007, de 29 de Maio).

Quadro 1  
Critérios de distribuição de coração (ASST)

Critério	Descrição	Prioridade Nacional	Renovação do pedido
<b>Emergente</b>			
Grau 1	Falência primária do enxerto nas primeiras 48h pós T.C.	sim	semanalmente
Grau 2	a) pacientes em choque cardiogénico necessitando de assistência ventricular b) pacientes em choque cardiogénico necessitando de coração artificial	sim	semanalmente
Grau 3	Pacientes em choque cardiogénico com balão de contrapulsção intra-aórtico	sim	semanalmente
Grau 4	Pacientes em choque cardiogénico necessitando de suporte ventilatório mecânico	sim	semanalmente
<b>Urgente</b>			
Grau 5	Doentes estando simultaneamente internados em UCI e com inotrópicos para manter débito cardíaco adequado (dobutamina $\geq$ 7,5 microgramas/Kg/min ou milrinona $\geq$ 0,5 microgramas/Kg/min) ou mais que um inotrópico em simultâneo	sim	às 72h
Grau 6	Doentes com mais de um internamento em UCI nos últimos 6 meses	sim	às 72h
<b>Eletivo</b>			
Grau 7	Inclui os restantes pacientes. A equipa (Hospital) decide quem transplantar dentro da sua própria lista; cada centro de transplantação decide, de entre critérios mais ou menos universais e, geralmente de natureza cardiológica, quais os critérios específicos que adota para a aceitação de um paciente.	n/a	n/a

Pela análise do Quadro 1, verifica-se a existência de três graus de prioridade, Emergente, Urgente e Eletivo, com as correspondentes condições cardiológicas dos pacientes, e se conferem ou não prioridade nacional. Salienta-se que quanto mais elevado o grau urgência, menor é a prioridade da transplantação. Os graus “Emergente” e “Urgente” implicam um apelo dirigido a todos os Gabinetes de Coordenação de Colheita e Transplantação (GCCT), especificando o grau de urgência atribuído e critérios de aceitação de dador: peso, idade e grupo sanguíneo. Para os graus 1 a 4, as ofertas serão efectuadas atendendo às compatibilidades ABO, em que para os graus 5 e 6 há prioridades dos recetores O para enxertos do grupo O. Caso existam vários pacientes em lista, as ofertas serão efetuadas em função do grau de urgência: grau 1 (+) a grau 6 (-). Se existirem dois doentes no mesmo grau de urgência a prioridade será atribuída ao doente que se encontre há mais tempo em urgência, exceto se o dador e recetor se encontrarem no mesmo hospital. A relação entre as superfícies corporais dador/recetor não deverá exceder 25% em favor do dador; os receptores criança têm prioridade em relação aos adultos e os receptores hiperimunizados (PRA > 75%) ou com dois *crossmatch* prévios positivos, têm prioridade sobre

os restantes dentro do mesmo grau de urgência.

Outro dos procedimentos fundamentais à transplantação é a avaliação da qualidade da doação. Em termos do dador, são contra-indicadas disfunções cardíacas significativas, doença cardíaca coronária, doenças transmissíveis e neoplasias (excepto tumores primários do sistema nervoso central com baixo potencial metastásico) (Hunt & Haddad, 2008). O procedimento geral para avaliar a compatibilidade entre o dador e o recetor envolve, por um lado, a avaliação da compatibilidade entre os grupos sanguíneos ABO, a proporcionalidade de peso e altura dador/recetor (o peso do dador não deve ser inferior em 10% ao peso do receptor - Dinkhuysen, Neves, Petrucci, Oliveira, & Lima, 1999) e, por último, a histocompatibilidade. Esta consiste num conjunto das condições que asseguram o êxito de um transplante e que são determinadas pela concordância das particularidades teciduais imunitárias do dador e do receptor (Fiorelli et al., 2008). Para a avaliação da histocompatibilidade utiliza-se o *crossmatch*; trata-se um teste realizado para detetar anticorpos do recetor contra os antigénios do dador, ou seja, é uma prova cruzada de linfócitos do dador com o soro do recetor (Fiorelli et al., 2008). Um teste de *crossmatch* positivo significa que o paciente e o doador são incompatíveis; um teste de *crossmatch* negativo significa que não há reação entre o paciente e o dador e que o transplante pode ser realizado (Nwakanma et al., 2008).

Por último, e se tudo estiver em conformidade, o GCCT verifica se existem apelos nacionais de urgência, através do registo que liga os diversos hospitais; caso tal não aconteça, os órgãos são distribuídos, segundo critérios de rotatividade, pelas diferentes unidades de transplantação cardíaca. O processo que envolve a colheita do órgão, a sua deslocação e o T.C., propriamente dito, necessita de ser rápido, dado que o tempo de espera dos órgãos é bastante limitado. Concretamente, o tempo de isquémia do coração (falta de suprimento sanguíneo ao órgão) não deve ser superior a quatro horas, pois compromete o seu funcionamento posterior, aumentando, por exemplo a probabilidade de vasculopatia do enxerto (rejeição crónica) no recetor (Conte & Baumgartner, 2000; Nesralla, Silva, Mendonça, & Fortunato, 1999). Na realidade, um estudo recente de Goldsmith et al. (2009), revela que por cada hora adicional de tempo de isquémia do órgão do dador, o paciente recetor tem um incremento de 25% de risco de morte no primeiro ano após o T.C. e de 5% nos anos seguintes. Assim, quanto menor o tempo de isquémia, maior é o ganho potencial em anos de vida.

Os critérios de seleção dos pacientes estão em constante mudança como resultado do entendimento médico da síndrome da I.C., da tecnologia médica e das opções terapêuticas (Skouri, Mullens, & Young, 2007). Nos finais da década de 90 houve uma dramática mudança na manutenção da I.C., levando a uma reavaliação dos pacientes que realmente beneficiam com um T.C., graças aos avanços na terapêutica médica, a nível farmacológico (introdução dos beta-



-bloqueantes adrenérgicos e antagonistas da aldosterona) e a nível da técnica mecânico-cirúrgica, destacando-se o CDI, o *pacemaker*, os dispositivos de assistência ventricular, o coração artificial, etc. (Antunes, 2000; Deng, De Meester, Smits, Heinecke, & Sheld, 2000). Estes mecanismos de apoio circulatório são uma terapia para a I.C. severa terminal, uma vez que procuram corrigir defeitos estruturais do coração, promover ajuda mecânica à contração oferecendo uma alternativa, por exemplo após EAM, ou actuando como ponte para a transplantação e, neste último caso, previnem lesões permanentes no coração, durante o período de espera (Antunes, 2000). Estes vários métodos terapêuticos estão também indicados sempre que existam contra-indicações médicas, psicológicas e sociais ao T.C. e tornam-se valiosos pela escassez de dadores que se faz sentir pois permitem que menos pacientes dependam da transplantação ao amortecerem as taxas de mortalidade na I.C. (Gardner et al. 2006).

Por outro lado, apesar de se assistir a critérios comuns, existem variações de centro para centro nos critérios de aceitação do recetor para T.C., de acordo com as circunstâncias clínicas. No entanto, e como regra geral, a avaliação para um potencial T.C. deve apenas ser instituída se o paciente, sem contra-indicações e apesar da terapêutica médica otimizada, continuar a sofrer de limitação cardíaca severa. Por outro lado, dada a mortalidade a um ano de 10 a 15%, a expectativa de vida de um potencial candidato a T.C., deverá ser mais alta do que o referido valor (De Jonge et al. 2008).

### **2.3.2. Contra-indicações absolutas e relativas**

Devido aos melhoramentos na terapia imunossupressora, na profilaxia e gestão das complicações, o número de contra-indicações para o T.C. tem vindo a diminuir (Frazier & Meyers, 1999). As tradicionais contra-indicações para a aceitação de um paciente estão a ser questionadas (Nwakanma et al., 2008). Historicamente, a idade avançada, a obesidade, a diabetes, doença renal e doença vascular periférica eram consideradas contra-indicações absolutas para T.C.; no entanto, hoje, a avaliação é mais individualizada e liberalizada, dependendo do número e da severidade dos problemas médicos associados. Assistimos, como referido, a uma variabilidade na seleção dos pacientes de centro para centro, em que os centros com maior volume de pacientes e que demonstram resultados superiores consistentes aceitam casos clínicos mais complicados (Skouri et al., 2007).

No anexo 7, encontram-se referidas, de forma genérica, as contra-indicações absolutas e relativas para o T.C.

O limite de idade para a transplantação cardíaca, continua a ser alvo de controvérsia. A maior preocupação tem por base o facto de, por um lado, nos pacientes com mais de 50 anos os fatores de risco pré-existentes terem um maior impacto no resultado após o T.C. e, por outro

lado, a estimativa de que o número de candidatos irá duplicar a cada cinco anos até ao limite aceitável de idade que são os 65 anos (Stevenson, 1996). No entanto, quer em Portugal, quer no panorama internacional pessoas com mais de 70 anos são submetidas a T.C. (Blanche et al., 2001). Na realidade, nos últimos 20 anos, a percentagem de pacientes receptores com mais de 60 anos de idade tem vindo gradualmente a aumentar, constituindo, desde 1999, 25% dos transplantados cardíacos, contra 5% entre 1982 e 1988 (D. Taylor et al., 2007) sendo, hoje, a mediana de idade do paciente transplantado, 54 anos. Nesta situação, o conceito passa por utilizar órgãos de dadores mais velhos, que geralmente não são utilizados, mas se apresentam satisfatórios (dadores marginais), em recetores geralmente com mais de 70 anos. Embora a transplantação destes pacientes esteja associada a uma maior mortalidade e morbidade do que nos pacientes mais jovens, os resultados revelam-se significativamente melhores do que o estado terminal da I.C. em que se encontram (Felker et al., 2005). A idade avançada é, neste momento, encarada como uma contra-indicação relativa e não absoluta. Na realidade, vários centros apresentam bons resultados na sobrevivência destes pacientes; a incidência da rejeição é geralmente menor, embora, aparentemente, a incidência da infeção e da vasculopatia pareça ser maior (Aliabadi, Zuckermann, & Grimm, 2007; D. Taylor et al., 2007). Assim, a idade avançada é um critério que deverá ter por base a avaliação global daquele paciente em particular, tendo em conta a sua idade fisiológica e não a cronológica.

A obesidade tem um impacto negativo na mortalidade e morbidade após o T.C., reduzindo a sobrevivência em 10 anos devido à sua associação com outras comorbilidades (D. Taylor et al., 1996). Este problema é agravado pela terapia com os corticosteróides<sup>9</sup>. Desta forma, um índice de massa corporal  $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$  ou uma percentagem de peso ideal  $\geq 140\%$  são preditores de morbidade e mortalidade após o T.C., acarretando dificuldades na cicatrização da ferida cirúrgica, risco aumentado de infeção, complicações pulmonares, problemas coronários, risco de trombose das extremidades e falência respiratória (Grady, Naftel, Pamboukian, et al., 2005; Lietz, John, Burke, et al., 2001). Por outro lado, a obesidade dificulta a identificação de um dador com índice de massa corporal compatível e poderá ser um indício de uma adesão frágil, o que se antevê catastrófico no período após o T.C. Geralmente, a equipa de transplantação aconselha o paciente a emagrecer antes de o procedimento ser levado a cabo. No entanto, a caquexia (definida como índice de massa corporal  $\leq$  do que  $20 \text{ kg/m}^2$  ou  $<$  do que 80% do peso ideal) constitui igualmente uma contra-indicação absoluta para a transplantação cardíaca dado potenciar o risco de uma recuperação cirúrgica pobre e se associar a um aumento da mortalidade após o T.C (Lietz, John, Burke, et al., 2001; McCalmont & Ohler, 2008).

A diabetes tipo I (insulino-dependente) já não é considerada uma contra-indicação absoluta

<sup>9</sup> Em média, o paciente ganha 25% do seu peso um ano após o T.C. (Reed, Baz, McGinn, & Schofield, 2002).

para T.C., especialmente se bem controlada; 23% dos pacientes submetidos a T.C., em 2011, apresentavam esta patologia (Stehlik et al., 2011). Tal como outros autores, António, Prieto, Providência, e Antunes (2010) concluíram que a diabetes não se encontra associada ao aumento da mortalidade ou morbidade, no primeiro ano após o T.C. No entanto, a terapia com corticosteróides pode piorar a tolerância à glicose ou induzir diabetes e, pacientes com prévia terapia oral podem necessitar de insulina pós T.C. (Constanzo et al., 1995).

A disfunção renal irreversível trata-se de uma contra-indicação absoluta pois a medicação imunossupressora, em particular a ciclosporina, tem um enorme impacto na função renal após o T.C. (Alam, Badovinac, Ivis, Trpeski, & Cantarovich, 2007). No entanto, estes pacientes podem ser considerados para transplante duplo, de rim e coração com resultados bem sucedidos (Pinto, Prieto, Figueiredo, & Antunes, 2010).

A disfunção hepática irreversível, as doenças vasculares periféricas e cerebrovasculares severas e sintomáticas, a doença tumoral maligna ativa ou recente e a hipertensão pulmonar severa constituem outras contra-indicações.

Devido à grande escassez de órgãos que determina o aumento das listas de espera e, mais uma vez com ênfase no panorama internacional<sup>10</sup>, certas restrições foram levadas a cabo, a fim de se limitar o procedimento apenas a pacientes que retirem o maior partido do T.C. Por outro lado, e embora as comorbilidades associadas ao T.C. tenham vindo a aumentar junto dos pacientes candidatos, o peso das mesmas enquanto contra-indicação para o referido procedimento tende a ser mais difícil de avaliar, devido aos bons resultados após o mesmo a que se tem assistido. Apenas algumas condições reúnem, de facto, consenso para não se levar a cabo o procedimento (Steinman et al., 2001). Em Portugal, as contra-indicações absolutas e relativas para o procedimento também se apresentam cada vez mais liberalizadas e, embora variem de programa para programa nos vários centros de transplantação, têm uma base mais ou menos consensual.

### **2.3.3. Contra-indicações psicossociais**

Estas contra-indicações têm começado a reunir bastante consenso; por exemplo, 80% dos centros dos EUA consideram os “Hábitos tabágicos e alcoólicos ativos e uso de drogas” como contra-indicações absolutas (McCalmont & Ohler, 2008); a “Não adesão à medicação” é contra-indicação absoluta em 51.3% dos centros e a “História de perturbação afetiva” é uma contra-indicação absoluta em 5.1% dos mesmos (Levenson & Olbrisch, 2000). Apesar destas restrições, num estudo recente, com candidatos ao procedimento, 64% dos pacientes da amostra

<sup>10</sup> Nos EUA, o número de doadores cadáver mantém-se estável ou tem vindo a diminuir nos últimos anos; ao contrário, em Portugal, e resultante da lei vigente da doação, a média do número de órgãos colhidos é quase o dobro da União Europeia (ASST, 2011).

apresentavam, segundo o *DSM-IV-R*, perturbações relacionadas com o abuso de substâncias: nicotina (61,4%), álcool (9,6%) e cafeína (2,4%) (Sirri et al., 2007).

Concretamente, no que diz respeito ao uso do tabaco, nalguns centros de T.C., é exigido que o paciente se encontre abstinente pelo menos há meio ano antes de ser colocado em lista de espera ativa, com pesquisa dos níveis de nicotina na urina. Este aspeto prende-se com o facto da história de hábitos tabágicos no período pré transplante se apresentar como um fator de risco, a longo prazo, para a sobrevivência após o T.C.; com maior incidência de vasculopatia do enxerto e malignidade e com um decréscimo da taxa de sobrevida para os pacientes que retomam o fumo após o procedimento (Basile et al., 2004). No entanto, ainda encontramos, aproximadamente, 24% dos pacientes transplantados a retomar os hábitos tabágicos apesar de terem aderido à política da abstinência imposta (Roussel et al., 2008).

O sucesso último da transplantação depende da estabilidade psicossocial e da adesão do paciente (Rivard et al., 2005). Há um “compromisso” por parte deste, que exige o cumprimento do regime pós-operatório (a medicação diversa, as visitas frequentes ao centro de transplantação, o exercício físico, a dieta; enfim, toda a modificação necessária no estilo de vida para que o T.C. seja bem sucedido). Fatores de natureza psicológica e social são fundamentais na forma como o paciente lida com o procedimento e como se adapta à nova vida, determinando o êxito (sobrevida e qualidade de vida) desta intervenção. Desta forma, quando a transplantação cardíaca é considerada, revela-se decisiva a avaliação de fatores psicológicos e sociais, uma vez que poderão comprometer o sucesso da transplantação ou mesmo inviabilizá-la, constituindo contra-indicações ao procedimento. Este interface, da importância das variáveis psicológicas nas variáveis médicas, que justifica a avaliação psicossocial para T.C., será abordado com profundidade nos Capítulos 3 e 4, já que constitui um dos objetivos desta investigação.

## **2.4. Os números da Transplantação Cardíaca**

*Se mãos te libertassem, coração, para onde voarias?  
(...) Atravessarias cidades e montes e mar, se mãos te pudessem libertar?*

Philip Larkin

### **2.4.1. Transplantação Cardíaca no mundo**

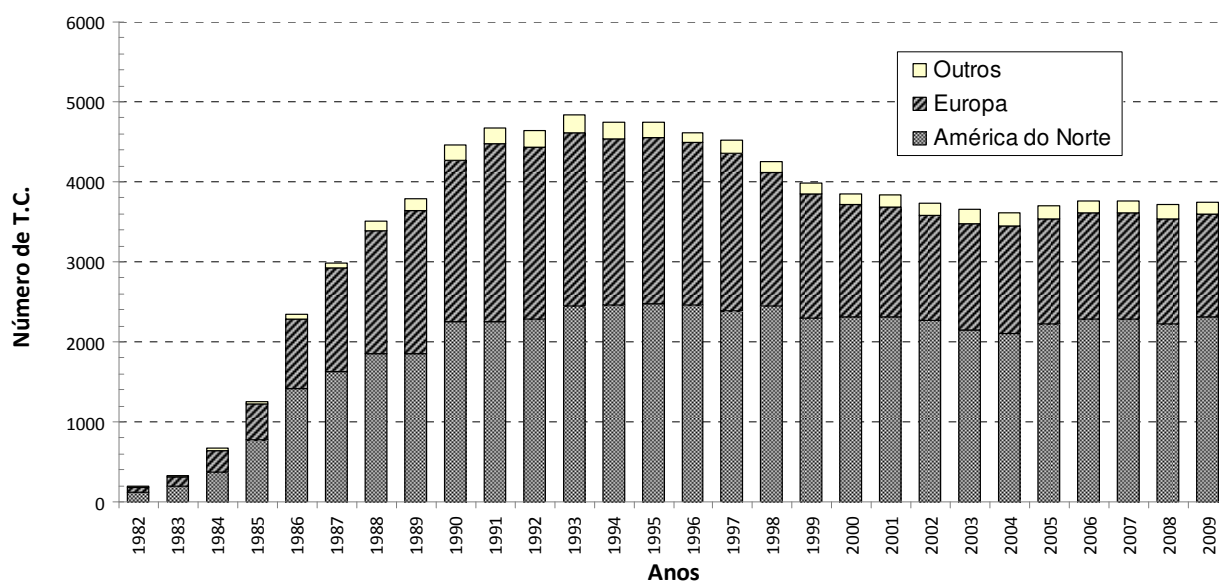
No que diz respeito à transplantação cardíaca, nos últimos 20 anos, a percentagem de pacientes recetores, entre os 60 e 70 anos de idade, tem vindo gradualmente a aumentar, constituindo agora 25% dos transplantados cardíacos, enquanto a percentagem dos pacientes entre os 40 e 49 anos de idade continua a diminuir; a idade média do paciente transplantado cardíaco é 54 anos, com 22.8% de mulheres, valor este, que tem vindo a aumentar em relação à última década (Stehlik et al., 2011).

Dados da ISHLT indicam que, em relação à média de idades dos dadores, esta tem também vindo progressivamente a aumentar; de 23 anos em 1983, para 35 anos em 2009. Por outro lado, os dadores com 60 anos ou mais (que raramente existiam antes de 1986) constituíram, aproximadamente, 2% dos dadores, em 2009 (Stehlik et al., 2011).

O Gráfico 1 ilustra a evolução do número de transplantes cardíacos entre 1982 e 2009, segundo a ISHLT.

Gráfico 1

*Evolução do número de Tranplantes Cardíacos (1982-2009) (ISHLT, 2011<sup>11</sup>)*



Como se pode constatar pela observação do Gráfico 1, até ao ano de 1993, o número de T.C. tem vindo a sofrer um incremento, assistindo-se a um decréscimo em 1994 até 2004, devido à escassez de órgãos e, até então, tem-se mantido estável (D. Taylor et al., 2009).

Desde 1980 até 2011, efectuaram-se, aproximadamente 100.000 T.C., em todo o mundo (Stehlik et al., 2011).

Nos EUA existem 97 centros de transplantação cardíaca e em 31 de Dezembro de 2010, contavam-se 3.183 pacientes à espera de um coração (*Council of Europe Newsletter Transplant*, 2011). Dados de 2010 da Fundação Internacional do Eurotransplante atestam que por cada 10 pacientes transplantados ao coração, quatro morrem em lista de espera e 19 continuam à espera de órgão (Oosterlee & Rahmel, 2010).

#### 2.4.2. Transplantação Cardíaca em Portugal

Em 18 de Fevereiro de 1986, 23 anos após o primeiro T.C. no mundo e, 17 anos após o primeiro transplante em Portugal<sup>12</sup>, realiza-se a primeira intervenção do género no nosso país. A

<sup>11</sup> O gráfico inclui apenas os T.C. reportados à ISHLT. Como tal, os dados não refletem o número de T.C. realizados em todo o mundo.

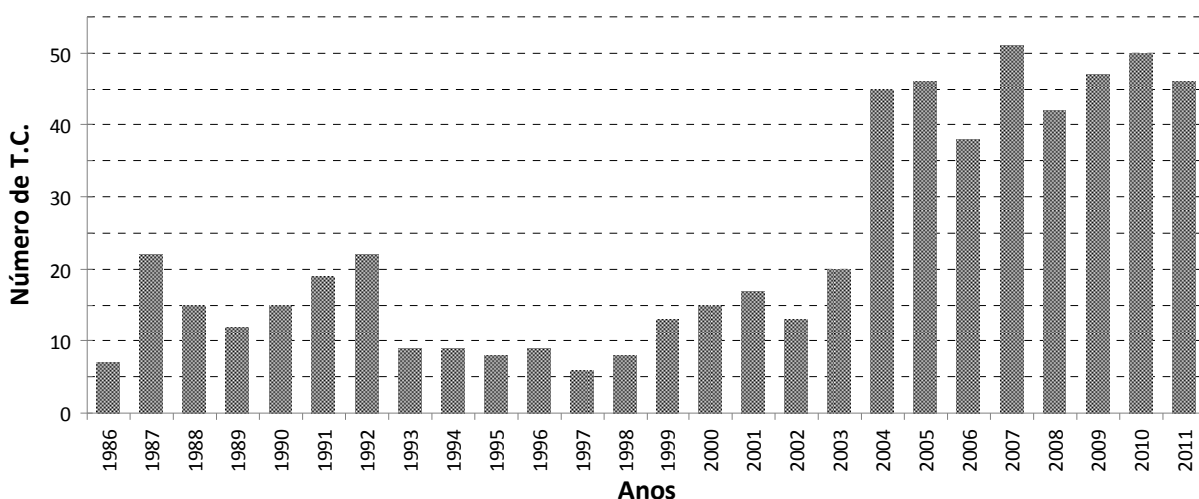
<sup>12</sup> A 20 de Julho de 1969, uma equipa médica liderada pelo cirurgião Linhares Furtado fez o primeiro transplante em Portugal, nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Tratou-se de um transplante renal com dador vivo.

paciente Eva Pinto recebe um novo coração, pelas mãos do Dr. Queiroz e Melo, no Hospital de Stª Cruz<sup>13</sup>. A paciente tinha 54 anos, uma esperança de vida de seis meses e viveu nove anos com o novo coração (Observatório do Algarve, 2006).

O Gráfico 2 mostra a evolução do número de transplantes cardíacos entre 1982 e 2011, em Portugal, segundo a ASST.

Gráfico 2

*Evolução do número de Transplantes Cardíacos em Portugal (ASST, 2011)*



Pela análise do Gráfico 2, verificamos que desde 1986 até final de 2011, realizaram-se em Portugal 604 transplantes cardíacos, sendo que, no ano de 2011, foram efetuados 46 (20 nos Hospitais da Universidade de Coimbra, 7 no Hospital de Stª Cruz, 10 no Hospital de S. João e 9 no Hospital de Stª Marta); i.e., 4.7 transplantes cardíacos por milhão de habitantes, o que se revelou claramente superior à média europeia (3.6 por milhão de habitantes, em 2010). Assistiu-se a uma diminuição no procedimento, face ao ano de 2010, resultante da diminuição do número de pacientes em lista de espera (ASST, 2011).

Em 2010, o número total de pacientes em lista ativa foi 81 e, no final de Dezembro de 2011, eram 17 os pacientes em lista de espera para o procedimento (ASST, 2011). Segundo Antunes (2000, 2009a) em Portugal, as necessidades reais serão, em média, de 70 T.C. anuais. O autor considera que o fato de ainda nos encontrarmos aquém daquele valor, não se prende com a falta de dadores (embora este seja um problema sério a nível internacional) e, a prová-lo está o número de transplantes hepáticos realizados em Portugal, anualmente (219 em 2011), o que indicia uma potencial satisfação de necessidades, pois parte destes dadores seriam-no também para o coração. No entanto, continua a existir falta de órgãos compatíveis para “aquele” paciente, havendo ainda pacientes que morrem em lista de espera. Em 2010, em Portugal, morreram cinco

<sup>13</sup> Após o primeiro transplante cardíaco nacional nesta unidade hospitalar, seguiu-se o Hospital de Stª Marta, também em Lisboa, em Abril de 1986, seguido do Hospital São João, no Porto, em Fevereiro de 1987 e, finalmente, o Centro de Cirurgia Torácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra em Novembro de 2003.

pacientes nesta situação (*Council of Europe Newsletter Transplant*, 2011). Assim, embora persista o panorama de uma lista de espera pouco significativa, as alterações dos dadores deste órgão contribuem para esta realidade (aumento da idade média e diminuição do número de mortes por traumatismos crânio-encefálicos) (Antunes, 2009b).

No Centro de Cirurgia Cardiorácica dos HUC, que realiza por ano, o maior número destas intervenções a nível nacional, o número de pacientes transplantados em oito anos de atividade (Nov. 2003 a Dez. 2010) foi de 189 pacientes, sendo o tempo de espera médio por um coração de 24 dias (Antunes, 2008; 2011). No entanto, o número médio anual de T.C. tem vindo a diminuir. No Centro de Cirurgia Cardiorácica do H.S.J., no Porto, em cinco anos de atividade (2007-2011) foram realizados 34 procedimentos deste tipo.

A colheita de órgãos em cadáveres é consagrada na lei portuguesa através do Dec. Lei n.º 12/93, de 22 de Abril, alterado pelo Dec. Lei n.º 12/2009, de 26 de Março. Esta lei considera potenciais dadores, todos os cidadãos nacionais, apátridas e estrangeiros residentes em Portugal que não tenham manifestado junto do Ministério da Saúde a sua qualidade de não dadores (no Registo Nacional de Não Dadores - RENNDA). Trata-se do consentimento presumido da doação.

Portugal apresenta uma taxa de 30.4 de dadores cadáver/milhão de habitantes, face aos 16 dadores/milhão de habitantes da União Europeia, apesar da ligeira descida no ano de 2011 em relação a 2010 (ASST, 2011). Na realidade, Portugal é o segundo país da Europa com maior taxa de doação de órgãos, só ultrapassado por Espanha (*Council of Europe Newsletter Transplant*, 2011). O maior número de dadores provém da zona centro do País, nomeadamente, dos Hospitais da Universidade de Coimbra (ASST, 2011). As causas de morte médicas representam 65% da doação e têm vindo a aumentar em detrimento das de origem traumática (35%), panorama que decalca o resto do mundo (ASST, 2011). A idade média do dador, em 2011, pautou-se nos 48.7, com 33% dos dadores com mais de 60 anos (que têm vindo a aumentar) e 61% do sexo masculino (ASST, 2011).

Em Portugal existem cinco Gabinetes de Coordenação de Colheita e Transplantação (GCCT) espalhados por hospitais do Porto, Coimbra e Lisboa. Cada centro integra diversos hospitais onde é autorizada a colheita e a transplantação de órgãos. Os GCCT são estruturas autónomas dotadas de equipas pluridisciplinares especializadas na colheita e transplantação de órgãos, tecidos e células nos dadores identificados. Quando é confirmado o óbito de um paciente, com diagnóstico clínico de morte cerebral, numa das Unidades de Cuidados Intensivos que integram os GCCT, cabe ao Gabinete em questão avaliar se o paciente preenche ou não os critérios da colheita; seguidamente, e após a consulta do RENNDA (para verificar se o paciente

está ou não inscrito<sup>14</sup> não se opondo à doação dos seus órgãos) segue-se a avaliação clínica do dador.

## **2.5. O processo de rejeição do enxerto cardíaco: principais tipos**

*Ninguém jamais calculou com exatidão, nem mesmo os poetas, o quanto suporta um coração.*

Zelda Fitzgerald

A competência de um organismo para distinguir o que é seu do que é estranho é fundamental para a sua sobrevivência num ambiente hostil. Assim, quando um órgão ou tecido de um indivíduo é transplantado para um outro indivíduo geneticamente não idêntico, uma série de eventos celulares e moleculares são despoletados. Se nada for feito, isto vai resultar na rejeição do enxerto, i.e., o sistema imunitário desenvolve elaborados e eficazes mecanismos para proteger o organismo de agentes externos que provocam a rejeição do órgão de qualquer indivíduo que não seja geneticamente idêntico ao recetor. Na transplantação, os mecanismos de defesa do recetor reconhecem os antígenos das células do enxerto como sendo estranhos e respondem de forma a erradicar essas células (Bach & Sachs, 1987).

Em 1944, Medawar, revoluciona a cirurgia de transplantação, de forma indireta, ao demonstrar experimentalmente, que a infiltração tecidual de linfócitos que ocorre no tecido transplantado conduz à destruição do enxerto de sete a dez dias. Este cientista chamou a isto processo de rejeição (Silva, 2008).

A desejada quimera da transplantação foi desde sempre, atingir a tolerância clínica, i.e., um estado de aceitação permanente do coração do dador no corpo do recetor sem a necessidade da imunossupressão, para além do período peri-transplante, reduzindo ou eliminando as suas nefastas consequências (Pierson, 2007). Nesta área estão a desenvolver-se estudos que prometem a indução da tolerância na transplantação cardíaca mas hoje as barreiras imunológicas persistem, enquanto aspeto central na cirurgia de transplantação, até porque a mortalidade cirúrgica do procedimento é baixa e a técnica encontra-se bem definida (Antunes, 2000). Como já referia Barnard, a grande batalha num transplante cardíaco não é a substituição do coração doente por um outro; mas sim, o controlo da rejeição imunológica, sem a qual não haveria base para a transplantação.

Na realidade, a mortalidade a 30 dias após o T.C é menos de 10%, sendo que a esmagadora maioria das mortes após o T.C. ocorre após os 30 dias (Hertz et al., 2002). Assim, o mais depurado regime imunossupressor salva mais vidas do que a técnica cirúrgica mais evoluída ou o melhor enxerto cardíaco (Nwakanma et al., 2008). No entanto, nos últimos anos, as progressivas modificações e avanços na terapia imunossupressora tiveram um grande impacto na promoção

<sup>14</sup> Em 2011, 0.36% da população portuguesa (38.469 habitantes) encontrava-se inscrita no Registo Nacional de Não Dadores (ASST, 2011).



da sobrevivência após o procedimento, como revela o decréscimo do número de mortes devido à rejeição (Ranjit et al., 2001).

O processo de rejeição pode dar-se na fase imediata ao T.C., nos dias ou meses seguintes ou, tardiamente; este aspeto e a participação dos elementos agressores e agredidos determinam a sua classificação e as biopsias periódicas endomiocárdicas, apesar de constituírem um procedimento invasivo, continuam a ser o meio mais fiável para detetar o grau de rejeição celular do enxerto.

A rejeição celular é classificada em três classes dependendo da extensão da infiltração celular nas células do miocárdio e dos danos causados (S. Stewart et al., 2005).

O Quadro 2 ilustra a classificação dos tipos de rejeição.

Quadro 2  
*Classificação dos tipos de Rejeição*

	Tipo de rejeição		
	Sem Rejeição	Moderada	Severa
Grau de Rejeição	0R, 1R	2R	3R
Tratamento	Não	Sim	Sim

Nota: Standardized Cardiac Biopsy Grading - ISHLT (S. Stewart et al., 2005)

Pela análise do Quadro 2, pode depreender-se que existem quatro tipos de rejeição: 0R – diz respeito à ausência de rejeição celular aguda; 1R – refere-se a um grau baixo ou médio de rejeição celular aguda. Não requer tratamento mas a monitorização, com menos tempo de intervalo através de nova biopsia é importante, dado que 20 a 40% progridem para rejeição moderada. 2R – trata-se um grau intermédio ou moderado de rejeição celular aguda que necessita de tratamento e, por último, 3R – indica um grau severo ou elevado de rejeição celular aguda em que está presente um processo inflamatório difuso com danificação dos miócitos.

Os graus 2R e 3R implicam, geralmente, hospitalização com administração de corticóides e ajustamento da imunossupressão, sendo que, sete a 10 dias após o Terminar a terapia, aconselha-se a repetição da biopsia para se adequar o tratamento (Nwakanma et al., 2008).

A periodicidade da BEM, após o T.C., varia de acordo com o centro de transplantação. Em geral, no primeiro mês, a primeira BEM realiza-se ao fim de uma semana e, seguidamente, de dez em dez dias; no segundo e terceiro mês uma vez de 15 em 15 dias; no quarto, quinto e sexto mês realiza-se uma vez por mês; dos seis aos 12 meses realiza-se de dois em dois meses e, a partir do primeiro ano, de seis em seis meses, se indicado (Bacal et al., 1999; Miniati & Robbins, 2002).

Os sintomas da rejeição são pouco específicos e a maioria dos episódios insidiosos, sendo possível que o paciente se mantenha assintomático mesmo ao atingir estádios elevados de

rejeição (Nwakanma et al., 2008). Contudo, os sinais de alarme incluem sintomas febris, hipertensão, edemas ou aumento súbito de peso, alterações no ritmo cardíaco, dispneia, cansaço fácil, náuseas, vômitos, entre outros.

## **2.6. Terapia imunossupressora no Transplante Cardíaco**

*Some will not recognize the truthfulness of my mirror. Let them remember that I am not here to reflect the surface (this can be done by the photographic plate), but must penetrate inside. My mirror probes down to the heart.*

The Diaries of Paul Klee

O objetivo último da terapia imunossupressora é manter a função do órgão, modular a resposta seletiva do sistema imunitário do paciente para evitar a rejeição e conseguir poupar as defesas imunitárias contra infecções e neoplasias, minimizando a toxicidade associada aos agentes imunossupressores, facilitando a adesão do paciente à terapêutica (Duncan & Wilkes, 2005; Nwakanma et al., 2008). Vários tipos de medicação foram sendo progressivamente descobertos e utilizados no sentido de prevenir a rejeição – os imunossupressores. O grande desafio, nesta área, tem sido encontrar a composição ideal da imunossupressão de forma a controlar a rejeição mas, simultaneamente, minimizando os efeitos colaterais (Hunt & Haddad, 2008).

A imunossupressão consiste, em geral, numa fase indução (peri-operatória), seguida por uma fase de manutenção e tratamento da rejeição aguda, caso exista (Nwakanma et al., 2008). Esta é uma estratégia básica e universal, embora a escolha dos agentes imunossupressores, das respetivas doses e a combinação das mesmas, varie entre os centros de transplantação. Na falta de uma droga imunossupressora ideal, a terapêutica de manutenção habitual nos protocolos de transplantação cardíaca, também chamada de terapia tripla, inclui: a) corticosteróides, b) micofenolato de mofetil ou azatioprina, c) ciclosporina ou tacrolimus (Nwakanma et al., 2008).

Após a cirurgia e a alta, o paciente é cuidadosamente monitorizado, quanto a processos de rejeição, infecção e outras complicações não-cardíacas decorrentes quer da própria cirurgia, quer da medicação imunossupressora. Nomeadamente, após a alta hospitalar, é fundamental uma rigorosa disciplina medicamentosa, também em termos de horários de toma, com o propósito de manter o nível de imunossupressão constante na corrente sanguínea, para se atingir o máximo efeito anti-rejeição (Parr & Mize, 2001). Assim, a medicação imunossupressora necessita de ser tomada a cada 12 horas, pois é o ciclo em que atua na supressão do sistema imunitário.

### **2.6.1. Principais imunossupressores e seus efeitos tóxicos *Major***

Os regimes imunossupressores resultam em três categorias de resultados: os efeitos imunossupressores desejados, os efeitos adversos da imunodeficiência como a infecção, a malignidade e a toxicidade como a diabetes, a hipertensão e a insuficiência renal (Lindenfeld et al., 2004).

A maioria dos tratamentos com imunossuppressores consiste numa combinação das seguintes drogas (Lindenfeld et al., 2004):

- agentes antiproliferativos: azatioprina (*Imuran*), micofenolato de mofetil (*Cellcept*)
- inibidores de calcineurina: ciclosporina (*Sandimmun*, *Neoral*) e tacrolimus (*Prograf*)
- inibidores de mTOR: tacrolimus, everolimus, sirolimus (Rapamicina)
- corticosteróides (Prednisona, Prednisolona).

A azatioprina foi o primeiro agente imunossupressor largamente utilizado na transplantação cardíaca, sendo o agente antiproliferativo usado em 85% dos pacientes transplantados cardíacos (Hunt, 2006; Stehlick et al., 2011). Os seus principais efeitos neuropsiquiátricos, com uma incidência maior ou igual a 3%, incluem ansiedade, depressão, sonolência, rigidez muscular e parestesias (Trzepacz, Gupta, & DiMartini, 2000).

A introdução da ciclosporina em 1982 revolucionou a transplantação e levou a um avanço no sucesso clínico do T.C., com um aumento da sobrevivência em três anos, de 40 a 70% (Hosenpud, Bennett, Keck, Boucek, & Novick, 2001; Silva, 2008). Apresenta efeitos neuropsiquiátricos tais como encefalopatias, síndromes orgânicos cerebrais, neuropatias, tremores, parestesias, dores de cabeça, insónia, ansiedade, agitação, apatia, alterações do estado mental, sintomas visuais e, ocasionalmente, convulsões bem como alguns efeitos psicóticos nomeadamente, alucinações visuais e auditivas que se revertem com a diminuição dos níveis séricos do medicamento (Groen & Craven, 1992; Pham et al., 2008; Tripathi & Panzer, 1993). O tacrolimus trata-se de um antibiótico imunossupressor mais potente e menos tóxico do que a ciclosporina, sendo a droga, desta categoria, dominante nos centros de transplantação (Stehlick et al., 2011). Os efeitos neuropsiquiátricos são similares aos da ciclosporina; os sintomas mais frequentemente reportados são tremores, distúrbios do sono, alterações de humor, sonhos vívidos, pesadelos e dores de cabeça (Trzepacz, DiMartini, & Tringali, 1993).

Os corticosteróides usados desde os inícios dos anos 60, estão entre os primeiros agentes imunossuppressores bastante potentes. Foram utilizados pela primeira vez na transplantação renal, em 1963, fazendo parte da transplantação cardíaca desde os seus primórdios (Mueller, 2004). Com uma alta componente anti-inflamatória mantêm-se hoje e, geralmente, fazem parte dos regimes de indução, manutenção e rejeição (Lindenfeld et al., 2004). São administrados em elevadas doses ainda no período intra-operatório e no período pós-operatório são ajustados ao longo do tempo. Constituem o primeiro tratamento da rejeição moderada (2 R). No entanto, os numerosos efeitos secundários associados ao seu uso prolongado inspiram ainda preocupação (Mueller, 2004). Uma retirada precoce mas bem sucedida dos corticóides tem sido associada

com um aumento da sobrevivência a longo prazo (D. Taylor et al., 1996). Os principais efeitos secundários radicam em aspetos cosméticos (acne, ganho de peso, hirsutismo, face em forma de lua, obesidade ao nível do tronco), hipertensão, úlcera gástrica, cataratas, hipertensão, hiperlipidémia, osteopenia, retenção de sal e líquidos e retardamento do crescimento (Lindenfeld et al., 2004). Em relação aos efeitos neuropsiquiátricos e psicológicos, a mania e a depressão são os mais frequentes, juntamente com a ansiedade, irritabilidade, pensamentos obsessivos e labilidade emocional (Hall, Popkin, Stickney, & Gardner, 1979; Lewis & Smith, 1983). A psicose é um distúrbio menos comum mas episódios delirantes podem ocorrer (Kershner & Wang-Cheng, 1989).

## **2.7. Mortalidade e morbidade no Transplante Cardíaco**

*“... ninguém ignora que os lagos gelam a partir das margens e o homem a partir do coração”*

Luis Miguel Nava

### **2.7.1. Sobrevida**

O objetivo dos programas de transplantação é selecionar os pacientes que irão beneficiar, inequivocamente, com um T.C. Como referimos, é esperado que o paciente viva mais tempo e com melhor qualidade de vida quando comparado com o que a terapia contínua, cirúrgica ou não, lhe proporciona.

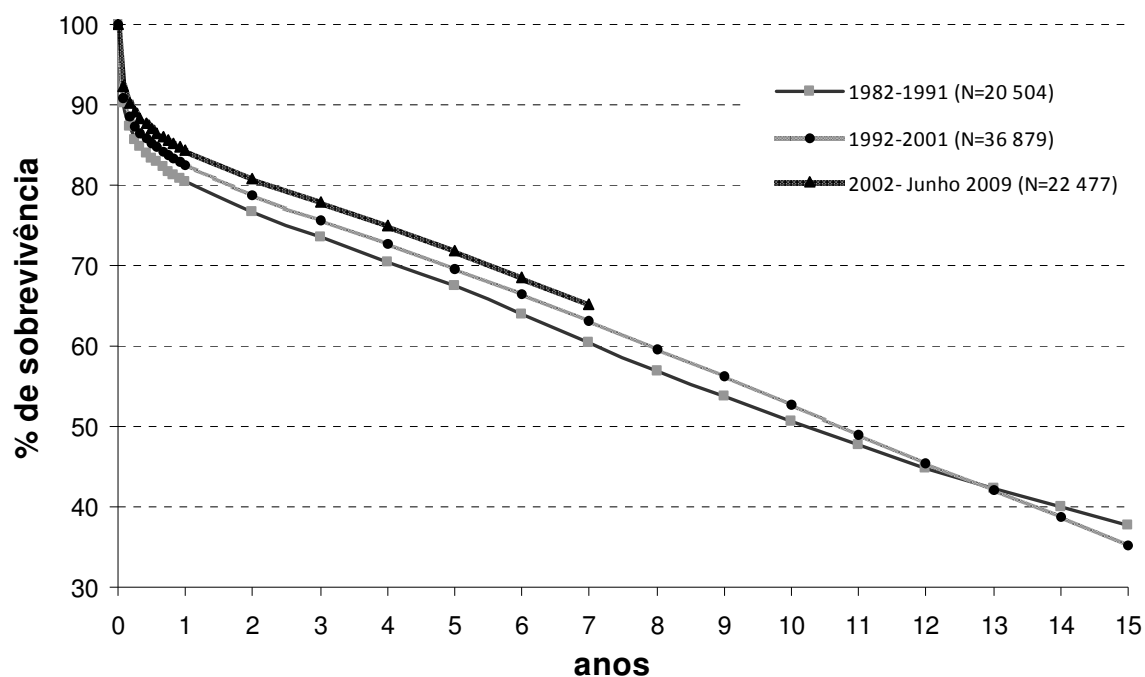
12.5% dos pacientes sobrevive 20 anos após um T.C. (Deuse et al., 2008). A mediana da sobrevivência pauta-se nos 11 anos desde 1982; ou seja, 50% dos pacientes permanecem vivos 11 anos após o procedimento e, os que sobrevivem ao primeiro ano, atingem os 14 anos após o T.C. (Stehlik et al., 2011).

O Gráfico 3 ilustra a sobrevida, por época, dos pacientes transplantados cardíacos, calculada pelo método *Kaplan-Meier*, que inclui informação de todos os pacientes transplantados aos quais foi realizado algum tipo de *follow-up*.<sup>15</sup>

<sup>15</sup>As taxas de sobrevida são estimadas e não exatas, uma vez que muitos pacientes ainda estão vivos mas outros “perderam-se” (sem possibilidade de *follow-up*) sem ser conhecido o momento da morte. A sobrevida é estimada no momento em que 50% de todos os pacientes faleceram.

Gráfico 3

*Curvas Kaplan-Meier de sobrevida por época (Jan. 1982 - Jun. 2009)*



Pela análise do Gráfico 3, podemos ver que o primeiro ano após o T.C. continua a representar o período de maior risco de morte. Depois da queda abrupta na sobrevivência durante os primeiros seis meses, a mesma decresce a uma taxa bastante linear (aproximadamente 3 a 4% ao ano, o que é mais elevado do que a taxa de mortalidade da população em geral), inclusivamente depois de 15 anos após o transplante (Stehlick et al., 2010). De facto, nas últimas duas décadas, a taxa de sobrevivência a longo prazo não melhorou significativamente para os pacientes que sobreviveram ao primeiro ano e, os ganhos associados na sobrevida a longo prazo são, sobretudo, o resultado da menor mortalidade no primeiro ano após o procedimento (Stehlik et al., 2011).

Concretamente, a taxa de sobrevida para os pacientes transplantados para um, cinco e dez anos é, aproximadamente, 90%, 72% e 50% (Stehlik et al., 2010). No Centro de Cirurgia Torácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, de Novembro de 2003 a Dezembro de 2008, os últimos dados disponíveis indicam que a taxa de sobrevida foi de 90% no primeiro ano e de 82% aos cinco anos (Antunes et al., 2010).

### **2.7.2. Fatores de risco para a mortalidade**

Stehlik et al. (2011) verificaram que os fatores de risco pré-T.C., relacionados com o paciente, mais prementes para a mortalidade um ano após a cirurgia foram: pacientes com necessidades de suporte respiratório artificial (ventilação) no período pré-operatório, ser portador de doença cardíaca congénita como indicação para T.C., idade do paciente, origem isquémica da miocardiopatia, T.C. prévio e história de diálise. Um maior volume de transplantes nos centros

de transplantação cardíaca correlaciona-se positivamente com melhores resultados, nomeadamente, níveis mais baixos de mortalidade precoce (um ano após o T.C.) (Shuhaiber, Moore, & Dyke, 2010).

A curva de risco para a idade do recetor tem a forma aproximada de “U”, i.e., os grupos mais novos e mais velhos, apresentam maior risco de mortalidade no primeiro e quinto anos após o T.C., face ao grupo de pacientes entre os 50 e os 55 anos (D. Taylor et al., 2007). Especificamente, a taxa de sobrevida em pacientes com mais de 55 anos é pior do que nos pacientes mais novos; na realidade nos pacientes com mais de 65 anos encontramos taxas de sobrevivência de 73% no primeiro ano, 63% aos cinco anos, 48% aos 10 anos e 35% aos 15 anos de transplantação; nos pacientes com menos de 55 anos as taxas de sobrevida são respectivamente, 84%, 75%, 60% e 50% (Tjang, Van Der Heijnen, Tenderich, Korfer, & Grobbee, 2008).

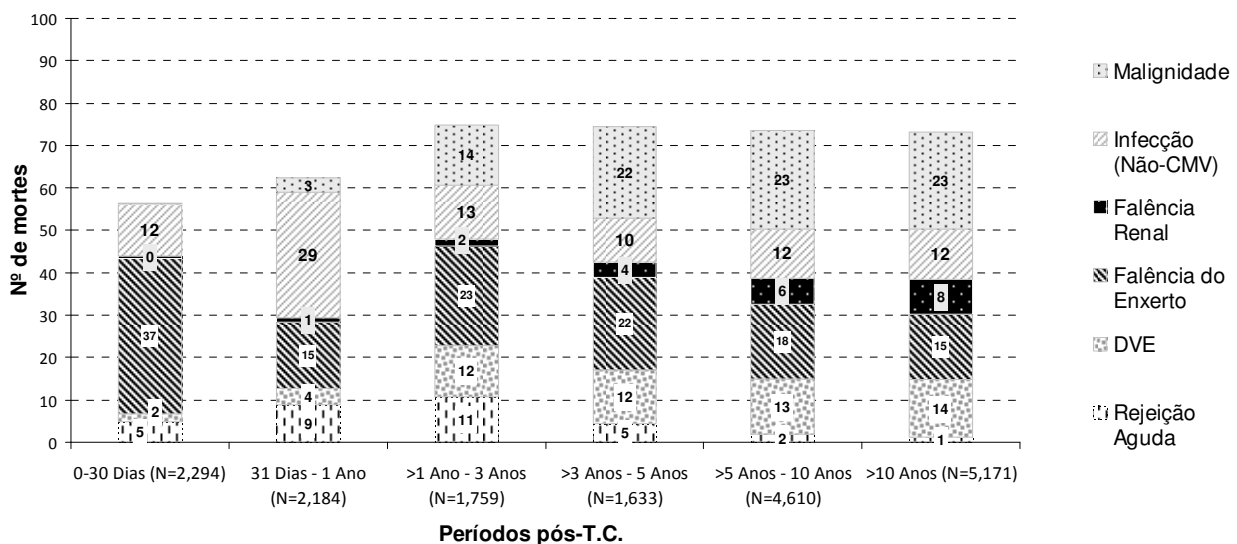
Como referimos anteriormente, vários estudos mostram que a transplantação cardíaca em pacientes entre os 55 e os 65 anos e com idade  $\geq 70$  anos pode ser realizada com sucesso (Blanche et al., 2001; Crespo-Leiro et al., 1999; Pinto et al., 2010). A própria experiência positiva dos centros de transplantação levou a que a maioria alargasse o limite superior de idade, na seleção para T.C. Nesta fatia etária torna-se, no entanto, ainda mais importante uma avaliação individualizada e ponderada do candidato, incluindo uma avaliação cuidada dos factores psicológicos e sociais, tão delicados nesta população.

### 2.7.3. Causas de morte

O Gráfico 4, ilustra as principais causas de mortalidade precoce (30 dias) com pacientes que morreram no período de Janeiro de 1998 a Junho de 2010 (Stehlik et al., 2011)

Gráfico 4

*Principais causas de morte após o T.C. (1998-2010) (ISHLT, 2011)*



Pela observação do Gráfico 4, constatamos que as principais causas de mortalidade precoce, por ordem decrescente, são a falência primária do enxerto e infecção não provocada por citomegalovírus (CMV). No período de 31 dias a um ano após o T.C., a infecção é o maior fator para a mortalidade, seguida da falência do enxerto e da rejeição aguda. No período entre um ano e três anos após o procedimento, a falência do enxerto é a principal causa de morte. A partir dos cinco anos em diante, a malignidade lidera como causa de mortalidade

#### **2.7.4. Morbilidades**

Entre as principais morbilidades médicas, após o T.C., destacam-se as seguintes:

- **Rejeição aguda**

A rejeição aguda é mais comum durante os primeiros seis a 12 meses pós-T.C., sendo que um ou mais episódios de rejeição do enxerto, durante este período de tempo, constitui um factor de risco para a disfunção do enxerto, para a DVE e para a sobrevivência a longo prazo. 30% dos pacientes vivenciam, pelo menos, um episódio de rejeição aguda nessa altura; no entanto já constitui uma causa de morte pouco comum (Stehlick et al., 2010). A incidência da rejeição que requer hospitalização tem vindo a diminuir (Stehlick et al., 2011). Os pacientes mais jovens e as mulheres mostram um maior risco de rejeição em relação aos menos jovens e aos homens; os pacientes que requerem tratamento para a rejeição aguda no primeiro ano após o T.C. e sobrevivem, apresentam pior índice de sobrevivência, aos cinco anos, do que os que não padeceram dessa morbilidade (Stehlick et al., 2011).

- **A Insuficiência renal**

A insuficiência renal tende a aumentar à medida que a população submetida a T.C. envelhece. No entanto, na última década, tem-se vindo a assistir a uma diminuição da incidência deste problema nos pacientes transplantados.

- **Doença vascular do enxerto (DVE) ou vasculopatia do enxerto**

A DVE é uma forma rápida e progressiva de arteriosclerose no paciente transplantado, caracterizada por um estreitamento difuso dos vasos coronários do enxerto cardíaco, conduzindo à sua obliteração e, portanto, à falência isquémica do enxerto (Mitchell & Libby, 2007). Como referimos, trata-se de uma rejeição crónica. Este problema, apesar de ter vindo a diminuir ligeiramente, a sua prevalência permanece elevada (20% aos três anos; 30% aos cinco anos e 45% aos oito anos; Stehlik et al., 2011).

- **Complicações infecciosas**

A infecção constitui a maior causa de morbilidade e mortalidade na população submetida a transplante cardíaco, sendo responsável por um terço das mortes durante o primeiro ano após o T.C. (D. Taylor et al., 2007; Trulock et al., 2005). O risco de infecção modifica-se com o tempo

num padrão sensivelmente previsível; a incidência dos processos infecciosos acompanha, naturalmente, a curva de rejeição (sendo mais frequente no primeiro ano após o T.C., dado a imunossupressão ser mais intensa) e, declinando após o mesmo (Stehlik et al., 2011). As infecções no período após o T.C. imediato (no primeiro mês) estão essencialmente relacionadas com factores técnicos (infecções hospitalares), apresentando-se essencialmente sob a forma de pneumonias, infecções do trato urinário, cutâneas e infecções da ferida cirúrgica (Pham et al., 2008). Entre o primeiro e sexto mês são essencialmente infecções oportunistas; depois dos seis meses, usualmente, são adquiridas na comunidade e radicam também na pneumonia, infecções do sistema nervoso central, gastrointestinais e cutâneas (Nwakanma et al., 2008).

No entanto, ao longo de 30 anos de experiência na transplantação cardíaca, a incidência da rejeição e morte devido a infecções, diminuiu ao longo do tempo, como resultado de melhorias ao nível da imunossupressão (gestão mais eficaz dos corticosteróides) e com a introdução de medidas terapêuticas profiláticas e de tratamento da infecção mais eficazes (R. Robbins et al., 1999). Na realidade, a gestão da infecção inicia-se no período peri-operatório com a introdução da profilaxia bacteriana e viral (o processo de imunização começa no período pré-T.C. com uma análise entre dador e recetor). É previsível que no futuro, a mortalidade provocada pelas infecções continue a diminuir, também graças ao aperfeiçoamento dos meios de monitorização da imunidade e a testes microbiológicos mais sensíveis (Fishman, 2007).

- Malignidade

A maior ameaça à sobrevivência a longo prazo, nos pacientes submetidos a T.C. é a malignidade (Hauptman & Mehra, 2005; Hunt, 2006; Stehlik et al., 2011) que representa a maior causa de morte entre os sobreviventes, que ultrapassam a barreira dos cinco anos (Stehlik et al., 2011; D. Taylor et al., 2007).

A incidência de novos tumores em pacientes submetidos a transplante de órgão é cerca de três vezes maior do que na população “normal” da mesma idade (Miniati & Robbins, 2002). Aos 15 anos após o T.C., perto de 50% dos pacientes são diagnosticados com alguma forma de neoplasia. O carcinoma da pele<sup>16</sup> é o mais frequente (Stehlik et al., 2011). As desordens linfoproliferativas, as neoplasias pulmonares (apresentam forte correlação com o sexo masculino e com hábitos tabágicos), o cancro da próstata, do pulmão, entre outras, também são comuns. De realçar, no entanto, que aos sete anos após o T.C., a malignidade diminuiu de 81%, entre o período 1994 a 2000, para 75% entre 2001 a 2009 (Stehlik et al., 2011).

- Outras cronicidades

A hiperlipidémia, a hipertensão, a diabetes, a osteoporose, a obesidade e as complicações

<sup>16</sup> Explica o facto de o paciente, na fase após o T.C., ser seriamente instruído a evitar a exposição ao sol e a colocar protetor solar de índice elevado.



gastrointestinais são outras complicações comuns que contribuem para a morbidade após o T.C. (Nwakanma et al., 2008).

## **2.8. Plano de cuidados e estilo de vida após o Transplante Cardíaco**

*O que escreves com tinta, com pequenas letras negras pode perder-se inteiramente  
pela acção de uma gota de água,  
Mas o que está escrito no teu coração estará aí por toda a eternidade.*

Gyatso (Contos Populares do Tibete)

Após o T.C., o paciente é monitorizado, periodicamente, necessitando de se deslocar ao centro de transplantação para a realização da biopsia endomiocárdica, monitorização dos níveis dos agentes imunossupressores no sangue e realização de ecocardiografias e cateterismos (Pham et al., 2008). As consultas de protocolo são duas, usualmente, no intervalo das biopsias.

O retorno progressivo do paciente a um tipo de vida normal é benéfico, desejável e encorajado pela equipa de transplantação. Existe, no entanto, um conjunto de cuidados bem definidos, que o paciente deverá ter neste retorno. Na generalidade, desde a alta e até ao final do primeiro ano, aconselha-se o paciente a regras exigentes, de forma a prevenir e controlar ao máximo as infeções e a rejeição.

O Quadro 3, ilustra os principais cuidados pessoais, médicos, sociais e de estilo de vida que o paciente deverá cumprir.

### Quadro 3

#### *Plano de Cuidados e Estilo de Vida após o Transplante Cardíaco*

<b>Cuidados</b>	<b>Áreas</b>
Limpeza diária da casa	Higiene do ambiente
Limpeza WC antes do banho diário (com Betadine-espuma nos primeiros 15 dias)	Higiene do ambiente
Toalhas de banho individuais e mudadas diariamente	Higiene do ambiente
Lavagem frequente das mãos	Higiene do ambiente
Cuidados obrigatórios com a higiene bucal (com uma suspensão oral antifúngica, pelo menos durante o primeiro ano)	Higiene do ambiente
Toma da medicação a horas rigorosamente definidas	Medicação
Desinfecção da ferida cirúrgica, duas vezes ao dia, ao longo do primeiro mês;	Cuidados pessoais
Resguardo das relações familiares e sociais (abraços, beijos e contactos íntimos devem ser evitados)	Contatos sociais
Isolamento do paciente o mais possível (não deve estar com mais do que uma pessoa em casa e não deve receber visitas)	Contatos sociais
Uso de máscara sempre que estiver acompanhado (a) e quando se desloque ao centro de transplantação e/ou em locais públicos	Contatos sociais
Auto-monitorização e registo diário da temperatura (quatro vezes/dia), tensão arterial, peso e volume de urina de 24 h	Auto-monitorização
Possibilidade de sair de casa (sem o objetivo de vir às consultas) no final do primeiro mês, utilizando a máscara protetora; evitar multidões, locais fechados ou com muita gente, principalmente na época da gripe sazonal	Contatos sociais
A partir do terceiro mês, poderá retomar a vida familiar normal, evitando o contacto próximo com crianças pois estão mais expostas ao risco de infeções	Contatos sociais
Evitar, ao máximo, o contacto com animais, essencialmente durante o primeiro ano, devido ao risco de infeção por toxoplasma	Contatos sociais
Possibilidade de retomar a atividade sexual um mês a seis semanas após o T.C., desde que não haja pressão no esterno (adotar postura mais passiva)	Actividade sexual
Aconselha-se o uso de preservativo durante o primeiro ano (Almeida et al., 1999)	Actividade sexual
Nos primeiros tempos, os alimentos deverão ser muito bem cozinhados (evitar alimentos crus ou com sangue); outras restrições: fruta crua (até aos três meses), frutos secos, saladas e legumes crus, queijos frescos, iogurtes, carnes fumadas, enchidos, álcool, bolos de pastelaria	Alimentação
Ingerir apenas águas engarrafada (máx. 1500 cc. em 24h)	Alimentação
Prevenir o excesso de peso e outras comorbilidades através do consumo adequado de calorias, proteínas, vitaminas, e sais minerais; restrição ao consumo de sal, gorduras, açúcares e alimentos ricos em carboidratos (Almeida et al., 1999)	Alimentação
Evitar hábitos tabágicos bem como ambientes poluídos (devido ao risco acrescido de neoplasias pela imunossupressão)	Estilos de vida
O exercício físico (que se inicia no pós-operatório imediato) deve aumentar progressivamente até que o paciente desenvolva força muscular e resistência; dois meses após o T.C., de acordo com indicação médica, caminhar 30 a 60 minutos por dia sem restrições (Almeida et al., 1999)	Estilos de vida
Uso do protetor solar elevado e evitar, o mais possível, a exposição ao sol	Estilos de vida
A condução de veículos pode ser retomada a partir do terceiro mês	Condução de veículos
A atividade profissional pode/deve ser retomada a partir do terceiro/quarto mês desde que não implique esforço físico significativo	Actividade profissional
Contatar sempre o centro de transplantação, caso surja: aumento da temperatura corporal, palpitações, cansaço súbito e fácil, suores, náuseas, vômitos, diarreia, retenção de líquidos, dificuldades respiratórias e alterações na ferida cirúrgica (pode indicar rejeição aguda ou infeção)	Auto-monitorização

Observando o Quadro 3, verificamos que após o transplante cardíaco, e já no regresso a casa, se exige ao paciente uma disciplina comportamental rigorosa, em quase todos os aspetos que integram o seu estilo de vida.

## **2.9. A nova face da transplantação cardíaca - o fim do princípio?**

*“Now is not the end. It is not even the beginning of the end, but it is perhaps, the end of the beginning”*

Winston Churchill, 1942

A transplantação cardíaca passou por uma série de estádios de evolução num curto período de tempo. Há 60 anos atrás era referida como uma fantasia para o futuro (Yacoub, 2008). Após o primeiro T.C., assistiu-se a um entusiasmo do público, dos cientistas e da comunidade em geral, que foi seguido quase logo por um desapontamento, apelidando-se esta intervenção de experimental, pouco ética e pouco merecedora de investimento, dado que os benefícios apenas poderiam ser mensuráveis em dias, meses ou anos.

Os dias, meses e anos chegaram, enfim, para muitos pacientes. Afinal, este rápido desenvolvimento de mais de quatro décadas permitiu que o transplante cardíaco humano se estabelecesse como um tratamento efetivo e a melhor opção terapêutica para a doença cardíaca terminal. Tal facto deveu-se a uma combinação de progressos em áreas como a cirurgia, a imunologia, o desenvolvimento de drogas imunossupressoras e à profilaxia da infeção. Esta evolução dos procedimentos não teve unicamente impacto na sobrevivência de quem se submeteu à intervenção, mas também nas múltiplas facetas a que a transplantação cardíaca está, necessariamente, ligada: médicas, psicológicas, sociais, educacionais, financeiras, legais, político-organizacionais e éticas.

Hoje, o esforço mostrou que a sobrevivência a longo prazo (mais de 20 anos) depois de um T.C. é possível (12,5%) (Deuse et al., 2008). Quase 100 pessoas viveram 25 anos, com um coração novo (Stehlick et al., 2011). Aos 11 anos, metade dos pacientes estão vivos e, no caso de quem sobrevive ao primeiro ano, a mediana aumenta para 14 anos. A sobrevivência ao primeiro ano também tem sido significativamente mais elevada ao longo do tempo (Kirklin et al., 2003). Se olharmos para trás, no final da década de 60, 20% dos pacientes sobreviviam um ano (Copeland et al., 1987).

Apesar de podermos dizer que se ultrapassou a fase experimental neste procedimento, e embora os resultados continuem a melhorar, os pacientes com perfil de risco estão a aumentar, os centros de transplantação encontram-se com combinações dador/recetor de cada vez maior risco (a doença cardíaca “terminal” tem agora um rótulo flexível, uma vez que com as novas terapias existem cada vez mais pacientes a sobreviver à I.C.) e, não obstante o aumento progressivo da sobrevivência a curto prazo após o T.C., é preocupante que as tendências gerais nas curvas de

sobrevivência, a longo prazo, continuem inalteradas. Isto sugere que os protocolos imunossupressores têm tido pouco impacto na gestão do equilíbrio da toxicidade sobre o enxerto cardíaco. Os aspectos preponderantes que limitam a sobrevivência a longo prazo são os mesmos que impedem a qualidade de vida dos pacientes que sobrevivem: a malignidade, a doença vascular do enxerto e a falência renal. Na realidade, aos 20 anos de transplantação cardíaca, os pacientes revelam alta incidência de doenças debilitantes (54% apresentam cancro, 45% doença coronária e 40% disfunção renal e/ou necessidade de transplantação renal) (Yacoub, 2008).

Apesar de novas terapêuticas para a prevenção e tratamento da malignidade se desenharem na prática clínica (Valantine, 2007), a idade média dos candidatos a transplante cardíaco está a aumentar, o que potencia a perspectiva de mais malignidade no futuro.

Existem por isso, inúmeros desafios por vencer na área do transplante cardíaco: a promoção da sobrevivência, a redução da morbilidade e a promoção da qualidade de vida e, ao entrarmos na quinta década deste procedimento, cresce o imperativo de um novo paradigma na transplantação cardíaca.

A utilização de meios de diagnóstico não invasivos da rejeição poderá permitir avaliações mais frequentes e atempadas e, conseqüentemente, uma gestão mais eficaz da imunossupressão que, por sua vez, conduziria a uma redução efetiva da infeção e de outras complicações, como as neoplasias (Mehra & Kobashigawa, 2004). Por outro lado, a deteção e tratamento atempados das mesmas, a prevenção do dano renal e tomada de medidas que reduzissem a incidência da DVE seriam também objetivos específicos a alcançar (Weiss, Madsen, Rosengard, & Allan, 2008). E talvez, quem sabe um dia, a comunidade científica consiga entender melhor os mecanismos imunológicos da adaptação do enxerto e se atinja a tão desejada tolerância imunitária induzida<sup>17</sup> (“The Holy Grail of transplantation” - Hunt & Haddad, 2008, p. 9) que possa permitir vidas normais e mais longas a todos os pacientes transplantados. Os mecanismos de apoio circulatório, já usados como ponte para a transplantação, prevêm-se que sejam passíveis de vir a ser utilizados como uma solução de longo prazo para os pacientes com I.C. congestiva e a cirurgia ventricular está a ganhar aplicação nesta patologia com resultados aceitáveis (Athanasuleas et al., 2004). A pesquisa no campo da xenotransplantação continua efetiva e perspectiva-se como uma alternativa, quando se superarem as barreiras imunológicas e as técnicas de manipulação genética evoluírem (Reichart & Brandl, 2008). O coração artificial, que já constitui uma alternativa temporária à transplantação, embora exibindo resultados frágeis, poderá transformar-se numa alternativa consistente e definitiva.

Se aprofundarmos a questão dos doadores cadáver, constatamos que estamos perante uma

<sup>17</sup> A tolerância imunológica na transplantação é a ausência de rejeição do enxerto sem o uso de imunossupressores (Auchincloss, 2001).

*pool* de dadores relativamente fixa a nível mundial e, portanto, cada vez mais escassa (devido à diminuição da sinistralidade rodoviária e pelo facto de os dadores multi-órgão serem cada vez mais velhos o que, frequentemente, os inviabiliza como dadores de coração) (Antunes, 2008). Impera cada vez mais a necessidade de utilizar listas alternativas, de maneira a ir de encontro às necessidades específicas crescentes dos candidatos.

A este cenário acresce o facto da transplantação cardíaca se encontrar em constante mutação; como vimos, no futuro, teremos pacientes com mais idade, com mais doenças crónicas, com mais morbilidades acrescidas, candidatos a re-transplante, etc. Tudo isto, como dizíamos, num contexto em que a lista de candidatos a T.C. vai crescendo em maior proporção do que a *pool* de dadores. Este facto resulta numa necessidade de liberalizar os critérios de doação (utilizando dadores marginais). No entanto, e ao contrário de outras terapias médicas, o facto de o T.C. ser uma forma de terapia com recursos limitados, com riscos não negligenciáveis e de elevados custos, exige uma avaliação liberalizada, mas extensiva e ponderada para que seja otimizada. Impõe-se, assim, uma triagem criteriosa dos candidatos, merecendo importância os fatores de natureza psicológica e psicossocial.

Cada vez mais, os avanços que se perspectivam num horizonte próximo devem privilegiar uma abordagem multidisciplinar ao paciente em situação de transplante cardíaco, no sentido da prevenção dos obstáculos, da promoção do ajustamento ao mesmo e da potenciação da sua qualidade de vida. Esta encontra-se dependente da intervenção psicossocial junto desta população. A equiparação dos valores da qualidade de vida dos pacientes submetidos ao procedimento aos da população em geral o mais cedo possível é um dos grande objetivos para o futuro.

A transplantação cardíaca foi de facto um evento notável do século XX, revolucionando a terapia para a I.C. terminal; o período experimental está ultrapassado e um novo patamar foi atingido, talvez até o período de maturidade; no entanto está a preparar-se para mais “um salto quântico” (Yacoub, 2008, p. 1768).



## **PARTE II – Enquadramento Psicossocial do Transplante Cardíaco**





### Capítulo 3. Avaliação psicossocial no transplante cardíaco

---

Este capítulo inicia a segunda metade da explanação teórica deste trabalho, onde agora se integra o transplante cardíaco do ponto de vista do discurso psicossocial. Começamos por ilustrar o reconhecimento progressivo, pela comunidade científica, da relevância da saúde mental dos pacientes submetidos a transplante e o conseqüente aparecimento de vários estudos prospectivos que encontraram relações importantes entre os fatores psicossociais do paciente candidato e os resultados médicos e psicológicos após a intervenção cirúrgica. Estas conclusões determinaram o papel fundamental da avaliação psicossocial para o sucesso do transplante, o que nos conduziu a explorar os objetivos e conteúdos da mesma. De seguida, e com base na literatura, constatamos por um lado, a ausência de avaliação psicossocial em muitos centros internacionais de transplantação e, por outro lado, a falta de fiabilidade neste processo; isto, apesar das diretrizes das entidades internacionais, ligadas à transplantação, apelarem à sua importância. Concluímos o capítulo, salientando a necessidade da normalização da avaliação psicossocial pré-transplante cardíaco, da importância da postura do profissional de saúde mental que a realiza e, da possibilidade de intervenção terapêutica, junto do paciente candidato, ao longo do processo.

#### 3.1. Estado de arte e reflexões

*Como em qualquer processo de avaliação psicológica (...) o êxito não significa acertar num diagnóstico psicopatológico do paciente, que existe sempre reativamente, em menor ou maior grau etiológico, mas entender a natureza do seu enquadramento.*

Ferrari, Luchina & Luchina (1971)

Ao longo dos últimos 45 anos, desde que a transplantação cardíaca deu os primeiros passos, assistiu-se a uma dramática mudança na importância que os fatores psicossociais representam na mesma.

Nos primórdios, a investigação psicossocial incidia em questões intrapsíquicas, sendo as abordagens dinâmicas que norteavam a investigação na adaptação do paciente ao T.C. Nos anos recentes começou a centrar-se na identificação dos principais agentes de stresse relacionados com o transplante e nas estratégias de  *coping*  que o paciente utiliza para lidar com as diferentes fases do mesmo (Dew, Switzer, et al., 2000). Neste paradigma, os estudos começam a utilizar abordagens estruturadas, atingindo-se a era dos estudos longitudinais que determinam em que grau os resultados da transplantação cardíaca são afetados por variáveis psicossociais (Olbrisch, Benedict, Ashe, & Levenson, 2002).

A importância da saúde mental nos pacientes transplantados também foi sendo progressivamente reconhecida, desde que as psicoses pós-operatórias e as desordens afetivas começaram a pôr em causa o que se considera, tecnicamente, um bom resultado do T.C. (Olbrisch et al., 2002).

Chacko, Harper, Kunik, e Young (1996) e Harper, Chacko, Kotik-Harper, Young, e Gotto (1998) foram os primeiros investigadores a demonstrar a associação entre os fatores psicológicos e psicopatológicos antes do procedimento e a sobrevivência após o T.C. (utilizando uma entrevista psiquiátrica estandardizada e testes psicométricos adicionais). Estes investigadores concluíram, perante os dados que obtiveram, que uma avaliação multifacetada, incluindo o diagnóstico psiquiátrico, os estilos de *coping* e o suporte social, permitia prever, de forma diferenciada, a mortalidade e a utilização dos serviços de saúde após a cirurgia. Mais tarde, Dobbels et al. (2009) realizaram o primeiro estudo prospetivo, agora em pacientes submetidos a transplante cardíaco, de fígado e pulmonar, em que os fatores psicossociais (ansiedade, depressão, traços de personalidade, hábitos tabágicos ativos, falta de apoio social e de adesão à medicação) eram preditivos de resultados pobres após o procedimento, i.e., não adesão à imunossupressão, rejeição aguda tardia e perda do enxerto. Estes resultados foram independentes dos critérios médicos de seleção para o T.C.

Tendo em conta que o transplante não se trata de um evento isolado mas de um longo processo de adaptação a uma nova cronicidade, a investigação reuniu-se num consenso definitivo; a experiência extrema e complexa de um T.C. não pode ser apenas encarada do ponto de vista médico mas também como um evento psicológico (Scheld, Schmid, & Drees, 2002). Nos anos recentes, o perfil dos pacientes candidatos apresenta um risco acrescido de comorbidades médicas, psicológicas e até sociais e os critérios de seleção são cada vez mais heterogêneos e diluídos, tentando responder a esta exigência. Por outro lado, enquanto a questão da sobrevivência era o ponto central há uns anos atrás, hoje a comunidade científica acrescenta-lhe a qualidade de vida e a minimização das comorbidades a longo prazo, após o procedimento.

A investigação mostra que existe uma forte correlação entre a vulnerabilidade de vários aspetos psicossociais pré-T.C. e os resultados psicossociais após o procedimento (Dew et al., 2007; Dew, Switzer, et al., 2000; Goetzmann et al., 2008; Huffman, Popkin, & Stern, 2003; Maldonado, David, Plante, Dubois, & Dyal, 2008; Messias & Skotzko, 2000; Olbrisch et al., 2002; Rivard et al., 2005; Rodriguez, Diaz, Colon, & Santiago-Delpin, 1991; Rudis, Rudis, Kobashigawa, & Laks, 1999; Tung, Chen, Wei, & Tsay, 2011). Para além disso, os resultados psicossociais após o transplante continuam a prever a morbilidade e a mortalidade a longo prazo (Dew, DiMartini, et al., 2000).

Daí que, a maioria das linhas orientadoras internacionais sugiram que o processo de

rastreio pré-transplante deve incluir uma avaliação médica abrangente e uma avaliação psicológica exaustiva (Dobbels et al., 2001; Dobbels et al., 2009; Olbrisch & Levenson, 1995; Steinman et al., 2001) assumindo, esta última, uma importância fundamental amplamente documentada pela comunidade científica (Christopherson & Lunde, 1971; Debray & Plaisant, 1990; Dew, Switzer, et al., 2000; DiMartini, Crone, Fireman, & Dew, 2008; Dobbels et al., 2001; Levenson & Olbrisch, 1993b; Mehra et al., 2006; Olbrisch et al., 2002; Streisand et al., 1999; Wagner-Huber, Gotzmann, Klaghofer, Scheuer, & Buddeberb, 2004).

Cabe à equipa médica de transplantação cardíaca, a seleção de candidatos à cirurgia, à escolha dos métodos auxiliares de diagnóstico, ao tratamento médico, ambulatorio ou sob internamento e à interligação multidisciplinar com outras especialidades, até que se chegue à conclusão de que o paciente é um “bom candidato”; i.e., a situação em que o sucesso do transplante ultrapasse as probabilidades de rejeição e perda do órgão (Rosa et al., 2001). Trata-se, portanto, de um procedimento avaliativo/seletivo e, desejavelmente, terapêutico que deve identificar, de entre os pacientes com cardiopatias terminais, aqueles sob maior risco e aqueles com probabilidade de melhores resultados após a cirurgia. Estamos perante uma exigência cada vez maior da eficácia do T.C. (pela escassez de órgãos disponíveis, pelo risco e custos do procedimento, pelas morbidades associadas e pela exigente disciplina terapêutica e de estilo de vida após a cirurgia) de modo a que, os pacientes a que a ele se sujeitam retirem o máximo proveito e para que o acesso ao mesmo seja justo (Olbrisch et al., 2002).

### **3.2. Objetivos e conteúdos da avaliação psicossocial no Transplante Cardíaco**

*“Because donated organs are a severely limited resource, the best potential recipients should be identified. The probability of a good outcome must be highly emphasized to achieve the maximum benefit for all transplants”*

OPTN, 2008

A avaliação psicossocial pode prever quais os pacientes em risco acrescido para T.C., revestindo-se de um valor preditivo nos resultados de ajustamento ao mesmo (Shapiro et al., 1995). Assim, tem como objetivo principal determinar se o paciente apresenta características psicossociais que possam afetar negativamente os resultados após o procedimento. Sendo uma componente da maioria dos programas internacionais de transplantação e, embora possa ser utilizado como um meio de selecionar e priorizar pacientes (Craven & Rodin, 1992; Jowsey, Taylor, Schneekloth, & Clark, 2001; Rosa et al., 2001), tal não é prática muito comum (Olbrisch & Levenson, 1995). Os pontos de vista sobre o uso do rastreio psicológico e psicossocial variam na comunidade de ética médica ligada à transplantação (Dew, Switzer, et al., 2000). Questões éticas, morais e legais emergem naturalmente quando determinado cuidado de saúde, altamente tecnológico, caro e escasso, é oferecido ou negado com base na história/estado psicossocial e

comportamental do indivíduo (Giacomini, Cook, Streiner, & Anand, 2001; Surman & Cosimi, 1996). Adicionalmente, muitas questões têm sido levantadas acerca da responsabilidade ética dos profissionais de saúde mental em dar conhecimento aos pacientes que a informação que estes ventilam na avaliação psicossocial possa ser usada no processo de seleção, uma vez que pode incrementar a tendência dos pacientes darem respostas socialmente desejáveis (Olbrisch, 1996).

Como refere a *Organ Procurement and Transplantation Network* (OPTN, 2008), os critérios de inclusão/exclusão deverão ser amplos, universais e transparentes. E se tal acontecer, como é desejável, a avaliação psicossocial serve o propósito de promover a justiça e o igual acesso ao procedimento e aos cuidados peri-transplantação uma vez que ao permitir uma descrição psicossocial do paciente, serve de roteiro para a sua gestão clínica, pondo em relevo as suas necessidades perante a equipa (Klapheke, 1999). Na realidade, a comunidade científica vê preferencialmente a utilidade deste tipo de avaliação, por um lado, como uma ferramenta para a identificação clara dos indivíduos em alto risco psicológico ou de *distress* (Craven & Rodin, 1992; Dew, Switzer, et al., 2000) e, por outro lado, como a base de desenvolvimento para um plano terapêutico de gestão dos recursos psicológicos e vulnerabilidades do paciente. Intervir o mais cedo possível nos fatores de risco psicossociais encontrados é pois uma prioridade (Barbour, Blumenthal, & Palmer, 2006; Giacomini et al., 2001). A avaliação serve ainda para determinar o grau de estabilidade emocional, nível de funcionamento social e a consistência do suporte familiar. Este rastreio compreensivo dos pacientes necessita de um enquadramento de forma a assegurar que os pacientes e suas famílias adquiram toda a informação e compreensão necessárias ao processo de transplantação e para que os cuidados disponíveis se prolonguem no tempo (Freeman, Davis, Libb, & Craven, 1992; Levine & Levine, 1991; Stevenson, 1996). No fundo, o que se pretende é minimizar morbilidades e a mortalidade, por forma a atingir a desejada sobrevivência, reabilitação e qualidade de vida, que apesar de objetivo último do T.C., ainda não é um dado completamente adquirido ou garantido. Como referido no Capítulo 2 (c.f. ponto 2.7), apesar dos benefícios do procedimento, os problemas físicos, psicológicos e sociais ocorrem após a cirurgia e tendem a persistir a longo prazo (Dew, Myaskovsky, et al., 2005; DiMartini et al., 2008; Shiba et al., 2004).

No contexto internacional, dada a grande escassez de dadores, os candidatos são, na generalidade, avaliados no sentido das comorbilidades psicológicas que possam afetar os resultados da transplantação; no entanto este procedimento não constitui rotina em todos os centros de transplantação cardíaca. Quando existe é levada a cabo por uma equipa multidisciplinar que incluiu psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras, fazendo parte integrante de todo o processo clínico de seleção dos pacientes (Barbour et al., 2006).

No Anexo 8, encontram-se sistematizados os objetivos gerais, específicos e os conteúdos

da avaliação psicossocial pré-T.C.

### **3.3. Critérios e procedimentos de avaliação psicossocial: ambiguidades presentes e diretrizes futuras**

*The heart asks pleasure first, and then, excuse from pain; and then, those little anodynes that deaden suffering; and then, to go to sleep; and then, if it should be the will of its Inquisitor, the liberty to die.*

Emily Dickinson

Embora a ISLHT (Mehra et al., 2006) tenha identificado problemáticas psicossociais ativas sensivelmente comuns, como constituindo contra-indicações relativas para a transplantação cardíaca, não existe uma concordância uniforme nos procedimentos de avaliação (Crone & Wise, 1999; Dew, Switzer, et al., 2000; Olbrisch et al., 2002; Skotzko, Stowe, Wright, Kendall, & Dew, 2001). Os estudos salientam a debilidade e as lacunas da seleção psicossocial dos candidatos a T.C. por não ser levada a cabo de uma forma criteriosa. Salientam-se vários pontos alvos de crítica: a divergência considerável nos procedimentos de avaliação, nos instrumentos utilizados e/ou a utilizar, na interrogação sobre quem efetua a avaliação, nos critérios tidos em consideração (existe uma grande variação na ponderação atribuída às diferentes áreas e motivos pelos quais um paciente é excluído da transplantação), na ausência das taxas de recusa para o procedimento e, finalmente, deparamo-nos também com a ausência de descrição e comparação sistemática dos vários critérios psicossociais entre si e ao longo do tempo (Bacal et al., 1999, 2009; Barbour et al., 2006; Giacomini et al., 2001; Harper et al., 1998; Levenson & Olbrisch, 1993b, 2000; Moreira et al., 1999; Olbrisch & Levenson, 1991; Olbrisch et al., 2002; Paris, Muchmore, Pribil, Zuhdi, & Cooper, 1994; Shapiro et al., 1995; Skotzko et al., 2001). Todos estes autores salientam a necessidade da fidedignidade e validade deste processo.

A literatura científica internacional nesta matéria e, conseqüentemente, as equipas de transplantação, reúne alguma unanimidade em relação aos fatores que devem ser considerados de risco/exclusão: a psicopatologia individual grave que envolve situações tais como esquizofrenia aguda e quadros psicóticos ativos, perturbações afetivas graves, ideação suicida recorrente e perturbações psiquiátricas do Eixo I ou II<sup>18</sup> do *DSM-IV*; quadros demenciais e atraso mental severo; os comportamentos de adição tais como tabagismo, alcoolismo e abuso de drogas, não adesão e rede social de apoio frágil e/ou ineficaz (Leigh, Wilson, Burns, & Clark, 1995; Olbrisch & Levenson, 1991; Shapiro et al., 1995). Assistimos, no entanto, às controvérsias a que nos referimos acima; emergem críticas de alguns autores quando se consideram os critérios psicopatológicos como comumente aceites para a exclusão de pacientes dos programas de T.C., uma vez que estes radicam na debilidade dos diagnósticos de doença mental do paciente

<sup>18</sup> O Eixo I inclui distúrbios mentais, de desenvolvimento e de aprendizagem; o Eixo II inclui distúrbios de personalidade e atraso mental.

