

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

*Leda Maria Branco Ravagnani
Neide Aparecida Micelli Domingos
Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki*
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Resumo

Este estudo teve como objetivo comparar qualidade de vida pré e pós-transplante renal e identificar estratégias de enfrentamento utilizadas após o transplante. Participaram 17 pacientes (nove mulheres e oito homens) com idade entre 23 e 55 anos ($M = 38$ anos; $DP = 8$), que responderam ao Inventário de Qualidade de Vida SF-36, ao Inventário de Enfrentamento e a um roteiro de entrevista (pré e pós-transplante). Não houve diferença significativa entre a avaliação de qualidade de vida nos períodos pré e pós-transplante para as variáveis investigadas pelo SF-36. As principais preocupações apontadas foram efeitos colaterais das medicações, consultas médicas, alterações da imagem corporal e tempo de hospitalização. Estratégias de enfrentamento centradas na emoção foram as mais utilizadas, isto é, estratégias mais subjetivas para enfrentar dificuldades. O transplante renal não influenciou de forma significativa a qualidade de vida destes pacientes.

Palavras-chave: qualidade de vida; transplante renal; estratégias de enfrentamento

Abstract

Quality of life and coping strategies in patients undergoing renal transplantation. The aim of the present study was to compare patients' quality of life before and after renal transplantation, and identify coping strategies after surgery. Participants were 17 patients (9 female, and 8 men) with ages ranging from 23 to 55 years old ($M: 37.9$ years; $SD: 8$) assessed with the SF-36 Quality of Life Questionnaire, Ways of Coping Questionnaire, and a structured interview (before and after transplant). There was no significant difference in the quality of life assessment before and after the transplantation for the variables assessed by the SF-36. Patients' major concerns were: effects of the medication, medical consultation, changes in corporal appearance, and hospitalization. Patients tended to use more emotion centered coping strategies, i.e., more subjective ways to cope with difficulties. There was no significant change in patients' quality of life after transplantation.

Keywords: quality of life; renal transplantation; coping strategies

Insuficiência renal crônica é uma das manifestações da doença renal crônica. Consiste, principalmente, na redução da capacidade dos rins em filtrar substâncias tóxicas, acarretando alterações metabólicas e hormonais (Ministério da Saúde, 2002).

O termo *doença renal terminal* (DRT) é utilizado para denominar o estágio mais avançado da insuficiência renal crônica, com perda de mais de 90% da função renal. Sua incidência tem aumentado em todo mundo, associada ao envelhecimento da população, à melhora dos recursos disponíveis para tratamento

de diversas doenças, como diabetes, problemas cardiovasculares e câncer, bem como o rápido crescimento e aprimoramento dos métodos de substituição da função renal (Hsu, Vittinghoff, Lin, & Shlipak, 2004). Os tratamentos atualmente disponíveis para manejo da DRT não são curativos, mas substituem a função renal aliviando os sintomas da doença e podem preservar a vida do paciente. Incluem a hemodiálise (HD) (Romão Jr. & Araújo, 1998), a diálise peritoneal ambulatorial contínua (CAPD) (Pecoits Filho & Riella, 1998) e o transplante (TX) (Silva Jr. & Pestana, 1998).

Em algumas situações específicas, a diálise e o transplante renal são complementares. A diálise serve de terapia de suporte na fase inicial do tratamento e preparo para o transplante, podendo ser ainda posteriormente utilizada em caso de rejeição aguda ou crônica do órgão transplantado (Riella, 1998).

Atualmente, a avaliação da qualidade de vida tem auxiliado no estabelecimento de metas no tratamento de insuficiência renal crônica (Riella, 1998), uma vez que este tratamento acarreta importantes limitações físicas, psicológicas e sociais aos pacientes.

Qualidade de vida é definida pela Organização Mundial de Saúde (1998) como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, no contexto cultural e sistema de valores do local onde vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Abrange domínios de funcionamento, como condições físicas e capacidade funcional, condições psicológicas e bem estar, interações sociais, condições ou fatores econômicos e/ou vocacionais e condições religiosas e/ou espirituais. A avaliação da qualidade de vida é realizada com base na percepção que o indivíduo tem em relação a cada uma destas áreas e a terminologia utilizada pode diferir entre os investigadores (Spilker, 1996).