(Maricle, Burt, & Hosenpud, 1991; Maricle, Hosenpud, et al., 1991; Olbrisch & Levenson, 1991). Já Rosa et al. (2001), sugerem que a rede social de apoio, nomeadamente familiar, deve ter um valor preditor tão importante quanto a condição psicopatológica individual.

Embora os critérios psicossociais sejam utilizados para excluir pacientes da lista de T.C., isto ocorre menos vezes do que ocorre por razões médicas, mas não de forma normalizada ou universal, como referido (Levenson & Olbrisch, 1993b). Para termos uma ideia geral, e face aos últimos dados disponíveis, mais de 70% dos centros nos EUA excluía pacientes com diagnósticos de demência, esquizofrenia aguda, ideação suicida corrente, história de múltiplas tentativas de suicídio, atraso mental severo  $QI < 50$ , alcoolismo severo atual e uso de drogas corrente (Levenson & Olbrisch, 1993b). Assiste-se a um menor consenso quando os critérios de exclusão incluíam tabagismo corrente, obesidade significativa, não adesão ao tratamento prescrito para a insuficiência cardíaca, comportamentos desviantes relacionados com criminalidade, perturbações de personalidade, atraso mental moderado, esquizofrenia controlada e desordens afetivas. A proporção de pacientes rejeitados variava de 0 a 37%; e, 25% dos coordenadores de programas de transplantação acreditavam, com base nestes critérios, que alguns pacientes que recebiam órgãos, não deveriam (Levenson & Olbrisch, 1993b).

Mais tarde, as estatísticas indicavam que, aproximadamente, mais de 95% dos centros de transplantação cardíaca dos EUA utilizam alguma forma de avaliação psicossocial pré-transplante enquanto que, apenas metade, fora dos EUA, o fazem (Levenson & Olbrisch, 2000). Na maioria dos programas cada paciente potencialmente candidato, é entrevistado por um profissional de saúde mental e cerca de 25% dos programas requerem, adicionalmente, avaliação psicológica formal como parte do processo de rastreio. Os programas de T.C. são os que utilizam uma seleção mais formal, em relação aos restantes tipos de transplantes (Levenson & Olbrisch, 2000). Estes últimos autores sistematizaram as contra-indicações psicossociais (absolutas, relativas e irrelevantes e respetivas percentagens) por centros de transplantação cardíaca, nos EUA. Em relação a fatores do foro psicopatológico, por exemplo, a “História familiar de doença mental” constitui contra-indicação absoluta em 1.3% dos centros e relativa em 47.4%; a “Esquizofrenia controlada” constitui contra-indicação absoluta em 33.3% dos centros e relativa em 51.3% e, a “História de perturbação afetiva” é uma contra-indicação absoluta em 5.1% dos centros e relativa em 62.8%. No que diz respeito a fatores de índole comportamental e do estilo de vida, a “Não adesão à dieta” constitui uma contra-indicação absoluta em 11.5% dos centros e relativa em 59.0%; a “Não adesão à medicação” é contra-indicação absoluta em 51.3% dos centros e relativa em 47.4% e a “Incapacidade de perceber o procedimento” é contra-indicação absoluta em 21.8% dos centros e relativa em 60.3%.

Segundo alguns autores, a presença de qualquer um dos fatores supracitados não deve

constituir, por si só e de forma isolada, contra-indicação para a transplantação na ausência da sua validade preditiva ou ainda sem a consideração do contexto envolvente do paciente (por exemplo, um apoio sócio-familiar pode ser suficiente para garantir a adesão num paciente com perturbação psicótica) (Owen, Bonds, & Wellisch, 2006).

No Quadro 4, sistematizam-se as indicações e contra-indicações psicossociais, absolutas e relativas, na avaliação psicossocial para T.C. (Bacal et al., 2009).

#### Quadro 4

##### *Crítérios de Avaliação Psicológica do candidato a T.C.*

---

###### **Indicações**

A condição psicológica do paciente é compatível com a situação clínica. Existem recursos psicológicos adaptativos que mantêm a esperança e permitem suportar o sofrimento físico e subjetivo.

A condição psicológica do paciente é reativa à presença e à gravidade da doença. Não existem evidências na história do paciente de reações inadaptadas face a agentes de stresse psicossociais.

Boa estrutura familiar e rede de apoio social

---

###### **Contra-indicações relativas**

Falhas na adesão ao tratamento associadas a condições previstas no Eixo II do *DSM-IV-R* (distúrbios de desenvolvimento e de personalidade), incluindo-se a categoria personalidade tipo D (*distress*), acrescidas de falta de suporte familiar e social. Esquizofrenia ativa. Atraso mental ou demência.

---

###### **Contra-indicações absolutas**

Abuso de álcool, drogas e hábitos tabágicos (abstinência inferior a seis meses e fatores de risco para comportamentos de recidiva); ideação suicida recorrente; tentativas de suicídio progressas associadas a perturbações mentais do eixo I e/ou II do *DSM-IV-R*. Atraso mental e/ou estados demenciais impeditivos para compreensão mínima do tratamento associado à ausência ou negligência de cuidadores. Incapacidade para aderir a regimes medicamentosos.

---

Reportando-nos às diretrizes das entidades internacionais, segundo a ISHLT (Mehra et al., 2006), a avaliação psicossocial deve ser levada a cabo antes de listar o paciente para T.C., devendo incluir uma avaliação sobre a capacidade do paciente dar o consentimento informado e aderir às instruções médicas, incluindo, à imunossupressão. Os sistemas de apoio familiares e da comunidade deverão também integrar a avaliação. O comité de Ética da *Organ Procurement and Transplantation Network/UNOS* reconhece que os critérios não médicos para transplante constituem uma área de grande preocupação e que devem ser avaliados, dada a escassez de órgãos disponíveis (OPTN, 2008). Esta organização salienta que os critérios de aceitação deverão ser amplos, universais e transparentes; continuamente reavaliados e modificados sempre que necessário, devendo refletir as mudanças nas áreas médicas, sócio-psicológicas e tecnológicas. O processo de transplantação cardíaca, dado constituir uma situação com contornos médicos e psicológicos altamente complexas, exige que a avaliação individual seja regida por parâmetros abrangentes e, sempre que possível, as barreiras na candidatura à transplantação deverão ser trabalhadas (OPTN, 2008).

Maldonado et al. (2012), consideram o processo de seleção um *continuum* em que, durante

o período de espera, o paciente deve ser monitorizado e reavaliado, do ponto de vista psicossocial, nomeadamente se se proceder a uma intervenção terapêutica, como desejável, durante este período. A equipa de transplantação deverá possuir recursos para oferecer a oportunidade ao paciente de “trabalhar” as suas áreas mais problemáticas no ajustamento ao transplante, através de aconselhamento psicoterapêutico, intervenção comportamental e psiquiátrica, redefinição do suporte social e, se necessário, intervenção social, antes de levar a cabo nova avaliação (DiMartini, Dew, & Trzepacz, 2005). Assim, o “perfil psicológico” do paciente (enquanto tipificação e classificação dos pacientes e suas personalidades) deve ser encarado não como uma realidade estática ou cristalizada, nem apenas do domínio do clínico, mas formado no seio de uma relação de apoio e colaboração com o paciente e seus familiares, numa leitura holística da situação, salvaguardando e oferecendo planos de intervenção terapêutica que possam ser úteis (Baines, Zawada, & Jindal, 2005). Tal como num processo de *coaching* psicológico, torna-se necessário ajudar o paciente a maximizar os seus recursos e competências psicológicas, dando o melhor de si, de forma a potenciar o seu ajustamento a toda a situação. Note-se que este objetivo deverá prolongar-se no período pós-cirúrgico, para minimizar as morbidades inerentes ao mesmo.

Este parece-nos o contexto de excelência, onde a avaliação psicológica não pode deixar de ser um processo de compreensão empática e de ajuda genuína ao indivíduo (Flores & Obasi, 2003). A avaliação médica e psicossocial podem fazer a diferença no desfecho de um longo trajeto de deterioração da saúde, de sofrimento e de incapacidade com as perdas significativas daí decorrentes. Este momento de crise obriga o paciente a lidar, mais do que com a fragilidade do seu estado físico, com a prematuridade da sua morte, arrasando com quaisquer mecanismos de defesa que possa ter elaborado, exigindo-lhe um reajuste na sua realidade existencial. Trata-se de um período vivido com sentimentos ambivalentes de esperança, tristeza, receio e bastante ansiedade (Rainer, Thompson, & Lambros, 2010). Se existe a expectativa de um futuro saudável e um estilo de vida normal, o medo de não ser aceite como candidato, do órgão não aparecer em tempo útil, do fracasso da cirurgia e de viver com o coração de outro alguém, está sempre presente. Neste contexto, é fundamental que o profissional de saúde mental que trabalha com o paciente candidato a T.C., assuma uma postura positiva e não ameaçadora ou interrogativa. Por outro lado, os profissionais que levam a cabo a avaliação psicossocial pré-T.C. servem primeiramente as necessidades da equipa de transplantação e não as do paciente (DiMartini et al., 2005); daí a importância do profissional explicar detalhada e cuidadosamente a necessidade dos requisitos para o sucesso do transplante, estabelecendo um diálogo colaborativo com o paciente para que se possa estabelecer a aliança terapêutica para futuras intervenções.



### **3.4. Instrumentos de avaliação psicossocial utilizados no T.C.**

O desenvolvimento e uso de instrumentos de avaliação estruturados ajudam a estandardizar a seleção dos protocolos utilizados. Estes instrumentos são concebidos para avaliar a fidelidade e validade da seleção dos pacientes candidatos a qualquer tipo de transplante e, por vezes, usados como ferramentas coadjuvantes no processo de avaliação. Só recentemente surge o SIPAT - *The Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation* (Maldonado et al., 2012)<sup>19</sup> que consiste num instrumento compreensivo de rastreio para a avaliação psicossocial de candidatos a diferentes tipos de transplante de órgão. O SIPAT revela-se altamente preditivo dos resultados psicossociais do transplante. Constatamos que as áreas abordadas no instrumento foram, maioritariamente, exploradas nesta investigação, com base numa prévia revisão da literatura.

Sumariando este capítulo, a avaliação psicossocial pré-T.C. deve fornecer informação adicional à comissão de decisão, acerca dos fatores psicológicos (afetivos, cognitivos e comportamentais) psiquiátricos e sociais que ajudem a prever a capacidade de ajustamento emocional e comportamental do indivíduo, à cirurgia de transplantação em si, aos procedimentos médicos subsequentes e à adaptação a um estilo de vida exigente e muito específico ao longo de toda a vida (DiMartini et al., 2008).

Este trabalho de investigação pretende ser exatamente um contributo na identificação e clarificação da importância de determinadas variáveis psicossociais que julgamos fundamentais para o ajustamento emocional e comportamental ao transplante cardíaco. Neste estudo, o conceito de ajustamento será operacionalizado, pela adesão terapêutica e pela qualidade de vida que o paciente percebe após o procedimento cirúrgico. No próximo capítulo abordamos as variáveis psicossociais mais enfatizadas recentemente na literatura e a forma como influenciam o referido ajustamento à transplantação cardíaca.

<sup>19</sup> Este instrumento surge quando o estudo empírico longitudinal já se havia iniciado.



## Capítulo 4. Variáveis psicossociais em estudo na Transplantação Cardíaca

---

No capítulo anterior verificamos a importância da avaliação psicossocial para o sucesso do transplante cardíaco e concomitantemente observamos que os critérios que poderão determinar a exclusão de candidatos a transplante não são consensuais. Reconhecemos os problemas éticos envolvidos numa decisão dessa natureza, contudo entre as variáveis identificadas que contribuem para o sucesso na transplantação há uma certa unanimidade nos vários estudos e Organizações (e.g., suporte social, estilos de *coping*, saúde mental). As variáveis que abordaremos são portanto baseadas nesses estudos prévios. Salientamos a importância da saúde mental nas suas mais variadas vertentes, reconhecendo portanto que a psicopatologia, em geral, fornece um contributo negativo para o sucesso do transplante. Começaremos então, por abordar a saúde mental numa perspectiva positiva onde se incluem o otimismo e as emoções. Realçamos variáveis que, segundo o novo paradigma da Psicologia Positiva, podem ser protetoras da saúde mental não ignorando a vasta literatura mais estudada sobre a psicopatologia na transplantação cardíaca. Seguidamente destaca-se a existência do suporte social como uma das variáveis fundamentais associadas ao estilo de *coping* e, por fim, enfatizamos a importância da adesão terapêutica para a qualidade de vida no processo de transplantação. Desta forma, a adesão terapêutica e a qualidade de vida encerrarão o capítulo, enquanto variáveis resultado.

### 4.1. Saúde Mental

#### 4.1.1. Otimismo, bem-estar e saúde

*“The will to live is not a theoretical abstraction,  
but a (psycho) physiologic reality with therapeutic characteristics”*

Cousins

«Enquanto há esperança, há vida» parece fazer mais sentido do que a aceção contrária, utilizada pelo senso comum.

Enquanto conceitos sobreponíveis, a *Esperança* e o *Otimismo*, enquanto *Expetativas* pessoais da ocorrência de resultados favoráveis no futuro são, por si só, determinantes do comportamento, apresentando um efeito positivo no bem-estar psicológico, na saúde física e no processo de recuperação da doença.

O poder do pensamento positivo tem atraído o interesse do senso-comum e da Psicologia há décadas e nas últimas duas décadas, em particular, a atenção científica começou a focar-se nos aspetos positivos dos indivíduos; nas suas potencialidades e recursos, em detrimento da atenção exclusiva dada à patologia, ao défice, ao tratamento e à cura.

Segundo Scheier e Carver (1985, 1987, 1992), o construto *Otimismo* trata-se de uma expectativa generalizada, de resultados positivos, i.e., de que acontecimentos favoráveis vão acontecer na vida futura do indivíduo em detrimento dos desfavoráveis. Esta definição tem por base conceitual a noção de que o comportamento dos indivíduos é largamente afetado pelas suas crenças sobre a eficácia provável desses comportamentos e seus resultados (teoria sócio-cognitiva de Auto-Regulação do Comportamento - Bandura, 2001). A auto-eficácia trata-se, portanto, da crença na capacidade pessoal do indivíduo que lhe permite organizar e implementar ações necessárias para alcançar determinados objetivos (Bandura, 1997). Tal como o otimismo, é uma variável motivacional que assume um papel mediador no ajustamento a situações de stresse e na adequação a comportamentos e resultados na saúde.

A ideia de auto-regulação do comportamento, por seu lado, encontra as suas raízes nas teorias psicológicas da motivação (Bandura, 2004). Assim, as crenças de auto-eficácia regulariam o funcionamento humano através de processos cognitivos, motivacionais, afetivos e de tomada de decisão. Ou seja, afetam a forma como o indivíduo percebe, antecipadamente, as situações (poderá ser de forma pró-ativa e otimista ou debilitada), a forma como o indivíduo se auto-motiva e exhibe perseverança face às dificuldades, a qualidade do bem-estar emocional, a vulnerabilidade ao stresse e à depressão, e influencia as suas escolhas, modelando o desempenho (Bandura & Locke, 2003).

Estes autores apelidaram esta variável de otimismo disposicional (Scheier & Carver, 1987) dado tratar-se de uma característica estável da personalidade, uma variável de orientação para a vida, que expressa uma tendência geral e que reflete as expectativas em vários domínios de vida da pessoa, aparecendo positivamente correlacionada com a saúde e com um bem-estar subjetivo generalizado através do processo de auto-regulação do comportamento (Scheier & Carver, 1987). Assim, a percepção que o indivíduo tem das suas capacidades determina o seu comportamento, o seu nível de motivação, o seu padrão de pensamento e a sua reação emocional. Desta forma, os indivíduos determinam objetivos para si próprios e antecipam os resultados dos seus comportamentos futuros, consoante as expectativas de eficácia pessoal, de modo a conduzirem os seus esforços e motivações, nesse sentido.

Por outro lado, o pessimismo caracteriza-se por antecipações negativas sobre o futuro em geral; em que os indivíduos acreditam que aspetos negativos vão pontuar a sua vida (Scheier & Carver, 1985).

Mais recentemente, o otimismo aparece como um recurso psicológico associado também à saúde mental e a um melhor ajustamento aos acontecimentos de vida adversos ou ameaçadores (Jackson, Pratt, Hunsberg, & Pancer, 2005; Kivimaki et al., 2005). Está relacionado com uma redução do stresse, menos sintomatologia depressiva e com um aumento do apoio social

percebido, durante e após um acontecimento de vida *major* (Brissette, Scheier, & Carver, 2002). Os estudos referem também uma relação desta variável com uma melhor auto-estima, melhor humor, menos sintomas psiquiátricos, menos emoções negativas e satisfação com a vida (Carroll, Sweeny, & Shepperd, 2006; Carver & Scheier, 1999; Carver & Scheier, 2002; Chang, 1998; D. Dunn, 1996; King, Rowe, Kimble, & Zerwic, 1998; Marshall & Lang, 1990). Mais ainda, os indivíduos mais otimistas reportam um maior crescimento pessoal após uma situação traumática ou de adversidade (Linley & Joseph, 2004).

O otimismo parece influenciar o bem-estar psicológico também através do apoio social; ou seja, “os indivíduos mais otimistas podem demonstrar níveis mais elevados de bem-estar psicológico por apresentarem relações de suporte social mais satisfatórias” (Monteiro, Tavares & Pereira, 2008, p. 572), sendo mais efetivos na mobilização da sua rede social e atraindo relações de suporte mais consistentes. Utilizam ainda estratégias de *coping* mais adaptativas (ativas) e revelam hábitos de saúde diferentes por comparação aos indivíduos pessimistas (Brissette et al., 2002).

Ao contrário, o pessimismo foi identificado como um factor de risco de uma saúde física e psicológica débil (Kubzansky, Sparrow, Vokonas, & Kawachi, 2001) por se encontrar relacionado com sentimentos de desânimo, raiva, depressão, ansiedade, risco de doença cardíaca e morte (Bandeira, Bekou, Lott, Teixeira, & Rocha, 2002; Everson et al., 1996; Koivumaa-Honkannen et al., 2000, 2001; Peterson, Seligman, & Valliant, 1988; Peterson, Seligman, Yurko, Martin, & Friedman, 1998; Schulz, Bookwala, Knapp, Scheier, & Williamson, 1996; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). A orientação pessimista correlaciona-se significativamente e positivamente com a ansiedade e depressão, mesmo quando a auto-estima, o neuroticismo, os sentimentos de mestria e a ansiedade-traço se encontram controlados (Scheier, Carver, & Bridges, 1994; Wrosch & Scheier, 2003).

O primeiro estudo prospetivo em larga escala que demonstra o efeito protetor de uma orientação de vida otimista na saúde física após uma situação de stresse específico (morte ou doença grave de um ente querido, neste caso) e que ocorre independentemente das características da pessoa é de Kivimaki et al. (2005). Este efeito fez-se sentir, quer numa menor taxa de aparecimento de doença, quer numa mais rápida recuperação da mesma nos indivíduos mais otimistas, em relação aos menos otimistas.

Em relação à doença física instalada, a múltipla investigação mostra que um elevado grau de otimismo se relaciona com melhores taxas de sobrevivência e adaptação (Allison, Guichard, Fung, & Gilain, 2003; Fournier, De Ridder, & Bensing, 2002; Maruta, Colligan, Malinchoc, & Offord, 2000; Symister & Friend, 2003). Este resultado faz sentido se tivermos em conta que o otimismo, enquanto expectativa face ao futuro, se relaciona, positivamente, com o bem-estar

psicológico, a qualidade de vida e a forma como as pessoas lidam com vivências indutoras de stresse, como é o caso da doença física (Pais-Ribeiro, Martins da Silva, Meneses, & Falco, 2008).

#### **4.1.2. As variáveis positivas no confronto com a doença cardíaca e com o Transplante Cardíaco: diferente vias, uma atitude - Contributos da Psicologia Positiva**

No que diz respeito à doença e cirurgia cardíacas (especificamente no *bypass* coronário), o otimismo disposicional correlaciona-se com menores níveis de hostilidade e depressão no pré-operatório, com melhores respostas clínicas no período intra-operatório (Scheier et al., 1989), com uma recuperação mais rápida da cirurgia, com menos queixas físicas por parte do paciente (Scheier et al., 1994), com menos dor anginosa (Scheier & Carver, 1985), com um maior grau de satisfação do paciente face aos cuidados recebidos pelo pessoal médico, com um maior apoio emocional recebido pela família e amigos com uma taxa mais baixa de re-hospitalizações após a cirurgia, com melhores taxas de recuperação pós-enfarte do miocárdio (Scheier et al., 1989; Scheier et al., 1999), na redução da progressão da arteriosclerose (Matthews, Raikonen, Sutton-Tyrrell, & Kuller, 2004), com melhor qualidade de vida avaliada pelo paciente coronário seis meses após a cirurgia (Scheier et al., 1989) e em menores taxas de mortalidade; tudo isto comparativamente aos pacientes com uma orientação pessimista (Giltay, Geleijnse, Zitman, Hoekstra, & Schouten, 2004; Lopez, Snyder, & Rasmussen, 2007; Salovey, Rothman, Detweiler, & Steward, 2000).

Por outro lado, revelando-se um traço de personalidade relativamente constante e estável, o otimismo disposicional prediz, a longo prazo e de forma indireta, a saúde cardiovascular através da adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis (Giltay, Kamphuis, Kalmijn, Zitman, & Kromhout, 2006; Scheier et al., 1989; Scheier & Carver, 1992). A variável *coping*, intrinsecamente relacionada com as expectativas, assume um papel mediador fundamental na relação entre o otimismo e a saúde física, em particular na recuperação física do paciente durante e após a cirurgia. No estudo de Scheier et al. (1989), com doentes submetidos a cirurgia de *bypass* coronário, os indivíduos pessimistas revelavam-se “presos” aos aspectos negativos da experiência da cirurgia (exibindo ansiedade e sentimentos depressivos - *Coping* emocional - (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984). Pelo contrário, os otimistas traçavam objetivos e elaboravam planos para a sua recuperação, recolhendo o máximo de informação que os ajudasse nesse sentido, impondo-se objetivos para a sua recuperação - *Coping* instrumental - (Folkman & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1984). Estas diferenças na forma como o paciente lida com a cirurgia, quando transpostas para a situação de Transplante Cardíaco, assumem um papel ainda mais preponderante dada a importância preponderante de um

comportamento de adesão consistente e sistemático para a adaptação e sobrevivência destes pacientes.

Na realidade, otimistas e pessimistas utilizam diferentes estilos de *Coping* perante desafios em geral e, na doença física, em particular (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; L. Friedman et al., 1992). Para além dos indivíduos otimistas a utilizarem estratégias de *coping* mais centradas no problema do que os pessimistas (Carver et al., 1993; Scheier et al., 1994), quando esta forma de *coping* não aparece de todo como uma possibilidade, tendem a usar um *coping* centrado na emoção com um formato mais adaptativo recorrendo, por exemplo, ao humor e reinterpretação positiva da situação (Wrosch & Scheier, 2003). Os indivíduos pessimistas tendem a lidar com a situação através da negação, utilizando estratégias mentais e comportamentais que os “afastem” da situação indutora de stresse e descomprometem-se dos objetivos com os quais a situação está a interferir, desistindo mais facilmente de os alcançar (Carver & Scheier, 2003). Resumindo, os otimistas tendem a adaptar-se de forma mais favorável a situações de crise ou transição na sua vida, do que os pessimistas, adotando estratégias de *coping* mais eficazes no confronto com a situação de stresse sendo que, os que possuem um melhor repertório de *coping*, tendem a avaliar a situação de stresse não tanto como uma ameaça mas como um desafio desenvolvimental (Lopez et al., 2007).

Ainda no contexto da cirurgia cardíaca, o otimismo aparece também associado à procura de apoio social (Scheier & Carver, 1985; Scheier, Weintraub, & Carver, 1986) e ao aumento de exercício físico em programas de reabilitação cardíaca (Shepperd, Maroto, & Pbert, 1996). Após a cirurgia, o otimismo relaciona-se positivamente com a adoção de mecanismos de *coping* no sentido de um maior esforço, por parte do indivíduo, em termos do seu auto-cuidado e da sua predisposição para adoptar comportamentos protetores de saúde e, com maior adesão ao tratamento no T.C., aspetos pró-ativos fundamentais neste tipo de cirurgia (Leedham, Meyerowitz, Muirhead, & Frist, 1995; Rozanski & Kubzansky, 2005; Wrosch & Scheier, 2003).

A transplantação cardíaca coloca não só desafios extraordinários ao paciente, como também à Psicologia da Saúde; na realidade, poucos procedimentos médicos se deparam tão complexos como o transplante de órgãos. O paciente após um T.C., ainda que bem sucedido, necessita de aderir a um regime terapêutico complexo e desenvolver uma disciplina consistente e sistemática, sob risco constante da rejeição do enxerto e, conseqüentemente, de morte. Embora a “cura” da doença cardíaca, que conduz ao transplante, não esteja de modo algum assegurada com o T.C., após o mesmo, o paciente progride de um estado terminal de insuficiência cardíaca para um estilo de vida ativo, comparável ao do período que antecede a doença; experiencia uma qualidade de vida muito superior à situação pré-cirúrgica. Dado este cenário complexo e ambíguo, com características de “tudo ou nada”, o paciente com insuficiência cardíaca terminal e

antes do T.C., elabora inúmeras fantasias de cura, podendo desenvolver as expectativas mais otimistas sobre a sua saúde futura após o procedimento de transplantação. Daí a importância do estudo desta variável nesta investigação.

Apesar do cenário difícil que envolve o período pré-T.C., os pacientes que aguardam o órgão apresentam perspectivas altamente positivas em relação ao futuro (Leedham et al., 1995; Weinstein, 1980). Os primeiros autores mostram que as expectativas positivas se encontram correlacionadas, positivamente, com a adesão ao regime terapêutico após o transplante, com a recuperação física, com a qualidade de vida e com o ajustamento psicológico após o procedimento. Curiosamente, as expectativas positivas (avaliadas no período pré-operatório) predizem mais de 40% da variância nos resultados da saúde física, seis meses após a cirurgia de transplantação cardíaca (Leedham et al., 1995). Este aspeto poderá explicar-se pelo efeito das expectativas na adesão após o T.C. ou pela condição física pré-operatória. De qualquer forma, estes resultados têm implicações importantes para a intervenção pré-T.C., junto do paciente. Assistiu-se ainda, neste estudo, a uma tendência no sentido de uma relação significativa entre os *scores* das expectativas pré-T.C. e o tempo de aparecimento da primeira infeção, que era o dobro nos indivíduos mais otimistas face aos menos otimistas.

Já estudos mais antigos reportam que as expectativas dos pacientes face aos resultados da cirurgia mostraram-se um importante factor da recuperação pós-operatória, actuando como profecias auto-realizáveis (*self-fulfilling prophesys*) (Wallace, 1985a, 1985b); ou seja, se o paciente acredita que o pós-operatório da cirurgia vai ser difícil, a recuperação torna-se de facto mais longa e com maior nível de dor e desconforto (Jamison, Parris, & Maxson, 1987). O que é expectável tende assim a realizar-se.

O optimismo no período inicial após o T.C. prediz ainda a qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e social, um ano após o transplante (melhor estado de saúde, mais vitalidade, melhor funcionamento social e melhor saúde mental) (Myaskovsky et al., 2006). No estudo em causa, tal como na presente investigação, utilizou-se o *Positive Expectations Subscale* (PES) que se trata de uma sub-escala específica, construída com itens dirigidos a aspetos da transplantação cardíaca.

Num outro estudo, reforçador do anterior, com uma amostra de 50 mulheres e média de cinco anos após o T.C., os autores concluíram que a esperança era um preditor independente do ajustamento emocional positivo e da qualidade de vida (Evangelista, Doering, Dracup, Vassilakis, & Kobashigawa, 2003).

O pessimismo não só apresenta efeitos adversos no bem-estar psicológico e físico numa situação de alto stresse, como é a cirurgia cardíaca, mas também numa variedade de circunstâncias do dia-a-dia.



Os mecanismos que explicam a relação entre as variáveis expetativas (otimismo disposicional e esperança) e a saúde mantêm-se relativamente em aberto. No entanto, existem várias explicações possíveis. Esta relação pode ser explicada pela mediação de estratégias de *coping* passivas no dia-a-dia e na doença, como vimos anteriormente, e na consequente dificuldade em resolver problemas, procurar apoio social e/ou devido ao comprometimento imunológico em situações de *helplessness*, como é o caso (Peterson et al., 1988).

Por outro lado, o otimismo influencia positivamente a saúde cardiovascular através de uma relação direta com índices fisiológicos, com particular ênfase para as menores taxas de reatividade cardiovascular como resposta a uma situação de stresse verificadas em pacientes otimistas, sendo que, esta reatividade se apresenta como um factor de risco para a doença coronária (Krantz & Manuck, 1984; Kubzansky et al., 2001; Scheier et al., 1989). Os pacientes pessimistas, por outro lado, revelam uma maior reatividade cardiovascular ao stresse, tais como ritmo cardíaco e tensão arterial mais elevadas, em ambulatório, pior função pulmonar, maior tendência para desenvolver doenças cardiovasculares e para morrer de causas relacionadas com a doença cardiovascular (Kubzansky et al., 2002; Raikkonen, Matthews, Flory, Owens, & Gump, 1999). No que diz respeito à população sem doença, os indivíduos pessimistas tendem a experienciar estados de humor altamente negativos e poucos estados de humor positivos, apresentando níveis de tensão arterial bastante elevados durante as suas atividades diárias. Por outro lado, os indivíduos otimistas experienciam estados de humor altamente positivos e poucos estados de humor negativos, apresentando níveis baixos de tensão arterial (Raikkonen et al., 1999).

A capacidade que é dada pelo otimismo em procurar apoio social efetivo poderá ser outra via plausível, dado este ter um efeito protetor na saúde. Vários estudos indicam que o otimismo se relaciona com um ajustamento adequado aos acontecimentos de vida adversos, através da rede social e da promoção da qualidade de vida que é mais extensa e efetiva nos indivíduos otimistas do que nos pessimistas (Brissette et al., 2002; Pais-Ribeiro, Pedro, & Marques, 2008). Comparativamente com os pessimistas, os indivíduos otimistas reportam amizades mais longas, menos interações sociais negativas, apresentam melhor qualidade de apoio social e um incremento do mesmo em situações de stresse (Dougall, Hyman, Hayward, McFeeley, & Baum, 2001; Geers, Reily, & Dember, 1998; Park & Folkman, 1997; Raikkonen et al., 1999). Mais ainda, os indivíduos tendem a estabelecer interações sociais com outros que lhe despertam emoções positivas no sentido da compensação (Harker & Keltner, 2001). No estudo de Brissette et al. (2002), os autores também concluíram que os otimistas exibem maior bem-estar psicológico e melhor adaptação a acontecimentos de vida geradores de stresse, como resultado das estratégias de *coping* que utilizam e graças à sua capacidade de gerar redes sociais de suporte

mais efetivo.

O impacto das crenças positivas nos estados emocionais pode afetar, por via neuroendócrina, o aparecimento e curso da doença, sendo largamente conhecido o impacto dos estados depressivos e ansiosos na alteração dos mecanismos imunitários (Segerstrom, 2005; Segerstrom, Taylor, Kemeny, & Fahey, 1998; S. Taylor, Kemeny, Reed, Bower, & Gruenewald, 2000). Por exemplo, as expectativas negativas poderão não resultar num estado depressivo mas têm capacidade de produzir um sentimento de desencorajamento que terá comprometimento fisiológico. Por outro lado, se o indivíduo encontra um sentido na sua doença isso poderá induzir um estado emocional de tranquilidade que produz efeitos no sistema nervoso autónomo, conduzindo a efeitos benéficos na imunidade (S. Taylor et al., 2000).

Por último, o facto da vigilância/monitorização de sinais de alarme ser maior nos indivíduos e pacientes otimistas do que nos pessimistas, pode conduzir a uma procura atempada da terapêutica (Scheier et al., 1986), traduzindo a dimensão preventiva.

No entanto, a investigação na Psicologia da Saúde não refere resultados concordantes no que respeita aos efeitos do otimismo na saúde física, havendo mesmo grande discrepância entre os vários estudos (Guerra, 2010). Este aspeto poderá dever-se a questões psiconeuroimunológicas ou cognitivas. Por um lado, em muitas circunstâncias, o otimismo disposicional e as expectativas específicas parecem proteger o sistema imunitário dos stressores psicológicos quando estes são breves, controláveis e práticos. No entanto, quando os agentes de stresse são complexos, persistentes e incontroláveis, a estratégia otimista de confronto com os mesmos acarreta, segundo alguns autores, mais custos fisiológicos ao indivíduo do que desistir de os confrontar (Seegerstrom, 2005). Na realidade, esta tarefa de envolvimento traduz-se numa maior secreção de cortisol e de norepinefrina circulante e em menos imunidade celular, aspetos que podem alterar o curso de determinadas doenças físicas (e.g., no VIH e alguns tipos de neoplasias) (Seegerstrom, 2005). Isto pode explicar o facto das crenças otimistas não terem um efeito positivo tão consistente na saúde física, como têm na saúde mental. Por outro lado ainda, embora as expectativas positivas, neste caso face ao T.C., sejam favoráveis à saúde pós-operatória não podemos negligenciar o facto de que se o paciente apresentar expectativas extremamente positivas (infundadas) face ao procedimento, entrando em negação da gravidade da situação e distorcendo a realidade, isso possa concorrer para comportamentos posteriores de não adesão, episódios de rejeição e fracos resultados na saúde. Nesta situação, o otimismo avaliado pelas expectativas positivas, pode não constituir um bom indicador adaptativo em situação de doença. No entanto, nem todos os autores partilham desta opinião, defendendo que as crenças otimistas face ao futuro, mesmo que irrealistas, podem ser protetoras da saúde (Kemeny & Gruenewald, 2000).

Concluindo e remetendo para o início deste capítulo, o interesse da Psicologia em perceber e promover os fatores que contribuem para a felicidade e excelência humanas tem vindo a crescer, instalando-se com a introdução do paradigma da Psicologia Positiva, proliferando os estudos que desenvolvem esta relação. Assim, a felicidade, o otimismo, a satisfação com a vida, o bem-estar, a realização, o prazer, os recursos e a esperança começaram a ser alvo de estudo (Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Ou seja, postulou-se o efeito das potencialidades ou «forças de carácter» (Seligman, 2003) dos indivíduos na imunossupressão do organismo, nos resultados na saúde, numa menor prevalência da doença cardíaca, numa mais rápida recuperação da cirurgia e até, na mortalidade (Lopez et al., 2007; Salovey et al., 2000). Para a Psicologia Positiva, uma dessas forças de carácter e que consideramos sobreponível ao otimismo e às expectativas, é a esperança (esperar o melhor do futuro e esforçar-se por isso); em que, desenvolver o otimismo e a esperança depende de desenvolver uma atitude positiva, sendo a atitude, a ideia que une estes dois conceitos (Snyder, 2002).

A esperança faz parte de uma das seis virtudes universais<sup>20</sup> - a Espiritualidade e Transcendência (Seligman, 2003 in Guerra, 2010). Como as restantes forças de carácter, a esperança, manifesta-se nos sentimentos, pensamentos e ações, interferindo, portanto, no estado emocional do indivíduo, no seu processo de apreciação cognitiva e no comportamento. A esperança trata-se de um construto transversal a vários contextos, culturas e estável ao longo do tempo e apresenta-se extremamente relacionada com a satisfação com a vida, a qualidade da mesma e com a perceção de saúde, na população com doença física como na população saudável (Pais-Ribeiro, Pedro, et al., 2008; Peterson, Ruch, Beermann, Park, & Seligman, 2007).

Enquanto construto cognitivo, a esperança consiste quer na capacidade de motivação da pessoa em atingir um objetivo, quer na perceção que a pessoa faz da sua competência para iniciar e manter um comportamento direcionado no sentido de alcançar as metas pretendidas (Snyder, Lopez, Shorey, Rand, & Feldman, 2003). Ter esperança é, sobretudo na adversidade, acreditar que se conseguem estabelecer e atingir esses objetivos. Enquanto força e virtude humana, a esperança tem a capacidade de conduzir o indivíduo «ao bem-estar psicológico, à auto-actualização, ao sentimento de realização, à satisfação com a vida e à sua qualidade, mesmo face à adversidade» (Guerra, 2010, p. 8). No entanto, elevados níveis de esperança não só permitem que o indivíduo encontre significado em acontecimentos de vida adversos ou traumáticos, como também têm sido relacionados com o bem-estar físico e mental, com o sucesso académico, atlético e psicoterapêutico (Chang & DeSimone, 2001; Nolen-Hoeksema & Davis, 2002; Snyder, 2002).

<sup>20</sup> Segundo Seligman (2003), as seis virtudes principais são a Sabedoria e Conhecimento, Coragem, Amor e Humanidade, Justiça, Temperança, Espiritualidade e Transcendência.

Em relação à transplantação cardíaca, já Hirth e Stewart (1994) mostraram que sentimentos de esperança no período de espera do T.C. contribuíam para a capacidade do paciente desenvolver um *coping* eficaz para lidar com o stresse.

Segundo Snyder (2002), o otimismo e a esperança são conceitos similares na medida em que ambos radicam no desenvolvimento de uma atitude positiva; no entanto o otimismo refere-se mais ao momento presente, enquanto a esperança se projeta no futuro.

Como vimos, a literatura sugere que o otimismo influencia a qualidade de vida, na medida em que facilita a gestão adaptativa no confronto com situações de vida adversas. Mas mais do que isso, possibilita aos indivíduos que aproveitem as oportunidades para o seu desenvolvimento (Wrosch & Scheier, 2003). A capacidade de o indivíduo construir um significado para uma experiência traumática, incluindo a de doença física, por mais trágica e perturbadora que esta se revele, aparece como uma proteção biológica da saúde, beneficia o curso da doença e é psicologicamente adaptativo (Schwartzberg, 1993; S. Taylor et al., 2000; Thompson, 1991). Assim, a exposição a eventos adversos pode não conduzir apenas à depressão e ao desespero mas permitir o desenvolvimento de capacidades humanas ou das forças de carácter preconizadas pela Psicologia Positiva.

Fazendo uma integração, já a corrente humanista (Frankl, 1963, 1978 in S. Taylor et al., 2000) preconizava que estas experiências poderiam ser catalizadoras de uma reavaliação de prioridades pessoais, por parte do indivíduo, consolidando um re-estabelecimento do sentido do self e do sentido da vida e, conseqüentemente, facilitar o desenvolvimento das capacidades humanas (Peterson, Park, & Seligman, 2006) como desenvolver mecanismos de coping mais eficazes, reconhecer o valor das relações interpessoais, (re)estabelecer prioridades de vida, etc. Nomeadamente, «o sentido da vida aparece como conceito central no processo de transição da pessoa transplantada cardíaca» (Manata & Apóstolo, 2009, p. 183). Este aspeto é reforçado pelo grande simbolismo que representa a dádiva do órgão em questão e que obriga necessariamente o paciente a reconstruir novos significados para a sua existência, integrando a experiência que viveu numa dimensão maior, que implica a redefinição do seu sentido da vida. Daí que estes pacientes façam questão de verbalizar que nasceram de novo.

#### **4.1.3. O papel das emoções: do desenvolvimento individual à saúde física**

*“People never die of love or grief alone: though some die on inherent maladies, which the tortures of those passions prematurely force into destructive action”.*

Charlotte Brontë

As expetativas positivas, como o otimismo e a esperança, encontram-se, como referido, associadas a menos experiências de emoções negativas e menor sintomatologia psiquiátrica

(Carroll et al., 2006; Carver & Scheier, 2002, 2003), relacionando-se com a qualidade de vida física e mental após o transplante cardíaco. Daí a importância do estudo dos estados emocionais e da psicopatologia individual no ajustamento ao transplante cardíaco.

Na realidade, as emoções pontuam todos os acontecimentos importantes das nossas vidas, determinando de forma significativa a forma como os experienciamos (C. Smith & Lazarus, 1990). Apresentam um papel fundamental na regulação do comportamento dos indivíduos perante as mudanças pois geram-se na interação da pessoa com o seu ambiente e compreendem componentes afetivos, cognitivos e comportamentais associadas a componentes neurobiológicos (Gallo & Matthews, 2003).

Quanto à sua natureza, as emoções agrupam-se em positivas e negativas mas ainda não é claro se estes grupos são dois pólos de uma mesma dimensão ou se constituem dimensões distintas (Richman et al., 2005). No entanto, é inequívoco que emoções como o amor, a alegria, o entusiasmo, o contentamento, o altruísmo, a gratidão, a paz interior, a serenidade, o interesse, provocam no indivíduo experiências subjetivas agradáveis e indutoras de bem-estar, ao contrário das emoções negativas como a raiva, a tristeza, o medo, a ansiedade, a culpa, a irritabilidade. O stress e as emoções negativas crónicas afetam a vitalidade do indivíduo, enquanto estado positivo de energia e entusiasmo. Por outro lado, o estado emocional positivo gerado internamente modifica os efeitos adversos da exposição prolongada a emoções negativas (Danner, Snowden, & Friesen, 2001).

As emoções positivas influenciam a organização cognitiva dos indivíduos, i.e., a forma como pensam os problemas e organizam o conhecimento e, portanto, as suas competências para tomar decisões e resolver problemas. Assim, o experienciar de emoções positivas permite um pensamento mais flexível, integrado, eficiente, criativo e aberto à informação exterior (Kok, Catalino, & Fredrickson, 2008). Para além disso, as emoções positivas, ao contrário das negativas, modelam a motivação e o comportamento do indivíduo, permitindo que alargue o seu repertório de opções comportamentais, interesses e experiências (Fredrickson, 2000). Ao conduzirem a um *coping* mais ajustado em situações de adversidade, a relações íntimas e sociais mais significativas (dado que promovem comportamentos de aproximação e de exploração do meio que rodeia o indivíduo), as emoções positivas constituem um amortecedor dos estímulos de stress e fortalecem o sistema imunitário (Fredrickson, 2001). Globalmente, o experienciar de emoções positivas e o otimismo ultrapassam o bem-estar e prazer sentidos no momento mas vão manifestar-se a longo prazo pois permitem ao indivíduo efetuar escolhas mais saudáveis e consistentes ao longo do seu desenvolvimento; seja na capacidade de estruturar os recursos sociais e psicológicos (*coping* resiliente, otimismo, criatividade, mestria) mas também nos intelectuais (conhecimento, complexidade intelectual) e físicos (competências físicas, saúde,

longevidade) (Fredrickson, 2001; Kok et al., 2008).

Desta forma, a experiência de emoções positivas potencia a forma como as pessoas lidam com a adversidade fortalecendo os seus recursos pessoais e a resiliência<sup>21</sup>, minimizando sintomas depressivos e, concorrendo para o seu crescimento e desenvolvimento. Por outro lado, e de uma forma bidirecional, os indivíduos mais resilientes utilizam estratégias de *coping* como o humor, o relaxamento, a exploração criativa, o otimismo que, por sua vez, promovem e cultivam emoções positivas como a alegria, o divertimento, o interesse, a esperança (Fredrickson, Tugade, Waugh, & Larkin, 2003). Assim, estados emocionais positivos atuam muito mais além do que meros amortecedores do stresse, mas revelam efeitos positivos na proteção, promoção da saúde e longevidade (Danner et al., 2001; Larsen, Hemenover, Norris, & Cacioppo, 2002 in Guerra, 2010; Pettit, Kline, Gencoz, Gencoz, & Joiner, 2001; Richman et al., 2005).

Assim, a influência das emoções na saúde opera de duas formas; indiretamente, através dos recursos psicológicos do indivíduo - percepções de vulnerabilidade pessoal, auto-eficácia, crenças, otimismo, resiliência, procura de apoio social e *coping* (Cohen, Doyle, Turner, Alper, & Skoner 2003; Davidson et al., 2003; Diong et al., 2005; Fredrickson & Levenson, 1998; Knapp et al., 1992; Rozanski & Kubzansky, 2005; Salovey et al., 2000) – e, diretamente, através da ativação fisiológica (via sistema cardiovascular e imunitário<sup>22</sup>), como veremos no ponto seguinte deste capítulo.

Na realidade, as emoções influenciam a perceção dos indivíduos acerca da sua vulnerabilidade pessoal à doença; a experiência emocional determina a forma como o indivíduo avalia, interpreta os seus sintomas e toma a decisão de procurar ajuda (Salovey et al., 2000). Igualmente, as decisões sobre determinado tratamento são influenciadas pela crença do indivíduo na sua eficácia, sobre a sua capacidade de o conseguir respeitar e levar a cabo; assim, indivíduos felizes têm mais confiança, de que o adotar de comportamentos saudáveis pode minimizar e/ou redimir a doença.

Em relação ao apoio social e experiência emocional, assistimos a uma relação recíproca; ou seja, a garantia de apoio social influencia positivamente o estado emocional do indivíduo (porque induz sentimentos de estabilidade e controlo face ao meio envolvente) permitindo-lhe mais resiliência em momentos de stresse; por outro lado, o estado emocional determina o apoio social que o indivíduo poderá obter (temos tendência a ser atraídos e a estabelecer relações com quem mantém uma atitude positiva perante a vida). A expressão prolongada de emoções negativas por parte de alguém desencoraja as pessoas do comportamento de apoio (Stroebe &

<sup>21</sup> A resiliência psicológica trata-se de um traço de personalidade, relativamente estável, que permite ao indivíduo recuperar de uma experiência negativa através de uma adaptação flexível às diferentes exigências de vida (Block & Kremen, 1996).

<sup>22</sup> A tendência para experienciar emoções positivas encontra-se, por exemplo, associada a uma maior resistência em desenvolver a gripe comum (Cohen et al., 2003).

Stroebe, 1996). O humor positivo é, portanto, uma componente crítica das interações sociais.

No entanto, a desadequação das emoções aos estímulos do meio também se revela nefasta; ou seja, e por exemplo, à semelhança da curva da ansiedade, perante um estímulo indutor de stresse, a ausência de emoções negativas pode ser danosa para a vivência e resolução da situação adversa (Guerra, 2010). As emoções negativas têm um papel adaptativo, preparando o indivíduo para a ação, fuga ou ataque.

#### **4.1.4. Doença cardíaca: o paradigma da influência das emoções na saúde**

A doença cardíaca constitui um paradigma das relações de influência entre emoção e doença, uma vez que as emoções regulam a atividade cardiovascular face aos estímulos do meio ambiente.

A investigação tem-se debruçado sobre a identificação dos fatores de risco das doenças cardíacas e sabe-se atualmente que os fatores orgânicos como a hipertensão, a hipercolesterolemia, a obesidade e diabetes explicam apenas 40% das ocorrências da doença cardíaca (Kubzansky & Kawachi, 2000), sendo que, os determinantes comportamentais e psicossociais e/ou a combinação destes com os fatores biológicos, explicam a restante percentagem. A depressão, a ansiedade, a hostilidade e a raiva predizem a morbidade e mortalidade na doença coronária, mais ainda do que os fatores de risco clássicos (colesterol, tensão arterial e hábitos tabágicos) (Gallo & Matthews, 2003; Rugulies, 2002). Na verdade, estados emocionais disfóricos encontram-se associados a uma maior probabilidade de contração de uma afeção cardíaca como a doença coronária e o enfarte agudo do miocárdio, podendo originar do menor incidente cardíaco, a uma afeção crónica ou terminal (Anda et al., 1993; Barefoot & Schroll, 1996; H. Friedman & DiMatteo, 1989; Tennant, 1987). A depressão, em si mesma, representa um fator de risco, independente e consistente, para o aparecimento da doença cardiovascular e sua progressão, predizendo os episódios agudos posteriores e a sobrevivência (Barefoot et al., 1996; Todaro, Shen, Niaura, Spiro, & Ward, 2003), quer na população saudável (Suls & Bunde, 2005), quer em populações com a referida doença (Barth, Schumaker, & Herrmann-Lingen, 2004; Musselman et al., 2008; Pozuelo et al., 2009; Van Melle et al., 2004). Isto acontece dado que, do ponto de vista patofisiológico, o stresse e os estados emocionais negativos evocam uma resposta de stresse crónico que se caracteriza por uma estimulação do sistema nervoso simpático que resulta em efeitos periféricos, incluindo o aumento do ritmo cardíaco e da tensão arterial, a vasoconstrição, entre outras alterações simpaticoadrenérgicas que são perigosas para o sistema cardiovascular, atrasando a recuperação desta hiperestimulação (Fredrickson, Maynard, et al., 2000). Esta reatividade fisiológica, que acontece na experiência afetiva negativa, e que prepara o organismo para a ação, se prolongada, recorrente ou muito

intensa coloca o indivíduo em risco para a doença coronária e apresenta impacto negativo no prognóstico da mesma (Richman et al., 2005; Sirois & Burg, 2003). Evoluções na biologia psiquiátrica mostram alterações neuroquímicas, neuroendócrinas e neuroanatômicas significativas na reação cardiológica ao stresse (Musselman et al., 2008), ou seja, diferentes estados emocionais são caracterizados por padrões de ritmo cardíaco distintos. Assim, os indivíduos com tendência a emoções negativas crônicas, em geral, revelam reduções na variabilidade do ritmo cardíaco (intervalos mais pequenos entre batimentos cardíacos) e um padrão desordenado o que se encontra associado, de forma direta, a um aumento de arritmias ventriculares fatais e morte súbita (Burg, Lampert, Joska, Batsford, & Jain, 2004; Curtis & O'Keefe, 2002; Musselman et al., 2008; Thomas et al., 2008).

Ao contrário, a experiência de emoções positivas permite ao indivíduo, perante um estímulo inesperado e/ou de stresse, que o ritmo cardíaco estabilize mais rapidamente do que nos indivíduos que experienciam emoções negativas, contribuindo para a sua saúde cardiovascular e diminuindo o risco de ataque cardíaco (Fredrickson, Mancuso, Branigan, & Tugade, 2000). Mais ainda, o experienciar de emoções positivas como o cuidar, a compaixão, a contemplação, induzem ritmos cardíacos mais variáveis com um padrão mais suave e ordenado (Fredrickson, Maynard, et al., 2000).

De uma forma indireta, as emoções negativas predis põem o indivíduo a empreender comportamentos e estilos de vida que se relacionam com a cardiopatogénese (hábitos tabágicos, hábitos alcoólicos, hábitos alimentares errados, menos adesão aos tratamentos, mais sedentarismo) para além dos efeitos negativos já referidos sobre o suporte e as interações sociais (Bonomo & Araújo, 2009; Kubzansky & Kawachi, 2000; T. Smith & Ruiz, 2002).

Pelo contrário, e na sequência do referido acima, as emoções positivas encontram-se relacionadas, positivamente, com maior longevidade dado que potenciam os recursos físicos, intelectuais e sociais dos indivíduos; os indivíduos que experienciam mais emoções positivas no início da idade adulta vivem mais 10 anos do que os que experienciam menos emoções positivas (Danner et al., 2001).

Segundo dados da OMS, no ano 2020, a depressão será a segunda causa de incapacidade nos países desenvolvidos, depois da doença cardíaca (Murray & Lopez, 1997). Estes números revelam-se ainda mais perturbadores se pensarmos que os pacientes com diagnóstico de depressão enfrentam maiores dificuldades na resolução de problemas, no *coping* e na adesão ao tratamento médico (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000; Druss, Bradford, Rosenheck, Radford, & Krumholz, 2001; Musselman et al., 2008; Van Der Wal et al., 2006). A depressão também partilha traços de uma resposta de stresse crónico, despertando fisiologicamente emoções como o medo, a ansiedade e a culpa. 58% dos pacientes com depressão apresentam critérios para



perturbações de ansiedade - perturbação de pânico com agorafobia, fobia social, perturbação de ansiedade generalizada e perturbação obsessiva-compulsiva (Kessler et al., 1996). A perturbação de pânico encontra-se prevalente em 14% dos pacientes cardíacos (Weissman et al., 1997) e trata-se da desordem de ansiedade que mais se associa aos sintomas cardiovasculares sendo por isso, em tempos, apelidada de síndrome do coração irritável (Musselman et al., 2008).

A depressão aparece-nos como uma entidade clínica bastante comum nos pacientes com doença cardíaca; as taxas de prevalência de depressão *Major* são de 14% para pacientes com enfarte agudo do miocárdio e 25% para pacientes com insuficiência cardíaca (Faris et al., 2002; Freedland et al., 2003; Jiang et al., 2001). É, no entanto, importante realçar que a depressão nos pacientes com I.C. severa, nem sempre preenche os critérios de *Depressão Major* do *DSM-IV-TR*. Na realidade, pode aparecer como uma desordem de ajustamento ou uma reação de luto devido à perda de saúde, de independência, de papéis sociais, de emprego e à inevitabilidade de um transplante cardíaco.

#### **4.1.5. Emoções e psicopatologia no Transplante Cardíaco: morbidade psicológica e psiquiátrica**

A doença crónica e/ou terminal bem como os procedimentos cirúrgicos que lhe são inerentes constituem um terreno fértil para todo o tipo de emoções inadaptadas.

Apesar da transplantação cardíaca se relacionar, inequivocamente, com uma maior expectativa e qualidade de vida associa-se, na maioria dos pacientes, a grande morbidade psicológica e psicopatológica, ao longo de todo o processo.

O paciente é submetido a um T.C., após uma doença prolongada - a insuficiência cardíaca terminal - em que são frequentes as hospitalizações recorrentes, as intervenções médicas e farmacológicas. A maioria dos pacientes não consegue realizar as atividades do dia-a-dia e, o comprometimento da função laboral é, na maioria das vezes, efetivo. O sofrimento físico e psicológico abundam.

##### **4.1.5.1. O período de espera por um coração: dançando com a morte**

O período de espera por um transplante cardíaco em Portugal é, em média, 18 dias. No entanto, este número não é transponível para o panorama internacional, em que o tempo de espera por um coração pode ser superior a dois anos e em que 30% dos pacientes falecem, na referida lista, por agravamento da sua condição física (Oosterlee & Rahmel, 2010; Zipfel, Schneider, Junger, & Herzog, 2006).

Quando o paciente toma conhecimento que a única hipótese de salvar a vida passa por realizar um transplante é, usualmente, acometido por um sentimento de ambivalência; por um

lado de alívio pela perspectiva de poder sobreviver e do emergir da esperança no futuro mas, por outro lado, de medo face ao desconhecido, à intervenção cirúrgica propriamente dita, à dor física e ao desafio posterior que se lhe propõe. Por vezes, nalguns pacientes, a negação da gravidade da doença aparece como mecanismo de defesa e a reação inicial à proposta médica é negativa, principalmente se conseguem estabilização, ainda que temporária, da condição cardíaca.

Trata-se, portanto, de uma fase de grande exigência física e emocional dado o cenário que envolve o paciente: uma progressiva deterioração física inerente à insuficiência cardíaca terminal, o confronto com a morte, o receio que não apareça um dador compatível em tempo útil, os sentimentos de culpa sentidos pelo facto de alguém necessitar de morrer para o paciente poder viver, as hospitalizações por vezes frequentes e prolongadas em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), a incerteza quanto ao futuro, os sentimentos de ausência de controlo sobre a vida, a dependência de outros e a preocupação da família (Cupples, Nolan, Augustine, & Kynock, 1998; Dressler, 1991; Inspector et al., 2004; Jalowiec, Grady, & White-Williams, 1994; Porter et al., 1994). É importante salientar que, para os familiares e cuidadores do paciente, o período de espera pelo órgão, reveste-se também de grande exigência emocional com impacto negativo nas suas vidas (Collins, White-Williams, & Jalowiec, 1996).

Um variado número de estudos examinaram os níveis globais de perturbação emocional nos pacientes submetidos a T.C. (Bohachick et al., 1992; Dew et al., 1991; Dew et al., 1994; Dew, Kormos, et al., 2001; Fisher, Lake, Reutzell, & Emery, 1995; Jones, Taylor, Downs, & Spratt, 1992; Kuhn et al., 1990). Os problemas psicopatológicos mais comuns observados no pré e pós-transplante cardíaco são, inequivocamente, as perturbações de humor e de ansiedade, embora o delírio e as perturbações cognitivas também possam estar presentes (DiMartini et al., 2008).

O período em que o paciente aguarda em lista de espera por um dador é, potencialmente, o período de maior stresse, pontuado por sentimentos moderados a severos de ansiedade e depressão em que mais de 60% dos pacientes reúnem critérios para, pelo menos, um diagnóstico do Eixo I do *DSM-IV-R* (inclui depressão, perturbações de ansiedade, distúrbios mentais, de desenvolvimento e de aprendizagem), sendo que a depressão *Major* é o problema psiquiátrico mais comum, seguido da perturbação de ansiedade generalizada (Burker, Evon, Loiselle, Finkel, & Mill, 2005; Engle, 2001; Kuhn et al., 1990; Owen et al., 2006; Trunzo, Petrucci, Carter, & Donofrio, 1999). Trumper e Appleby (2001) encontraram 39% dos pacientes com sintomas psiquiátricos clinicamente significativos na sua amostra e Triffaux, Wauthy, Bertrand, et al. (2001) constataram que 18% dos pacientes apresentavam desordem de personalidade (Eixo II do *DSM-IV-R*). Aproximadamente 19% dos candidatos ao procedimento apresentam história de depressão *Major*.

Os pacientes com elevados níveis de depressão no período pré-T.C. apresentam maior risco para o referido procedimento cirúrgico e para maior mortalidade após o T.C. (Sullivan et al., 2004; Zipfel et al., 2002). Aliás, níveis elevados de stresse no período pré-operatório já se encontram associados a uma maior mortalidade, nesse período de espera (Brandwin, Trask, Schwartz, & Clifford, 2000). Em relação à ansiedade, altos níveis da mesma, em pacientes candidatos revelam igualmente impacto na mortalidade após o T.C. (Chacko, Harper, Gotto, et al., 1996; Dew & DiMartini, 2005; Zipfel et al., 2002) embora Skotzko, Rudis, Kobashigawa e Laks (1999) não tenham encontrado esta relação; podemos adiantar uma explicação para esta exceção. Como vimos anteriormente, poderá ser não a ansiedade em si, mas a forma como o paciente lida com a mesma e com os desafios da fase pré-T.C., que se revela importante para o seu estado de saúde. Neste sentido, os mecanismos de *coping* assumem um papel crucial na mediação da ansiedade do paciente já que, os mesmos e o apoio social quando frágeis, são preditores significativos da morbidade e mortalidade dos pacientes que aguardam um transplante cardíaco e após o mesmo (Brandwin et al., 2000; Chacko, Harper, Kunik, et al., 1996; Coffman & Brandwin, 1999; Dew et al., 1999; Harper et al., 1998).

Owen et al. (2006), após avaliação psicossocial, agruparam 108 pacientes candidatos ao procedimento em três grupos: grupo de baixo risco psiquiátrico (54 pacientes), grupo de risco psiquiátrico moderado ou aceitável (42 pacientes) e grupo de elevado risco psiquiátrico. Os autores encontraram uma correlação entre o elevado risco psiquiátrico no período pré-T.C. e a mortalidade após a cirurgia; ou seja, os candidatos de risco moderado *versus* os de baixo risco ou os de alto risco *versus* risco moderado apresentavam uma maior probabilidade de mortalidade após o T.C. A probabilidade de morte foi 2.5 vezes superior nos candidatos de alto risco do que nos outros dois grupos. Concretamente, o menor tempo de sobrevivência após o procedimento, associava-se a história de desintoxicação de álcool ou droga, perturbação depressiva, história de tentativa de suicídio e história de pobre adesão médica, avaliadas no período pré-T.C.

No entanto, a importância dos fatores psicossociais, enquanto mediadores da saúde do paciente em situação de T.C., não se fica por aqui. Personalidades caracterizadas por sofrer de stresse crónico, com tendência à experiência sistemática de emoções negativas, e inibição nas situações interpessoais, revelam um maior índice de mortalidade após o T.C.; ou seja, existe uma relação entre o diagnóstico da personalidade tipo D (*distressed personality*) antes do T.C. e um risco significativamente acrescido de mortalidade, a longo prazo, após o procedimento, bem como uma grande propensão para a rejeição aguda, depois de controlados os fatores de risco clínicos para a rejeição e mortalidade (Denollet, Holmes, Vrints, & Conraads, 2007). Este tipo de personalidade experimenta mais sentimentos de disforia, ansiedade e irritabilidade e tende a inibir a expressão de emoções no sentido de evitar a desaprovação social. Este estudo evidencia

claramente a importância dos fatores psicológicos no sucesso do procedimento. Nesta linha, já a literatura sobre stresse cirúrgico sugere que, as variáveis psicológicas antes de uma cirurgia influenciam as respostas fisiológicas do organismo durante a mesma, bem como a recuperação física e emocional do paciente (Liu, Barry, & Weinman, 1994; Johnston, 1986; Johnston & Carpenter, 1980; Scheier et al., 1989). Ou seja, um nível de ansiedade elevado antes da cirurgia está associado a uma recuperação física mais lenta, dolorosa e complexa do paciente (que se traduz em mais dias de hospitalização, mais complicações pós-operatórias, maiores níveis de analgesia e menos adesão ao tratamento) bem como a uma recuperação emocional mais difícil (Kain, Sevarino, Alexander, Pincus, & Mayes, 2000; Lume et al., 2002). Isto acontece, mais uma vez, pela influência da depressão e do stresse psicológico que ao acionarem processos neurobiológicos, como a ativação do sistema imunitário, incrementam a liberação de citocinas pró-inflamatórias (Dantzer, Wollman, & Yirmiya, 2002).

As perturbações psicóticas e transtornos afetivos bipolares em pacientes candidatos a transplante são raros; no entanto, quando aparecem, é fundamental uma avaliação psiquiátrica e psicossocial extensa com levantamento da reação do paciente a eventuais hospitalizações anteriores e permanência em UCI. Estes pacientes, face aos múltiplos estímulos de stresse que o T.C. elicit, ausência de controlo e com a toma da imunossupressão podem reagir com graves episódios de descompensação (DiMartini et al., 2008). A avaliação do suporte social é igualmente muito importante para garantir sucesso na adesão ao tratamento. As perturbações psicóticas após o T.C. só se fazem sentir, quase exclusivamente, em pacientes com história da doença no período pré-T.C. (Coffman & Crone, 2002).

Num estudo de Pérez, Martín, e Galán (2007), com pacientes submetidos a diferentes transplantes de órgãos, a evolução psicológica dos mesmos, em três momentos (UCI, período pós-UCI e um ano após a alta) apresentava a forma de “U”; ou seja, os pacientes apresentavam mais sintomas de ansiedade e depressão na UCI e um ano após o T.C., diminuindo na fase pós-UCI.

#### **4.1.5.2. Vivências na Unidade de Cuidados Intensivos e na alta hospitalar**

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) é um local particularmente ansiogénico, com repercussões na saúde mental do paciente. Quase um prolongamento do bloco operatório trata-se do local onde são vividas as primeiras horas após o T.C. e que constituem uma fase crucial para o sucesso do transplante. O ambiente físico extremamente sofisticado tecnologicamente é preenchido pelo ruído constante da monitorização e, por vezes, pela ausência de luz natural. A dor, a imobilidade, a condição clínica, a medicação (imunossupressão inicial), a desorientação, a alteração dos ritmos circadianos, a privação do sono, a monotonia sensorial, o isolamento físico

(o contato humano é reduzido a um enfermeiro devido ao risco de infeções) e consequentes sentimentos de despersonalização e alienação são passíveis de provocar perturbações psicológicas, psiquiátricas e neurológicas. Nesta fase, são comuns distúrbios de humor, delírio, cefaleias, confusão mental, ansiedade, agitação, tremores e parestesias das extremidades (sensação de picadas ou formigueiro) (Nesralla et al., 1999). Podem surgir sentimentos de culpa, desesperança, inutilidade e até ideação suicida e a presença de irritabilidade fácil e do delírio podem mascarar a depressão (Dew & DiMartini, 2005). Nesta fase, o paciente tem dificuldade em queixar-se de tristeza e anedonia dado que foi alvo de um tratamento que lhe salvou a vida. Emocionalmente, oscila entre o alívio por estar vivo e o isolamento, dependência e mal-estar a que ainda está sujeito.

A saída da UCI, representa para o paciente o fim da incerteza inicial; o libertar-se das máquinas e o regresso a um ambiente mais humanizado gera o sentimento de que o maior perigo terá sido ultrapassado. Nesta fase é comum os pacientes exibirem sentimentos de algum alívio e euforia; primeiro pelo facto de terem sobrevivido com sucesso a uma situação que ameaça a vida e, por outro lado, devido aos efeitos secundários dos corticoides (Mize & Cupples, 2004).

O momento da alta é novamente pontuado por sentimentos ambivalentes: o desejo do regresso a casa *versus* o medo, a ansiedade e a insegurança provocados pela diminuição dos cuidados e pelo sentimento de desproteção.

#### **4.1.5.3. A vida com um novo coração: desafios emocionais e fatores de risco de morbilidade psicopatológica**

Após o T.C., o paciente não se encontra curado; um longo processo de novos e exigentes desafios de *coping* está apenas a começar. Como referido no Capítulo 2, o paciente é agora confrontado com uma nova panóplia de cuidados e tarefas diárias, confrontando-se com o facto do sucesso da recuperação depender dele. Surgem o medo das infeções e da rejeição e instala-se uma nova rotina da toma escrupulosa da medicação a horas certas, das consultas, das biopsias e, em caso de rejeição que o justifique, das hospitalizações. Lidar com os efeitos mais ou menos disruptivos, psicológicos e físicos, da imunossupressão constitui também um desafio desta fase.

Começa também a perspetivar-se um espaço para o paciente re(equacionar) o seu sentido de vida e integrar toda a experiência que o aproximou da finitude. A própria integração do órgão transplantado e as fantasias que o paciente desenvolve em relação ao dador constituem um desafio para o *self* (Costa & Guerra, 2009).

Este panorama predispõe o paciente à depressão *Major*, distúrbios de humor, ansiedade (nomeadamente, perturbações de pânico e de pós-stresse traumático - PPST) problemas de imagem corporal, dificuldades sexuais e sentimentos de culpa (Dew, Kormos, et al., 2001; Kaba,

Thompson, Burnard, Edwards, & Theodosopoulou, 2005; Pérez, Martín, & Galán, 2005). O T.C. pode constituir um acontecimento traumático, por excelência, que é muitas vezes experienciado com pensamentos intrusivos sobre o procedimento, um stresse psicológico intenso face a pensamentos ou acontecimentos reminiscentes relacionados com a experiência traumática associados a reatividade fisiológica.

O primeiro ano após o T.C. é pois o que apresenta maiores taxas de psicopatologia, sendo um período de alto risco físico e psicológico para os pacientes já que, como vimos, se encontram numa altura de adaptação. Para além das tarefas adaptativas já referidas, o eventual retorno à vida profissional e os conflitos decorrentes da reorganização dos papéis na dinâmica familiar, alterada pela incapacidade e ausências prolongadas, podem ser desencadeadores de ansiedade (Dew, Myaskovsky, et al., 2005; Dobbels, De Geest, Martin, et al., 2004; Olbrisch et al., 2002). Nesta fase é frequente a desilusão instalar-se; nomeadamente quando o indivíduo toma consciência que o T.C. não representa inequivocamente o regresso à vida antes da doença, mas antes o faz confrontar com inúmeros ajustamentos.

Neste primeiro ano, as perturbações psiquiátricas mais comuns continuam a ser os distúrbios de humor e a ansiedade, com 63 % dos pacientes a experienciarem-nas (Dew & DiMartini, 2005; DiMartini et al., 2005; Olbrisch et al., 2002). No entanto, mesmo índices clínicos significativos de ansiedade e depressão podem ser difíceis de distinguir dos sintomas psiquiátricos secundários, i.e, resultantes dos imunossuppressores ou de complicações médicas (DiMartini et al., 2008).

A fadiga, apatia, distúrbios de sono, problemas de memória associados aos sintomas depressivos podem interferir com a capacidade do paciente para aderir ao regime medicamentoso após o T.C., ao exercício físico, à auto-monitorização e até, à comparência nas consultas. A ansiedade excessiva pode provocar medos irracionais que levem, igualmente, o paciente a evitar ao máximo, o ambiente hospitalar, as consultas, as biopsias e tudo o que lhe aumente o nível de stresse (Bunzel & Laederach-Hoffman, 2000; Dew & DiMartini, 2005). Apesar destes problemas diminuírem após o primeiro ano, são passíveis de causar grande perturbação individual, profissional e social no paciente e níveis de stresse severos; em geral os episódios são longos, a ideação suicida está muitas vezes presente e, apenas uma minoria recebe tratamento adequado apesar de preencher os critérios diagnósticos (psicoterapia e medicação psiquiátrica) (Dew & DiMartini, 2005).

Concretizando, cerca de 4% dos pacientes, no primeiro mês após o T.C., apresentam critérios de depressão *Major*, subindo para 8% a meio do primeiro ano e, rondando entre 14 e 21% dos 12 aos 18 meses após a cirurgia. Nos anos que se seguem novos episódios desta patologia surgem com uma taxa de prevalência de 5% ao ano (Grandi et al., 2001). Dobbels, De

Geest, Martin, et al., (2004) encontraram uma taxa de prevalência de sintomas depressivos aos cinco anos após o T.C. de 30%, e aos 10 anos de 22%. Nos dois momentos, 20% dos pacientes encontravam-se com sintomas. Estes valores são três a quatro vezes mais elevados do que na população sem doença física, mas semelhantes a pacientes com doença crónica, como cancro, diabetes e doença cardiovascular (Robertson & Katona, 1997). Os sintomas depressivos correlacionam-se positivamente com uma pior capacidade funcional (perceção do paciente em relação à sua capacidade para realizar atividades que requeiram mobilidade corporal), um *coping* passivo ou evitante, contacto social reduzido e maior experiência de emoções negativas como raiva, hostilidade e irritabilidade.

Em relação às perturbações de ansiedade a prevalência é similar, oscilando entre 1.5% a 7%, no primeiro mês após o T.C., para fobias, distúrbios de pânico, perturbação de ansiedade generalizada e perturbação pós-stresse traumático relacionado com o T.C., aumentando até, pelo menos, 18% no final do primeiro ano<sup>23</sup> (Dew, Kormos, et al., 2001, Grandi et al., 2001; Stukas et al., 1999). O risco para estas perturbações de humor e de ansiedade, durante o primeiro ano após o T.C., bem como a taxa cumulativa dos três aos quatro anos após o procedimento, são consideravelmente mais elevadas do que na população saudável e da que padece de doença crónica (Dew & DiMartini, 2005).

Há uma evidência crescente de que a perturbação de pós-stress traumático surge devido à experiência da UCI, numa significativa percentagem de pacientes de medicina em geral (44%) (DiMartini, Dew, Kormos, McCurry, & Fontes, 2007). Em alguns casos, os pacientes transplantados, no contexto do delírio, experienciam alucinações com conteúdos de ameaça à vida que levam ao desenvolvimento da PPST (DiMartini et al., 2007). Em conformidade, Stukas et al. (1999) e Dew et al. (1999) concluíram que, no primeiro ano após o transplante, os pacientes com critérios para o diagnóstico de PPST eram 13 vezes mais suscetíveis de falecerem nos três anos após o mesmo (depois de controladas outras variáveis que se sabem preditivas da mortalidade). De notar que este problema também se faz sentir nos membros próximos da família, com 11% dos mesmos a exibirem sintomas marcados de PPST (Stukas et al., 1999).

Tal como na população normal, na população submetida a T.C., os resultados psicológicos afetam a morbidade e mortalidade subsequentes, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes. Esta influência acontece de três formas que se apresentam em seguida. Um estudo prospetivo mostrou uma ligação direta entre o estado psicológico durante o primeiro ano após o T.C. e os resultados físicos no segundo e terceiro ano após o procedimento (Dew et al., 1999). Estes autores constataram, que a depressão persistente e os sentimentos de hostilidade se

<sup>23</sup> A prevalência da ansiedade aos 12 meses após o T.C. é provavelmente mais elevada, dado que a maioria dos estudos avaliam apenas algumas das muitas perturbações desta entidade.

encontravam associados, cada um por si só, a um risco oito vezes maior do que o normal, ao desenvolvimento de rejeição crónica do enxerto e, portanto, à mortalidade. Estas consequências estavam presentes depois de controladas variáveis como a história física do paciente e preditores de morbidade e mortalidade relacionados com o transplante. Assim, a depressão e a ansiedade constituem índices de saúde mental preditores da mortalidade e de outros resultados negativos no ajustamento do paciente na fase após o T.C. (Cupples et al., 2006; Dew et al., 1999; Dew, Roth, Schulberg, et al., 1996; Grady, Jalowiec, & White-Williams, 1996, 1998, 1999; Leedham et al., 1995; Paris et al., 1994; Zipfel et al., 2002). Ao alargarem estes resultados para 3 anos após o T.C. Dew, Kormos, et al. (2001), constataram um incremento significativo nas perturbações psiquiátricas, com uma prevalência máxima ao terceiro ano após o procedimento de 38.3%. Esta taxa, devia-se, essencialmente, ao incremento da depressão (depressão *Major* era 26%) seguida das desordens de ajustamento com ansiedade e de perturbação pós-stress traumático relacionado com o T.C. (21%). Os fatores de risco significativos que incrementavam estes problemas psiquiátricos eram: história psiquiátrica pré-T.C. (pacientes com história psiquiátrica pré-transplante apresentam, pelo menos, 50% mais probabilidade de experiencarem episódios de perturbação psiquiátrica diagnosticáveis, no período após o procedimento), um elevado grau de incapacidade funcional pré-T.C., ser do sexo feminino, um longo período de hospitalização durante o procedimento cirúrgico e fraco apoio social no período pós-operatório.

A segunda via de influência dos aspetos psicológicos na saúde física após o T.C., é indireta e tem a ver com o processo de adesão. Como veremos no ponto 3, deste Capítulo, uma fraca adesão ao tratamento relaciona-se com elevada morbidade e mortalidade; por outro lado, um estado psicológico frágil conduz a um pobre comportamento de adesão (Dew, Dunbar-Jacob, et al., 2001).

A terceira via assenta no facto dos resultados psicológicos após o T.C. serem, de forma consistente mas não perfeita, influenciados pela história psicológica pré-transplante (Dew, Myaskovsky, et al., 2005). Isto é, não podemos negligenciar o estado psicológico pré-T.C., enquanto variável mediadora, da morbidade e mortalidade após o procedimento. De facto, apesar da evidência do efeito da psicopatologia pré-T.C. na saúde física após o mesmo não ser linear, existe uma relação entre os fatores psicológicos e psicopatológicos pré-T.C. e a sobrevivência pós-operatória (Chacko, Harper, Kunik, et al., 1996; Harper et al., 1998). Estes autores encontram ainda uma relação significativa entre estilos de *coping* disfuncionais e falta de apoio social no período pré-operatório e a sobrevivência a longo prazo após o T.C., bem como correlações entre perturbações do Eixo I do *DSM-IV* com um maior tempo de hospitalização pós-operatória e, do Eixo II, com comportamentos de saúde disfuncionais.

Após o procedimento, a curto e longo prazo, a depressão é de facto a problemática mais



prevalente nesta população. Encontramos um incremento dos sintomas depressivos, ao longo do tempo, atingindo-se scores semelhantes aos do período pré-operatório perto dos cinco anos; sendo que os fatores psicossociais e o estado somático do paciente explicam 77% da variância (Zipfel et al., 2006). Este facto sublinha a interdependência das componentes fisiológicas, psicológicas e sociais neste tipo de depressão. No entanto, os pacientes referem-se frequentemente à sua qualidade de vida, nas várias dimensões, como elevada (Hetzer et al., 1997) o que deve ser entendido com precaução; ou seja, como a expressão de uma situação idealizada e não a representação da sua situação real, em parte, devido aos pacientes se sentirem reconhecidos por serem “sobreviventes de sucesso”.

Podemos sintetizar os fatores de risco psicossociais peri-transplante para o desenvolvimento de distúrbios de humor e de ansiedade após o transplante: história de perturbação psiquiátrica prévia, suporte social débil, uso de estratégias de *coping* evitantes, auto-estima frágil, baixos sentimentos de mestria e controlo percebido sobre a vida, baixos índices de esperança, otimismo e de expectativas positivas face ao futuro (Bohachick et al., 2002; Dew, Kormos, et al., 2001; Dobbels, De Geest, Martin, et al., 2004; Evangelista et al., 2003; Evangelista, Moser, Dracup, Doering, & Kobashigawa, 2004; Kugler et al., 1994; Leedham et al., 1995; Dew, Roth, Schulberg, et al., 1996; Trumper & Appleby, 2001).

Resumindo, a saúde mental revela-se fundamental para a qualidade de vida na doença crónica em geral e dos pacientes transplantados cardíacos, em particular, já que é esse o objetivo último deste procedimento. Mas falar de saúde mental, não é apenas referir-nos à ausência de entidades nosológicas ou de diagnóstico. A maioria dos estudos sobre fatores de risco psicossociais utilizam uma entrevista psiquiátrica estruturada e, de facto, se por um lado, a classificação psiquiátrica é essencial para estabelecer diagnósticos, por outro, torna-se limitativa não captando o espectro global do ajustamento emocional, ignorando assim pacientes que exibem *distress* psicológico e emocionalidade negativa a um nível superior ao do limiar do diagnóstico psiquiátrico. Daí a pertinência de, neste estudo de investigação, se incluir a variável “Emoções” para além da variável “Psicopatologia”.

## 4.2. *Coping* e Suporte Social

### 4.2.1. *Coping* - breve abordagem concetual

*“Há homens que lutam por um dia e são bons.  
Há homens que lutam um ano e são melhores.  
Há aqueles que lutam muitos anos, e são muito bons.  
Porém, há os que lutam por toda vida. Estes são imprescindíveis.”*

Bertold Brecht

O interesse pela relação entre os problemas de saúde e os estilos de *Coping* faz parte de uma longa tradição na área da Psicologia da Saúde (S. Taylor, 1990).

A doença crónica, a situação de hospitalização, os tratamentos médicos e cirúrgicos, a adesão a regimes terapêuticos, colocam ao indivíduo exigências adaptativas consideráveis dado o carácter disruptivo, físico e psicológico, que provocam. Daí que o interesse em estudar o *coping*, numa perspetiva situacional, ou seja, face a determinado problema ou situação de doença, tenha vindo a crescer (Endler, Parker, & Summerfeldt, 1998).

A situação de transplante cardíaco constitui, por excelência, uma situação de crise, i.e., trata-se de uma disrupção na vida do indivíduo que inclui uma grave ameaça à sua integridade física e psicológica; gera sentimentos de stresse agudo e morbidade psiquiátrica, implica ruturas com as actividades diárias, hospitalizações, separação da família, perda de privacidade, dependência de terceiros, incerteza face ao aparecimento de um dador e ao sucesso do procedimento (Burker et al., 2005). Falamos pois, de um estado de desorganização temporário caracterizado por uma incapacidade por parte do indivíduo em lidar com uma situação que interrompe o seu equilíbrio psicológico e que o desafia a desenvolver estratégias de *coping* diferentes das do seu reportório habitual, para que, à semelhança do seu estado fisiológico, o equilíbrio psicológico seja repostado o mais breve possível (Moos & Schaefer, 1986). Assim, as estratégias de *coping* concorrem como uma das variáveis psicossociais determinantes para se regressar a patamares anteriores de bem-estar (T. Ferreira, Pais-Ribeiro, Meira, & Guerreiro, 2003).

O *coping* é uma variável mediadora entre os eventos antecedentes de stresse, a ansiedade, depressão, *distress* psicológico e as queixas somáticas (Endler & Parker, 1990). Segundo Folkman e Lazarus (1980), o *coping* refere-se aos esforços cognitivos, afetivos e comportamentais para gerir (dominar, reduzir, minimizar ou tolerar) as exigências específicas, internas ou externas, criadas a partir de uma transação entre o indivíduo e o meio, que são avaliadas/percecionadas pelo indivíduo como excedendo ou estando no limite dos seus recursos (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986). Este processo transaccional pressupõe então uma

apreciação cognitiva e afetiva por parte do indivíduo, que vai determinar se a situação é ameaçadora ou neutra (Lazarus & Folkman, 1987).

Lazarus (1991) e Lazarus e Folkman (1986) distinguem dois tipos ou funções de *coping*: o *coping* dirigido a gerir ou alterar o problema ou estímulo indutor de stresse - *Problem-Focused Coping* e, o *coping* dirigido a regular a resposta emocional e fisiológica a que o problema dá lugar - *Emotional-Focused Coping*. Assim, o *coping* permite ao indivíduo, por um lado, confrontar a realidade da crise e, por outro lado, gerir as emoções decorrentes da mesma, mantendo o equilíbrio afetivo (Parker & Endler, 1996). Embora os indivíduos utilizem as duas formas de *coping* numa situação percebida como indutora de stresse (Folkman & Lazarus, 1980; Folkman & Lazarus, 1985; Folkman, 1984), o *coping* centrado no problema, tende a predominar quando a pessoa sente que algo construtivo pode ser feito para modificar a situação (e.g., esforços interpessoais ativos para alterar a situação, procura de apoio social, frieza, racionalidade - Carver et al., 1989). O *coping* centrado na emoção tem por objetivo gerir reações emocionais e, é geralmente apelidado de *coping* “passivo” ou de “evitamento” (por exemplo: aceitação, reinterpretção positiva da situação, negação, pensamento fantasioso, procura da espiritualidade e/ou religião<sup>24</sup>, procura de suporte emocional, ventilação de emoções, atribuição de culpa) (Carver et al., 1989). Este estilo de *coping* predomina em situações que a pessoa sente que o problema é inalterável e, portanto, evita um confronto direto com o estímulo gerador de stresse, quer dirigindo esforços para o domínio afetivo (mitigando o stresse através de meios emocionais), quer para o domínio cognitivo (mitigando o stresse com evitamento, negação, etc.) (Folkman & Lazarus, 1980).

O desenvolvimento teórico dos mecanismos de *Coping* tem como base, uma dialética relacionada com os seus principais fatores determinantes: individuais e situacionais. A partir daqui, desenvolveram-se duas abordagens diferentes: uma disposicional, com particular interesse nos aspetos intra-individuais, que defende que um conjunto de fatores estáveis<sup>25</sup> dos indivíduos está na base da seleção dos mecanismos de *coping* (Epstein & Meier, 1990). A outra abordagem, situacional ou contextual, assume que são fatores externos que fazem a diferença na escolha dos mesmos (Carver et al., 1989). Hoje, tendencialmente, os autores seguem uma abordagem integrativa, reconhecendo importância a ambos os fatores (Telles-Correia, Mega, Barbosa, Barroso, & Monteiro, 2008). De facto, faz todo o sentido que o indivíduo utilize diferentes formas de *coping* para lidar, por exemplo, com uma doença que ameace a vida (Endler, Parker, & Summerfeldt, 1993); tudo dependerá da avaliação cognitiva que fizer da situação.

<sup>24</sup> Alguns autores enquadram a espiritualidade numa forma de *coping* centrado nas emoções (Laubmeier, Zakowsky, & Bair, 2004); no entanto, outros encaram-na como uma forma de *coping* centrado no problema, pois promove o suporte social e emocional (Holland et al., 1999).