Em pacientes renais crônicos, a qualidade de vida é influenciada pela própria doença e pelo tipo de terapia de substituição da função renal. Além disso, fatores como idade do paciente, presença de anemia, comorbidade e depressão podem ser importantes influenciadores da qualidade de vida. Alguns destes problemas, quando identificados no início do tratamento, são passíveis de intervenção, que pode influenciar favoravelmente a evolução da doença (Valderrabano, Jofre, & Lopez-Gomes, 2001).

Estudos sobre adaptação psicossocial ao tratamento têm comparado a qualidade de vida entre pacientes (e seus familiares) em hemodiálise, CAPD e transplante (Blake, Codd, Cassidy, & O’Meara, 2000; Keogh & Feechally, 1999; Lindqvist, Carlsson, & Sjoden, 2000; Park, Yoo, Han, Kim, Kim, & Lee, 1996; Rebollo, Ortega, Baltar, Badia, Alvarez-Ude, & Diaz-Corte, 2000; Wicks, Milstead, Hathaway, & Cetingok, 1998). O caráter crônico desses tratamentos e o estresse associado aos mesmos estão frequentemente relacionados a sofrimento emocional e transtornos mentais, que interferem na adaptação e adesão ao tratamento e requerem intervenção multidisciplinar (Newman, Steed, & Mulligan, 2004; Olbrisch, Benedict, Ashe, & Levenson, 2000; Wainright, Fallon, & Gould, 1999).

Além de fatores associados ao tratamento, pacientes em diálise têm outras fontes de estresse, como dificuldades profissionais e redução da renda mensal, diminuição da capacidade ou do interesse sexual, medo da morte, restrições dietéticas e híbridas, alterações na imagem corporal e práticas específicas de higiene, tornando necessário o fornecimento de suporte social e educacional como parte integrante do tratamento (Almeida & Meleiro, 2000; Periz & Sanmartin, 1998). Embora o estresse associado ao tratamento e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes tenham sido alvo de estudos, as mudanças que ocorrem com o passar do tempo ainda precisam se melhor compreendidas (Christensen & Ehlers, 2002).

Pesquisas sobre o impacto do tratamento e mudanças a

este associadas têm utilizado o conceito de qualidade de vida na comparação da efetividade das diferentes estratégias de intervenção terapêutica. Estes estudos indicam o transplante como a intervenção que fornece maior possibilidade de independência das restrições impostas pelos outros tipos de tratamento (Brunner, 1998; Fallon, Gould, & Wainright, 1997).

Embora estudos sobre a qualidade de vida de pacientes renais crônicos sejam freqüentes, poucos têm abordado a qualidade de vida de pacientes transplantados, suas preocupações e os novos desafios que surgem após a cirurgia, como o reconhecimento de sinais e sintomas associados com infecção e rejeição (Fallon, Gould, & Wainright, 1997; Ostrowski, Wesolowski, Makar, & Bohatyrewicz, 2000). Alguns estudos identificam três fatores que podem prever melhora da qualidade de vida de pacientes submetidos a transplante renal: redução de estressores, como interrupção do tratamento dialítico e interferência deste na vida diária, facilitação da vida profissional (possibilidade mais ampla de empregos) e melhora do apoio social (Hathaway et al., 1998; Siegal & Greenstein, 1999; Winset & Hathaway, 1999).

Entretanto, mesmo com um transplante bem sucedido, após a alta e com o enxerto funcionando, o paciente continua a viver com uma doença crônica. Consultas hospitalares com regularidade são necessárias e podem gerar estresse, especialmente nos primeiros seis meses, quando são mais freqüentes. Quando o intenso contato com sistema de saúde diminui, o retorno a um estilo de vida normal (diferente, entretanto do estilo de vida anterior à doença renal) traz novas preocupações, como a necessidade de retomar a vida profissional, o convívio com a família e outras responsabilidades (Fallon, Gould, & Wainright, 1997).

Atendimentos a grupos de pacientes e familiares, nos períodos pré e pós-transplante renal, possibilitam a identificação dos problemas enfrentados com maior freqüência. Além disso, fornecem uma oportunidade para discutir estratégias adequadas de enfrentamento e fornecer informações adequadas, que atendam as necessidades dos pacientes e favoreçam a qualidade de vida (Spira, 1997; Ravagnani, Duarte, Valério, Carvalho, Chessa, & Ramalho, 2001).

A identificação de estressores, bem como das estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes para “minimizar” o impacto do estresse sobre o organismo, são importantes preditores da qualidade de vida antes e depois de procedimentos médicos. Além disso, podem fornecer importantes subsídios para o planejamento de programas preventivos (Miyazaki, Domingos, Valério, Souza, & Silva, 2005; Straub, 2002; Taylor, 2003).

O termo enfrentamento, do inglês *coping*, é empregado para identificar a maneira utilizada para lidar com demandas, internas ou externas, avaliadas pelo indivíduo como estando além de seus recursos ou possibilidades (Gimenez, 1997; Straub, 2002). O enfrentamento é uma resposta cujo objetivo é aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal frente a uma situação de estresse. Depende do repertório individual e de experiências tipicamente reforçadas, podendo ser centrado na emoção ou no problema. Quando centrado na emoção procura reduzir a sensação de desconforto emocional, e é usado com maior freqüência em situações percebidas como imutáveis. Quando centrado no problema visa operar mudanças diretas no ambiente, sendo utilizado com maior freqüência quando a

condição é avaliada como passível de ser modificada. Tanto o enfrentamento centrado no problema como o centrado na emoção ocorrem em situações estressantes e influenciam-se mutuamente. Ambos podem ser utilizados pelo mesmo indivíduo, cada um apresentando vantagens e desvantagens, dependendo da situação e do momento de utilização (Gimenez, 1997; Straub, 2002; Taylor, 2003).

As estratégias de enfrentamento utilizadas dependem ainda dos recursos culturais, materiais, valores, crenças, habilidades sociais e apoio social de cada indivíduo. Além disso, esses recursos eventualmente não estão disponíveis por restrições internas (outros valores, deficiências psicológicas, intensidade percebida do nível de ameaça) ou externas (exigências institucionais, ausência de recursos materiais) (Cerqueira, 2000).

Nas doenças crônicas, as estratégias de enfrentamento têm papel mediador entre sujeito, saúde e doença. Ao discutir enfrentamento e doenças crônicas é preciso considerar as implicações destas sobre o desenvolvimento e reações do paciente, da família, e de grupos sociais. Sentimentos de abandono, desesperança, baixa auto-estima, ansiedade, depressão, por exemplo, manifestam-se frequentemente em pacientes com problemas crônicos. Além disso, os antecedentes e desencadeantes da doença, a interação, a avaliação e a resposta do indivíduo em relação às ameaças ao seu bem estar, podem moderar o impacto, frear, ou acelerar o desenvolvimento de um processo mórbido (Cerqueira, 2000; Straub, 2002; Taylor, 2003).

Compreender aspectos associados à qualidade de vida e estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes submetidos a transplante renal pode auxiliar no desenvolvimento de programas preventivos e de intervenção adequados às necessidades destes pacientes. Os objetivos deste estudo foram avaliar qualidade de vida pré e pós-transplante renal em pacientes com enxerto funcionante e identificar estratégias de enfrentamento utilizadas.

Método

Participantes

Participaram do estudo 17 pacientes adultos (nove do sexo feminino), com idade entre 23 e 55 anos ($M = 37,9$; $DP = 8,12$) submetidos a transplante renal no período entre três e 29 meses e enxerto funcionante, com órgão doado por doadores vivos e cadáveres, entre outubro/1999 e janeiro/2002. Foram utilizados como critérios de inclusão no período pré-transplante estar em tratamento dialítico e em protocolo de avaliação clínica e psicológica para transplante renal, independente do tempo de diálise, mas de acordo com critérios estabelecidos para realização de transplante. No período pós-transplante, foi critério de inclusão ter no mínimo três meses de transplante com enxerto funcionante. Foram critérios de exclusão no pós-transplante condições adicionais de comorbidade que poderiam afetar a percepção de qualidade de vida; proveniência de centros que não realizam avaliação psicológica; ter perdido o enxerto após o transplante e retornado para tratamento dialítico.