<sup>25</sup> Esta linha deriva de uma orientação analítica; de facto os mecanismos de defesa estiveram na origem do desenvolvimento do conceito de *coping*.

A investigação sugere que as estratégias de *coping* ditas “passivas” conduzem a resultados menos favoráveis na saúde dos que as estratégias “ativas” (Endler, Parker, & Butcher, 1993). No entanto, a relação entre o *coping* e a saúde não se reveste de linearidade. Isto é, as estratégias centradas nas emoções, na maior parte das vezes consideradas abordagens passivas revelam-se estratégias de *coping* efetivas e ativas em situações percebidas pelo indivíduo como não modificáveis (Folkman e Lazarus, 1980) mas passivas em situações avaliadas pelo indivíduo como podendo ser mudadas. Assim, a eficácia de uma estratégia de *coping* depende, não só da severidade da situação e dos recursos psicológicos do indivíduo mas também da apreciação que este faz da situação; tudo isto de uma forma integrada. Assim, outras características individuais (e.g., o sentimento de auto-eficácia, a auto-estima e o otimismo disposicional) podem influenciar a forma como o indivíduo percebe a situação e gere os seus recursos de *coping* (Rodríguez, Jackson, & Perri, 2000; Kopp et al., 2003).

#### **4.2.2. O papel do *Coping* na insuficiência cardíaca e no Transplante Cardíaco**

O estilo de *coping* orientado para a emoção tem sido relacionado com variáveis negativas na saúde, tais como depressão, ansiedade, dificuldade na recuperação da doença física e da cirurgia, em geral. Por outro lado, o *coping* orientado para o problema correlaciona-se negativamente com as mesmas variáveis de saúde ou não apresenta qualquer relação significativa (Endler et al., 1993).

Existem na literatura várias considerações sobre a eficácia do *coping* nos problemas de saúde, havendo consensualidade no que concerne às estratégias que demonstram ser mais eficazes no caso da recuperação da cirurgia cardíaca (Coelho & Pais-Ribeiro, 2000). O *coping* ativo aparece positivamente relacionado com o otimismo disposicional avaliado antes do procedimento, com a qualidade de vida e maior satisfação com a mesma, com o bem-estar durante o período de recuperação da cirurgia bem como com uma maior brevidade dessa recuperação (Coelho & Pais-Ribeiro, 2000; Scheier et al., 1989).

Neste tipo de transplante, o stresse induzido pela doença física não se reveste de um carácter transitório mas, antes, pontua-se pela incerteza e ameaça contínuas ao bem-estar. Dada a duração e a intensidade do stresse associado a todo o processo, as estratégias de *coping* desempenham um papel chave no ajustamento físico e psicológico à insuficiência cardíaca terminal, à cirurgia de transplantação e à recuperação física e psicológica da mesma.

Num estudo de Carels et al. (2004), em pacientes com I.C., concluiu-se que nos dias em que os pacientes experimentavam mais sintomas físicos experienciavam também estados de humor negativos, incluindo sintomas depressivos. Curiosamente, os sintomas físicos da I.C. eram também influenciados pelo humor e pelas estratégias de *coping* do dia anterior (estados de

humor negativos e estratégias de *coping* passivas resultavam numa maior sintomatologia física no dia seguinte). Por outro lado, os pacientes que concentravam os seus esforços na melhoria dos seus sintomas ou tentavam aceitar a doença reportavam menos sintomas físicos no próprio dia e no seguinte. Podemos entender estes resultados se pensarmos na severidade e cronicidade da I.C.; i.e., o *coping* passivo pode ter sérias consequências na saúde, já que os sintomas físicos são um aviso para o paciente levar a cabo comportamentos de adesão terapêutica. Concretizando, estratégias de *coping* adaptativas aparecem associadas a um melhor ajustamento à doença cardíaca, à cirurgia de transplantação cardíaca e à adesão aos tratamentos (Rodin & Salovey, 1989; Shapiro et al., 1995). Mostraram-se ainda predictoras de uma adesão pré-T.C. (Harper et al., 1998), de menores níveis de stresse físico e psicológico (Scheier & Carver, 1985), de uma melhor qualidade de vida após o T.C. (Grady et al., 1999) e de melhores taxas de sobrevivência (Chacko, Harper, Gotto, et al., 1996; Grady et al., 1999; Harper et al., 1998; Shapiro et al., 1995).

Murberg, Furze e Bru (2004), num estudo prospetivo com 119 pacientes, constataram que as estratégias de *coping* evitantes, nomeadamente, a negação, se relacionavam positivamente com uma taxa de mortalidade acrescida, em mais 6 anos, em pacientes com I.C. de classe II de NYHA. Em relação ao género, por ativarem diferentes mecanismos de *coping* para lidar com a doença, os homens tendem a usar mecanismos mais evitantes para lidar com a I.C. e as mulheres um *coping* mais vigilante no sentido de se preocuparem mais com o seu bem-estar físico, procurando prevenir a doença grave (Opasich et al., 2003).

O *coping* é, de facto, uma variável psicossocial que tem sido associada com o ajustamento pré e pós-transplante (Dew et al., 1994; Kopp et al., 2003; Shapiro et al., 1995). Os primeiros autores constataram que os pacientes que utilizavam estratégias de *coping* evitantes apresentavam maiores níveis de ansiedade no período após o T.C. e, as mesmas estratégias aumentavam o risco de outras desordens psiquiátricas, nomeadamente depressão *Major* e distúrbios de ansiedade (inclusive, entre cinco e 10 anos após o procedimento) (Dew, Roth, Schulberg, et al., 1996; Dobbels, De Geest, Martin, et al., 2004; Sears & Wallace, 2001). Este estilo de *coping* prediz dificuldades na adesão ao regime pós-operatório e correlaciona-se com uma qualidade de vida pobre, nesta população (Denny, 2011; Myaskovsky et al., 2006).

Na realidade, formas evitantes de *coping*, como a negação, poderão inicialmente revestir-se de um carácter adaptativo numa situação de crise associada à doença, no sentido de reduzir a ansiedade e, por isso, têm sido associadas a resultados positivos em procedimentos médicos de curta duração ou nos estádios iniciais de uma experiência indutora de stresse crónico (Rosenman, 1998); no entanto, a longo prazo, representam um entrave à necessária mudança comportamental quando se torna necessário levar a cabo estilos de *coping* ativos, como aderir a regimes

terapêuticos crônicos, fundamentais no caso do T.C. (Maes, Leventhal, & Rider, 1996). De qualquer forma, a negação tem sido encontrada comumente como uma estratégia de *coping* entre os pacientes cardíacos e os pacientes transplantados cardíacos (Kaba, Thompson, & Burnard, 2000; Mai et al., 1986). Mais, o uso de estratégias evitantes agudiza-se nas situações em que o paciente está mais tempo em lista de espera para o novo coração (Levenson & Olbrisch, 1993a).

#### **4.2.3. Como se lida com um coração novo?**

Como foi referido no Capítulo 3, Chacko, Harper, Kunik, et al. (1996) e Harper et al. (1998) estudaram a relação entre os estilos de *coping* disfuncionais no período pré-operatório e a sobrevivência a longo prazo, após o T.C., tendo encontrado associações significativas. Dada a importância do *coping*, enquanto variável psicossocial preditora do ajustamento à população transplantada, esta tem sido recentemente incluída nos estudos de T.C. e é com base nesta asserção que a sua avaliação deve fazer parte da rotina do processo de avaliação psicossocial antes do procedimento (Rodrigue et al., 2000).

Telles-Correia et al. (2008), num estudo sobre os mecanismos de *coping* em vários tipos de transplantes, concluíram que os estilos mais utilizados na situação pré e pós-transplante foram a aceitação e a procura de suporte social. Esta última trata-se de uma estratégia de *coping* em que o paciente procura o apoio da família, amigos, equipa médica ou outros pacientes transplantados. No entanto, alguns pacientes evitam ou perdem contato com pessoas da sua rede social devido à doença. De qualquer forma, pacientes com níveis altos de apoio social percebido são mais resistentes aos efeitos psicológicos adversos dos stressores ambientais do que os indivíduos com níveis relativamente baixos de suporte percebido (Lepore, Evans, & Schneider, 1991).

##### **4.2.3.1. Estratégias de *Coping* utilizadas no período pré-Transplante Cardíaco**

Os mecanismos de *coping* assumem um papel crucial na mediação da ansiedade do paciente já que são preditores significativos da morbidade e mortalidade dos pacientes que aguardam um transplante cardíaco e após o mesmo (Brandwin et al., 2000; Coffman & Brandwin, 1999; Dew et al., 1999).

Como vimos no ponto 1 deste Capítulo, em toda a trajetória de um T.C., o período em que o paciente aguarda em lista de espera por um dador é, potencialmente, o período de maior stresse, sendo comum desenvolverem-se sentimentos de ansiedade e depressão (Burker et al., 2005; Kuhn et al., 1990).

Burker et al. (2005), como outros investigadores, encontraram nos pacientes candidatos a transplante cardíaco uma combinação do *coping* centrado no problema (planeamento e procura de apoio social com fins instrumentais) e do *coping* centrado nas emoções (aceitação e *coping*

religioso - segundo os autores, revelam ser as formas mais construtivas deste estilo de *coping*). As estratégias passivas, tradicionalmente, tidas como negativas por serem formas de evitamento (uso de álcool e drogas, negação e alienação/pensamento fantasioso) foram as menos encontradas. Os pacientes apesar de usarem uma variedade de estratégias de *coping* adaptativas no período pré-operatório, apenas a depressão e a incapacidade se relacionavam com o *coping* desadaptativo; a negação com a depressão e o ventilar de emoções com a incapacidade. De notar que a negação extrema é a causa mais comum nos pacientes que recusam o transplante (Frierson, Tabler, Lippman, & Brennan, 1990). A pesquisa sobre o stresse e o *coping* nos pacientes, na fase pré-T.C., reporta para o uso de múltiplas estratégias para lidar com o stresse do momento: o otimismo, o humor, exibir uma atitude positiva, pensar em coisas agradáveis, o recurso à espiritualidade e o tentar que a vida decorra o mais normalmente possível apesar da perspectiva do procedimento, havendo uma relação positiva entre o uso de *coping* otimista, como o sentido de humor e, um melhor estado de saúde entre estes pacientes (Cupples et al., 1998; Porter et al., 1994). Outros estudos corroboram que o tipo de *coping* otimista contribui de forma significativa para uma elevada qualidade de vida dos candidatos, sendo preditor de melhores resultados físicos e psicológicos (Grady et al., 1995; Jalowiec, Grady, & White-Williams, 2007b). Por outro lado, o *coping* pessimista tem sido apresentado como um fator preditor de baixa qualidade de vida nos candidatos (Grady & Jalowiec, 1995; Zipfel, Löwe, Schneider, Herzog, & Bergmann, 1999).

Um outro estudo de Muirhead et al. (1992), revelou também que as abordagens dos pacientes no período de espera do órgão passavam por manter uma atitude positiva e utilizar o apoio social, sendo as estratégias de *coping* menos utilizadas o “confronto” e a “aceitação”.

Em suma, e perante os estudos acima referidos, podemos concluir que os pacientes com I.C. terminal que aguardam um transplante provavelmente combinam esforços de *coping* centrados no problema (ir às consultas, levar a cabo a avaliação pré-transplante, modificar certos hábitos de vida nocivos, solicitação de apoio social) com esforços de *coping* centrados nas emoções tais como “aceitação” e “reapreciação cognitiva” da sua situação.

Durante a avaliação pré-TC, revela-se fundamental a identificação dos pacientes que utilizam estratégias de *coping* desadaptativas e preditoras de ajustamentos pobres; estes aspetos poderão ser trabalhados em terapia no sentido da reestruturação cognitiva e da substituição por estratégias de *coping* mais funcionais.

A forma como o paciente lida com o stresse induzido pela fase pré-T.C. depende de vários fatores, nomeadamente: o repertório de estratégias de *coping*, a perceção do stresse relacionada com os eventos do T.C. e o suporte social recebido por parte da esfera conjugal, familiar, dos amigos, da equipa de transplantação, de outros pacientes na mesma situação e, até,

eventualmente, da comunidade religiosa. No entanto, e como vimos, as expectativas que o paciente tem do prognóstico do transplante, o tempo de espera que aguarda por um dador e o grau de urgência com que dá entrada em lista (que determina se o mesmo é passado em casa ou em regime de hospitalização, que pode ser extremamente longo) são fatores determinantes para o sucesso do ajustamento neste período. Por último, o tipo de problemas de saúde acrescidos, a quantidade de stresse decorrente dos sintomas da doença cardíaca e o impacto dos mesmos na gestão das actividades do dia-a-dia e da atividade profissional, também concorrem para a forma como o paciente lida com esta fase (Jalowiec et al., 2007b).

A importância das estratégias de *coping* no T.C. também se refere aos companheiros(as); determinados estilos de *coping* por parte do cônjuge, nomeadamente, comportamentos de desistência e sentimentos de desesperança em lidar com a situação do cônjuge, correlacionam-se com a depressão no companheiro(a) candidato ao procedimento (Burker et al., 2006).

Em relação ao tempo de espera na lista de T.C., ao contrário do que poderia aparentemente supor-se, os pacientes que esperam mais tempo percebem que lidam melhor com a situação (Dew, Myaskovsky, et al., 2005). Desta forma, é natural que um algum período de tempo na lista de transplante permita ao paciente adaptar-se à ideia que necessita de um novo coração, permitindo-lhe também mobilizar os recursos de apoio e proporcionando-lhe mais tempo para se preparar para a cirurgia e para o período de recuperação. Este resultado vem de encontro à ideia de Lazarus e Folkman (1984), sobre a quantidade de stresse gerada por uma situação nova comparada com uma já familiar.

Em relação ao grau de urgência na lista de espera de T.C., os pacientes que apresentavam maior prioridade, sentiam que lidavam melhor com a situação, talvez por deduzirem que receberiam um órgão mais cedo (Dew, Myaskovsky, et al., 2005).

Concluindo, os esforços de *coping* que se revelam eficazes para um paciente podem não o ser para outro e é a forma como uma experiência é reconhecida e o significado que o indivíduo lhe atribui (apreciação cognitiva e afetiva da experiência, determinada por características individuais) que determina a ameaça da mesma. Na realidade, diferentes padrões de *coping* “servem” fases e funções específicas; este aspeto aplica-se, mais do que nunca, no cenário vasto e indutor de experiências e sentimentos múltiplos que é o T.C.

Os pacientes utilizam uma variedade de estratégias de *coping* adaptativas no período pré-operatório, sendo as mesmas preditoras de melhores resultados físicos e psicológicos; falámos do *coping* centrado no problema (planeamento e procura de apoio social com fins práticos) e o *coping* centrado nas emoções. Por outro lado, o *coping* desadaptativo (negação e ventilar de emoções) relaciona-se com a depressão e a incapacidade (Burker et al., 2005; Jalowiec et al., 2007b) e oscila ao longo da evolução do paciente transplantado.



#### 4.2.4. Suporte social: do conceito aos benefícios

*If you want a lover  
I'll do anything you ask me to  
And if you want another kind of love  
I'll wear a mask for you  
If you want a partner  
Take my hand  
Or if you want to strike me down in anger  
Here I stand  
I'm your man (...)*  
Leonard Cohen

O *coping* é um mecanismo chave através do qual o apoio social opera. As redes sociais e a satisfação com o suporte social têm relações indiretas com o stress psicológico, via estratégias de *coping* (Diong et al., 2005). Para além disso, os estilos de *coping* mais utilizados na situação pré e pós-transplante são a procura de suporte social (Telles-Correia et al., 2008).

As relações interpessoais começaram a ganhar enfoque, como variáveis fundamentais, à medida que a importância dos processos psicossociais na etiologia da doença foi sendo reconhecida.

Cassel (1976) postulava o benefício do apoio social, em geral e, das relações significativas, em particular, como fatores que diminuía a vulnerabilidade à doença.

Com os estudos de Bowlby, sobre a Teoria da Vinculação, foi ganhando terreno a investigação sobre o papel de suporte das relações na vida psicológica dos indivíduos.

O reconhecimento do papel protetor do apoio social, operacionalizado como entidade específica e influente no estado de saúde física e mental, foi sendo descrito por vários autores (Cobb, 1976; DeLongis, Folkman, & Lazarus, 1988; Marín, 1995; McNally & Newman, 1999; Sarason, 1988).

Cobb (1976) operacionaliza o apoio social, definindo-o como informação pertencente a uma de três classes: informação que conduz o indivíduo a acreditar que é amado e que as pessoas se preocupam com ele, crença de que se é estimado e valorizado e, sentimento de pertença a uma rede de relações.

Podemos definir apoio social como “access to and use of social resources for the preservation of one’s well being” (Lin, Dean, & Ensel, 1986, p. 145). A autora enfatiza a existência de três aspetos cruciais na definição destes autores: a comunidade onde o indivíduo está inserido, as organizações a que pertence e os relacionamentos íntimos que estabelece (Guerra, 1995).

Existem, usualmente, duas abordagens para a relação entre o apoio social, a saúde e o bem-

-estar (Cohen & Wills, 1985). A do *Efeito Amortecedor do Suporte Social*; em que o apoio social percebido como disponível pelos indivíduos em condições adversas reduz a vulnerabilidade, tendo um efeito “amortecedor” e protetor face aos efeitos patogénicos dos acontecimentos indutores de stress (Heaney & Israel, 2002). Ou seja, a percepção ou crença de que outros se encontram disponíveis para providenciar conforto emocional ou assistência instrumental em alturas de stress, é benéfico para a saúde mental do indivíduo (Wethington & Kessler, 1986). Neste caso, o apoio social só se encontra relacionado com a saúde em momentos específicos, adversos, da existência do indivíduo. O apoio social reveste-se então de uma ação protetora, principalmente nos indivíduos particularmente vulneráveis aos efeitos do stress e que se encontra, sobretudo, associada ao suporte emocional que as pessoas recebem da rede sócio-familiar (Sarason, 1988; Pierce, Sarason, & Sarason, 1996).

A outra abordagem, do *Efeito Principal do Suporte Social*, parte do pressuposto que o facto de se pertencer a uma rede social ampla de relações confronta, continuamente, o indivíduo com experiências positivas, papéis sociais compensadores e previsibilidade, proporcionando-lhe sentimentos de pertença, aceitação, mestria, segurança, auto-validação e auto-estima. Esta, por seu lado, potencia sentimentos de otimismo que diminuem a probabilidade de depressão, promovendo o bem-estar e afetividade positiva do indivíduo, influenciando, direta e positivamente a saúde (quer numa adaptação mais positiva à mesma, quer, aumentando a taxa de sobrevivência) (Bishop, 1994; Cohen & Wills, 1985; Dillard, Schiavone, & Brown, 2008; Symister & Friend, 2003). Simultaneamente, as pessoas que procuram interação com outros estão mais disponíveis para dar e receber apoio do que as que não procuram essa interação, sendo que as transações sociais promovem também um *coping* mais adaptativo (Fridfinnsdottir, 1997; Sarafino, 2002). Por outro lado, o recurso ao apoio social constitui em si mesmo, uma forma de *coping*, pois permite ao indivíduo, com a ajuda dessa rede de suporte, alterar a situação, o significado que esta tem para si, a reação emocional à mesma (ansiedade/depressão) ou os três aspetos em simultâneo (Thoits, 1986). Os indivíduos que experienciam estados afetivos negativos como a depressão e a hostilidade tendem a estabelecer relações interpessoais insatisfatórias que minam o apoio social que poderiam beneficiar por parte dos outros. E como a percepção de apoio social suprime o sentimento de solidão, condição associada a queixas somáticas, depressão e sentimentos de *distress* generalizado, estes indivíduos carecem do amortecimento que o suporte social constitui (Salovey et al., 2000).

Os indivíduos que têm um suporte social mais efetivo por parte da família ou amigos tendem a usar estratégias de *coping* ativas, de aproximação, de reinterpretação positiva e de procura de orientação e suporte, usando menos o *coping* de evitamento, o que se relaciona com uma percepção mais satisfatória do suporte social recebido, menos sintomas de *distress*

psicológico e melhor saúde física (Billings & Moos, 1981; Diong et al., 2005).

A nível concetual, é importante distinguir, a dimensão objetiva do apoio social da sua dimensão subjectiva. Objetivamente, o suporte social consiste numa “medida estrutural das redes sociais” (McNally & Newman, 1999, p. 309) e nas relações estabelecidas entre o indivíduo e os membros da rede, pressupondo a existência de ligações sociais ao cônjuge/companheiro(a), família, amigos, comunidade religiosa e outros grupos de filiação (DiMatteo & Martin, 2002). O suporte social, enquanto entidade subjectiva, é visto como um construto multidimensional, englobando aspetos funcionais tais como ajuda emocional, instrumental e informativa e refere-se “à percepção do suporte disponível em caso de necessidade, o que equivale ao grau de satisfação dos indivíduos quanto à sua vida social” (Coelho & Pais-Ribeiro, 2000, p. 80), devendo ser considerado como uma atitude (Pierce et al., 1996). Sarason (1988) e Wethington e Kessler (1986) demonstraram que é esta última dimensão do suporte social (o suporte social percebido e não o existente) que melhor explica os resultados de saúde dadas as implicações que representa nos processos cognitivos e emocionais que concorrem para o bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos.

O suporte social percebido tem como base concetual a teoria da vinculação. Bastante cedo, desde a infância, que o meio social, contribui para o desenvolvimento e qualidade das relações sociais, dado que as experiências precoces e subsequentes relações interpessoais constituem fontes de esquemas cognitivos relacionados com o *self* e com os outros (Bowlby, 1988). Uma vinculação segura promove o comportamento exploratório a partir do qual se desenvolvem as competências de *coping*, as mesmas, que irão potenciar sentimentos de controlo sobre o mundo que nos rodeia e percepções de segurança e de auto-eficácia (Pierce et al., 1996). Ironicamente, o apoio social percebido ao promover mecanismos pessoais de *coping* eficazes, reduz as necessidades do indivíduo de procurar ajuda da rede social quando confrontado com situações desafiantes.

#### **4.2.5. Suporte social e doença cardíaca**

Segundo Cohen (1988) existem vários mecanismos através dos quais o apoio social influencia a doença cardíaca. Como referimos a percepção, pelo indivíduo, do suporte disponível promove os afetos positivos, a auto-estima e os sentimentos de aceitação que influenciam a suscetibilidade à doença, pela via comportamental, ou seja, esforços de *coping* positivos, encorajamento de comportamentos pró-saúde, adesão ao regime terapêutico e alimentar, ingestão adequada de líquidos, etc.

Por outro lado, os mecanismos fisiológicos constituem novamente a via direta. O sistema neuroendócrino, imunológico e cardiovascular ao serem ativados por emoções negativas, como a

depressão, concorrem para problemas cardíacos ou morte súbita. Ao contrário, o apoio e a integração social promovem estados de humor positivos que suprimem as respostas neuroendócrinas nefastas e revelaram ser, nos pacientes cardíacos, um amortecedor dos efeitos negativos da reatividade cardiovascular (pressão arterial e ritmo cardíaco) a estímulos de stresse (Berkman, Glass, Brissete, & Seeman, 2000; Gerin, Pieper, Levy, & Pickering, 1992).

Especificamente do ponto de vista neuroendócrino, a hormona oxitocina aparece, recentemente, associada a um efeito ansiolítico e protetor da função física e psicológica. Para além de reduzir a tensão arterial, este neuromodulador segregado pelo hipotálamo, diminui o nível de cortisol e de outras hormonas implicadas no processo de stresse e de toda a atividade simpática (Uvnäs-Moberg & Petersson, 2005). Esta hormona é libertada na presença de estímulos sensoriais, como o toque e o calor, certos odores, luzes e sons. No entanto, alguns mecanismos psicológicos podem também determinar a libertação de oxitocina, como a interação positiva que envolve o toque, o calor humano, a empatia e vários tipos de psicoterapia envolvendo a transferência de suporte (Uvnäs-Moberg & Petersson, 2005). A interação social da vida diária e os contextos “suportivos” e calmos continuam a ativar este padrão psicofisiológico. Ou seja, o apoio social relaciona-se com menos secreção de cortisol e maior libertação de oxitocina. Num processo de retroação, a oxitocina estimula a interação social positiva, promove a confiança entre as pessoas, a aproximação social e a formação de laços entre as pessoas (Campos & Graveto, 2010; S. Taylor et al., 2000; Uchino, 2006). Do ponto de vista imunológico, vários estudos atestam que o apoio social se relaciona com uma melhor função imunitária, pois desencadeia experiências emocionais positivas (De Vogli & Marmot, 2008; Lutgendorf et al., 2005; Miyazaki et al., 2005; Salovey et al., 2000).

A doença cardíaca crónica é psicologicamente debilitante, pelos riscos implicados, pela complexidade da terapêutica, por vezes invasiva, pela necessidade de sucessivas hospitalizações e pelas limitações que acarreta ao paciente nas atividades do dia-a-dia. A importância do apoio social na adaptação dos indivíduos a esta patologia e como fator de risco para a mesma, encontra-se bastante bem documentada (Berkman, 1995; Ell & Dunkel-Schetter, 1994; Holahan, Holahan, et al., 1997; Lett, et al., 2005; Rosengren, Wilhelmsen, & Orth-Gomer, 2004). Por outro lado, um dos fatores psicossociais de risco para a doença cardíaca é a ausência de rede social de apoio (Rozanski, Blumenthal, Davidson, Saab, & Kubzansky, 2005; R. Williams, Barefoot, & Schneiderman, 2003). Estudos epidemiológicos relacionam os baixos níveis de apoio social com taxas de mortalidade mais elevadas, nomeadamente na doença cardiovascular, em que o apoio psicossocial pode ser visto como uma ligação entre a sintomatologia depressiva e o comportamento de risco cardiovascular (Brummett et al., 2001; Frasure-Smith et al., 2000; Rutledge et al., 2004). Ao contrário, níveis elevados de satisfação com o suporte social

contribuem, via mecanismos de *coping* adaptativos, para menores níveis de morbidade psicológica, nomeadamente da referida sintomatologia depressiva (Amorim & Pereira, 2009; Holahan, Moos, Holahan, & Brennan, 1997; Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2003).

Concretamente, a investigação na insuficiência cardíaca sugere que a falta de apoio social adequado é um importante preditor de perceções de saúde pobres, re-hospitalização por descompensação e mortalidade relacionada com a doença (Faris et al., 2002; Luttik, Jaarsma, Moser, Sanderman, & Veldhuisen, 2005; Moser & Worster, 2000; Murberg & Bru, 2001). Nesta população o apoio emocional também se relaciona com menos sintomas depressivos, afetividade positiva e satisfação com a vida (M. Friedman & King, 1994; Penninx et al., 1998).

Coyne et al. (2001), demonstraram que os pacientes com insuficiência cardíaca com uma qualidade de vida marital mais satisfatória e, independentemente da severidade da doença, viviam mais tempo do que os que reportavam uma vida conjugal menos satisfatória, sendo que esta relação era mais forte no caso das mulheres do que nos homens. Na realidade, a satisfação conjugal está relacionada com o bem-estar dos pacientes e a satisfação com a vida e, a interação marital negativa prediz um pobre ajustamento à doença (Schwarzer & Rieckmann, 2002). Este aspeto poderá explicar-se pelo apoio do cônjuge na adesão ao tratamento, pelo facto de indivíduos casados terem uma rede de suporte mais alargada, com relacionamentos mais próximos e, em geral, por terem melhor estatuto sócio-económico o que permite uma melhor adaptação à situação de crise (Goldman, Korenman, & Weinstein, 1995). O apoio social percebido, nomeadamente ao nível do sentimento de pertença e companheirismo, aparece positiva e significativamente associado à qualidade de vida emocional do SF-36, *Health Survey*, nas mulheres com doença cardíaca (Emery et al., 2004).

Uma investigação com pacientes submetidos a cirurgia cardíaca revelou que o apoio emocional do companheiro no momento da cirurgia predizia o bem-estar emocional um ano após a mesma e que a perceção do paciente do apoio do companheiro predizia a recuperação da cirurgia e o reajustamento à vida normal após meio ano (Kulik & Mahler, 1993; Schroder, Schwarzer, & Endler, 1997). Igualmente num estudo de King, Reis, Porter e Norsen (1993), a perceção pelo paciente (submetido a cirurgia de *bypass* coronário) do apoio que promove a sua estima, valor, competência e sentimento de ser amado, foi a única dimensão do suporte social que se correlacionou positivamente, e de forma significativa, com alterações positivas a nível emocional e funcional do paciente, no momento da recuperação. Num estudo com mulheres submetidas a cirurgia cardíaca, verificou-se que o suporte social fornecido pela família aparecia “como um recurso de *coping* cujos benefícios são operacionalizados em termos de apoio emocional, instrumental e/ou distrativo” (Coelho & Pais-Ribeiro, 2000, p. 86). Já Scheier et al. (1989) tinham concluído a existência de uma correlação positiva entre a perceção favorável dos

recursos sociais e a predominância do *coping* ativo, preditor de uma reabilitação psicossocial efetiva nesta população. Por outro lado, a preocupação emocional aparece negativamente associada com a satisfação a nível familiar (S. Miller, Brody, & Summerton, 1988).

#### **4.2.6. Suporte social e Transplante Cardíaco**

##### **4.2.6.1. O período pré-Transplante Cardíaco**

Como referido anteriormente, o apoio social revela-se um importante preditor da eficácia do *coping* usado pelo paciente durante o período de espera por um T.C. (Jalowiec et al., 2007b). A investigação sobre ajustamento psicossocial do paciente a esta fase, identificou o apoio interpessoal como fundamental no ajustamento do paciente (Bunzel & Wolleneck, 1994; House & Thompson, 1988). Daí que a ausência de uma figura de apoio significativa que acompanhe o paciente ao longo do processo, constitua uma contra-indicação relativa para a aceitação nos programas de T.C. em muitos centros de transplantação (Littlefield, 1992).

Em relação ao apoio vindo da rede social do paciente, figuras como o cônjuge ou companheiro(a), familiares, amigos, conselheiros espirituais, voluntários hospitalares, nutricionistas, fisioterapeutas, outros pacientes transplantados e suas famílias, demonstraram ser fonte preditora do uso de *coping* eficaz (Jalowiec et al., 2007b). No entanto, cabe aos familiares a maior parte da ajuda instrumental necessária, decorrente das limitações da doença cardíaca. Bunzel e Wolleneck (1994) verificaram que o apoio providenciado pelo cônjuge ou companheiro(a) era o preditor psicossocial mais significativo do sucesso clínico do T.C. e Harper et al. (1998), encontraram relações significativas entre o estatuto marital e um maior período de sobrevivência, nesta população. Igualmente, num estudo da ISHLT (Helwick, 2011), os resultados mostraram que, entre outros fatores, estar numa relação marital promovia um melhoramento absoluto de 15% na sobrevivência aos cinco anos, após o T.C. Estes resultados reforçam a maioria das investigações, em que os indivíduos numa relação marital apresentam melhor estado de saúde e menor morbidade psicológica, em relação aos solteiros, divorciados ou viúvos (Amorim & Pereira, 2009; Goldman et al., 1995).

Em relação à equipa de transplantação, para além de providenciar apoio afetivo sob a forma de encorajamento (reforçar os benefícios do transplante, assegurar e tranquilizar sobre o aparecimento de um dador) constitui uma importante fonte de informação em relação ao protocolo do procedimento e em relação ao estado de saúde do candidato; este aspeto é particularmente importante quando o stresse ambiental excede os recursos disponíveis da pessoa e a sua capacidade de resolução de problemas, como é o caso (Grady, Jalowiec, et al., 1993; Hirth & Stewart, 1994; Levenson & Olbrisch, 1987).

Nesta fase do procedimento, os grupos de auto-ajuda, podem também constituir um apoio

efetivo aos pacientes candidatos. A partilha das experiências afetivas por parte de outros pacientes já transplantados que enfrentaram os mesmos *stressores*, trata-se de um suporte consistente, gerador de sentimentos de otimismo, demonstrando que é possível sobreviver ao período de espera e que a transplantação resulta numa melhoria significativa da saúde física (Thoits, 1986).

Concluindo, nesta fase do processo de transplantação cardíaca, o apoio emocional providenciado ao paciente desempenha um papel fundamental no sentido de o ajudar a gerir sentimentos negativos associados ao período de espera do órgão. Por outro lado, o apoio instrumental e informativo não pode ser negligenciado pois promove no paciente a reavaliação positiva da situação no sentido de a descatastrofizar, ajudando-o a perspectivar-se no futuro. Este reenquadramento da experiência facilita a elaboração de expectativas mais positivas e, conseqüentemente, um *coping* mais adaptativo, promovendo um melhor ajustamento ao T.C. e ao período de reabilitação.

#### **4.2.6.2. O período pós-Transplante Cardíaco**

A investigação empírica neste campo revela-se limitada, sabendo-se pouco sobre que tipo de apoio social providencia ótimas condições de recuperação na transplantação cardíaca (Dew et al., 1994).

No entanto, uma rede de apoio social frágil prediz desordens de ansiedade e depressão *Major*, após o T.C. Numa investigação, os pacientes que revelavam níveis mais elevados de apoio emocional e instrumental no momento pré-alta hospitalar exibiam seis meses mais tarde, maiores níveis de bem-estar, funcionamento pessoal, otimismo, satisfação com a vida, bem como índices mais baixos de hostilidade e depressão (Bohachick et al., 2002; Dew, Roth, Schulberg, et al., 1996). Estes resultados são reforçados por investigações posteriores que indicam que a qualidade do suporte social, especialmente o emocional, parece ser a mais saliente forma de suporte relacionado com a adaptação psicossocial à doença física (DiMatteo, 2004). Também nesta fase o apoio familiar é um preditor significativo da QDV do paciente submetido a T.C.; mesmo no período alargado após o procedimento (entre três e 10 anos) estar numa relação de casal, revelou reforçar o sentimento de pertença, a auto-estima e a QDV dos pacientes (Sirri, Magelli, & Grandi, 2011; Tung et al., 2011).

Apesar da exaustão provável decorrente do ato de cuidar inerente aos últimos tempos, nesta fase da recuperação, é fundamental que a família próxima continue envolvida também no apoio ao paciente, uma vez que os pacientes integrados em famílias coesas e emocionalmente saudáveis tendem a exibir mais comportamentos de adesão, do que os integrados em dinâmicas familiares conflituosas e disfuncionais (DiMatteo, 2004). Igualmente, o apoio do cônjuge

também revelou potencializar a adesão ao regime após o T.C. (Rogers, 1987). Desta forma, o suporte prestado a alguém que enfrenta um T.C. continua no seu regresso a casa. As tarefas de *coping* do paciente passam agora pelo grande desafio do reajuste à alteração da dinâmica familiar, laboral e à rede social que a ausência e a incapacidade prolongada provocaram. O abandonar o papel de “doente” e recuperar a autonomia, exige que novas dinâmicas conjugais e sócio-familiares surjam, sendo necessário um ajustamento por parte da célula familiar a esta reorganização (Bunzel, Laederach-Hoffman, & Schubert, 1999). É mais um desafio para o paciente e seus familiares lidarem que, em caso de sucesso, conduzirá ao aparecimento de uma nova identidade (A. Pereira & Rosa, 2007) ou, se mal sucedido, potencializará um espaço para uma crise ou rutura familiar.

### **4.3. Adesão Terapêutica**

#### **4.3.1. Definição e breve história**

*“To write prescriptions is easy, but to come to an understanding of people is hard”*

Franz Kafka, “A Country Doctor”

A adesão diz respeito ao grau de concordância entre o comportamento do paciente e as diretrizes e prescrições de um prestador de cuidados de saúde, face a um determinado regime terapêutico (Marks et al., 2005). A adesão aos tratamentos manifesta-se de várias formas e em momentos diferentes do processo terapêutico; por exemplo, a aquisição e toma dos medicamentos tal como são prescritos, o seguimento de consultas e exames previamente estabelecidos, o seguimento de regimes alimentares específicos, a prática de exercício físico e o abandono de comportamentos de risco, constituem manifestações variadas de comportamentos de adesão (Meichenbaum & Turk, 1987; Wright, 1993).

O fenómeno da adesão traduz-se numa variedade complexa de comportamentos que pode ser tão importante para resultados positivos na saúde como as intervenções medicamentosas (Rosenthal, 1995). Na realidade, a não adesão tem um impacto tremendamente negativo na saúde da sociedade, estando relacionada com diagnósticos incorretos, insucesso das terapêuticas, progressão da doença, morbilidades associadas, hospitalizações, custos substanciais acrescidos na saúde e morte prematura (Schiff, Fung, Speroff, & McNutt, 2003; Wertheimer & Santella, 2003).

A importância do cumprimento das prescrições médicas foi, pela primeira vez, enunciada por Hipócrates há, aproximadamente, 2411 anos (Haynes, 1979). Mais tarde, em meados dos anos 70, a comunidade médica despertou para o problema da adesão com o primeiro grande congresso sobre o assunto (Vander Stichele, 1999). Desde então, os investigadores tentam avaliar, compreender, prever e modificar o comportamento dos pacientes no sentido de



aderirem às orientações médicas, dada a importância da adesão na melhoria dos resultados na saúde (DiMatteo, Giodani, Lepper, & Croghan, 2002). As publicações sobre o assunto têm proliferado, tornando-a numa nova disciplina emergente. Contudo, o rigor científico nem sempre acompanhou esta evolução; primeiro, pela ausência de medidas objetivas desta variável (Rudd, 1979; H. Leventhal, 1985); segundo, pela falta de rigor conceitual na literatura da área e, por último, pelo facto de a pesquisa ter vindo a ser dominada apenas pela perspectiva parcial do profissional de saúde (Morris, 1992). Assim, após décadas de pesquisa na área da adesão, dispomos de relativamente pouca informação consistente sobre o fenómeno exceto que, inequivocamente, a não adesão constitui um dos grandes problemas da Medicina e da Psicologia.

#### **4.3.2. Comportamentos de não adesão na doença em geral**

As pesquisas nas ciências médicas e sociais desde os anos 70 revelam, que num vasto leque de contextos e recomendações médicas, nos EUA, metade dos pacientes não seguem as recomendações do médico nas patologias mais heterogéneas (DiMatteo, 1994). A média geral de não adesão à medicação é de, aproximadamente, 40% (DiMatteo, Giodani et al., 2002) e perto de 80% dos pacientes falham no regime alimentar, físico e no compromisso em manter hábitos de vida saudáveis (abuso de álcool e hábitos tabágicos) (Brownell & Cohen, 1995).

A não adesão à terapia medicamentosa está, consistente e positivamente, relacionada com a mortalidade (Simpson et al., 2006).

Cluss e Epstein (1985) indicaram que as dificuldades nesta área eram significativas: 40% de não adesão à prescrição de medicamentos profiláticos, 22% de não adesão à medicação para tratamento de patologias agudas e 66% para processos crónicos. Meichenbaum e Turk (1987), postulam que a não adesão se situa entre os 4 e os 92%, “com a amplitude mais típica a situar-se entre os 30 e os 60%” (p. 21). Uma década mais tarde, outros autores indicam que as percentagens de não adesão variavam entre 15 a 93% (Haynes, McKibbin, & Kanani, 1996). Nilsson (2001), considera que a adesão aos tratamentos de longa duração se situa abaixo dos 50% e que a taxa de adesão diminui até aos 20%, em pacientes que tomam 30 ou mais comprimidos por dia (Graveley & Oseasohn, 1991).

Um estudo recente (Wertheimer & Santella, 2003) estimou que 50 a 75% dos pacientes não adere a diretivas médicas específicas ou a cuidados de saúde, pelo menos não na totalidade, sendo que a não adesão parece ser a norma, embora varie no formato (14 a 21% dos pacientes não seguem as recomendações médicas; 60% não identificam a medicação que fazem; 30 a 50% ignoram as instruções sobre a medicação prescrita e 12 a 20% tomam medicação prescrita para outras pessoas).

Esta grande amplitude e oscilação em relação aos números da não adesão traduz uma

dificuldade antiga em investigar esta variável (Joyce-Moniz & Barros, 2005) dado estarmos perante um problema multifatorial que varia em função do problema de saúde, da população doente e dos métodos utilizados na avaliação da adesão.

Em Portugal, pelo que sabemos, não são conhecidos dados globais sobre o problema da não adesão aos tratamentos, mas nada parece apontar para que seja um problema menos grave do que nos restantes países.

#### **4.3.3. Prevalência, tipos e consequências dos comportamentos de não adesão no**

##### **Transplante Cardíaco**

A transplantação cardíaca é um procedimento que vincula o paciente a um regime terapêutico complexo e exigente para toda a sua vida, com o objetivo de prevenir e/ou atenuar a rejeição aguda e crónica, as infeções oportunistas, a doença cardiovascular, a malignidade, as complicações secundárias e a toxicidade associada à medicação imunossupressora.

Nesta área, a questão da não adesão é ainda mais sensível, dado que apenas uma adesão efetiva, diária e contínua à medicação imunossupressora, se revela um requisito vital para uma boa função do novo órgão. A não adesão nestes pacientes é um fator determinante para o aumento da morbilidade e mortalidade, diminuição da qualidade de vida, aumentos dos custos na saúde e aumento de utilização dos serviços médicos (Bunzel & Laederach-Hofmann, 2000).

Um paciente sujeito a transplante cardíaco considera-se *noncompliant*, i.e., não cumpre o plano de adesão proposto, quando apresenta uma comparência intermitente nas consultas e exames de *follow-up*, quando não notifica atempadamente os prestadores de cuidados de algum sintoma de “alarme” para o qual tenha sido alertado, se revela uma adesão pobre à dieta prescrita e/ou ganho de peso, quando falha a toma da medicação imunossupressora (dosagem, frequência e horário de toma) e outras medicações prescritas, que não monitorize os sinais vitais se recomendado pelo médico e que não se mantenha abstinente de álcool, tabaco e substâncias ilícitas (Rodriguez et al., 1991).

Nos pacientes transplantados podemos falar em não adesão clínica, que se refere a eventos clínicos mensuráveis tais como episódios de rejeição, perda do órgão ou morte (De Geest, Abraham, Dunbar-Jacob, & Vanhaecke, 1999) e em não adesão sub-clínica que se refere à não adesão ao plano médico mas sem evidência de qualquer situação clínica adversa (Bunzel & Laederach-Hofmann, 2000).

Neste contexto, a investigação da não adesão apresenta também riscos de falta de precisão e inconsistência devido à dificuldade na sua quantificação, às diferentes metodologias utilizadas, ao aspeto do regime terapêutico em estudo e à forma como se operacionaliza a adesão, não havendo um consenso *standard* para definir uma adequada adesão (Osterberg & Blaschke,

2005). Persistem as questões de qual o grau de adesão necessário para garantir o efeito terapêutico desejado e que grau de não adesão está associado a um risco de resultados negativos. Embora os dados neste assunto sejam apresentados dicotomicamente (adesão *versus* não-adesão), a adesão pode variar num *continuum* de zero a 100%, abrangendo vários comportamentos de cooperação do paciente ao regime médico. Por outro lado, nos pacientes transplantados a adesão é instável ao longo da evolução clínica do paciente, desde o período pré-T.C., aos períodos imediato e tardio, após o T.C. (Telles-Correia, Barbosa, Mega, Barroso, & Monteiro, 2007). Neste estudo apenas nos propomos a avaliar a adesão aos seis e 12 meses após o procedimento.

A não adesão em situação de transplante cardíaco contempla uma prevalência de 11% a 54% não discriminando, no entanto, o aspeto do regime terapêutico em falta (Brennan, Davis, Buchholz, Kuhn, & Gray, 1987; Kuhn et al., 1990; Cooper, Lanza, & Barnard, 1984; McAleer, Copeland, Fuller, & Copeland, 1985; Meyendorf et al., 1989; Shapiro et al., 1995).

Rovelli et al. (1989) referem que, no centro de transplantação do seu estudo e três meses após o transplante, a não adesão era responsável por mais perdas de órgãos do que os episódios de rejeição incontroláveis, em pacientes que efectuavam uma adesão satisfatória.

De Geest, Dobbels, Martin, Willems e Vanhaecke (2000) e Dew, Roth, Thompson, et al. (1996), numa revisão da literatura relevante sobre adesão *versus* não adesão, verificaram que as taxas de não adesão variavam entre os 20% e 50%. Mais, a não adesão constituía uma causa direta, em 21%, de todos os insucessos da transplantação e era responsável por 13 a 26% das mortes após o transplante (Cooper et al., 1984; Lawless et al., 1999; Sisson, Tripp, Paris, Cooper, & Zuhdi, 1994).

Numa meta-análise recente de Dew et al. (2007), com pacientes transplantados a diferentes órgãos, os autores concluíram que as taxas de não adesão nos pacientes transplantados, incluindo na imunossupressão, continuavam inaceitavelmente altas; as taxas médias de não adesão em relação ao uso de substâncias era de 1% a 4% por ano e, a não adesão à imunossupressão, dieta, e outros aspetos da terapêutica, era de 19% a 25% por ano, em todo o tipo de transplantes estudados. A não adesão ao exercício físico era maior nos transplantados cardíacos do que nos restantes transplantados.

Se nos detivermos nas várias componentes do regime terapêutico após o T.C., encontramos diferentes números no comportamento de adesão.

No que respeita à comparência das consultas regulares, encontramos uma prevalência de não adesão, entre os 3 e os 27% (De Geest et al., 2000; Dew, Roth, Thompson, et al., 1996; Grady et al., 1998; Grady, Russell, Srinivasan, Constanzo, & Pifarre, 1993; Shapiro et al., 1995; Paris et al., 1994). Estes últimos autores constataram que no terceiro ano após o T.C., mais de

20% dos pacientes transplantados cardíacos faltavam às consultas de rotina e 30% faltavam ao controlo angiográfico. As áreas de menor adesão, por ordem decrescente e no primeiro ano após o T.C., foram: o exercício físico (37%), medicação imunossupressora (20%), hábitos tabágicos (19%), dieta (18%), plano de consultas (9%) e hábitos alcoólicos.

A não adesão no que respeita à monitorização dos sinais vitais, tais como medir a tensão arterial, a temperatura corporal, pulsação e volume de urina, varia de 22% a 59% (Dew, Roth, Thompson, et al., 1996; Erdman, Horstman, Van Domburg, Meeter, & Balk, 1993; Grady et al., 1998). Este comportamento implica que o paciente conheça quais os sintomas e sinais de risco que devem ser alvo de preocupação, motivando o contacto com o médico. No entanto, 8% dos pacientes, perante uma complicação não requisitam a atenção médica o que contribui para o declínio do seu estado (Cooper et al., 1984).

O abuso da nicotina tem consequências fatais nestes pacientes, como referimos no Capítulo 2, devido ao risco acrescido de cancro do pulmão e da vasculopatia do enxerto (Basile et al., 2004). Após um T.C., a taxa de sobrevivência de 5 anos é 37% em fumadores e 80% em não fumadores (Nagele, Kalmar, Rodiger, & Stubbe, 1997). No entanto, 36 a 54.5% dos pacientes fumadores no período pré-operatório tornam a fumar no segundo ano após o T.C. (Balestroni et al., 2002; Dew, Roth, Thompson, et al., 1996; Koerner et al., 1999; Paris et al., 1994). Por outro lado, cinco a 26% da população transplantada cardíaca fumou pelo menos uma vez após o T.C. (Dew, Roth, Thompson, et al., 1996). O abuso de substâncias pré-T.C. continua a ser preditor da não adesão após o procedimento (Hanrahan, Eberly, & Mohanty, 2001; Shapiro et al., 1995).

No caso da transplantação cardíaca, a adesão à medicação imunossupressora continua a ser a área mais estudada por estar diretamente relacionada com o sucesso a longo prazo deste procedimento. Embora os pacientes tenham conhecimento deste facto, e da importância da prevenção da rejeição, estima-se que 40 a 60% da população adulta transplantada apresente lapsos significativos na toma da imunossupressão, ao ponto dos benefícios terapêuticos não serem obtidos na íntegra (Dunbar-Jacob, 1999). Por outro lado, a não adesão nesta área, representa a terceira causa responsável pela falência do órgão, depois de causas cardíacas e dos processos infecciosos (Didlake, Dreyfuss, Kennan, Van Buren, & Kahan, 1988; Lawless et al., 1999). Trata-se ainda de um fator de risco independente para episódios de rejeição aguda tardia, doença vascular do enxerto, falha do órgão e morte, no período de três a cinco anos de *follow-up* (Bunzel & Laederach-Hofmann, 2000; De Geest, Dobbels, Fluri, Paris, & Troosters, 2005; De Geest, Moons, Dobbels, Martin, & Vanhaecke, 2001; Dew et al., 1999; Rovelli et al., 1989).

A maioria dos estudos em pacientes transplantados mostra que a adesão nas, suas várias vertentes, decresce com o decorrer do tempo de transplantação. Após o T.C., o paciente apresenta, na generalidade, uma boa adesão à medicação, desde que tenha sido devidamente

educado e informado sobre a mesma. Após o primeiro mês, por vezes, assiste-se a uma não adesão ocasional, em que o paciente falha o horário da medicação ou algumas tomas (Telles-Correia, Barbosa, Barroso, & Monteiro, 2006). Nos meses seguintes pode ocorrer uma adesão intermitente (que pode ou não evoluir para persistente) e que se relaciona com os efeitos adversos dos medicamentos e com a sensação de imortalidade reforçada por muito tempo sem problemas de saúde (Chisholm et al., 2000). Especificamente, o comportamento de não adesão persistente aos imunossuppressores é de 20% ao longo do primeiro ano (Dew, Roth, Thompson, et al., 1996; Dobbels, De Geest, Van Cleemput, Droogne, & Vanhaecke, 2004) e de 16% após o primeiro ano (Cherubini, Rumiati, Bigoni, Tursi, & Livi, 2003; De Geest et al., 1998; Erdman et al., 1993; Grady et al., 1998; Paris et al., 1994; Sisson et al., 1994). Esta variação nas taxas de adesão medicamentosa, ao longo da evolução clínica do paciente, acompanha as diferentes representações que o mesmo tem da doença e, conseqüentemente, das estratégias de *coping* que utiliza para lidar com as diferentes fases da recuperação.

Em Portugal, a não adesão ao regime imunossupressor apresenta uma prevalência média de 25%, nos pacientes transplantados em geral (Telles-Correia et al., 2007). A relevância clínica destes números aumenta quando sabemos que qualquer desvio, por mais pequeno que seja, quer na dose, quer na hora das tomas dos imunossuppressores, está associado, como vimos, a um incremento do risco de episódios posteriores de rejeição aguda. Num estudo de De Geest et al. (1998) avaliou-se a adesão dos pacientes à ciclosporina durante três meses. Durante o período de observação a adesão revelava-se elevada (99.4%); no entanto, quando mais tarde foi avaliada, encontraram-se pacientes com três níveis de adesão significativamente diferentes (adesão excelente - 84% dos pacientes; não adesão sub-clínica *minor* - 7% e não adesão sub-clínica moderada - 9%). As taxas de rejeição aguda iam no mesmo sentido (diretamente proporcionais aos três níveis de adesão). Concluiu-se que um desvio de menos de 3% do esquema prescrito (seja aumento do intervalo de tempo entre as doses ou a ocorrência de *drug holiday*<sup>26</sup>) estava associado a resultados negativos, nomeadamente, a episódios de rejeição aguda. Estes mesmos pacientes foram avaliados cinco anos depois para verificar se os três meses em que a sua adesão foi avaliada seriam preditivos de rejeições agudas tardias, vasculopatia do enxerto, retransplantação ou morte. Na continuação do estudo, os investigadores (Dobbels, De Geest, Van Cleemput, et al., 2004) encontraram uma correlação positiva entre os pacientes não aderentes durante o primeiro ano após o T.C., as rejeições agudas posteriores e a vasculopatia do enxerto. Os pacientes que apresentam rejeição aguda um ano após o T.C., devido à não adesão imunossupressão, revelam também um incremento de retransplantações e taxas mais baixas de sobrevivência, num *follow-up* de dois anos (De Geest et al., 2001). Os autores concluíram que a

<sup>26</sup> Trata-se de não fazer medicação por mais de 24 horas e/ou levar a cabo variações alargadas das horas da toma.

não adesão à imunossupressão constitui o principal factor etiológico para acontecimentos clínicos adversos, nomeadamente para rejeições agudas tardias e que um paciente transplantado necessita de uma adesão medicamentosa à imunossupressão de 100% (De Geest, Abraham, Dunbar-Jacob, & Vanhaecke, 1997). Mais precisamente, os pacientes não aderentes apresentam o dobro do risco em relação aos que aderem. Estes resultados vêm ao encontro do 14º Registo da ISHLT em que 9% da mortalidade, no período de um ano após o T.C., se deve a episódios de rejeição aguda (Hosenpud, Bennett, Keck, Fiol, & Novick, 1997).

No mesmo estudo de De Geest et al. (1998), os autores concluíram ainda que existem determinados perfis de pacientes que os podem identificar como em risco para a não adesão à imunossupressão. Os pacientes com piores taxas de adesão eram mais jovens, na maioria divorciados, viúvos ou viviam sós. Apresentavam maiores índices de depressão, mais frágil percepção de saúde, mais sintomas de stresse e, sentimentos de auto-eficácia no limite inferior, em relação aos outros grupos de pacientes.

A descontinuação da medicação imunossupressora pelo paciente pode constituir ainda, uma forma de este cometer suicídio, estando documentados pelo menos dois casos na literatura (Ortalli, 1992; Ruygrok, Agnew, Coverdale, Whitfield, & Lambie, 1994).

A não adesão nesta matéria é tremendamente dispendiosa, i.e., 40% dos custos anuais de um paciente após três anos de transplante são devidos à terapia farmacológica, mais precisamente à ciclosporina (Bunzel & Laederach-Hofmann, 2000).

Em relação ao abuso do álcool, Shapiro et al. (1995) e Shapiro, Williams, Gelman, Foray, e Wukik (1997) constataram que o preditor mais forte da não adesão pós-operatória em relação ao álcool seria a história prévia de abuso de substâncias, mais ainda do que um suporte social efetivo. Os pacientes de alto risco eram os que haviam deixado de beber por um curto período de tempo e os que continuaram a beber, mesmo sabendo da sua condição de saúde, tornando-se apenas abstinentes já numa situação muito aguda da doença. A recaída, após um T.C., em relação ao abuso de álcool e/ou outras substâncias mostrou ser de 27% (Paris et al., 1994). A ingestão pesada de bebidas alcoólicas um ano após o T.C. mostrou ser de 6% num estudo de Dew, Roth, Thompson, et al. (1996).

As dificuldades de adesão ao exercício físico e ao cumprimento da dieta recomendada são aspetos que se encontram relacionados, pois derivam em excesso de peso, hipertensão arterial, hiperlipidémia e hipercolesterolemia que, por sua vez, constituem fatores de morbilidade e mortalidade por concorrerem para o desenvolvimento da doença vascular do enxerto (Winters et al., 1990). Uma dieta sem restrições a nível de colesterol ao longo do primeiro ano, após o T.C., revelou-se um factor de risco independente, para a mortalidade nos três anos seguintes (Dew et al., 1999). Vários estudos sugerem que mais de 50% dos pacientes após o T.C. apresentam

excesso de peso (Ramirez-de-Diego & Amoros-Miro, 1996; Shapiro et al., 1995) e Grady e Jalowiec (1995) constataram que, meio ano após o T.C., 15% dos pacientes não aderiam à dieta recomendada. No final do primeiro ano após a transplantação, mais de 48% dos pacientes têm dificuldades em seguir as diretrizes da dieta alimentar, o exercício físico e levarem a cabo as avaliações médicas (Dew et al., 1999; Dew, Roth, Thompson, et al., 1996; De Geest et al., 2001; Dew, Dunbar-Jacob, et al., 2001; Grady et al., 1998; Paris et al., 1994; Pinson et al., 2000). À semelhança de outros comportamentos de não adesão, também a aquisição de hábitos alimentares deficientes apresenta tendência para aumentar ao longo do tempo da transplantação (Flattery et al., 2006).

No que diz respeito ao exercício físico, há um consenso crescente de que o mesmo pode, por um lado, minimizar os efeitos secundários adversos da imunossupressão, tais como as miopatias e a osteoporose e, por outro lado, concorrer para a reversão das consequências fisiológicas da deservação do novo coração (Tegtbur, Busse, Jung, Pethig, & Haverick, 2005). Na realidade, também nos pacientes transplantados cardíacos, o treino físico melhora a função física, a tolerância ao exercício e a qualidade de vida. Em termos de adesão ao exercício físico, no primeiro ano após o T.C., esta ronda os 37%; no entanto, pontualmente, varia entre os 13,1% e os 72%, consoante a amostra e os métodos de medida utilizados (Balestroni et al., 2002; Cooper et al., 1984; Erdman et al., 1993; Paris et al., 1994; Salyer, Sneed, & Corley, 2001). A adesão ao exercício físico também vai diminuindo ao longo do tempo (Balestroni et al., 2002; Dew, Roth, Thompson, et al., 1996; Flattery, 2006).

#### **4.3.4. Modalidades de avaliação da Adesão Terapêutica**

Avaliar com precisão a adesão do paciente a um regime terapêutico torna-se bastante difícil dada a diversidade dos comportamentos que incluem a adesão, a diversidade dos parâmetros do regime terapêutico e pela escolha da metodologia utilizada (Fine et al., 2009).

Para determinar o nível de adesão à medicação, encontramos na literatura de investigação, os métodos diretos e indiretos. Os primeiros incluem a medição da concentração do fármaco no sangue e/ou na urina (pode mascarar comportamentos de não adesão, dado que apenas acusa as últimas tomas), o uso de marcadores bioquímicos incorporados nos comprimidos, a contagem de comprimidos, a monitorização eletrónica (uso de embalagens eletrónicas<sup>27</sup> para os medicamentos) e a observação direta do comportamento do paciente. Os métodos indiretos incluem o auto-relato do paciente, as entrevistas, os instrumentos, os relatos colaterais dos

<sup>27</sup> Estas embalagens possuem um circuito micro-eletrónico que deteta e regista o número de aberturas e fechos da embalagem e, em que cada abertura se assume como uma dose tomada. Os dados são transmitidos a um computador, permitindo perceber as doses em falta e o intervalo de tempo entre as tomas, detetando a dinâmica do comportamento de não adesão (Bunzel & Laederach-Hoffman, 2000). Este método, para além de ser extremamente dispendioso, não garante que o paciente tome a respetiva dose sempre que abra a embalagem.

cuidadores, médicos e restante *staff* e os próprios resultados terapêuticos (Bond & Hussar, 1991; M. O'Brien, Petrie, & Raeburn, 1992; Telles-Correia et al., 2007).

Todos os métodos apresentam vantagens e limitações evidentes, sendo impossível considerar um superior ao outro, não se encontrando consenso sobre o método mais fiável de deteção da adesão (Chisholm, 2002b). Por um lado, se os métodos diretos poderiam apresentar maior sensibilidade, por outro lado, são pouco práticos na maioria dos contextos clínicos, dispendiosos e não se encontram disponíveis para a maior parte das drogas (Morisky, Green, & Levine, 1986). Por outro lado, existem diferentes reações individuais face aos fármacos que não devem ser negligenciadas. No caso dos métodos indiretos, corre-se o risco da desejabilidade social; é frequente os pacientes inflacionarem as respostas para evitarem a desaprovação dos clínicos e/ou dos investigadores, no sentido de transmitirem uma imagem positiva do seu comportamento (Dew et al., 1999). No entanto, numa revisão da literatura de DiMatteo, Giodani, et al. (2002), os autores concluíram que, apesar da controvérsia face às medidas de auto-relato, estas devem ser sempre incluídas, de preferência, juntamente com métodos indiretos, quando queremos aferir o grau de adesão, pois apresentam suporte teórico e empírico consistente (DiMatteo, Robinson, Heritage, Tabbarah, & Fox, 2002) e, no seio de uma entrevista confidencial, constituem a melhor forma de medir a adesão à medicação, comparativamente com a monitorização eletrónica. Aquela forma de avaliação mostrou, portanto, eficácia e precisão consideráveis na identificação de pacientes não aderentes (Butler, Peveler, Roderick, & Mason, 2004; De Geest et al., 1998; Dunbar & Agras, 1980; Morisky et al., 1986).

A maior vantagem do método do auto-relato consiste na exploração por parte do clínico da gestão da adesão, em que este pode e deve proceder ao levantamento das condicionantes de uma adesão frágil, dando oportunidade ao paciente de ventilar as dificuldades no seu comportamento. Ao mesmo tempo, poderá delinear estratégias de atuação que resultem num melhor ajustamento do regime terapêutico ao estilo de vida de cada paciente (Delgado & Lima, 2001). No entanto, a sua fiabilidade vai depender sempre das competências cognitivas do paciente, da veracidade das respostas e da correta interpretação das questões (Balkrisham, 2005).

Dado que a adesão neste procedimento implica um conjunto de comportamentos a integrar no estilo de vida do paciente transplantado, que não só a toma da medicação, e que a não adesão, em sentido lato, é mais comum do que a não adesão à medicação (Erdman et al., 1993), o instrumento de avaliação desta variável, necessita de ser abrangente e multidimensional, aspeto que se tentou contemplar, utilizando neste estudo o *The Heart Transplant Compliance Scale - Assessment of Problems with the Heart Transplant Regimen* - (versão original de Grady et al., 1998). Que tenhamos conhecimento, trata-se do único instrumento de avaliação multidimensional da adesão terapêutica, na literatura sobre adesão na transplantação cardíaca.



#### **4.3.5. Determinantes do comportamento de não Adesão Terapêutica no Transplante Cardíaco**

A adesão pressupõe que o paciente possua o conhecimento, a motivação, as competências e os recursos requeridos para seguir as recomendações do profissional de saúde (N. Miller, Hill, Kottke, & Ockene, 1997).

Seria esperado que os pacientes submetidos a transplante cardíaco apresentassem uma elevada motivação e cooperação com o plano terapêutico dado que a sua sobrevivência depende maioritariamente do seu comportamento. No entanto, como vimos, tal não se verifica; os pacientes nem sempre tomam a medicação, falham às consultas, envolvem-se em comportamentos aditivos e ignoram outras diretrizes fundamentais para a preservação do órgão que os salvou da morte.

A não adesão pode ser encarada como um epifenómeno (De Geest et al., 2005), i.e., existe uma variedade de dinâmicas interdependentes que podem despoletar a não adesão ao regime terapêutico. Daí que identificar as variáveis preditoras da adesão se revele uma tarefa complicada; primeiro, pela técnica utilizada para avaliar a mesma e, segundo, pela natureza do comportamento de adesão que estamos a avaliar. Apesar de aparecerem alguns resultados conflituosos nesta questão, existem fatores de risco consensuais (Prendergast & Gaston, 2010).

Num relatório de 2003, a Organização Mundial de Saúde (Sabaté, 2003), postula cinco categorias determinantes da não adesão: fatores socioeconómicos, fatores relacionados com a equipa clínica/sistema de saúde, fatores relacionados com a terapêutica, fatores relacionados com o paciente e fatores relacionados com a doença.

##### **4.3.5.1. Fatores socioeconómicos**

Os elevados custos da medicação, a iliteracia, o desemprego, o baixo estatuto sócio-económico, a pobreza e as longas distâncias ao centro de transplantação foram assinalados como aspetos relacionados com a não adesão, na população submetida a T.C. (Didlake et al., 1988; Rovelli et al., 1989; Sabaté, 2003).

##### **4.3.5.2. Fatores organizacionais relacionados com o Sistema de Saúde e com a equipa clínica: a importância da relação médico-paciente**

A *American Heart Association* postula que a adesão é um processo comportamental, fortemente influenciado pelos contextos em que o paciente se move, incluindo as políticas do sistema de saúde.

Na área da transplantação cardíaca os estudos têm-se centrado, desproporcionalmente, nas variáveis relacionadas com o paciente, ignorando as que se relacionam com o sistema de saúde, a

equipa clínica e a relação médico-paciente. Existem, portanto, determinadas variáveis organizacionais e interpessoais que se relacionam com a adesão terapêutica ao regime pós-T.C.

As variáveis relacionadas com o sistema de saúde que afetam a adesão prendem-se com as barreiras aos cuidados de saúde, prática de preços elevados e baixas participações na medicação (Osterberg & Blaschke, 2005), falta de continuidade dos técnicos e serviços de saúde na prestação dos cuidados ao paciente, o *burnout* dos prestadores de cuidados e a satisfação destes com a sua profissão que, por sua vez, se relaciona positivamente com a satisfação do paciente e com comportamentos de adesão à terapêutica (Marks et al., 2005).

A inexistência de suporte financeiro e humano para promover a implementação de programas efetivos de promoção da adesão (formação dos técnicos de saúde na gestão da doença crónica, educação e aconselhamento do paciente) e de *follow-ups* periódicos da mesma, constitui também uma barreira importante no combate à não adesão (Sabaté, 2003). Destaca-se ainda a fraca capacidade do sistema de saúde em proceder a uma articulação eficaz entre os cuidados de internamento e de ambulatório e em proporcionar uma rede alargada e consistente de serviços médicos, psicológicos e sociais com vista a diminuir as probabilidades de não adesão.

#### Relação médico-paciente

Uma vez que os cuidados médicos são prestados através da relação interpessoal, o problema da adesão no plano concetual, é um fenómeno de influência social e de motivação e, portanto, de cariz afetivo-comportamental. Assim, a forma como o profissional de saúde interage com o seu paciente é determinante na adesão e nos resultados de saúde, fazendo da relação médico-paciente uma questão central na adesão ao tratamento médico (Marks et al., 2005).

A qualidade desta relação e as competências interpessoais do prestador de cuidados de saúde podem potenciar a adesão e, independentemente da terapêutica, melhorar os resultados do tratamento (DiMatteo, 1994) dado que a comunicação eficaz entre a díade tem um papel determinante no conhecimento que o paciente tem sobre doença, riscos e benefícios do tratamento. Na realidade é esta relação que encoraja (ou não) os pedidos de esclarecimento do paciente sobre o seu estado de saúde, promove o envolvimento e a sua satisfação em todo o processo terapêutico e, conseqüentemente, concorre para a adesão. Acresce que a satisfação do paciente é um construto multidimensional que resulta da avaliação (cognitiva e emocional) que este faz dos cuidados recebidos. Mais ainda, a maior parte dos pacientes que exhibe comportamentos de não adesão à medicação tende a rotular a relação terapêutica como negativa (Margalho, Paixão, & Pereira, 2010).

Em Portugal, as investigações sugerem que os pacientes privilegiam a empatia e a comunicação na interação com o clínico, em detrimento da competência técnica (McIntyre & Silva, 1999). A qualidade da informação na comunicação em saúde, bem como a sua adequação

ao estilo cognitivo, crenças culturais e de saúde do paciente, são fundamentais para que este consiga compreender e recordar o que tem a fazer e, assim, aderir ao regime de tratamento (Trindade & Teixeira, 2000).

De facto, numa revisão da literatura de 1949 a 2008, com mais de 100 estudos, Zolnieriek e DiMatteo (2009) concluíram que existe um risco 19% superior de não adesão nos pacientes cujos médicos estabelecem uma comunicação pobre, face aos que apresentam competências de comunicação mais apuradas e eficazes e, que o treino de competências comunicacionais do clínico gerava uma probabilidade de melhorar a adesão dos pacientes em 1.62 vezes, face à situação em que os médicos não recebiam qualquer treino nas referidas competências.

O risco de não adesão também diminui quando a relação médico-paciente é mais familiar e menos ansiogénica (Sabaté, 2003). Os pacientes nos seus relatos tendem a ser honestos com as suas dificuldades de adesão apenas se sentirem um contexto de empatia, abertura e de aceitação na sua relação com o médico. Igualmente, uma relação pontuada pela ausência de juízos de valor, pela negociação (custos/benefícios do tratamento), comunicação fluida e reforço positivo, potencia o comportamento de adesão (Cramer, 1991; Martin, Jahng, Golin, & DiMatteo, 2003; Rosner, 2006). Se os pacientes se perceberem como parceiros do médico no processo de tratamento, sentindo-se ativamente envolvidos e comprometidos, negociando o regime terapêutico, apresentam mais comportamentos de adesão (Schulman, 1979). A adesão tem então como pressuposto uma cooperação efetiva, através de uma aliança terapêutica, entre o paciente e o profissional de saúde e implica um papel ativo e um envolvimento voluntário e colaborativo do paciente, num acordo mútuo que produz um resultado terapêutico (Fine et al., 2009; Turk & Meichenbaum, 1991). Este tipo de relação permite que a componente “informação recebida” (que remete apenas para a dimensão cognitiva) seja colocada em prática pelo paciente uma vez que este se sente afetivamente aceite e compreendido nas suas dúvidas, mais motivado, envolvido e com expectativas mais alargadas em relação à eficácia da terapêutica (dimensão afetiva), o que potencia a sua adesão (Ley, 1989). Da dimensão afetiva da relação fazem ainda parte a confiança, por parte do paciente, na competência do médico, o sentir que este percebe a sua experiência individual de vivência da doença, e que o vê como uma Pessoa única nas suas várias dimensões, respeitando as suas necessidades e preferências. Apenas estes aspetos irão permitir que o paciente se exponha emocionalmente o que, a acontecer, reforça ainda mais esta aliança terapêutica.

Esta abordagem da medicina centrada no paciente (Laine & Davidoff, 1996) opõe-se ao paradigma de relação paternalista e autoritária, em que o médico seleciona a informação que fornece e impõe as suas convicções, sentimentos e expectativas, ignorando as crenças do paciente e reforçando uma relação de dependência afetiva entre ambos (Joyce-Moniz & Barros, 2005).

Neste último paradigma, o clínico convence o paciente a seguir o tratamento que ele considera melhor sem a auscultação deste último (Emanuel & Emanuel, 1992). Este tipo de interação vai ao encontro do modelo biomédico de adesão em que os comportamentos de não adesão são considerados desviantes e que o paciente é apenas um mero executor do regime terapêutico imposto. Esta abordagem ignora o facto que o comportamento de adesão é complexo e influenciado por uma panóplia de fatores, incluindo o contexto sociocultural do paciente, as crenças em relação à saúde e as experiências subjetivas da doença.

A primeira postura do clínico provoca maiores índices de satisfação no paciente e uma memorização mais fácil da informação fornecida incrementando os comportamentos de adesão (Falvo & Tippy, 1988; Savage & Armstrong, 1990; M. Stewart, 1984). De notar que a falta de informação ou informação distorcida que o paciente possui, sobre o seu regime terapêutico, constitui uma das razões da não adesão (Cline, Björck-Linné, Israelsson, Willenheimer, & Erhardt, 1999), correlacionando-se positivamente com o número de re-hospitalizações (Soine, Cunningham, Shaver, & Galluci, 1992). Por outro lado, cerca de 50 a 70% dos pacientes, na consulta, não solicitam a informação que gostariam e, muitos pacientes deixam os serviços de saúde sem compreenderem o tratamento prescrito, esquecendo as instruções fornecidas (Bennett, 2002). Mesmo que o clínico demonstre alguma incerteza, se esta for associada a uma informação clara e objetiva que a justifique, o paciente tende a revelar maior satisfação e adesão (Gordon, 1999).

Apesar dos prestadores de cuidados de saúde tentarem, frequentemente, fornecer informação ao paciente e motivá-lo, reconhecendo a importância das competências comportamentais, na prática as evidências apontam para lacunas ao nível da informação fornecida, das competências para promover a motivação do paciente e do conhecimento no ensino de competências comportamentais ao paciente (Alto, 1995; Botelho & Skinner, 1995; Waitzkin & Stoeckle, 1976).

#### **4.3.5.3. Fatores relacionados com a terapêutica**

Dado que a transplantação é uma condição crónica, os pacientes serão sempre mais ou menos confrontados com grandes exigências durante toda a sua vida, no sentido do auto-cuidado.

Os fatores associados ao tratamento que influenciam a adesão do paciente podem condensar-se num único facto: quanto mais complexo e longo o tratamento prescrito, maior é o risco de não adesão plena (Cramer, Schleyer, & Mattson, 1990; Marks et al., 2005). Assim, a adesão tende a baixar em proporção quer à duração do tratamento, quer ao número de medicamentos e frequência das doses; estimando-se que diminua cerca de 50%, seis meses após o início de terapêuticas de longo prazo (Claxton, Cramer, & Pierce, 2001; Cramer, Rosenheck,

Kirk, Krol, & Kristal, 2003; Hulka, Casser, & Cooper, 1976; Kruse, Eggert-Kruse, Rampmaier, Runnebaum, & Weber, 1991), independentemente, da patologia em questão (isto acontece não tanto pela duração do tratamento em si, mas pela ausência progressiva dos sintomas). A adesão torna a aumentar imediatamente antes do paciente se dirigir à consulta (“*white-coat adherence*”, cit. por Hansen, Seifeldin, & Noe, 2007, p. 1288), o que pode gerar falsas conclusões sobre a adesão, quando a mesma é avaliada apenas com base em testes sanguíneos e de urina.

Na transplantação, também a incidência da não adesão aumenta com o passar do tempo (Dew, Roth, Thompson, et al., 1996; Grady et al., 1998; Grady, Russell, et al., 1993); revela-se mais forte nos primeiros tempos após o T.C. e tem o grande declínio durante o primeiro ano, à medida que o paciente se sente mais saudável, se liberta do sentimento de morte próxima e retoma as suas tarefas quotidianas. A partir daqui tende a estabilizar. Num estudo de Salyer et al. (2001), os autores concluíram que os pacientes transplantados há algum tempo (média de seis anos) não incluíam comportamentos de mudança nos seus estilos de vida que promovessem a saúde e o bem-estar.

A terapêutica medicamentosa nos pacientes transplantados oscila, por dia, entre cinco a 30 medicamentos diferentes, em que mais de metade é doseada três a quatro vezes por dia. A prescrição de diferentes medicamentos em simultâneo e com diferentes instruções implica a monitorização de índices médicos e exige uma alteração considerável dos hábitos e estilo de vida. Estes três aspectos constituem ameaças efetivas à adesão (Chesney, 2003; Sarafino, 2002; Turk & Meichenbaum, 1991).

Os efeitos secundários do tratamento também desempenham um papel importante no comportamento de adesão dos pacientes; na generalidade, quanto mais negativos e aversivos (e.g., quimioterapia, terapias antiretrovirais e terapias imunossupressoras), maiores são as dificuldades no cumprimento da terapêutica (Van Servellen, Chang, Garcia, & Lombardi, 2002). O fornecimento de informação completo e conciso sobre os efeitos adversos da medicação pelo clínico também previne, definitivamente, atitudes de não adesão (Rosner, 2006). Vários estudos evidenciam que as alterações de humor e o stresse provocados pelos efeitos secundários da imunossupressão se relacionam com a não adesão (De Geest et al., 2000; Grady et al., 1998; Moons, De Geest, Abraham, Cleemput, & Van Vanhaecke, 1998; Sabaté, 2003; Schweizer et al., 1990). Em pacientes do sexo feminino, os efeitos cosméticos da imunossupressão também poderão despoletar um comportamento de não adesão (De Geest et al., 1999).

Num estudo de Kory (1999) os pacientes transplantados apontavam como causa de maior dificuldade na toma da medicação os seguintes fatores: os efeitos secundários da mesma (64%), o que vem ao encontro de outros estudos (Valentine, Russell, Taylor, Short, & Johnson, 1999), as suas consequências a longo prazo (15%) e a dificuldade na sua preparação (14%), sendo a

simplicidade da prescrição da medicação, o melhor preditor da adesão (M. Robbins, 1999; Sabaté, 2003).

No que diz respeito à comparência nas consultas e exames médicos de *follow-up*, vários estudos revelam que existe uma estreita relação entre esta, a adesão em geral e, a adesão à imunossupressão (De Geest et al., 1998; Schweizer et al., 1990).

#### **4.3.5.4. Fatores relacionados com o paciente: o peso das variáveis psicossociais**

Os fatores relacionados com o paciente constituem a área mais explorada dos determinantes da não adesão ao regime terapêutico após a transplantação cardíaca. Englobam, para além dos aspetos sociodemográficos, as perturbações psicológicas e psiquiátricas do paciente e os seus recursos psicossociais (informação e crenças sobre a doença, motivação para a gerir, sentimentos de auto-eficácia face às competências no confronto com a mesma, expectativas e receios face aos resultados do tratamento e suporte social).

As características sócio-demográficas como o género, a raça, a idade e a classe social revelam um valor preditivo limitado na adesão destes pacientes. No entanto, a literatura mostra que pacientes com menos de 20 anos revelam taxas de não adesão superiores aos pacientes com mais de 40 anos e que os pacientes de maior risco são os que apresentam idade inferior a 25 anos (Cooper et al., 1984; J. Dunn et al., 1990; Sabaté, 2003; Schweizer et al., 1990). Os adolescentes revelam as maiores taxas de não adesão (Hosenpud et al., 1997). Este grupo, dados os desafios acrescidos do foro desenvolvimental que lhe são colocados apresentam maior dificuldade em lidar com a integração física e psicológica do novo órgão, bem como com os efeitos secundários cosméticos da imunossupressão sendo que, quanto maiores as dificuldades a este nível, maior o risco de não adesão e de uma qualidade de vida comprometida (Albert, Hudalla, Traue, & Hetzer, 2012; Bunzel & Laederach-Hofmann, 2000).

As perturbações psicológicas e psiquiátricas, nomeadamente a ansiedade e a depressão associadas frequentemente à situação de doença crónica, mas tantas vezes sub-estimadas do ponto de vista terapêutico, provocam danos significativos na adesão dos pacientes (Frasure-Smith & Lespérance, 2005; Young, Klap, Sherbourne, & Wells, 2001). A doença cardíaca não foge a esta regra (DiMatteo et al., 2000; Van Der Wal et al., 2006; Ziegelstein et al., 2000).

Os problemas psiquiátricos existentes antes do transplante e após o mesmo são evidenciados empiricamente e reportados como altamente correlacionados com a não adesão em diferentes componentes (Frierson & Lippman, 1987; Levenson & Olbrisch, 1993a; Paris et al., 1994; Phipps, 1991; Shapiro et al., 1995). Paris et al. (1994), Rovelli et al. (1989) e Shapiro et al. (1995) partilham de duas razões definitivas para a não adesão: perturbação psicológica e/ou psiquiátrica e alcoolismo confirmado no período pré-T.C.

As perturbações de personalidade, a depressão pré e pós-T.C. e o *déficit* cognitivo encontram-se também entre os fatores de risco de não adesão (Brennan et al., 1987; Chisholm, 2002a, 2002b; De Geest et al., 2001; Dew, Roth, Thompson, et al., 1996; DiMatteo et al., 2000; Harper et al., 1998; Fine et al., 2009; Mai, McKenzie, & Kostuk, 1990; Meichenbaum & Turk, 1987; Shapiro et al., 1995; Stilley, Sereika, Muldoon, Ryan, & Dunbar-Jacob, 2004). A depressão pré e pós-TC é assim um fator de risco decisivo da não adesão, constituindo um dos mais fortes preditores da mesma.

Shapiro et al. (1995) concluíram que os pacientes com fatores de risco de não adesão, nomeadamente, abuso de substâncias e desordens de personalidade, faziam mais episódios de rejeição, embora sem associação significativa à mortalidade. Dew et al. (1999), num estudo com 145 transplantados cardíacos chegaram a três importantes conclusões: o risco de rejeição aguda era 4.17 vezes superior nos pacientes que não cumpriam o plano de adesão da imunossupressão e 6.91 vezes maior de rejeição crónica nas mesmas circunstâncias; o risco de incidência da doença vascular do enxerto era potenciado pela depressão persistente do paciente e, o risco de mortalidade aumentava nos pacientes com diagnóstico de perturbação de pós-stresse traumático em relação ao T.C.

No leque das desordens de personalidade, a personalidade *borderline*, acompanhada de instabilidade emocional, é a que inspira mais risco na adesão à terapêutica (Bunzel & Laederach-Hofmann, 2000); pela instabilidade nas relações interpessoais (inclusive com o médico), pelas dificuldades na auto-estima e relação com a imagem corporal, comportamentos de auto-mutilação e, pela predisposição ao envolvimento em comportamentos de fuga para a frente (abuso de álcool, drogas, tabaco, etc.) que comprometem seriamente a conservação do enxerto cardíaco.

Em termos psicológicos, elevados níveis de hostilidade, negação (Dew, Roth, Thompson, et al., 1996), expectativas frágeis e/ou inadequadas pré-T.C. (Leedham et al., 1995), baixa motivação (Meyendorf et al., 1989), baixa auto-estima (Valentine et al., 1999) e perceção de obstáculos à adesão ao regime terapêutico (nomeadamente em relação aos efeitos secundários da imunossupressão) são outros fatores relacionados com uma pobre adesão.

Em relação às estratégias de *coping*, os pacientes que utilizam estratégias centradas na emoção (como o evitamento, a fatalidade e a distração em relação ao problema) têm mais tendência a não aderir às prescrições médicas, sendo que os pacientes crónicos utilizam mais estas estratégias de confronto (Grady et al., 1998; Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo, & Kravitz, 1992).

A motivação para o paciente aderir a um regime terapêutico prescrito é influenciada pela gravidade percebida pelo paciente da sua doença, pelas crenças sobre os sintomas, pelo *ratio*

custo-benefício que o paciente acredita ter com a adesão e, pelo grau de auto-eficácia percebida no sentido do seu cumprimento (Marks et al., 2005)

Concluindo, embora não possamos falar numa personalidade não-cooperante (Hulka, 1979, Meichenbaum & Turk, 1987), devido à importância das contingências sociais neste comportamento, existe um conjunto de características psicológicas que podem afetar negativamente a adesão, ao prejudicarem a motivação e as competências do paciente para cumprir um determinado regime terapêutico.

A história prévia de não-adesão, seja no período pré-T.C., ou noutro momento anterior, aparece como um preditor fidedigno para a não adesão ao regime terapêutico (Balestroni et al., 2002; De Geest et al., 1998; De Geest et al., 2000; Harper et al., 1998; Nagele et al., 1997), para a rejeição aguda (Bunzel & Laederach-Hofmann, 2000; Dobbels et al., 2009) e para a mortalidade após o T.C. (Owen et al., 2006).

Como referido, a falta de informação sobre o regime terapêutico constitui uma causa importante para a não adesão mas há que salientar que, imediatamente após o transplante, a capacidade para o paciente absorver a informação sobre a sua terapêutica se encontra limitada dado o possível comprometimento cognitivo característico desta fase (devido às psicoses tóxicas provocadas pela imunossupressão, às infeções, encefalopatias, etc.). Daí a importância, da presença de uma figura de apoio, que ajude o paciente, entre outras tarefas, a gerir a medicação, no início do processo, já que o esquecimento também se revelou relevante para a não adesão (Erdman et al., 1993; R. O'Brien, Aslani, Ciccia, & Brien, 2008).