Instrumentos

Foram utilizados dois roteiros estruturados de entrevista elaborados para os períodos pré e pós-transplante, o Inventário de Qualidade de Vida SF-36 (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão, & Quaresma, 1999) e o Inventário de Estratégias de Enfrentamento (Savóia, 2000).

Procedimento

Após aprovação do projeto por Comitê de Ética em Pesquisa, o estudo foi realizado na Unidade de Hemodiálise e no Ambulatório de Transplante Renal de um Hospital de Ensino.

Pacientes em tratamento dialítico que atendiam os critérios de inclusão e concordaram em participar do estudo, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram submetidos ao protocolo de avaliação psicológica de rotina da Unidade, acrescido do Inventário de Estratégias de Enfrentamento. Os instrumentos foram aplicados antes, durante ou após o tratamento dialítico.

Após serem submetidos ao transplante renal, os pacientes foram acompanhados pela equipe interdisciplinar, inicialmente na Unidade de Transplante do Hospital, e posteriormente no Ambulatório de Transplante Renal, na consulta de retorno.

Pacientes que apresentavam enxerto funcionante após três meses de transplante e atendiam os critérios de inclusão foram novamente avaliados com o SF-36 e o Inventário de Estratégias de Enfrentamento, acrescido do roteiro de entrevista pós-transplante (tempo de transplante, doador, se exerce atividade profissional, renda, dificuldade encontradas após a cirurgia, manejo e resolução ou não destas dificuldades). Para a análise estatística dos dados foi usado o teste não-paramétrico de sinal para mediana, escolhido em função do pequeno tamanho da amostra e das variáveis não terem distribuição normal.

Resultados e discussão

O instrumento utilizado para avaliar qualidade de vida em pacientes pré e pós-transplante renal foi o questionário SF-36, uma medida genérica amplamente utilizada no mundo todo, considerada válida, segura, compreensível, rápida e útil para aplicação em pacientes individuais. A análise dos dados não evidenciou diferença significativa entre a avaliação pré e pós-transplante para as variáveis investigadas pelo SF-36 (Tabela 1).

Pesquisas sobre qualidade de vida após o transplante são escassas, principalmente no Brasil, e tendem a comparar pacientes em tratamento dialítico (HD e CAPD) com pacientes transplantados. Alguns autores relatam resultados positivos, ou seja, melhora na qualidade de vida após o transplante, enquanto outros rejeitam esses achados (Fisher, Gould, Wainwright, & Fallon, 1998). A ausência de melhora significativa na qualidade de vida de pacientes transplantados tem sido discutida por diversos autores e parece estar relacionada à preocupação com a saúde física, especialmente rejeição do enxerto, mudança na imagem corporal decorrente dos efeitos da medicação imunossupressora e a ansiedade sobre perspectivas futuras,

como vida profissional (Fisher et al., 1998; Fujisawa et al., 2000; Ostrowski, Wesolowski, Makar, & Bohatyrewicz, 2000). Essas preocupações são bem fundamentadas, pois há risco constante de rejeição, especialmente durante os primeiros seis meses pós-transplante. Por isso os pacientes devem aderir a um complexo regime de medicações, que pode acarretar efeitos colaterais importantes e indesejáveis e requer supervisão médica para o resto da vida. Assim, numerosas fontes de estresse e ansiedade podem estar presentes mesmo após o transplante, causando um

impacto negativo sobre a qualidade de vida. Por outro lado, um transplante bem sucedido libera o paciente das restrições da diálise e permite maior independência, sendo esta geralmente a principal razão para que a cirurgia seja o método terapêutico escolhido (Fisher et al., 1998).

Embora não tenha sido encontrada diferença estatisticamente significativa entre os escores de qualidade de vida pré e pós-transplante, a análise da média dos escores aponta diferença positiva na avaliação da qualidade de vida após o transplante.