Definitivamente, o suporte social (instrumental e emocional) é um fator decisivo para a adesão a regimes terapêuticos em geral (DiMatteo et al., 1993; R. Levy, 1985; Marks et al., 2005; Sabaté, 2003). Como referido anteriormente neste Capítulo, o papel do apoio social na saúde opera também pela via privilegiada da adesão terapêutica, independentemente do tipo de patologia em questão, do seu tipo de cronicidade, da idade dos pacientes, das terapêuticas utilizadas e das medidas de avaliação das duas variáveis (DiMatteo, 2004). Esta variável parece ser, de facto, um dos fatores psicossociais que mais influencia a adesão (Sarafino, 2002). De que forma o apoio social potencia a adesão aos regimes terapêuticos, quer direta ou indiretamente, é algo que ainda não se encontra totalmente estabelecido e que parece revestir-se de bastante complexidade. No entanto, sabemos que, e em primeiro lugar, o apoio social amortiza o stresse e permite aos indivíduos optarem por comportamentos mais adaptativos face à doença e, neste sentido, potencia a adesão (Wallston, Alagna, DeVellis, & DeVellis, 1983); por outro lado, o envolvimento de pessoas próximas facilita a adesão, pelo incitamento à internalização de regras e comportamentos pró-saúde. Em terceiro lugar, o apoio social pode ainda afetar a adesão através de mecanismos fisiológicos (funcionamento imunitário, endócrino e cardíaco) (Druley &



Townsend, 1998). Por último, o apoio social ao promover o funcionamento cognitivo, a motivação, o sentimento de controlo pessoal, o humor positivo, a auto-confiança, a auto-estima e a auto-eficácia, constitui uma variável determinante na mediação dos mecanismos de *coping* fundamentais para comportamentos de promoção de saúde e gestão da doença crónica, entre os quais, o comportamento de adesão (Bandura, 1992; O’Leary, 1985). O apoio social ao potenciar estas competências minimiza o stresse, os conflitos interpessoais e a depressão, concorrendo para a adesão do paciente (Alferi, Carver, Antoni, Weiss, & Duran, 2001; Druley & Townsend, 1998; Glasgow et al., 1989; Goodenow, Reisine, & Grady, 1990; Holahan et al., 1995; King et al., 1993; Kulik & Mahler, 1993; Rosner, 2006; Schneider, Friend, Whitaker, & Wadhwa, 1991; Seeman, Lusignolo, Albert, & Berkman, 2001; Taal, Rasker, Seydel & Wiegman, 1993).

Corroborando estes resultados, no estudo de Dobbels et al. (2009), um maior isolamento social avaliado no período pré-T.C. revelou-se preditor de uma má adesão à terapêutica imunossupressora, sendo que, o facto de não se estar envolvido numa relação estável foi preditivo de uma maior incidência de rejeição aguda, da perda/falência do órgão, seis a 12 meses após o transplante e de mais dias de hospitalização no período tardio pós-T.C.

Num estudo de DiMatteo (2004), concluiu-se que o impacto do suporte social instrumental, nomeadamente por parte do cônjuge, é determinante no comportamento de adesão do paciente ao tratamento e, que viver com outra pessoa numa relação ou estar casado(a) se revela potenciador da adesão, nomeadamente medicamentosa, aspetos já encontrados noutros estudos anteriores (Bunzel & Wolleneck, 1994; De Geest et al., 1997; Dew, Roth, Thompson, et al., 1996). No entanto, o apoio emocional tem efeitos mais fortes na adesão, do que o simples apoio instrumental, sugerindo que a qualidade da relação é mais determinante para a adesão do que simplesmente ter qualquer pessoa próxima. Desta forma, a adesão também se revela superior em famílias coesas (com sentimentos de aceitação, união e equilíbrio emocional) em detrimento de famílias instáveis e disfuncionais.

Dobbels et al. (2005) e Dobbels et al. (2009) apontam como preditores independentes da não adesão à medicação no período pré-T.C., o elevado nível educacional dos pacientes - corroborando DiMatteo (2004), em relação à doença crónica, em geral - e o frágil apoio social. Podemos avançar com a hipótese de que um nível educacional mais elevado esteja associado a um estilo de vida mais ocupado, que ponha em risco a toma regular da medicação e/ou ainda que estes pacientes se enquadrem num grupo de indivíduos que optam por uma tomada de decisão independente face à sua doença e ao tratamento.

#### **4.3.6. Modelos e teorias da Adesão Terapêutica**

Existem vários modelos teóricos para explicar a adesão ao tratamento; destacam-se aqueles

que poderão constituir grelhas de leitura mais pertinentes na situação de T.C. face às variáveis em estudo.

O modelo desenvolvimental de Kristeller e Rodin (1984) trata-se de um modelo com uma grande vertente integracionista, que pela sua organização em estádios, vai ao encontro da complexidade e exigência de progressão do esquema de adesão, a que os pacientes transplantados necessitam de se submeter. O modelo postula a existência de três estádios no processo de adesão:

- Concordância ou *compliance* (refere-se em que medida o paciente, numa fase inicial concorda e segue as prescrições médicas. A confiança do paciente no médico, relativamente ao diagnóstico e ao tratamento, é a chave desta fase e assiste-se, frequentemente, a uma elevada eficácia do tratamento);

- Adesão ou *adherence* (o paciente continua a cumprir as recomendações médicas com que concordou previamente, mas já com uma supervisão limitada do clínico. Este continua a exercer orientação, potenciando a integração do tratamento no estilo de vida do paciente, ajudando-o a antecipar alguns obstáculos que possam surgir, de forma a este traçar estratégias de *coping* alternativas. No caso do T.C., para prevenir, por exemplo, o esquecimento da toma da medicação, relacionar este comportamento com as atividades que o paciente realiza ao longo do dia, resulta numa estratégia eficaz, assim como disponibilizar doses individuais, usar lembretes, etc. Trata-se de uma fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o auto-cuidado);

- Manutenção ou *maintenance* (o paciente continua a levar a cabo os comportamentos de melhoria da sua saúde, integrando-os já como hábitos no seu estilo de vida com uma vigilância clínica limitada ou inexistente. Neste estádio o paciente já terá adquirido competências de auto-regulação, ou seja, controlo sobre os novos comportamentos, integrando-os na sua vida diária).

Esta evolução pressupõe um papel crescente de envolvimento do paciente no controlo do seu regime terapêutico e na sua recuperação, culminando com a total autonomia (Pais-Ribeiro, 2005c). O facto deste modelo se organizar em estádios tem como vantagem, a progressão do esquema de adesão que se enquadra perfeitamente na situação de transplante. Assim, na primeira fase do processo - a cirurgia - é requerido ao paciente um papel mais passivo, sendo este o primeiro patamar de um crescendo de participação e autonomia do paciente no seu longo processo de recuperação. Por outro lado, trata-se de um modelo antigo e que descarta a génese do processo de adesão, i.e., não explica a origem da modificação de comportamentos exigida num processo de adesão a regimes terapêuticos.

Existem pacientes que aderem na totalidade ao regime médico quando têm uma compreensão efetiva do racional do mesmo e dos resultados que este terá na sua saúde, quando a

memorização da informação transmitida pelo médico é efetiva e, quando se encontram satisfeitos com a competência do mesmo. Estes aspetos são preconizados pelo Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão de Ley que defende que a satisfação do paciente e, conseqüentemente, os comportamentos de adesão, resultam não só do apoio emocional que o paciente sente por parte do clínico, mas também de aspetos comportamentais (prescrições e explicações claras) (Ley, 1986). Estes aspetos é que promoveriam a satisfação do paciente, o que por sua vez, faria prever a adesão (Ley, 1986).

O modelo de Ley inspirou a análise posterior dos efeitos do uso da informação oral e escrita na adesão e recuperação do paciente. Burke, Dunbar-Jacob e Hill (1997) e Soine et al. (1992) consideram-na uma intervenção poderosa para promover bons resultados na saúde. No entanto, Kory (1999) realiza um estudo com pacientes submetidos a transplante de diferentes e classificados como “claramente informados” sobre a medicação e verifica que, embora 65% dos indivíduos indicassem a rejeição e 30% a morte, como conseqüências da não adesão, apresentavam um grau moderado deste comportamento.

Corroborando o modelo de Ley, estudos posteriores revelam que o paciente não adere à terapêutica se não confia no médico (Roberts, 2002), se não se encontra satisfeito com a sua atitude e/ou se o último revela frieza ou distanciamento emocional (Buller & Buller, 1987).

Leventhal critica este modelo, salientando a sua insuficiência para explicar a adesão e propõe o Modelo de Auto-regulação do Comportamento (H. Leventhal, Benyamini et al., 1997; E. Leventhal & Crouch, 1997). Este modelo preconiza três etapas na confrontação do indivíduo com a doença:

- *representação cognitiva e emocional da ameaça à saúde* - trata-se da confrontação do paciente com a alteração do seu estado de saúde pela percepção de sintomas ou através de pistas externas (informação), aos quais reage, desenvolvendo uma representação cognitiva da doença, tentando atribuir um sentido ao problema, de acordo com as cognições que possui da mesma. De acordo com H. Leventhal e Cameron (1987), as cognições ou representações de doença são crenças implícitas de senso comum que o indivíduo tem sobre a sua doença. Paralelamente desenvolve uma representação emocional da doença (alterações no estado emocional como ansiedade, medo, depressão);

- *desenvolvimento e ativação de mecanismos de coping* para lidar com as referidas representações da doença - o paciente identifica e seleciona estratégias que lhe permitam restaurar o equilíbrio. Poderão ser estratégias ativas de aproximação (procurar apoio social, seguir as prescrições médicas) ou optar por um estilo de *coping* evitante ou de negação (H. Leventhal & Cameron, 1987);

- *ponderação ou avaliação do resultado do plano de ação* - consiste na avaliação que o

paciente realiza das estratégias de *coping* utilizadas, da qual resulta ou a manutenção das mesmas ou uma modificação.

Uma vez que neste modelo, as diferentes fases se relacionam entre si de forma dinâmica, ou seja, a representação cognitiva e emocional da doença e a ativação dos mecanismos de *coping* vão-se ajustando e auto-regulando ao longo do *continuum* temporal, este modelo, segundo alguns autores, parece o mais indicado para explicar a adesão, neste tipo de pacientes (Telles-Correia et al., 2007). Permite também perceber a grande instabilidade nas taxas de adesão na situação pós-T.C; na realidade, estas acompanham as diferentes representações que o paciente tem da doença e as estratégias de *coping* a que recorre para lidar com as diferentes fases da recuperação (Rapisarda et al., 2006; Weinstein, Rothman, & Sutton, 1998). Numa situação de transplante existe uma grande variação temporal dos fatores cognitivos, ao ponto de o paciente evoluir de uma situação terminal para um período após o transplante, raramente conotado pelos pacientes como uma doença, devido à grande melhoria da qualidade de vida.

O paralelismo cognição/emoção permite-nos ainda explicar comportamentos, por vezes irracionais, que acontecem no período pós-transplante; i.e., apesar dos doentes terem conhecimento dos efeitos da não adesão, isto não significa que adiram ao seu regime terapêutico, mesmo que a perda do enxerto signifique a morte.

A teoria psicológica da auto-determinação (Deci & Ryan 1985; Deci & Ryan, 2000) postula a existência da motivação intrínseca ou autónoma que permite que o comportamento seja motivado por razões internas (o interesse pessoal do indivíduo é o motor da ação) e a existência da motivação extrínseca, em que razões exteriores ao indivíduo seriam o motor do seu comportamento, por exemplo pressões interpessoais e intra-psíquicas. Segundo os autores, a motivação autónoma trata-se de uma necessidade inata da natureza humana em envolver-se, procurar desafios, desenvolver capacidades e oportunidades de aprendizagem.

A motivação intrínseca está positivamente associada a comportamentos pró-saúde, nomeadamente à adesão a regimes médicos em pacientes com uma variedade de doenças crónicas, como por exemplo, a adesão à terapia antiretroviral, cessação tabágica e de abuso de substâncias, perda de peso e atividade física e, na adesão a terapêuticas medicamentosas de longo prazo (Chan, Lonsdale, Ho, Yung, & Chan, 2009; G. Williams, Rodin, Ryan, Grolnick, & Deci, 1998). Isto porque, os pacientes que escolhem autonomamente mudar o estilo de vida e seguir um regime terapêutico (actividades que não são à partida agradáveis) fazem-no dado esse comportamento ter uma importância pessoal e sentida, que vai ao encontro dos seus valores na saúde e não, por exemplo, por submissão ao clínico ou pressões familiares/sociais, ameaças, recompensas ou ordens externas. Assim, o paciente que regula o seu comportamento de forma autónoma ou auto-determinada, age assim, porque escolheu fazê-lo, devido à importância que

atribui ao comportamento na sua saúde. Entenda-se aqui autonomia do paciente, não no sentido da independência, mas no sentido de vontade, capacidade volitiva e de escolha na ação (Deci & Vansteenkiste, 2004).

O papel do médico neste processo consiste em incentivar a autonomia do paciente. Isto é conseguido numa relação empática, de confiança e compreensão, sem emissão de juízos de valor ou pressões e pontuada por aspetos muito específicos tais como: colocar-se na perspetiva do paciente, explorar as eventuais resistências e barreiras à mudança, revelar um entendimento das crenças e sentimentos do paciente em relação à adesão, apoiar as suas iniciativas, fornecer informação apropriada e consistente, mitigando as dúvidas do paciente, mostrar diferentes opções de tratamento e minimizar o controlo (Ryan & Deci, 2000; G. Williams et al., 2002). Este clima de interação centrado no cliente deve ter sempre como alvo a autonomia deste último. Por outro lado, a perceção deste sobre o apoio do clínico vai encorajar a sua motivação intrínseca e o compromisso consigo próprio, ajudando-o no processo de integração do novo comportamento no *self*, passando o paciente a responsabilizar-se cada vez mais pela adesão e sentindo-se determinado a levar a cabo o novo comportamento. Assim, a manutenção do comportamento de adesão, ao longo do tempo, requer que o paciente internalize confiança, valores e competências para a mudança comportamental (G. Williams et al., 1998) e experiencie a auto-determinação (Ryan, Patrick, Deci, & Williams, 2008). Na realidade, estudos indicam uma correlação positiva entre os clínicos que reforçam e apoiam os comportamentos de autonomia e responsabilidade dos pacientes e a motivação intrínseca (Ryan & Deci, 2000).

Ao contrário da Teoria de Auto-Eficácia (Bandura, 1989), a teoria de auto-determinação não pressupõe que o sentimento de competência por si só permita a mudança comportamental, no sentido da adesão, mas tem que ser acompanhado pela autonomia e volição (Ryan et al., 2008). No entanto, pressupõe que a motivação intrínseca seja mediada por uma competência individual percebida pelo paciente (semelhante ao conceito de auto-eficácia), para levar a cabo a modificação do comportamento (G. Williams, Frankel, Campbell, & Deci, 2000).

O modelo de auto-determinação ao implicar o paciente no plano terapêutico, auxiliando-o a desenvolver objetivos para o seu cuidado e à medida do seu estilo de vida, vai promover os seus sentimentos de *empowerment* e auto-eficácia, fazendo deste, um aliado ativo e comprometido com o processo terapêutico (Feste & Anderson, 1995). Este aspeto é extremamente importante no processo de adesão após o T.C. em que o paciente é responsabilizado pelos seus próprios cuidados, durante toda a vida.

## 4.4. Qualidade de Vida

### 4.4.1. Do conceito à aplicação na doença cardíaca terminal

Sendo este um conceito recente na literatura psicológica, deparamo-nos com uma variedade de definições de Qualidade de Vida (QDV).

Desde a sobreposição do conceito a um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou incapacidade (Cramer, 1994), ou à diferença de expectativas do indivíduo (Pais-Ribeiro, 2005c), até à noção de Calman (1984) que defende que a QDV é a discrepância, num dado momento da vida do indivíduo, entre as expectativas e esperanças pessoais, e as experiências que ocorrem, realmente, na sua vida, a multiplicidade de construtos nas definições de QDV abunda. Já Leidy, Revicki e Genesté (1999, p. 114) definem QDV como “a percepção subjetiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios importantes para o indivíduo”. A OMS (WHO, 1997), em coerência com a sua definição de Saúde (WHO, 1948), salienta a multidimensionalidade do conceito e postula que a QDV ultrapassa a ausência de doença, identificando três principais domínios da QDV: físico, social e psicológico. O funcionamento físico inclui dor, fadiga, sono, apetite, independência nas atividades diárias e, ausência de sinais e sintomas de doença. O funcionamento social baseia-se na percepção que o indivíduo possui do seu papel e das relações com os outros, incluindo interação social, lazer, vida sexual, relacionamento com família e amigos e trabalho. O funcionamento psicológico relaciona-se com o estado emocional, cognitivo e comportamental. Este modelo multidimensional implica uma interdependência entre os vários domínios, em que o T.C., como *life event* significativo, apresenta efeitos em cada dimensão e essa, nas restantes (Dew, Switzer, et al., 2000).

Segundo Pais-Ribeiro (2005a, p. 96) “a QDV não se trata de um conceito unívoco” mas sim multifatorial e subjetivo; “a sua definição e componentes essenciais não são claros; não existe uma diferenciação clara da QDV, dos aspetos que a determinam nem existem instrumentos consensuais que a avaliem”.

No caso concreto da insuficiência cardíaca terminal, e como exploramos no Capítulo 2, a mesma compromete severamente a QDV do paciente ao contribuir para a limitação do seu funcionamento físico, emocional e social. A incapacidade, o sofrimento físico, a depressão, a ansiedade, a redução no funcionamento das atividades diárias, do funcionamento laboral (reforma antecipada) e social constituem, quase sempre, morbidades psicossociais associadas à doença que contribuem para uma diminuição da QDV (Dracup et al., 1992; MacMahom & Lip, 2002). As mulheres com I.C., reportam mais queixas de depressão, insatisfação face ao funcionamento físico, à qualidade de vida e à atividade social do que os homens (Opasich et al.,

2003; Riedinger et al., 2001).

#### **4.4.2. Transplantação Cardíaca: da sobrevida à Qualidade “da” Vida - aspetos funcionais, emocionais e sociais**

Volvidos 45 anos e cerca de 100.000 transplantes cardíacos depois, o procedimento faz parte da rotina clínica, constituindo uma alternativa à I.C. terminal e resistente ao tratamento.

O refinamento das técnicas cirúrgicas, a introdução das biopsias endomiocárdicas para diagnosticar a rejeição, os avanços na imunologia, concretamente na imunossupressão e a profilaxia da infeção, concorreram para o aumento da taxa de sobrevida subjacente ao transplante. Hoje, 11 anos após o T.C., metade dos pacientes estão vivos; no entanto, e se considerarmos apenas os indivíduos transplantados que sobreviveram ao primeiro ano, o valor da mediana aumenta para 14 anos - Stehlik et al., 2011). Este progresso notável ampliou o foco de estudo não só para a avaliação do sucesso do T.C. em termos de expectativas de sobrevida para os pacientes com I.C. terminal, como também para a QDV dos pacientes transplantados cardíacos; assim a mesma, tem sido alvo de estudo extensivo desde o início dos anos 90, revestindo-se de tanta importância quanto a sobrevivência. O objetivo terapêutico e intrínseco da transplantação cardíaca é “to prolong life while improving its quality” (Deng, Smits, & Packer, 2002, p.137), sendo a QDV um preditor significativo da sobrevivência e morbidade após o T.C. (Dew et al., 2004; Dobbels, De Geest, Martin, et al., 2004).

Apesar da QDV dos pacientes transplantados não atingir os níveis da população sem doença (Dew, Goycoolea, Switzer, & Allen, 2000) é um facto inegável que este procedimento tem acarretado, cada vez mais, drásticas melhorias na qualidade de vida dos pacientes do período pré-cirurgia para o momento após a cirurgia (Beilby, Moss-Morris & Painter, 2003; Bohachick et al., 2002; Dew, Goycoolea, et al., 2000; Dew et al., 1997; Fisher et al., 1995; Grady, 2003; Hosenpud et al., 2001; John et al., 1999; Pinson et al., 2000; R. Robbins et al., 1999; Trzepacz, Levenson, & Tringali, 1991).

Os dados mais recentes apontam no sentido, de um estado funcional excelente, entre os sobreviventes ao procedimento, com aproximadamente 90% dos pacientes a não exibirem limitações no desempenho das tarefas diárias (Stehlick et al., 2011). Bohachick et al. (2002), constataram, que seis meses pós-T.C., os pacientes revelam uma diminuição da ansiedade, um incremento do sentimento de bem-estar, melhor perceção da sua saúde e maior satisfação com a vida. Apesar do estado funcional do paciente melhorar imediatamente após a cirurgia, alguns pacientes revelam limitações funcionais, não tendo alcançado uma reabilitação completa no final do primeiro ano (Jalowiec, Grady, & White-Williams, 2007a). Neste último estudo, as áreas funcionais mais problemáticas foram, por ordem decrescente: a questão laboral, as restrições da

dieta, a interação social, o lazer, a gestão doméstica e a movimentação. Os preditores significativos de um pior estado funcional foram os sintomas de *distress*, alguns efeitos secundários da imunossupressão (ganho de peso, fadiga e diminuição do desejo sexual) e situações geradoras de stresse (tentar manter o peso sob controlo, saber que outro paciente falece, mudanças físicas provocadas pela imunossupressão, fazer as biopsias regulares e esperar o seu resultado e, o esforço para retornar à vida normal). Problemas físicos, nomeadamente complicações neurológicas e problemas emocionais (o diagnóstico de depressão), durante o primeiro ano, constituíram também preditores de maior incapacidade. No mesmo estudo, em relação às variáveis demográficas, o sexo feminino e a idade mais avançada foram preditores de um pior estado funcional (estes pacientes apresentaram no primeiro ano mais problemas cardiovasculares, endócrinos e renais que explicam a incapacidade), de níveis mais elevados de depressão e menor QDV mental, resultados já anteriormente enunciados por Evangelista, Dracup, Doering, Moser e Kobashigawa (2005), dois anos após o T.C. Por outro lado, e como já referimos, questões de ordem psicossocial, nomeadamente a acumulação de papéis sócio-familiares, também poderão estar na origem de uma QDV mais frágil, face ao sexo masculino.

As melhorias no funcionamento físico dos pacientes são quase sempre acompanhadas por melhorias no aspeto psicológico e social, promovendo a QDV dos pacientes transplantados, comparativamente à dos candidatos ao procedimento (Bunzel & Laederach-Hofmann, 1999; Dew et al., 1997; Grady et al., 1996; Pinson et al., 2000). Na ausência de complicações, o T.C. permite que a qualidade de vida dos pacientes se aproxime da população em geral 10 anos após o mesmo com excelente estado funcional, embora com morbilidades físicas associadas (Butler et al., 2003; Karam et al., 2003; Shiba et al., 2004).

De facto, alguns problemas persistem para pacientes que desenvolvem novos problemas emocionais, muitas vezes associados às várias morbilidades físicas que vão surgindo. Mais de 58% dos pacientes apresentam *distress* psiquiátrico e/ou perturbações psiquiátricas diagnosticáveis, nos anos seguintes à cirurgia. A depressão, por exemplo, aparece-nos mais elevada do que na população saudável, em pacientes transplantados há mais de nove anos (Dew et al., 2004; Dew, Kormos, et al., 2001; Hetzer et al., 1997; Paris et al., 1994; Stukas et al., 1999).

Como referimos anteriormente, as dificuldades nas relações interpessoais, no funcionamento conjugal, social e laboral também estão presentes, pontuadas por restrições nas atividades de lazer e nos papéis domésticos (Bunzel et al., 1999; Dew et al., 1997; Dew, DiMartini, et al., 2000; Grady et al., 1996; Littlefield et al., 1996; Paris, Brawner, Thompson, & Penido, 1997; UNOS, 2001).

Para alguns pacientes, o estado psicológico melhora progressivamente após o



procedimento enquanto, para outros, tal não acontece (Triffaux, Wauthy, Albert, et al., 2001). A melhoria na dimensão física da QDV, do momento pré para o pós-transplante, é claramente mais inequívoca e garantida, do que nas dimensões mental e social. Curiosamente, os níveis globais da QDV nestes pacientes aumentam, mesmo face às discretas melhorias dos seus domínios específicos (Triffaux, Wauthy, Albert, et al., 2001). A explicação para este facto prende-se, provavelmente, com a dádiva da vida que o paciente sente que foi alvo como única alternativa à morte; conduzindo-o a rever as suas perceções pessoais de referência sobre o que é a “qualidade de vida”; ou seja, os pacientes aprendem a lidar com um “novo tipo de vida normal”, apesar dos problemas físicos e psicossociais.

Num estudo de Myaskovsky et al. (2006), os autores constataram que o estado de saúde do paciente, avaliado com o SF-36, *Health Survey*, dois meses pós-T.C., constituía o preditor mais forte de cada dimensão da qualidade de vida um ano após a cirurgia. Evidenciou ainda que os pacientes mais novos e com formação mais elevada apresentavam melhor QDV, embora, e em consonância com todos os estudos nesta área, a melhoria na dimensão física da QDV não atingisse valores iguais à população normativa.

No estudo de Grady et al. (1999), um ano após a cirurgia, de entre as variáveis médicas estudadas, ter um cardiologista como médico assistente, estava positivamente relacionado com maiores índices de QDV e os pacientes menos preocupados com o seu funcionamento físico, com melhor perceção da sua saúde e menos complicações, nos primeiros três meses pós-T.C., apresentavam maiores índices de satisfação em relação à vida. Os efeitos adversos da medicação imunossupressora traduziam-se também numa menor QDV, mas só alguns destes efeitos se mostravam estatisticamente significativos, a saber: a disfunção sexual, as tremuras, a dificuldade de cicatrização da ferida cirúrgica e a mudança na forma facial. Também Politi et al. (2004) concluíram, que dez anos após o procedimento, os efeitos secundários do regime imunossupressor apresentam uma ação negativa na dimensão física da QDV mas não na dimensão emocional. Os autores chamam, no entanto, a atenção que a medida em questão da QDV avaliada pelo SF-36, *Health Survey*, pode não ser sensível o suficiente para detetar diferenças decorrentes do regime imunossupressor. Na realidade, no estudo de Barr et al. (2003), também com pacientes com longo tempo de transplantação, os efeitos adversos da imunossupressão correlacionam-se com uma pobre QDV, em geral.

Os efeitos nefastos da disfunção sexual e a insatisfação com a sexualidade, problemas comuns reportados após o T.C. afetam consideravelmente a QDV (Barr et al., 2003; Basile et al., 2001; Bunzel et al., 1999; Tabler & Frierson, 1990, UNOS, 2001).

No que diz respeito à transplantação a longo prazo, num estudo com pacientes com tempo de transplante entre cinco e 10 anos, a incapacidade funcional mostrou-se diminuta mas

correlacionou-se positivamente com variáveis psicológicas (humor depressivo e o uso de estratégias de *coping* evitantes), com variáveis clínicas (mais episódios de infeção, rejeição aguda, vasculopatia do enxerto, NYHA mais elevado e mais hospitalizações) e com certas variáveis demográficas (sexo feminino, ser mais velho, ter menos habilitações literárias e estar desempregado) (Grady et al., 2007). Outros estudos já haviam mostrado que fatores psicossociais, demográficos e clínicos eram preditores da função física, após o T.C. (Evangelista, Dracup, Doering, et al., 2005; Evangelista, Dracup, Moser, et al., 2005; Fusar-Poli et al., 2005; Grady, Naftel, Kirklin, et al., 2005).

Barr et al. (2003) avaliaram, de três em três meses e ao longo de um ano, a QDV em pacientes transplantados há oito anos e meio, tendo como objetivo correlacionar determinadas variáveis com a QDV, no sentido de poder estabelecer predições. A correlação positiva mais forte revelou-se entre a idade e a QDV, sendo que outras variáveis demográficas tais como sexo, raça e nível de formação não apresentavam efeitos significativos, o que reforça estudos anteriores (Grady et al., 1999). No entanto, outros estudos mais antigos e a curto-prazo após o T.C. revelaram diferenças de sexo na QDV; ou seja, as mulheres apresentavam mais insatisfação com a imagem corporal do que os homens e estes, reportavam mais queixas de insatisfação sexual e de insucesso no regresso ao trabalho (Duitsman & Cychosz, 1995). O facto de o paciente viver numa relação, também se encontrava relacionado com maiores índices na QDV.

Reforçando o estudo de Barr et al. (2003), e em relação à variável idade, num estudo com pacientes transplantados há cinco e seis anos, os pacientes com 60 anos ou mais revelavam-se mais satisfeitos com a sua QDV do que os que tinham menos de 60 anos (Grady, Naftel, White-Williams et al., 2005).

O estudo de Politi et al. (2004) revelou ainda, em traços gerais, que os valores da QDV, ao nível do ajustamento emocional dos pacientes transplantados há 10 anos, eram similares aos da população em geral, resultado confirmado, posteriormente por Rybarczyk et al. (2007), com pacientes com cinco anos de transplante); por outro lado, em termos da dimensão física da QDV, estes pacientes apresentavam, mais uma vez, valores mais baixos do que a população em geral, tendo como aspetos preditivos de risco, a idade avançada (superior a 65 anos) e a presença de complicações físicas.

Também Evangelista et al. (2004), mostraram que apesar da QDV e o bem-estar emocional ser melhor em mulheres submetidas ao T.C. (em média há  $5.2 \pm 4.4$  anos) face a um grupo de pacientes candidatas ao procedimento, os dois grupos apresentavam uma pobre QDV, em termos emocionais e físicos. As pacientes transplantadas continuavam a experienciar elevados níveis de depressão e baixo controlo percebido sobre a doença (embora em menor escala face às pacientes em lista de espera), o que as impedia de viver como desejavam (estes dois aspetos encontravam-

-se significativamente correlacionados com a QDV em geral). Estes resultados já tinham sido suportados por Dew et al. (1997), ao encontrarem melhorias no aspeto funcional após o T.C., apesar do estado emocional se manter inalterável.

Evangelista, Dracup, Moser, et al. (2005), compararam a QDV e os sintomas depressivos, em três grupos de pacientes (pacientes com I.C., mas estáveis do ponto de vista clínico, pacientes candidatos ao procedimento e pacientes submetidos a T.C., com os primeiros dois grupos em classe III de NYHA). Todos os grupos foram avaliados num primeiro momento e passado dois anos. Os resultados mostraram que, no primeiro momento, os três grupos de pacientes não diferiam em relação à QDV. No entanto, na avaliação de *follow-up*, a componente física da QDV e os níveis de depressão aumentaram significativamente ao longo do tempo, embora as alterações na saúde mental fossem mínimas. Nesse momento de avaliação, e como seria de esperar, os pacientes em lista de espera para o procedimento encontravam-se mais deprimidos, com menor saúde física e revelavam uma saúde psicológica mais pobre do que os pacientes transplantados e do que os pacientes com I.C., clinicamente estáveis. No entanto, e mais importante, é que as comparações entre grupos revelou que embora todos os pacientes continuassem a exibir baixos níveis de QDV, os pacientes com I.C., clinicamente estáveis, apresentavam níveis mais elevados na componente mental do SF-36, *Health Survey*, e menos sintomas depressivos, do que os outros dois grupos.

Mais recentemente, um estudo revelou que a depressão após o T.C. constitui o preditor independente mais significativo da QDV. O estado de saúde e o suporte familiar percebidos pelos pacientes também prediziam esta variável (Tung et al., 2011).

No que diz respeito à taxa de regresso à atividade profissional nos transplantados cardíacos, existe na literatura uma discrepância; ou seja, as taxas oscilam entre os 20 a 80% nos vários estudos (White-Williams, Jalowiec, & Grady, 2005). No entanto, e talvez o mais importante, é que a taxa de emprego revela-se significativamente menor do que a perceção subjetiva do paciente em relação à sua capacidade para trabalhar. Esta discrepância decorre, provavelmente, de questões metodológicas das investigações, como diferenças no tamanho da amostra, origem das mesmas, o tempo que decorre do transplante, etc.

No entanto, um estudo revelou que aspetos como estar com a família e amigos, a espiritualidade e o tempo de lazer tendem a ser mais valorizados pelos pacientes, após o T.C., do que o trabalho (Petrucci et al., 2007). Dado o passado longo de doença e confronto com a morte próxima, os pacientes redefinem objetivos e encontram um sentido para a sua vida que não passa necessariamente pelo regresso à vida profissional. No entanto, o emprego não deixa de ser uma componente muito importante na reabilitação do paciente transplantado, que promove a sua identidade, auto-estima e QDV. Daí que, assistamos a elevados níveis de depressão nos pacientes

com mais de 10 anos de transplantação, que se encontram desempregados, com pensão de invalidez, com alto nível de escolaridade e com diminuta atividade física (Fusar-Poli et al., 2005). Na realidade, os pacientes que se encontram sem uma ocupação após o T.C., exibem maiores taxas de problemas psicológicos face aos pacientes que mantêm uma vida ativa, inclusivamente, face a pacientes com incapacidade ou reformados (Engle, 2001). Apesar de existir uma relação significativa entre a incapacidade física e o desemprego (Politi et al., 2004; Salyer et al., 2001; White-Williams et al., 2005), a resistência do mercado de trabalho em admitir ou readmitir estes pacientes também poderá ser uma explicação válida e não deve ser confundida com incapacidade física.

A idade jovem, uma melhor QDV mental, uma ocupação prévia ao procedimento, um maior nível educacional, estar sem trabalhar menos de dois anos, menor tempo de espera em lista constituíam preditores independentes de regresso ao trabalho no primeiro ano (Jalowiec et al., 2007a; Kavanagh, Yacoub, Kennedy, & Austin, 1999; White-Williams et al., 2005). Por outro lado, é inegável que, um ano após o procedimento, quase todos os pacientes revelam dificuldades no regresso à atividade profissional e os que regressam referem dificuldades na sua realização (Jalowiec et al., 2007a). Os que não regressam apresentam maiores níveis de rejeição e infeção (White-Williams et al., 2005). Outros dados interessantes remetem para o panorama antes do T.C.; isto é, os pacientes que nesse momento não se encontram a trabalhar são hospitalizados mais frequentemente, revelam maior incapacidade física, mais sintomas de ansiedade e pautam modestamente a sua saúde (White-Williams et al., 2005).

Os últimos dados da ISHLT (com pacientes transplantados entre Janeiro de 1995 e Junho de 2010) reportam que aproximadamente 50% dos mesmos, na idade ativa, entre os 25 e 55 anos, se encontram a trabalhar cinco anos após o T.C. (Stehlik et al., 2011).

Em Portugal, um estudo refere que, de uma amostra de 84 pacientes, 42.6% retomaram a atividade profissional e 93% apresentavam uma atividade social normal (Antunes et al., 2007).

A adaptação social do paciente após o transplante refere-se não só à capacidade de retomar a atividade profissional, mas também ao desempenho de papéis, responsabilidades e interações sociais e em que medida a doença interfere nestes aspetos. Após o procedimento, os pacientes mostram algumas dificuldades no funcionamento social, reportando níveis mais baixos do que a população normal (Littlefield et al., 1996). Em relação aos papéis familiares o preditor mais forte da capacidade do paciente em re(adequar) as suas responsabilidades e papéis familiares é a qualidade das relações familiares e o estilo de *coping* (Konstam et al., 1999; Pinson et al., 2000).

Como facilmente verificamos, pelos estudos acima referidos, apesar dos benefícios do T.C., os problemas físicos, psicológicos e sociais ocorrem após a cirurgia e tendem a persistir a longo prazo. É comum existir uma *décalage* entre o estado emocional dos pacientes do período

pré-T.C. para o pós-T.C., com uma significativa melhoria do primeiro para o segundo momento, embora exista uma acentuada morbidade psiquiátrica durante os anos que se seguem ao transplante (DiMartini et al., 2008).

O bem-estar psicológico após o T.C. apresenta um “padrão” médio; baixo nos meses iniciais após o procedimento, melhorando gradualmente até ao final do primeiro ano, após o qual parece manter-se elevado e estável (Dew & DiMartini, 2005; Dew, Myaskovsky, et al., 2005). Este padrão espelha a reação do indivíduo a um *life event*, em que a elevação do stresse inicial pela exposição ao acontecimento dá lugar a um bem-estar ao longo do tempo (Dohrenwend, 2000). Como muitos outros acontecimentos de vida geradores de stresse, a experiência do T.C., evolui da situação de stresse agudo que é a cirurgia, para uma situação de stresse crónico, pontuada pela incerteza sobre o curso da “doença” e pelo desenvolvimento de morbilidades ligadas à imunossupressão (Dew & DiMartini, 2005). No entanto, este padrão médio engloba vários sub-grupos de pacientes com diferentes e individuais perfis de adaptação psicológica à experiência do T.C., explicando a significativa minoria de pacientes que exibem *distress* persistente, anos após o procedimento (Olbrisch et al., 2002).

De facto, os pacientes transplantados, apesar do alívio dos sintomas e morbilidades associadas, proporcionado pelo T.C., continuam a constituir um grupo vulnerável à morbidade psicológica e às preocupações somáticas. No entanto, num estudo longitudinal, com 232 pacientes transplantados, 85% responderam afirmativamente à questão se levariam novamente a cabo a transplantação (Grady et al., 1999), o que explica que a perceção da QDV global, dos pacientes seja, frequentemente, elevada apesar da incidência dos problemas físicos e psicológicos (Denny, 2011).



## **PARTE III – Estudo Piloto e Estudo Empírico**

---





## Capítulo 5. Estudo Piloto

---

No Capítulo 3, salientamos a relevância de uma avaliação psicossocial normalizada para o sucesso clínico do Transplante Cardíaco e no Capítulo 4 exploramos algumas variáveis que, segundo a literatura, deverão integrar tal avaliação, por se revelarem fundamentais no ajustamento psicológico do paciente ao procedimento. O presente capítulo apresenta os fundamentos para os motivos da conceção do estudo empírico deste trabalho. Assim, foi nosso objetivo perceber se, em três dos Centros Córdio-Torácicos nacionais de transplantação cardíaca, existe uma avaliação psicossocial prévia ao procedimento e quais os seus contornos. Para tal, foi desenhado um estudo piloto que descrevemos em seguida. Concluímos com os resultados e a discussão, onde se clarifica a situação portuguesa nesta matéria e se salientam as diferentes mais valias, para os vários intervenientes, de um processo de avaliação psicossocial fidedigno.

### 5.1. A avaliação psicossocial para Transplantação Cardíaca: lacunas e necessidades

Se a avaliação psicossocial pode predizer quais os pacientes que estão em risco psicossocial acrescido para T.C. (Shapiro et al., 1995), revestindo-se de um valor preditivo nos resultados de ajustamento ao mesmo, esta revela-se fundamental e deve ter implicações para os programas de transplantação.

Como vimos, no Capítulo 3 deste trabalho, no panorama internacional a standardização da avaliação psicossocial está muito aquém do desejável, com lacunas a nível da normalização e unanimidade dos avaliadores, critérios, métodos e instrumentos utilizados. Por outro lado, todas as linhas orientadoras apontam para a necessidade de uma avaliação psicossocial normalizada antes de listar o paciente para transplantação (De Jonge et al., 2008; Owen et al., 2006).

No sentido de fundamentar os objetivos da presente investigação, e uma vez que, em Portugal, não existem estudos sobre a avaliação psicossocial pré-T.C., começamos por realizar um estudo prévio exploratório, anterior ao estudo empírico, junto de três dos quatros centros nacionais de Transplantação Cardíaca, onde, posteriormente, se procedeu à recolha da amostra do estudo empírico propriamente dito.

### 5.2. Objetivos

O estudo piloto teve como objetivo identificar, analisar e comparar os critérios de avaliação psicossocial utilizados nos programas de Transplantação Cardíaca nos Centros Hospitalares do Porto, Coimbra e Lisboa.

Pretendeu-se levar a cabo um levantamento descritivo do processo de avaliação psicossocial, pré-transplante, nos diferentes centros hospitalares, nomeadamente: identificar

quais os técnicos que intervêm no processo, os instrumentos e/ou técnicas utilizadas, as variáveis psicossociais avaliadas, os critérios de exclusão, o “perfil do bom candidato” a transplante cardíaco, se existe história de insucesso por razões psicológicas e psicossociais e qual a importância atribuída a uma eventual avaliação psicossocial estandardizada e fidedigna.

### **5.3. Metodologia**

#### **5.3.1. Participantes**

Três profissionais de saúde diretamente envolvidos no processo de avaliação clínica dos pacientes de cada Centro de Cirurgia Cardiorádica onde se desenrolou a investigação - dois médicos cardiologistas e uma enfermeira – participaram no estudo piloto.

#### **5.3.2. Procedimentos**

Foi construída uma Entrevista Semi-estruturada, constituída por 11 questões, administrada ao profissional de saúde responsável e diretamente envolvido no processo de avaliação clínica dos pacientes de três dos quatro Centros de Cirurgia Cardiorádica que realizam transplantação cardíaca em Portugal, nomeadamente Centro de Cirurgia Torádica do Hospital de S. João - Porto; Centro de Cirurgia Torádica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Serviço de Cirurgia Cardiorádica do Hospital de St<sup>a</sup> Cruz - Lisboa. Esta administração foi individual, em cada um dos Centros Hospitalares em causa e não teve tempo-limite.

#### **5.3.3. Instrumentos**

Foi construída uma *Entrevista Semi-estruturada ao Profissional de Saúde Responsável pela Avaliação Psicossocial Pré Transplante Cardíaco* constituída por 11 questões, as quais abordam as seguintes dimensões:

- 1) *Procedimento para avaliação psicossocial do paciente candidato a T.C.;*
- 2) *Técnicos de saúde que realizam a referida avaliação;*
- 3) *Variáveis ou índices psicossociais avaliados;*
- 4) *Procedimentos, técnicas e instrumentos utilizados;*
- 5) *Ponderação atribuída às variáveis em questão;*
- 6) *Tomada em consideração dos “resultados”, enquanto critérios de seleção para listar o paciente para o procedimento;*
- 7) *Perfil do “bom candidato” ao procedimento;*
- 8) *Como se estabelecem os critérios de prioridade;*
- 9) *Quais as variáveis/índices psicossociais tidos em consideração;*
- 10) *História no centro de transplantação de insucessos médicos, por razões psicológicas e/ou psicossociais;*
- 11) *Importância atribuída à realização de uma avaliação psicossocial pré-transplante normalizada e criteriosa.*

### **5.4. Resultados**

O Quadro 5 apresenta uma sistematização das respostas obtidas, permitindo uma comparação dos procedimentos de avaliação psicossocial utilizados nos três centros de T.C.

Quadro 5

Entrevista semi-estruturada ao profissional de saúde responsável pela avaliação psicossocial pré-T.C.

Questões	Centro de Cirurgia Cardiorácica 1	Centro de Cirurgia Cardiorácica 2	Centro de Cirurgia Cardiorácica 3
<b>1- Realiza avaliação psicossocial, integrado no protocolo de T.C.?</b>	Não	Apenas em casos de: - dependência prévia de substâncias - dados que indiquem estados depressivos e/ou ansiosos - ambiente sócio-familiar que ponha em causa a adesão terapêutica	Não
<b>2- Quem realiza a referida avaliação?</b>	-	Médicos, psiquiatras e psicólogos da instituição	-
<b>3- Que índices psicossociais são avaliados?</b>	-	Aspetos da vida do paciente que achamos que ponham em causa a adesão ao T.C.	-
<b>4- Quais os procedimentos, técnicas e instrumentos utilizados?</b>	Nenhum (apenas reunião com paciente e familiar mais próximo)	Depende da área problemática identificada e cada profissional aplica os métodos que entende	Nenhum
<b>5- Qual a ponderação atribuída às diferentes variáveis?</b>	- Critérios de exclusão absoluta são apenas hábitos tabágicos, alcoólicos ativos e consumo de drogas. - Apoio familiar é critério de exclusão relativa	A avaliação psiquiátrica final é que define a “aprovação/reprovação” em lista de T.C.	Critério de exclusão relativa/absoluta: toxicod dependência
<b>6- Os "resultados" são tidos em conta enquanto critérios de seleção?</b>	Sim	Sim	Sim
<b>7- O que se considera ser um bom candidato a T.C.?</b>	- Ausência de evidência de disfunção de outros órgãos - Competência emocional do paciente e família - Apoio familiar - Situação económica favorável para lidar com todo o processo	Um paciente que “garanta” uma boa adesão terapêutica após o T.C.	O paciente que reúne certos critérios médicos, sem dependências e com bom apoio familiar
<b>8- Como se estabelecem os critérios de prioridade?</b>	Apenas médicos; regidos pela Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação (Critérios de Distribuição do Coração)	Médicos e psiquiátricos	Apenas médicos (Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação (Critérios de Distribuição do Coração)
<b>9- Quais os índices psicossociais tidos em consideração?</b>	Hábitos tabágicos, alcoólicos, dependência de substâncias e apoio familiar	Dependência de substâncias, patologia psiquiátrica prévia, personalidade e ambiente familiar	Toxicod dependência
<b>10- Existe história de insucesso por motivos psicológicos/psicossociais?</b>	"Sim: - Rejeição aguda por não adesão à medicação - Não adesão à medicação por desequilíbrio emocional com consequências mais ou menos graves - Problemas conjugais e familiares que comprometeram a adesão terapêutica e a saúde do paciente - Suicídio (história de depressão pré T.C.)"	"Na minha vivência profissional, ainda não"	"Sim, por abandono da terapêutica"
<b>11- Considera importante uma avaliação psicossocial criteriosa e normalizada?</b>	Muito	Sim	Muito

Como podemos constatar pela análise do Quadro 5, em dois centros, não é efetuada qualquer tipo de avaliação psicossocial e esta, quando existe (num dos centros), carece de formalização e normalização. Apesar dos critérios psicossociais de risco reunirem alguma unanimidade, não existe qualquer uniformização no peso dos mesmos, enquanto critérios de inclusão/exclusão, uma vez que são diferentes nos três programas. Dois dos centros de transplantação experienciaram insucessos após o T.C. devido a fatores psicossociais de risco e todos os profissionais enfatizam a necessidade de uma avaliação psicossocial standardizada.

## **5.5. Discussão**

Em Portugal, que tenhamos conhecimento, não existe qualquer procedimento ou instrumento de avaliação psicossocial que identifique claramente e com carácter preditivo, os pacientes em risco de um mau ajustamento após o procedimento. Esta lacuna impede o desenvolvimento de intervenções dirigidas a promover a candidatura destes pacientes ao transplante, potenciando um acesso desigual ao mesmo. A “avaliação” nestes três centros nacionais de transplantação cardíaca parece basear-se, na maioria das situações, na experiência clínica das equipas, no bom senso e “olho clínico” dos profissionais de saúde. Os programas de transplantação e os avaliadores psicossociais, quando existem, usam “técnicas” e critérios de avaliação diferentes, denotando uma lacuna ao nível da normalização do rastreio psicossocial pré-transplante. Este estudo piloto demonstrou portanto, que em Portugal, há uma divergência de critérios no processo de avaliação acerca das situações em que o paciente é excluído dos programas de Transplante Cardíaco, devido a variáveis psicológicas. Isto é, apesar da avaliação psicológica ser largamente reconhecida como fundamental numa equipa de T.C., esta não é levada a cabo de forma sistemática nem standardizada (com base em critérios empiricamente validados) (Skotzko et al., 2001).

As *guidelines* da OPTN (2008) e da ISHLT (Mehra et al., 2006), ao exibirem preocupação com a não uniformização da avaliação psicossocial e ao fornecerem diretrizes para a mesma, fazem ainda mais sentido no panorama português; mesmo que, neste momento, Portugal ainda não se debata com a escassez de dados a que assistimos internacionalmente. Em Portugal, como no resto do mundo, cada centro de transplantação segue os seus critérios médicos e como vimos, raramente, psicossociais para escolher os pacientes a listar, dentro de determinadas *guidelines* estabelecidas pela ISHLT.

O uso de uma ferramenta de avaliação objetiva, não só ajudaria o clínico na eliminação dos fatores emocionais do processo de tomada de decisão, mas também permitiria apresentar factos à equipa de transplantação durante o processo de seleção (Maldonado et al., 2012). Mais importante ainda, ao identificar os pacientes em elevado risco psicológico, estaríamos a preparar

o terreno para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas que permitissem ao paciente gerir eficazmente os seus recursos psicossociais. Desta forma, uma seleção psicossocial criteriosa iria traduzir-se num acesso justo à cirurgia, em menos morbilidade, menores taxas de rejeição, promoção da adesão e sobrevivência e, numa melhor qualidade de vida para estes pacientes.



## Capítulo 6. Estudo Empírico

---

### 6.1. Objetivos

Esta investigação tem como objetivo primordial identificar as diferentes variáveis psicológicas e sociais fundamentais no processo de ajustamento psicológico (operacionalizado pela adesão terapêutica e qualidade de vida) à situação de Transplante Cardíaco.

Com este intuito, estabeleceram-se vários objetivos específicos:

- a) Estudar as características psicométricas da versão portuguesa de dois instrumentos de avaliação psicológica que, pela revisão da literatura, nos parecem fundamentais ao ajustamento ao T.C.:
  - *Positive Expectations Subscale* (PES) (Leedham et al. 1995) (c.f. Capítulo 7);
  - *Heart Transplant Compliance Scale* (HTCS) (Grady et al. 1998) (c.f. Capítulo 7).
- b) Caracterizar os candidatos a T.C., no momento da avaliação pré-transplante, em termos de:
  - variáveis sociodemográficas – sexo, idade, escolaridade, situação laboral e agregado familiar (c.f. ponto 6.2.1.);
  - variáveis médicas – situação do paciente, grau de urgência do T.C., classe de insuficiência cardíaca [NYHA], prescrição de medicação psiquiátrica (c.f. ponto 8.1.1.);
  - variáveis psicossociais - expectativas positivas, suporte social, *coping*, psicopatologia, reatividade emocional, qualidade de vida (c.f. ponto 8.1.2.);
- c) Explorar as inter-relações entre as variáveis sociodemográficas e médicas com as variáveis psicossociais da avaliação pré-transplante (c.f. ponto 8.1.3. e 8.1.4.);
- d) Caracterizar os pacientes, aos seis meses pós-T.C., em termos de:
  - variáveis médicas pós-T.C. – grau de rejeição, re-hospitalizações e prescrição de medicação psiquiátrica (c.f. ponto 8.2.1.);
  - indicadores psicossociais de ajustamento - adesão terapêutica e qualidade de vida (c.f. ponto 8.2.2.);
- e) Estabelecer relações entre os indicadores psicossociais de ajustamento e as variáveis médicas aos seis meses pós-T.C. (c.f. ponto 8.2.3.);
- f) Caracterizar os pacientes, aos 12 meses pós-T.C., em termos de:
  - variáveis médicas – grau de rejeição, re-hospitalizações e prescrição de medicação psiquiátrica (c.f. ponto 8.3.1.);
  - indicadores psicossociais de ajustamento- adesão terapêutica e qualidade de vida

(c.f. ponto 8.3.2.);

- g) Estabelecer relações entre os indicadores psicossociais de ajustamento e as variáveis médicas aos 12 meses pós-T.C. (c.f. ponto 8.3.3.);
- h) Caracterizar a evolução das variáveis médicas ao longo do tempo (aos seis e 12 meses após o T.C) (c.f. ponto 9.1.);
- i) Caracterizar a evolução do indicador adesão terapêutica ao longo do tempo (aos seis e 12 meses após o T.C) (c.f. ponto 9.2.1.);
- j) Analisar as associações entre as variáveis avaliadas no período pré-T.C. - sociodemográficas, médicas e psicossociais - e as variáveis médicas e a Adesão Terapêutica, nos momentos seis e 12 meses pós-T.C. (c.f. ponto 9.2.2.);
- k) Explorar preditores da adesão terapêutica aos seis e 12 meses pós-T.C. (c.f. pontos 9.2.3. e 9.2.4.);
- l) Caracterizar a evolução do indicador qualidade de vida ao longo do tempo (pré-T.C., seis e 12 meses pós-T.C.) (c.f. ponto 9.3.1.);
- m) Analisar as associações entre as variáveis avaliadas no período pré-T.C. - sociodemográficas, médicas e psicossociais - e as variáveis médicas e a Qualidade de Vida nos momentos seis e 12 meses pós-T.C. (c.f. ponto 9.3.2.);
- n) Explorar preditores da Qualidade de Vida nos momentos seis e 12 meses pós-T.C. (c.f. pontos 9.3.3. e 9.3.4.);

O objetivo a) será trabalhado no Capítulo 7 – “Estudo e Adaptação de Instrumentos”. Por seu turno, os objetivos b) a g) serão alvo de atenção no Capítulo 8, intitulado “Resultados do Estudo Empírico: caracterização das variáveis nos três momentos de avaliação (pré-transplante, seis e 12 meses após T.C.)” e, por fim, os restantes objetivos serão apresentados no Capítulo 9 - “Resultados do Estudo Empírico: evolução ao longo do tempo, associação e predição das variáveis”.

## **6.2. Metodologia**

### **6.2.1. Participantes**

Setenta pacientes candidatos, em lista de espera ativa, para cirurgia de Transplantação Cardíaca participaram neste estudo. Estes pacientes foram recrutados em três dos quatro Centros de Cirurgia Torácica que efetuam este procedimento médico em Portugal, a saber: Centro de Cirurgia Torácica do Hospital de S. João (Porto); Centro de Cirurgia Torácica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Serviço de Cirurgia Cardiorádica do Hospital de Stª Cruz (Lisboa).



Constituíram critérios de exclusão ter menos de 18 anos, ter realizado anterior T.C., não saber ler nem escrever, possuir perturbação mental, deficiência ou nível cognitivo que impossibilitasse o preenchimento dos questionários, bem como condições clínicas extremamente incapacitantes (e.g., pacientes hospitalizados em UCI, com limitações a nível cognitivo, devido à severidade de insuficiência cardíaca).

58 indivíduos (82.9%) são do sexo masculino e têm idades compreendidas entre 18 e 71 anos ( $M = 51.2$ ,  $DP = 12.12$ ). Quanto à escolaridade, 44 pacientes (62.9%) não completaram o Ensino Básico e apenas 14 indivíduos (20.0%) possui o ensino secundário completo ou apresenta habilitações superiores. Em relação à situação laboral, a maioria dos pacientes, encontra-se reformada por invalidez ( $n = 45$ , 64.3%), oito (11.4%) pacientes estão desempregados, dois (2.9%) estão empregados ativos e a mesma percentagem encontra-se a estudar. No que diz respeito ao agregado familiar, 52 pacientes (74.3%) vivem acompanhados e os restantes 18 (25.7%) vivem sozinhos.

### **6.2.2. Procedimentos e Desenho do Estudo**

O Protocolo de Investigação subjacente à recolha de dados foi previamente aprovado pela Comissão de Ética do Conselho de Administração das três Unidades Hospitalares onde a mesma decorreu.

A recolha da amostra decorreu entre Setembro de 2008 e Março de 2012, após um pedido de colaboração voluntária e esclarecimento do desenho e objetivos do estudo junto dos pacientes. Foi ainda condição fundamental, a assinatura do Consentimento Informado (c.f. Anexo 4), por parte do paciente, respeitando os seus interesses e dignidade, garantindo-lhes o anonimato e a confidencialidade da informação recolhida. Enfatizou-se que a não participação ou desistência não envolveria qualquer consequência para os seus cuidados clínicos.

Esta investigação é longitudinal e comporta três momentos de avaliação, integrando variáveis psicossociais, variáveis médicas pré e pós-T.C. e indicadores psicossociais de ajustamento (c.f. Quadro 6).

O primeiro momento, antes do transplante cardíaco, integra 70 pacientes candidatos a T.C. e decorre em diferentes contextos, consoante o estado de saúde cardiológica do paciente; nomeadamente, na Consulta Externa de Cardiologia, no Internamento de Cardiologia ou na respetiva Unidade de Cuidados Intensivos. Neste momento, todos os pacientes tinham conhecimento que eram candidatos a transplante cardíaco, encontrando-se em lista de espera ativa para o procedimento. Sempre que, por razões sócio-culturais ou clínicas, o paciente sentia dificuldades no preenchimento do Protocolo de Investigação era auxiliado pela autora deste trabalho. A recolha dos dados da Ficha de Caracterização Clínica foi efetuada a partir da

consulta do Processo Clínico do paciente e complementada com informações fornecidas pela equipa médica e de enfermagem.

A escolha deste primeiro momento justifica-se para que se pudessem estudar variáveis psicossociais que se hipotetiza representarem um valor prognóstico considerável na predição do ajustamento futuro dos pacientes transplantados e que um dia possam vir a ser integradas no protocolo de avaliação psicossocial destes candidatos. O segundo momento ocorre seis meses após a transplantação, em que a amostra é constituída por 58 pacientes do primeiro momento que foram alvo do procedimento (82.9% da amostra inicial); por diferentes motivos, 12 pacientes (17,1%) não continuaram no estudo (quatro foram reavaliados medicamente tendo sido excluídos de lista ativa, cinco faleceram, um desistiu do T.C. e dois desistiram do estudo). Nesta ocasião, o protocolo de avaliação foi preenchido pelo paciente aquando da sua deslocação ao hospital para as consultas e/ou exames; quando tal não foi possível, o protocolo de avaliação foi enviado pelo correio juntamente com um envelope selado para o seu reenvio à investigadora. Neste momento, foi nosso objetivo conhecer o ajustamento do indivíduo, na forma da qualidade de vida e adesão terapêutica à nova reorganização e estilo de vida exigidas. Por outro lado, interessava também apurar variáveis médicas fundamentais nesta fase (grau de rejeição do enxerto, re-hospitalizações e prescrição de medicação psiquiátrica). Estes últimos dados foram recolhidos, igualmente, através da consulta dos Processos Clínicos dos pacientes e da informação fornecida pela equipa clínica de transplantação.

O terceiro momento de avaliação, culmina aos 12 meses pós-T.C. Nesta fase, a amostra é constituída por 55 pacientes (78.6% da amostra inicial), que já faziam parte da amostra no segundo momento, registando-se três falecimentos. Este terceiro momento de avaliação permitiu estudar, uma vez mais, o ajustamento do indivíduo, na forma da qualidade de vida e adesão terapêutica à nova reorganização e estilo de vida exigidas, bem como apurar as referidas variáveis médicas (grau de rejeição do enxerto, re-hospitalizações e prescrição de medicação psiquiátrica). Estes últimos dados foram recolhidos, igualmente, através da consulta dos Processos Clínicos dos pacientes e da informação fornecida pela equipa clínica de transplantação.

O Quadro 6 sistematiza o desenho do estudo empírico, as variáveis e indicadores estudados.

Quadro 6  
*Desenho do Estudo Empírico, Variáveis e Indicadores*

<b>Pré-T.C.</b>	<b>Momentos de Avaliação</b>	
	<b>6 meses após T.C.</b>	<b>12 meses após T.C.</b>
<b>Variáveis Psicossociais</b>	<b>Indicadores de Ajustamento Psicossociais</b>	<b>Indicadores de Ajustamento Psicossociais</b>
Expetativas Positivas	Adesão Terapêutica <sup>a</sup>	Adesão Terapêutica <sup>a</sup>
<i>Coping</i>	Qualidade de Vida <sup>a</sup>	Qualidade de Vida <sup>a</sup>
Suporte Social		
Reatividade Emocional		
Psicopatologia		
Qualidade de Vida		
<b>Variáveis Médicas pré-T.C.</b>	<b>Variáveis Médicas pós-T.C.</b>	<b>Variáveis Médicas pós-T.C.</b>
Grau de Urgência do T.C.	Grau de Rejeição do órgão	Grau de Rejeição do órgão
Classe NYHA	Re-hospitalizações	Re-hospitalizações
Medicação Psiquiátrica	Medicação Psiquiátrica	Medicação Psiquiátrica

*Nota:* <sup>a</sup>Variáveis resultado

### 6.2.3. Instrumentos de Avaliação

No Quadro 7 apresentam-se os instrumentos utilizados ao longo desta investigação, assim como os seus objetivos, as variáveis e indicadores avaliados e, os respectivos momentos de avaliação. Após o quadro, cada instrumento é descrito de forma detalhada.

Quadro 7  
Instrumentos de Avaliação

Instrumento	Objetivos	Variáveis / Indicadores Avaliados	Momentos de avaliação →		
			M1 Pré-T.C.	M2 6 meses após T.C.	M3 12 meses após T.C.
Ficha de Caracterização Sociodemográfica	Caracterização do contexto sociodemográfico: idade, sexo, anos de escolaridade, situação laboral e agregado familiar	Variáveis sociodemográficas	X		
Ficha de Caracterização Clínica	Caracterização da insuficiência cardíaca [NYHA], local onde o paciente se encontra, tipo de miocardiopatia, grau de urgência do T.C.e eventual prescrição de medicação psiquiátrica	Variáveis médicas relacionadas com a insuficiência cardíaca e com o T.C.	X		
<i>Sub-Escala de Expetativas Positivas (Positive Expectations Subscale ; PES; Leedham et al., 1995; Tradução Portuguesa Costa &amp; Guerra, 2008)</i>	Avaliação das crenças específicas sobre a eficácia do T.C., hipóteses de sobrevivência e de saúde futura, sentimentos sobre si próprio e expetativas em relação ao futuro	Expetativas Positivas	X		
<i>Escala de Suporte Social (Instrumental-Expressive Social-Support Scale, IESS; Lin et al., 1986; Versão Portuguesa: Guerra, 1995)</i>	Avaliação do apoio social	Apoio social	X		
<i>Coping with Health Injuries and Problems Scale, CHIPS; Endler et al., 1998; Versão Portuguesa, T. Ferreira et al., 2003)</i>	Avaliação do tipo de estratégias de coping para lidar com problemas de saúde	Coping instrumental, coping distrativo, coping social e coping emocional	X		
<i>Escala de Avaliação de Emoções (Emotional Reactivity Scale, EAS; Carlson et al., 1989; Versão Portuguesa, Moura Ramos, Canavarro, &amp; Pedrosa, 2004; Moura Ramos, 2006)</i>	Avaliação da reatividade emocional em função de sete emoções primárias: Felicidade, Tristeza, Medo, Ansiedade, Cólera, Culpa e Surpresa	Reatividade emocional	X		
<i>Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory, BSI; Derogatis, 1982; Versão Portuguesa Canavarro, 1999)</i>	Avaliação de sintomatologia psicopatológica em função das nove dimensões psicopatológicas e dos três índices gerais de psicopatologia	Dimensões e índices gerais de psicopatologia	X		
<i>Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 36 Itens (SF-36 - Health Survey ; Ware, Snow, Kosinsky, &amp; Gandek, 1993; Versão Portuguesa, Pais-Ribeiro, 2005a; P. Ferreira, 2000a, 2000b; P. Ferreira &amp; Santana, 2003)</i>	Avaliação da Perceção de Saúde (segundo a OMS)	Qualidade de Vida em oito dimensões e duas componentes (Componente Física e Componente Mental)	X	X	X
<i>Escala de Adesão Terapêutica no Transplante Cardíaco – Avaliação de Problemas no Regime de Transplantação Cardíaca (Heart Transplant Compliance Scale - Assessment of Problems with the Heart Transplant Regimen , HTCS; Grady et al., 1998; Tradução Portuguesa Costa &amp; Guerra, 2008)</i>	Avaliação da Dificuldade e da Frequência de Adesão ao regime terapêutico após o transplante cardíaco	Adesão Terapêutica após transplante cardíaco		X	X

### **6.2.3.1. Ficha de Caracterização Sociodemográfica**

Esta ficha foi elaborada com vista a recolher dados de caracterização de cada paciente candidato ao T.C., do ponto de vista sociodemográfico, considerando os objetivos que orientam este trabalho de investigação. Assim, caracterizamos os participantes quanto ao Sexo, Idade, Escolaridade, Situação Laboral e Agregado Familiar.

### **6.2.3.2. Ficha de Caracterização Clínica**

A ficha de caracterização clínica teve por objetivo recolher dados médicos referentes ao estado cardiológico do paciente e a índices específicos inerentes à inclusão em lista de espera para o T.C. Registou-se a Situação do paciente, a Classe Funcional de Insuficiência Cardíaca [NYHA] e o Grau de Urgência do transplante cardíaco. A eventual Prescrição de Medicação Psiquiátrica foi também registada.

### **6.2.3.3. *Sub-Escala de Expetativas Positivas (Positive Expectations Subscale, PES; Leedham et al., 1995; Tradução Portuguesa Costa & Guerra, 2008)***

Nesta investigação operacionalizamos o construto teórico “Otimismo” através da avaliação das “Expetativas Positivas”. Interessava-nos uma medida positiva, de projeção no futuro mas dirigida à avaliação das crenças específicas do paciente relativas ao procedimento médico que iria realizar. Desta forma, não fazia sentido avaliar perspetivas positivas através de medidas mais populares. No entanto, os resultados do estudo de Leedham et al. (1995) são consistentes com outras investigações que utilizaram o *Life Orientation Test* (LOT-R; Scheier et al., 1994), avaliando o Otimismo como uma medida prospetiva positiva, preditora do bem-estar, da saúde física e da recuperação da cirurgia.

Esta sub-escala resultou de uma combinação de itens da *Quality of Life Scale* (Leedham et al. 1995)<sup>28</sup> e avalia crenças específicas do paciente sobre a perspetiva da eficácia da Transplantação Cardíaca, hipóteses de sobrevivência e de saúde futura, assim como sentimentos sobre si próprio e expetativas do paciente, em relação ao futuro, de uma forma geral.

A *PES* é uma sub-escala, tipo *Likert*, constituída por sete itens, em que é solicitado ao paciente para colocar um círculo à volta da resposta que “Melhor expressa a sua forma de sentir”. As sete hipóteses de resposta oscilam de “Nada Confiante” (1) a “Totalmente Confiante” (7). A cotação oscila, portanto, de 7 a 49, em que maior cotação indica uma expetativa mais positiva face ao T.C.

No que respeita às características psicométricas, o *alpha de Cronbach* do instrumento é de

<sup>28</sup> Foram obtidas as devidas autorizações de utilização, tradução e adaptação.

0.81 e a análise de consistência/fidelidade revela que nenhum item, se omitido, altera a consistência interna do instrumento em mais do que 7%. Foi realizada uma análise fatorial pelo método componentes principais numa sub-amostra separada de 84 pacientes. Revelou-se um único fator na análise fatorial (*eigenvalue* 3.75) que explica mais de 46% da variância dos *scores*. As saturações dos itens neste fator variaram entre .48 e .81. Os restantes fatores obtiveram *eigenvalues* inferiores a 1 e eram essencialmente ininterpretáveis, o que demonstra a estrutura unifatorial da escala.

#### **6.2.3.4. Escala de Avaliação de Suporte Social (Instrumental-Expressive Social-Support Scale, IESS; Lin et al., 1986; Versão Portuguesa de Guerra, 1995)**

Esta escala foi desenvolvida por Lin et al. (1986) sendo originalmente constituída por 28 itens. A adaptação à população portuguesa, por Guerra (1995) baseou-se na definição do apoio social como “access to and use of social resources for the preservation of one’s well being” (Lin et al., 1986, p. 145). Desta adaptação, utilizando uma amostra de 144 estudantes do Ensino Superior resultou a “Escala de Avaliação do Suporte Social”, composta por 20 itens, constituindo uma versão abreviada da original. Trata-se de uma escala, tipo *Likert*, com as cinco hipóteses de resposta e correspondente cotação: "Sempre ou Quase Sempre" (1), "Muitas Vezes" (2), "Algumas Vezes" (3), "Raramente" (4) e "Nunca" (5). Esta escala destina-se a avaliar o suporte social na população em geral. A cotação da escala é o somatório da cotação de cada item, variando os seus valores entre um mínimo de 20 e máximo de 100.

Em termos psicométricos, a escala apresenta uma boa fidedignidade com um valor de *alpha* de *Cronbach* de 0,83. Foi ainda realizada análise fatorial da qual emergiram 5 fatores (Guerra, 1995) contudo, optamos neste estudo por considerar apenas o valor da escala total.

A referida escala foi também usada em populações com doença (e.g., VIH/Sida, cancro) tendo-se revelado sempre com boas qualidades psicométricas.

#### **6.2.3.5. Coping with Health Injuries and Problems Scale (CHIPS; Endler et al., 1998; Versão Portuguesa de T. Ferreira et. al., 2003)**

O *CHIPS* é um inventário multidimensional original de Endler et al. (1998), composto por 32 afirmações, sobre a forma como as pessoas lidam com problemas de saúde.

Este inventário assenta na definição de *Coping*, enquanto estratégia cognitiva ou comportamental para alterar ou regular fatores perturbadores internos e/ou ambientais; estas estratégias poderão ser ou não adaptativas. Segundo os autores, os problemas de saúde constituem um acontecimento específico indutor de stresse, cuja intensidade varia consoante a duração, a cronicidade e o grau de controlo percebido por parte do indivíduo.

O processo de adaptação para a população portuguesa (T. Ferreira et al., 2003) determinou

por questões psicométricas (análise de conteúdo dos itens, poder discriminativo dos mesmos em relação às sub-escalas e valores de consistência interna) a organização da escala segundo quatro componentes, num total de 28 afirmações. Para cada uma delas, o indivíduo dever-se-á posicionar relativamente ao seu grau de frequência, numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (cinco possibilidades de resposta), cotadas entre “Nunca” (1), “Raramente” (2), “Algumas vezes” (3), “Muitas vezes” (4) e “Sempre” (5).

As afirmações deste instrumento refletem quatro tipos de estratégias de *coping* básicas para lidar com problemas de saúde:

Componente 1 – *Coping instrumental* – inclui respostas orientadas para tarefas, como a procura ativa de informação ou a procura de serviços médicos. Itens da escala como: “Seguir os conselhos do médico”, “Procurar informação acerca dos tratamentos”, “Tomar a medicação às horas certas”, avaliam esta dimensão instrumental. Este tipo de respostas de *coping* encontra-se relacionado com a resolução do problema (“*Problem-focused Coping*”) referido por Lazarus e Folkman (1986) e Endler et al. (1998). É composto por 12 itens: 2, 5, 6, 9, 12, 13, 16, 17, 21, 23, 27, 28;

Componente 2 – *Preocupação emocional* – foca as consequências emocionais do problema de saúde. Este tipo de respostas está relacionado concetualmente com “*Emotion-focused Coping*” proposto igualmente por Lazarus e Folkman (1986). Segundo Endler et al. (1998), aspetos da preocupação emocional aparecem sobrepostos aos do construto de *ruminação*. É composto por 6 itens: 3, 7, 10, 14, 20, 24;

Componente 3 – *Coping distração* - trata-se de uma estratégia de *coping* em que a pessoa tenta pensar em experiências mais agradáveis que não o seu problema de saúde, ou seja, procura ocupar-se com atividades não relacionadas com o problema ou procurar a companhia de outros. É composto por 7 itens: 1, 8, 15, 18, 19, 25, 26;

Componente 4 – *Coping social* – refletem comportamentos que implicam atividades de interação com outros e de procura social (3 itens: 4, 11, 22).

A consistência interna da escala, bem como das sub-escalas é, portanto, satisfatória resultando num instrumento sensível e válido (Pais-Ribeiro, 1999).

#### **6.2.3.6. Escala de Avaliação de Emoções (*Emotional Reactivity Scale*, EAS; Carlson et al., 1989; Versão Portuguesa de Moura Ramos et al. 2004; Moura Ramos, 2006)**

Este instrumento tem como principal objetivo medir a reatividade emocional na população em geral e/ou com doença. Trata-se de uma escala constituída por 24 itens (adjetivos) que correspondem a sete emoções (fatores) consideradas fundamentais (Medo, Felicidade, Descontentamento, Culpa, Cólera, Surpresa e Tristeza) como representativas das respostas

emocionais dos indivíduos, especialmente úteis na medida de mudança de emoções. A esta lista foi acrescentada a “Ansiedade” pois, apesar de nem sempre ser considerada uma emoção fundamental pela generalidade dos autores, Carlson et al. (1989), defendem a sua importância para a investigação e prática clínica em Psicologia. Assim, o fator 1- *Medo* integra os itens “Irritado”, “Ansioso”, “Preocupado” e “Nervoso”; o fator 2- *Felicidade* integra os itens “Contente”, “Alegre” e “Feliz”; o fator 3- *Ansiedade* integra os itens “Sobressaltado”, “Perturbado”, “Assustado” e “Desesperado”; o fator 4- *Culpa* integra os itens “Receoso”, “Culpado”, “Rejeitado”, “Contrariado” e “Humilhado”; o fator 5- *Cólera* integra os itens “Zangado”, “Envergonhado” e “Aborrecido”; o fator 6- *Surpresa* integra os itens “Surpreendido”, “Espantado” e “Perplexo” e o fator 7- *Tristeza* integra os itens “Descontente” e “Triste”.

Segundo Carlson et al. (1989), a escala pretende medir não os estados emocionais prolongados, mas um conjunto amplo de respostas emocionais com um carácter não fixo, tornando-a num instrumento sensível à mudança.

A EAS é uma escala visual analógica, na qual o indivíduo deverá colocar a sua resposta, de acordo com o modo como se sente no momento atual. No extremo esquerdo da escala existe a indicação "O menos possível" e no extremo direito da escala a indicação "O mais possível". Os participantes têm que assinalar a intensidade de cada emoção descrita na referida escala analógica com 100 mm (10 cm), com valor mínimo igual a 0 e valor máximo igual a 100. Pontuar a intensidade de cada emoção implica a medição, em milímetros, da distância do ponto extremo esquerdo até ao local marcado pelo indivíduo em qualquer ponto da linha. Quanto maior o resultado, maior a intensidade da emoção expressa.

Em termos psicométricos, a escala apresenta boas características (no estudo original, os valores do *alpha de Cronbach* variam entre .70 e .91), demonstrando ser adequada no estudo da reatividade emocional dos indivíduos perante uma determinada situação. Na versão portuguesa (Moura Ramos, 2006) os valores do *alpha de Cronbach* atestam igualmente a boa consistência interna da escala, variando entre .79 (Cólera) e .88 (Felicidade).

Convém realçar que o propósito da escala neste estudo não se prende com a avaliação de aspetos emocionais de âmbito psicopatológico, mas sim, perceber a reatividade emocional do paciente perante a situação de se encontrar em lista de espera para o transplante cardíaco.

#### **6.2.3.7. *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory, BSI; Derogatis, 1982; Versão Portuguesa de Canavarro, 1999)***

Este inventário foi desenvolvido por Derogatis (1982) como uma versão abreviada do *Symptom Check-List* de 90 itens (SCL-90-R). Tem por objetivo avaliar sintomas



psicopatológicos, em termos de 9 dimensões de sintomatologia e três Índices Globais, estes últimos referentes a avaliações sumárias de perturbação emocional. Trata-se de um inventário de auto-resposta com 53 itens, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala tipo *Likert* de 5 pontos. O instrumento pode ser administrado a pacientes do foro psiquiátrico ou psicológico, a pacientes com doença física e a indivíduos que não se encontrem perturbados emocionalmente.

A versão portuguesa é de Canavarro (1999, 2007), que descreve as nove dimensões de sintomatologia, de acordo com Derogatis (1993), da seguinte forma: *Somatização* (7 itens); *Obsessões/Compulsões* (6 itens); *Sensibilidade Interpessoal* (4 itens); *Depressão* (6 itens); *Ansiedade* (6 itens); *Hostilidade* (5 itens); *Ansiedade Fóbica* (5 itens); *Ideação Paranóide* (5 itens) e *Psicoticismo* (5 itens).

A *Somatização* é uma dimensão que reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, i.e., foca queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica. Dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade são igualmente componentes da somatização (inclui os itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37).

A dimensão *Obsessões/Compulsões* inclui sintomas identificados com a síndrome clínica do mesmo nome. Esta dimensão inclui cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora se caracterizem como ego-distónicos e de natureza indesejada. Estão também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (inclui os itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36)

A *Sensibilidade Interpessoal* é uma dimensão que se centra nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez durante as interações sociais são as manifestações características desta dimensão (inclui os itens 20, 21, 22 e 42).

A *Depressão* trata-se de uma dimensão constituída por itens que refletem o grande número de indicadores de depressão clínica. Estão representados os sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (inclui os itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50).

A *Ansiedade* inclui indicadores gerais tais como nervosismo e tensão. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade também foram considerados (inclui os itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49).

A *Hostilidade* é uma dimensão que inclui pensamentos, emoções e comportamentos

característicos do estado afetivo da cólera, como irritação, aborrecimento, acessos de cólera, vontade de quebrar coisas (inclui os itens 6, 13, 40, 41 e 46).

A *Ansiedade Fóbica* é definida como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognômicas e disruptivas (inclui os itens 8, 28, 31, 43 e 47).

A *Ideação Paranóide* representa o comportamento paranóide, fundamentalmente como um modelo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como reflexo desta perturbação. Inclui os itens (4, 10, 24, 48 e 51).

O *Psicoticismo* abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, assim como sintomas primários de esquizofrenia, como alucinações e controlo do pensamento. Em populações não psiquiátricas mede a alienação social. A escala fornece um *contínuum* graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro, à evidência dramática de psicose (inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53).

Segundo Canavarro (1999), os itens 11, 25, 39 e 52 não pertencem a nenhuma das dimensões e poderiam ser excluídos; no entanto devido à sua relevância clínica são considerados nas pontuações dos três índices globais. Estes índices globais de perturbação designam-se por: (1) *Índice Global de Sintomas* (IGS), o qual tem em consideração o número de sintomas psicopatológicos e a sua intensidade; calcula-se somando as pontuações de todos os itens e dividindo pelo número total de itens respondidos; (2) *Total de Sintomas Positivos* (TSP), refletindo o número de sintomas assinalados com resposta positiva e o (3) *Índice de Sintomas Positivos* (ISP) que combina a intensidade da sintomatologia com o número de sintomas presentes; calcula-se dividindo a soma de todos os itens pelo TSP. O Índice de Sintomas Positivos permite ainda discriminar indivíduos da população em geral, com e sem perturbação emocional e, cujo ponto de corte é igual ou superior a 1.7 (Canavarro, 2007) e é considerado o melhor discriminador entre a população geral e a que apresenta perturbação emocional (Canavarro, 1999, 2007).

A escala fornece assim, uma nota por cada dimensão, juntamente com a nota de cada um dos três índices globais. Em relação à cotação, o objetivo da mesma é a determinação dos valores das nove dimensões sintomáticas e dos três índices globais de perturbação. O valor de cada uma das dimensões é o resultado do somatório da pontuação obtida em cada um dos itens pertencentes a essa dimensão – escala tipo Likert de 5 pontos, cotada de “Nunca” (0), “Poucas Vezes” (1), “Algumas Vezes” (2), “Muitas Vezes” (3) e “Muitíssimas Vezes” (4). Ou seja,

quanto mais elevado o resultado, mais sugere existência de perturbação.

Os valores da versão portuguesa são bons indicadores da consistência interna do instrumento (Canavarro, 1999, 2007). O *alpha de Cronbach*, quer dos diversos itens do inventário, quer dos valores globais das escalas, encontra-se entre .70 e .80, à exceção dos valores encontrados para as escalas de *Ansiedade Fóbica* ( $\alpha = .62$ ) e *Psicoticismo* ( $\alpha = .62$ ) que apresentam valores ligeiramente abaixo do intervalo referido. Os valores das correlações *split-half* e os coeficientes de *Spearman-Brown* surgem também como dados indicativos da boa consistência interna da escala.

#### **6.2.3.8. *Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 36 Itens (SF-36 - Health Survey; Ware et al., 1993; Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro, 2005b; P. Ferreira, 2000a, 2000b; P. Ferreira & Santana, 2003)***

Este questionário desenvolvido por Ware et al. (1993), constitui uma medida genérica de avaliação do estado de saúde. O questionário pretende avaliar a qualidade de vida ou a perceção do estado de saúde pelo indivíduo, tendo como base o modelo multidimensional de saúde, tal como é definida pela Organização Mundial de Saúde. A adaptação à população portuguesa foi levada a cabo por Pais-Ribeiro (2005b); P. Ferreira (2000a, 2000b) e P. Ferreira e Santana (2003).

O *SF-36* compõe-se de 36 questões, das quais 35 se agrupam em oito escalas ou dimensões (quatro relativas a medidas mentais e as restantes quatro referem-se a medidas físicas): *Funcionamento Físico* (10 itens); *Desempenho Físico* (4 itens); *Dor Corporal* (2 itens); *Saúde Mental* (5 itens); *Desempenho Emocional* (3 itens); *Funcionamento Social* (2 itens); *Vitalidade* (4 itens); *Perceção Geral de Saúde* (5 itens) e mais 1 item de transição de saúde.

As alternativas de resposta apresentam-se em escalas ordinais entre 2 e 6 pontos para a versão 1.0 (Pais-Ribeiro, 2005b) que foi a utilizada neste estudo.

Os resultados do *SF-36* são apresentados como um perfil das oito dimensões ou das duas componentes (Física e Mental), não havendo nota global. As notas brutas de cada dimensão são convertidas de “0” a “100”. À nota mais elevada corresponde uma melhor perceção do estado de saúde.

Relativamente às características psicométricas, no estudo de adaptação português, o questionário apresenta uma boa consistência interna em ambas as componentes ( $\alpha = .70$ ).

**6.2.3.9. Escala de Adesão Terapêutica no Transplante Cardíaco – Avaliação de Problemas com o Regime de Transplantação Cardíaca (Heart Transplant Compliance Scale - Assessment of Problems with the Heart Transplant Regimen, HTCS; Grady et al., 1998; Tradução Portuguesa de Costa & Guerra, 2008)**

Esta escala destina-se a avaliar a dificuldade e frequência da adesão ao regime terapêutico após o transplante cardíaco, em pacientes submetidos ao procedimento. A versão original do instrumento é de Grady et al. (1998<sup>29</sup>) e inclui 26 questões, distribuídas por duas sub-escalas: parte A ou sub-escala da *Dificuldade* com 13 itens e parte B ou sub-escala da *Adesão/Frequência*, igualmente com 13 itens.

Trata-se de um inventário de auto-resposta, onde o indivíduo deverá classificar a dificuldade e a frequência da adesão ao regime terapêutico após o T.C., nos últimos três meses. A resposta é dada numa escala tipo *Likert* de 4 pontos que, na sub-escala da *Dificuldade*, oscila de “Nenhuma Dificuldade” (1), “Alguma Dificuldade” (2), “Bastante Dificuldade” (3) e “Muita Dificuldade” (4). Ou seja, à nota mais elevada corresponde maior dificuldade na adesão terapêutica.

Na sub-escala da *Frequência* as várias hipóteses de resposta oscilam de “Sempre” (1), “A Maioria das Vezes” (2), “Algumas Vezes” (3) a “Quase Nunca” (4); neste caso, à nota mais elevada corresponde menor frequência de adesão terapêutica.

São avaliados 13 aspetos do regime terapêutico após o Transplante Cardíaco: 1) *Toma da medicação anti-rejeição, em geral*; 2) *Toma da Ciclosporina*; 3) *Toma da Prednisona*; 4) *Toma da Azatioprina*; 5) *Toma de outra qualquer medicação anti-rejeição*; 6) *Toma de outras medicações prescritas*; 7) *Seguimento do plano dietético prescrito*; 8) *Seguimento do plano de exercício físico prescrito*; 9) *Abstinência de hábitos tabágicos*; 10) *Monitorização dos sinais vitais*; 11) *Estabelecimento de contato com o médico/enfermeiro perante algum problema*; 12) *Comparência nas consultas para os checks-ups* e 13) *Comparência nos exames*.

Com o intuito de contemplar os vários medicamentos utilizados nos centros de transplantação portugueses onde foi recolhida a amostra, foi acrescentada uma possibilidade de resposta a cada uma das questões 2, 3 e 4. Ou seja, após confirmação da equivalência terapêutica das drogas junto das equipas médicas, a Questão 2 sobre a toma da “Ciclosporina” foi desdobrada em “Ciclosporina/Tracolimus”; a questão 3, sobre a toma da “Prednisona” desdobrou-se em “Prednisona/Prednisolona” e, finalmente, a questão 4 em relação à toma da “Azatioprina”, desdobrou-se nas drogas “Azatioprina/Mofetil”. Este procedimento foi efetuado para as sub-escalas da *Dificuldade* e *Frequência*, mantendo-se o mesmo número de questões da escala original.