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

Variável e definição	Pré	Pós	Diferença mediana	<i>p</i>
Capacidade funcional (CF): limitações de atividades físicas (ex: auto-cuidados; andar)	67,35	77,35	5,00	0,2120
Limitação por aspectos físicos (AF): limitações de atividades diárias (ex: trabalho doméstico, profissional ou acadêmico)	41,18	44,12	0,00	0,3872
Dor (D): gravidade da dor	65,29	78,41	10,00	0,3036
Estado geral de saúde (EGS): avaliação da própria saúde	58,88	66,29	-10,00	0,8338
Vitalidade (Vita): grau de cansaço ou vitalidade para realizar atividades	63,24	75,00	15,00	0,2272
Aspectos sociais (AS): limitações nas atividades sociais	75,03	82,35	0,00	0,3872
Aspectos emocionais (AE): limitação por aspectos emocionais	68,62	60,76	0,00	0,8281
Saúde mental (SM): sentimentos de depressão, ansiedade e afeto positivo	75,29	71,76	0,00	0,5982

Assim, embora não haja significância estatística, os dados parecem indicar relevância clínica, uma vez que os pacientes avaliaram de forma superior, após o transplante, diversas variáveis associadas à qualidade de vida. Ganhos, mesmo que pequenos, em aspectos como capacidade funcional para realizar tarefas do dia a dia, redução da dor, estado geral de saúde, vitalidade e aspectos sociais podem ter impacto importante sobre o funcionamento diário do paciente e seu bem estar.

Os resultados da variável saúde mental mostram sua deterioração (estatisticamente não-significante) na avaliação pós-transplante, dado compatível com os resultados obtidos em outros estudos realizados na área (Wainwright, Fallon, & Gould, 1999; Fujisawa et al., 2000), Tanto pacientes quanto cuidadores avaliaram o transplante como a criação de mais mudanças favoráveis que negativas na qualidade de vida, dado também encontrado por outros autores (Fallon, Gould, & Wainwright, 1997; Fisher et al., 1998; Fujisawa et al., 2000; Ostrowski et al., 2000).

O tempo de transplante parece ser também uma variável

importante na determinação da qualidade de vida. A literatura aponta que os primeiros seis meses após a cirurgia são preocupantes, pelo risco mais alto de rejeição neste período, visitas constantes e necessárias ao hospital e ajustamento do paciente à medicação e seus efeitos colaterais. Entretanto, estudos indicam que a qualidade de vida é geralmente avaliada de forma superior pelos pacientes neste período (Brunner, 1998). É possível que isso ocorra porque, com o desenvolvimento da doença crônica e início do tratamento dialítico, o paciente coloca toda a sua esperança no transplante, sentindo-se aliviado ao realizá-lo, fato que ameniza avaliação negativa dos problemas presentes neste período. Neste estudo, houve maior concentração de pacientes no período entre seis e 29 meses após o transplante, fator que provavelmente influenciou a avaliação da qualidade de vida, percebida como superior nos primeiros seis meses após a cirurgia. Os resultados deste estudo são compatíveis com o estudo realizado por Fujisawa et al. (2000), que também utilizaram o SF-36 e não obtiveram resultados significativamente diferentes entre pacientes que aguardavam transplante e pacientes já

transplantados.

A análise dos dados indica que os pacientes continuaram a experimentar estresse em relação à saúde no período pós-transplante. Isto é esperado, pelas complicações que podem ocorrer neste período, bem como pela necessidade de ajustes,

adaptação ao tratamento e efeitos colaterais da medicação.

Houve tendência da amostra para utilizar enfrentamento centrado na emoção, habitualmente usado quando as pessoas acreditam pouco poder fazer para alterar a situação, ou quando acreditam que seus recursos são insuficientes para atender às

Tabela 2

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

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

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

demandas da situação estressante (Straub, 2002).

A estratégia de enfrentamento focalizado na emoção utilizada com maior frequência foi reavaliação positiva da situação (Tabela 3). Esta forma de enfrentamento envolve uma reinterpretação positiva de uma situação inicialmente vista como negativa e favorece a utilização da experiência vivenciada como forma de crescimento e aprendizagem (Straub, 2002). A reavaliação é uma resposta a mudanças nas condições internas e externas, a partir de novas reflexões sobre as evidências, ou feedback do impacto da reação do indivíduo e das estratégias de enfrentamento utilizadas (Gimenez, 1997).

A segunda estratégia mais utilizada foi busca de suporte social, que funciona como amortecedor do estresse e indica tendência a utilizar enfrentamento externo para lidar com

as dificuldades. É possível que a necessidade de consultas e hospitalizações frequentes e a alta chance de rejeição aguda levem o paciente a procurar ajuda de pessoas próximas (Kong & Molassiotis, 1999). Além disso, outros pacientes em situação semelhante podem frequentemente atuar como fonte importante de suporte social, muitas vezes utilizada formalmente pelo sistema de saúde, como grupos de sala de espera para informação e até mesmo grupos psicoterapêuticos (Ravagnani et al., 2001; Ribeiro-dos-Santos & Miyazaki, 1999; Valério, Miyazaki, Golloni-Bertollo, & Mazzi, 1993).

As outras estratégias utilizadas pela amostra foram aceitação de responsabilidade, afastamento, autocontrole, fuga e esquiva. São também centradas na emoção e implicam esforço para regular emoções tais como medo, ansiedade e

Tabela 3

Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes submetidos ao transplante renal

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

DP = desvio padrão

desespero. Auxiliam a manter a esperança e o otimismo frente às dificuldades encontradas após a cirurgia, como a adesão ao tratamento e efeitos colaterais da medicação, identificados como fatores de estresse relacionados à saúde nesse estudo.

Resolução de problemas e confronto são estratégias de enfrentamento centradas no problema e implicam num esforço para atuar diretamente sobre a situação que ameaça ou desafia a pessoa. Resolução de problemas implica na busca de informações relevantes, na avaliação das alternativas de ação e na decisão por uma conduta específica (Gimenez, 1997). Neste estudo, a utilização deste tipo de estratégia incluiu a utilização, pelos pacientes, dos recursos disponibilizados pela equipe interdisciplinar, como informações sob diferentes aspectos associados ao tratamento (e.g., manejo de efeitos colaterais da medicação a partir de informações obtidas no grupo de orientação em sala de espera para pacientes transplantados).

As estratégias de enfrentamento menos utilizadas foram fuga e esquiva, estratégias centradas na emoção e consideradas negativas, uma vez que podem impedir comportamentos adaptativos. Comportamentos de fuga e esquiva podem ser exemplificados pela falha em identificar sintomas importantes ou protelar a busca de ajuda, até que seja tarde demais (Cerqueira, 2000). A pouca utilização dessas estratégias nesse estudo deve-se ao acompanhamento psicológico realizado no pré e pós cirúrgico, que possibilita a expressão e compreensão de sentimentos presentes nas situações vivenciadas pelos pacientes, auxiliando portando no manejo adequado das mesmas.

As estratégias podem ser utilizadas de maneira conjunta, embora haja possibilidade de uma prevalecer sobre a outra em fases específicas da doença e de acordo com as necessidades (Gimenez, 1997). Na amostra estudada os pacientes utilizaram mais estratégias de enfrentamento centradas na emoção, provavelmente por não se perceberem competentes para enfrentar a situação, cabendo-lhes suportar a tensão por meio de regulações afetivas diversas.

Estudos norte-americanos (Sutton & Murphy, 1989) e chineses (Kong & Molassiotis, 1999) identificaram maior utilização de estratégias de enfrentamento orientadas para problema que estratégias centradas na emoção. É possível, portanto, que características culturais sejam responsáveis pelos dados obtidos neste estudo. Além disso, é possível que as estratégias utilizadas mudem com o passar do tempo e que, se os pacientes da amostra fossem avaliados em outro momento, outras estratégias estivessem evidentes (Kong & Molassiotis, 1999).

Neste estudo, embora o tamanho da amostra possa limitar as conclusões, os dados obtidos são compatíveis com a literatura em vários aspectos. Do ponto de vista institucional, a realização deste estudo possibilitou uma visão geral da qualidade de vida e das estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com o estresse associado ao transplante renal. Os dados fornecem ainda subsídios para o desenvolvimento de programas de intervenção, cujo impacto deve ser posteriormente avaliado, e cujo objetivo é auxiliar os transplantados a enfrentarem as demandas da vida com um enxerto renal funcionante.