<sup>29</sup> Foram obtidas as devidas autorizações de utilização, tradução e adaptação.

Efetuada a cotação para as duas sub-escalas, é calculada uma percentagem e uma média para cada uma, não sendo calculado um *score* total, sendo que, quando alguma questão não é aplicável a um determinado paciente (por exemplo, se o paciente não é fumador ou não faz a medicação referida no *item*) não deverá ser cotada, ajustando-se a base de cálculo para a

A validade dos conteúdos foi suportada com base em vasta literatura, em dados empíricos e em equipas de pesquisa utilizadas para seleccionar itens para o instrumento percentagem e para a média, de forma a incluir apenas os itens aplicáveis àquele paciente. A multicolinearidade também foi examinada e apenas cinco correlações entre itens (1.4%) eram superiores a .70.

Em termos de características psicométricas, a fidelidade teste-reteste demonstrou ser aceitável (Grady et al., 1998). Foram evidenciadas correlações significativas entre a dificuldade total nos momentos “1 ano” e “2 anos” após o T.C. e a frequência total nesses dois momentos,  $r = .46, p < .0001$ , e  $r = .59, p < .0001$ , respetivamente. A consistência teste-reteste foi suportada para este instrumento com correlações significativas ( $p < .01$ ) entre 10 e 14 dias e três meses após o transplante: *Dificuldade de Adesão* ( $r = .30$ ) e *Frequência de Adesão* ( $r = .48$ ). Os testes de fidelidade foram considerados, na maioria, satisfatórios apesar dos valores de *alpha de Cronbach* serem extremamente baixos ( $\alpha = .48$  e  $\alpha = .50$ , para a subescala *Dificuldade* e *Frequência*, respetivamente). O instrumento apresenta uma validade preditiva e concorrente satisfatória, com correlações significativas entre a adesão ao regime terapêutico após o T.C. e as variáveis psicossociais (Grady et al., 1998).



## Capítulo 7. Estudo e adaptação de instrumentos

---

Neste capítulo propomo-nos, em primeiro lugar, a estudar a fidelidade dos instrumentos já adaptados à população portuguesa, utilizados na amostra deste estudo. Em segundo lugar, e de forma a corresponder ao objetivo específico *a)* (c.f. ponto 6.1), realizamos o estudo psicométrico da versão portuguesa de dois instrumentos enfatizados na literatura como fundamentais na situação de ajustamento psicossocial ao transplante cardíaco – a *Positive Expectations Subscale*, PES (Leedham et al., 1995) e a *Heart Transplant Compliance Scale* (HTCS) (Grady et al., 1998). Este último aspeto pretende ser um contributo para a investigação e intervenção clínica nesta área em Portugal.

### 7.1. Qualidades psicométricas dos instrumentos aplicados na amostra em estudo

No Quadro 8 descrevemos de forma abreviada os resultados das análises de fidelidade efetuadas para o conjunto dos instrumentos aplicados à amostra do presente estudo empírico nos três momentos de avaliação considerados.

Quadro 8

Dados de fidelidade dos instrumentos utilizados na amostra do estudo

Instrumento	Variáveis avaliadas	$\alpha$ de Cronbach			
		M1	M2	M3	
		Pré-T.C.	6 meses após T.C.	12 meses após T.C.	
<i>Escala de Suporte Social (Instrumental-Expressive Social-Support Scale, IESS; Lin et al., 1986; Versão Portuguesa: Guerra, 1995)</i>	Escala de avaliação de Suporte Social	.88	-	-	
	<i>Coping with Health Injuries and Problems Scale, CHIPS; Endler et al., 1998; Versão Portuguesa, Ferreira et al., 2003)</i>	<i>Coping</i> Distração	.65	-	-
	<i>Coping</i> Social	.60	-	-	
	<i>Coping</i> Instrumental	.78	-	-	
	Preocupação Emocional	.68	-	-	
<i>Escala de Avaliação de Emoções (Emotional Reactivity Scale, EAS; Carlson et al., 1989; Versão Portuguesa, Moura Ramos, Canavarro, &amp; Pedrosa, 2004; Moura Ramos, 2006)</i>	Medo	.67	-	-	
	Felicidade	.82	-	-	
	Ansiedade	.75	-	-	
	Culpa	.57	-	-	
	Cólera	.67	-	-	
	Surpresa	.77	-	-	
	Tristeza	.67	-	-	
	Somatização	.82	-	-	
<i>Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory, BSI; Derogatis, 1982; Versão Portuguesa Canavarro, 1999)</i>	Obsessões/Compulsões	.72	-	-	
	Sensibilidade Interpessoal	.77	-	-	
	Depressão	.80	-	-	
	Ansiedade	.76	-	-	
	Hostilidade	.72	-	-	
	Ansiedade Fóbica	.73	-	-	
	Ideação Paranóide	.74	-	-	
	Psicoticismo	.64	-	-	
	<i>Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 36 Itens (SF-36 - Health Survey; Ware et al., 1993; Versão Portuguesa, Pais-Ribeiro, 2005a; Ferreira, 2000a, 2000b; Ferreira &amp; Santana, 2003)</i>	Funcionamento Físico	.78	.83	.91
		Desempenho Físico	.77	.74	.71
Dor Corporal		.85	.81	.81	
Saúde Geral		.43	.68	.64	
Vitalidade		.73	.75	.78	
Funcionamento Social		.64	.63	.91	
Desempenho Emocional		.81	.74	.68	
Saúde Mental		.81	.78	.90	
Componente Física		.72	.82	.84	
Componente Mental		.80	.85	.90	

Como podemos verificar pela leitura do Quadro 8, e no que se refere ao primeiro momento de avaliação, os dados de fidelidade relativos à aplicação dos diferentes instrumentos são bastante satisfatórios para a Escala de Suporte Social, CHIPS, EAS, BSI e SF-36. Por outro lado, as componentes *Coping Social* do CHIPS ( $\alpha = .60$ ) e *Coping Distração* ( $\alpha = .65$ ); os fatores *Culpa* da EAS ( $\alpha = .57$ ), *Medo* ( $\alpha = .67$ ), *Cólera* ( $\alpha = .67$ ) e *Tristeza* ( $\alpha = .67$ ); a dimensão *Psicoticismo* do BSI ( $\alpha = .64$ ) e as dimensões *Saúde Geral* e *Funcionamento Social* do SF-36 apresentam resultados frágeis pelo que optámos não considerar as referidas subescalas no estudo empírico. Assim, e embora o valor mínimo metodologicamente aceitável para a fidelidade se



situe no valor  $\alpha = .70$ , (Pallant, 2001), tal consideração conduziria a que diferentes variáveis deste estudo se inviabilizassem, pelo que se optou por considerar o ponto de corte em  $\alpha = .68$ .

No segundo e terceiros momentos de avaliação, os valores de fidelidade da *Componente Física* e *Componente Mental* do *SF-36* revelaram-se bastante satisfatórios, bem como a maioria das restantes dimensões do Questionário.

Os dados de fidelidade do instrumento *Positive Expectations Subscale*, PES, encontram-se referidos no ponto 7.2.1.3. Em relação à *Heart Transplant Compliance Scale*, HTCS, esses dados constam dos pontos 7.3.1.3. (*Dificuldade de Adesão Terapêutica*) e 7.3.2.3. (*Frequência de Adesão Terapêutica*).

## **7.2. Adaptação e estudo das características psicométricas da Versão Portuguesa da *Positive Expectations Subscale*, PES (Leedham et al., 1995) numa amostra de pacientes em lista de espera para transplante cardíaco**

Após obtida a autorização dos autores para a adaptação deste instrumento, procedemos à sua tradução da língua original (Inglês Americano para Português) através do método de retro-tradução.

### **7.2.1. Estudo das características psicométricas da PES**

A descrição da versão original deste instrumento encontra-se referida no Capítulo 6 (c.f. ponto 6.2.3.3.). Em relação aos participantes, estes coincidem com a amostra do estudo empírico (c.f. ponto 6.2.1.).

#### **7.2.1.1. Validade interna dos itens**

Com o objetivo de estudar as características psicométricas da *Positive Expectations Subscale* na nossa amostra, efetuamos os mesmos procedimentos seguidos pelos autores da escala original (Leedhman et al. 1995).

Neste sentido, levamos a cabo a correlação item-total que consiste num dos métodos de análise da homogeneidade da escala. Para tal, deve observar-se a correlação do item com o total da escala quando esta não contém o item, para que a correlação não seja inflacionada artificialmente, ao considerar a correlação do item com ele próprio. A correlação de cada item com o total da escala quando esta não contém o item, deverá ser superior a .20 (Streiner & Norman, 1995). O estudo da validade interna diz respeito à análise da capacidade de todos os itens de uma mesma escala se referirem a diferentes aspetos de um mesmo construto. Para calcular a homogeneidade dos itens da PES procedemos à realização da determinação dos *coeficientes de correlação de Pearson* entre os diversos itens e a nota global da escala.

O Quadro 9 apresenta as relações de cada item da PES com o seu total.

Quadro 9  
*Correlação Item-Total PES*

Itens	Resultado total da Subescala de Expetativas Positivas
Está confiante que o tratamento médico que vai fazer irá resultar?	.52**
Até que ponto espera ter uma vida plena e saudável?	.73**
Até que ponto espera regressar a um pleno funcionamento físico?	.82**
Até que ponto espera sobreviver, pelo menos, mais cinco anos?	.80**
De um modo geral, até que ponto espera que o transplante mude a sua vida?	.55**
De um modo geral, qual é a sua perspetiva do futuro?	.72**
Como é que avalia os seus sentimentos sobre si próprio(a)?	.59**

\*\*  $p < .01$

Como se pode constatar pela análise do Quadro 9, todas as correlações apresentam um valor elevado e altamente significativo, indicando uma boa homogeneidade do instrumento, em que todos os itens são pertinentes, contribuindo para a avaliação das expetativas positivas face ao transplante. Assim, estamos perante um instrumento válido do ponto de vista da validade dos itens.

#### 7.2.1.2. Validade fatorial

À semelhança do estudo de Leedham et al. (1995) procedemos a uma Análise Fatorial exploratória através do método de componentes principais *Principal Axis Factoring* seguida de rotação *Varimax* e pedindo os valores próprios superiores a 1. Foram cumpridos os pressupostos *Kaiser-Meyer-Olkin* e *Bartlett's Test*  $< 0.01$ , o que conduziu à identificação de 2 fatores principais.

No Quadro 10 apresentam-se os itens que compõem cada fator, bem como o peso que cada um apresenta, relativamente a esse fator. Apresentamos ainda os valores próprios de cada fator e a percentagem da variância explicada por cada um dos fatores.

## Quadro 10

*Fatores ortogonais após análise fatorial exploratória (rotação Varimax segundo critério de Kaiser)*

	Fator	
	1	2
Até que ponto espera regressar a um pleno funcionamento físico?	.831	
Até que ponto espera sobreviver pelo menos mais cinco anos?	.828	
De um modo geral qual é a sua perspectiva do futuro?	.756	-.436
Até que ponto espera ter uma vida plena e saudável?	.720	
De um modo geral até que ponto espera que o transplante mude a sua vida?	.609	-.345
Como é que avalia os seus sentimentos sobre si próprio(a)?	.518	-.458
Está confiante que o tratamento médico que vai fazer irá resultar?	.493	.671
Valores próprios	3.348	1.089
% da variância explicada	47.83%	15.56%

Como se pode verificar pelo Quadro 10, através da saturação dos itens no 1º fator, verificamos que todos apresentam um valor superior a .493, à exceção do último item que satura ainda com um valor mais elevado no segundo fator (.671). No entanto, o valor apresentado no primeiro fator é ele próprio superior a .30 facto pelo qual, à semelhança do estudo de Leedham et al. (1995), mantivemos a solução unifatorial. Reiteramos que é explicada 47.83% da variância e todos os itens saturam no 1º fator (entre .493 e .831), sendo o valor próprio do mesmo de 3.348. Igualmente, de acordo com a conceção teórica do instrumento, o segundo fator não iria acrescentar pormenores ao mesmo.

### **7.2.1.3. Estudos de fidelidade – análise da consistência interna**

Procedemos, seguidamente, à determinação do *alpha de Cronbach* para a globalidade da escala solicitando a opção quando cada item é eliminado. Assim, no Quadro 11 apresentam-se os valores do *alpha de Cronbach* quando cada item é eliminado e relativo à escala quando esta integra todos os itens.

## Quadro 11

*Alpha de Cronbach para a escala PES quando cada item é eliminado e com todos os itens*

	<b><math>\alpha</math> de Cronbach sem o Item</b>
Está confiante que o tratamento médico que vai fazer irá resultar?	.80
Até que ponto espera ter uma vida plena e saudável?	.76
Até que ponto espera regressar a um pleno funcionamento físico?	.73
Até que ponto espera sobreviver, pelo menos, mais cinco anos?	.74
De um modo geral, até que ponto espera que o transplante mude a sua vida?	.79
De um modo geral, qual é a sua perspectiva do futuro?	.76
Como é que avalia os seus sentimentos sobre si próprio(a)?	.81
<b><math>\alpha</math> de Cronbach da totalidade da Escala PES = .80</b>	

Tendo em conta os dados do Quadro 11, decidimos manter todos os itens da escala *Positive Expectations Subscale* uma vez que o valor de *alpha de Cronbach* encontrado é considerado bastante satisfatório ( $\alpha = .80$ ) e a retirada de qualquer item não iria beneficiar a consistência interna desta escala.

### **7.3. Adaptação e estudo das características psicométricas da Versão Portuguesa da *Heart Transplant Compliance Scale - Assessment of Problems with the Heart Transplant Regimen, HTCS* (Grady et al., 1998) numa amostra de pacientes em lista de espera para transplante cardíaco**

Da mesma forma, e após obtida a autorização dos autores para a adaptação deste instrumento, procedemos à sua tradução da língua original (Inglês Americano para Português) através do método de retro-tradução.

A descrição da versão original deste instrumento encontra-se referida no Capítulo 6 (c.f. ponto 6.2.3.9.). Em relação aos participantes, estes coincidem com a amostra do estudo empírico (c.f. ponto 6.2.1.).

Com o objetivo de estudar as características psicométricas da escala, na amostra deste estudo, começamos por proceder à replicação dos procedimentos efetuados pelos autores da versão original (Grady et al., 1998).

Relembramos que a escala a *Heart Transplant Compliance Scale - Assessment of Problems with the Heart Transplant Regimen* apresenta duas subescalas (*Dificuldade e Frequência*) não sendo calculado um *score* total para ambas, razão pela qual apresentaremos as análises psicométricas separadamente.

### 7.3.1. Estudo das características psicométricas da Subescala *Dificuldade de Adesão Terapêutica*

#### 7.3.1.1. Validade interna dos itens

Iniciamos este estudo com a validade interna dos itens, procedendo à correlação de cada item com o total da escala. Assim, o Quadro 12 apresenta as associações de cada item da subescala *Dificuldade de Adesão Terapêutica*, da HTCS, com o seu total.

Quadro 12  
*Correlação Item-Total para a subescala Dificuldade de Adesão Terapêutica*

Itens	Média AT_DIF 6 m pós-T.C. (N = 58)
Refira o grau de dificuldade que teve, na generalidade e nos últimos 3 meses, em tomar a medicação anti-rejeição	.69**
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em tomar a Ciclosporina ( <i>Neoral</i> ) tal como foi prescrita pelo seu médico	.70**
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em tomar a Prednisona ( <i>Meticorten</i> ) tal como foi prescrita pelo seu médico	.77**
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em tomar a Azatioprina ( <i>Imuran</i> ) tal como foi prescrita pelo seu médico	.81**
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em tomar os seus outros medicamentos que lhe tenham sido prescritos (por exemplo, para a tensão arterial)	.61**
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em seguir a sua dieta tal como foi prescrita pelo médico	.65**
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em seguir o programa de exercício físico recomendado pelo seu médico	.51**
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em abster-se de fumar	-.04
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em medir os sinais vitais como recomendado pelo seu médico (por exemplo, a sua tensão arterial)	.16
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em telefonar ao seu médico(a) ou enfermeiro(a) sempre que teve problemas	.39**
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em deslocar-se ao hospital para as consultas marcadas pelo seu médico	.52**
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em deslocar-se ao hospital para fazer os exames marcados pelo médico	.50**

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Nota: AT\_DIF – Dificuldade de Adesão Terapêutica

Com base na análise do Quadro 12, decidimos eliminar dois itens da subescala *Dificuldade de Adesão Terapêutica*. Desta forma, os itens “*Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em abster-se de fumar*” e “*Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses,*

em medir os sinais vitais como recomendado pelo seu médico (por exemplo, a sua tensão arterial)”, foram eliminados por não apresentarem correlação com o total da subescala. Em relação ao primeiro item, o comportamento de abstinência em relação ao fumo, relaciona-se com o facto dos pacientes candidatos ao procedimento, em geral, já não manterem hábitos tabágicos ativos. O resultado do segundo item eliminado explica-se, provavelmente, pelo facto de nem todos os centros de transplantação, onde foi recolhida a amostra, considerarem a medição dos sinais vitais um comportamento integrante do regime terapêutico após o T.C. a ser levado a cabo pelo paciente.

### 7.3.1.2. Validade de critério da Subescala Dificuldade de Adesão Terapêutica

À semelhança dos autores do estudo original (Grady et al., 1998), levamos a cabo a realização da validade da subescala, por referência a um critério. A validade de critério pode ser concomitante ou preditiva (Almeida & Freire, 2008) e, neste estudo, optámos por realizar a validade concomitante, utilizando dimensões do questionário de Qualidade de Vida (SF-36), indicador também usado pelos autores (Grady et al., 1998). Na literatura, a Qualidade de Vida tem vindo a ser associada a uma melhor adesão terapêutica, também na área da transplantação cardíaca (Dew, Dunbar-Jacob, et al., 2001) dado que o comportamento de adesão é fundamental para uma melhor condição clínica (menos morbilidade e mortalidade) e, conseqüentemente, melhor Qualidade de Vida.

Uma vez que se trata de validade concomitante ou concorrente, recorreremos ao coeficiente de correlação de *Pearson* no sentido de explorar as relações entre a *Qualidade de Vida* aos seis meses (avaliada pelas *Componentes Física e Mental*) e a média da *Dificuldade de Adesão*, igualmente, aos seis meses após o transplante.

#### Quadro 13

#### *Correlação da Dificuldade de Adesão Terapêutica com a Qualidade de Vida*

	<i>Dificuldade de Adesão Terapêutica 6 meses após o T.C.</i>
<i>Componente Física da Qualidade de Vida 6 meses após o T.C.</i>	-.37**
<i>Componente Mental da Qualidade de Vida 6 meses após o T.C.</i>	-.33*

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Pela análise do Quadro 13, verificamos que existe uma associação negativa, moderada e significativa, entre a dificuldade de adesão terapêutica e a qualidade de vida, tendo em conta que quanto mais elevado o valor da escala *Dificuldade de Adesão Terapêutica*, mais dificuldade na adesão. Estas correlações negativas, moderadas e significativas, reiteram a validade relativa a este critério uma vez que é esperado que a qualidade de vida seja melhor para quem tem menos

dificuldade de adesão (De Geest et al., 2001; Dew, Dunbar-Jacob, et al. 2001; Shamaskin et al., 2012). Estes resultados são coincidentes com o dos autores (Grady et al., 1998).

### 7.3.1.3. Estudos de fidelidade – análise da consistência interna

Após a eliminação dos dois itens (c.f. 7.3.1.1.) procedemos ao cálculo da fidelidade, utilizando a fórmula de *alfa de Cronbach*, solicitando a opção quando cada item é eliminado; primeiramente para a avaliação realizada aos seis meses e, seguidamente, aos 12 meses após o T.C.

No Quadro 14, apresentam-se os valores de *alpha de Cronbach* para a subescala *Dificuldade de Adesão Terapêutica* aos seis meses, quando cada item é eliminado e, relativo à subescala total, quando integra todos os itens.

#### Quadro 14

*Alpha de Cronbach para a subescala Dificuldade de Adesão Terapêutica aos seis meses quando cada item é eliminado e com todos os itens*

Itens	$\alpha$ de Cronbach sem o item
Refira o grau de dificuldade que teve, na generalidade e nos últimos 3 meses, em tomar a medicação anti-rejeição	.75
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em tomar a Ciclosporina (Neoral), tal como foi prescrita pelo seu médico	.75
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em tomar a Prednisona (Meticorten), tal como foi prescrita pelo seu médico	.75
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em tomar a Azatioprina (Imuran), tal como foi prescrita pelo seu médico	.74
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em tomar os seus outros medicamentos que lhe tenham sido prescritos (por ex. para a tensão arterial)	.77
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em seguir a sua dieta, tal como foi prescrita pelo médico	.75
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em seguir o programa de exercício físico recomendado pelo seu médico	.78
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em telefonar ao seu médico(a) ou enfermeiro(a) sempre que teve problemas	.78
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em deslocar-se ao hospital para as consultas marcadas pelo seu médico	.81
Refira o grau de dificuldade que teve, nos últimos 3 meses, em deslocar-se ao hospital para fazer os exames marcados pelo médico	.79
<b><math>\alpha</math> de Cronbach da totalidade da Subescala Dificuldade de Adesão Terapêutica aos 6 meses = .79</b>	

Com base na observação do Quadro 14, decidimos manter todos os itens da subescala *Dificuldade de Adesão Terapêutica* uma vez que o valor de *alpha de Cronbach* para a globalidade desta subescala é considerado bastante satisfatório ( $\alpha = .79$ ). Por outro lado, a eliminação de qualquer item não iria alterar, de forma significativa, a consistência interna da subescala. Salientamos ainda que a atual fidelidade revela-se muito superior ao estudo original

de Grady et al. (1998) ( $\alpha = .48$ ).

O Quadro 15 mostra o valor de *alpha de Cronbach* para a subescala *Dificuldade de Adesão Terapêutica*, original e adaptada, aos seis e 12 meses.

#### Quadro 15

*Comparação dos valores de alpha de Cronbach para a subescala Dificuldade de Adesão Terapêutica na versão original e adaptada*

	Sub-escala original <sup>a</sup>	Sub-escala adaptada			
	$\alpha$ de Cronbach	N	Média	DP	$\alpha$ de Cronbach
<i>Dificuldade de Adesão Terapêutica</i>	.48	-	-	-	-
Aos 6 meses		58	1.16	.26	.79
Aos 12 meses		55	1.19	.25	.68

<sup>a</sup> Grady et al. (1998)

Decorrente da observação do Quadro 15, constatamos que o valor de *alpha de Cronbach*, aos 12 meses, revela uma diminuição, ( $\alpha = .68$ ), mantendo-se, no entanto, em níveis minimamente aceitáveis (Almeida & Freire, 2008). Por seu turno, observamos que esta subescala revela melhores qualidades psicométricas face ao estudo original, o que a predispõe a poder ser utilizada no presente estudo empírico.

No que se refere à fidelidade, na sua dimensão de estabilidade temporal verificou-se, nesta subescala, uma correlação,  $r = .45$ ,  $p < 0.001$ , avaliada aos seis e 12 meses após o transplante. Não se procedeu à análise fatorial pelo facto desta análise não ter sido levada a cabo pelos autores.

### 7.3.2. Estudo das características psicométricas da Subescala da *Frequência de Adesão Terapêutica*

#### 7.3.2.1. Validade interna dos itens

Decalcando o procedimento efetuado para a subescala *Dificuldade de Adesão Terapêutica*, o Quadro 16 apresenta as relações de cada item da subescala *Frequência de Adesão Terapêutica* da HTCS, com o seu total.



Quadro 16

*Correlação Item-Total para a subescala Frequência de Adesão Terapêutica*

Itens	Média AT_FREQ 6 m pós-T.C. (N = 58)
Com que frequência, nos últimos 3 meses, tomou a medicação anti-rejeição, em geral?	.85**
Com que frequência, nos últimos 3 meses, tomou Ciclosporina ( <i>Neoral</i> ) tal como foi prescrita pelo seu médico?	.85**
Com que frequência, nos últimos 3 meses, tomou Prednisona ( <i>Meticorten</i> ) tal como foi prescrita pelo seu médico?	.74**
Com que frequência, nos últimos 3 meses, tomou Azatioprina ( <i>Imuran</i> ) tal como foi prescrita pelo seu médico?	.82**
Com que frequência, nos últimos 3 meses, tomou os seus outros medicamentos que lhe tenham sido prescritos (por exemplo, para a tensão arterial)?	.57**
Com que frequência, nos últimos 3 meses, seguiu a sua dieta tal como foi prescrita pelo médico?	.51**
Com que frequência, nos últimos 3 meses, seguiu o programa de exercício físico recomendado pelo seu médico?	.65**
Com que frequência, nos últimos 3 meses, se absteve de fumar (esteve sem fumar)?	.01
Com que frequência, nos últimos 3 meses, mediu os seus sinais vitais como recomendado pelo seu médico (por exemplo, a sua tensão arterial)?	.42**
Com que frequência, nos últimos 3 meses, telefonou ao seu médico ou enfermeiro(a) sempre que teve problemas?	.50**
Com que frequência, nos últimos 3 meses, se deslocou ao Hospital para as consultas marcadas pelo seu médico?	a
Com que frequência, nos últimos 3 meses, se deslocou ao Hospital para fazer os exames marcados pelo seu médico?	a

\*\*  $p < .01$

Nota: <sup>a</sup> Este valor não pode ser calculado pelo facto das respostas ao item serem de valor constante; AT\_FREQ – Frequência de Adesão Terapêutica

Com base na análise do Quadro 16, decidimos eliminar três itens da subescala *Frequência de Adesão Terapêutica*. Desta forma, o item “Com que frequência, nos últimos 3 meses, se absteve de fumar (esteve sem fumar)?” foi eliminado por não apresentar correlação com o total da subescala. Os itens “Com que frequência, nos últimos 3 meses, se deslocou ao Hospital para as consultas marcadas pelo seu médico?” e “Com que frequência, nos últimos 3 meses, se deslocou ao Hospital para fazer os exames marcados pelo seu médico?” foram igualmente eliminados dado não apresentarem variabilidade nas respostas dadas e, portanto, não apresentarem poder discriminativo.

### 7.3.2.2. Validade de critério da Subescala *Frequência de Adesão Terapêutica*

Seguimos os mesmos procedimentos utilizados para a subescala da *Dificuldade de Adesão*

*Terapêutica*, utilizando para a validade de critério os mesmos indicadores de *Qualidade de Vida* aos seis meses (*Componente Física* e *Componente Mental*). No Quadro 17 são apresentados os seus valores.

Quadro 17

*Correlação da Frequência de Adesão Terapêutica com a Qualidade de Vida*

	<i>Frequência de Adesão Terapêutica 6 meses após o T.C.</i>
<i>Componente Física da Qualidade de Vida 6 meses após o T.C.</i>	-.003 <sup>a</sup>
<i>Componente Mental da Qualidade de Vida 6 meses após o T.C.</i>	.045 <sup>a</sup>

<sup>a</sup>  $p > .05$

Como podemos observar pela análise do Quadro 17, a validade de critério concorrente não se confirmou para esta subescala, o que significa que maior frequência de adesão não se associa a melhor qualidade de vida. Apesar de este resultado se revelar surpreendente, seguimos a mesma metodologia utilizada anteriormente, procedendo ao cálculo da fidelidade para a subescala nos dois momentos.

### 7.3.2.3. Estudos de fidelidade – análise da consistência interna

Tal como efetuado para a subescala *Dificuldade de Adesão Terapêutica*, procedemos seguidamente ao estudo da consistência interna da subescala *Frequência de Adesão Terapêutica*, já sem os itens que não se correlacionam com o total da mesma.

O Quadro 18 mostra os valores de *alpha de Cronbach* para a subescala *Frequência de Adesão Terapêutica*, aos seis meses, quando cada item é eliminado e relativo à subescala total (quando integra todos os itens).

Quadro 18

*Alpha de Cronbach para a subescala Frequência de Adesão Terapêutica aos seis meses quando cada item é eliminado e com todos os itens*

Itens	$\alpha$ de Cronbach sem o item
Com que frequência, nos últimos 3 meses, tomou a medicação anti-rejeição, em geral?	.67
Com que frequência, nos últimos 3 meses, tomou Ciclosporina (Neoral), tal como foi prescrita pelo seu médico?	.67
Com que frequência, nos últimos 3 meses, tomou Prednisona (Meticorten), tal como foi prescrita pelo seu médico?	.68
Com que frequência, nos últimos 3 meses, tomou Azatioprina (Imuran), tal como foi prescrita pelo seu médico?	.68
Com que frequência, nos últimos 3 meses, tomou os seus outros medicamentos, que lhe tenham sido prescritos (por ex. para a tensão arterial)?	.75
Com que frequência, nos últimos 3 meses, seguiu a sua dieta, tal como foi prescrita pelo médico?	.71
Com que frequência, nos últimos 3 meses, seguiu o programa de exercício físico recomendado pelo seu médico?	.68
Com que frequência, nos últimos 3 meses, mediu os seus sinais vitais, como recomendado pelo seu médico (por exemplo: a sua tensão arterial)?	.72
Com que frequência, nos últimos 3 meses, telefonou ao seu médico ou enfermeiro(a) sempre que teve problemas?	.76
<b><math>\alpha</math> de Cronbach da totalidade da Subescala Frequência de Adesão Terapêutica aos 6 meses = .73</b>	

Decorrente da observação do Quadro 18, decidimos manter todos os itens da subescala *Frequência de Adesão Terapêutica* dado que o valor de *alpha de Cronbach* para a globalidade da subescala é satisfatório ( $\alpha = .73$ ). Por outro lado, constatamos que caso se eliminasse algum dos itens, a melhoria na consistência interna desta subescala não seria relevante.

Por último, procedemos à determinação do *alpha de Cronbach* para a subescala *Frequência de Adesão Terapêutica*, aos 12 meses, cujo valor demonstrou ser inaceitável ( $\alpha = .48$ ) (Almeida & Freire, 2008).

O Quadro 19 mostra o valor de *alpha de Cronbach* da subescala original *Frequência de Adesão Terapêutica* e da subescala adaptada, aos seis e 12 meses.

Quadro 19

*Comparação dos valores de alpha de Cronbach para a subescala Frequência de Adesão Terapêutica na versão original e adaptada*

	Sub-escala original <sup>a</sup>	Sub-escala adaptada			
	$\alpha$ de Cronbach	N	Média	DP	$\alpha$ de Cronbach
<b><i>Frequência de Adesão Terapêutica</i></b>	.50	-	-	-	-
Aos 6 meses		58	1.30	.42	.73
Aos 12 meses		55	1.31	.30	.48

<sup>a</sup> Grady et al. (1998)

Pela análise do Quadro 19, verificamos que o valor de *alpha de Cronbach*, aos 12 meses, revela uma diminuição acentuada em relação aos seis meses. Podemos ainda observar que os valores de *alpha de Cronbach* do presente estudo são francamente melhores aos seis meses e, semelhantes ao do estudo original, 12 meses após o T.C.

No que se refere à fidelidade, na sua dimensão de estabilidade temporal, verificou-se uma correlação muito baixa,  $r = .16, p < 0.001$ , avaliada aos seis e 12 meses após o transplante.

### 7.3.3. Correlação entre as subescalas Dificuldade e Frequência da Adesão Terapêutica

O Quadro 20, mostra as correlações existentes entre as duas subescalas entre si, nos dois momentos de avaliação.

Quadro 20

*Correlações entre as subescalas da Dificuldade e Frequência de Adesão Terapêutica*

		Dificuldade		Frequência	
		6 meses após T.C.	12 meses após T.C.	6 meses após T.C.	12 meses após T.C.
<b>Dificuldade</b>	6 meses após T.C.	1	-	-	-
	12 meses após T.C.	.44**	1	-	-
<b>Frequência</b>	6 meses após T.C.	.29*	.05	1	-
	12 meses após T.C.	.15	.35**	.16	1

$p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Ao analisarmos o Quadro 20, verificamos que existe uma associação entre a *Dificuldade de Adesão e a Frequência de Adesão*, aos seis e aos 12 meses ( $r = .29, p = .03$  e  $r = .35, p = .009$ ). Da mesma forma, assistimos a uma associação entre a *Dificuldade de Adesão*, aos seis e aos 12 meses ( $r = .44, p = .001$ ). A *Dificuldade de Adesão* aos seis meses não se correlaciona com a *Frequência de Adesão* aos 12 meses e a *Frequência de Adesão* aos seis meses não se correlaciona com a *Frequência de Adesão* aos 12 meses ou com a *Dificuldade de Adesão* aos 12 meses.

### 7.4. Conclusões e apreciação crítica

No que se refere à versão portuguesa da *Positive Expectations Subscale*, esta demonstrou qualidades psicométricas francamente satisfatórias nas dimensões validade dos itens, validade fatorial e na consistência interna obtendo valores semelhantes ao estudo dos autores originais, pelo que consideramos pertinente a sua utilização em estudos de investigação e em contextos clínicos.

Em relação à versão portuguesa da subescala *Dificuldade de Adesão Terapêutica* da *Heart*

*Transplant Compliance Scale*, aos seis meses, constatamos uma validade interna satisfatória após eliminação dos itens que não se correlacionam com o total da subescala. Da mesma forma, e no mesmo momento, deparámo-nos como uma validade de critério muito satisfatória utilizando os indicadores de Qualidade de Vida. No que diz respeito à consistência interna da subescala analisada através dos *alfas de Cronbach* revelou-se, aos seis meses, igualmente bastante satisfatória e superior ao estudo original (Grady et al., 1998).

Aos 12 meses a fidelidade da subescala *Dificuldade de Adesão Terapêutica* encontra-se dentro de valores aceitáveis e a estabilidade temporal avaliada aos seis e 12 meses revela uma associação que sustenta a boa fidelidade do instrumento.

Assim, a subescala *Dificuldade de Adesão Terapêutica* mostrou, neste estudo, resultados psicométricos muito satisfatórios o que faz da mesma um instrumento fiável e preciso, também por excluir nas suas respostas a variável “desejabilidade social”, aspeto sempre presente quando se pretende avaliar a frequência de adesão a qualquer regime terapêutico pelo método do auto-relato (Bunzel & Laederach-Hofmann, 2000; Butler et al., 2004; Delgado & Lima, 2001; Dew et al., 1999; Putzke et al., 2001). Assim, esta subescala pode ser utilizada, quer em contexto clínico quer em investigação, como indicadora indireta de adesão.

No que diz respeito à subescala *Frequência de Adesão Terapêutica* concluímos que não é recomendada neste estudo empírico para avaliação da variável “Adesão Terapêutica”. Sustentamos esta afirmação com base, sobretudo, na ausência de validade de critério e apesar da fidelidade no primeiro momento ser aceitável. Contudo, os restantes indicadores de fidelidade revelam-se frágeis; ou seja, a subescala apresenta uma modesta estabilidade temporal, aos seis e 12 meses, sendo o seu valor inferior a .20 (Almeida & Freire, 2008) e o *alfa de Cronbach* obtido aos 12 meses é também inaceitável ( $\alpha = .48$ ). Os motivos supracitados e o facto de não existir associação entre a subescala, nos dois momentos temporais, (c.f. Quadro 20) reforçou a decisão de não apresentarmos análises com a subescala *Frequência de Adesão Terapêutica* no estudo empírico.

Concluindo, apesar de julgarmos importante a reformulação futura da subescala *Frequência de Adesão Terapêutica* da *Heart Transplant Compliance Scale*, com vista à sua utilização, optámos por não a utilizar no presente estudo empírico, onde a variável *Adesão Terapêutica* será apenas considerada na sua sub-escala *Dificuldade*.

Os resultados do estudo empírico apresentam-se, seguidamente, nos Capítulos 8 e 9.



## **Capítulo 8. Resultados do estudo empírico: caracterização das variáveis nos três momentos de avaliação (pré-transplante, seis e 12 meses após T.C.)**

---

Na primeira parte deste capítulo começamos por caracterizar o contexto anterior à transplantação cardíaca, i.e., o período em que o paciente se encontra em lista ativa para a realização do T.C.. Desta forma, e tendo em conta os objetivos da investigação, em primeiro lugar, tomamos em consideração as variáveis médicas que consideramos relevantes nesta fase, como sejam, se o paciente se encontra ou não Hospitalizado, o Grau de Urgência para o procedimento, a Classe de Insuficiência Cardíaca [NYHA] subjacente ao seu diagnóstico e a eventual Prescrição de Medicação Psiquiátrica. Seguidamente, caracterizamos o contexto psicossocial do paciente, analisando as variáveis Expetativas Positivas, Suporte Social, *Coping*, Reatividade Emocional, Psicopatologia e Qualidade de Vida. Posteriormente, levamos a cabo o estudo das relações entre as variáveis sociodemográficas e médicas com as variáveis psicossociais. Por último, analisamos as relações entre as diferentes variáveis psicossociais.

Na segunda parte, centrada na avaliação aos seis meses após o transplante, começamos por caracterizar as variáveis médicas pós-T.C. - Grau de Rejeição do enxerto cardíaco, Número de Rehospitalizações do paciente desde o T.C. até este momento e, eventual Prescrição de Medicação Psiquiátrica. Seguidamente, procedemos à análise descritiva dos indicadores psicossociais (Adesão Terapêutica e Qualidade de Vida). Por último, exploramos as inter-relações entre os indicadores psicossociais de ajustamento e médicos, neste segundo momento do estudo.

Na terceira e última parte deste capítulo, dedicamo-nos à avaliação aos 12 meses após a intervenção, onde caracterizamos as mesmas variáveis médicas e os indicadores psicossociais de ajustamento, previamente avaliados aos seis meses. Encerramos com a análise das inter-relações entre os indicadores psicossociais e variáveis médicas pós T.C., no terceiro momento do estudo.

### **8.1. Caracterização dos candidatos a transplante cardíaco**

Face ao exposto nos objetivos (c.f. 6.1., alínea b), neste ponto propomo-nos a caracterizar a amostra dos pacientes candidatos a T.C. Iniciamos com a caracterização médica dos 70 pacientes que integram a amostra, seguidamente apresentamos as medidas descritivas referentes às diferentes variáveis psicossociais e, por último, analisamos as inter-relações entre as variáveis sociodemográficas, médicas e psicossociais, neste primeiro momento do estudo.

#### **8.1.1. Variáveis Médicas pré-T.C.**

No Quadro 21, encontram-se expressos alguns índices médicos relevantes, recolhidos na

fase em que os pacientes se encontravam em lista de espera ativa para o transplante.

Quadro 21

Caracterização médica da amostra no pré-T.C. (1º momento, N = 70)

	n	%
<b>Situação do paciente</b>		
Hospitalizado Cardiologia	21	30.0
Hospitalizado UCI	10	14.3
Não hospitalizado	39	55.7
<b>Grau de urgência do T.C. <sup>a</sup></b>		
4	1	1.4
5	20	28.6
6	49	70.0
<b>Classe de insuficiência cardíaca [NYHA]</b>		
II	18	25.7
III/IV	26	37.2
IV	21	30.0
Desconhecido	5	7.1
<b>Medicação psiquiátrica</b>		
Não Prescrita	26	37.1
Prescrita	44	62.9

Nota: <sup>a</sup>Salienta-se que, segundo a classificação da Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação, quanto maior o número atribuído, menor o grau de urgência do T.C. (menos prioridade)

Para efeitos de análise subsequente, a variável *Situação do Paciente* foi recodificada em "Não Hospitalizado" = 0 e "Hospitalizado" = 1 e a variável *Medicação Psiquiátrica* em "Não prescrita" = 0 e "Prescrita" = 1.

Pela análise do Quadro 21, verificamos que a maioria dos pacientes não se encontrava hospitalizada, (n = 39, 55.7%) e, dos restantes, 10 (14.3%) estavam internados na UCI das respetivas instituições hospitalares.

Não se verifica qualquer associação significativa entre a *Situação do Paciente* e o Sexo,  $\chi^2(1, N = 70) = 0.70, p = .40$ , a Idade,  $r_{pb} = -.04, p = .74$ , o Grau de Escolaridade,  $r_{pb} = .04, p = .77$ , e o Agregado Familiar,  $\chi^2(1, N = 70) = 0.32, p = .57$ .

Em relação ao *Grau de Urgência do T.C.*, a maioria dos pacientes encontra-se em Grau 6 (Urgente), seguidos dos pacientes em Grau 5 (Urgente) e, por último, apenas um paciente em Grau 4 (Emergente) (c.f. ponto 2.3.1. Quadro 1).

Não se verifica qualquer associação significativa entre o *Grau de Urgência do T.C.* e o Sexo,  $U = 272.50, p = .14$ , a Idade,  $r_s = .15, p = .21$ , o Grau de Escolaridade,  $r_s = .03, p = .79$ , e o Agregado Familiar,  $U = 424.00, p = .45$ .

A *Classe de Insuficiência Cardíaca* [NYHA] predominante é III/IV, com 26 (37.2%) pacientes assim diagnosticados.



Não se verifica qualquer associação significativa entre a *Classe de Insuficiência Cardíaca* [NYHA] e o Sexo,  $U = 238.50$ ,  $p = .28$ , a Idade,  $r_s = .11$ ,  $p = .38$ , o Grau de Escolaridade,  $r_s = -.13$ ,  $p = .31$ , e o Agregado Familiar,  $U = 286.00$ ,  $p = .09$ .

No que diz respeito à *Medicação Psiquiátrica*, encontra-se prescrita à maioria dos pacientes ( $n = 44$ , 62.9%); no entanto, não se verifica associação significativa entre a *Prescrição de Medicação Psiquiátrica* e o Sexo, Teste de Fisher,  $p = 1.00$ , a Idade,  $r_{pb} = -.001$ ,  $p = .99$ , o Grau de Escolaridade,  $r_{pb} = .12$ ,  $p = .31$ , e o Agregado Familiar,  $\chi^2(1, N = 70) = 0.91$ ,  $p = .34$ .

## 8.1.2. Variáveis Psicossociais

### 8.1.2.1. Expetativas Positivas

O Quadro 22 apresenta as medidas descritivas referentes às *Expetativas Positivas* dos pacientes, quando em lista de espera para T.C.

Quadro 22

*Medidas descritivas da variável Expetativas Positivas (1º momento, N = 70)*

	Mín.	Máx.	Média	DP
Expetativas Positivas	18.00	49.00	43.56	5.06

As *Expetativas Positivas* apresentam uma média elevada considerando que o valor mais alto possível na escala é 49 (c.f. ponto 6.2.3.3.).

### 8.1.2.2. Suporte Social

No Quadro 23, apresentamos a percepção de *Suporte Social* dos pacientes em lista de espera para T.C.

Quadro 23

*Medidas descritivas do Suporte Social (1º momento, N = 70)*

	Mín.	Máx.	Média	DP
Suporte Social	40.00	98.00	76.83	12.92

Em relação ao *Suporte Social*, verifica-se também uma boa média, sobretudo considerando que o valor máximo possível é 100 (c.f. ponto 6.2.3.4.).

### 8.1.2.3. Coping

O Quadro 24 apresenta as medidas descritivas de *Coping* utilizado pelos pacientes em lista de espera para o procedimento.

#### Quadro 24

*Medidas descritivas das componentes de Coping (1º momento, N = 70)*

	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<i>Coping Instrumental</i>	19.00	60.00	48.99	7.91
Preocupação Emocional	10.00	30.00	18.40	4.23

As médias obtidas para as duas dimensões de *Coping* - *Coping Instrumental* e *Preocupação Emocional* - apresentam também valores muito satisfatórios, tendo em conta os valores possíveis da escala (c.f. ponto 6.2.3.5.).

#### 8.1.2.4. Reatividade Emocional

O Quadro 25 apresenta as medidas descritivas da *Reatividade Emocional* do paciente em lista de espera para o T.C.

#### Quadro 25

*Medidas descritivas dos fatores da Reatividade Emocional (1º momento, N = 70)*

	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Felicidade	0.00	99.33	49.05	26.32
Ansiedade	0.00	91.00	30.19	22.78
Surpresa	0.67	92.33	29.49	22.87

Pela análise do Quadro 25, constatamos que as emoções mais experienciadas pelos pacientes são, por ordem decrescente, a *Felicidade*, a *Ansiedade* e a *Surpresa*.

#### 8.1.2.5. Psicopatologia

O Quadro 26 descreve as medidas descritivas para as pontuações obtidas nas dimensões do *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)*.

#### Quadro 26

*Medidas descritivas das dimensões e índices globais do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (1º momento, N = 70)*

	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Somatização	0.00	3.57	1.36	0.80
Obsessões/Compulsões	0.00	3.33	1.25	0.72
Sensibilidade Interpessoal	0.00	3.50	0.78	0.81
Depressão	0.00	2.83	0.86	0.73
Ansiedade	0.00	3.00	1.06	0.72
Hostilidade	0.00	2.80	0.75	0.70
Ansiedade Fóbica	0.00	2.60	0.71	0.73
Ideação Paranóide	0.00	3.40	0.88	0.71
Índice Geral de Sintomas	0.09	2.51	0.97	0.56
Total de Sintomas Positivos	4.00	53.00	26.27	13.18
Índice de Sintomas Positivos	1.15	3.25	1.92	0.42

As dimensões com valores mais elevados são a *Somatização*, as *Obsessões/Compulsões* e

a *Ansiedade*. Os valores mais baixos pertencem à dimensão *Ansiedade Fóbica*. Relativamente aos índices globais, constatamos que o *ISP* apresenta uma média de 1.92 ( $DP = 0.42$ ), acima do ponto de corte (1.7), sugerindo presença de psicopatologia.

### 8.1.2.6. Qualidade de Vida

No Quadro 27 encontram-se as medidas descritivas para as pontuações obtidas no *Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 36 Itens (SF-36)*.

#### Quadro 27

*Medidas descritivas das dimensões e componentes da Qualidade de Vida (1º momento, N = 70)*

	<b>Mín.</b>	<b>Máx.</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Dimensão Funcionamento Físico	0.00	85.00	29.29	18.36
Dimensão Desempenho Físico	0.00	100.00	11.79	24.72
Dimensão Dor Corporal	0.00	100.00	55.40	31.16
Dimensão Vitalidade	0.00	85.00	28.86	20.09
Dimensão Desempenho Emocional	0.00	100.00	41.40	41.91
Dimensão Saúde Mental	8.00	100.00	62.00	21.27
Componente Física	8.00	61.00	32.87	12.88
Componente Mental	6.00	84.00	44.59	18.96

Pela análise do Quadro 27, verificamos que a *Componente Mental* é superior à *Componente Física*. Por seu turno, a dimensão que apresenta valor mais elevado é a *Saúde Mental*, seguida da dimensão *Dor Corporal*. Os valores mais baixos dizem respeito, por ordem crescente, às dimensões *Desempenho Físico*, *Vitalidade* e *Funcionamento Físico*.

### 8.1.3. Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e Médicas com as Variáveis

#### Psicossociais

O Quadro 28 apresenta os resultados das relações existentes entre as variáveis sociodemográficas e médicas da amostra, com as variáveis psicossociais.

Quadro 28

Relações entre as Variáveis Sociodemográficas e Médicas com as Variáveis Psicossociais avaliadas no pré-T.C.

	Variáveis sociodemográficas				Variáveis médicas			
	Sexo <sup>a</sup>	Idade <sup>b</sup>	Grau de escolaridade <sup>c</sup>	Agregado familiar <sup>a</sup>	Situação do paciente <sup>a</sup>	Grau de urgência do transplante <sup>c</sup>	Classe de [NYHA] <sup>c</sup>	Medicação Psiquiátrica <sup>a</sup>
Expetativas positivas	.01	-.01	.04	-.01	.08	-.18	-.01	.20
Suporte Social	.06	.24*	.11	.06	.09	-.25*	.06	.10
Coping Instrumental	-.05	.02	-.03	-.05	.05	-.03	.12	.23
Preocupação Emocional	-.25*	-.19	-.11	.07	-.02	.10	.22	-.09
Felicidade	-.21	.11	.01	-.02	.06	-.10	.02	-.05
Ansiedade	-.11	-.10	-.06	.02	-.13	.17	-.01	-.09
Surpresa	-.18	-.04	-.04	.09	.07	.01	.13	-.06
Índice Geral de Sintomas IGS	-.10	-.16	.10	-.14	-.06	.20	.02	-.04
Total de Sintomas Positivos TSP	-.11	-.18	.19	-.22	-.05	.22	-.04	-.07
Índice de Sintomas Positivos ISP	-.06	.05	-.29*	.08	-.04	.04	.22	-.05
Componente Física da Qualidade de Vida	.17	.17	-.05	-.03	-.06	-.16	.09	-.22
Componente Mental da Qualidade de Vida	.06	.06	.01	-.04	.07	-.15	-.05	-.10

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Nota: <sup>a</sup>Coefficiente de Correlação Ponto-Biserial; <sup>b</sup>Coefficiente de Correlação de Pearson; <sup>c</sup>Coefficiente de Correlação de Spearman; Codificação das variáveis: *Sexo* - Feminino = 0, Masculino = 1, *Agregado Familiar* - “Vive só” = 0, “Vive acompanhado” = 1, *Situação do Paciente* - “Não Hospitalizado” = 0, “Hospitalizado” = 1, *Medicação Psiquiátrica* - “Não prescrita” = 0, “Prescrita” = 1

Pela análise do Quadro 28, podemos constatar que maior utilização de *Coping Preocupação Emocional*, no período pré-T.C., se encontra associada ao *Sexo* feminino.

Verifica-se que existe uma associação positiva entre a *Idade* do paciente e a sua percepção de *Suporte Social* no período pré-T.C.

Podemos constatar que menor *Grau de Escolaridade* se encontra associado a maior grau de *Psicopatologia*.

Por último, observamos que maior *Grau de Urgência do Transplante*, (menos urgente) está associado a menor percepção do *Suporte Social* pelo paciente.

#### 8.1.4. Relação entre as diferentes Variáveis Psicossociais

Relativamente às relações das variáveis psicossociais entre si, o Quadro 29, ilustra os resultados.

Quadro 29

*Relações entre as Variáveis Psicossociais avaliadas no pré-T.C.*

	Expetativas positivas	Suporte Social	Coping Instrumental	Preocupação Emocional	Felicidade	Ansiedade	Surpresa	IGS	TSP	ISP	QDV_CF
<b>Suporte Social</b>	.15	-									
<b>Coping Instrumental</b>	.23	.40***	-								
<b>Preocupação Emocional</b>	-.24*	-.34**	-.11	-							
<b>Felicidade</b>	.18	.14	.18	-.16	-						
<b>Ansiedade</b>	-.13	-.21	-.20	.35**	-.25*	-					
<b>Surpresa</b>	-.05	-.29*	-.19	.19	-.07	.63***	-				
<b>IGS</b>	-.18	-.45***	-.12	.46***	-.23	.43***	.38**	-			
<b>TSP</b>	-.19	-.42***	-.18	.38**	-.20	.47***	.35**	.91***	-		
<b>ISP</b>	-.02	-.18	.14	.29*	-.09	.10	.29*	.50***	.14	-	
<b>QDV_CF</b>	.08	.20	-.08	-.19	-.07	.09	.14	-.28*	-.23	-.17	-
<b>QDV_CM</b>	.08	.30*	.15	-.21	.05	-.37**	-.24*	-.48***	-.39**	-.30*	.54***

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Nota: IGS - Índice Geral de Sintomas; TSP - Total de Sintomas Positivos; ISP - Índice de Sintomas Positivos; QDV\_CF - Componente Física da QDV; QDV\_CM - Componente Mental da QDV; as correlações dos quadrantes assinalados a sombreado não serão alvo de relato uma vez que representam resultados de sub-escalas do mesmo instrumento de avaliação

Como se pode ver pela análise do Quadro 29, assistimos a uma associação negativa fraca mas significativa entre as *Expetativas Positivas* e o uso de estratégias de *Coping* relacionadas com a *Preocupação Emocional*.

O *Suporte Social* apresenta uma associação positiva moderada com a utilização de estratégias de *Coping Instrumental*, por outro lado, assistimos a uma associação negativa também moderada entre o *Suporte Social* e as estratégias de *Preocupação Emocional*.

Assiste-se a uma associação negativa fraca entre o *Suporte Social* e a emoção *Surpresa*.

O *Suporte Social* correlaciona-se de forma negativa e moderada com o *Índice Geral de Sintomas* e com o *Total de Sintomas Positivos*.

O *Suporte Social* apresenta ainda uma associação positiva também moderada com a *Componente Mental da QDV*.

No que diz respeito às estratégias de *Coping*, regista-se uma correlação positiva moderada entre a *Preocupação Emocional* e a emoção *Ansiedade*. Verifica-se ainda uma correlação positiva entre a *Preocupação Emocional* e todos os índices de *Psicopatologia*, concretamente com o IGS, com o TSP e com o ISP.

Em relação à *Reatividade Emocional*, assistimos a uma correlação moderada negativa entre

a *Ansiedade* e a *Componente Mental da QDV*, bem como entre a *Surpresa* e a *Componente Mental da QDV*, embora esta última se revele fraca. A emoção *Surpresa* relaciona-se de forma positiva com o *IGS*, *TSP* e *ISP*. Quanto à emoção *Ansiedade*, esta relaciona-se de forma positiva e moderada com a *Preocupação Emocional* e, de forma igualmente positiva e moderada, com os índices de *Psicopatologia IGS* e *TSP*.

Por último, no que se refere à *Psicopatologia*, verificamos uma correlação negativa fraca entre o *IGS* e a *Componente Física da QDV* e, entre o mesmo índice e a *Componente Mental da QDV* com uma força de correlação de moderada a forte como seria expectável. Da mesma forma, o *TSP* e o *ISP* correlacionam-se negativamente com a *Componente Mental da QDV* embora com uma força de correlação inferior que podemos considerar moderada.

## 8.2. Caracterização dos pacientes seis meses pós-T.C.

Como referido nos Objetivos (c.f. 6.1., alínea d), neste ponto, propomo-nos a caracterizar a amostra dos pacientes seis meses após terem efetuado o T.C. Iniciamos com a caracterização das variáveis médicas pós-T.C. selecionadas; seguidamente apresentamos as medidas descritivas referentes aos indicadores psicossociais de ajustamento e, por último, exploramos as inter-relações entre os indicadores psicossociais e variáveis médicas pós-T.C., neste segundo momento do estudo.

### 8.2.1. Variáveis Médicas seis meses pós-T.C.

Nos Quadros 30, 31 e 32, encontram-se expressas as Variáveis Médicas recolhidas, seis meses após o transplante cardíaco.

#### 8.2.1.1. Rejeição

Assim, o Quadro 30 mostra as medidas descritivas relativas à *Rejeição* do enxerto.

Quadro 30

*Rejeição seis meses após o T.C (2º momento, N = 58)*

	n	%
<b>Rejeição</b>		
Sem Rejeição	51	87.9
Com Rejeição	7	12.1

Nota: Grau de Rejeição 0R e 1R = “Sem Rejeição”, 2R e 3R = “Com Rejeição”

Pela análise do Quadro 30, constatamos que, seis meses após o procedimento, a maioria dos pacientes não apresenta rejeição do enxerto (87.9%).

Não se verifica qualquer associação significativa entre a *Rejeição* e o *Sexo*, Teste de Fisher,  $p = .23$ , o *Grau de Escolaridade*,  $r_{pb} = -.01$ ,  $p = .93$ , e o *Agregado Familiar*, Teste de

Fisher,  $p = .32$ . Existe uma correlação negativa significativa entre a *Idade* e a *Rejeição*, seis meses pós-T.C.,  $r_{pb} = -.36, p = .008$ . Assim, mais idade encontra-se associada a menor rejeição.

### 8.2.1.2. Re-hospitalizações

No Quadro 31, encontram-se as medidas descritivas relativas às *Re-hospitalizações*.

Quadro 31

*Re-hospitalizações seis meses após o T.C. (2º momento, N = 58)*

	n	%
<b>Nº de re-hospitalizações</b>		
0	41	70.7
1	13	22.4
2	2	3.4
3	1	1.7
4	1	1.7

Observando o Quadro 31, constatamos que a maioria dos pacientes não apresenta qualquer re-hospitalização, 22.4% apresentam uma, dois indivíduos apresentam duas e, apenas um indivíduo apresenta quatro re-hospitalizações, neste período de tempo.

Não se verifica qualquer associação significativa entre o *Número de re-hospitalizações* e o *Sexo*,  $r_{pb} = -.14, p = .30$ , a *Idade*,  $r = -.16, p = .23$ , o *Grau de Escolaridade*,  $r = -.19, p = .15$ , e o *Agregado Familiar*,  $r_{pb} = -.03, p = .85$ .

### 8.2.1.3. Medicação Psiquiátrica

No Quadro 32, indicamos as medidas descritivas referentes à *Medicação Psiquiátrica*.

Quadro 32

*Medicação Psiquiátrica seis meses após o T.C. (2º momento, N = 58)*

	n	%
<b>Medicação psiquiátrica</b>		
Não prescrita	15	25.9
Prescrita	43	74.1

Pela análise do Quadro 32, observamos que a grande maioria dos pacientes apresentam prescrição de medicação psiquiátrica.

Neste momento, não existe qualquer associação significativa entre a *Prescrição de Medicação Psiquiátrica* e o *Sexo*, Teste de Fisher,  $p = .68$ , a *Idade*,  $r_{pb} = .11, p = .42$ , o *Grau de Escolaridade*,  $r_{pb} = .08, p = .57$ , e o *Agregado Familiar*, Teste de Fisher,  $p = .71$ .

## 8.2.2. Indicadores Psicossociais de Ajustamento

Nos Quadros 33 e 34 encontram-se expressas as medidas descritivas referentes aos Indicadores Psicossociais de Ajustamento, recolhidos seis meses após o transplante cardíaco.

### 8.2.2.1. Adesão Terapêutica

O Quadro 33 ilustra as medidas descritivas obtidas na escala *Heart Transplant Compliance Scale (HTCS)*, relativamente à *Adesão*.

#### Quadro 33

*Medidas descritivas da Adesão Terapêutica seis meses após o T.C. (2º momento, N = 58)*

	Mín.	Máx.	Média	DP
Dificuldade de Adesão	1.00	2.40	1.16	.26

Pela análise do Quadro 33, constatamos que a média da *Dificuldade de Adesão* apresentada pelos pacientes, seis meses após o procedimento, apresenta um valor bastante satisfatório, dado que o valor mínimo assumido pela escala é 1.0 (c.f. ponto 6.2.3.9.).

### 8.2.2.2. Qualidade de Vida

O Quadro 34 apresenta as medidas descritivas, obtidas no *Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 36 Itens (SF-36)*, relativas às suas dimensões e à *Componente Física* e *Componente Mental* da *Qualidade de Vida*.

#### Quadro 34

*Medidas descritivas das Dimensões e Componentes da Qualidade de Vida seis meses após o T.C. (2º momento, N = 58)*

	Mín.	Máx.	Média	DP
Dimensão Funcionamento Físico	35.00	100.00	77.93	17.97
Dimensão Desempenho Físico	0.00	100.00	56.90	37.40
Dimensão Dor Corporal	41.00	100.00	78.14	21.36
Dimensão Vitalidade	30.00	100.00	72.50	17.73
Dimensão Desempenho Emocional	0.00	100.00	63.78	39.19
Dimensão Saúde Mental	32.00	100.00	75.72	16.31
Componente Física da Qualidade Vida	36.00	94.00	70.02	17.26
Componente Mental da Qualidade Vida	36.00	100.00	72.93	18.35

A observação das médias representativas da *Qualidade de Vida*, presentes no Quadro 34, permite-nos verificar que o valor mais elevado se refere à *Componente Mental*. Um valor ligeiramente mais baixo é apresentado pela *Componente Física*.

Por seu turno, a dimensão que apresenta valor mais elevado é a dimensão *Dor Corporal*, seguida da dimensão *Funcionamento Físico*. Os valores mais baixos dizem respeito, por ordem crescente, às dimensões *Desempenho Físico*, *Desempenho Emocional* e *Vitalidade*.



### 8.2.3. Relações entre os Indicadores Psicossociais de Ajustamento e as Variáveis Médicas seis meses pós-T.C.

O Quadro 35 apresenta os resultados das relações existentes entre os Indicadores Psicossociais e as Variáveis Médicas seis meses após o procedimento.

#### Quadro 35

*Relações entre os indicadores psicossociais de ajustamento e as variáveis médicas seis meses após o T.C.*

	<u>Adesão Terapêutica</u>	<u>Qualidade de Vida</u>	
	<u>Dificuldade</u>	<u>Componente Física</u>	<u>Componente Mental</u>
Grau de rejeição <sup>a</sup>	.20	.05	.06
Número de re-hospitalizações <sup>b</sup>	.15	-.19	-.25
Medicação psiquiátrica <sup>a</sup>	-.04	-.30*	-.29*

\*  $p < .05$

Nota: <sup>a</sup> Coeficiente de Correlação Ponto-Biserial; <sup>b</sup> Coeficiente de Correlação de Pearson;

Codificação das variáveis: *Grau de Rejeição* “Sem Rejeição” = 0, “Com Rejeição” = 1; *Medicação Psiquiátrica*: “Não prescrita” = 0, “Prescrita” = 1

Como se constata pela análise do Quadro 35, verificamos que maior *Qualidade Vida* se encontra associada a ausência de prescrição de *Medicação Psiquiátrica* seis meses pós-T.C., tanto na sua *Componente Física*, como *Componente Mental*.

### 8.3. Caracterização dos pacientes 12 meses pós-T.C.

No seguimento dos objetivos a que nos propusemos (c.f. 6.1., alínea f), neste ponto caracterizamos a amostra dos pacientes 12 meses após terem efetuado a cirurgia. Iniciamos, igualmente, com a caracterização das variáveis médicas pós-T.C.; seguidamente apresentamos as medidas descritivas referentes aos indicadores psicossociais de ajustamento e, por último, analisamos as inter-relações entre os indicadores psicossociais e as variáveis médicas pós-T.C., no terceiro momento do estudo.

#### 8.3.1. Variáveis Médicas 12 meses pós-T.C.

Nos Quadros 36, 37 e 38, encontram-se expressos as Variáveis Médicas recolhidas, 12 meses após o transplante cardíaco.

##### 8.3.1.1. Rejeição

Assim, o Quadro 36 apresenta as medidas descritivas relativas à *Rejeição* do enxerto.

Quadro 36

*Rejeição 12 meses após o T.C. (3º momento, N = 55)*

	n	%
<b>Rejeição</b>		
Sem Rejeição	55	100.0
Com Rejeição	0	0.0

Nota: Grau de Rejeição 0R e 1R = “Sem Rejeição”, 2R e 3R = “Com Rejeição”

Como se pode constatar pela leitura do Quadro 36, nenhum paciente apresentou *Rejeição* do enxerto aos 12 meses.

### 8.3.1.2. Re-hospitalizações

No quadro 37, encontram-se as medidas descritivas relativas às *Re-hospitalizações*.

Quadro 37

*Re-hospitalizações 12 meses após o T.C. (3º momento, N = 55)*

	n	%
<b>Nº de re-hospitalizações</b>		
0	52	94.5
1	2	3.6
2	1	1.8

Observando o Quadro 37, constatamos que a maioria dos pacientes não apresenta qualquer *Re-hospitalização*, dois indivíduos apresentam uma e apenas um indivíduo apresenta duas re-hospitalizações, neste período de tempo. Neste momento, pelo facto de 94.5% dos indivíduos não apresentarem qualquer re-hospitalização, não foram realizados testes de associação com as variáveis *Sexo, Idade, Grau de Escolaridade e Agregado Familiar*.

### 8.3.1.3. Medicação Psiquiátrica

No Quadro 38, indicamos as medidas descritivas referentes à *Medicação Psiquiátrica*.

Quadro 38

*Medicação Psiquiátrica 12 meses após o T.C. (3º momento, N = 55)*

	n	%
<b>Medicação psiquiátrica</b>		
Não prescrita	25	45.5
Prescrita	30	54.5

Nota: Codificação da variável *Medicação Psiquiátrica*: "Não prescrita" = 0, "Prescrita" = 1

Pela análise do Quadro 38, observamos que a maioria dos pacientes apresentam prescrição de *Medicação Psiquiátrica*.

Neste momento, não existe qualquer associação significativa entre a *Prescrição de Medicação Psiquiátrica* e o *Sexo*, Teste de Fisher,  $p = 1.00$ , a *Idade*,  $r_{pb} = .02$ ,  $p = .90$ , o *Grau de*

*Escolaridade*,  $r_{pb} = .05$ ,  $p = .72$  e o *Agregado Familiar*, Teste de Fisher,  $p = 1.00$ .

### 8.3.2. Indicadores Psicossociais de Ajustamento

Nos Quadros 39 e 40 encontram-se expressas as medidas descritivas referentes aos Indicadores Psicossociais de Ajustamento, recolhidos 12 meses após o transplante cardíaco.

#### 8.3.2.1. Adesão Terapêutica

O Quadro 39 ilustra as medidas descritivas obtidas na escala *Heart Transplant Compliance Scale (HTCS)*, relativamente à *Adesão*.

Quadro 39

*Medidas descritivas da Adesão Terapêutica 12 meses após o T.C. (3º momento, N = 55)*

	Mín.	Máx.	Média	DP
Dificuldade de Adesão	1.00	2.00	1.19	.25

Pela análise do Quadro 39 constatamos que a média da *Dificuldade de Adesão* apresentada pelos pacientes, 12 meses após o procedimento, é muito semelhante à apresentada aos seis meses (1.16) (c.f. Quadro 33). Desta forma, constatamos que a média da *Dificuldade de Adesão* apresentada pelos pacientes, 12 meses após o procedimento, continua a apresentar um valor bastante satisfatório.

#### 8.3.2.2. Qualidade de Vida

O Quadro 40 apresenta as medidas descritivas obtidas no *Questionário de Avaliação do Estado de Saúde de 36 Itens (SF-36)*, relativas à *Componente Física* e *Componente Mental* da *Qualidade de Vida*.

Quadro 40

*Medidas descritivas da Qualidade de Vida 12 meses após o T.C. (3º momento, N = 55)*

	Mín.	Máx.	Média	DP
Dimensão Funcionamento Físico	5.00	100.00	75.27	24.08
Dimensão Desempenho Físico	0.00	100.00	62.73	36.28
Dimensão Dor Corporal	2.00	100.00	72.75	24.97
Dimensão Vitalidade	40.00	100.00	70.82	17.21
Dimensão Desempenho Emocional	0.00	100.00	66.65	36.92
Dimensão Saúde Mental	0.00	100.00	71.71	21.83
Componente Física da Qualidade Vida	28.00	96.00	68.64	17.78
Componente Mental da Qualidade Vida	17.00	98.00	73.04	20.07

No Quadro 40, e pela observação das médias representativas da *Qualidade de Vida*, verificamos que o valor mais elevado se refere à *Componente Mental*. Um valor ligeiramente mais baixo é apresentado pela *Componente Física*. A dimensão que apresenta valor mais elevado

é a dimensão *Funcionamento Físico*, seguida da dimensão *Dor Corporal*. Os valores mais baixos dizem respeito, por ordem crescente, às dimensões *Desempenho Físico*, *Desempenho Emocional* e *Vitalidade*.

### 8.3.3. Relações entre os Indicadores Psicossociais de Ajustamento e as Variáveis Médicas 12 meses pós-T.C.

O Quadro 41 apresenta os resultados das relações existentes entre os Indicadores Psicossociais e as Variáveis Médicas, 12 meses após o transplante.

Quadro 41

*Relações entre os Indicadores Psicossociais de Ajustamento e os Indicadores Médicos 12 meses após o T.C.*

	<u>Adesão Terapêutica</u>	<u>Qualidade de Vida</u>	
	<u>Dificuldade</u>	<u>Componente Física</u>	<u>Componente Mental</u>
Número de re-hospitalizações <sup>a</sup>	.04	-.12	-.22
Medicação psiquiátrica <sup>b</sup>	.22	-.33*	-.41**

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Nota: <sup>a</sup> Coeficiente de Correlação de Pearson; <sup>b</sup> Coeficiente de Correlação Ponto-Bisserial. Codificação da variável *Medicação Psiquiátrica*: "Não prescrita" = 0, "Prescrita" = 1.

No Quadro 41, podemos constatar que maior *Qualidade de Vida*, nas suas *Componentes Física* e *Mental*, se encontra associada, de forma moderada, à ausência de prescrição de *Medicação Psiquiátrica*.

## Capítulo 9. Resultados do estudo empírico: evolução ao longo do tempo, associação e predição das variáveis

---

Na primeira parte deste capítulo, e face ao exposto nos objetivos (c.f. 6.1, alínea h), começamos por fazer uma breve análise da evolução ao longo do tempo das variáveis médicas pós-T.C. - *Rejeição, Re-hospitalizações e Prescrição de Medicação Psiquiátrica*.

Proseguimos com a análise da evolução ao longo do tempo do indicador psicossocial de ajustamento *Adesão Terapêutica* na sua componente *Dificuldade*, em consonância com os objetivos explicitados (c.f. 6.1, alínea i). Seguidamente, dedicamo-nos ao estudo das inter-relações entre este indicador e as variáveis sociodemográficas, médicas e psicossociais, a fim de cumprirmos os objetivos (c.f. 6.1, alínea j). Terminamos com o estudo de predição da *Adesão Terapêutica* em cada momento de avaliação, de acordo com os objetivos explicitados (c.f. alínea k).

Na terceira parte, e de acordo com os objetivos (c.f. 6.1, alínea l, m, n) efetuamos os mesmos procedimentos estatísticos, em relação à *Qualidade de Vida*, nas suas duas componentes *Física e Mental* também nos dois momentos de avaliação.

### 9.1. Evolução ao longo do tempo das Variáveis Médicas pós-T.C.

#### 9.1.1. Rejeição

Seis meses após o T.C., 51 indivíduos (87.9%) não apresentava *Rejeição* do órgão e, 12 meses após o procedimento, nenhum dos pacientes apresentava rejeição. Dada a ausência de variabilidade no segundo momento de avaliação, não foi possível aplicar o Teste de Qui-Quadrado no caso desta variável. Podemos, no entanto, concluir que houve uma evolução favorável ao longo do tempo no que toca à rejeição.

#### 9.1.2. Re-hospitalizações

O teste de Wilcoxon, evidenciou diferenças significativas ao nível do número de *Re-hospitalizações* entre os seis e os 12 meses,  $Z = -3.50$ ,  $p < .001$ . O número de re-hospitalizações aos 12 meses é, assim, significativamente inferior ao número de re-hospitalizações encontradas seis meses após o transplante.

#### 9.1.3. Prescrição de Medicação Psiquiátrica

Existe uma associação significativa entre a *Prescrição de Medicação Psiquiátrica* antes do transplante e a mesma seis meses após o T.C.,  $\chi^2(1) = 15.21$ ,  $p < .001$ . Assim, enquanto que

54.5% dos pacientes que não tinham prescrita medicação psiquiátrica antes do T.C., permanecem na mesma situação, seis meses após o T.C.; 91.7% dos pacientes que já tinham medicação psiquiátrica prescrita antes do procedimento, continuam a tê-la, seis meses após o mesmo.

De igual forma, há uma associação significativa entre a *Prescrição de Medicação Psiquiátrica* pré-T.C. e 12 meses após o mesmo,  $\chi^2(1) = 11.07, p = .001$ . Assim, 75.0% dos pacientes que não tinham prescrição de medicação psiquiátrica antes da cirurgia, continua, em igual situação, 12 meses após a mesma; 71.4% dos pacientes que já tinham medicação psiquiátrica prescrita antes do T.C., continuam com prescrição de medicação 12 meses após o procedimento.

Por último, constata-se também uma associação significativa entre a *Prescrição de Medicação Psiquiátrica* aos seis e 12 meses após o T.C.,  $\chi^2(1) = 19.07, p < .001$ . Enquanto que 93.3% dos pacientes que não tinham medicação psiquiátrica prescrita, seis meses após a cirurgia, continuam sem a ter prescrita aos 12 meses; 72.5% dos que já tinham prescrição de medicação psiquiátrica aos seis meses, continuam a tê-la 12 meses após o T.C.

## 9.2. Adesão Terapêutica

### 9.2.1. Evolução da Adesão Terapêutica ao longo do tempo (seis e 12 meses pós-T.C.)

O Quadro 42 apresenta a evolução da *Adesão Terapêutica*, dos seis meses para os 12 meses.

Quadro 42

*Comparação da Adesão Terapêutica seis e 12 meses após o T.C.*

	Momentos de avaliação		<i>t</i> (54)
	6 meses após T.C. ( <i>N</i> = 55) <i>Média</i> ( <i>DP</i> )	12 meses após T.C. ( <i>N</i> = 55) <i>Média</i> ( <i>DP</i> )	
Dificuldade na Adesão Terapêutica	1.16 (.27)	1.19 (.25)	-.88

A análise do Quadro 42 leva-nos a concluir que não existem diferenças significativas para a *Dificuldade de Adesão Terapêutica* entre os seis meses e 12 meses pós-T.C.

### 9.2.2. Relação entre a Adesão Terapêutica e as variáveis Sociodemográficas, Médicas e Psicossociais

Com a finalidade de cumprimos o segundo objetivo deste capítulo, a predição da *Adesão Terapêutica* aos seis e 12 meses após a cirurgia, começamos por estudar as relações entre as principais variáveis. Assim, o Quadro 43 mostra a relação entre as variáveis sociodemográficas, médicas e psicossociais com a *Adesão Terapêutica*, seis e 12 meses após o procedimento.

Quadro 43

Relação entre a Adesão Terapêutica e as Variáveis Sociodemográficas, Médicas e Psicossociais

		<b>Momentos de Avaliação da Dificuldade de Adesão Terapêutica</b>	
		<b>6 meses após T.C.</b>	<b>12 meses após T.C.</b>
<b>Variáveis sócio-demográficas</b>	Sexo <sup>a</sup>	-.39**	-.32*
	Idade <sup>b</sup>	-.40**	-.13
	Grau de Escolaridade <sup>c</sup>	.03	.08
	Agregado Familiar <sup>a</sup>	-.14	-.07
<b>Variáveis médicas pré-T.C.</b>	Situação do paciente <sup>a</sup>	.09	-.23
	Classe Insuficiência Cardíaca [NYHA] <sup>c</sup>	.01	.01
	Grau de urgência do T.C. <sup>c</sup>	-.04	.10
	Prescrição de medicação psiquiátrica <sup>a</sup>	-.09	-.14
<b>Variáveis psicossociais</b>	Expetativas positivas <sup>b</sup>	-.16	-.02
	Suporte Social <sup>b</sup>	-.05	-.05
	Coping Instrumental <sup>b</sup>	-.07	-.01
	Preocupação Emocional <sup>b</sup>	.14	.29*
	Felicidade <sup>b</sup>	-.09	-.03
	Ansiedade <sup>b</sup>	.17	.23
	Surpresa <sup>b</sup>	.21	.07
	Índice de Sintomas Positivos ISP <sup>b,d</sup>	.15	.15
<b>Variáveis médicas 6 m após T.C.</b>	QDV Componente Física pré-T.C. <sup>b</sup>	-.26	-.10
	QDV Componente Mental pré-T.C. <sup>b</sup>	-.23	-.19
<b>Variáveis médicas 6 m após T.C.</b>	Grau de rejeição <sup>a</sup>	.19	.14
	Nº de Re-hospitalizações <sup>b</sup>	.15	.06
	Medicação psiquiátrica <sup>a</sup>	-.04	.03
<b>Indicadores psicossociais 6 m após T.C.</b>	Dificuldade de Adesão Terapêutica <sup>b</sup>	-	.44***
	QDV Componente Física <sup>b</sup>	-.37**	-.32*
	QDV Componente Mental <sup>b</sup>	-.33*	-.45***
<b>Variáveis médicas 12 m após T.C.</b>	Nº de Re-hospitalizações <sup>b</sup>		.04
	Medicação psiquiátrica <sup>a</sup>		.22
<b>Indicadores psicossociais 12 m após T.C.</b>	Dificuldade de Adesão Terapêutica <sup>b</sup>		-
	QDV Componente Física <sup>b</sup>		-.44***
	QDV Componente Mental <sup>b</sup>		-.45***

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ 

Nota: <sup>a</sup>Coefficiente de Correlação Ponto-Bisserial; <sup>b</sup>Coefficiente de Correlação de Pearson; <sup>c</sup>Coefficiente de Correlação de Spearman; Codificação das variáveis: *Sexo* - "Feminino" = 0, "Masculino" = 1, *Agregado Familiar* - "Vive só" = 0, "Vive acompanhado" = 1, *Situação do Paciente* - "Não Hospitalizado" = 0, "Hospitalizado" = 1, *Grau de Rejeição* - "Sem Rejeição" = 0, "Com Rejeição" = 1, *Medicação Psiquiátrica* - "Não prescrita" = 0, "Prescrita" = 1

<sup>d</sup>Em relação à variável *Psicopatologia* optamos pela utilização do Índice de Sintomas Positivos do BSI, por se revelar o melhor discriminador entre os indivíduos com perturbação emocional e os indivíduos da população em geral (Canavarro, 1999, 2007)

Pela análise do Quadro 43, constata-se que maior *Dificuldade da Adesão Terapêutica* se encontra associada, de forma moderada, ao sexo feminino, tanto aos seis como aos 12 meses após o procedimento. Existe uma associação negativa, igualmente moderada, entre a *Idade* do paciente e a *Dificuldade da Adesão Terapêutica* seis meses pós-T.C.

Assistimos a uma relação positiva fraca entre a *Preocupação Emocional* pré-T.C. e a *Dificuldade de Adesão Terapêutica* aos 12 meses pós-T.C.

Assiste-se a uma correlação negativa entre a *Componente Física da Qualidade de Vida* e a *Dificuldade de Adesão Terapêutica*, seis meses pós-T.C. e, da mesma forma, tal associação negativa repete-se aos 12 meses após o procedimento, ambas com magnitude moderada. Constatamos a existência de uma associação negativa entre a *Componente Mental da Qualidade de Vida* e a *Dificuldade de Adesão Terapêutica*, seis meses pós-T.C. e, mais uma vez, tal associação negativa repete-se aos 12 meses após o procedimento, apresentando estas uma força de associação também moderada. A *Componente Mental da Qualidade de Vida* seis meses pós-T.C. está ainda associada, de forma moderada, à *Dificuldade de Adesão Terapêutica* aos 12 meses pós-T.C. Registamos uma associação positiva, com uma força também moderada, entre a *Componente Física da Qualidade de Vida* seis meses pós-T.C. e a *Dificuldade de Adesão Terapêutica* aos 12 meses pós-T.C.

Por último, assiste-se a uma associação positiva, de carácter moderado, entre a *Dificuldade da Adesão* aos seis meses e a *Dificuldade da Adesão* aos 12 meses.

### 9.2.3. Predição da Adesão Terapêutica seis meses pós-T.C.

Com o intuito de predizer a *Adesão Terapêutica*, aos seis e 12 meses pós-T.C., tomámos como ponto de partida as correlações bivariadas significativas presentes no Quadro 43. Por outro lado, para a predição deste indicador de ajustamento psicossocial aos seis meses, considerámos o que a literatura enfatiza sobre a influência do *Sexo* e da *Idade* na *Adesão Terapêutica*, em geral, e procedemos a uma regressão linear múltipla, incluindo como preditores as referidas variáveis independentes.

Assim no Quadro 44 apresentamos os resultados das regressões lineares múltiplas para a predição da *Adesão Terapêutica*, seis meses após o procedimento.

Quadro 44

*Modelo para predição da Adesão Terapêutica seis meses após o T.C.*

Modelo	$R^2$ ( $R^2$ Aj)	F	$\beta$	t
1 Sexo	.27 (.24)	$F(2,55) = 9.90^{***}$	-.33	-2.83**
Idade			-.34	-2.91**

\*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$



Este modelo - *Sexo* e *Idade* - é significativo,  $F(2,55) = 9.90$ ,  $p < .001$ , explicando 27% da variância ( $R^2_{Aj} = .24$ ). Como se pode constatar pela análise do Quadro 44, existem dois preditores significativos, o *Sexo*,  $\beta = -.33$ , e a *Idade*,  $\beta = -.34$ .

Concluindo, o sexo feminino e mais idade associam-se a maior dificuldade de adesão terapêutica, seis meses após o transplante.

#### 9.2.4. Predição da Adesão Terapêutica aos 12 meses pós-T.C.

Para a predição da *Adesão Terapêutica*, aos 12 meses, procedemos a uma análise de regressão múltipla hierárquica. A opção por um modelo de regressão linear múltipla hierárquico deveu-se ao facto de este permitir que seja a investigadora a decidir a ordem de entrada dos preditores na análise, tendo subjacente uma lógica teórica, ou seja, uma ordem pré-definida (Field, 2009).

Em primeiro lugar, e dada a importância dos estilos de *Coping* no comportamento de adesão na população com doença física crónica e, especificamente, na população transplantada cardíaca (Denny, 2011; Grady et al., 1998; Jalowiec et al., 2007b; Maes et al., 1996; Murberg et al., 2004; Myaskovsky et al., 2006; Rodin & Salovey, 1989; Rosner, 2006; Sabaté, 2003; Shapiro et al., 1995; Sherbourne et al., 1992) começamos por testar o papel específico da variável *Preocupação Emocional* no referido indicador de ajustamento psicossocial *Adesão Terapêutica*. Neste caso, pretendemos predizer a *Adesão Terapêutica*, aos 12 meses, controlando a variável *Sexo* e avaliando o efeito da *Preocupação Emocional* e da *Adesão Terapêutica*, seis meses pós-T.C.

Quadro 45

*Modelo para predição da Adesão Terapêutica 12 meses após o T.C.*

Modelo	$R^2$ ( $R^2_{Aj}$ )	$F$	$\beta$	$t$
1 Sexo	.10 (.08)	$F(1,53) = 5.89^*$	-.32	-2.43
Sexo			-.13	-0.94
2 Preocupação Emocional	.26 (.21)	$F(3,51) = 5.82^{**}$	.21	1.67
Dificuldade de Adesão Terapêutica 6 m			.36	2.72^{**}

\*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

O modelo final integrando o *Sexo*, a *Preocupação Emocional* e a *Dificuldade de Adesão Terapêutica* seis meses pós-T.C. é significativo, explicando 26% da variância ( $R^2_{Aj} = .21$ ). As variáveis *Preocupação Emocional* e *Dificuldade de Adesão Terapêutica* aos seis meses apresentam, por si só, uma contribuição adicional de 16% para a explicação da variância ( $\Delta R^2 = .16$ ). Como se pode constatar pela análise do Quadro 45, existe um único preditor significativo, a *Dificuldade de Adesão Terapêutica* seis meses pós-T.C.,  $\beta = .36$ .

Assim, maior dificuldade de adesão terapêutica, seis meses pós-T.C., relaciona-se com

maior dificuldade de adesão terapêutica, 12 meses pós-T.C.

### 9.3. Qualidade de Vida

À semelhança dos procedimentos efectuados para o indicador *Adesão Terapêutica*, no que diz respeito à *Qualidade de Vida*, começamos por analisar a sua evolução ao longo do tempo nas suas duas componentes: *Componente Física* e *Componente Mental*. Em seguida, exploramos as inter-relações entre este indicador de ajustamento e as variáveis sociodemográficas, médicas e psicossociais com o objetivo de prever a *Qualidade de Vida* aos seis e 12 meses após o procedimento.