Conclusões

Neste estudo, o transplante renal não influenciou de forma significativa a qualidade de vida dos pacientes. Os escores de qualidade de vida no período pós-transplante foram superiores aos escores pré-transplante, embora esta diferença não tenha sido estatisticamente significativa. A qualidade de vida dos pacientes, mesmo após o transplante, pode ser comprometida pelo estresse em relação à saúde e pelos efeitos colaterais das medicações.

Houve uma tendência para utilizar estratégias de enfrentamento centradas na emoção, isto é, a utilização de formas mais subjetivas de lidar com as dificuldades. Reavaliação positiva da situação foi a estratégia mais utilizada pelos pacientes e as menos utilizadas foram fuga e esquiva do problema. Estes dados indicam que o acompanhamento psicológico a esses pacientes no período pré e pós operatório possibilitou a expressão de sentimentos, minimizando as fantasias e incentivando o uso de estratégias de enfrentamento mais efetivas, atuando, portanto, como facilitador da promoção da qualidade de vida dessa amostra. Estudos com maior número de pacientes são necessários, uma vez que não existe consenso sobre o impacto do transplante na qualidade de vida dos pacientes. Além disso, estudos brasileiros avaliando qualidade de vida em transplantados renais são raros.

Referências

- Almeida, A. M., & Meleiro, A. M. A. S. (2000). Revisão: depressão e insuficiência renal crônica. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 22, 21-29.
- Blake, C., Codd, M. B., Cassidy, A., & O'Meara, Y. M. (2000). Physical function, employment and quality of life in end-stage renal disease. *Journal of Nephrology*, 13, 142-149.
- Brunner, S. (1998). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Cerqueira, A. T. (2000). O conceito e metodologia do coping. Existe consenso ou necessidade? In R. R. Kerbauy (Org.), *Sobre o comportamento e cognição* (pp. 279-289). Santo André: Arbytes.
- Christensen, A. J., & Ehlers, S. L. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for Behavioral Medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 712-724.
- Ciconelli, R. M., Ferraz M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quresma, M. R. (1999). Tradução para língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 39, 143-150.
- Fallon M., Gould, D., & Wainwright, S. P. (1997). Stress and quality of life in the renal transplant patient: a preliminary investigation. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 562-570.
- Fisher, R., Gould, D., Wainwright, S., & Fallon, M. (1998). Quality of life after renal transplantation. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 553-563.
- Fujisawa, M., Ichikawa, Y., Yoshiya, K., Isotani, S., Higuchi, A., & Nagano, S. (2000). Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using SF-36 health survey. *Urology*, 56, 201-206.
- Gimenez, M. G. (1997). A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em psiconcologia. In M. G. Gimenez (Org.), *A mulher e o câncer* (pp. 111-147). Campinas: Psy.
- Hathaway, D. K., Winsett, R. P., Johnson, C., Tolley, E. A., Hartwig, M., Milstead, J., et al. (1998). Post kidney transplant quality of life prediction models.