#### 9.3.1. Evolução da Qualidade de Vida ao longo do tempo (seis e 12 meses pós-T.C.)

O Quadro 46 apresenta as diferenças encontradas na *Componente Física da Qualidade de Vida*, ao longo do tempo.

Quadro 46

*Comparação da Componente Física da Qualidade de Vida no pré-T.C., seis e 12 meses após o T.C.*

	Momentos de Avaliação			F (2,108)
	Pré T.C.	6 meses após T.C.	12 meses após T.C.	
	(N = 55)	(N = 55)	(N = 55)	
	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	
Componente Física da Qualidade de Vida	32.45 (12.56)	70.62 (17.49)	68.64 (17.78)	150.25***

\*\*\*  $p < .001$

Como se pode observar pela análise do Quadro 46, existem diferenças significativas ao nível da *Componente Física da Qualidade de Vida* em função do momento temporal em que esta é avaliada.

No Quadro 47 apresentamos as diferenças na *Componente Física da Qualidade de Vida*, ao longo do tempo.

Quadro 47

*Diferenças na Componente Física da Qualidade de Vida em função do momento temporal da sua avaliação*

	Momentos de Avaliação		
	Pré T.C.	Pré T.C.	6 meses após T.C.
	vs.	vs.	vs.
	6 meses após T.C.	12 meses após T.C.	12 meses após T.C.
Componente Física da Qualidade de Vida	***	***	ns

\*\*\*  $p < .001$

Podemos observar no Quadro 47 que, através de *Pairwise Comparisons de Bonferroni*, a

*Componente Física da Qualidade de Vida* antes do T.C. é significativamente inferior, em relação à mesma componente, seis e 12 meses após o procedimento.

O Quadro 48 apresenta as diferenças encontradas na *Componente Mental da Qualidade de Vida*, ao longo do tempo.

Quadro 48

*Comparação da Componente Mental da Qualidade de Vida no pré-T.C., seis e 12 meses após o T.C.*

	Momentos de Avaliação			F (1.56,84.02)
	Pré T.C.	6 meses após T.C.	12 meses após T.C.	
	(N = 55) Média (DP)	(N = 55) Média (DP)	(N = 55) Média (DP)	
Componente Mental da Qualidade de Vida	44.11 (19.22)	73.42 (18.68)	73.04 (20.07)	74.61***

\*\*\*  $p < .001$

Pela leitura do Quadro 48, verifica-se igualmente a existência de diferenças significativas, ao nível da *Componente Mental da Qualidade de Vida*, consoante o momento temporal em que esta é avaliada.

No Quadro 49 apresentamos as diferenças na *Componente Mental da Qualidade de Vida*, ao longo do tempo.

Quadro 49

*Diferenças na Componente Mental da Qualidade de Vida em função do momento temporal da sua avaliação*

	Momentos de Avaliação		
	Pré T.C. vs. 6 meses após T.C.	Pré T.C. vs. 12 meses após T.C.	6 meses após T.C. vs. 12 meses após T.C.
	Componente Mental da Qualidade de Vida	***	***

\*\*\*  $p < .001$

O Quadro 49 mostra, através de *Pairwise Comparisons de Bonferroni*, que a *Componente Mental da Qualidade de Vida* antes do T.C. também é significativamente inferior à mesma componente, quando avaliada aos seis e 12 meses após o procedimento.

### 9.3.2. Relação entre a Qualidade de Vida e as variáveis Sociodemográficas, Médicas e Psicossociais

No sentido de cumprimos o terceiro objetivo deste capítulo (a predição da *Qualidade de Vida* seis e 12 meses após o transplante cardíaco, nas suas duas componentes, Física e Mental), começamos por estudar as relações entre as principais variáveis. O Quadro 50 ilustra os

resultados encontrados para a relação entre as componentes Física e Mental da *Qualidade de Vida* e as variáveis Sociodemográficas, Médicas e Psicossociais nos três momentos de avaliação.

Quadro 50

*Relação das Componentes Mental e Física da Qualidade de Vida com as variáveis Sociodemográficas, Médicas e Psicossociais*

		Momentos de Avaliação da QDV			
		6 meses após T.C.		12 meses após T.C.	
		QDV-CF	QDV-CM	QDV-CF	QDV-CM
<b>Variáveis sócio-demográficas</b>	Sexo <sup>a</sup>	.03	.09	.00	.05
	Idade <sup>b</sup>	.08	-.05	-.14	.02
	Grau de Escolaridade <sup>c</sup>	-.17	-.10	.05	-.02
	Agregado Familiar <sup>a</sup>	.23	.15	-.01	.01
<b>Variáveis médicas pré-T.C.</b>	Situação do paciente <sup>a</sup>	.06	.26*	.29*	.32*
	Classe Insuficiência Cardíaca [NYHA] <sup>c</sup>	.08	.06	-.08	.04
	Grau de urgência do T.C. <sup>c</sup>	-.13	-.35**	-.29*	-.42**
	Prescrição de medicação psiquiátrica <sup>a</sup>	-.20	-.10	-.05	-.14
<b>Variáveis psicossociais</b>	Expetativas positivas <sup>b</sup>	-.15	-.09	-.09	.01
	Suporte Social <sup>b</sup>	.07	.26*	.30*	.32*
	Coping Instrumental <sup>b</sup>	-.09	.07	.09	.16
	Preocupação Emocional <sup>b</sup>	.03	-.04	.01	.05
	Felicidade <sup>b</sup>	.05	.15	.11	.14
	Ansiedade <sup>b</sup>	-.22	-.20	-.18	-.17
	Surpresa <sup>b</sup>	-.06	-.13	-.19	-.16
	Índice de Sintomas Positivos ISP <sup>b d</sup>	.09	-.12	-.18	-.13
	QDV Componente Física pré-T.C. <sup>b</sup>	.21	.29*	.13	.22
	QDV Componente Mental pré-T.C. <sup>b</sup>	.12	.26	.27*	.29*
<b>Variáveis médicas 6 m após T.C.</b>	Grau de rejeição <sup>a</sup>	-.05	.10	.17	.06
	Nº de Re-hospitalizações <sup>b</sup>	-.19	-.25	-.10	-.13
	Medicação psiquiátrica <sup>a</sup>	-.30*	-.29*	-.23	-.35**
<b>Indicadores psicossociais 6 meses após T.C.</b>	QDV Componente Física <sup>b</sup>	-	.68***	.61***	.52***
	QDV Componente Mental <sup>b</sup>	.68***	-	.69***	.74***
	Dificuldade de Adesão Terapêutica <sup>b</sup>	-.37**	-.33*	-.10	-.16
<b>Variáveis médicas 12 m após T.C.</b>	Nº de Re-hospitalizações <sup>a</sup>			-.12	-.22
	Medicação psiquiátrica <sup>b</sup>			-.33*	-.41**
<b>Indicadores psicossociais 12 meses após T.C.</b>	QDV Componente Física <sup>b</sup>			-	.80***
	QDV Componente Mental <sup>b</sup>			.80***	-
	Dificuldade de Adesão Terapêutica <sup>b</sup>			-.44***	-.45***

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Nota: <sup>a</sup>Coefficiente de Correlação Ponto-Bisserial; <sup>b</sup>Coefficiente de Correlação de Pearson; <sup>c</sup>Coefficiente de Correlação de Spearman; QDV\_CF - Componente Física da QDV; QDV\_CM - Componente Mental da QDV; Codificação das variáveis: *Sexo* - "Feminino" = 0, "Masculino" = 1, *Agregado Familiar* - "Vive só" = 0, "Vive acompanhado" = 1, *Situação do Paciente* - "Não Hospitalizado" = 0, "Hospitalizado" = 1, *Medicação Psiquiátrica* - "Não prescrita" = 0, "Prescrita" = 1

<sup>d</sup>Em relação à variável *Psicopatologia* optámos pela utilização do Índice de Sintomas Positivos do BSI, por se revelar o melhor discriminador entre os indivíduos com perturbação emocional e os indivíduos da população em geral (Canavaro, 1999, 2007)

Pela análise do Quadro 50, podemos observar associações positivas, fracas a moderadas, entre a *Situação do Paciente* e a *Qualidade de Vida*, nas suas *Componentes Física* aos seis meses pós-T.C.; *Mental* e *Física* aos 12 meses pós-T.C. Ou seja, o facto do candidato ter sido hospitalizado antes do procedimento, associa-se a uma melhor perceção da *Qualidade de Vida Mental* aos seis e 12 meses e da *Qualidade de Vida Física*, 12 meses, após a cirurgia.

Constatamos a existência de uma associação negativa de magnitude moderada entre o *Grau de Urgência* do T.C. e a *Componente Mental da Qualidade de Vida*, seis e 12 meses pós-T.C. Verifica-se ainda uma associação negativa entre o *Grau de Urgência* do T.C e a *Componente Física da Qualidade de Vida*, 12 meses após o procedimento embora de carácter fraco.

Existe uma correlação positiva fraca mas significativa entre o *Suporte Social* e a *Componente Mental da Qualidade de Vida*, seis meses pós-T.C. Assiste-se ainda, a uma associação positiva moderada entre o *Suporte Social* e *Componente Física da Qualidade de Vida*, 12 meses após o procedimento, e com a *Componente Mental da Qualidade de Vida*, no mesmo período, de magnitude semelhante.

Verifica-se uma correlação positiva fraca entre a *Componente Física da Qualidade de Vida*, antes do T.C. e a *Componente Mental* da mesma, seis meses após o procedimento. De igual forma, constatamos uma associação positiva entre a *Componente Mental da Qualidade de Vida*, antes do T.C., e a *Componente Física e Mental* aos 12 meses pós-T.C., ambas de magnitude fraca.

Constata-se que a prescrição de *Medicação Psiquiátrica*, seis meses pós-T.C., se associa a menor *Componente Física da Qualidade de Vida*, de forma moderada, e a uma menor *Componente Mental* com uma associação mais fraca. Aos 12 meses após o procedimento, esta correlação continua a ser igualmente negativa mas verifica-se apenas com a *Componente Mental da Qualidade de Vida* com magnitude moderada. Assim, a ausência de prescrição de medicação psiquiátrica está associada a uma melhor qualidade de vida mental.

Constata-se, também, uma correlação positiva forte entre a *Componente Física e Mental da Qualidade de Vida* seis meses pós-T.C. Verifica-se, igualmente, uma associação positiva, de magnitude forte, entre as *Componentes Física e Mental da Qualidade de Vida*, aos 12 meses pós-T.C. Assiste-se a uma associação positiva elevada entre a *Componente Física da Qualidade de Vida*, seis meses pós-T.C. e, a mesma componente, 12 meses após o procedimento. Da mesma forma, verificamos uma associação positiva entre a *Componente Mental da Qualidade de Vida*, seis meses pós-T.C., e a *Componente Física* da mesma, 12 meses após o procedimento igualmente elevada. Assistimos a uma associação positiva forte entre a *Componente Física da Qualidade de Vida*, seis meses após o procedimento, e a *Componente Mental da Qualidade de*

*Vida*, 12 meses após o mesmo. Da mesma forma, verificamos uma associação positiva elevada entre a *Componente Mental da Qualidade de Vida*, seis e 12 meses pós-T.C.

Assiste-se a uma correlação negativa moderada entre a *Dificuldade da Adesão Terapêutica* e a *Componente Física da Qualidade de Vida*, seis meses pós-T.C. Da mesma forma, presenciamos uma associação negativa, também moderada, entre a *Dificuldade da Adesão Terapêutica* e a *Componente Mental da Qualidade de Vida*, seis meses pós-T.C.

Observa-se, igualmente, uma associação negativa, de efeito moderado, entre a *Componente Física da Qualidade de Vida*, aos 12 meses pós-T.C., e a prescrição de *Medicação Psiquiátrica*, no mesmo momento. Também aos 12 meses, se verifica esta associação negativa, igualmente moderada, entre a *Componente Mental da Qualidade de Vida* e a prescrição de *Medicação Psiquiátrica*.

Por último, podemos constatar uma associação negativa de, carácter moderado, entre as *Componentes Física e Mental da Qualidade de Vida*, aos 12 meses pós-T.C., e a *Dificuldade de Adesão*, no mesmo momento.

### 9.3.3. Predição da Qualidade de Vida seis meses pós-T.C.

Em termos de estratégia analítica, e no sentido de predizer o indicador psicossocial de ajustamento *Qualidade de Vida*, aplicou-se o mesmo procedimento já utilizado para a *Adesão Terapêutica* (c.f. ponto 9.2.3.). Ou seja, partindo das correlações bivariadas significativas (c.f. Quadro 50) começamos por testar o papel específico das variáveis *Adesão Terapêutica*, seis meses pós-T.C., e a *Componente Mental da Qualidade de Vida*, no mesmo momento, no indicador de ajustamento psicossocial *Componente Física da Qualidade de Vida*, seis meses pós-T.C., controlando a variável *Medicação Psiquiátrica* nesse momento.

Concretamente, o Quadro 51, apresenta o modelo de regressão linear múltipla hierárquica para a predição da *Componente Física da Qualidade de Vida* seis meses pós-T.C.

Quadro 51

*Modelo para predição da Componente Física da Qualidade de Vida seis meses após o T.C.*

Modelo	$R^2$ ( $R^2$ Aj)	F	$\beta$	t
1 Medicação psiquiátrica 6 m após T.C.	.09 (.07)	$F(1,56) = 5.57^*$	-.30	-2.36*
Medicação psiquiátrica 6 m após T.C.			-.14	-1.37
2 Dificuldade de Adesão Terapêutica 6 m	.50 (.47)	$F(3,54) = 18.05^{***}$	-.18	-1.79
Componente Mental da QDV 6 m após T.C.			-.58	5.35***

\*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$

Este modelo – *Medicação Psiquiátrica* seis meses pós-T.C, *Dificuldade de Adesão Terapêutica* e *Componente Mental da Qualidade de Vida* seis meses pós-T.C. – é significativo, explicando 50% da variância. As variáveis *Dificuldade de Adesão Terapêutica* e *Componente*

*Mental da Qualidade de Vida* aos seis meses apresentam, por si só, uma contribuição adicional de 41% para explicação da variância ( $\Delta R^2 = .41$ ). O único preditor significativo é a *Componente Mental da Qualidade de Vida* seis meses pós-T.C.,  $\beta = -.58$ .

Desta forma, menor qualidade de vida mental aos seis meses associa-se a menor qualidade de vida física, no mesmo momento de avaliação.

Em relação à predição da *Componente Mental da Qualidade de Vida*, seis meses após o transplante, recorremos a um modelo de regressão linear múltipla hierárquica. Tendo em consideração o impacto do *Suporte Social* na *Qualidade de Vida* sustentado pela literatura, na doença em geral e, na transplantação cardíaca, em particular (Alferi et al., 2001; Amorim & Pereira, 2009; Bohachick et al., 2002; Bunzel & Wolleneck, 1994; Denny, 2011; Dew, Roth, Schulberg, et al., 1996; Emery et al., 2004; Holahan, Moos, et al., 1997; House & Thompson, 1988; Luttik et al., 2005; Moser & Worster, 2000; Murberg & Bru, 2001; Myaskovsky et al., 2006; Rosengren et al., 2004; Santos, Pais-Ribeiro, & Lopes, 2003; Tung et al., 2011), foi nosso objetivo avaliar o impacto do *Suporte Social* e da *Adesão Terapêutica*, seis meses pós-T.C. Para o efeito, começamos por controlar o efeito da variável *Prescrição de Medicação Psiquiátrica*, neste momento.

O Quadro 52 apresenta o modelo de regressão múltipla hierárquica para a predição da *Componente Mental da Qualidade de Vida* seis meses pós-T.C.

Quadro 52

*Modelo para predição da Componente Mental da Qualidade de Vida seis meses após o T.C.*

<b>Modelo</b>	<b><math>R^2</math> (<math>R^2</math> Aj)</b>	<b>F</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>t</b>
<b>1</b> Medicação psiquiátrica 6 m após T.C.	.12 (.11)	$F(1,55) = 7.55^{**}$	-.35	-2.75**
Medicação psiquiátrica 6 m após T.C.			-.27	-2.20*
<b>2</b> Suporte Social	.23 (.18)	$F(3,53) = 5.15^{**}$	.23	1.82
Dificuldade de Adesão Terapêutica 6 m			-.28	-2.28*

Nota: um outlier excluído

Este modelo - *Medicação Psiquiátrica* seis meses pós-T.C., *Suporte Social* e *Dificuldade de Adesão Terapêutica* seis meses pós-T.C. - é significativo, explicando 23% da variância ( $R^2$  Aj = .18). Como se pode constatar pela análise do Quadro 52, as variáveis *Suporte Social* e *Dificuldade de Adesão Terapêutica*, aos seis meses, contribuem adicionalmente com 11% para a explicação da variância ( $\Delta R^2 = .11$ ). Existem dois preditores significativos, a *Medicação Psiquiátrica* seis meses pós-T.C.,  $\beta = -.27$ , e a *Dificuldade de Adesão Terapêutica* seis meses pós-T.C.,  $\beta = -.28$ .

Assim, a prescrição de medicação psiquiátrica, seis meses após a cirurgia, e a dificuldade de adesão terapêutica, no mesmo momento, associam-se a menor qualidade de vida mental, seis

meses após a transplantação.

### 9.3.4. Predição da Qualidade de Vida aos 12 meses pós-T.C.

Em relação à predição da *Componente Física da Qualidade de Vida*, 12 meses após o procedimento, serão utilizados como preditores no modelo de regressão linear múltipla hierárquica, o *Grau de Urgência do T.C.*, a *Medicação Psiquiátrica*, 12 meses pós-T.C., o *Suporte Social* e a *Dificuldade de Adesão Terapêutica* aos 12 meses pós-T.C. Iniciamos a realização do modelo, controlando as variáveis *Grau de Urgência do T.C.* e *Medicação Psiquiátrica*, neste momento.

O Quadro 53 apresenta o modelo de regressão linear múltipla hierárquica para a predição da *Componente Física da Qualidade de Vida* 12 meses pós-T.C.

Quadro 53

*Modelo para predição da Componente Física da Qualidade de Vida 12 meses após o T.C.*

Modelo	$R^2$ ( $R^2$ Aj)	F	$\beta$	t
1 Grau de Urgência do T.C.	.13 (.10)	$F(2,52) = 3.92^*$	-0.16	-1.22
Medicação psiquiátrica 12 m após T.C.			-0.32	-2.46*
2 Grau de Urgência do T.C.	.35 (.23)	$F(4,50) = 6.76^{***}$	-0.06	-.47
Medicação psiquiátrica 12 m após T.C.			-.23	2.00
Suporte Social			.31	2.67*
Dificuldade de Adesão Terapêutica 12 m			-.39	-3.34**

\*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$

O modelo - *Grau de Urgência do T.C.*, *Medicação Psiquiátrica*, 12 meses pós-T.C., *Suporte Social* e *Dificuldade de Adesão Terapêutica*, aos 12 meses pós-T.C. – é significativo, explicando 35% da variância ( $R^2$ Aj = .23). Por seu lado, as variáveis *Suporte Social* e *Dificuldade de Adesão Terapêutica*, aos 12 meses, explicam adicionalmente 22% da variância ( $\Delta R^2 = .22$ ). Os preditores significativos encontrados são o *Suporte Social*,  $\beta = .31$ , e a *Dificuldade de Adesão Terapêutica* aos 12 meses pós T.C.,  $\beta = -.39$ .

Assim, maior suporte social e menos dificuldade de adesão terapêutica, aos 12 meses pós-T.C., encontram-se associados a maior qualidade de vida física, aos 12 meses, após a cirurgia.

Tendo como objetivo a predição da *Componente Mental da Qualidade de Vida*, 12 meses pós-T.C., começamos por controlar as variáveis *Grau de Urgência do T.C.* e *Medicação Psiquiátrica*, 12 meses pós-T.C., utilizando como preditores no modelo final de regressão linear múltipla hierárquica, o *Grau de Urgência do T.C.*, a *Medicação Psiquiátrica*, aos 12 meses pós-T.C., o *Suporte Social* e a *Adesão Terapêutica*, aos 12 meses pós-T.C.

Assim, o Quadro 54 apresenta o modelo de regressão linear múltipla hierárquica para a predição da *Componente Mental da Qualidade de Vida* 12 meses pós-T.C.



Quadro 54

*Modelo para predição da Componente Mental da Qualidade de Vida 12 meses após o T.C.*

<b>Modelo</b>	<b><math>R^2</math> (<math>R^2</math> Aj)</b>	<b><math>F</math></b>	<b><math>\beta</math></b>	<b><math>t</math></b>
<b>1</b> Grau de Urgência do T.C.	.30 (.27)	$F(2,51) = 10.84^{***}$	-.38	-3.17**
Medicação psiquiátrica 12 m após T.C.			-.33	-2.73**
Grau de Urgência do T.C.	.47 (.43)	$F(4,49) = 10.81^{***}$	-.25	-2.21*
Medicação psiquiátrica 12 m após T.C.			-.27	-2.54*
Suporte Social			.30	2.75**
Dificuldade de Adesão Terapêutica 12 m			-.34	-3.13**

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Nota: um outlier excluído

O modelo integrando o *Grau de Urgência do T.C.*, a *Medicação Psiquiátrica*, 12 meses pós-T.C., o *Suporte Social* e a *Dificuldade de Adesão Terapêutica*, aos 12 meses pós-T.C., é significativo, explicando 47% da variância ( $R^2$  Aj = .43). As variáveis *Suporte Social* e *Dificuldade de Adesão Terapêutica* aos 12 meses, explicam adicionalmente 17% da variância ( $\Delta R^2 = .17$ ). Como preditores significativos salientam-se o *Grau de Urgência do T.C.*,  $\beta = -.25$ , a *Medicação Psiquiátrica*, 12 meses pós-T.C.,  $\beta = -.27$ , o *Suporte Social*,  $\beta = .30$ , e a *Dificuldade de Adesão Terapêutica* aos 12 meses, pós-T.C.,  $\beta = -.34$ .

Assim, conclui-se que a conjugação de menor grau de urgência do T.C. (mais prioritário) e maior suporte social, no período pré-T.C., com a ausência de prescrição de medicação psiquiátrica, aos 12 meses pós-T.C., e menor dificuldade de adesão terapêutica, neste período, encontra-se associada a maior qualidade de vida mental, 12 meses após a cirurgia.



## Capítulo 10. Síntese e discussão dos resultados

---

Ao longo do presente trabalho, foi nosso objetivo estudar o ajustamento psicológico do paciente, em situação de insuficiência cardíaca terminal, ao procedimento de transplantação cardíaca. Para tal, tentamos perceber a importância preditiva de determinadas variáveis sócio-demográficas, psicológicas e médicas na adesão terapêutica e qualidade de vida destes pacientes após o procedimento.

Neste último capítulo discutimos os resultados mais relevantes desta investigação, a sua integração com os estudos da revisão teórica e terminamos, salientando as implicações dos resultados, em dois momentos fundamentais, para a intervenção psicossocial e psicoterapêutica junto desta população.

### **10.1. Contextualização sociodemográfica e estudo integrado das variáveis médicas e psicossociais – *Expetativas Positivas, Suporte Social, Coping, Reatividade Emocional, Psicopatologia e Qualidade de Vida* - dos pacientes candidatos a Transplante Cardíaco**

A escolha deste primeiro momento no estudo (antes do transplante cardíaco) justifica-se uma vez que representa uma *baseline* na existência do paciente. Constitui o fim do longo percurso da insuficiência cardíaca, extremamente debilitante do ponto de vista físico e psicológico, representando a última hipótese de sobrevivência.

No entanto, esta perspectiva, longe de ser pacífica, representa antes um período de turbulência emocional e sentimentos de ambivalência. Como vimos na explanação teórica deste trabalho, algumas variáveis psicossociais avaliadas neste período, apresentam na literatura uma influência fundamental no ajustamento psicológico e clínico do paciente ao procedimento.

No que diz respeito à caracterização dos pacientes em lista ativa para a cirurgia, salienta-se que a média de idades foi de 51.2 anos, que a maioria dos pacientes pertence ao sexo masculino, não completou o Ensino Básico e vive acompanhada. O facto da maioria dos pacientes se encontrar reformada por invalidez revela a força incapacitante da insuficiência cardíaca terminal.

Em relação à caracterização médica da amostra, salientamos que a maioria dos pacientes não se encontrava hospitalizada, preenchia critérios para classe IV de insuficiência cardíaca [NYHA], apresentava grau de urgência para o T.C., “Urgente”, ou seja, eram pacientes com mais de um internamento em UCI, nos últimos dois meses e, por último, a maioria tinha prescrição de medicação psiquiátrica. Não foram encontradas associações significativas entre as características demográficas dos pacientes e as variáveis médicas supracitadas.

No que diz respeito à caracterização psicossocial, a média das *Expetativas Positivas* dos pacientes em lista de espera para a cirurgia neste estudo, revelou-se significativamente mais

elevada quando comparada com o mesmo tipo de população no estudo de Leedham et al. (1995),  $t(69) = 8.37, p < .001$ .

O *Apoio Social* percebido por estes pacientes revela-se significativamente superior em relação ao da população sem doença física (Guerra, 1995),  $t(69) = 4.81, p < .001$ , mas inferior a uma população masculina com doença coronária (Rodrigues, 2008),  $t(69) = - 3.37, p = .001$ . Este facto parece reforçar a gravidade da situação pré-transplante, comparativamente à doença coronária, no que diz respeito ao apoio social percebido pelos pacientes.

A estratégia de *Coping* mais utilizada pelos pacientes desta amostra para lidar com o período de espera do órgão, foi o *Coping Instrumental* seguido da *Preocupação Emocional*. Estes resultados vêm ao encontro do estudo de Burker et al. (2005), que encontraram nestes pacientes uma combinação de estratégias de *coping* centradas no problema com estratégias centradas nas emoções, nesta fase prévia ao processo de transplantação. Por um lado, o *coping* instrumental reflete o contexto da doença cardíaca terminal e a proposta “salvadora” do transplante cardíaco, em que o paciente sente necessidade de procurar informação relacionada com a doença e o procedimento, esclarecer dúvidas (e.g., expectativa e qualidade de vida, prognóstico, riscos/benefícios). O paciente empreende assim uma estratégia orientada para a ação, adaptativa na insuficiência cardíaca e perante a perspectiva do transplante. Por outro lado, pode também lidar com este período de grande stresse centrando-se nas emoções que a situação despoleta em si - preocupação emocional.

Comparando com outra população com doença (T. Ferreira et al., 2003), verifica-se que, apesar das estratégias de *coping* mais utilizadas seguirem a mesma ordem da amostra deste estudo, os pacientes que aguardam um T.C. apenas apresentam valores significativamente mais elevados no *Coping Instrumental*,  $t(69) = 2.44, p = .02$ , não existindo diferenças significativas, entre estas populações para a *Preocupação Emocional*,  $t(69) = 1.58, p = .12$ . Comparando ainda, em termos de estratégias *coping*, a nossa amostra com a população normal (T. Ferreira et al., 2003) verifica-se que a população que aguarda T.C. apresenta valores significativamente mais elevados do que a população normal para o *Coping Instrumental*,  $t(69) = 3.45, p = .001$ , e para a *Preocupação Emocional*,  $t(69) = 5.15, p < .001$ .

As emoções mais experienciadas pelos pacientes enquanto aguardam o procedimento são, por ordem decrescente, a *Felicidade*, a *Ansiedade* e a *Surpresa*. Quando comparadas com as emoções experienciadas por uma população normal (Moura Ramos, 2006), estes pacientes apresentam valores significativamente mais elevados para a *Ansiedade*,  $t(69) = 6.68, p < .001$ , e para a *Surpresa*,  $t(69) = 5.43, p < .001$ . Para a *Felicidade*, verifica-se que não existe diferença significativa entre estas duas populações,  $t(69) = 1.80, p = .08$ . Estes resultados traduzem e reforçam a ambivalência emocional com que o período de espera do coração é vivenciado pelo

paciente (Rainer et al., 2010). Por um lado, está presente a emocionalidade positiva pelo facto de ter sido aceite para a transplantação mas, por outro lado, o medo do órgão não aparecer em tempo útil, do fracasso da cirurgia, da incerteza face ao futuro e de viver com o coração de outro alguém, refletem-se nas emoções de ansiedade e surpresa.

Ao compararmos as emoções experienciadas pelos pacientes desta amostra com as de uma população de grávidas com VIH (M. Pereira, 2006), verificamos que não existem diferenças significativas entre estas duas populações para a *Surpresa*,  $t(69) = -1.15, p = .25$ . Os pacientes em lista de espera para T.C. apresentam valores significativamente mais baixos para a *Felicidade*,  $t(69) = 8.27, p < .001$ , e para a *Ansiedade*,  $t(69) = -2.20, p < .031$ . Este último resultado encontrado para a *Ansiedade* prende-se, provavelmente, com o facto de a maioria dos pacientes, em lista de espera se encontrar com medicação psiquiátrica.

No que se refere à *Psicopatologia*, e em termos de medidas descritivas, os pacientes em lista de espera para T.C. apresentam um *Índice de Sintomas Positivos* (ISP) significativamente mais elevado do que a população normal,  $t(69) = 30.14, p < .001$ , e do que a população com perturbação emocional,  $t(69) = 26.00, p < .001$ , (Canavarro, 1999). O ISP revela-se superior ao valor 1.7, que constitui o ponto de corte do Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Canavarro, 1999, 2007), acima do qual, existe uma maior probabilidade de encontrar indivíduos perturbados emocionalmente. Desta forma, podemos concluir que a amostra desta investigação apresenta uma prevalência acentuada de perturbação dado que 51 indivíduos (72.9%) se encontram acima do ponto de corte. A problemática mais frequentemente relatada pelos pacientes enquadra-se na dimensão “Somatização”, o que se explica pela exacerbação dos sintomas físicos disruptivos característicos da insuficiência cardíaca terminal. Seguiram-se as dimensões “Obsessões-Compulsões” e “Ansiedade” o que corrobora que os distúrbios relacionados com a ansiedade (DiMartini et al., 2008) (e.g., perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico, perturbações de pós stress traumático) são commumente vivenciados por estes pacientes. Estas perturbações são muitas vezes agravadas pelo uso do cardio-desfibrilhador implantável e a sua sucessiva descarga de choques (Majani et al., 1999; Sears et al., 2000; Sherbourne et al., 1996).

Analisando os resultados referentes à *Qualidade de Vida* dos pacientes em lista de espera para a transplantação, e de uma forma global, a *Componente Mental* revela-se superior à *Componente Física*, o que coincide com os resultados para populações com doença física, ao contrário da população saudável (Pais-Ribeiro, 2005b). No que diz respeito à *Componente Física* os resultados revelam-se significativamente inferiores,  $t(69) = -26.12, p < .001$ , e na *Componente Mental*,  $t(69) = -9.96, p < .001$ , quando comparados com os resultados de uma população normal (Pais-Ribeiro, 2005b). Quando comparada com uma população com doença, a *Qualidade de Vida* destes pacientes é, de novo, significativamente inferior quer na *Componente Física*,

$t(69) = -14.99, p < .001$ , quer na *Componente Mental*,  $t(69) = -5.55, p < .001$ , (Pais-Ribeiro, 2005b). As dimensões mais frágeis, neste momento da investigação, referentes à *Componente Física* e à *Componente Mental* são o *Desempenho Físico* e a *Vitalidade*, respetivamente. Estes resultados vêm confirmar as inúmeras morbilidades físicas, psicológicas e sociais que se encontram associadas à insuficiência cardíaca severa, encontrando-se esta mais associada a uma pobre qualidade de vida, do que outras condições crónicas como a diabetes ou doença crónica pulmonar (MacMahon & Lip, 2002; A. Stewart et al., 1989).

No que se refere ao *Sexo*, os resultados apontam no sentido de que a estratégia *Preocupação Emocional* se associa ao sexo feminino. Vários estudos salientam que, numa perspetiva geral, as mulheres com insuficiência cardíaca reportam mais queixas depressivas, maiores índices de insatisfação no funcionamento físico e na qualidade de vida, em geral, do que os homens (Opasich et al., 2003). Questões médicas à parte, podemos antecipar que razões de ordem psicossocial, nomeadamente a acumulação de papéis sociofamiliares, estejam na origem da vulnerabilidade emocional deste grupo, diminuindo a capacidade das mulheres em levar a cabo estratégias de *coping* adaptativas para lidar com as tarefas exigidas nesta fase pré-transplante.

O facto da *Idade* mais elevada se associar a maior perceção de *Suporte Social*, nesta investigação, é corroborado recentemente no estudo de Shamanskin et al. (2012) também com pacientes transplantados cardíacos. De uma forma genérica e de acordo com a literatura sobre a idade e as experiências de stresse, as pessoas com mais idade tendem a focalizar-se menos na emocionalidade negativa e mais na emocionalidade positiva por uma questão desenvolvimental *per si*, já que consideram a sua finitude mais próxima e/ou por uma questão de controlo emocional (Carstensen, Pasupathi, Mayr, & Nesselroade, 2000; Folkman, Lazarus, Pimley, & Novacek, 1987; Gross et al., 1997; Snyder, Lopez, & Pedrotti, 2011). De qualquer forma, esta competência de seletividade emocional comporta uma neutralização do stresse percecionado que pode estar na origem de uma melhor satisfação com o apoio social percebido por estes pacientes. Por outro lado, na literatura sobre transplantação cardíaca, a idade mais jovem encontra-se associada a maior experiência de emoções negativas e a uma perceção de qualidade de vida mais débil (Dew et al., 1994; Rybarczyk et al., 2007).

Nesta investigação, a sintomatologia *Psicopatológica* exibida pelo paciente revelou estar associada a um menor *Grau de Escolaridade*. Se concebermos a ausência de psicopatologia também como uma maior flexibilidade e criatividade da cognição, da organização do conhecimento e da resolução de problemas poderemos entender a sua relação negativa com um maior grau de escolaridade, aqui entendido, como via para a estimulação do desenvolvimento dos diferentes recursos psicológicos do indivíduo (mestria, resiliência, criatividade,

complexidade intelectual, otimismo). Também outros estudos (Grady et al., 2007; Myaskovsky et al., 2006) encontraram uma associação positiva entre mais habilitações literárias e melhor qualidade de vida em pacientes já submetidos a T.C. Por seu turno, a dimensão “Somatização” do BSI ao revelar-se bastante sensível à influência do fator “Grau de Escolaridade” (em que maior índice de somatização se associa a uma menor escolaridade) (Canavarro, 1999, 2007) pode explicar os resultados encontrados.

O facto do paciente se encontrar em lista de espera do órgão, em maior *Urgência*, associa-se a maior percepção de *Suporte Social*. Estes resultados corroboram o estudo de Dew, Myaskovsky, et al. (2005), em que os pacientes com uma maior prioridade face à cirurgia sentem que lidam melhor com a situação do ponto de vista emocional, eventualmente por se sentirem mais otimistas de que recebem o órgão mais cedo. Tratam-se de pacientes em que o sentimento de ambivalência face ao transplante está de alguma forma atenuado pela sua condição de saúde limite. A reavaliação positiva que parecem fazer da sua situação, enquanto estratégia de *coping*, conduz à percepção de um apoio social mais consistente.

Quando nos debruçamos no estudo das relações das variáveis psicossociais entre si, no período pré-transplante, damos conta de uma associação negativa entre as *Expetativas Positivas* e o uso de estratégias de *Preocupação Emocional*. Ou seja, uma atitude otimista, sob a forma de expetativas positivas, perante o procedimento que vai realizar, protege o paciente de emoções negativas (Carroll et al., 2006; Carver & Scheier, 2002, 2003). De facto, evitam que o paciente fique paralisado perante os aspetos emocionais negativos irremediavelmente ligados à situação de crise em que se encontra (Scheier et al., 1989), o que justifica os resultados supracitados. Esta via adaptativa permite ainda, por exemplo, que o paciente empreenda objetivos e planos para a sua recuperação e/ou re-organize o seu sentido de vida transformando a crise num desafio desenvolvimental (Lopez et al., 2007). Concluindo, sentimentos de esperança e expetativas positivas, no período de espera do T.C., potenciam as competências do paciente para desenvolver um *coping* eficaz para lidar com o stresse (Hirth & Stewart, 1994).

No Capítulo 4 deste estudo salientamos o apoio social, como uma via facilitadora para enfrentar a doença, favorecendo a mobilização de estratégias de *coping* adaptativas por parte do paciente para lidar com o período de espera do órgão (Jalowiec et al., 2007b). Nesta investigação, também o *Coping Instrumental* aparece como uma estratégia de *coping* ativa, positivamente correlacionada com o *Suporte Social* e, negativamente, associada à *Preocupação Emocional*, o que é reforçado pela literatura neste âmbito (T. Ferreira et al., 2003). Ou seja, quanto mais elevado for o apoio social percebido, enquanto espera pelo procedimento, maior é a tendência do paciente em empreender estratégias pró-ativas, como por exemplo, procurar informação sobre o T.C., ir às consultas, modificar certos hábitos de vida nocivos (*coping*

*instrumental*). Esta relação vai, igualmente, ao encontro da literatura quando refere que os indivíduos com um suporte social mais efetivo por parte da família ou amigos tendem a usar estratégias de *coping* ativas, de aproximação, de reinterpretação positiva da situação e de procura de orientação e suporte, usando menos o *coping* de evitamento, o que se relaciona com uma perceção mais satisfatória do suporte social recebido, melhor saúde física e menos sintomas de *distress* psicológico (Billings & Moos, 1981; Diong et al., 2005). Daí que se assista também a uma relação inversa entre o *Suporte Social* e as estratégias de *coping* centradas na emoção. Resumindo, também nesta investigação, o apoio efetivo vindo da rede social do paciente demonstrou estar associado ao uso de *coping* eficaz (Jalowiec et al., 2007b). Já Scheier et al. (1989) afirmavam a existência de uma associação positiva entre a predominância do *coping* ativo e a perceção favorável dos recursos sociais. Também Coelho e Pais-Ribeiro (2000), numa amostra de mulheres submetidas a cirurgia cardíaca, demonstraram que o suporte social pode funcionar como uma forma de *coping* com vantagens ao nível do apoio instrumental.

O *Suporte Social* apresenta uma associação negativa com a emoção *Surpresa* que surge, nesta investigação, em último lugar enquanto emoção experienciada pelo paciente no período pré-T.C. No entanto, trata-se de uma emoção comum nesta fase do procedimento. Na realidade, a notícia da necessidade de um T.C., a espera pelo novo coração os sentimentos de ausência de controlo sobre a vida futura (inclusive sobre o aparecimento de um dador e do sucesso da cirurgia) são aspetos que poderão estar relacionados com os sentimentos de *Surpresa*. Note-se que, nesta investigação, a *Surpresa* aparece como uma emoção negativa pois correlaciona-se positivamente com o fator *Ansiedade* e com a *Psicopatologia* (ISP). Para além do *Suporte Social* percecionado pelo paciente amortecer emoções negativas (*Surpresa*), neste período de espera, mostra-se ainda valioso na diminuição dos índices de psicopatologia tão frequentes neste período, favorecendo uma afetividade e qualidade de vida mental positivas. Este facto explica a associação negativa do *Suporte Social* com o IGS e o TSP e, positiva com a *Componente Mental da Qualidade de Vida*. Aliás, esta influência positiva do *Suporte Social* na *Qualidade de Vida Mental* repete-se aos seis e 12 meses após o procedimento, revelando novamente o impacto positivo do suporte social no ajustamento do paciente aos desafios psicológicos exigidos pelas novas tarefas adaptativas pós-transplante (c.f. ponto 10.5).

Como esperado, os resultados apontam no sentido de que a *Ansiedade* experienciada nesta fase se relacione positivamente com a estratégia de *Coping Preocupação Emocional* e com a *Psicopatologia* (IGS e TSP). Por seu turno a *Ansiedade* experienciada pelos pacientes, nesta fase do procedimento, apresenta um impacto negativo na *Componente Mental da Qualidade de Vida*. Estes resultados são reforçados também pelo efeito deletério da *Psicopatologia* na diminuição da *Qualidade de Vida* do paciente, em termos físicos e mentais (IGS, TSP e ISP), no período pré-



-T.C.

Todos os índices de sintomatologia *Psicopatológica* (IGS, TSP e ISP) se associam positivamente com a emoção *Surpresa*, reforçando o seu papel disruptivo.

### **10.2. Relação entre as variáveis sociodemográficas e as variáveis médicas – *Rejeição, Re-hospitalizações e Prescrição de Medicação Psiquiátrica* – nos pacientes submetidos a Transplante Cardíaco, seis meses após o mesmo**

A escolha do segundo momento desta investigação deve-se ao facto de o período seis meses após o T.C. constituir o fim de uma etapa em termos clínicos; ou seja, de uma fase de elevada dependência do paciente face à equipa e ao Centro de Transplantação, respetiva monitorização clínica e cuidados médicos. A partir deste momento, assiste-se a uma menor frequência das biópsias, consultas e exames. Representa também, para muitos pacientes, o fim de algumas restrições no estilo de vida e o início do regresso progressivo à autonomia e à vida normal (e.g., atividade profissional).

Neste momento, verifica-se que a maioria dos pacientes não apresenta *Rejeição* do enxerto e que este índice não apresenta qualquer associação significativa com o *Sexo*, o *Grau de Escolaridade* e o *Agregado Familiar* do paciente. No entanto, mais *Idade* está associada, de forma significativa, a menor *Rejeição*, como anteriormente constatado por diferentes autores (Demers et al., 2003; Shamaskin et al., 2012; D. Taylor et al., 2007; Zuckermann et al., 2003). Esta relação opera através do mecanismo da *Adesão*, uma vez que encontramos uma relação negativa entre a *Idade* do paciente e a sua *Dificuldade de Adesão*, seis meses após o transplante. Ou seja, mais idade encontra-se associada a menos dificuldades na adesão seis meses após a cirurgia. Por outro lado, não será prudente ignorar questões de imunossupressão relacionadas com pacientes mais velhos; ou seja, a fragilidade do sistema imunitário destes pacientes poderá contribuir para uma menor rejeição do enxerto cardíaco.

A maioria dos pacientes também não apresenta *Re-hospitalizações* e as que existem não se relacionam com o *Sexo*, *Grau de Escolaridade* ou *Agregado Familiar* dos pacientes. No que diz respeito à *Prescrição de Medicação Psiquiátrica* esta encontra-se prescrita à maioria dos pacientes, tal como antes do procedimento; no entanto, não se relaciona com qualquer das variáveis sociodemográficas estudadas.

### **10.3. Evolução das variáveis médicas – *Rejeição, Re-hospitalizações e Medicação Psiquiátrica* – e relação das mesmas com as variáveis sociodemográficas nos pacientes submetidos a Transplante Cardíaco, 12 meses após o mesmo**

A justificação para a escolha deste terceiro momento de avaliação sobrepõe-se, em

grande parte, à do segundo momento. Ou seja, apesar da transplantação cardíaca se relacionar, inequivocamente, com uma maior expectativa e qualidade de vida aparece, na maioria dos pacientes, associada a morbilidade psicológica, ao longo de todo o processo. O primeiro ano após o T.C. continua a representar um período de alto risco físico e psicológico, com as taxas mais elevadas de psicopatologia e maior risco de morte (Stehlick et al., 2010) estando na origem de grande perturbação individual, profissional e social. Como vimos nos Capítulos 2 e 4 deste estudo, trata-se de um período de vários desafios adaptativos a nível médico (e.g., efeitos secundários da imunossupressão, perigo de infeções, rejeição) e psicossocial (e.g., adaptação às novas rotinas de auto-cuidado, aos efeitos secundários da imunossupressão, à reorganização das dinâmicas familiares e sociais, regresso ao trabalho).

Focalizando-nos nos resultados, aos 12 meses após a cirurgia, não encontramos pacientes com *Rejeição* do enxerto cardíaco pelo que a evolução deste índice foi favorável. A maioria dos pacientes também não foi alvo de *Re-hospitalizações* entre os seis e os 12 meses após o procedimento o que corresponde, novamente, a uma evolução positiva desta variável médica. Salientamos que não foram encontradas diferenças significativas quanto ao *Número de Re-hospitalizações* em função das variáveis sociodemográficas estudadas.

No que diz respeito à evolução da *Prescrição de Medicação Psiquiátrica*, podemos concluir que esta não é significativa, ao longo dos três momentos de avaliação, ou seja, o padrão de resultados é semelhante nos três momentos temporais. Igualmente, não foram encontradas diferenças significativas quanto à *Prescrição de Medicação Psiquiátrica* em função das variáveis sociodemográficas estudadas.

#### **10.4. Ajustamento psicológico à situação de Transplante Cardíaco: o papel da *Adesão Terapêutica* – relações com as variáveis sociodemográficas, médicas e psicossociais**

No que concerne ao indicador de ajustamento psicossocial *Dificuldade de Adesão Terapêutica*, constatamos que não existem diferenças significativas na dificuldade de *Adesão Terapêutica* entre os seis e os 12 meses. Apesar de alguns estudos mostrarem que os comportamentos de não adesão aumentam com o passar do tempo, após o transplante, sendo o grande declínio durante o primeiro ano (Dew, Roth, Thompson, et al., 1996; Grady, Russell, et al., 1993; Grady et al., 1998), nesta investigação não se encontrou um resultado sobreponível. Apontamos três grandes razões para tal facto; em primeiro lugar, esta variável não foi avaliada imediatamente após a cirurgia, mas unicamente seis e 12 meses após a mesma, pelo que permanece uma incógnita como variou a adesão nos primeiros seis meses; em segundo lugar, destacamos a grande dificuldade em avaliar o comportamento de adesão, quer pelas dinâmicas interdependentes que a afetam, quer pelo efeito de desajustabilidade social, muito presente nas

medidas de auto-relato desta variável (Putzke et al., 2001). Por último, e pela experiência de trabalho psicoterapêutico com estes pacientes, percebemos que muitos deles não se percebem como não aderentes quando exibem este tipo de comportamento.

Quando se relacionam as variáveis sociodemográficas com esta variável, verifica-se que as mulheres exibem mais dificuldades na *Adesão Terapêutica* do que os homens, a curto e longo prazo pós-T.C., resultados encontrados por outros autores (Grady et al., 2007; Jalowiec et al., 2007a). Este aspeto poderá relacionar-se com os efeitos secundários cosméticos da imunossupressão que causam maior perturbação no sexo feminino (De Geest et al., 1999; Grady et al., 2007; Kory, 1999; Lindenfeld et al., 2004).

Contata-se uma associação negativa entre a *Idade* do paciente e a *Dificuldade de Adesão Terapêutica* aos seis meses; ou seja, mais idade encontra-se relacionada com menos dificuldade de adesão. Estes resultados são suportados pela literatura (Cooper et al., 1984; De Geest et al., 1998; J. Dunn et al., 1990; Sabaté, 2003; Schweizer et al., 1990; Shamaskin et al., 2012). Parece-nos provável que a capacidade desenvolvimental da focalização nas emoções positivas que caracteriza as pessoas com mais idade (c.f. ponto 10.1), promova o comportamento de adesão, facilitando a incorporação do novo estilo de vida nestes pacientes.

A estratégia *Preocupação Emocional* pré-T.C. aparece relacionada com maior *Dificuldade* na *Adesão Terapêutica*, 12 meses após o procedimento, resultado já encontrado por outros autores (Denny, 2011; Grady et al., 1998; Myaskovsky et al., 2006; Sherbourne et al., 1992). De facto, as estratégias de *coping* centradas na emoção, uma vez que paralisam o paciente nos aspetos emocionais negativos da experiência que se encontra a vivenciar, não lhe permitem investir na mudança comportamental necessária ao comportamento de adesão.

Embora vários estudos prévios refiram a *Psicopatologia* pré e pós-T.C. como fator de risco de não adesão (Chisholm, 2002a, 2002b; DiMatteo et al., 2000; Fine et al., 2009; Stilley et al., 2004), neste estudo não foram encontradas relações entre a sintomatologia psicopatológica, avaliada pelo ISP (constitui o indicador mais fiável de perturbação psicopatológica) e a *Adesão Terapêutica*. Colocamos a hipótese de podermos estar perante um viés, fruto do estado de saúde extremamente incapacitante dos pacientes, antes da cirurgia, dado que a qualidade de vida física, nesse momento, se associa negativamente aos sintomas psicopatológicos (c.f. ponto 10.1). Reformulando, embora a população deste estudo em lista de espera para transplante, apresente elevada prevalência de perturbação psicopatológica (c.f. ponto 10.1), a dimensão “Somatização” apresenta-se de tal forma elevada que poderemos estar na presença de sintomas fisiológicos, inerentes à insuficiência cardíaca terminal que mascarem outros aspetos psicopatológicos<sup>30</sup>.

<sup>30</sup> A mesma justificação poderá ser válida para a ausência de associação encontrada entre a *Psicopatologia* e a *Qualidade de Vida* pós-T.C.

Verifica-se que a *Dificuldade de Adesão* aos seis meses se associa positiva e significativamente com a *Dificuldade de Adesão* aos 12 meses.

Por último, esperava-se encontrar uma associação entre o *Suporte Social* e a *Adesão Terapêutica*, como sugerido pela literatura (Dobbels et al., 2009; Sarafino, 2002) e uma vez que o primeiro se associa à qualidade de vida nos dois momentos de avaliação e, por seu turno, esta última se encontra significativamente relacionada com a adesão terapêutica. No entanto, como é sabido, o apoio emocional tem efeitos mais fortes na adesão, do que o simples apoio instrumental, sugerindo que a qualidade da relação é mais determinante para a adesão do que simplesmente ter qualquer pessoa próxima (DiMatteo, 2004). Neste estudo, para além de não se proceder à avaliação da qualidade das relações interpessoais próximas do paciente, não foi encontrada qualquer associação entre o *Agregado Familiar* (“Viver só” / “Viver Acompanhado”) do paciente e o *Suporte Social* percebido por este, nem entre o *Agregado Familiar* e qualquer outra das variáveis psicossociais avaliadas no período pré-transplante, o que poderá justificar a ausência de relação entre o *Suporte Social* e a *Adesão*.

#### **10.4.1. Predição da *Adesão Terapêutica***

Em relação à predição deste indicador de ajustamento psicossocial, constata-se que, seis meses após o transplante, as variáveis demográficas *Sexo* e *Idade* predizem a *Adesão Terapêutica*; ou seja, o sexo feminino e mais idade predizem mais dificuldade no processo de adesão ao tratamento, seis meses após este procedimento médico. Como referimos no ponto anterior, este valor preditivo do *Sexo* na *Adesão Terapêutica* vai ao encontro de outros estudos que concluem que as mulheres gerem pior do que os homens, as alterações da imagem corporal (acne, ganho de peso, hirsutismo, face em forma de lua, obesidade ao nível do tronco) (De Geest et al., 1999; Grady et al., 2007; Kory, 1999; Lindenfeld et al., 2004) provocadas pela medicação, essencialmente pelos agentes corticosteróides, facto que se relaciona com uma diminuição considerável da qualidade de vida no sexo feminino após a transplantação (Duitsman & Cychosz, 1995). Outros autores encontraram maior morbidade física nas mulheres submetidas ao procedimento, ao longo do primeiro ano, em relação ao homens (e.g., problemas hematológicos, vasculares periféricos, rejeição e infeção) (Esmore, Keogh, Spratt, Jones, & Chang, 1991; Jalowiec, 2007a; Lietz, John, Kocher, et al., 2001; Sharples et al., 1991). Por seu turno, a idade mais jovem também se associa de forma preditiva a maiores dificuldades de adesão terapêutica, seis meses após a cirurgia (c.f. ponto 10.2), reforçando investigações anteriores (Cooper et al., 1984; De Geest et al., 1998; J. Dunn et al., 1990; Sabaté, 2003; Schweizer et al., 1990; Shamaskin et al., 2012). Neste último estudo os autores concluem que os pacientes com menos de 25 anos e de meia idade revelam taxas de não adesão superiores aos

pacientes com mais de 60 anos. Parece-nos fazer sentido justificar este facto com a relação que anteriormente estabelecemos entre a idade e a maior capacidade de otimizar as emoções positivas (c.f. ponto 10.1) pois facilitam o comportamento de adesão. Por seu turno, os pacientes com mais idade encontram-se noutra patamar desenvolvimental cujos objetivos de vida são necessariamente diferentes dos pacientes mais jovens e, portanto, lidam melhor quer com a disciplina necessária ao comportamento de adesão, quer com os efeitos secundários da medicação. Por último, a experiência anterior de eventos indutores de stresse (internamentos, anteriores cirurgias, perdas de vária ordem), mais comum nas pessoas com mais idade, pode incrementar a resistência ao stresse, originando respostas emocionais mais adaptativas em situações posteriores indutoras de stresse (Eysenck, 1983).

No ponto 2.3.2. deste trabalho, referimos que a controvérsia da idade enquanto contraindicação para a transplantação cardíaca tem vindo a atenuar-se e, quer em Portugal, quer internacionalmente, pacientes com mais de 70 anos são submetidos a T.C., estimando-se a mediana de idade do paciente transplantado, 54 anos (Blanche et al., 2001). Esta investigação vem reforçar que mais idade, à parte contraindicações médicas, não deve ser considerada uma desvantagem psicossocial quando se avalia o paciente para transplantação cardíaca.

Observa-se que apenas a *Adesão*, seis meses após a cirurgia, prediz a própria *Adesão Terapêutica*, passados 12 meses. Esta associação foi igualmente encontrada por outros autores no decurso de intervenções psicossociais pós-T.C., com vista à promoção da qualidade de vida dos pacientes (Bunzel & Laederach-Hofmann, 2000; De Geest et al., 2001). No entanto parece-nos importante salientar que a *Preocupação Emocional* partilha com a *Dificuldade de Adesão*, 16% da variância adicional explicada no modelo 2 (c.f. Quadro 45), o que vem reforçar o papel nefasto desta estratégia de *coping* na adesão terapêutica aos 12 meses, mesmo que utilizada pelo paciente no período pré-T.C. (Denny, 2011; Myaskovsky et al., 2006).

#### **10.5. Ajustamento psicológico à situação de Transplante Cardíaco: o papel da *Qualidade de Vida* – relações com as variáveis sociodemográficas, médicas e psicossociais**

Começamos por salientar que a *Componente Física* e a *Componente Mental da Qualidade de Vida* se encontram associadas, evoluindo no mesmo sentido, em todos os momentos da avaliação. Assim, verifica-se a existência de uma melhoria significativa desta variável do período pré-T.C. para os seis e para os 12 meses, após o procedimento. Já entre os seis e os 12 meses não se encontraram diferenças significativas. Concretamente, verificamos que tanto aos seis como aos 12 meses, após a cirurgia, as dimensões que ocupam os lugares cimeiros são o *Funcionamento Físico* e a *Dor Corporal*; por outro lado os valores mais frágeis, são nestes dois momentos, o *Desempenho Físico*, o *Desempenho Emocional* e a *Vitalidade*.

Os resultados supracitados remetem-nos para cinco conclusões expectáveis mas que importa sublinhar; por um lado, que a grande melhoria da qualidade de vida, ocorre após a transplantação cardíaca, cumprindo esta o seu objetivo *Major* (Beilby et al., 2003; Bohachick et al., 2002; Bunzel & Laederach-Hofmann, 1999; Dew et al., 1997; Grady, 2003; Pinson et al., 2000); por outro lado, e apesar disso, o T.C. ainda não é capaz de restaurar a vida que o paciente um dia possuiu antes do trajeto imposto pela doença cardíaca. Conclui-se ainda que em todo o processo de transplantação cardíaca é necessário fazer uma leitura integrada dos aspetos físicos e psicológicos, sendo impossível dissociar as “realidades” física e mental, remetendo-nos para a sua interdependência (Beilby et al., 2003). É ainda importante salientar que o primeiro ano após a cirurgia é o que apresenta maiores taxas de psicopatologia, constituindo um período de alto risco físico e psicológico para os pacientes (Dew, Myaskovsky, et al., 2005; Olbrisch et al., 2002). Por último, a dor corporal é um problema frequentemente reportado após o T.C., a curto e longo prazo, afetando a qualidade de vida destes pacientes (Fosberg, Lorenzon, Nilsson, & Bäckman, 1999; Holtzman, Abbey, Stewart, & Ross). Resumindo e, como salientamos no ponto 4.4.2, apesar da melhoria inequívoca da qualidade de vida, resultante do procedimento de transplantação, persistem e surgem novos problemas, decorrentes dos inúmeros ajustamentos psicossociais que os pacientes têm que efetuar e como resultado dos efeitos colaterais físicos, psicológicos e psiquiátricos da imunossupressão. Assim, há pacientes que desenvolvem novos problemas emocionais, nos anos que se seguem ao procedimento, associados às várias morbilidades físicas que vão surgindo (Dew et al., 2004; DiMartini et al., 2008).

Verificamos que as variáveis sociodemográficas não apresentam qualquer relação com a *Qualidade de Vida* seis e 12 meses após o procedimento.

No que diz respeito às variáveis médicas, o facto do candidato ter aguardado a cirurgia *Hospitalizado*, associa-se a uma melhor perceção da *Qualidade de Vida Mental* aos seis e 12 meses, e da *Qualidade de Vida Física*, 12 meses, após a transplantação. Seis meses após a cirurgia, a maior *Urgência* em que o paciente entrou em lista de espera para transplante apresenta um impacto positivo na perceção da sua *Qualidade de Vida Mental*; no entanto, aos 12 meses, o impacto positivo reflete-se em ambas as componentes. Estes resultados poderão ser explicados pela segurança que a hospitalização e a vigilância médica oferecem ao paciente numa situação iminente de falência cardíaca. Por seu turno, assistimos a uma particularidade transversal ao estudo da qualidade de vida na transplantação. Concretamente, os pacientes transplantados cardíacos percecionam, na maioria das vezes, a sua qualidade de vida global como alta (o paciente progride de um estado terminal para um estilo de vida ativo); esta perceção é tanto maior quanto maior tiver sido a gravidade do seu estado terminal, antes da cirurgia. No entanto, sendo compreensível que o paciente conceba o transplante como uma segunda dádiva de

vida, torna-se necessário desmistificar esta conotação de redenção associada à culpa pela doença, tão característica nestes pacientes, que os leva a sentir-se na “obrigação” do completo bem-estar após o procedimento, inflacionando a percepção da qualidade de vida e prejudicando a integração psicológica da experiência do transplante (Rainer et al., 2010).

Destacamos o *Suporte Social*, ao longo dos três momentos do estudo, como aparecendo sempre associado a melhor *Qualidade de Vida Mental*. Um ano, após o T.C., verifica-se também que um melhor *Suporte Social* percebido pelos pacientes, antes do procedimento, se encontra associado a melhor *Qualidade de Vida Física*. Estes resultados vão ao encontro da literatura sobre a temática (Bohachick et al., 2002; Dew, Roth, Schulberg, et al., 1996).

A *Prescrição de Medicação Psiquiátrica*, seis meses pós-T.C., aparece relacionada com menor *Qualidade de Vida Física e Mental*, nesse momento; também se relaciona negativamente com a *Componente Mental* da QDV aos 12 meses. De igual forma, a *Prescrição de Medicação Psiquiátrica*, associa-se a menor *Qualidade de Vida Física e Mental* aos 12 meses pós-T.C. Estas dinâmicas confirmam que uma melhor qualidade de vida se encontra associada à ausência de prescrição de medicação psiquiátrica e traduzem a relação que existe entre uma qualidade de vida frágil e a necessidade de apoio psicológico e psiquiátrico.

Verifica-se que melhor percepção pelo paciente da sua *Qualidade de Vida Mental*, antes da cirurgia, se associa a melhor percepção das duas componentes da *Qualidade de Vida*, aos 12 meses, o que suscita a importância do equilíbrio psicológico ao longo de todo o processo para um “desfecho” positivo da transplantação (Almenar-Pertejo, 2006; Owen et al., 2006). A *Componente Física* da *Qualidade de Vida*, aos seis meses, associa-se de forma positiva com a *Componente Mental*, nesse momento, e com ambas as componentes 12 meses após a cirurgia. Este último resultado é igualmente partilhado no estudo de Myaskovsky et al. (2006). Estes resultados, que remetem para a elevada interdependência conceitual e, conseqüentemente, psicométrica entre a Componente Mental e Física da Qualidade de Vida, avaliada pelo SF-36, são confirmados neste estudo em particular. Relembramos que as duas componentes evoluem no mesmo sentido, em todos os momentos da avaliação, confirmando também o estudo de Pinson et al. (2000).

Os pacientes com maior dificuldade de *Adesão Terapêutica*, aos seis e aos 12 meses após a cirurgia, apresentam uma pior percepção da sua *Qualidade de Vida Física e Mental*, nesses momentos. Estes resultados indicam que a *Dificuldade de Adesão* ao regime terapêutico está associada a menor qualidade de vida não só física, mas também mental, o que é reforçado pela literatura (Chisholm, 2002a, 2002b; De Geest et al., 2001; Dew, Roth, Thompson, et al., 1996; Fine et al., 2009; Shapiro et al., 1995).

### 10.5.1. Predição da *Qualidade de Vida*

Em relação à predição deste indicador de ajustamento psicossocial constatamos que, seis meses após o transplante cardíaco, a *Componente Mental da Qualidade de Vida* é o único preditor com contributo significativo (apesar da medicação psiquiátrica e dificuldade de adesão aos seis meses contribuírem também para o modelo global) na predição da *Componente Física*, no mesmo momento; ou seja, seis meses após a cirurgia, uma melhor qualidade de vida mental prediz uma melhor qualidade de vida física. Esta conclusão remete para a importância de maior estabilidade emocional, em situação de recuperação da doença física, bem como reforça a elevada interdependência entre as duas dimensões a que já nos referimos (c.f. ponto 10.5), confirmando estudos anteriores (Jalowiec et al., 2007a).

Verifica-se que a *Medicação Psiquiátrica* e a *Adesão Terapêutica*, seis meses após a cirurgia, predizem a *Componente Mental da Qualidade de Vida*, nesse mesmo momento; ou seja, o facto do paciente, meio ano após o transplante, ter prescrição de medicação psiquiátrica e apresentar dificuldades na adesão terapêutica é preditor de menor qualidade de vida mental, nesse momento. A necessidade de medicação psiquiátrica, seis meses após o procedimento, trata-se de um indicador de uma qualidade de vida emocional fragilizada que, conjuntamente com maiores dificuldades de adesão terapêutica, inclusive para a medicação psiquiátrica, predizem uma pior qualidade de vida mental. Na realidade, como referido no ponto anterior, vários estudos atestam a associação vincada entre a dificuldade de adesão terapêutica e a menor qualidade de vida física e mental (Chisholm, 2002a, 2002b; Fine et al., 2009).

O *Suporte Social* e a *Adesão Terapêutica* 12 meses após a cirurgia, encontram-se como preditores da *Componente Física da Qualidade de Vida*, nesse momento. Tal significa que maior suporte social percecionado pelo paciente, enquanto aguarda o transplante, e menos dificuldades percecionadas, pelo próprio, no processo de adesão terapêutica, aos 12 meses pós-T.C., se encontram associados a melhor qualidade de vida física 12 meses após a cirurgia. O facto desta relação assumir uma importância preditiva merece-nos uma reflexão, apoiada em vários estudos anteriores.

Assim, já Cohen (1988) e Scheier et al. (1989) postulavam que o apoio social influenciava a doença cardíaca, quer pela via da perceção do indivíduo do suporte disponível (promovendo os afetos positivos, a auto-estima e os sentimentos de aceitação), quer pela via comportamental no sentido da promoção de estratégias de *coping* positivas reforçadoras e preditoras da adesão ao regime terapêutico e de uma reabilitação psicossocial efetiva nesta população. Também Bandura (1992) e O'Leary (1985) defenderam que o apoio social ao promover o funcionamento cognitivo, a motivação, o sentimento de controlo pessoal, o humor positivo, a auto-confiança, a auto-estima e a auto-eficácia, constitui uma variável determinante na mediação dos mecanismos



de  *coping*  fundamentais para o comportamento de adesão.

A importância do apoio emocional antes da cirurgia cardíaca, também se revelou preditora do bem-estar emocional do paciente, um ano após a mesma, e do reajustamento funcional à vida normal após meio ano, em vários estudos (King et al., 1993; Kulik & Mahler, 1993; Schroder et al., 1997). Um estudo recente de Dobbels et al. (2009) vem reforçar estes resultados da nossa investigação, ao revelar que um maior isolamento social no período pré-T.C. constitui um preditor de uma frágil adesão à terapêutica imunossupressora e de uma pior qualidade de vida física (maior incidência de rejeição aguda, falência do órgão e mais dias de hospitalização).

Não podemos ainda deixar de salientar o papel da equipa de transplantação, e de outros pacientes já submetidos ao procedimento, como um apoio consistente e gerador de sentimentos positivos, reduzindo sentimentos de desânimo e desmoralização e transmitindo segurança em relação ao processo de transplantação, no sentido da garantia da melhoria significativa da saúde física. Mais ainda, a partilha de experiências entre os pacientes sobre os benefícios do tratamento pós-T.C., ao reenquadrar as expectativas do paciente face à terapêutica fomenta, igualmente, comportamentos de adesão (Chisholm, 2002a; De Geest et al., 1999; Lisson, Rodrigue, Reed, & Nelson, 2005).

Por último, e no que se refere à predição da *Componente Mental da Qualidade de Vida*, 12 meses após o T.C., constatamos que o *Grau de Urgência do T.C.*, o *Suporte Social*, a *Medicação Psiquiátrica*, 12 meses pós-T.C., e a *Adesão Terapêutica* neste momento, predizem a *Componente Mental da Qualidade de Vida*, 12 meses após a transplantação. Reformulando, quanto mais urgente for considerado o transplante cardíaco do paciente; quanto melhor for a sua perceção do suporte social em lista de espera; o facto do paciente não ter prescrição de medicação psiquiátrica e percecionar a adesão terapêutica com menos dificuldade um ano após o transplante; como dizíamos, a conjugação destas variáveis, prediz uma melhor qualidade de vida mental do paciente, 12 meses após o procedimento médico. Assim, tal como acontece aos seis meses, verifica-se o mesmo valor preditivo conjunto da medicação psiquiátrica e da dificuldade de adesão terapêutica na componente mental da qualidade de vida, aos 12 meses. Acresce o suporte social, cuja importância preditiva na qualidade de vida mental do paciente exploramos nos parágrafos anteriores. Por último, salienta-se o grau de urgência do T.C., cujo valor preditivo na qualidade de vida mental do paciente ocorre no sentido de quanto mais urgente/prioritária for a cirurgia, melhor perceção o paciente terá da sua qualidade de vida mental, aos 12 meses. Como referido anteriormente (c.f. ponto 10.5) esta relação, aparentemente paradoxal, pode explicar-se pela condição física limite, e consequentemente psicológica, na qual o paciente se encontra antes do T.C. que o leva a hipervalorizar a sua qualidade de vida mental após o procedimento.



## Conclusão

---

De uma forma geral, os resultados desta investigação derivam não só dos estudos piloto e empírico efetuados e da sua integração com a exploração teórica da literatura na área, mas incluem também o contributo da experiência de apoio psicológico junto dos pacientes que foi levado a cabo durante este trabalho.

A investigação teve início num estudo piloto (c.f. Capítulo 5) em que se efetuou um levantamento descritivo sobre o processo de avaliação psicossocial pré-transplante, efetuado pelos profissionais de saúde em três centros nacionais de transplantação cardíaca. Constatámos a necessidade de uniformizar critérios objetivos e empiricamente validados que rejam a avaliação psicossocial pré-transplante cardíaco em Portugal, salientando a importância da mesma e contribuindo para um futuro instrumento de avaliação fidedigno.

No que diz respeito ao objetivo primordial da investigação (c.f. ponto 6.1) concluiu-se que a estratégia de *Coping Preocupação Emocional* se revelou, entre as variáveis psicossociais estudadas antes do T.C., a única com influência (negativa) na *Adesão Terapêutica* do paciente transplantado 12 meses após o procedimento. Assim, esta variável deve ser tida em consideração, antes da transplantação, sempre que o objetivo for o estudo e/ou o incremento da adesão terapêutica. De facto, as estratégias de *coping* podem ser melhoradas no sentido de uma adequação positiva às experiências pré-transplante, através de um processo de intervenção psicoeducativo, por forma a favorecer estratégias de *coping* eficazes. Por seu turno, encontrámos também as variáveis demográficas - *Sexo* e *Idade* - como igualmente fundamentais e predictoras da *Adesão Terapêutica*.

Continuando a centrarmo-nos no objetivo fundamental do estudo, e em relação à *Qualidade de Vida* aos 12 meses, verificamos que a componente física e mental são preditas pelo *Suporte Social* pré-transplante e pela *Dificuldade de Adesão* havendo para a componente mental duas variáveis médicas, adicionalmente preditivas e significativas – o *Grau de Urgência do Transplante* e a *Medicação Psiquiátrica*; ou seja as mesmas contribuem de forma inequívoca para o processo de ajustamento psicossocial do paciente à transplantação. Por seu turno, a *Qualidade de Vida Mental*, percecionada pelo paciente antes do procedimento foi outra variável psicossocial que, juntamente com o *Suporte Social*, mas não de forma preditiva, revelou uma influência na *Qualidade de Vida Mental* do paciente 12 meses após a cirurgia. Assim, estas variáveis deverão, de igual forma, ser consideradas quando se pretender implementar intervenções psicossociais pré-transplante com vista a potenciar a qualidade de vida do paciente transplantado cardíaco. Também o sexo do paciente, idade e o grau de urgência do procedimento, apesar de variáveis imutáveis, indiciam pacientes candidatos com perfis de risco

de ajustamento ao transplante devendo suscitar, por partes dos profissionais de saúde, intervenções psicoeducativas e sociais dirigidas à promoção da adesão de forma mais enfática e prolongada no tempo.

A *Situação do Paciente* (estar ou não hospitalizado durante o período de espera do órgão) foi outra variável médica que demonstrou uma influência positiva na *Qualidade de Vida* global do paciente após a cirurgia, uma vez que a gravidade da sua situação clínica, obrigando à hospitalização, conduz a uma perceção mais positiva e hipervalorizada da sua qualidade de vida após o procedimento. Neste contexto, e como referimos anteriormente (c.f. ponto 10.5), a hospitalização assume uma função positiva uma vez que, apesar da inerente disrupção psicológica, pode assumir um papel securizante para o paciente ao sentir-se vigiado e protegido clinicamente até ao momento da cirurgia. Por último, durante todo o processo, os pacientes medicados do ponto de vista psiquiátrico constituem outro foco muito importante da intervenção psicológica, no sentido da promoção da sua qualidade de vida mental, que como constatamos, se vai refletir na dimensão física.

Resumindo e focalizando-nos unicamente nas variáveis psicossociais, este trabalho foi um contributo ao salientar as *Estratégias de Coping*, o *Suporte Social* e a *Qualidade de Vida Mental*, avaliadas no período pré-transplante, como variáveis fundamentais no processo de ajustamento emocional e comportamental do paciente ao transplante cardíaco, reforçando a importância da sua integração num Instrumento de Avaliação Psicossocial pré-transplante cardíaco a ser elaborado num futuro próximo.

Ao explorarmos as restantes associações encontradas, entre as variáveis deste estudo, damos ainda conta de duas conclusões.

Em primeiro lugar, que as associações entre a *Qualidade de Vida Física e Mental* no período pré-T.C. e ao longo do primeiro ano após a cirurgia, traduzem a necessidade imperiosa da intervenção psicossocial, no sentido da promoção deste indicador, junto dos pacientes candidatos. Este objetivo, como os resultados revelam, implica uma intervenção dirigida à promoção do apoio emocional, instrumental e informativo junto do paciente, ajudando-o a elaborar estratégias de *coping* adaptativas e a gerir sentimentos negativos associados ao período de espera do órgão. Este reenquadramento positivo da experiência promove um melhor ajustamento não só à situação peri-transplante, como ao período de reabilitação, refletindo-se na qualidade de vida física e mental, um ano após o procedimento.

Em segundo lugar, pela avaliação aos seis meses pós-T.C., constata-se, que a dificuldade de adesão do paciente transplantado prediz a mesma aos 12 meses. Ou seja, a intervenção psicológica após a transplantação com vista a promover as competências de adesão terapêutica poderá refletir-se um ano após o procedimento, não só na própria adesão terapêutica como

também na qualidade de vida física e mental do paciente; resultados encontrados também por outros autores (Bunzel & Laederach-Hofmann, 2000; De Geest et al., 2001). Por seu turno, e tendo em conta que uma adesão terapêutica precária no primeiro ano pós-T.C. se encontra associada a rejeições agudas posteriores e vasculopatia do enxerto (Dobbels, De Geest, Van Cleemput et al., 2004), a intervenção psicológica ainda se revela mais importante.

Concluindo, podemos realçar dois contributos fundamentais desta investigação.

Por um lado, e tal como partilhado pelas diretrizes internacionais, a comunidade científica e os profissionais contactados no terreno (c.f. Capítulo 5) este estudo serviu para reforçar a importância da fidelidade da avaliação psicossocial como uma ferramenta de identificação clara dos indivíduos em alto risco psicológico para o procedimento ao identificarmos, de entre as variáveis psicossociais estudadas, as fundamentais para o seu ajustamento psicológico.

Por outro lado, um outro resultado que consideramos *Major* foi o emergir do momento pós-cirúrgico como um momento de eleição para a intervenção psicológica/psicossocial junto do paciente com vista à promoção da sua capacidade de adesão e qualidade de vida. Na realidade, evidencia-se a importância do período pós-T.C. como um momento crucial para a intervenção terapêutica junto destes pacientes, no sentido de serem trabalhados aspetos que se revelaram fundamentais no seu ajustamento psicológico ao longo do primeiro ano. Não podemos negligenciar que, enquanto etapa de uma doença crónica, o processo de transplantação cardíaca exige que a avaliação e intervenção na qualidade de vida se prolongue a longo prazo pois, como vimos, para além dos perfis individuais do paciente variarem na reação ao stresse, muitas perturbações psicológicas e psiquiátricas vão surgindo paralelamente a morbilidades físicas também de longo prazo (c.f. pontos 2.7.4 e 4.4.2.). Para além da importância desta continuidade temporal, e uma vez que a qualidade de vida tem por base perceções, expectativas, suporte social, crenças, estados afetivos, i.e., tanto variáveis emocionais como cognitivas (Pais-Ribeiro, 2009), as intervenções para promover a qualidade de vida deverão incluir uma gestão de todos estes aspetos. Assim as intervenções psicoterapêuticas ao longo da experiência pós-transplantação deverão incidir sobre a morbilidade psicopatológica associada à física, aos efeitos da imunossupressão, aos problemas de imagem corporal e sexualidade, à reintegração na vida familiar, conjugal e profissional e aos problemas na adesão. Por outro lado, existem tarefas adaptativas menos tangíveis que o paciente necessita de levar a cabo como o processo de luto, face ao órgão e à morte do dador, e a progressiva incorporação do novo coração na imagem corporal, agora redimensionada (Costa & Guerra, 2009).

Não se tratando de abordagens mutuamente exclusivas, defendemos que a avaliação psicossocial pré-T.C. junto destes pacientes deve funcionar, sobretudo, como uma base de desenvolvimento para um plano de intervenção terapêutica de gestão dos recursos psicológicos e

vulnerabilidades do paciente que se deve prolongar após a cirurgia. Só desta forma a avaliação psicossocial pré-transplante poderá, por um lado, promover o igual acesso dos pacientes ao procedimento e, por outro lado, minimizar os riscos de morbidade e mortalidade, promovendo o ajustamento psicossocial dos pacientes submetidos à transplantação cardíaca.

Ao longo deste trabalho deparamo-nos com algumas dificuldades e a sua conceção apresenta algumas limitações.

Uma grande limitação diz respeito à escassez de estudos empíricos nesta área. De facto, a Psicocardiologia ainda se centra, quase exclusivamente, na inter-relação dos factores psicossociais com a doença coronária, negligenciando a insuficiência cardíaca terminal e a transplantação cardíaca.

A avaliação psicométrica dos instrumentos de avaliação seleccionados, que deve preceder a investigação, obrigou-nos à não utilização de algumas dimensões de certos instrumentos de avaliação, limitando o seu uso no estudo empírico e empobrecendo a diversidade de variáveis incluídas no primeiro momento. Nomeadamente, a *Heart Transplant Compliance Scale - Assessment of Problems with the Heart Transplant Regimen, HTCS* (Grady et al., 1998), utilizada internacionalmente em vários estudos e que incluía duas dimensões, na adaptação portuguesa revelou-se apenas com boas qualidades psicométricas, na dimensão “Dificuldade de Adesão”.

No que se refere às variáveis psicossociais pré-transplante estudadas, reconhecemos que haveria outras para avaliar, nomeadamente os comportamentos aditivos (uso de tabaco, álcool e drogas) uma vez que indiciam uma adesão frágil (Leigh et al., 1995; Olbrisch & Levenson, 1991; Shapiro et al., 1995) e fraco prognóstico. Contudo verificamos, pela prática, que nenhum Centro de Transplantação tinha candidatos a transplante com estes hábitos ativos. Deduzimos, que ao longo do processo de doença, esses hábitos se tornariam incompatíveis com a insuficiência cardíaca terminal, mesmo que existissem no passado e portanto já não constituíam um problema atual. No entanto, a própria adesão terapêutica na insuficiência cardíaca pré-transplante (medicação, ingestão de líquidos, regime alimentar) aparece na literatura como um preditor fidedigno para a não adesão ao regime terapêutico pós-T.C. e, portanto, poderia ter sido avaliada (Balestroni et al., 2002; De Geest et al., 1998; De Geest et al., 2000; Harper et al., 1998; Nagele et al., 1997).

Na avaliação da adesão terapêutica sentimos a falta de um instrumento *gold-standard* pela complexidade que este comportamento implica, em geral, e dadas as especificidades da transplantação cardíaca, em particular, decorrentes do regime imunossupressor. Partilhamos as dificuldades de outros autores (Telles-Correia et al., 2007) na avaliação desta variável junto da população transplantada.

Não podemos também deixar de referir que a nossa amostra inicial incluía 70 participantes e que apenas obtivemos 55 protocolos completos no terceiro momento, ou seja, ao fim de um ano após o procedimento. Felizmente nem todos por mortalidade propriamente dita mas, como é esperado, pela designada mortalidade da amostra; desta forma restrições naturais de cariz estatístico limitaram as nossas análises.

Presumimos que a desejabilidade social, referida anteriormente (c.f. ponto 10.4) e comum nos métodos de auto-relato, tenha adquirido maiores proporções nesta investigação dado os elevados níveis defensivos destes pacientes provocados pelo stresse da experiência de aguardar um dador compatível, apesar da garantia do anonimato.

Damos ainda conta da necessidade da inclusão da “Infeção” enquanto indicador médico uma vez que constitui a maior causa de morbilidade e mortalidade nesta população, durante o primeiro ano após o T.C. (D. Taylor et al., 2007; Trulock et al., 2005). No entanto, a incidência da infeção acompanha, naturalmente, a curva da rejeição estudada nesta investigação.

Para futuras investigações sugerimos, por um lado, prosseguir com a elaboração de estudos prospetivos longitudinais para continuar a clarificar a evolução dos fatores psicológicos e psicossociais que contribuem quer para o risco de resultados pobres, quer para o sucesso após a transplantação cardíaca (fatores protetores). Por outro lado, e em função dos resultados obtidos nesta investigação, seria importante proceder a uma intervenção psicológica desde o pré ao pós-transplante, enfatizando as variáveis de relevo e comparando-a, através de um estudo *randomizado*, com candidatos sem intervenção psicológica controlando as variáveis sociodemográficas e médicas no *baseline*.





## Glossário

---

Anastomose - refere-se à técnica cirúrgica que consiste na comunicação, natural ou resultante de processo cirúrgico, entre tubos, vasos sanguíneos ou nervos da mesma natureza (Manuila, Manuila, Lewalle, & Nicoulin, 2004).

Anemia - é a descida para valores inferiores aos normais do número de eritrócitos do sangue circulante e/ou do seu conteúdo de hemoglobina (Manuila et al., 2004).

Beta-bloqueantes adrenérgicos - estes fármacos demonstraram contribuir para a redução da taxa de enfarte do miocárdio e da morte súbita na insuficiência cardíaca crónica, quer de origem isquémica ou idiopática, revelando melhorias clínicas nos pacientes e uma redução no número de pacientes listados para T.C. (Mano, 2006).

Biópsia endomiocárdica - Este procedimento invasivo consiste na introdução de um catéter na veia jugular, subclávia ou femoral até ao ventrículo direito com retirada de três a cinco pequenas amostras de músculo cardíaco para um estudo posterior anátomo-patológico (Dressler, 2002). Em geral, é realizada com anestesia local e requer umas horas de internamento.

Citomegalovírus - Trata-se de um agente infeccioso pertencente ao grupo dos herpes vírus que, como os outros elementos deste grupo, tem a característica de, após uma infeção primária, se tornar latente, podendo ser reactivado posteriormente com consequências mais ou menos graves (Manuila et al., 2004). Este microrganismo é extremamente comum, podendo ser encontrado em quase todos os órgãos do corpo, assim como em diversos fluidos corporais; assim, a sua transmissão faz-se por contacto físico, transfusões sanguíneas e contacto sexual. A maioria dos indivíduos é infectada nos primeiros anos de vida de forma que, na idade adulta, cerca de 70-90% possuem já anticorpos.

Compatibilidade grupo ABO - Os dadores O (dadores universais) podem doar a todos os recetores mas apenas podem receber do grupo O; os dadores B podem doar aos recetores B e AB e apenas podem receber de dadores O ou B; os dadores A podem doar a recetores A e AB, só podendo receber de dadores A ou O e os dadores AB apenas podem doar a recetores AB mas podem receber de qualquer grupo (recetores universais) (Manuila et al., 2004).

Coração artificial - Em 2006, a *U.S. Food and Drug Administration* aprovou o primeiro coração artificial totalmente implantável. O coração artificial trata-se de um substituto ventricular, em que o coração original é removido, tal como acontece na transplantação. Apesar de, potencialmente, poder ser utilizado de forma definitiva, a sua evolução ainda não atingiu esse patamar, pelo que se utiliza como uma ponte mais ou menos prolongada para o T.C. (Antunes, 2000). Já foi utilizado, nalguns casos, apresentando um êxito temporário (Antunes, 2001). Apesar do paciente necessitar de permanecer hospitalizado, o coração artificial permitiu um aumento na taxa de sobrevivência até ao T.C., em pacientes com falência biventricular irreversível, que esperavam a cirurgia (Copeland et al., 2004). Este dispositivo está, portanto, indicado para pacientes com I.C. severa que não apresentem perfil para o T.C. (devido à idade avançada ou a outras condições médicas) e/ou que apresentem uma expectativa de vida de cerca de um mês sem intervenção (McCalmont & Ohler, 2008.)

Dadores marginais - constituem os dadores com mais idade, com maior tempo de isquémia do enxerto, dadores substancialmente mais pequenos fisicamente do que os receptores, dadores com disfunção ventricular esquerda, com história de doença coronária, com problemas valvulares solucionados com pequenas cirurgias, com doses elevadas de inotrópicos durante a ventilação, com história de infeção viral (hepatite B ou C) e dadores com história de abuso de substâncias (álcool, droga e tabaco) (Prieto, Antunes, & Antunes, 2009; Zaroff et al., 2002).

Diverticulite - trata-se de uma inflamação dos divertículos presentes no intestino grosso que, por alimentos não digeridos ou por fezes, podem inflamar ou originar um processo infeccioso. O quadro clínico caracteriza-se por dor abdominal, alteração do trânsito intestinal e febre; nos casos mais severos pode ocorrer obstrução intestinal ou perfuração dos divertículos (Manuila et al., 2004).

Ecocardiografia - é um meio auxiliar de diagnóstico que se destina a uma avaliação da estrutura e função cardíacas com imagens e registos produzidos por ultra-sons. Providencia informação clínica essencial, e por vezes, inesperada, sendo o segundo meio auxiliar de diagnóstico cardíaco mais usado, a seguir ao electrocardiograma (DeMaria & Blanchard, 2008).

Edema - é um sintoma comum que se encontra em pacientes com I.C. e que deriva da retenção de líquidos devido ao aumento da pressão venosa e da actividade disfuncional das hormonas retentoras de sal. Num indivíduo de tamanho médio, 2.3-4.5 Kg de fluidos excessivos são requeridos para o edema se tornar aparente (O'Rourke, Shaver, & Silverman, 2008).

Hiperlipidémia - é o aumento da concentração de gorduras (colesterol, triglicéridos ou ambos) no sangue (Manuila et al., 2004).

Hirsutismo - desenvolvimento exagerado do sistema piloso (Manuila et al., 2004).

Inotrópicos - são drogas que promovem a contração das fibras musculares cardíacas, melhorando a contractilidade miocárdica e o volume de ejeção. A dobutamina é um exemplo de uma catecolamina com esse efeito (Manuila et al., 2004).

Ortopnéia - trata-se da dificuldade em respirar estando deitado (Manuila et al., 2004). É um sintoma de falência cardíaca que obriga os pacientes, muitas vezes, a dormirem na posição sentada.

Osteopenia - diminuição da densidade dos ossos por redução do número de osteoblastos; a diminuição da densidade óssea revela-se inferior à da osteoporose (Manuila et al., 2004).

PRA - "Determinação de Anticorpos Reativos contra Painei" é um teste sanguíneo realizado aos pacientes que esperam um transplante e que mede a quantidade de anticorpos leucocitários reativos no sangue. O *score* varia entre 0% a 99% em que, os pacientes com PRA mais elevado apresentam maior quantidade de anticorpos ameaçadores para o novo enxerto, pelo que estão em maior risco de rejeição aguda posterior (Kaufman et al., 2003).

Transplante cardíaco heterotópico - é uma técnica usada menos frequentemente do que o T.C. ortotópico em que o coração do dador é implantado sobre o órgão nativo com a finalidade de ajudar o bombeamento do sangue. Concluída a operação, o paciente terá dois corações: o seu, doente, e o saudável. Esta técnica, raramente utilizada nos dias de hoje, está apenas indicada em duas situações: em pacientes com elevada hipertensão pulmonar, em que o ventrículo direito do dador seria incapaz de tolerar o aumento de tensão, e quando existe incompatibilidade de tamanho entre dador e receptor (*ratio* < 75%), o que acontece frequentemente em crianças (Hunt & Haddad, 2008).

Transplante cardíaco ortotópico - técnica usada na maioria dos transplantes de coração, em que o coração do paciente é retirado e substituído por outro, ou seja, o novo coração é colocado no mesmo lugar do coração nativo (Hunt & Haddad, 2008).

VO<sub>2</sub> - pico de consumo de oxigénio, i.e., a quantidade de oxigénio requerida pelo organismo. Diferentes estudos demonstram pior prognóstico em pacientes com VO<sub>2</sub> inferior a 14 ml/kg/min, sendo que a mortalidade atinge valores de 77% nos pacientes com VO<sub>2</sub> inferior a 10 ml/kg/min (Copeland et al., 1987). Trata-se de uma medida de capacidade funcional, preditora da sobrevivência nos pacientes com I.C., medida num exame - Prova de Esforço - (Stevenson, 1996).

## Bibliografia

---

- Abraham, W., Hasan, A., & Poole-Wilson, P. (2008). Diagnosis and management of heart failure. In V. Fuster, R. Walsh, R. O'Rourke, & P. Poole-Wilson (Eds.), *Hurst's The Heart* (pp. 724-760). (12<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw Hill.
- Ahern, D., Gorkin, L., Anderson, J., Tierney, C., Hallstrom, A., Ewart, C., & Herd, J. (1990). Biobehavioral variables and mortality or cardiac arrest in the Cardiac Arrhythmia Pilot Study (CAPS). *American Journal of Cardiology*, *66*, 59-66. doi: 10.1016/0002-9149(90)90736-K
- Alam, A., Badovinac, K., Ivis, F., Trpeski, L., & Cantarovich, M. (2007). The outcome of heart transplant recipients following the development of end-stage renal disease: analysis of the Canadian Organ Replacement Register (CORR). *American Journal of Transplantation*, *7*, 461-465. doi: 10.1111/j.1600-6143.2006.01640.x
- Albert, W., Hudalla, A., Traue, K., & Hetzer, R. (2012). Impact of heart transplantation in infancy and adolescence on quality of life and compliance. *Proceedings in Intensive Care and Cardiovascular Anesthesia*, *4*(2), 125-129.
- Alferi, S., Carver, C., Antoni, M., Weiss, S., & Duran, R. (2001). An exploratory study of social support, distress, and life disruption among low-income hispanic women under treatment for early stage breast cancer. *Health Psychology*, *20*, 41-46. doi: 10.1037//0278-6133.20.1.41
- Aliabadi, A., Zuckermann, A., & Grimm, M. (2007). Immunossuppressive therapy in older cardiac transplant patients. *Drugs Aging*, *24*, 913-932.
- Allison, P., Guichard, C., Fung, K., & Gilain, L. (2003). Disposicional optimism predicts survival status 1 year after diagnosis in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, *21*, 543-548.
- Almeida, L. & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. (5<sup>a</sup> ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Almenar-Pertejo, M., Martínez-Dolz, J., Campos, J., Galán, P., Gironés, F., Ortega, F., ...Salvador, A. (2006). Study on health-related quality of life in patients with advanced heart failure before and after transplantation. *Transplantation Proceedings*, *38*, 2524-2526.
- Altman, L. (2001). Christiaan Barnard, 78, surgeon for first heart transplant, dies. *The New York Times*. Acedido em <http://www.nytimes.com/2001/09/03/world/christiaan-barnard-78-surgeon-for-first-heart-transplant-dies.html?pagewanted=1>

- Alto, W. (1995). Prevention in practice. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 22(4), 543-554.
- Amorim, L., & Pereira, M. (2009). Optimismo, suporte social e morbilidade psicológica em filhos adultos de doentes oncológicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 83-98.
- Anda, R., Williamson, D., Jones, D., Macera, C., Eaker, E., Glassman, A., & Marks, J. (1993). Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of U.S. adults. *Epidemiology*, 4, 285-294.
- Anderson, R., Freedland, K., Clouse, R., & Lustman, P. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 23: 924-942. doi: 10.2337/diacare.24.6.1069
- António, N., Prieto, D., Providência, L., & Antunes, M. (2010). A diabetes *mellitus* prévia não agrava o prognóstico no primeiro ano após a transplantação cardíaca. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 29(02), 205-220.
- Antunes, M. (2000). O Papel da cirurgia no tratamento da insuficiência cardíaca congestiva severa. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 19(6), 705-715.
- Antunes, M. (2001). Surgical treatment of heart failure. In L. Falcão & P. Zwieten, (Eds.), *Current Diagnosis and Treatment in Heart Failure* (pp. 332-340). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas.
- Antunes, M (2008). *Relatório Anual do Centro de Cirurgia Cardiorácica da Faculdade de Medicina dos Hospitais da Universidade de Coimbra*, 2-13. Acedido em <http://www.uc.pt/cct/apresentacao/Relatoriosanteriores/relatorio2008#Relatório 2008>
- Antunes, M. (2009a). 500 portugueses vivem com corações de outros. *DN Portugal*. Acedido em [http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content\\_id=1373058](http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1373058)
- Antunes, M. (2009b). *Transplantação cardíaca em Coimbra - experiência de 5 anos*. XXX Congresso Português de Cardiologia, Vilamoura.
- Antunes, M. (2011). Relatório anual da clínica universitária - Centro de Cirurgia Cardiorácica. Acedido em <http://www.uc.pt/cct>
- Antunes, M., Franco, F., Sola, E., Biernat, M., Oliveira, L., Antunes, P., ...Providência, L. (2007). *Três anos de transplantação cardíaca*. Trabalho apresentado no XXVII Congresso Português de Cardiologia, Vilamoura.
- Antunes, M., Prieto, D., Sola, E., Antunes, P., Oliveira, J., Franco, F., ...Providência, L. (2010). Transplantação Cardíaca. Cinco anos de actividade. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 29(5), 731-748.

- Athanasuleas, C., Buckberg, G., Stanley, A., Siller, W., Dor, V., Donato, M., ... Accola, K. (2004). Surgical ventricular restoration in the treatment of congestive heart failure due to post-infarction ventricular dilation. *Journal of the American College of Cardiology*, 44, 1439-1445. doi: 10.1016/j.jacc.2004.07.017
- Auchincloss, H. (2001). In search of the elusive holy grail: the mechanisms and prospects for achieving clinical transplantation tolerance. *American Journal of Transplantation*, 1, 6-12. doi: 10.1034/j.1600-6143.2001.010103.x
- ASST - Autoridade para os Serviços de Sangue e Transplantação (2011). Acedido em <http://www.asst.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/ColheitaTransplantação2011.pdf>
- Bacal, F., Lima, M., Manrique, R., Higuchi, M., Brofman, P., Tenório, D., ... Souza, M. (1999). I diretoria da Sociedade Brasileira de Cardiologia para transplante cardíaco: IV. Rejeição. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 73 (suplemento V), 21-24.
- Bacal, F., Souza-Neto, J., Fiorelli, A., Mejia, J., Marcondes-Braga, F., Mangini, S., ... Montera, M. (2009). II diretoria brasileira de transplante cardíaco. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 94(1), 16-73.
- Bach, F., & Sachs, D. (1987). Transplantation Immunology. *New England Journal of Medicine*, 317, 489-492.
- Baines, L., Zawada, E., & Jindal, R. (2005). Psychosocial profiling: a holistic management tool for non-compliance. *Clinical Transplantation*, 19(1), 38-44.
- Balestroni, G., Bosimini, E., Centofanti, P., Di Summa, M., Giannuzzi, P., & Zotti, A. (2002). Life style and adherence to the recommend treatments after cardiac transplantation. *Italian Heart Journal*, 3(6), 652-658.
- Balkrishnam, R. (2005). The importance of medication adherence in improving chronic-disease related outcomes: what we know and what we need to further know. *Medical Care*, 43(6), 517-520.
- Bandeira, M., Bekou, Lott, K., Teixeira, M., & Rocha, S. (2002). Validação transcultural do Teste de Orientação da Vida (TOV-R). *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(2), 251-258. doi: 10.1590/S1413-294X2002000200006
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9), 1175-1184. doi: 10.1037//0003-066X.44.9.1175
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: thought control of action* (pp. 355-394). Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.

- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.1
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164. doi: 10.1177/1090198104263660
- Bandura, A., & Locke, E. (2003). Negative self-efficacy and goal effects revisited. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 87-99. doi: 10.1037/0021-9010.88.1.87
- Barbour, K., Blumenthal, J., & Palmer, S. (2006). Psychosocial issues in the assessment and management of patients undergoing lung transplantation. *Chest*, 129, 1367-1374. doi:10.1378/chest.129.5.1367
- Barefoot, J., & Schroll, M. (1996). Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation*, 93, 1976–1980. doi: 10.1161/01.CIR.93.11.1976
- Barefoot, J., Helms, M., Blumenthal, J., Califf, R., Haney, T., O'Connor, C., ... Williams, R. (1996). Depression and long-term mortality risk in patients with coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 78(6), 613-617.
- Barnard, C. (1967). A human cardiac transplant: an interim report of a successful operation performed at a Groote Schuur Hospital, Cape Town. *South African Medical Journal*, 41, 1271-1274.
- Barnard, C., & Pepper, C. (1970). *One Life*. New York: McMillan.
- Barr, M., Schenkel, F., Van Kirk, A., Halbert, R., Helderman, J., Hricik, D., ... Nordyke, R. (2003). Determinants of quality of life changes among long-term cardiac transplant survivors: results from longitudinal data. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 22(10), 1157-1167. doi: 10.1016/S1053-2498(02)01224-X
- Barroso, E. (2002). Transplante cardíaco: para quem? Quando? *Revista da SOCERJ*, XV (3), 135-141.
- Barth, J., Schumaker, M., & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 802-813. doi: 10.1097/01.psy.0000146332.53619.b2
- Basile, A., Bernazzali, S., Diciolla, F., Lenzini, F., Lisi, G., Maccherini, M., ... Chiavarelli, M. (2004). Risk factors for smoking abuse after heart transplantation. *Transplantation Proceedings*, 36, 641-642. doi: 10.1016/j.transproceed.2004.02.054
- Basile, A., Maccherini, M., Diciolla, F., Balistreri, A., Bouklas, D., Lisi, G., ... Papalia, U. (2001). Sexual disorders after heart transplantation. *Transplant Proceeding*, 33, 1917-1919.

- Beilby, S., Moss-Morris, R., & Painter, L. (2003). Quality of life before and after heart, lung and liver transplantation. *Journal of New Zealand Medical Association*, 116(1171), U381.
- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi Editores.
- Berkman, L. (1995). The role of social support in health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.
- Berkman, L., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857.
- Billingham, M. (1981). Diagnosis of cardiac rejection by endomyocardial biopsy. *Heart Transplantation*, 1, 25.
- Billings, A., & Moos, R. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Biographies – Hall of Fame (n.d.). Acedido em <http://www.zar.co.za/barnard.htm>
- Bishop, G. (1994). *Health Psychology - Integrating Mind and Body*. (pp. 152-181). Singapore: Allyn and Bacon.
- Blanche, C., Blanche, D., Keraney, B., Sandhu, M., Czer, L., Kamlot, A., ... Trento, A. (2001). Heart transplantation in patients seventy years of age and older: a comparative analysis of outcome. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 121, 532-541.  
doi: 10.1067/mtc.2001.112831
- Block, J., & Kremen, A. (1996). IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 349-361.
- Bohachick, P., Anton, B., Wooldridge, P., Kormos, R., Armitage, J., Hardesty, R., & Griffith, B. (1992). Psychosocial outcome six months after heart transplant surgery. A preliminary report. *Research in Nursing and Health*, 15(3), 165-173.
- Bohachick, P., Taylor, M., Sereika, S., Reeder, S., & Anton, B. (2002). Social support, personal control, and psychological recovery following heart transplantation. *Clinical Nursing Research*, 11(1), 34-51. doi: 10.1177/105477380201100104
- Bond, W., & Hussar, D. (1991). Detection methods and strategies for improving medication compliance. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 48, 1978-1988.
- Bonomo, A., & Araújo, T. (2009). Psicologia aplicada à Cardiologia: um estudo sobre as emoções relatadas em exame *Holter*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 5(1), 65-74.  
doi: 10.1590/S0102-37722009000100008
- Botelho, R., & Skinner, H. (1995). Motivating change in health behavior. Implications for health promotion and disease prevention. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 22, 565-589.

- Bowlby, J. (1988). Development psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, *145*, 1-10.
- Boyadijan, N. (1980). *The heart: its history, its symbolism, its iconography and its diseases*. Belgium: Anterp.
- Brandwin, M., Trask, P., Schwartz, S., & Clifford, M. (2000). Personality predictors of mortality in cardiac transplant candidates and recipients. *Journal of Psychosomatic Research*, *49*(2), 141-147.
- Brennan, A., Davis, M., Buchholz, D., Kuhn, W., & Gray, L. (1987). Predictors of quality of life following cardiac transplantation: Importance of compliance with medical regimen, especially immunosuppressant therapy. *Psychosomatics*, *28*(11), 566-571.
- Brisette, I., Scheier, M., & Carver, C. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*, 102-111. doi: 10.1037/0022-3514.82.1.102
- Brown, E., Varghese, F., & McEwen, B. (2004). Association of depression with medical illness: does cortisol play a role? *Biological Psychiatry*, *55*(1), 1-9.  
doi: 10.1016/S0006-3223(03)00473-6
- Brownell, K., & Cohen, P. (1995). Adherence to dietary regimens: 1. An overview to research. *Behavioral Medicine*, *20*, 149-154.
- Brummett, B., Bareffot, J., Siegler, I., Clapp-Channing, N., Lytle, B., Bosworth, H., ...Mark, D. (2001). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic Medicine*, *63*, 267-272.
- Buller, M., & Buller, D. (1987). Physician communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, *28*, 375-389.
- Bunzel, B., & Laederach-Hofmann, K. (1999). Long-term effects of heart transplantation: the gap between physical performance and emotional well-being. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, *31*(4), 214-222.
- Bunzel, B., & Laederach-Hofmann, K. (2000). Solid organ transplantation: are there predictors for posttransplant noncompliance? A literature overview. *Transplantation*, *70*, 711-716.
- Bunzel, B., Laederach-Hofmann, K., & Schubert, M. (1999). Patients-benefit partners suffer? The impact of heart transplantation on the partner relationship. *Transplantation International Medicine*, *31*, 214-222.
- Bunzel, B., & Wolleneck, G. (1994). Heart transplantation: are there psychosocial predictors for clinical success of surgery? *Thoracic and Cardiovascular Surgeon*, *42*(2), 103-107.



- Burg, M., Lampert, R., Joska, T., Batsford, W., & Jain, D. (2004). Psychological traits and emotion-triggering of ICD shock-terminated arrhythmias. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 898-902.
- Burke, L., Dunbar-Jacob, J., & Hill, M. (1997). Compliance with cardiovascular disease prevention strategies: a review of the research. *Annals of Behavioral Medicine*, *19*, 239-263.
- Burker, E., Evon, D., Ascari, J., Loiselle, M., Finkel, J., & Mill, M. (2006). Relationship between coping and depression in heart transplant candidates and their spouses. *Progress in Transplantation*, *16*(3), 215-221.
- Burker, E., Evon, D., Loiselle, M., Finkel, J., & Mill, M. (2005). Coping predicts depression and disability in heart transplant candidates. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*(1), 215-222. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.06.055
- Butler, J., McCoin, N., Feurer, I., Speroff, T., Davis, S., Chomsky, D., ...Pinson, C. (2003). Modeling the effects of functional performance and post-transplant comorbidities on health-related quality of life after heart transplantation. *The Journal of Heart Lung Transplantation*, *22*(10),1149-1156.
- Butler, J., Peveler, R., Roderick, P., Horne, R., & Mason, J. (2004). Measuring compliance with drug regimens after renal transplantation: comparison of self-report and clinician rating with electronic monitoring. *Transplantation*, *77*(5), 786-789. doi: 10.1016/S1053-2498(02)01188-9
- Calabrese, L., Albrecht, M., Young, J., McCarthy, P., Haug, M., Jarcho, J., & Zackin, R. (2003). Successful cardiac transplantation in an HIV-1– infected patient with advanced disease. *The New England Journal of Medicine*, *23*(348), 2323-2328. doi: 10.1056/NEJMoa022935
- Calman, K. (1984). Quality of life in cancer patients-an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*. *10*(3), 124–127.
- Campos, D., & Graveto, J. (2010). Oxitocina e comportamento humano. *Revista de Enfermagem Referência*, *3*(1), 125-130.
- Canavarro, C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos - B.S.I. In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 95-109). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Canavarro, C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Coord.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa, vol. III* (pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.

- Carels, R., Musher-Eizenman, D., Cacciapaglia, H., Pérez-Benítez, C., Christie, S., & O'Brien, W. (2004). Psychosocial functioning and physical symptoms in heart failure patients – a within-individual approach. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*, 95-101.  
doi:10.1016/S0022-3999(03)00041-2
- Carlson, C., Collins, F., Stewart, J., Porzeluis, J., Nitz, J., & Lind, C. (1989). The assessment of emotional reactivity: a scale development and validation study. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, *11*(4), 313-325.
- Carroll, P., Sweeny, K., & Shepperd, J. (2006). Forsaking optimism. *Review of General Psychology*, *10*(1), 56-73. doi: 10.1037/1089-2680.10.1.56
- Carstensen, L., Pasupathi, M., Mayr, U., & Nesselroade, J. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*, 644-655. doi: 10.1037/0022-3514.79.4.644
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., ... Clark, C. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 375-390.
- Carver, C., & Scheier, M. (1999). Optimism. In C. Snyder (Ed.). *Coping: The psychology of what works* (pp. 182-204). New York: Oxford University Press.
- Carver, C., & Scheier, M. (2002). Optimism. In C. Snyder, & S. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 231-243). USA: Oxford University Press.
- Carver, C., & Scheier, M. (2003). Optimism. In S. Lopez, & C. Snyder (Eds.), *Positive Psychology Assessment: A handbook of models and measures* (pp. 75-89). Washington, DC: American Psychological Association.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267-283.  
doi: 10.1037//0022-3514.56.2.267
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, *104*, 107-123.
- Cavanaugh, S., Clarck, D., & Gibbons, R. (1983). Diagnosing depression in hospitalized medically ill. *Psychosomatics*, *24*, 808-815.
- Chacko, R., Harper, R., Gotto, J., & Young, J. (1996). Psychiatric interview and psychometric predictors of cardiac transplant survival. *American Journal of Psychiatry*, *153*(12), 1607-1612.
- Chacko, R., Harper, R., Kunik, M., & Young, J. (1996). Relationship of psychiatric morbidity and psychosocial factors in organ transplantation. *Psychosomatics*, *37*(2), 100-107.

- Chan, D., Lonsdale, C., Ho, P., Yung, P., & Chan, K. (2009). Patient motivation and adherence to post-surgery rehabilitation exercise recommendations: the influence of physiotherapists' autonomy-supportive behaviors. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 90*, 1977-1982. doi: 10.1016/j.apmr.2009.05.024
- Chang, E. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 1109-1120.
- Chang, E., & DeSimone, S. (2001). The influence of hope in appraisals, coping and dysphoria: a test of hope theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*(2), 117-129. doi: 10.1521/jscp.20.2.117.22262
- Cherubini, P., Rumiati, R., Bigoni, M., Tursi, V., & Livi, U. (2003). Long term decrease in subjective perceived efficacy of immunosuppressive treatment after heart transplantation. *Journal of Heart Lung Transplantation, 22*(12), 1376-1380. doi: 10.1016/S1053-2498(03)00023-8
- Chesney, M. (2003). Adherence to HAART regimens. *AIDS Patient Care STDs, 17*, 169-177. doi: 10.1089/108729103321619773
- Chisholm, M. (2002a). Enhancing transplant patient's adherence to medication therapy. *Clinical Transplantation, 16*(1), 30-38. doi: 10.1034/j.1399-0012.2002.00104.x
- Chisholm, M. (2002b). Issues of adherence to immunosuppressant therapy after solid-organ transplantation. *Drugs, 62*(4), 567-575.
- Chisholm, M., Vollenweider, L., Mulloy, L., Jagadeesan, M., Wynn, J., Rogers, H., ... DiPiro, J. (2000). Renal transplantation compliance with free immunosuppressive medications. *Transplantation, 70*(8), 1240-1244.
- Christopherson, L., & Lunde, D. (1971). Selection of cardiac transplant recipients and their subsequent psychological adjustment. *Seminars of Psychiatry, 3*(1), 36-45.
- Chung, M., Moser, D., Lennie, T., & Rayens, M. (2009). The effects of depressive symptoms and anxiety on quality of life in patients with heart failure and their spouses: testing dyadic dynamics using Actor-Partner Interdependence Model. *Journal of Psychosomatic Research, 67*(1), 29-35. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.01.009
- Claxton, A., Cramer, J., & Pierce, C. (2001). A systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. *Clinical Therapeutics, 23*, 1296-1310.
- Cleland, J., Swedberg, K., Follath, F., Komajda, M., Cohen-Solal, A., Aguilar, J., ... Widimsky, J. (2003). The EuroHeart Failure Survey Programme - a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 1: Patient Characteristics and Diagnosis. *European Heart Journal, 24*(5), 442-463.

- Cline, C., Björck-Linné, A., Israelsson, B., Willenheimer, R., & Erhardt, L. (1999). Non-compliance and knowledge of prescribed medication in elderly patients with heart failure. *European Journal of Heart Failure*, *1*, 145-149.
- Cluss, P., & Epstein, L. (1985). The measurement of medical compliance in the treatment of disease. In P. Karoly (Ed.), *Measurement Strategies in Health Psychology* (pp.403-432). New York: Wiley.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, *38*(5), 300-314.
- Coelho, M., & Pais-Ribeiro, J. (2000). Influência do suporte social e do *coping* sobre a percepção subjectiva de bem-estar em mulheres submetidas a cirurgia cardíaca. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *1*(1), 79-89.
- Coffman, K., & Brandwin, M. (1999). The Million Behavioral Health Inventory Life Threat Reactivity Scale as a predictor of mortality in patients awaiting heart transplantation. *Psychosomatics*, *40*, 44-49.
- Coffman, K., & Crone, C. (2002). Rational guidelines for transplantation in patients with psychotic disorders. *Current Opinion in Organ Transplantation*, *7*, 385-388.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, *7*, 269-297.
- Cohen, S., Doyle, W., Turner, R., Alper, C., & Skoner, D. (2003). Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 652-657.
- Cohen, S., & Wills, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, *98*, 310-357.
- Cohen-Solal, A. (2003). *Guia prático da insuficiência cardíaca*. Lisboa: Climepsi.
- Collins, E., White-Williams, C., & Jalowiec, A. (1996). Spouse stressors while awaiting heart transplantation. *Heart and Lung*, *25*, 4-13.
- Compare, A., Gondoni, L., & Molinari, E. (2006). Psychological risk factors for cardiac disease and pathophysiological mechanisms: an overview. In E. Molinari, A. Compare & G. Parati (Eds.), *Clinical Psychology and Heart Disease* (pp. 21-32). Itália: Springer.
- Constanzo, M., Augustine, S., Bourge, R., Bristow, M., O'Connell, J., Driscoll, D., & Rose, E. (1995). Selection and treatment of candidates for heart transplantation. *Circulation*, *92*, 3593-3612.
- Conte, J., & Baumgartner, W. (2000). Overview and future practice patterns in cardiac and pulmonary preservation. *Journal of Cardiac Surgery*, *15*, 91.
- Cooper, D., & Cooley, D. (2001). Christiaan Nethling Barnard, 1922-2001. *Circulation*, *104*, 2756-2757. doi: 10.1161/hc4801.100999

- Cooper, D., Lanza, R., & Barnard, C. (1984). Noncompliance in heart transplant recipients: the Cape Town experience. *Heart Transplantation*, 3, 248-253.
- Copeland, J., Emery, R., Levinson, M., Icenogle, T., Carrier, M., Ott, R., ...Nicholson, S. (1987). Selection of patients for cardiac transplantation. *Circulation*, 75, 2-9.
- Copeland, J., Smith, R., Arábia, F., Nolan, P., Sethi, G., Tsau, P., ...Slepian, J. (2004). Cardiac replacement with a total artificial heart as a bridge to transplantation. *New England Journal of Medicine*, 351, 859. doi: 10.1056/NEJMoa040186
- Costa, S., & Guerra, M. (2009). O Luto no Transplantado Cardíaco. *Psicologia Saúde & Doenças*, 10(1), 49-55.
- Council of Europe Newsletter Transplant (2011). *International Figures on Donation and Transplantation-2010*. Global Observatory on Donation & Transplantation. Acedido em <http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/Newsletter2011.pdf>
- Cowburn, P., Cleland, J., Coats, A., & Komajda, M. (1998). Risk stratification in congestive heart failure. *European Heart Journal*, 19, 696-710.
- Coyne, J., Rohrbaugh, M., Shoham, V., Sonnega, J., Nicklas, J., & Cranford, J. (2001). Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. *American Journal of Cardiology*, 88, 526-529.
- Cramer, J. (1991). Identifying and improving compliance patterns: a composite plan for health care providers. In J. Cramer & B. Spliker (eds.), *Patient compliance in medical practice* (pp. 387-392). New York: Raven Press.
- Cramer, J. (1994). Quality of life for people with epilepsy. *Neurologic Clinics*, 12, 1-13.
- Cramer, J., Rosenheck, R., Kirk, G., Krol, W., & Kristal, J. (2003). Medication compliance feedback and monitoring in a clinical trial: predictors and outcomes. *Value in Health*, 6(5), 566-573. doi: 10.1046/j.1524-4733.2003.65269.x
- Cramer, J., Schleyer, R., & Mattson, R. (1990). Compliance declines between clinic visits. *Archives of Internal Medicine*, 150, 1509-1510.
- Craven, J., & Rodin, G. (1992). Introduction. In J. Craven, & G. Rodin (Eds.), *Psychiatric aspects of organ transplantation* (pp. 1-5). New York: Oxford University Press.
- Crespo-Leiro, M., Paniagua, M., Rodriguez, J., Hermida, L., Fojon, S., Vazquez, N., ...Castro-Beiras, A. (1999). Morbidity and mortality among heart transplant patients older and younger than 65 years. *Transplantation Proceedings*, 31, 2537-2538.
- Crone, C., & Wise, T. (1999). Psychiatric aspects of transplantation: evaluation and selection of candidates. *Critical Care Nurse*, 19, 79-87.

- Cupples, S., Dew, M., Grady, K., De Geest, S., Dobbels, F., Lanuza, D., & Paris, W. (2006). Report of the psychosocial outcomes workgroup of the nursing and social sciences council of the International Society for Heart and Lung Transplantation: present status of research on psychosocial outcomes in cardiothoracic transplantation: review and recommendations for the field. *Heart and Lung Transplantation*, 25(6), 716-725. doi:10.1016/j.healun.2006.02.005
- Cupples, S., Nolan, M., Augustine, S., & Kynock, D. (1998). Perceived stressors and coping strategies among heart transplant candidates. *Journal of Transplant Coordinators*, 8, 179-187.
- Curtis, B., & O'Keefe, J. (2002). Autonomic tone as a cardiovascular risk factor: the dangers of chronic fright or flight. *Mayo Clinics Proceedings*, 77, 45-54.
- Damásio, A. (2000). *O Mistério da Consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. S. Paulo, Companhia das Letras.
- Danner, D., Snowden, D., & Friesen, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813. doi: 10.1037//0022-3514.80.5.804
- Dantzer, R., Wollman, E., & Yirmiya, R. (2002). Cytokines and depression: an update. *Brain, Behavior, and Immunity*, 216(5), 501-502.
- Dar, O., & Cowie, M. (2008). The epidemiology and diagnosis of heart failure. In V. Fuster, R. Walsh, R. O'Rourke, & P. Poole-Wilson (Eds.), *Hurst's The Heart* (pp.713-723). (12<sup>th</sup> ed.) New York: McGraw Hill.
- Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., ...Sheridan, J. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Davies, M., Hobbs, F., Davis, R., Kenkre, J., Roalfe, A., Hare, R., ...Lancashire, R. (2001). Prevalence of left-ventricular systolic dysfunction and heart failure in the echocardiographic heart of England screening study: a population based study. *Lancet*, 358(9280), 439-444.
- Davis, R., Hobbs, F., & Lip, G. (2000). ABC of heart failure: history and epidemiology. *British Medical Journal*, 320, 39-42.
- De Geest, S., Abraham, I., Dunbar-Jacob, J., & Vanhaecke, J. (1997). The significance of noncompliance in the etiology of acute late rejections in the heart transplant populations. *Circulation*, 96, 1-15.

- De Geest, S., Abraham, I., Dunbar-Jacob, J., & Vanhaecke, J. (1999). Behavioral strategies for long-term survival of transplant patients. In J. Métry & U. Meyers (eds.), *Drug Regimen Compliance* (pp. 162-179). England: John Wiley & Sons.
- De Geest, S., Abraham, I., Moons, P., Vandeputte, M., Van Cleemput, J., Evers, G., ... Vanhaecke J., (1998). Late acute rejection and subclinical noncompliance with cyclosporine therapy in heart transplant recipients. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, *17*, 854-863.
- De Geest, S., Dobbels, F., Fluri, C., Paris, W., & Troosters, T. (2005). Adherence to the therapeutic regimen in heart, lung and heart-lung transplant recipients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *20*(5S), S88-S98.
- De Geest, S., Dobbels, F., Martin, S. Willems, K., & Vanhaecke, J. (2000) Clinical risk associated with appointment noncompliance in heart transplant recipients. *Progress in Transplantation*, *10*(3), 162-168.
- De Geest, S., Moons, P., Dobbels, F., Martin, S., & Vanhaecke, J. (2001). Profiles of patients who experienced a late acute rejection due to non-adherence with immunosuppressive therapy. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *16*(1), 1-14.
- De Jonge, N., Kirkels, J., Klopping, C., Lahpor, J., Caliskan, K., Maat, A., ... Balk, A. (2008). Guidelines for heart transplantation. *Netherlands Heart Journal*, *16*(3), 79-87.
- De Vogli, R., & Marmot, M. (2008). Social and societal issues of heart disease. In V. Fuster, R. Walsh, R. O'Rourke & P. Poole-Wilson (Eds.), *Hurst's The Heart* (pp. 2473-2477). 12<sup>ed</sup>. New York: McGraw Hill.
- Debray, Q., & Plaisant, O. (1990). Lung transplants psychological aspects. Medical context and indications. *Annales Medico-Psychologiques*, *148*, 105-107.
- Deci, E., & Ryan, M. (1985). The general causality orientations scale: self-determination in personality. *Journal of Research in Personality*, *19*, 109-134.
- Deci, E., & Ryan, M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, *11*, 227-268.
- Deci, E., & Vansteenkiste, M. (2004). Self-determination theory and basic need satisfaction: understanding human development in positive psychology. *Ricerche di Psicologia*, *1*(27), 23-40.
- Decreto Lei nº 12/2009 de 26 de Março. *Diário da República nº 60 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto Lei nº 67/2007 de 29 de Maio. *Diário da República nº 103 – I Série*. Ministério da Saúde. Lisboa.

- Delgado, A., & Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças, II*(002), 81-100.
- DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R. (1988). The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediators. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 486-495.
- DeMaria, A., & Blanchard, D. (2008). Echocardiography. In V. Fuster, R. Walsh, R. O'Rourke, & P. Poole-Wilson (Eds.), *Hurst's The Heart* (pp.359-466). (12<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw Hill.
- Demers, P., Moffatt, S., Oyer, P., Hunt, S., Reitz, B., & Robbins, R. (2003). Long-term results of heart transplantation in patients older than 60 years. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 126*(1), 224-231. doi: 10.1016/S0022-5223(03)00055-2
- Deng, M., De Meester, J., Smits, J., Heinecke, J., & Scheld, H. (2000). Effect of receiving a heart transplant: analysis of a national cohort entered on to a waiting list, stratified by heart failure severity. *British Medical Journal, 321*, 540-545.  
doi: 10.1136/bmj.321.7260.540
- Deng, M., Smits, J., & Packer, M. (2002). Selecting patients for heart transplantation: which patients are too well for transplant? *Current Opinion in Cardiology 17*(2), 137-144.
- Denny, B. (2011). Using crisis theory to explain the quality of life of organ transplant patients. *Progress in Transplantation, 21*(3), 182-188.
- Denollet, J., Holmes, R., Vrints, C., & Conraads, V. (2007). Unfavorable outcome of heart transplantation in recipients with type D personality. *The Journal of Heart and Lung Transplantation, 26*(2), 152-158. doi: 10.1016/j.healun.2006.11.600
- Dent, D., Brink, J., & Terblanche, J. (2001). A tribute to Christiann Neethling Barnard, 1922-2001. *South African Medical Journal, 91*(10), 839-841.
- Derogatis, L. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Derogatis, L. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.
- Deuse, T., Haddad, F., Pham, M., Hunt, S., Valantine, H., Bates, M., ...Reitz B. (2008). Twenty-year survivors of heart transplantation at Stanford University. *American Journal of Transplantation, 8*, 1769-1774. doi: 10.1111/ajt.2008.8.issue-9
- Dew, M., & DiMartini, A. (2005). Psychological disorders and distress after adult cardiothoracic transplantation. *Journal of Cardiovascular Nursing, 20*(5S), 51-66.
- Dew, M., DiMartini, A., De Vito Dabbs, A., Myaskovsky, L., Steel, J., Unruh, M., ...Greenhouse, J. (2007). Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. *Transplantation, 83*(7), 858-873.



- Dew, M., DiMartini, A., Switzer, G., Kormos, R., Schulberg, H., Roth, L., & Griffith, B. (2000). Patterns and predictors of risk for depressive and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics*, *41*(2), 191-192.  
doi: 10.1176/appi.psy.41.2.191
- Dew, M., Dunbar-Jacob, J., Switzer, G., DiMartini, A., Stille, C., & Kormos, R. (2001). Adherence to medical regimens in organ transplantation. In J. Rodrigue (Ed.), *Biopsychosocial Perspectives on Transplantation* (pp. 93-124). New York: Plenum Kluwer Publishers.
- Dew, M., Goycoolea, J., Harris, R., Lee, A., Zomak, R., Dunbar-Jacob, J., ... Kormos, R. (2004). An *Internet*-based intervention to improve psychosocial outcomes in heart transplant recipients and family caregivers: development and evaluation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, *23*(6), 745-758. doi: 10.1016/j.healun.2003.07.002
- Dew, M., Goycoolea, J., Switzer & Allen, A. (2000). Quality of life in organ transplantation: effects on adult recipients and their families. In P. Tzepacz, & A. DiMartini (Eds.), *The Transplant Patient: Biological, Psychiatric and Ethical Issues in Organ Transplantation* (pp. 68-145). Cambridge: University Press.
- Dew, M., Harris, R., Simmons, R., Roth, L., Armitage, J., & Griffith, B. (1991). Quality of life advantages of FK 506 vs conventional immunosuppressive drug therapy in cardiac transplantation. *Transplant Proceedings*, *23*, 999-1012.
- Dew, M., Kormos, R., DiMartini, A., Switzer, G., Schulberg, G., Roth, L., & Griffith, B. (2001). Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics*, *42*, 300-313.  
doi: 10.1176/appi.psy.42.4.300
- Dew, M., Kormos, R., Roth, L., Murali, S., DiMartini, A., & Griffith, B. (1999). Early post-transplant medical compliance and mental health predict physical morbidity and mortality one to three years after heart transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*; *18*, 549-562.
- Dew, M., Myaskovsky, L., Switzer, G., DiMartini, A., Schulberg, H., & Kormos, R. (2005). Profiles and predictors of the course of psychological distress across four years after heart transplantation. *Psychological Medicine*, *35*, 1215-1227.  
doi: 10.1017/S0033291705004563
- Dew, M., Roth, L., Schulberg, H., Simmons, R., Kormos, R., Trzepacz, P., & Griffith, B. (1996). Prevalence and predictors of depression and anxiety-related disorders during the year after heart transplantation. *General Hospital Psychiatry*, *18*(6), 48S-61S.

- Dew, M., Roth, L., Thompson, M., Kormos, R., & Griffith, B. (1996). Medical compliance and its predictors in the first year after heart transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation, 15*, 631-645.
- Dew, M., Simmons, R., Roth, L., Schulberg H., Thompson, M., Armitage J., & Griffith, B. (1994). Psychosocial predictors of vulnerability to distress in the year following heart transplantation. *Psychological Medicine, 24*, 929-945.
- Dew, M., Switzer, G., DiMartini, A., Matukaitis, J., Fitzgerald, M., & Kormos, R. (2000). Psychosocial assessments and outcomes in organ transplantation. *Progress in Transplantation, 10*, 239-261.
- Dew, M., Switzer, G., Goycoolea, J., Allen, A., DiMartini, A., Kormos, A., & Griffith, B. (1997). Does transplantation produce quality of life benefits? A quantitative analysis of the literature. *Transplantation, 64*, 1261-1273.
- Didlake, R., Dreyfuss, K., Kennan, R., Van Buren, C., & Kahan, B. (1988). Patient compliance: a major cause of late graft failure in cyclosporine-treated renal transplants. *Transplant Proceedings, 20*, 63-69.
- Dillard, A., Schiavone, A., & Brown, S. (2008). Helping behavior and positive emotions: implications for health and well-being. In J. Lopez (Ed.), *Positive Psychology - Exploring the best in people* (pp. 101-114). Westport: Praeger Perspectives.
- DiMartini, A., Crone, C., Fireman, M., & Dew, M. (2008). Psychiatric aspects of organ transplantation in critical care. *Critical Care Clinicals, 24*(4), 949-981.
- DiMartini, A., Dew, M., Kormos, R., McCurry, K., & Fontes, P. (2007). Post-traumatic stress disorder caused by hallucinations and delusions experienced while delirious. *Psychosomatics, 48*(5), 436-439.
- DiMartini, A., Dew, M., & Trzepacz, P. (2005). Organ transplantation. In J. Levenson (Ed.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine* (pp. 675-700). Washington, D.C.: The American Psychiatric Press.
- DiMatteo, M. (1994). Enhancing patient adherence to medical recommendations. *The Journal of the American Medical Association, 271*, 79-83.
- DiMatteo, M. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychology, 23*(2), 207-218. doi: 10.1037/0278-6133.23.2.207
- DiMatteo, M., Giodani, M., Lepper, H., & Croghan, T. (2002). Patient adherence and medical treatment outcomes. A meta-analysis. *Medical Care, 40*(9), 794-881.
- DiMatteo, M., Hays, R., Gritz, E., Bastani, R., Crane, L., Elashoff, R., ... Marcus, A. (1993). Patient adherence to cancer control regimens: scale development and initial validation. *Psychological Assessment, 5*, 102-112.

- DiMatteo, M., Lepper, H., Croghan, T. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160(14), 2101-2107.
- DiMatteo, M., & Martin, L. (2002). *Health Psychology* (pp. 375-377). Boston: Allyn & Bacon.
- DiMatteo, M., Robinson, J., Heritage, J., Tabbarah, M., & Fox, S. (2002). Correspondence among patient's self reports, chart records, and audio/videotapes of medical visits. *Health Communication* 15(4), 393-413.
- Dinkhuysen, J., Neves, M., Petrucci, O., Oliveira, C., & Lima, L. (1999). Orientação e critérios para selecção do dador. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 73, (supl. V), 52-55.
- Diong, S, Bishop, G., Enkelmann, H., Tong, E., Why, Y., Ang, J., ...Khader, M. (2005). Anger, stress, coping, social support and health: modeling the relationships. *Psychology and Health*, 20(4), 467-495.
- Dobbels, F., De Geest, S., Cleemput, I., Fischler, B., Kestloot, K., Vanhaecke, J., & Vanrenterghem, Y. (2001). Psychosocial and behavioral selection criteria for solid organ transplantation. *Progress in Transplantation*, 11, 121-132.
- Dobbels, F., De Geest, S., Martin, S., Van Cleemput, J., Droogne, W., & Vanhaecke, J. (2004). Prevalence and correlates of depression symptoms at 10 years after heart transplantation: continuous attention required. *Transplant International*, 17(8), 424-431. doi: 10.1007/s00147-004-0732-5
- Dobbels, F., De Geest, S., Van Cleemput, J., Droogne, W., & Vanhaecke, J. (2004). Effect of late medication non-compliance on outcome after heart transplantation: a 5-year follow-up. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 23(11), 1245-1251. doi: 10.1016/j.healun.2003.09.016
- Dobbels, F., Vanhaecke, J., Desmyttere, A., Dupont, L., Nevens, F., & De Geest, S. (2005). Prevalence and correlates of self-reported pretransplant nonadherence with medication in heart, liver, and lung transplant candidates. *Transplantation*, 79(711), 1588-1595.
- Dobbels, F., Vanhaecke, J., Dupont, L., Nevens, F., Verleden, G., Pirenne, J., & De Geest, S. (2009). Pretransplant predictors of posttransplant adherence and clinical outcome: an evidence base for pretransplant psychosocial screening. *Transplantation*, 87(10), 1497-1504.
- Dohrenwend, B. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, 41, 1-19.

- Dougall, A., Hyman, K., Hayward, M., McFeeley, S., & Baum, A. (2001). Optimism and traumatic stress: the importance of stress and coping. *Journal of Applied Social Psychology, 31*, 223-245. doi: 10.1111/j.1559-1816.2001.tb00195.x
- Dracup, K., Walden, J., Stevenson, L., & Brecht, M. (1992). Quality of life in patients with advanced heart failure. *The Journal of Heart Lung Transplantation, 11*, 273-279.
- Dressler, D. (1991). Psychological effects of cardiac transplantation. *Journal of Intensive Care Medicine, 27*, 320-324.
- Dressler, D. (2002). *Organ Transplantation: Concepts, Issues, Practice, and Outcomes. Heart Transplantation*. Acedido em <http://www.medscape.com/viewarticle/436544>
- Druley, J., & Townsend, A. (1998). Self-esteem as a mediator between spousal support and depressive symptoms: a comparison of healthy individuals and individuals coping with arthritis. *Health Psychology, 17*(3), 255-261.
- Druss, B., Bradford, D., Rosenheck, R., Radford, J., & Krumholz, H. (2001). Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Archives of General Psychiatry, 58*, 565-572. doi: 10.1001/archpsyc.58.6.565
- DSM-IV-TR (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4<sup>th</sup> ed.). Lisboa: Climepsi.
- Duitsman, D., & Cychosz, C. (1995). Gender differences in psychosocial characteristics of heart transplant recipients. *Journal of Transplant Coordination, 5*, 137-143.
- Dunbar, M. & Agras, W. (1980). Compliance with medical instructions. In J. Fergunson & C. Taylor (Eds.), *Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine* (pp.115-145). New York: Springer.
- Dunbar-Jacob, J. (1999). Compliance with medical regimen: a significant problem in clinical care and research. *Nephrology, Dialysis and Transplantation, 14*, 1809-1825.
- Duncan, M., & Wilkes, D. (2005). Transplant-related immunosuppression. A review of immunosuppression and pulmonary infections. *The Proceedings of the American Thoracic Society 2*, 449-455. doi: 10.1513/pats.200507-073JS
- Dunn, D. (1996). Well-being following amputation: salutary effect of positive mean, optimism and control. *Rehabilitation Psychology, 41*, 285-302.
- Dunn, J., Golden, D., Van Buren, C., Lewis, R., Lawen, J., & Kahan, B. (1990). Causes of graft loss beyond two years in the cyclosporine era. *Transplantation, 49*(2), 349-353.
- Dutkowski, O., Rougemont, O., & Clavien, P. (2008). Alexis Carrel: genius, innovator and ideologist. *American Journal of Transplantation, 8*(10), 1998-2003. doi: 10.1111/ajt.2008.8.issue-10

- Ell, K., & Dunkel-Schetter, C. (1994). Social support and adjustment to myocardial infarction, angioplasty and coronary artery bypass surgery. In S. Shumaker & S. Czajkowsky (Eds.), *Social Support and Cardiovascular disease* (pp. 301-333). New York: Plenum.
- Emanuel, E., & Emanuel, L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *The Journal of American Medical Association*, *267*(16), 2221-2226.
- Emery, C., Frid, D., Engebretson, T., Alonzo, A., Fish, A., Ferketich, A., ... Stern, S. (2004). Gender differences in quality of life among cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 190-197.
- Endler, N., & Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(5), 844-854.
- Endler, N., Parker, J., & Butcher, J. (1993). A factor analytic study of coping styles and MMPI-2 content scales. *Journal of Clinical Psychology*, *49*(4), 523-527.
- Endler, N., Parker, J., & Summerfeldt, L. (1993). Coping with health problems: conceptual and methodological issues. *Canadian Journal of Behavioral Science*, *25*, 384-399.
- Endler, N., Parker, J., & Summerfeldt, L. (1998). Coping with health problems; developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, *10*(3), 195-205.
- Engle, D. (2001). Psychosocial aspects of the organ transplant experience: what has been established and what we need for the future. *Journal of Clinical Psychology*, *57*(4), 521-549. doi: 10.1002/jclp.1027
- Epstein, S., & Meier, P. (1990). Constructive thinking: a broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 332-350.
- Erdman, R., Horstman, L., Van Domburg, R., Meeter, K., & Balk, A. (1993). Compliance with the medical regimen and partner's quality of life after heart transplantation. *Quality of Life Research*, *3*, 205-212.
- Erman, A. (1952). *La Religion des Egyptiens*. Paris: Payot.
- Esmore, D., Keogh, A., Spratt, P., Jones, B., & Chang, V. (1991). Heart transplantation in females. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, *10*(3), 335-341.
- Evangelista, L., Doering, L., Dracup, K., Vassilakis, M., & Kobashigawa, J. (2003). Hope, mood states and quality of life in female heart transplant recipients. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, *22*(6), 681-686.
- Evangelista, L., Dracup, K., Doering, L., Moser, D., & Kobashigawa, J. (2005). Physical activity patterns in heart transplant women. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *20*(5), 334-339.

- Evangelista, L., Dracup, K., Moser, D., Westlake, C., Erickson, V., Hamilton, M., & Fonarow, G. (2005). Two-year follow-up of quality of life in patients referred for heart transplant. *Heart Lung, 34*, 187-193. doi: 10.1016/j.hrtlng.2004.10.004
- Evangelista, L., Moser, D., Dracup, K., Doering, L., & Kobashigawa, J. (2004). Functional status and perceived control influence quality of life in female heart transplant recipients. *Journal of Heart and Lung Transplantation, 23*, 360-367. doi: 10.1016/S1053-2498(03)00196-7
- Everson, S., Goldberg, D., Kaplan, G., Cohen, R., Pukkala, E., Tuomilehto, J., & Salonen, J. (1996). Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosomatic Medicine, 58*(2), 113-121.
- Eysenck, H. (1983). Stress, disease, and personality: the inoculation effect. In: C. Cooper (Ed.), *Stress Research* (pp. 121-146). New York: Wiley.
- Falvo, D., & Tippy, P. (1988). Communicating information to patients. Patient satisfaction and adherence as associated with resident skill. *Journal of Family Practice, 26*, 643-647.
- Faris, R., Purcell, H., Henein, M., & Coats, A. (2002). Clinical depression is common and significantly associated with reduced survival in patients with non-ischaemic heart failure. *The European Journal of Heart Failure, 4*, 541-551. doi: 10.1016/S1388-9842(02)00101-0
- Felker, M., Milano, C., Yager, J., Hernandez, A., Blue, L., Higginbotham, M., ... Russell, S. (2005). Outcomes of an alternate list strategy for heart transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation, 24*(11), 1781-1786. doi: 10.1016/j.healun.2005.03.014
- Ferrari, H., Luchina, N & Luchina, I. (1971). *La interconsulta médico-psicológica en el marco hospitalario*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Ferreira, P. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: parte I-Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa, 13*, 55-66.
- Ferreira, P. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: parte II- Testes de validade. *Acta Médica Portuguesa, 13*, 55-66.
- Ferreira, P., & Santana, P. (2003). Percepção do estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 21*(2), 15-30.
- Ferreira, T., Pais-Ribeiro, J., Meira, M., & Guerreiro, M. (2003). Estudo de adaptação da escala "Coping with heart injuries and problems" em pessoas com doença das artérias coronárias. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 6*(2), 24-36.

- Feste, C., & Anderson, R. (1995). Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Education and Counseling*, 26, 139-144.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- Fine, R., Becker, Y., De Geest, S., Eisen, H., Ettenger, R., Evans, R., ... Dobbels, F. (2009). Nonadherence consensus conference summary report. *American Journal of Transplantation*, 9, 35-41. doi: 10.1111/ajt.2008.9.issue-1
- Fiorelli, A., Coelho, G., Junior, J., & Oliveira, A. (2008). Insuficiência cardíaca e transplante cardíaco. *Revista Médica de S. Paulo*, 87(2), 105-120.
- Fisher, D., Lake, K., Reutzler, T., & Emery, R. (1995). Changes in health-related quality of life and depression in heart transplant recipients. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 14, 373-381.
- Fishman, J. (2007). Infection in solid-organ transplant recipients. *New England Journal of Medicine*, 357, 2601-2614. doi: 10.1056/NEJMra064928
- Flattery, M., Maureen, P., Salyer, J., Maltby, M., Joyner, P., & Elswick, R. (2006). Lifestyle and health status differ over time in long-term heart transplant recipients. *Progress in Transplantation*, 16(3), 232-238.
- Flores, L., & Obasi, E. (2003). Positive psychological assessment in an increasingly diverse world. In S. Lopez & C. Snyder (Eds.), *Positive Psychological Assessment: a Handbook of Models and Measurements* (pp. 41-54). Washington: American Psychological Association.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping process: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839-852.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1980). An analysis of coping in the middle-age community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21, 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R., & Delongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Folkman, S., Lazarus, R., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2(2), 171-184.
- Fosberg, A., Lorenzon, U., Nilsson, F., & Bäckman, L. (1999). Pain and health related quality of life after heart, kidney, and liver transplantation. *Clinical Transplantation*, 13, 453-460.

- Fournier, M., De Rider, D., & Bensing, J. (2002). Optimism and adaptation to chronic disease: the role of optimism in relation to self-care options of type 1 diabetes mellitus, rheumatoid arthritis and multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology*, *7*, 409-432.
- Francis, G., Sonnenblick, E., Tang, W., & Poole-Wilson, P. (2008). Pathophysiology of heart failure. In V. Fuster, R. Walsh, R. O'Rourke, & P. Poole-Wilson (Eds.), *Hurst's The Heart* (pp. 691-712). (12<sup>th</sup> ed.). New York: Mc Graw Hill.
- Frasure-Smith, N., & Lespérance, F. (2005). Depression and coronary heart disease: complex synergism of mind, body, and environment. *American Psychological Society*, *14*, 39-43.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M., & Bourassa, M. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, *101*(16), 1919-1924.  
doi: 10.1161/01.CIR.101.16.1919
- Frazier, O., & Myers, T. (1999). Alternatives to transplantation-left ventricular assist system as a bridge to myocardial recovery. *The Annals of Thoracic Surgery*, *68*, 734-741.
- Fredrickson, B. (2000). *Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. Prevention and Treatment*. Acedido em <http://www.rickhanson.net/wp-content/files/papers/CultPosEmot.pdf>
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, *56*, 218-226.
- Fredrickson, B., & Levenson, R. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotions*, *12*(2), 191-220.
- Fredrickson, B., Mancuso, R., Branigan, C., & Tugade, M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion*, *24*, 237-258.
- Fredrickson, B., Maynard, K., Helms, M., Haney, T., Seigler, I., & Barefoot, J. (2000). Hostility predicts magnitude and duration of blood pressure response to anger. *Journal of Behavioral Medicine*, *23*, 229-243.
- Fredrickson, B., Tugade, M., Waugh, C., & Larkin, G. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September, 11<sup>th</sup>, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(2), 365-376. doi: 10.1037/0022-3514.84.2.365
- Freedland, K., Rich, M., Skala, J., Carney, R., Dávila-Román, V., & Jaffe, A. (2003). Prevalence of depression in hospitalized patients with congestive heart failure. *Psychosomatic Medicine*, *65*, 119-128. doi: 10.1097/01.PSY.0000038938.67401.85



- Freeman, A., Davis, L., Libb, J., & Craven, J. (1992). Assessment of transplant candidates and prediction of outcome. In J. Craven & G. Rodin (Eds.), *Psychiatric aspects of organ transplantation* (pp. 9-21). New York: Oxford University Press.
- Fridfinnsdottir, E. (1997). Icelandic women's identifications of stressors and social support during the diagnostic phase of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3), 526-531.
- Friedman, H., & DiMatteo, M. (1989). *Health Psychology*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- Friedman, M., & Griffin, J. (2001). Relationship of physical symptoms and physical functioning to depression in patients with heart failure. *Heart & Lung*, 30(2), 98-104. doi: 10.1067/mhl.2001.114180
- Friedman, M., & King, K. (1994). The relationship of emotional and tangible support to psychological well-being among older women with heart failure. *Research in Nursing and Health*, 17, 433-440.
- Friedman, L., Nelson, D., Baer, P., Lane M., Smith, F., & Dworkin, R. (1992) The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients. *Journal of Behavioral Medicine* 15, 127-141.
- Friedmann, E., Thomas, S., Liu, F., Morton, P., Chapa, D., & Gottlieb, D. (2006). Sudden cardiac death in heart failure trial investigators. Relationship of depression, anxiety and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. *American Heart Journal*, 152(5), 940e1-8.
- Frierson, R., & Lippman, B. (1987). Heart transplant candidates rejected on psychosocial grounds. *Psychosomatics*, 28(7),347-355. doi: 10.1016/S0033-3182(87)72508-0
- Frierson, R., Tabler, J., Lippman, S., & Brennan, A. (1990). Patients who refuse heart transplant. *The Journal of Heart Transplantation*, 9(4), 385-391.
- Fusar-Poli, P., Martinelli, V., Klersy, C., Campana, C., Callegari, A., Barale, F., ...Politi, P, (2005). Depression and quality of life in patients living 10-18 years beyond heart transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 24, 2269-2278.
- Gaiarsa, J. (1987). *Respiração e circulação*. S. Paulo: Brasiliense.
- Gallo, L., & Matthews, K. (2003). Understanding the association between socio-economic status and physical health: do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129, 10-51. doi: 10.1037/0033-2909.129.1.10
- Gardner, R., McDonagh, T., McDonald, M., Dargie, H., Murday, A., & Petrie, M. (2006). Who needs a heart transplant? *European Heart Journal*, 27, 770-772. doi: 10.1093/eurheartj/ehi759

- Geers, A., Reilly, S., & Dember, W. (1998). Optimism, pessimism and friendship. *Current Psychology: Development, Learning, Personality, Social*, 17, 3-19.
- Gerin, W., Pieper, C., Levy, R., & Pickering, T. (1992). Social support in social interaction: a moderator of cardiovascular reactivity. *Psychosomatic Medicine*, 54, 324-336.
- Giacomini, M., Cook, D., Streiner, D., & Anand, S. (2001). Guidelines as rationing tools: a qualitative analysis of psychosocial patient selection criteria for cardiac procedures. *Canadian Medical Association Journal*, 164(5), 634-640.
- Giltay, E., Geleijnse, J., Zitman, F., Hoekstra, T., & Schouten, E. (2004). Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly dutch men and women. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1126-1135.  
doi: 10.1001/archpsyc.61.11.1126
- Giltay, E., Kamphuis, M., Kalmijn, S., Zitman, F., & Kromhout, D. (2006). Dispositional optimism and the risk of cardiovascular death. *Archives of Internal Medicine*, 166, 431-436. doi: 10.1001/archinte.166.4.431
- Glasgow, R., Toobert, D., Ridlle, M., Donnely, J., Mitchell, D., & Calder, D. (1989). Diabetes-specific social learning variables and self-care behaviors among persons with type II diabetes. *Health Psychology*, 8, 285-303.
- Godwin, G. (2003). *Heart - a natural history of the heart-filled life*. New York: HarperCollins Publishers.
- Goetzmann, L., Ruegg, L., Stamm, M., Ambuhl, P., Boehler, A., Halter, J., ... Klaghofer, R. (2008). Psychosocial profiles after transplantation: a 24-month follow-up of heart, lung, liver, kidney, and allogenic bone-marrow patients. *Transplantation*, 86(5), 662-668.
- Goldman, N., Korenman, S., & Weinstein, R. (1995). Marital status and health among the elderly. *Social Science and Medicine*, 40(12), 1717-1730.
- Goldsmith, A., Demiris, N., Gooi, H., Sharples, D., Jenkins, D., Dhital, K. & Tsui, S. (2009). Life-years gained by reducing donor heart ischemic times. *Transplantation*, 87(2), 243-248. doi: 10.1097/TP.0b013e318190007d
- Goodenow, C., Reisine, S., & Grady, K. (1990). Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis. *Health Psychology*, 9, 266-284.
- Gordon, G. (1999). Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Education and Counseling*, 36, 59-65.
- Grady, K. (2003). Quality of life after heart transplantation: are things really better? *Current Opinion in Cardiology*, 18, 129-135.

- Grady, K., Dracup, K., Kennedy, G., Moser, D., Piano, M., Stevenson, L., & Young, J. (2000). Team management of patients with heart failure: a statement for healthcare professionals from The Cardiovascular Nursing Council of the American Heart Association. *Circulation*, *102*, 2443-2456. doi: 10.1161/01.CIR.102.19.2443
- Grady, K., & Jalowiec, A. (1995). Predictors of compliance with diet six months after heart transplantation. *Heart & Lung*, *24*, 359-368.
- Grady, K., Jalowiec, A., & White-Williams, C. (1996). Improvement in quality of life in patients with heart failure who undergo transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, *15*, 749-757.
- Grady, K., Jalowiec, A., & White-Williams, C. (1998). Patient compliance at one year and two years after heart transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, *17*(4), 383-394.
- Grady, K., Jalowiec, A., & White-Williams, C. (1999). Predictors of quality of life in patients at one year after heart transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, *18*(3), 202-210.
- Grady, K., Jalowiec, A., White-Williams, C., Hetfleisch, M., Penicook, J., & Blood, M. (1993). Heart transplant candidate's perception of helpfulness of health care provider interventions. *Cardiovascular Nursing American Heart Association*, *29*(5), 33-37.
- Grady, K., Jalowiec, A., White-Williams, C., Pifarre, R., Kirklin, J., Bourge, C., & Costanzo, M. (1995). Predictors of quality of life in patients with advanced heart failure awaiting transplantation. *Journal of Heart Lung Transplant*, *14*(1), 2-10.
- Grady, K., Naftel, D., Kirklin, J., White-Williams, C., Kobashigawa, J., Chait, J., ...Heroux, A. (2005). Predictors of physical functional disability at 5 to 6 years after heart transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, *24*, 2279-2285. doi: 10.1016/j.healun.2005.05.007
- Grady, K., Naftel, D., Pamboukian, S., Frazier, O., Hauptman, P., Herre, J., ...Bourge, R. (2005). Post-operative obesity and cachexia are risk factors for morbidity and mortality after heart transplant: multi-institutional study of post operative weight change. *Journal of Heart Lung Transplant*, *24*, 1424-1430. doi: 10.1016/j.healun.2004.08.010
- Grady, K., Naftel, D., White-Williams, C., Bellg, A., Young, J., Pellegrin, D., ...Heroux, A. (2005). Predictors of quality of life at 5 to 6 Years after heart transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, *24*(9), 1431-1439. doi: 10.1016/j.healun.2004.08.012

- Grady, K., Naftel, D., Young, J., Pelegrin, D., Czerr, J., Higgins, R., ...Kirklin, J. (2007). Patterns and predictors of physical functional disability at 5-10 years after heart transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 26(11), 1182-1191. doi: 10.1016/j.healun.2007.08.001
- Grady, K., Russell, K., Srinivasan, S., Constanzo, M., & Pifarre, R. (1993). Patient compliance with annual diagnostic testing after heart transplantation. *Transplant Proceedings*, 25: 2978-2980.
- Grandi, S., Fabbri, S., Tossani, E., Mangelli, L., Branzi, A., & Magelli, C. (2001). Psychological evaluation after cardiac transplantation: the integration of different criteria. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 176-183. doi: 10.1159/000056250
- Graveley, E., & Oseasohn, C. (1991). Multiple drug regimens: medication compliance among veterans 65 years and older. *Research in Nursing & Health*, 14(51-58).
- Greer, M., & Webb, J. (2000) For those who wait...care of the status 1 patient awaiting cardiac transplantation. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 12, 49-60.
- Griep, R. (1979). A decade of human heart transplantation. *Transplantation Proceedings*, 11, 285-292.
- Groddeck, G. (1969). *La maladie, l'art et le symbole*. Paris: Gallimard.
- Groen, P., & Craven, J. (1992). Organic brain syndromes in transplant patients. In J. Craven & G. Rodin (Eds.), *Psychiatric aspects of organ transplantation* (pp. 67-88). Oxford: University Press.
- Gross, J., Carstensen, L., Pasupathi, M., Tsai, J., Skorpen C., & Hsu, A. (1997). Emotion and aging: experience, expression, and control. *Psychology and Aging*, 12(4), 590-599.
- Guerra, M. (1995). Uma escala de avaliação do suporte social: sua aplicação numa população seropositiva ao vírus HIV. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 3, 25-34.
- Guerra, M. (2010). Humanismo revisitado e psicologia positiva: contributos para a Psicologia da Saúde. Prova de Agregação apresentada à FPCE-UP.
- Hall, R., Popkin, M., Stickney, S., & Gardner, E. (1979). Presentation of steroid psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 229-236.
- Hammer, M., Hunt, N., Gee, J., Garrell, R., & Monroe, R. (1999). PTSD and automatic implantable cardioverter defibrillators. *Psychosomatics*, 40, 82-85.
- Hanrahan, J., Eberly, C., & Mohanty, P. (2001). Substance abuse in heart transplant recipients. A 10-year follow-up study. *Progress in Transplantation*, 11(4), 285-290.
- Hansen, R., Seifeldin, R., & Noe, L. (2007). Medication adherence in chronic disease: issues in posttransplant immunosuppression. *Transplantation Proceedings*, 39, 1287-1300. doi: 10.1016/j.transproceed.2007.02.074

- Hardy, J., Chavez, C., Currus, F., Neely, W., Eraslan, S., Turner, M., ...Labecki, T. (1964). Heart transplantation in man. Developmental studies and report of a case. *The Journal of the American Medical Association*, *188*, 1132-1140.
- Harker, L., & Keltner, D. (2001). Expressions of positive emotion in women's college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, *80*, 112-124.  
doi: 10.1037//0022-3514.80.1.112
- Harper, R., Chacko, R., Kotik-Harper, D., Young, J., & Gotto, J. (1998). Self-report evaluation of health behavior, stress vulnerability and medical outcome of heart transplant recipients. *Psychosomatic Medicine*, *60*(5), 563-569.
- Hauptman, P., & Mehra, M. (2005). It is time to stop ignoring malignancy in heart transplantation: a call to arms. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, *24*, 1111-1113. doi: 10.1016/j.healun.2004.06.009
- Havik, O., Sivertsen, B., Relbo, A., Hellesvik, M., Grov, I., Geiran, O., ...Gullestad, L. (2007). Depressive symptoms and all-cause mortality after heart transplantation. *Transplantation*, *84*(1), 97-103. doi: 10.1097/01.tp.0000268816.90672.a0
- Havranek, E. (2006). Prevalence of depression in chronic heart failure. In E. Molinari, A. Compare & G. Parati (Eds.), *Clinical Psychology and Heart Disease* (pp. 99-108.). Italia: Springer.
- Havranek, E., Masoudi, F., Westfall, K., Wolfe, P., Ordin, D., & Krumholz, H. (2002). Spectrum of heart failure in older patients: results from the National Heart Failure Project. *American Heart Journal*, *143*: 412-417. doi: 10.1067/mhj.2002.120773
- Havranek, E., Spertus, J., Masoudi, F., Jones, P., & Rumsfeld, J. (2004). Predictors of the onset of depressive symptoms in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, *44*, 2333-2338.
- Havranek, E., Ware, M., & Lowes, B. (1999). Prevalence of depression in patients with congestive heart failure. *American Journal of Cardiology*, *84*, 348-50.
- Haynes, R. (1979). Introduction. In D. Haynes, D. Taylor & D. Sacket (Eds.), *Compliance in health care* (pp. 1-7). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Haynes, R., McKibbin, K., & Kanani, R. (1996). Systematic review of randomised controlled trials of the effects on patient adherence and outcomes of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *The Cochrane Library*, *2*, 1-26.
- Heaney, C., & Israel, B. (2002). Social networks and social support. In K. Glanz, B. Rimer, & F. Lewis (Eds.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (3rd ed., pp. 185-209). San Francisco: Jossey-Bass.

- Helwick, C. (2011). *Better heart transplant outcomes in married patients women*. Paper presented at 31 Annual Meeting and Scientific Sessions of International Society for Heart and Lung Transplantation. San Diego.
- Hertz, M., Taylor, D., Trulock, E., Boucek, M., Mohacsi, P., Edwards, L. & Keck, B. (2002). The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: Nineteenth official report-2002. *The Journal of Heart Lung Transplantation*, 21, 950-970.
- Hetzer, R., Albert, W., Hummel, M., Pasic, M., Loebe, M., Warnecke, H., ...Borst, H. (1997). Status of patients presently living 9 to 13 years after orthotopic heart transplantation. *Annals of Thoracic Surgery*, 64, 1661-1668.
- Hirth, A., & Stewart, M. (1994). Hope and social support as coping resource for adults waiting for cardiac transplantation. *Canadian Journal of Nursing Research*, 26(3), 31-48.
- Ho, K., Pinski, J., Kannel, W., & Levy, D. (1993). The epidemiology of heart failure: The Framingham Study. *American College of Cardiology*, 22, suppl. A, 6A-13A.
- Hoffenberg, R. (2001). Christiaan Barnard: his first transplants and their impact on concepts of death. *British Medical Journal*, 323, 1478-1480.
- Holahan, C., Holahan, C., Moos, R., & Brennan, P. (1997). Psychosocial adjustment in patients reporting cardiac illness. *Psychology and Health*, 12, 345-359.
- Holahan, C., Moos, R., Holahan, C., & Brennan, P. (1995). Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14(2), 152-163.
- Holahan, C., Moos, R., Holahan, C., & Brennan, P. (1997). Social context, coping strategies, and depressive symptoms: an expanded model with cardiac patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 918-928.
- Holland, J., Passik, S., Kash, K., Russak, S., Gronert, M., Sison, A., ...Baider, L. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psycho-Oncology*, 8(1), 14-26.
- Holtzman, S., Abbey, S., Stewart, D., & Ross, H. (2010). Pain after heart transplantation: prevalence and implications for quality of life. *Psychosomatics*, 51(3), 230-236. doi: 10.1016/S0033-3182(10)70690-3
- Hosenpud, J., Bennett, L., Keck, B. Boucek, M., & Novick, R. (2001). The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: eighteenth official report-2001. *The Journal of Heart Lung Transplantation*, 20, 805-815.

- Hosenpud, J., Bennett, L., Keck, B., Fiol, B., & Novick, R. (1997). The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: fourteenth official report. *The Journal of Heart and Lung Transplantation, 16*, 691-712.
- House, R., & Thompson, T. (1988). Psychiatric aspects of organ transplantation. *The Journal of American Medical Association, 260*(4), 535-539.F
- Huffman, J., Popkin, M., & Stren, T. (2003). Psychiatric considerations in the patient receiving organ transplantation: a clinical case conference. *General Hospital Psychiatry, 25*(6), 484-491. doi: 10.1016/S0163-8343(03)00090-2
- Hulka, B. (1979). Patient-clinician interactions and compliance. In R. Haynes, D. Taylor, & D. Sackett (Eds.), *Compliance in Health Care* (pp. 63-77). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hulka, B. Cassel, J., & Kupper, L. (1976). Disparities between medications prescribed and consumed among chronic disease patients. In L. Lasagna (Eds.), *Patient Compliance* (pp. 123-152). New York: Futura Publishing.
- Hunt, S. (2006). Taking heart cardiac transplantation past, present, and future. *New England Journal of Medicine, 355*, 231-235.
- Hunt, S., & Haddad, F. (2008). The changing face of heart transplantation. *Journal of American College of Cardiology, 52*(8), 587-598. doi:10.1016/j.jacc.2008.05.020
- Hurst, J., Morris, D., & Alexander, R. (1999). The use of the New York Heart Association's classification of cardiovascular disease as part of the patient's complete problem list. *Clinical Cardiology, 22*(6), 385-390.
- Inspector, Y., Kutz, I., & David, D. (2004). Another person's heart: magical and rational thinking in the psychological adaptation to heart transplantation. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 41*(3), 161-173.
- ISHLT (2011). Overall heart and adult heart transplantation statistics. *Heart and Lung Registries*. Acedido em [http://www.isHLT.org/downloadables/slides/2011/heart\\_adult.ppt](http://www.isHLT.org/downloadables/slides/2011/heart_adult.ppt)
- Jackson, M., Pratt, M., Hunsberger, B., & Pancer, S. (2005). Optimism as a mediator of the relation between perceived parental authoritativeness and adjustment among adolescents: finding the sunny side of the street. *Social Development, 14*(2), 273-304. doi: 10.1111/j.1467-9507.2005.00302.x
- Jalowiec, A., Grady, K., & White-Williams, C. (1994). Stressors in patient awaiting a heart transplant. *Behavioral Medicine, 19*, 4-145.
- Jalowiec, A., Grady, K., & White-Williams, C. (2007a). Functional status one year after heart transplant. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention, 27*, 24-32.

- Jalowiec, A., Grady, K., & White-Williams, C. (2007b). Predictors of perceived coping effectiveness in patients awaiting a heart transplant. *Nursing Research*, 56(4), 260-268.
- Jamison, R., Parris, W., & Maxson, W. (1987). Psychological factors influencing recovery from outpatient surgery. *Behavior, Research and Therapy*, 25(1), 31-37.
- Jiang, W., Alexander, J., Christopher, E., Kuchibhatla, M., Gaulden, L., Cuffe, M., ...O'Connor, C. (2001). Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Archives International Medicine*, 161(15), 1849-1856. doi: 10.1001/archinte.161.15.1849
- Jiang, W., Babyak, M., Krantz, D., Waugh, R., Coleman, R., Hanson, D., ...Blumenthal, J. (1996). Mental stress induced myocardial ischemia and cardiac events. *The Journal of American Medical Association*, 275(21), 1651-1656.
- John, R., Chen, J., Weinberg, A., Oz, M., Mancini, D., Itescu, S., ...Edwards, N. (1999). Long-term survival after cardiac retransplantation: a twenty-year single-center experience. *Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery*, 117, 543-555.
- Johnston, M. (1986). Preoperative emotional states and preoperative recovery. *Advanced Psychosomatic Medicine*, 15, 1-22.
- Johnston, M., & Carpenter, L. (1980). Relationship between pre operative anxiety and post operative state. *Psychological Medicine*, 10, 361-367.
- Jones, B., Taylor, F., Downs, K., & Spratt, P. (1992). Longitudinal study of quality of life and psychological adjustment after cardiac transplantation. *Medical Journal of Australia*, 157(1), 24-26.
- Jowsey, S., Taylor, M., Schneekloth, T., & Clark, M. (2001). Psychosocial challenges in transplantation. *Journal of Psychiatric Practice*, 7(6), 404-414.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições Asa.
- Joynt, K., Whellan, D., & O'Connor, C. (2004). Why is depression bad for the failing heart? A review of the mechanistic relationship between depression and heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 10(3), 258-271.
- Jünger, J., Schellberg, D., Muller-Tasch, T., Raupp, G., Zugck, C., Haunstetter, A., ...Haass, M. (2005). Depression increasingly predicts mortality in the course of congestive heart failure. *The European Journal of Heart Failure*, 7, 261-267. doi: 10.1016/j.ejheart.2004.05.011
- Kaba, E., Thompson, D., & Burnard, P. (2000). Coping after heart transplantation: a descriptive study of heart transplant recipient's methods of coping. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 930-936.



- Kaba, E., Thompson, D., Burnard, P., Edwards, D., & Theodosopoulou, E. (2005). Somebody else's heart inside me: a descriptive study of psychological problems after a heart transplantation. *Issues in Mental Health Nursing, 26*(6), 611-625.  
doi:10.1080/01612840590959452
- Kain, Z., Sevarino F., Alexander, G., Pincus, S., & Mayes, L. (2000). Predictors for postoperative pain in women undergoing surgery: a repeated measures design. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 417-422.
- Kannel, W., & Belanger, A. (1991). Epidemiology of heart failure. *American Heart Journal, 121*, 951-957.
- Karam, V., Gasquet, I., Delvart, V., Hiesse, C., Dorent, D., Danet, C., ...Castaing, D. (2003). Quality of life in adult survivors beyond 10 years after liver, kidney, and heart transplantation. *Transplantation, 76*(12), 1699-1704.  
doi: 10.1097/01.TP.0000092955.28529.1E
- Kaufman, A., Pontes, L., Marques, M., Sampaio, J., Porto, L., & Sousa, E. (2003). Anticorpos reactivos contra painel em episódios de disfunção do enxerto no transplante renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia, 25*(2), 79-85.
- Kavanagh, T., Yacoub, M., Kennedy, J., & Austin, P. (1999). Return to work after heart transplantation: 12-year follow-up. *The Journal of Heart and Lung Transplantation, 18*(9), 846-851.
- Kemeny, M., & Gruenewald, T. (2000). Affect, cognition, the immune system and health. *Progress in Brain Research, 122*, 291-308.
- Kershner, P., & Wang-Cheng, R. (1989). Psychiatric side effects of steroid therapy. *Psychosomatics, 30*, 135-139.
- Kessler, R., Nelson, C., McGonagale, C., Liu, K., Swartz, M., & Blazer, D. (1996). Comorbidity of *DSM-III-R* major depressive disorder in the general population: results from the U.S. National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry, 168*, 17-30.
- King, K., Reis, H., Porter, L., & Norsen, L. (1993). Social support and long-term recovery from coronary artery surgery: effects on patients and spouses. *Health Psychology, 12*, 56-63.
- King, K., Rowe, M., Kimble, L., & Zerwic, J. (1998). Optimism, coping, and long-term recovery from coronary artery by-pass in women. *Research in Nursing Health, 21*, 15-26.
- Kirklin, J., Naftel, D., Bourge, R., McGiffin, D., Hill, J., Rodeheffer, R., ... White-Williams, C. (2003). Evolving trends in risk profiles and causes of death after heart transplantation: a ten-year multi-institutional study. *Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery, 125*, 881-890. doi: 10.1067/mtc.2003.168

- Kivimaki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Hlenius, H., Singh-Manoux, A., & Pentti, J. (2005). Optimism and pessimism as predictors of change in health after death or onset of severe illness in family. *Health Psychology, 24*(4), 413-421. doi: 10.1037/0278-6133.24.4.413
- Klapheke, M. (1999). The role of the psychiatrist in organ transplantation. *Bulletin of the Menninger Clinic, 63*(1), 13-39.
- Knapp, P., Levy, E., Giorgi, R., Black, P., Fox, B., & Heeren, T. (1992). Short-term immunological effects of induced emotions. *Psychosomatic Medicine, 54*, 133-148.
- Koerner, M., Reif, S., Tenderich, G., Deyerling, W., Wolff, C. Kleesiek, K., & Koerfer, R. (1999). Non-compliance after heart transplantation: smoking. *The First European Symposium on Non-Compliance in Transplantation: Abstract 11*.
- Koivumaa-Honkannen, H., Honkanen, R., Viinamaki, H., Heikkila, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2000). Self-reported life satisfaction and 20-year mortality in healthy finnish adults. *American Journal of Epidemiology, 152*, 983-991.
- Koivumaa-Honkannen, H., Honkanen, R., Viinamaki, H., Heikkila, K., Kaprio, J., & Koskenvuo, M. (2001). Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 158*, 433-439. doi: 10.1176/appi.ajp.158.3.433
- Kok, B., Catalino, L., & Fredrickson, B. (2008). The broadening, building, buffering effects of positive emotions. In J. Lopez (Ed.), *Positive Psychology - Exploring the best in people* (pp. 1-19). Westport: Praeger Perspectives.
- Konstam, V., Surman, O., Hijjazi, K., Konstam, M., Fierstein, J., & Dec, G. (1999). Stress and health-related quality of life in individuals undergoing cardiac transplantation and their spouses. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 30*(4), 22-28.
- Kopp, M., Bonatti, H., Haller, H., Rumpold, R., Sollner, W., Holzner, B., ...Günther, V. (2003). Life satisfaction and active coping style are important predictors of recovery from surgery. *Journal of Psychosomatic Research, 55*(4), 371-377.  
doi: 10.1016/S0022-3999(03)00012-6
- Kory, L. (1999). Nonadherence to immunosuppressive medications: a pilot survey of members of the transplant recipients international organization. *Transplant Proceedings, 31*, 14S-15S.
- Krantz, D., & Manuck, S. (1984). Acute psychophysiological reactivity and risk of cardiovascular disease: a review and methodologic critique. *Psychological Bulletin, 96*, 435-464.
- Kristeller, L., & Rodin, J. (1984). A three-stage model of treatment continuity: compliance adherence, and maintenance. In: A. Baum, S. Taylor, & J. Singer (Eds). *Handbook of Psychology and Health*. (vol. IV). (pp. 85-112). New Jersey: Laurence Erlbaum Associates, Inc., Publishers.

- Krumholz, H. Butler, J., Miller, J., Vaccarino, V., Williams, C., Leon, C., ...Berkman, L. (1998). Prognostic importance of emotional support for elderly patients hospitalized with heart failure. *Circulation*, *97*, 958-964.
- Kruse, W., Eggert-Kruse, W., Rampmaier, J., Runnebaum, B., & Weber, E. (1991). Dosage frequency and drug compliance behavior: a comparative study on compliance with a medication to be taken twice or four times daily. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *41*, 589-592.
- Kubzansky, L., & Kawachi, I. (2000). Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research*, *48*, 323-337.
- Kubzansky, L., Sparrow, D., Vokonas, P., & Kawachi, I. (2001). Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosomatic Medicine*, *63*, 910-916.
- Kubzansky, L., Wright, R., Cohen, S., Weiss, S., Rosner, B., & Sparrow, D. (2002). Breathing easy: a prospective study of optimism and pulmonary function in the Normative Aging Study. *Annals of Behavioral Medicine*, *24*, 345-353.  
doi: 10.1207/S15324796ABM2404\_11
- Kugler, J., Tenderich, G., Stahlhut, P., Posival, H., Korner, M., Korfer, R., & Krüskemper, G. (1994). Emotional adjustment and perceived locus of control in heart transplant patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *38*, 403-408.
- Kuhn, W., Brennan, A., Lacefield, P., Brohm, J., Skelton, V., & Gray, L. (1990). Psychiatric distress during stages of the heart transplant protocol. *Journal of Heart Transplantation*, *9*(1), 25-29.
- Kulik, J., & Mahler, H. (1993). Emotional support as a moderator of adjustment and compliance after coronary artery bypass surgery: a longitudinal study. *Journal of Behavioural Medicine*, *16*, 45-63.
- Laubmeier, K., Zakowsky, S., & Bair, J. (2004). The role of spirituality in psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress and coping. *International Journal Behavior of Medicine*, *11*(1), 48-55.  
doi: 10.1207/s15327558ijbm1101\_6
- Lawless, C., Dusek, L., Jarecki, N., Myles, M., Mozdierz, G., Maly, J., ...Malinowska, K. (1999). Impact of patient noncompliance on survival in cardiac transplant recipients. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, *18*, 38.
- Laine, C., & Davidoff, F. (1996). Patient-centered medicine: a professional evolution. *The Journal of the American Medical Association*, *275*(2), 152-156.
- Lazarus, R. (1991). *Psychological Stress and Coping Process*. New York: McGraw Hill.

- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Ediciones Martinez Roca S.A.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, *1*(3), 141-169.
- Leedham, B., Meyerowitz, B., Muirhead, J., & Frist, W. (1995). Positive expectations predict health after heart transplantation. *Health Psychology*, *14*(1), 74-79.
- Leidy, N., Revicki, D., & Genesté, B. (1999). Recommendations for evaluating the validity of quality of life claims for labeling and promotion. *Value in Health*, *2*, 113-127.
- Leigh, S., Wilson, K., Burns, R., & Clark, R. (1995). Psychosocial morbidity in bone marrow transplant recipients: a prospective study. *Bone Marrow Transplantation*, *16*(5), 635-640.
- Lepore, S., Evans, G., & Schneider, M. (1991). Dynamic role of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, *6*(6), 899-909.
- Lett, H., Blumenthal, J., Babyak, M., Strauman, T., Robins, C., & Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, *67*, 869-878.  
doi: 10.1097/01.psy.0000188393.73571.0a
- Levenson, J., & Olbrisch, M. (1987). Shortage of organ donors and long waits: new sources of stress for transplant patients. *Psychosomatics*, *28*, 399-403.
- Levenson, J., & Olbrisch, M. (1993a). Psychiatric aspects of heart transplantation. *Psychosomatics*, *34*(2), 114-123.
- Levenson, J., & Olbrisch, M. (1993b). Psychosocial evaluation of organ transplant candidates: a comparative survey of process, criteria and outcomes in heart, liver and kidney transplant programs. *Psychosomatics*, *34*, 314-323.
- Levenson, J., & Olbrisch, M. (2000). Psychosocial screening and selection of candidates for organ transplantation. In P. Trzepacz & A. Dimartini (Eds.), *The transplant patient- biological, psychiatric and ethical issues in organ transplantation* (pp. 21-41). Cambridge: University Press.
- Leventhal, E., & Crouch, M. (1997). Are there differences in perceptions of illness across the lifespan? In K. Petrie, & J. Weinman (Eds.). *Perceptions of Health and Illness: Current Research & Applications* (pp.77-102). Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H. (1985). The role of theory in the study of adherence to treatment and doctor-patient interactions. *Medical Care*, *23*, 556-563.

- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., Patrick-Miller, L., ...Robitaille, C. (1997). Illness representation: theoretical foundations. In K. Petrie & J. Weinman (Eds.). *Perceptions of Health and Illness: Current Research & Applications* (pp. 19-46). Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of compliance. *Patient Education and Counseling, 10*, 117-138.
- Levine, A., & Levine, T. (1991). Patient evaluation for cardiac transplantation. *Progress in Cardiovascular Diseases, 33*, 219-228.
- Levy, D., Kenchaiah, S., Larson, M., Benjamim, E., Kupka, M., Kalon, K., ...Vasan, R. (2002). Long-term trends in the incidence of and survival with heart failure. *New England Journal of Medicine, 347*(18), 1397-1402. doi: 10.1056/NEJMoa020265
- Levy, R. (1985). Social support and compliance: and update. *Journal of Hypertension, 3*, 45-49.
- Lewis, D., & Smith, R. (1983). Steroid-induced psychiatric syndromes. *Journal of Affective Disorders, 5*, 319-332.
- Ley, P. (1986). Cognitive variables in non-compliance. *Journal of Compliance in Health Care, (1)*, 171-187.
- Ley, P. (1989). Improving patient's understanding, recall, satisfaction and compliance. In A. Broome (Ed.), *Health Psychology* (pp. 75-98). London: Chapman and Hall.
- Lietz, K., John, R., Burke, E., Ankersmit, J., McCue, J., Naka, Y., ...Edwards, N. (2001). Pretransplant cachexia and morbid obesity are predictors of increased mortality after heart transplantation. *Transplantation, 72*, 277-283.
- Lietz, K., John, R., Kocher, A., Schuster, M., Mancini, D., Edwards, N., & Itescu, S. (2001). Increased prevalence of autoimmune phenomena and greater risk for alloreactivity in female heart transplant recipients. *Circulation, 104*(12, suppl 1), I177-I183. doi: 10.1161/hc37t1.094704
- Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. (1986). *Social support, life events, and depression*. London: Academic Press.
- Lindenfeld, J., Miller G., Shakar, S., Zolty, R., Lowes, B., Wolfel E., ...Kobashigawa, J. (2004). Drug therapy in the heart transplant recipient. *Circulation, 110*(24), 3734-3740. doi: 10.1161/01.CIR.0000149745.83186.89
- Linley, P., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: a review. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 11-21.
- Lisson, G., Rodrigue, J., Reed, A. & Nelson, D. (2005). A brief psychological intervention to improve adherence following transplantation. *Annals of Transplantation, 10*(1), 52-57.

- Littlefield, C. (1992). Social support and organ transplantation. In J. Craven & G. Rodin (Eds.), *Psychiatric Aspects of Organ Transplantation* (pp. 50-66). N.Y: Oxford University Press.
- Littlefield, C., Abbey, S., Fiducia, D., Cardella, C., Greig, P., Levy, G., ... Winton, T. (1996). Quality of life following transplantation of the heart, liver, and lungs. *General Hospital Psychiatry, 18*, 36-47.
- Liu, R., Barry, J., & Weinman, J. (1994). Effect of background stress on postoperative recovery. *Anaesthesia, 49*, 382-386.
- Lopez, S., Snyder, C., & Rasmussen, H. (2007). Striking a vital balance: developing a complementary focus on human weakness and strength through positive psychological assessment. In S. Lopez & R. Snyder (Eds.), *Positive psychological assessment: a handbook of models and measures* (pp. 3-20). USA: American Psychological Association.
- Lower, R., & Schumway, N. (1960). Studies on orthotopic homotransplantation of the canine heart. *Surgical Forum, 11*(1), 18-19.
- Lume, J., Costa, S., Pimentel, S., Torres, F., Felgueiras, S., Soares, M., ... Gomes, M. (2002). Preparação psicológica para a cirurgia cardíaca. Um estudo de investigação-acção. *Arquivos de Medicina, 16*(2), 72-83.
- Lutgendorf, S., Sood, A., Anderson, B., McGinn, S., Maiseri, H., Dao, M., ... Lubaroff, D. (2005). Social support, psychological distress, and natural killer cell activity in ovarian cancer. *Journal of Clinical Oncology, 23*, 7105-7113. doi: 10.1200/JCO.2005.10.015
- Luttik, M., Jaarsma, T., Moser, D., Sanderman, R., & Veldhuisen, D. (2005). The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing, 20*(3), 162-169.
- MacMahom, K., & Lip, G. (2002). Psychological factors in heart failure: a review of literature. *Archives of Internal Medicine, 162*, 509-516. doi:10.1001/archinte.162.5.509
- Maes, S., Leventhal, H., & Ridder, D. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner & Norman Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, research, applications* (pp. 221-251). N.Y.: John Wiley & Sons, Inc.
- Mai, F., McKenzie, F., & Kostuk, W. (1986). Psychiatric aspects of heart transplantation: preoperative evaluation and postoperative sequelae. *British Medical Journal, 292*, 311-313.
- Mai, F., McKenzie, F., & Kostuk, W. (1990). Psychosocial adjustment and quality of life following heart transplantation. *Canadian Journal of Psychiatry, 35*(3), 223-227.

- Majani, G., Pierobon, A., Giardani, A., Callegari, S., Opasich, C., Cobelli, F., & Tavazzi, L. (1999). Relationship between psychological profile and cardiological variables in chronic heart failure - The role of patient subjectivity. *European Heart Journal*, *20*, 1579-1586.
- Maldonado, J., David, E., Plante, R., Dubois, H., & Dyal, J. (2008). The Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplant (SIPAT): a new tool for the psychosocial evaluation of solid organ pre-transplant candidates. *55<sup>th</sup> Annual Meeting of the Academy of Psychosomatic Medicine*. Miami.
- Maldonado, J., Dubois, H., David, E., Sher, Y., Lolak, S. Dyal, J., & Witten, D. (2012). The Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplantation (SIPAT): a new tool for the psychosocial evaluation of pre-transplant candidates. *Psychosomatics*, *53*(2), 123-132.
- Malouf, J., Edwards, W., Tajik, A., & Seward, J. (2008). Functional anatomy of the heart. In V. Fuster, R. Walsh, R. O'Rourke, & P. Poole-Wilson (Eds.), *Hurst's The Heart* (pp. 79-82). (12<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw Hill.
- Manata, J., & Apóstolo, J. (2009). O processo de transição da pessoa transplantada cardíaca. *Referência*, *5*(2), 183-186.
- Mano, R (2006). Insuficiência cardíaca – Tratamento Clínico. *Manuais de Cardiologia*. Acedido em [http://www.manuaisdecardiologia.med.br/icc/icc\\_Page526.htm](http://www.manuaisdecardiologia.med.br/icc/icc_Page526.htm)
- Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P., & Nicoulin, M. (2004). *Dicionário Médico* (3<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi.
- Margalho, R., Paixão, R., & Pereira, M. (2010). Relação terapêutica e adesão em doentes portadores da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH). *Psicologia, Saúde & Doenças*, *11*(1), 71-81.
- Maricle, R., Burt, A., & Hosenpud, J. (1991). Correlations of cardiac function and SCL-90-R in heart transplant candidates. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *21*(2), 127-134.
- Maricle, R., Hosenpud, J., Norman, D., Pantely, G., Cobanoglu, A., & Starr, A. (1991). The lack of predictive value of preoperative psychologic distress for postoperative medical outcome in heart transplant recipients. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, *10*(6), 42-47.
- Marín, J. (1995). *Psicologia Social de la Salud* (pp. 107-117). Madrid: Editorial Síntesis.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C., & Sykes, C. (2005). Health Psychology: theory, research and practice. *Illness experience and health care* (pp. 272-311) (2<sup>th</sup> ed.). London: Sage Publications.

- Maron, B., Towbin, J., Thiene, G., Antzelevitch, C., Corrado, D., Arnett, D., ... Young, J. (2006). Contemporary definitions and classification of cardiomyopathies: an American Heart Association scientific statement from the Council of Clinical Cardiology, Heart Failure and Transplantation Committee; quality of care and outcomes research and functional genomics and translational biology interdisciplinary working groups; and Council on Epidemiology and Prevention. *Circulation*, *113*(14), 1807-1816.  
doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.174287
- Marshall, G., & Lang, E. (1990). Optimism, self-mastery, and symptoms of depression in women professionals. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*, 132-139.
- Martin, L., Jahng, K., Golin, C., & DiMatteo, M. (2003). Physician facilitation of patient involvement in care: correspondence between patient and observer reports. *Behavioral Medicine*, *28*, 159-164.
- Maruta, T., Collingan, R., Malinchoc, M., & Offord, K. (2000). Optimists vs pessimists: survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clinical Proceedings*, *75*, 140-143. doi: 10.4065/75.2.140
- Massad, M. (2002). Christiaan Netheling Barnard (1922-2001). *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, *123*, 1-2. doi:10.1067/mtc.2002.121042
- Matthews, K., Raikkonen, K., Sutton-Tyrrell, K., & Kuller, L. (2004). Optimistic attitudes protect against progression of carotid atherosclerosis in healthy middle-age women. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 640-644. doi: 10.1097/01.psy.0000139999.99756.a5
- McAleer, M., Copeland, J., Fuller, J., & Copeland, J. (1985). Psychological aspects of heart transplantation. *The Journal of Heart Transplantation*, *4*(2), 232-233.
- McCalmont, V., & Ohler, L. (2008). Cardiac transplantation: candidate identification, evaluation and management. *Critical Care Nursing Quarterly*, *31*(3), 216-229.
- McCullough, P., Philbin, E., Sperus, J., Kaatz, S., Sandberg, K., & Weaver, W. (2002). Confirmation of a heart failure epidemic: findings from the resource utilization among congestive heart failure (REACH) study. *Journal of American College of Cardiology*, *39*(1), 60-69.
- McIntyre, T., & Silva, N. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde na Região Norte*. Porto: Administração Regional de Saúde Norte.
- McNally, S., & Newman, S. (1999). Objective and subjective conceptualizations of social support. *Journal of Psychosomatic Research*, *46*(4), 309-314.



- Mehra, M., & Kobashigawa, J. (2004). Advances in heart and lung transplantation 2004: report from the 24<sup>th</sup> International Society for Heart and Lung Transplantation Annual Meeting, San Francisco, April 21-24, 2004. *The Journal of Heart Lung Transplantation*, *23*, 925-930. doi: 10.1016/j.healun.2004.05.002
- Mehra, M., Kobashigawa, J., Starling, R., Russel, Uber, P., Parameshewar, J., ...Barr, M. (2006). Listing criteria for heart transplantation: International Society for Heart and Lung Transplantation-guidelines for the care of cardiac transplant candidates-2006. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, *25*, 1024-1042. doi: 10.1016/j.healun.2006.06.008
- Meichenbaum, D., & Turk, D. (1987). Factors affecting adherence. In D. Meichenbaum, & D. Turk (Eds.), *Facilitating Treatment Adherence: A Practitioner's Guidebook* (pp. 41-70). New York: Plenum Press.
- Messias, E., & Skotzko, C. (2000). Psychiatric aspects in transplantation. *Revista de Saúde Pública*, *34*(4), 415-430.
- Mestroni, L., Gilbert, E., Lowes, B., & Bristow, M. (2008). Dilated Cardiomyopathies. In V. Fuster, R. Walsh, R. O'Rourke, & P. Poole-Wilson (Eds.), *Hurst's The Heart* (pp. 803-821). (12<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw Hill.
- Meyendorf, R., Dassing, N., Scherer, J., Klinner, W., Kemkes, B., & Reichart, B. (1989). Predictive and rehabilitive perspectives in heart transplantation. *Herz*, *14*(5), 308-321.
- Miller, N., Hill, M., Kottke, T., & Ockene, I (1997). The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for healthcare professionals. *Circulation*, *95*(4), 1085-1090. doi: 10.1161/01.CIR.95.4.1085
- Miller, S., Brody, D., & Summerton, S. (1988). Styles of coping with threat: implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*(1), 142-148.
- Miniati, D., & Robbins, R. (2002). Heart transplantation: a thirty-year perspective. *Annual Review of Medicine*, *53*, 189-205. doi: 10.1146/annurev.med.53.082901.104050
- Mitchell, R., & Libby, P. (2007). Vascular remodelling in transplant vasculopathy. *Circulation Research*, *100*, 967-978. doi: 10.1161/01.RES.0000261982.76892.09
- Miyazaki, T., Ishikawa, T., Nakata, A., Sakurai, T., Miki, A., Kawakami, N., ...Kawamura, N. (2005). Association between perceived social support and Th1 dominance. *Biological Psychology*, *70*(1), 30-37. doi: 10.1016/j.biopsycho.2004.09.004
- Mize, J., & Cupples, S. (2004). Resources for patients. Coping with transplantation. Part 2: Posttransplant phase. *Progress in Transplantation* *14*(1), 72-71.

- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2008). Optimismo disposicional e bem-estar psicológico: o papel mediador do suporte social. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Universidade do Porto. 569-573.
- Moons, P., De Geest, S., Abraham, I., Cleemput, J., & Vanhaecke, J. (1998). Symptom experience associated with maintenance immunosuppression after heart transplantation: patient's appraisal of side effects. *Heart and Lung*, 27(5), 315-325.
- Moos, R., & Schaefer, J. (1986). Life transitions and crises. In: R. H. Moos (Ed.), *Coping with Life Crises: an Integrated Approach* (pp. 3-28). New York: Plenum Press.
- Moreira, M., Magalhães, H., Bordignon, S., Pereira, A., Lemos, C., Muniz, L., & Foresti, S. (1999). I diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Transplante Cardíaco: III. orientação para recetor. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 73(suplemento V), 12-20.
- Morisky, D., Green, L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67-74.
- Morris, L. (1992). Patient compliance: an overview. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 17, 283-295.
- Moser, D., & Worster, P. (2000). Effect of psychosocial factors on physiologic outcomes in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14, 106-115.
- Mosterd, A., Hoes, A., De Bruyne, M., Deckers, J., Linker, D., Hofman, A., & Grobbee, D. (1999). Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in the general population; The Rotterdam Study. *European Heart Journal*, 20(6), 447-455.
- Moura Ramos, M. (2006). *Adaptação materna e paterna ao nascimento de um filho: percursos e contextos de influência*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Moura Ramos, M., Canavarro, M., & Pedrosa, A. (2004). *O impacto emocional do nascimento de uma criança: contributo para o estudo de algumas características psicométricas da Escala de Avaliação de Emoções*. Poster apresentado no 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa.
- Mueller, X. (2004). Drug immunosuppression therapy for adult heart transplantation. *Annals of Thoracic Surgery*, 77, 363-371.
- Muirhead, J., Meyerowitz, B., Leedham, B., Eastburn, T., Merrill, W., & Frist, W. (1992). Quality of life and coping in patients awaiting heart transplantation. *Journal of Heart Lung Transplant*, 11(2), 265-271.
- Murberg, T., & Bru, E. (2001). Social relationship and mortality in patients with congestive heart failure. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 521-527.

- Murberg, T., Bru, E., Svebak, S., Tvetenas, R., & Aarsland, T. (1999). Depressed mood and subjective health symptoms as predictors of mortality in patients with congestive heart failure: a two-years follow-up study. *International Journal of Psychiatry Medicine, 29*, 311-326.
- Murberg, T., Furze, G., & Bru, E. (2004). Avoidance coping styles predict mortality among patients with congestive heart failure: a 6-year follow-up study. *Personal Individual Differences, 36*(4), 757-766. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00130-2
- Murray, C., & Lopez, A. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet, 349*, 1436-1442.
- Musselman, D., Cowles, M., McDonald, W., & Nemeroff, C. (2008). Effects of mood and anxiety disorders on the cardiovascular system. In V. Fuster, R. Walsh, R. O'Rourke, & P. Poole-Wilson (Eds.), *Hurst's The Heart* (pp. 2169-2187). (12<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw Hill.
- Myaskovsky, L., Dew, M., McNulty, M., Switzer, G., DiMartini, A., Kormos, R., & McCurry K. (2006). Trajectories of change in quality of life in 12-month survivors of lung or heart transplant. *American Journal of Transplantation, 6*(8), 1939-1947. doi: 10.1111/j.1600-6143.2006.01395.x
- Nagele, H., Kalmar, P., Rodiger, W., & Stubbe, H. (1997). Smoking after heart transplantation: an underestimated hazard? *European Journal of Cardiothoracic Surgery, 12*, 70-74.
- Nesralla, I., Silva, J., Mendonça, J., & Fortunato, J. (1999). Aspectos técnicos do transplante cardíaco. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 73*, (supl.V), 45-51.
- Nilsson, J. (2001). Concordance in practice. Common objectives for doctors, nurses and pharmacists in Sweden to improve adherence to prescribed medicines. *Journal of Social and Administrative Pharmacy, 18*, 81-82.
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. (2002). Positive responses to loss: perceiving benefits and growth. In C. Snyder, & S. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 598-607). New York: Oxford University Press.
- Nwakanma, L., Shah, A., Conte, J., & Baumgartner, W. (2008). Heart transplantation. L. Cohn (Ed.), *Cardiac surgery in the adult* (pp. 1539-1578). New York: McGraw-Hill.
- O'Brien, M., Petrie, K., & Raeburn, J. (1992). Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. *Medical Care Review, 49*(4), 435-454.
- O'Brien, R., Aslani, P., Ciccia, M., & Brien, J. (2008). Medication adherence among heart and/or lung transplant recipients: an exploratory study. *Patient Preference and Adherence, 2*, 115-120.

- O'Connell, J. (2009). The economic burden of heart failure. *Clinical Cardiology*, 23(S3), III6-III10.
- O'Leary, A. (1985). Self-efficacy and health. *Behavior Research and Therapy*, 23 (4), 437-451.
- O'Rourke, R., Shaver, J., & Silverman, M. (2008). The history, physical examination, and cardiac auscultation. In V. Fuster, R. Walsh, R. O'Rourke, & P. Poole-Wilson (Eds.), *Hurst's The Heart* (pp. 761-790). (12<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw Hill.
- Observatório do Algarve (2006). *Primeiro transplante cardíaco nacional foi há 20 anos*. Acedido em [http://www.observatoriodoalgarve.com/cna/noticias\\_ver.asp?noticia=4905](http://www.observatoriodoalgarve.com/cna/noticias_ver.asp?noticia=4905)
- Olbrisch, M. (1996). Ethical issues in psychological evaluation of patients for organ transplant surgery. *Rehabilitation Psychology*, 41(1), 53-71.
- Olbrisch, M., Benedict, S., Ashe, K., & Levenson, J. (2002) Psychological assessment and care of organ transplant patients: a review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 771-783. doi: 10.1037//0022-006X.70.3.771
- Olbrisch, M., & Levenson, J. (1991). Psychosocial evaluation of heart transplant candidates: an international survey of process, criteria, and outcomes. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 10(6), 948-955.
- Olbrisch, M., & Levenson, J. (1995). Psychosocial assessment of organ transplant candidates: current status of methodological and philosophical issues. *Psychosomatics*, 36, 236-243.
- Oosterlee, A., & Rahmel, A. (2010). *Eurotransplant International Foundation*. Annual Report 2010. Acedido em [http://www.eurotransplant.org/cms/mediaobject.php?file=ar\\_2010.pdf](http://www.eurotransplant.org/cms/mediaobject.php?file=ar_2010.pdf)
- Opasich, C., De Giuli, F., Majani, G., Pierobon, S., & De Feo, S. (2003). Heart failure woman: does she make any difference? *Italian Heart Journal*, 4(1), 4-16.
- OPTN (2008). *Report of the OPTN/UNOS ethics committee to the boards of directors*. Acedido em [http://optn.transplant.hrsa.gov/CommitteeReports/board\\_main\\_EthicsCommittee\\_2\\_18\\_2009\\_16\\_13.pdf](http://optn.transplant.hrsa.gov/CommitteeReports/board_main_EthicsCommittee_2_18_2009_16_13.pdf)
- Ortalli, G. (1992). Suicide by interruption of immunosuppressive therapy. *Journal of Cardiothoracic Vascular Anaesthesia*, 6, 644.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *New English Journal of Medicine*, 353, 487-497. doi: 10.1056/NEJMra050100
- Owen, J., Bonds, C., & Wellisch, D. (2006). Psychiatric evaluations of heart transplant candidates: predicting post-transplant hospitalizations, rejection episodes, and survival. *Psychosomatics*, 47(3), 213-222. doi: 10.1176/appi.psy.47.3.213

- Oyer, P., Stinson, E., Jamieson, S., Hunt, S., Reitz, B., Bieber, C., ... Shumway, N. (1983). Cyclosporin - A in cardiac allografting: a preliminary experience. *Transplant Proceeding*, 15, 1247-1252.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J. (2005a). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. (2005b). O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação da percepção do estado de saúde. Lisboa: Fundação Merck.
- Pais-Ribeiro, J. (2005c). Qualidade em Saúde. In *Introdução à Psicologia da Saúde* (pp. 91-107). Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a Psicologia da Saúde. In: J. Cruz, S. de Jesus, & C. Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp. 31-49). Alcochete: Textiverso.
- Pais-Ribeiro, J., Martins da Silva, A., Meneses, R., & Falco, C. (2008). As expectativas positivas são variáveis moderadoras entre características da epilepsia e resultados de saúde positivos. In: I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.). *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 499-503). Lisboa: ISPA.
- Pais-Ribeiro, J., Pedro, L., & Marques, S. (2008). O optimismo disposicional e a esperança predizem a percepção do estado de saúde e da qualidade de vida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(Suplemento 1), 14[Abst].
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival Manual*. Philadelphia: Open University Press.
- Paris, W., Brawner, N., Thompson, S., & Penido, M. (1997). Psychosocial issues in heart transplantation: a review for transplant coordinators. *Journal of Transplant Coordination*, 7, 88-93.
- Paris, W., Muchmore, J., Pribil, A., Zuhdi, N., & Cooper, D. (1994). Study of the relative incidences of psychosocial factors before and after heart transplantation and the influence of posttransplantation psychosocial factors on heart transplantation outcome. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 13, 424-432.
- Park, C., & Folkman, S. (1997). Stability and change in psychosocial resources during caregiving and bereavement in partners of men with AIDS. *Journal of Personality*, 65, 421-447.
- Parker, J., & Endler, N. (1996). Coping and defense: a historical overview. In M. Zeidner, & N. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 3-23). NY: John Wiley & Sons.

- Parr, E., & Mize, J. (2001). *Coping with an organ transplant: A practical guide to understanding, preparing for, and living with an organ transplant*. New York: Avery.
- Prendergast, M., & Gaston, R. (2010). Optimizing medication adherence: an ongoing opportunity to improve outcomes after kidney transplantation. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 5(7), 1305-1311. doi: 10.2215/CJN.07241009
- Penninx, B., Guralnik, J., Mendes de Leon, C., Pahor, M., Visser, M., Corti, M., & Wallace, R. (1998). Cardiovascular events and mortality in newly and chronically depressed persons > 70 years of age. *American Journal of Cardiology*, 82, 851-856.
- Pereira, A., & Rosa, J. (2007). O ninho da Fênix: sobre as relações objectais em pacientes em transplante cardíaco. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 15(1), 73-80.
- Pereira, M. (2006). *Decisão reprodutiva e adaptação à gravidez e ao nascimento de um filho de mulheres infectadas pelo VIH: um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado não-publicada apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pérez, M., Martín, A., & Galán, A. (2005). Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 99-114.
- Pérez, M., Martín, A., & Galán, A. (2007). Symptoms of anxiety and depression in different stages of organ transplant. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 633-639.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *The Journal of Positive Psychology* 1(1), 17-26.
- Peterson, C., Ruch, W., Beermann, U., Park, N., & Seligman, M. (2007). Strengths of character, orientation to happiness, and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 2(3), 149-156.
- Peterson, C., Seligman, M., & Valliant, G. (1988). Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: a thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 23-27.
- Peterson, C., Seligman, M., Yurko, K., Martin, L., & Friedman, H. (1998). Catastrophizing and ultimately death. *Psychological Science*, 9, 127-130.
- Petrucci, L., Ricotti, S., Michelini, I., Vitulo, P., Oggionni, T., Cascina, A., ...Klersy, C. (2007). Return to work after thoracic organ transplantation in a clinically-stable population. *European Journal of Heart Failure*, 9(11), 1112-1119. doi: 10.1016/j.ejheart.2007.08.002

- Pettit, J., Kline, J., Gencoz, T., Gencoz, F., & Joiner, T. (2001). Are happy people healthier? The specific role of positive affect in predicting self-reported health symptoms. *Journal of Research in Personality, 35*, 521–536.
- Pham, M., Chen, J., Berry, G., Rose, E., & Schroder, J. (2008). Surgical treatment of heart failure, cardiac transplantation, and mechanical ventricular support. In V. Fuster, R. Walsh, R. O'Rourke, & P. Poole-Wilson (Eds.), *Hurst's The Heart* (pp. 761-790). (12<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw Hill.
- Phipps, L. (1991). Psychiatric aspects of heart transplantation. *Canadian Journal of Psychiatry, 36*, 536-568.
- Pierce, G., Sarason, I., & Sarason, B. (1996). Coping and social support. In M. Zeidner & N. Endler (Eds.), *Handbook of Coping; Theory, Research, Applications* (pp. 434-451). New York: John Wiley & Sons.
- Pierson, R. (2007). Tolerance in heart transplantation: the Holy Grail, or an attainable goal? *Heart Failure Clinics, 3*, 17-29.
- Pinson, C., Feurer, I., Payne, J., Wise, P., Shockley, S., & Speroff, T. (2000). Health related quality of life after different types of solid organ transplantation. *Annals of Surgery, 232*(4), 597-607.
- Pinto, C., Prieto, D., Figueiredo, A., & Antunes, M. (2010). Simultaneous cardiac and renal transplantation late after hepatic transplantation. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery, 38*(5), 645-646. doi: 10.1016/j.ejcts.2010.03.009
- Pita, F., & Carmona, C. (2004). Morte cerebral - Do medo de ser enterrado vivo ao mito do dador vivo. *Acta Médica Portuguesa, 17*, 70-75.
- Politi, P., Piccinelli, M., Poli, P., Klersy, C., Campana, C., Goggi, C., ...Barale, F. (2004). Ten years of “extended” life: quality of life among heart transplantation survivors. *Transplantation, 78*, 257-263. doi: 10.1097/TP.0b013e31825ffce8
- Poole-Wilson, P. (1989). Chronic heart failure: causes, pathophysiology, prognosis, clinical manifestations, investigations. In P. Poole-Wilson (Ed.), *Disease of the Heart* (pp. 48-57). London: Bailhere Tindall.
- Porter, R., Krout, L., Parks, V., Gibbs, S., Luers, E., Nolan, M., ...Ohler, L. (1994). Perceived stress and coping strategies among candidates for heart transplantation during the organ waiting period. *The Journal of Heart and Lung Transplantation, 13*, 102-107.
- Pozuelo, L., Zhang, J., Franco, K., Tesar, G., Penn, M., & Jiang, W. (2009). Depression and heart disease: what do we know, and where are we headed? *Cleveland Clinic Journal of Medicine, 76*(1), 59-70. doi:10.3949/ccjm.75a.08011
- Prata, S. (2000). Acedido em <http://www.sergioprata.com.br/port/anato1.htm>

- Price, D. (2000). Cadaveric organ donor transplantation. In D. Price (Eds.), *Legal and ethical aspects of organ transplantation* (pp. 23-172). U.K: Cambridge University Press.
- Prieto, D., Antunes, P., & Antunes, M. (2009). Donor mitral valve repair in cardiac transplantation. *Transplantation Proceedings*, *41*(3), 932-934.  
doi: 10.1016/j.transproceed.2009.01.060
- Putzke, J., Boll, T., Williams, M., Benza, R., Kirklin, J., & McGiffin, D. (2001). Self-report measures among transplant candidates: the impact of evaluative situations. *Assessment*, *8*(1), 19-35. doi: 10.1177/107319110100800103
- Raikkonen, K., Matthews, K., Flory, J., Owens, J., & Gump, B. (1999). Effects of optimism, pessimism, and trait anxiety on ambulatory blood pressure and mood during everyday life. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*(1), 104-113.
- Rainer, J., Thompson, C., & Lambros, H. (2010). Psychological and psychosocial aspects of the solid organ transplant experience - a practice review. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training*, *47*(3), 403-412. doi: 10.1037/a0021167
- Ram, N. (1997). It's the Quality of Survival that's Important. [Interview with Dr. Christiaan Barnard]. *Frontline - India's National Magazine*, *14*(22), 1-14.
- Ramirez-de-Diego, I., & Amoros-Miro, G. (1996). Follow-up of the heart transplant patient after hospital discharge. *Enfermeria-Clinica*, *6*(2), 63-71.
- Ramos, D. (1990). *A Psique do coração - uma leitura analítica do seu simbolismo*. São Paulo: Cultrix.
- Ranjit, J., Rajasinghe, H., Chen, J., Weinberg, A., Sinha, P., Mancini, D., ... Edwards N. (2001). Long-term outcomes after cardiac transplantation: an experience based on different eras of immunosuppressive therapy. *Annals of Thoracic Surgery*, *72*, 440-449.
- Rapisarda, F., Tarantino, A., De Vecchi, A., Baggio, G., Ghezzi, F., Nicodemo, D., ... Li Vecchi M. (2006). Dialysis and kidney transplantation: similarities and differences in the psychological aspects of noncompliance. *Transplantation Proceedings*, *38*, 1006-1009.  
doi: 10.1016/j.transproceed.2006.02.143
- Redaksie, V. (1967). Transplantation of the heart. *South African Medical Journal*, *41*(46), 1181.
- Redfield, M., Jacobsen, S., Burnett, J., Mahoney, D., Bailey, K., & Rodeheffer, R. (2003). Burden of systolic and diastolic ventricular dysfunction in the community: appreciating the scope of the heart failure epidemic. *The Journal of the American Medical Association*, *289*, 194-202. doi: 10.1001/jama.289.2.194
- Reed, A., Baz, M., McGinn, L., & Schofield, R. (2002). Solid organ transplantation. In J. Rodrigue (Ed.), *Biopsychosocial Perspectives on Transplantation* (pp. 1-18). New York: Plenum Publishers.



- Reichert, B., & Brandl, U. (2008). 40 years of heart transplantation and the DFG-Transregio Research Group Xenotransplantation. *Xenotransplantation*, *15*(5), 293-294.  
doi:10.1111/j.1399-3089.2008.00488\_3.x
- Reiss, M. (2003). Is it right to move genes between species? A theological perspective. In C. Deane-Drummond, B. Szersynski, & R. Grove-White (Eds.), *Re-ordering Nature: Theology, Society and the New Genetics* (pp. 138-150). London: T. & T. Clark.
- Richman, L., Kubszansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P., & Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: going beyond the negative. *Health Psychology*, *24*(4), 422-429.  
doi: 10.1037/0278-6133.24.4.422
- Riedinger, M., Dracup, K., Brecht, M., Padilla, G., Sarna, L., & Ganz, P. (2001). Quality of life in patients with heart failure: do gender differences exist? *Heart & Lung*, *30*, 105-116.  
doi: 10.1067/mhl.2001.114140
- Rivard, A., Hellmich, C., Sampson, B., Bianco, R., Crow, S., & Miller, L. (2005). Preoperative predictors for postoperative problems in heart transplantation: psychiatric and psychosocial considerations. *Progress in Transplantation*, *15*(3), 276-282.
- Robbins, M. (1999). Medication adherence and the transplant recipient: helping patients at each stage of change. *Transplant Proceedings*, *31*(4A), 29S-30S.
- Robbins, R., Barlow, C., Oyer, P., Hunt, S., Miller, J., Reitz, B., ... Shumway, N. (1999). Thirty years of cardiac transplantation at Stanford University. *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, *117*(5), 939-951.
- Roberts, K. (2002). Physician-patient relationships, patient satisfaction, and antiretroviral medication adherence among HIV- infected adults attending a public health clinic. *AIDS Patient Care and STDS*, *16*, 43-50. doi: 10.1089/108729102753429398
- Robertson, M., & Katona, C. (1997). *Depression and physical illness*. Chichester: Wiley.
- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health psychology. *Annual Review of Psychology*, *40*, 533-579.
- Rodrigue, J., Jackson, S., & Perri, G. (2000). Medical coping modes questionnaire: factor structure for adult transplant candidates. *International Journal of Behavioral Medicine*, *7*(2), 89-110.
- Rodrigues, A. (2008). *Impacto do stresse, acontecimentos de vida, suporte social e hostilidade na doença coronária* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Rodriguez, A., Diaz, M., Colon, A., & Santiago-Delpin, E. (1991). Psychosocial profile of noncompliant transplant patients. *Transplantation Proceedings*, *23*(2), 1807-1809.

- Rodriguez-Artalejo, F., Guallar-Castillón, P., Banegas, J., & Calero, J. (1997). Trends in hospitalization and mortality for heart failure in Spain, 1980-1983. *European Heart Journal*, *18*, 1771-1779.
- Rogers, K. (1987). Nature of spousal supportive behaviours that influence heart transplant patient compliance. *The Journal of Heart Transplantation*, *6*(2), 90-95.
- Rosa, J., Romaro, R., Felice, E., Pereira, A., Batista, R., Lundberg, K., & Vizziello, G. (2001). Extensões da psicologia clínica para a área de saúde e de instituições. Paper apresentado no *I Congresso de Psicologia Clínica*, Universidade Presbiteriana de Mackenzie. S. Paulo.
- Rosengren, A., Wilhelmsen, L., & Orth-Gomer, K. (2004). Coronary disease in relation to social support and social class in Swedish men: a 15-year follow-up in the study of men born in 1933. *European Heart Journal*, *25*(1), 56-63. doi:10.1016/j.ehj.2003.10.005
- Rosenman, R. (1988). The impact of certain emotions in cardiovascular disorders. In M. Janisse. (Ed.), *Individual Differences, Stress, and Health Psychology* (pp. 1-23). New York: Springer-Verlag.
- Rosenthal, R (1995). Progress in clinical psychology: is there any? *Clinical Psychology: Science and Practice*, *2*, 133-150.
- Rosner, F. (2006). Patient noncompliance: causes and solutions. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, *73*, 553.
- Roussel, J., Baron, O., Périgaud, C., Bizouarn, P., Pattier, S., Habash, O., ...Despins, P. (2008). Outcome of heart transplants 15 to 20 years ago: graft survival, post-transplant morbidity, risk factors for mortality. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, *27*(5), 486-493. doi: 10.1016/j.healun.2008.01.019
- Rovelli, M., Palmeri, D., Vossler, E., Bartus, S., Hull, D., & Schweizer, R. (1989). Noncompliance in organ transplant recipients. *Transplant Proceedings*, *21*(1), 833-834.
- Rozanski, A., Blumenthal, J., Davidson, K., Saab, P., & Kubzansky, L. (2005). The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *Journal of American College of Cardiology*, *45*(5), 637-651. doi: 10.1016/j.jacc.2004.12.005
- Rozanski, A., & Kubzansky, L. (2005). Psychologic functioning and physical health: a paradigm of flexibility. *Psychosomatic Medicine*, *67*(1), S47-53. doi: 10.1097/01.psy.0000164253.69550.49
- Rudd, P. (1979). In search for the gold standard for compliance measurement. *Archives of Internal Medicine*, *139*, 627-628.

- Rudis, C., Rudis, R., Kobashigawa, J., & Laks, H. (1999). *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 18(10), 952-956.
- Rugulies, R. (2002). Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(1), 51-61.
- Rumsfeld, J., Havranek, E., Masoudi, F., Peterson, E., Jones, P., Tooley, J., ...Spertus, J. (2003). Depressive symptoms are the strongest predictors of short-term declines in health status in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 42(10), 1811-1817. doi: 10.1016/j.jacc.2003.07.013
- Rutledge, T., Reis, S., Olson, M., Owens, J., Kelsey, S., Pepine, C., ...Matthews, K. (2004). Social networks are associated with lower mortality rates among women with suspected coronary disease: The National Heart, Lung, and Blood Institute-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation Study. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 882-888. doi: 10.1097/01.psy.0000145819.94041.52
- Ruygrok, P., Agnew, T., Coverdale, H., Whitfield, C., & Lambie, N. (1994). Survival after heart transplantation without regular immunosuppression. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 13, 208-211.
- Ryan, R., & Deci, E. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychology*, 55, 68-78. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.68
- Ryan, R., Patrick, H., Deci, E., & Williams, G. (2008). Facilitating health behavior change and its maintenance: interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10. Acedido em [http://www.psych.rochester.edu/SDT/documents/2008\\_RyanPatrickDeciWilliams\\_EHP.pdf](http://www.psych.rochester.edu/SDT/documents/2008_RyanPatrickDeciWilliams_EHP.pdf)
- Rybarczyk, B., Grady, K., Naftel, D., Kirklin, J., White-Williams, C., Kobashigawa, J., ...Heroux, A. (2007). Emotional adjustment 5 years after heart transplant: a multisite study. *Rehabilitation Psychology*, 52(2), 206-214. doi: 10.1037/0090-5550.52.2.206
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization.
- Salovey, P., Rothman, A., Detweiler, J., & Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.110
- Salyer, J., Sneed, G., Corley, M. (2001). Lifestyle and health status in long-term cardiac transplant recipients. *Heart and Lung*, 30(6), 445-457. doi: 10.1067/mhl.2001.11935

- Santos, C., Pais-Ribeiro, J., & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças, 4*(2), 185-204.
- Sarafino, E. (2002). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* (pp. 123-127) (4<sup>th</sup> ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Sarason, G. (1988). Social support, personality and health. In M. Janisse (Ed.), *Individual Differences, Stress and Health Psychology* (pp. 109-128). New York: Springer-Verlag.
- Savage, R., & Armstrong, D. (1990). Effect of a general practitioner's consulting style on patient satisfaction: a controlled study. *British Medical Journal, 301*, 968-970.
- Scheier, M., & Carver, C. (1985). Optimism, coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*(3), 219-247.
- Scheier, M., & Carver, C. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality, 55*(2), 169-210.
- Scheier, M., & Carver, C. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 201-228.
- Scheier, M., Carver, C., & Bridges, W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(6), 1063-1078.
- Scheier, M., Matthews, K., Owens, J., Magovern, G., Lefebvre, R., Abbott, R., & Carver, C. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: the beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1024-1040.
- Scheier, M., Matthews, K., Owens, J., Schulz, R., Bridges, M., Magovern, G., & Carver, C. (1999). Optimism and rehospitalization after coronary artery graft surgery. *Archives of Internal Medicine, 159*(8), 829-835.
- Scheier, M., Weintraub, J., & Carver, C. (1986) Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1257-1264.
- Scheld, H., Schmid, C., & Drees, G. (2002). Heart transplantation and psychology - do we need psychology in transplant medicine? *Thoracic Cardiovascular Surgery, 50*, 197-200.
- Schiff, G., Fung, S., Speroff, T., & McNutt, R. (2003). Decompensate heart failure: symptoms, patterns of onset, and contributing factors. *American Journal of Medicine, 114*, 625-630. doi: 10.1016/S0002-9343(03)00132-3

- Schneider, M., Friend, R., Whitaker, P., & Wadhwa, N. (1991). Fluid noncompliance and symptomatology in end-stage renal disease: cognitive and emotional variables. *Health Psychology, 10*, 209-215.
- Schroder, K., Schwarzer, R., & Endler, N. (1997). Predicting cardiac patients' quality of life from the characteristics of their spouses. *Journal of Health Psychology, 2*, 231-244.
- Schulman, B. (1979). Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment: application of a socio-organizational perspective. *Medical Care, 17*, 267-280.
- Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J., Scheier, M., & Williamson, G. (1996). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychology and Aging, 11*, 304-309.
- Schwartzberg, S. (1993). Struggling for meaning: how HIV-positive gay men make sense for AIDS. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*, 483-490.
- Schwarzer, R., & Rieckman, N. (2002). Social support, cardiovascular disease and mortality. In G. Weidner, M. Kopp, & M. Kristenson (Eds.), *Heart Disease: Environment, Stress and Gender* (pp. 185-197). Budapest: IOS Press.
- Schweizer, R., Rovelli, M., Palmeri, D., Vossler, E., Hull, D., & Bartus, S. (1990). Noncompliance in organ transplant recipients. *Transplantation, 49*, 374-377.
- Sears, S., Todaro, J., Urizar, G., Lewis, T., Sirois, B., Wallace, R., ... Conti, J. (2000). Assessing the psychosocial impact of the ICD: a national survey of implantable cardioverter defibrillator health care providers. *Pacing and Clinical Electrophysiology, 23*, 939-945. doi: 10.1111/j.1540-8159.2000.tb00878.x
- Sears, S., & Wallace, R., (2001). Spirituality, coping and survival. In Rodrigue, J. (Ed.), *Biopsychosocial Perspectives on Transplantation* (pp. 173-183). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Seeman, T., Lusignolo, T., Albert, M., & Berkman, L. (2001). Social relationships, social support, and patterns of cognitive aging in healthy, high-functioning older adults: MacArthur studies of successful aging. *Health Psychology, 20*, 243-255. doi: 10.1037/0278-6133.20.4.243
- Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. Snyder, & S. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 3-9). USA: Oxford University Press.
- Seligman, M. (2003). Positive psychology: fundamental assumptions. *The Psychologist, 16*, 126-127.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14.

- Segerstrom, S. (2005). Optimism and immunity: do positive thoughts always lead to positive effects? *Brain, Behavior, and Immunity, 19*(3), 195-200. doi: 10.1016/j.bbi.2004.08.003
- Segerstrom, S., Taylor, S., Kemeny, & M., Fahey, J.(1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(6), 1646-1655.
- Serxner, S., Miyaji, M., & Jeffords, J. (1998). Congestive heart failure disease management: a patient education intervention. *Congestive Heart Failure, 4*, 23-28.
- Shamaskin, A., Rybarczyk, B., Wang, E., White-Williams, C., McGee, E., Cotts, W., & Grady, K., (2012). Older patients (Age 65+) report better quality of life, psychological adjustment and adherence than younger patients five years after heart transplant: a multi-site study. *The Journal of Heart and Lung Transplantation, 31*(5), 478-484. doi:10.1016/j.healun.2011.11.025
- Shapiro, P., Williams, D., Foray, A., Gelman, I., Wukich, N., & Sciacca, R. (1995). Psychosocial evaluation and prediction of compliance problems and morbidity after heart transplantation. *Transplantation, 60*, 1462-1466.
- Shapiro, P., Williams, D., Gelman, I., Foray, A., & Wukick, N. (1997). Compliance complications in cardiac patients. *American Journal of Psychiatry, 154*(11), 1627-1628.
- Sharples, L., Caine, N., Mullins, P., Scott, J., Solis, E., English, T., ...Wallwork, J. (1991). Risk factor analysis for the major hazards following heart transplantation-rejection, infection, and coronary occlusive disease. *Transplantation 52*(2), 244-252.
- Shepperd, J., Maroto, J., & Pbert, L. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research Personality, 30*, 517-534.
- Sherbourne, C., Hays, R., Ordway, L., DiMatteo, M., & Kravitz, R., (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the medical outcomes study. *Journal of Behavioral Medicine, 15*, 447-468.
- Sherbourne, C., Jackson, C., Meredith, L., Camp, P., & Wells, K. (1996). Prevalence of comorbid anxiety disorders in primary care outpatients. *Archives of Family Medicine, 5*(1), 27-34.
- Shiba, N., Chan, M., Kwok, B., Valantine, H., Robbins, R., & Hunt, S. (2004). Analysis of survivors more than 10 years after heart transplantation in the cyclosporine era: Stanford Experience. *The Journal of Heart Lung Transplantation, 23*, 155-164. doi: 10.1016/S1053-2498(03)00147-5
- Shuhaiber, J., Moore, J., & Dyke, D. (2010). The effect of transplant center volume on survival after heart transplantation: a multicenter study. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 139*, 1064-1069. doi: 10.1016/j.jtcvs.2009.11.040

- Silva, P. (2008). Transplante cardíaco e cardiopulmonar: 100 anos de história e 40 de existência. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 23(1), 145-152.  
doi: 10.1590/S0102-76382008000100027
- Silverman, M., & Wooley, C. (2008). A History of the Heart. In V. Fuster, R. Walsh, R. O'Rourke & P. Poole-Wilson (Eds.), *Hurst's The Heart* (pp. 3-16). (12<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw Hill.
- Simpson, S., Eurich, D., Majumdar, S., Padwal, R., Tsuyuki, R., Varney, J., & Johnson, J. (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *British Medical Journal*, 333, 15-18 doi: 10.1136/bmj.38875.675486.55
- Sirois, B., & Burg, M. (2003). Negative emotion and coronary heart disease. *Behaviour Modification*, 27, 83-102 doi: 10.1177/0145445502238695
- Sirri, L., Magelli, C., & Grandi, S. (2011). Predictors of perceived social support in long-term survivors of cardiac transplant: the role of psychological distress, quality of life, demographic characteristics and clinical course. *Psychology and Health*, 26(1), 77-94 doi: 10.1080/08870440903377339
- Sirri, L., Potena, L., Masetti, M., Tossani, E., Grigioni, F., Magelli, C., ... Grandi, S. (2007). Prevalence of substance-related disorders in heart transplantation candidates. *Transplantation Proceedings*, 39(6), 1970-1972.
- Sisson, S., Tripp, J., Paris, W., Cooper, D., & Zuhdi, N. (1994). Medication noncompliance and its relationship to financial factors after heart transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 13(5), 930.
- Skotzko, C., Rudis, R., Kobashiwaga, J., & Laks, H. (1999). Psychiatric disorders and outcome following cardiac transplantation. *Journal of Heart Lung Transplantation*, 18, 952-956.
- Skotzko, C., Stowe, J., Wright, C., Kendall, K., & Dew, M. (2001). Approaching a consensus: psychosocial support services for solid organ transplantation programs. *Progress in Transplantation*, 11, 163-168.
- Skouri, H., Mullens, W., & Young, J. (2007). Current trends in recipient selection for heart transplantation. *Current Opinion in Organ Transplantation*, 12(5), 529-535 doi: 10.1097/MOT.0b013e3282eff410
- Smith, C., & Lazarus, R. (1990). Emotion and adaptation. In L. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 609-637). New York: The Guilford Press.
- Smith, T., & Ruiz, J. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 548-568 doi: 10.1037//0022-006X.70.3.548

- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: a prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology, 22*(2), 123-129 doi: 10.1037/0278-6133.22.2.123
- Snyder, C. (2002). Hope theory: rainbows of the mind. *Psychological Inquiry, 13*, 249-275 doi: 10.1207/S15327965PLI1304\_01
- Snyder, C., Lopez, S., & Pedrotti, J. (2011). Making the most of emotional experiences. In C. Snyder, S. Lopez, & J. Pedrotti (Eds.), *Positive Psychology* (pp. 141-161). (2th ed.). Los Angeles: Sage Publications.
- Snyder, C. Lopez, S., Shorey, H., Rand, K., & Feldman, D. (2003). Hope theory, measurements, and applications to school psychology. *School Psychology Quarterly, 18*(2), 122-139 doi: 10.1521/scpq.18.2.122.21854
- Soine, L., Cunningham, S., Shaver, J., & Gallucci, B. (1992). Knowledge level of rejection, immunosuppressive therapy, infection and myocardial biopsy of heart transplant recipients and their significant support persons. *The Journal of Heart and Lung Transplantation, 11*, 196.
- Stehlik, J., Edwards, L., Kucheryavaya, A., Aurora, P., Christie, J., Dobbels, F., ...Hertz, M. (2010). The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: twenty-seventh official adult heart transplant report-2010. *The Journal of Heart and Lung Transplantation, 29*, 1089–1103 doi: 10.1016/j.healun.2010.08.007
- Stehlik, J., Edwards, L., Kucheryavaya, A., Benden, C., Christie, J., Dobbels, F., ...Hertz, M. (2011). The Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: twenty-eighth adult heart transplant report-2011. *The Journal of Heart and Lung Transplantation, 30*(10), 1078-1094 doi: 10.1016/j.healun.2011.08.003
- Steinman, T., Becker, B., Frost, A., Olthoff, K., Smart, F., Suki, W., & Wilkinson, A. (2001). Guidelines for the referral and management of patients eligible for solid organ transplantation. *Transplantation, 71*(9), 1189-1204.
- Stevenson, L. (1996). Selection and management of candidates for heart transplantation. *Current Opinion in Cardiology, 11*, 166-173.
- Stewart, A., Greenfield, S., Hays, R., Wells, K., Rogers, W., Berry, S., ...Ware, J. (1989). Functional status and well being of patients with chronic conditions. *The Journal of the American Medical Association, 262*, 907-913.
- Stewart, M. (1984). What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science and Medicine, 19*, 167-175.



- Stewart, S., Winters, G., Fishbein, M., Tazelaar, H., Kobashigawa, J., Abrams, J., ...Billingham, M. (2005). Revision of the 1990 working formulation for the standardization of nomenclature in the diagnosis of heart rejection. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 24(11), 1710-1720 doi: 10.1016/j.healun.2005.03.019
- Stilley, C., Sereika, S., Muldoon, M., Ryan, C., & Dunbar-Jacob, J. (2004). Psychological and cognitive function: predictors of adherence with cholesterol lowering treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 27(2), 117-124 doi: 10.1207/s15324796abm2702\_6
- Streiner, D., & Norman, G. (1995). Health measurement scales: a practical guide to their development and use (2<sup>nd</sup> Ed.). Oxford: University Press
- Streisand, R., Rodrigue, J., Sears, S., Perri, S., Davis, G., & Banmko, C. (1999). A psychometric normative database for pre-liver transplantation evaluations: The Florida Cohort 1991-1996. *Psychosomatics*, 40(6), 479-485 doi: 10.1016/S0033-3182(99)71185-0
- Stroebe, W., & Stroebe, W. (1996). The social psychology of social support. In E. Higgins, & A. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 597-621). New York: Guilford Press.
- Stukas, A., Dew, M., Switzer, G., DiMartini, A., Kormos, R., & Griffith, B. (1999). PTSD in heart transplant recipients and their primary family caregivers. *Psychosomatics*, 40(3), 212-221 doi: 10.1016/S0033-3182(99)71237-5
- Sullivan, M., Levy, W., Crane, B., Russo, J., & Spertus, J. (2004). Usefulness of depression to predict time to combined end point of transplant or death for outpatients with advanced heart failure. *American Journal of Cardiology*, 94(12), 1577-1580 doi: 10.1016/j.amjcard.2004.08.046
- Suls, J., & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131(2), 260-300 doi: 10.1037/0033-2909.131.2.260
- Surman, O., & Cosimi, A. (1996). Ethical dichotomies in organ transplant: a time for bridge building. *General Hospital Psychiatry*, 18(6), 5-12.
- Taal, E., Rasker, J., Seydel, E., & Wiegman, O. (1993). Health status, adherence with health recommendations, self-efficacy and social support in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling*, 20, 63-76.
- Tabler, J., & Frierson, R. (1990). Sexual concerns after heart transplantation. *Journal of Heart Transplantation*, 9(4), 397-403.

- Taylor, D., Bristow, M., O'Connell, J., Price, J., Hammond, E., Doty, D., ...Renlund, D. (1996). Improved long-term survival after heart transplantation predicted by successful early withdrawal from maintenance corticosteroid therapy. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, *15*(10), 1039-1046.
- Taylor, D., Edwards, L., Boucek, M., Trulok, E., Aurora, P., Christie, J., ...Hertz, M. (2007). Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: twenty-fourth official adult heart transplant report-2007. *The Journal of Heart Lung Transplantation*, *26*(8), 769-781 doi: 10.1016/j.healun.2007.06.004
- Taylor, D., Stehlik, J., Edwards, L., Aurora, P., Christie, J., Dobbels, F., ...Hertz, M. (2009). Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: twenty-sixth official adult heart transplant report-2009. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, *28*(10), 1007-1022 doi: 10.1016/j.healun.2009.08.014
- Taylor, S. (1990). Health psychology: the science and the field. *The American Psychologist*, *45*(1), 40-50.
- Taylor, S., Kemeny, M., Reed, G., Bower, J., & Gruenewald, T. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist*, *55*(1), 99-109  
doi: 10.1037//0003-066X.55.1.99
- Tegtbur, U., Busse, M., Jung, K., Pethig, K., & Haverick A. (2005). Time course of physical reconditioning during exercise rehabilitation late after heart transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, *24*(3), 270-274 doi: 10.1016/j.healun.2003.12.010
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Barroso, E., & Monteiro, E. (2006). Abordagem psiquiátrica do transplante hepático. *Acta Médica Portuguesa*, *19*, 165-180.
- Telles-Correia, D., Barbosa, A., Mega, I., Barroso, E., & Monteiro, E. (2007). Adesão nos doentes transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, *20*, 73-85.
- Telles-Correia, D., Mega, I., Barbosa, A., Barroso, E & Monteiro, E. (2008). Coping nos doentes transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, *21*(2), 141-148.
- Tennant, C. (1987). Stress and coronary heart disease. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *21*, 276-282.
- Thoits, P. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 416-423.
- Thomas, S., Chapa, D., Friedmann, E., Durden, C., Ross, A., Lee, M., & Lee, H. (2008). Depression in patients with heart failure: prevalence, pathophysiological mechanisms, and treatment. *Critical Care Nurse*, *28*(2), 40-51.

- Thomas, S., Friedmann, E., Khatta, M., Cook, L., & Lann, A. (2003). Depression in patients with heart failure: physiologic effects, incidence, and relation to mortality. *Advanced Critical Care, 14*(1), 3-12.
- Thompson, S. (1991). The search for meaning following a stroke. *Basic and Applied Social Psychology, 12*(1), 81-96. doi: 10.1207/s15324834basp1201\_6
- Tjang, Y., Van Der Heijnen, G., Tenderich, G., Korfer, R., & Grobbee, D. (2008). Impact of recipient's age on heart transplantation outcome. *The Annals of Thoracic Surgery, 85*(6), 2051-2055.  
doi: 10.1016/j.athoracsur.2008.02.015
- Todaro, J., Shen, B., Niaura, R., Spiro, A., & Ward, K. (2003). Effect of negative emotions on frequency of coronary heart disease (The Normative Aging Study). *The American Journal of Cardiology, 92*(8), 901-906. doi: 10.1016/S0002-9149(03)00967-6
- Triffaux, J., Wauthy, J., Albert, A., Bertrand, J., Limet, R., Demoulin, J., ...Anseau, M. (2001). Psychological distress of surgical patients after orthotopic heart transplantation. *Transplant International, 14*, 391-395.
- Triffaux, J., Wauthy, J., Bertrand, J., Limet, R. Albert, A., & Anseau, M. (2001). Psychological evolution and assessment in patients undergoing orthotopic heart transplantation. *European Psychiatry, 16*(3), 180-185.
- Trindade, I., & Teixeira, J. (2000). *Psicologia nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Tripathi, A., & Panzer, M. (1993). Cyclosporine psychosis (letter). *Psychosomatics, 34*, 101-102.
- Trulock, E., Edwards, L., Taylor, D., Boucek, M., Keck, B., & Hertz, M. (2005). Registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: twenty-second official adult lung and heart-lung transplant report-2005. *The Journal of Heart and Lung Transplant, 24*, 956-967.  
doi: 10.1016/j.healun.2005.05.019
- Trumper, A., & Appleby, L. (2001). Psychiatric morbidity in patients undergoing heart, heart and lung, or lung transplantation. *Journal of Psychosomatic Research, 50*, 103-105.
- Trunzo, J., Petrucci, R., Carter, A., & Donofrio, N. (1999). Use of the MMPI and MMPI-2 in patients being evaluated for cardiac transplant. *Psychological Report, 85*, 1105.
- Trzepacz, P., DiMartini, A., & Tringali, R. (1993). Psychopharmacologic issues in organ transplantation. Part 1: Pharmacokinetics in organ failure and psychiatric aspects of immunosuppressants and anti-infectious agents. *Psychosomatics, 34*, 199-207.

- Trzepacz, P., Gupta, B., & DiMartini, A. (2000). Pharmacologic issues in organ transplantation: psychopharmacology and neuropsychiatric side effects. In P. Trzepacz, & A. DiMartini (Eds.), *The transplant patient. Biological, psychiatric and ethical issues in organ transplantation* (pp. 187-213). Cambridge: University Press.
- Trzepacz, P., Levenson, J., & Tringali, R. (1991). Psychopharmacology and neuropsychiatric syndromes in organ transplantation. *General Hospital Psychiatry, 13*, 233-245.
- Tung, H., Chen, H., Wei, J., & Tsay, S. (2011). Predictors of quality of life in heart-transplant recipients in Taiwan. *Heart & Lung, 40*(4), 220-330. doi: 10.1016/j.hrtlng.2009.11.003
- Turk, D., & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to self-care regimens: the patient's perspective. In R. Rozensky, J. Sweet, & S. Tovian (Eds.), *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. 249-265). New York: Plenum.
- Uchino, B. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine, 29*(4), 377-387. doi: 10.1007/s10865-006-9056-5
- UNOS (2001). *Annual Report of the U.S. Organ Procurement and Transplantation Network and the Scientific Registry of Transplant Recipients: Transplant Data 1991-2000*.
- Uvnäs-Moberg, K., & Petersson, M. (2005). Oxytocin, a mediator of anti-stress, well-being, social interaction, growth and healing. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 51*(1), 57-80.
- Vaccarino, V., Kasl, S., Abramson, J., & Krumholz, H. (2001). Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *Journal of American College of Cardiology, 38*(1), 199. doi: 10.1016/S0735-1097(01)01334-1
- Valantine, H. (2007). Is there a role for proliferation signal/mTOR inhibitors in the prevention and treatment of the novo malignancies after heart transplantation? Lessons learned from renal transplantation and oncology. *The Journal of Heart Lung Transplantation, 26*(6) 557-564. doi: 10.1016/j.healun.2007.03.010
- Valentine, A., Russell, S., Taylor, R., Short, C., & Johnson, R. (1999). Is it any wonder they don't take their tablets? *The First European Symposium on Noncompliance in Transplantation, 5*.
- Vander Stichele, R. (1999). Promises of a measurement breakthrough. In J. Métry, & U. Meyer (Eds.), *Drug Regimen Compliance: Issues in Clinical Trials and Patient Management*. (pp 71-83). Chichester (UK): John Wiley.

- Van Der Wal, M., Jaarsma, T., Moser, D., Veeger, N., Van Gilst, W., & Van Veldhuisen, D. (2006). Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *European Heart Journal*, *27*(4), 434–440. doi: 10.1093/eurheartj/ehi603
- Van Melle, J., De Jonge, P., Spijkerman, T., Tijssen, J., Ormel, J., Van Veldhuisen, D., ... Van Den Berg, M. (2004). Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, *66*(6), 814-822.
- Van Servellen, G., Chang, B., Garcia, L., & Lombardi, E. (2002). Individual and systems level factors associated with treatment nonadherence in immunodeficiency virus infected men and women. *AIDS Patient Care STDs*, *16*(6), 269, 281.
- Ventura, H., & Muhammed, K. (2001). Historical perspectives on cardiac transplantation: the past as prologue to challenges for the 21<sup>st</sup> century. *Current Opinion in Cardiology*, *16*, 118-123.
- Wagner-Huber, R., Gotzmann, L., Klaghofer, R., Scheuer, E., & Buddeberb, C. (2004). Psychosocial risk factors before and after organ transplantation. *Journal of Psychosomatic Research* *56*(6), 669-670.
- Waitzkin, H., & Stoeckle, J. (1976). Information control and the micropolitics of health care. *Social Science and Medicine*, *10*, 263-276.
- Walden, J., Stevenson, L., Dracup, K., Hook, J., Moser, D., Hamilton, M., & Fonarow, G. (1994). Extended comparison of quality of life between stable heart failure patients and heart transplant patients. *The Journal of Heart Lung Transplantation*, *13*, 1109-1118.
- Wallace, L. (1985a). Psychological adjustment to and recovery from laparoscopic sterilization and infertility investigation. *Journal of Psychosomatic Research*, *29*(5), 507-518.
- Wallace, L. (1985b). Surgical patients' expectations of pain and discomfort: does accuracy of expectations minimize post-surgical pain and distress? *Pain*, *22*(4), 363-373.
- Wallston, B., Alagna, S., DeVellis, B., & DeVellis, R. (1983). Social support and physical health. *Health Psychology*, *2*, 367-391.
- Ware, J., Snow, K., Kosinsky, M., & Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston. New England Medical Center.
- Weinstein, N. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, *39*, 806-820.
- Weinstein, N., Rothman, A., & Sutton, S. (1998). Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, *17*, 290-299.

- Weiss, M., Madsen, J., Rosengard, B., & Allan, J. (2008). Mechanisms of chronic rejection in cardiothoracic transplantation. *Frontiers in Bioscience* 1(13), 2980-2988. doi: 10.2741/2903
- Weissman, M., Bland, R., Canino, G., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H., ... Yeh, E. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54, 305-309.
- Wertheimer, A., & Santella, T. (2003). Medication compliance research: still so far to go. *Journal of Applied Research in Clinical and Experimental Therapeutics*, 3(3), 254-261.
- Wethington, E., & Kessler, R. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behaviour*, 27, 78-89.
- White-Williams, C., Jalowiec, A., & Grady, K. (2005). Who returns to work after transplantation? *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 24(12), 2255-2261. doi: 10.1016/j.healun.2005.08.006
- WHO (1948). *Officials Records of the World Health Organization*, nº 2, p. 100. Constitution in Basic Documents. Geneve, Interim Comission. Acedido em <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.
- WHO (1997). *Measuring quality of life*. Acedido em [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf).
- Williams, G., Frankel, R., Campbell, T., & Deci, E. (2000). Research on relationship-centered care and healthcare outcomes from the Rochester Biopsychosocial Program: A Self-Determination Theory Integration. *Families, Systems, and Health*, 18(1), 79-90.
- Williams, G., Minicucci, D., Kouides, R., Levesque, C., Chirkov, V., Ryan, R., & Deci, E., (2002). Self-determination, smoking, diet and health. *Health Education Research*, 17(5), 512-521.
- Williams, G., Rodin, G., Ryan, R., Grolnick, W., & Deci, E. (1998). Autonomous regulation and long-term medication adherence in adult outpatients. *Health Psychology*, 17(3), 269-276.
- Williams, R., Barefoot, J., & Schneiderman, N. (2003). Psychosocial risk factors for cardiovascular disease: more than one culprit at work. *The Journal of the American Medical Association*, 290(16), 2190-2192. doi: 10.1001/jama.290.16.2190
- Winters, G., Kendall, T., Radio, S., Wilson, J., Constanzo-Nordin, M., Switzer, B., ... McManus, B. (1990). Post-transplant obesity and hyperlipidemia: major predictors of severity of coronary arteriopathy in failed human allografts. *Journal of Heart Transplantation*, 9(4), 364-371.
- Wright, E. (1993). Non-compliance-or how many aunts has Matilda? *The Lancet*, 342, 909-913.

- Wrosch, C., & Scheier, M. (2003). Personality and quality of life: the importance and goal adjustment. *Quality of Life Research, 12*(1), 59-72.
- Yacoub, M. (2008). Heart transplantation: the end of the beginning. *American Journal of Transplantation, 8*(9), 1767-1768. doi: 10.1111/j.1600-6143.2008.02366.x
- Young, A., Klap, R., Sherbourne, C., & Wells, K. (2001). The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 58*, 55-61. doi: 10.1001/archpsyc.58.1.55.
- Zaroff, J., Rosengard, B., Armstrong, W., Babcock, W., D'Alessandro, A., Dec, W., ... Young, J. (2002). Consensus Conference Report: maximizing use of organs recovered from the cadaver donor: cardiac recommendations. *Circulation, 106*, 836-841. doi: 10.1161/01.CIR.0000025587.40373.75
- Ziegelstein, R., Fauerbach, J., Stevens, S., Romanelli, J., Richter, D., & Bush, D. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine, 160*(12), 1818-1823. doi: 10.1001/archinte.160.12.1818
- Zipfel, S., Löwe, B., Schneider, A., Herzog, W., & Bergmann, G. (1999). Quality of life, depression and coping behavior in patients awaiting heart transplant. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 49*(6), 187-194.
- Zipfel, S., Schneider, A., Junger, J., & Herzog, W. (2006). Anxiety, depressive symptoms and heart transplantation. In E. Molinari, A. Compare, & G. Parati (Eds.), *Clinical Psychology and Heart Disease* (pp. 149-163). Itália: Springer.
- Zipfel, S., Schneider, A., Wild, B., Löwe, B., Junger, J., Haass, M., ... Herzog, W. (2002). Effect of depressive symptoms on survival after heart transplantation. *Psychosomatic Medicine, 64*, 740-747. doi: 10.1097/01.PSY.0000031575.42041.6A
- Zolnierok, K., & DiMatteo, M. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care, 47*(8), 826-834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc
- Zuckermann, A., Dunkler, D., Deviatko, E., Bodhjalian, A., Czerny, M., Ankersmit, J., ... Grimm, M. (2003). Long-term survival (>10 years) of patients >60 years with induction therapy after cardiac transplantation. *European Journal of Cardiothoracic Surgery, 24*(2), 283-291. doi: 10.1016/S1010-7940(03)00265-3









## Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética do Hospital de S. João - Porto

### PARECER

TÍTULO DO PROJECTO: Contribuições da Psicologia para as novas fronteiras do Transplante Cardíaco: avaliação psicossocial. Adaptação Psicológica e Qualidade de Vida

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Sílvia Salomé Martinho Vieira da Costa

LOCAL ONDE SERÁ REALIZADO: Serviço de Cardiologia e Cirurgia Cardio-Torácica

Com este projecto, a investigadora propõe-se “identificar as variáveis psicológicas e sociais no ajustamento clínico, emocional e comportamental à Cirurgia de transplantação cardíaca”. Estes resultados poderão contribuir para uma intervenção psicológica facilitadora no processo de recuperação do transplantado.

Está previsto obter consentimento dos participantes, em documento adequado e mediante informação específica e clarificadora, entretanto disponibilizada.

A escala de avaliação de emoções – EAS que será utilizada está devidamente validada para a população portuguesa e respeita a anonimização exigida para a investigação em apreço.

Os Senhores Directores dos Serviços envolvidos deram a sua anuência à realização desta investigação.

Foram colocadas à investigadora algumas questões metodológicas, às quais deu resposta satisfatória, nomeadamente:

1. Identificou os “elos de ligação”, para estabelecer o contacto entre a investigadora e os doentes (de ambos os Serviços) que vierem a ser envolvidos no estudo.
2. Clarificou as circunstâncias da realização dos questionários aos doentes aos 6 e aos 12 meses após a cirurgia. Estas serão realizadas aquando das consultas previstas no protocolo de acompanhamento clínico de transplante cardíaco, não exigindo, assim, deslocações extraordinárias aos doentes participantes.

Neste contexto, a CES dá um parecer favorável à realização deste projecto de investigação.

Porto e H.S.João, 2008-07-29

O Presidente da CES  
  
Prof. Doutor Filipe Almeida

Em caso afirmativo, indique a Entidade que assume a responsabilidade das indemnizações:  
(juntar, por favor, cópia autenticada da respectiva apólice)

### 8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, abaixo-assinado, Sílvia Salomé Marinho Vieira da Costa, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 9 de Julho 2008

08.07.17  
Sílvia Salomé M.V. da Costa  
O INVESTIGADOR PRINCIPAL

A Comissão de Ética para a Saúde tende a aprovar o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

*[Handwritten signature]*

Prof. Doutor Filipe Almeida  
Presidente da Comissão de Ética

### PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HOSPITAL DE S. JOÃO

emitido na reunião de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 200 \_\_\_\_\_

A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.

- 6 -

08.07.29

*[Handwritten signature]*

Prof. Doutor Filipe Almeida  
Presidente da Comissão de Ética

Anexo 2 - Parecer da Comissão de Ética dos Hospitais da Universidade de Coimbra



HOSPITAIS DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA, E.P.E.  
COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Presidente: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Vice-Presidente:  
Dr. David Amador Rocha; Vogais: Dra. Maria Odete Isabel; Prof. Doutor  
Carlos Alberto Fontes Ribeiro; Enfermeiro: Adélio Tinoco Mendes;  
Jurista: Dra. Alexandra Vilela;  
Padre: José António Afonso Pais

Francisco Parente  
Director Clínico  
H.U.C.-EPE

Visto / Ao G.A.I.  
para difusão  
18/12/2008

Exmo. Senhor:  
Director Clínico dos  
HUC

N/Ref<sup>a</sup>  
CES

Ofício N<sup>o</sup>  
397

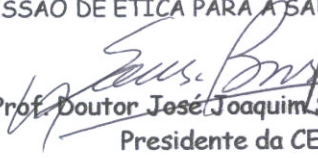
Data  
16.12.2008

ASSUNTO: [HUC-39-08] - *Estudo Observacional "Contribuições da Psicologia para as novas fronteiras do Transplante Cardíaco: Avaliação Psicossocial, Adaptação Psicológica e Qualidade de Vida"* - Dra. Sílvia Salomé Martinho Vieira da Costa, Psicóloga e Bolseira de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia - (projecto de investigação a ser realizado no Centro de Cirurgia Cardiorotáica dos HUC).

Cumpre-me informar Vossa Ex.<sup>a</sup> que a Comissão de Ética dos Hospitais da Universidade de Coimbra reunida em 16 de Dezembro de 2008, com a presença da maioria dos seus membros, após análise pormenorizada do estudo mencionado em epígrafe, emitiu parecer favorável à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DOS H.U.C., EPE

  
Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros  
Presidente da CES

H. U. C., E. P. E.  
Comissão de Ética para a Saúde

### Anexo 3 - Parecer da Comissão de Ética do Hospital de Santa Cruz - Lisboa



Exma. Senhora  
Dr.ª Sílvia Salomé Martinho V. da Costa  
Praceta Alferes Pereira, 78, apt 97  
4400-009 V.N. de Gaia

S/ Referência	S/ Comunicação	N/ Referência	Data	Nº Páginas	Nº Anexos
		457/CE_2008	15-12-2008	1	

**ASSUNTO:** Contribuições da Psicologia para as novas fronteiras do Transplante Cardíaco - Avaliação Psicossocial, Adaptação Psicológica e Qualidade de Vida”

Ex.mo(a) Senhor(a),

A Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental deliberou em reunião de 12 de Dezembro de 2008 emitir parecer favorável à realização do estudo supramencionado, conforme documento em anexo.

Com os melhores cumprimentos,

Presidente da Comissão de Ética

  
**Prof.ª Doutora Maria Teresa Marques**

## Anexo 4 – Consentimento Informado

### *Consentimento Informado*

#### **Contribuições da Psicologia para as novas fronteiras do Transplante Cardíaco: Avaliação Psicossocial, Adaptação Psicológica e Qualidade de Vida**

O presente documento visa fornecer-lhe a informação de que depende o seu consentimento para a participação voluntária neste projeto de investigação. Pede-se que o leia, coloque as suas dúvidas a quem lho apresenta e que assine o documento, caso queira participar no estudo.

Estamos a desenvolver um projecto de investigação (nos vários centros de transplantação cardíaca do País) para conhecer melhor as reações das pessoas submetidas a Transplante Cardíaco, com a finalidade de se melhorarem os cuidados de saúde junto da pessoa que necessita deste procedimento cirúrgico. Espera-se um conhecimento mais aprofundado dos aspectos psicológicos no Transplante Cardíaco, de forma a melhor ajudarmos as pessoas que dele necessitam.

Dado que em Portugal não existe investigação neste âmbito, pretendemos descrever os diferentes comportamentos adotados pelas pessoas em três momentos diferentes deste procedimento médico-cirúrgico (antes do Transplante Cardíaco, meio ano e um ano após o referido procedimento). É neste sentido que pedimos a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

As informações que nos fornecer destinam-se exclusivamente ao presente estudo, sendo o questionário confidencial, pelo que será atribuído um código sempre que o preencher.

Não há respostas certas ou erradas; pedimos-lhe apenas para fazer um esforço de rigor e de sinceridade, procurando ser tão específico(a) quanto possível nas suas respostas, de acordo, naturalmente, com a vivência da sua situação actual.

Tem a liberdade de querer ou não participar neste estudo, não advindo daí quaisquer consequências no tratamento a que está a ser submetido(a).

Se estiver interessado(a) em conhecer os resultados desta pesquisa poderá, se assim o desejar, solicitá-lo.

Certa da sua preciosa colaboração,

Eu, \_\_\_\_\_ declaro ter consciência dos objectivos e procedimentos do Projecto **Contribuições da Psicologia para as novas fronteiras do Transplante Cardíaco: Avaliação Psicossocial, Adaptação Psicológica e Qualidade de Vida**, bem como do meu papel enquanto participante neste estudo.

Morada \_\_\_\_\_  
Telefone \_\_\_\_\_ Tlm \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Assinatura \_\_\_\_\_

Investigador - Sílvia Salomé Martinho Vieira da Costa  
Local - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto  
Tlm. 91 8226791/e-mail silviasalomecosta@gmail.com

## Anexo 5 – Ficha de Caracterização Psicossocial

### FICHA DE CARACTERIZAÇÃO PSICOSSOCIAL

Código nº \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Instituição Hospitalar \_\_\_\_\_

Por favor, em relação às questões seguintes, assinale, com um X (cruz) a resposta que for adequada à sua situação ou complete-a, se for caso disso:

1. Idade \_\_\_\_\_
2. Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
3. Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_
4. Estado Civil: solteiro(a) \_\_\_\_ casado(a) \_\_\_\_ viúvo(a) \_\_\_\_ divorciado(a) \_\_\_\_ união de facto \_\_\_\_
5. Nº de Filhos \_\_\_\_ Idades \_\_\_\_\_
6. Residência: Concelho \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_
7. Quantas pessoas vivem consigo em regime de coabituação? Quem? \_\_\_\_\_
8. Quantos anos completos de escolaridade possui? \_\_\_\_\_
9. Tem ou teve como profissão \_\_\_\_\_
10. Situação laboral, no momento:  
  
Estudante \_\_\_\_  
Empregado(a)/Activo(a) \_\_\_\_  
Desempregado(a) \_\_\_\_  
Baixa Médica \_\_\_\_ há \_\_\_\_  
Reformado(a) \_\_\_\_ há \_\_\_\_  
Doméstica \_\_\_\_
11. Se está empregado(a), tem vínculo: Definitivo \_\_\_\_ Precário \_\_\_\_  
11.1 Qual a sua função actual no emprego? (dirigente \_\_\_\_ chefia \_\_\_\_ operário \_\_\_\_)  
11.2 Se está em casa (doméstica, desempregado(a) ou reformado(a) qual era a sua função anterior?  
Dirigente \_\_\_\_ Chefia \_\_\_\_ Operário \_\_\_\_



## Anexo 6 - Ficha de Caracterização Clínica

### FICHA DE CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

Código nº \_\_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_ Idade \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Datas: Lista de Espera \_\_\_\_\_ Admissão \_\_\_\_\_ Transplante \_\_\_\_\_ Alta \_\_\_\_\_

Paciente em casa \_\_\_ Paciente deslocado da família \_\_\_ Paciente hospitalizado  
Cardiologia \_\_\_ Paciente hospitalizado UCI \_\_\_\_\_

Tipo de Miocardiopatia: Dilatada \_\_\_ Isquémica \_\_\_ Hipertrofica \_\_\_ Outras \_\_\_\_\_

História Familiar de Miocardiopatia: Sim \_\_\_ Não \_\_\_\_\_

Classe Funcional de Insuficiência Cardíaca \_\_\_\_\_ NYHA

Grau de Urgência do T.C. \_\_\_\_\_

CDI \_\_\_ Pacemaker \_\_\_\_\_

Hospitalizações anteriores e sua duração, devido à I.C. \_\_\_\_\_

Local, data e duração dos dois últimos internamentos em

UCI \_\_\_\_\_

Intervenções cardiovasculares prévias \_\_\_\_\_

Autonomia (tomar banho, vestir-se, fazer compras, fazer o trabalho doméstico,  
conduzir) \_\_\_\_\_

Sintomas debilitantes: Dispneia \_\_\_ Dor Torácica \_\_\_ Palpitações \_\_\_ Cansaço \_\_\_\_\_

Edemas \_\_\_ Outros \_\_\_\_\_

Medicação psiquiátrica atual \_\_\_\_\_

Outros problemas de saúde \_\_\_\_\_

Notas:

\_\_\_\_\_

**Anexo 7 - Contra-indicações absolutas e relativas para o T.C. (McCalmont & Ohler, 2008)**

<b>Contra-indicações absolutas para a transplantação</b>	<b>Contra-indicações relativas para a transplantação</b>
Idade avançada	Idade superior a 65 anos
Hipertensão pulmonar severa	Hipertensão pulmonar reversível
Disfunção hepática irreversível (cirrose, etc.)	Disfunção hepática e pulmonar reversíveis
Diabetes insulino-dependente por controlar	Diabetes insulino-dependente, requerendo doses elevadas
Disfunção renal irreversível	Caquexia (índice de massa corporal $\leq$ do que 20 kg/m <sup>2</sup> )
Doença vascular periférica ou cerebrovascular severa e sintomática	Obesidade (índice de massa corporal $\geq$ 30 Kg/m <sup>2</sup> )
Doença pulmonar obstrutiva crónica	HIV positivo
Enfarte pulmonar recente ou por resolver	Doenças vasculares periféricas ou cerebrovasculares assintomáticas
Úlcera péptica ativa	Doença psiquiátrica sob tratamento
Amiloidose	Atraso mental e demência
Diverticulite recente ou em curso	<i>Nota:</i> em relação à seropositividade, não existe um consenso claro em constituir contra-indicação absoluta; a opção varia de centro para centro. Calabrese et al. (2003) referem um caso de um T.C., bem sucedido, num paciente HIV1 positivo.
Doença psiquiátrica (doença mental severa ou instabilidade	
Hábitos tabágicos, alcoólicos ou uso de drogas	
Não adesão médica	
Ausência de apoio social	

## Anexo 8 – Objetivos gerais, específicos e conteúdos da Avaliação Psicossocial pré-T.C.

(Maldonado, 2009; DiMartini et al., 2008; Levenson & Olbrisch, 2000)

- promover a justiça e a equidade no acesso ao procedimento;
- maximizar os resultados do transplante e usar, de forma sensata, os recursos escassos;
- assegurar que os potenciais benefícios superam os riscos cirúrgicos do procedimento, ao identificar os potenciais fatores de risco (abuso de substâncias, problemas na adesão, psicopatologia grave) que podem resultar em risco aumentado de não adesão pós-operatória e morbidade;
- partilhar informação para desenvolver planos terapêuticos para os pacientes de elevado risco, nomeadamente; identificar o nível de funcionamento cognitivo e neuropsiquiátrico do paciente e implementar planos terapêuticos adequados (psiquiátricos/psicológicos) para reduzir os riscos, otimizar a preservação do enxerto, minimizar morbidades futuras e promover a QDV do paciente após o procedimento.

### Objetivos específicos

- disponibilizar, junto do paciente, a informação sobre todo o procedimento e os recursos que tem ao seu dispor; perceber a capacidade do candidato em entender o seu papel ao longo de todo o processo, assegurando uma adequada e efetiva compreensão do mesmo, para que o paciente possa dar o consentimento informado;
- avaliar a capacidade do paciente candidato para estabelecer uma relação colaborativa com a equipa de transplantação (E.T.);
- ajudar a E.T. a conceber o paciente como uma Pessoa, nas suas várias dimensões, de forma a poder prestar cuidados clínicos mais efetivos e abrangentes;
- estabelecer/reforçar o relacionamento e o compromisso entre o paciente e os prestadores de cuidados;
- avaliar as competências de *coping* do paciente para lidar com o stresse do procedimento e intervir caso necessário;
- avaliar as potenciais barreiras à adesão;
- identificar hábitos de vida que podem influenciar a morbidade e mortalidade após o T.C. (hábitos tabágicos, alcoólicos, uso de drogas, dieta deficitária) e avaliar a motivação e competência do paciente candidato para modificar esses hábitos para toda a vida;
- avaliar a história de abuso de substâncias e reabilitação e prever a capacidade do paciente em manter-se abstinente a longo prazo;
- avaliar o grau de compromisso do paciente em aderir ao regime médico e à panóplia de cuidados após o T.C.;
- desenvolver planos de tratamento individualizados;
- diagnosticar perturbações psiquiátricas e oferecer planos de intervenção antes e depois do T.C.;
- identificar áreas de intervenção psicossocial pré e após o procedimento;
- Avaliar o grau de compromisso do potencial prestador de cuidados bem como a sua capacidade de fornecer o nível de suporte requerido;
- identificar as necessidades psicossociais do paciente e família e os seus planos para a fase de espera, recuperação e reabilitação do T.C.;
- promover assistência ao paciente e à família no desenvolvimento do plano de cuidados;
- estabelecer uma *baseline* do funcionamento psicológico do paciente, no sentido de poder monitorizar as mudanças ao longo do período pós T.C.

**Conteúdos da avaliação psicossocial pré T.C.**

(DiMartini et al., 2008):

- história da doença cardíaca terminal (aparecimento, curso, sintomatologia, limitações);
- circunstâncias que levam ao T.C. (planeado/urgente);
- avaliação da compreensão dos riscos, benefícios e sobrevida; dos contornos do período de espera; da hospitalização, recuperação e reabilitação (estilo de vida, riscos e benefícios dos imunossuppressores, etc.) (consentimento informado);
- estado cognitivo e emocional perante o procedimento: atitude, motivação e avaliação neurocognitiva (exame do estado mental);
- atitude face ao procedimento (nível de interesse, expectativas e receios);
- atitude face à doação do órgão;
- história prévia de adesão (medicação, dieta, consultas);
- história passada de outros problemas médicos (mecanismos de *coping* com a doença, hospitalizações e com cirurgias prévias);
- história psiquiátrica prévia e atual (incluindo funcionamento cognitivo, desordens de personalidade, distúrbios de humor, perturbações de ansiedade, ideação e/ou tentativa de suicídio, psicoses);
- história prévia e atual de abuso de substâncias (tabaco, álcool, drogas);
- história familiar de doença física e psiquiátrica;
- história social (nível educacional e situação laboral);
- rede de apoio social (família, amigos, atividades de lazer e comunitárias).