- Clinical Transplantation*, 12, 168-174.
- Hsu, C., Vittinghoff E., Lin, F., & Shlipak, M. G. (2004). The incidence of end-stage renal disease is increasing faster than the prevalence of chronic renal insufficiency. *Annals of Internal Medicine*, 141, 95-102.
- Keogh, A. M., & Feechally, J. (1999). A quantitative study comparing adjustment and acceptance of illness in adults on renal replacement therapy. *American Nephrology Nurses' Association Journal*, 26, 471-477.
- Kong, I. L. L., & Molassiotis, A. (1999). Quality of life, coping, and concerns in Chinese patients after renal transplantation. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 313-322.
- Lindqvist, R., Carlsson, M., & Sjoden, P. O. (2000). Coping strategies and health-related quality of life among spouses of continuous ambulatory peritoneal dialysis, haemodialysis, and transplant patients. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1398-1408.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (2002). *Estudo epidemiológico brasileiro sobre terapia renal substitutiva* [Versão Preliminar]. Brasília, DF: Autor.
- Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., Valério, N. I., Souza, E. F., & Silva, R. C. M. A. (2005). Tratamento da hepatite C: sintomas psicológicos e estratégias de enfrentamento. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1, 119-126.
- Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *The Lancet*, 364, 1523-1537.
- Olbrisch, M. E., Benedict, S. M., Ashe, K., & Levenson, J. L. (2000). Psychological assessment and care of organ transplant patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 771-783.
- Organização Mundial de Saúde (1998). *Divisão de saúde mental, grupo WHOQOL 1994*. Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998. Obtido de <http://www.hepa.utrgs.br/psiq/whoqol.html>, em 20/outubro/2000.
- Ostrowski, M., Wesolowski, T., Makar, D., & Bohatyrewicz, R. (2000). Changes in patients' quality of life after renal transplantation. *Transplantation*, 32, 1371-1374.
- Park, I. H., Yoo, H. J., Han, D. J., Kim, S. B., Kim, S. Y., & Lee, C. (1996). Changes in the quality of life before and after renal transplantation, and comparison of the quality of life between transplant recipients, dialysis patients, and normal controls. *Transplantation Proceedings*, 28, 1937-1938.
- Pecoits Filho, R. F. S., & Riella, M. C. (1998). Diálise peritoneal ambulatorial contínua. In N. Schor & M. Srougi (Orgs.), *Nefrologia e Urologia* (pp. 47-51). São Paulo: Sarvier.
- Periz, L. A., & Sanmartin, E. F. (1998). Living with chronic renal insufficiency. *Revista de Enfermeria*, 21, 105-110.
- Ravagnani, L. M., Duarte, P. S., Valério, N. I., Carvalho, D. T., Chessa, L. A., & Ramalho, H. J. (2001). Grupo de sala de espera para pacientes atendidos em ambulatório de transplante renal. Avanços recentes em psicologia clínica e da saúde [Resumo]. In M. L. Marinho et al. (Orgs.), *Resumos do II Congresso Ibero Americano de Psicologia Clínica e da Saúde* (p. 158). Londrina: Universidade Estadual de Londrina.
- Rebollo, P., Ortega, F., Baltar, J. M., Badia, X., Alvarez-Ude, F., & Diaz-Corte, C. (2000). Health related quality of life (HRQOL) of kidney transplanted patients: variables that influence it. *Clinical Transplantation*, 14, 199-207.
- Ribeiro-dos-Santos, A. R., & Miyazaki, M. C. O. S. (1999). Grupo de sala de espera em ambulatório de doença falciforme. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 1, 41-48.
- Riella, M. C. (1998). Insuficiência renal crônica. Fisiopatologia da uremia. In M. C. Riella (Org.), *Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos* (3ª ed., pp. 456-475). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Romão Jr., J. E., & Araújo M. R. (1998). Hemodiálise. In N. Schor & M. Srougi (Orgs.), *Nefrologia e Urologia* (pp. 37-41). São Paulo: Sarvier.
- Savoia, M. G. (2000). Instrumentos para avaliação de eventos vitais e estratégias de enfrentamento (coping) em situações de estresse. In C. Gorenstein, L. H. S. G. Andrade & A. W. Zuardi (Orgs.), *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia* (pp. 377-386). São Paulo: Lemos.
- Siegal, B., & Greenstein, S. (1999). Compliance and noncompliance in kidney transplant patients: cues for transplant coordinators. *Journal of Transplant Coordination*, 9, 104-108.
- Silva Jr., H. T., & Pestana, J. O. M. (1998). Avanços na imunossupressão do transplante renal. In N. Schor & M. Srougi (Orgs.), *Nefrologia e Urologia* (pp. 272-278). São Paulo: Sarvier.
- Spilker, B. (1996). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (2ª ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Spira, J. L. (Org.). (1997). *Group therapy for medically ill patients*. Nova York: Guilford.
- Straub, R. O. (2002). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Sutton, T. D., & Murphy, S. P. (1989). Stressors and patterns of coping in renal transplant patients. *Nursing Research*, 38, 46-49.
- Taylor, S. E. (2003). *Health Psychology* (5ª ed.). Nova York: McGraw-Hill.
- Valderrabano, F., Jofre, R., & Lopez-Gomes, J. M. (2001). Quality of life in end-stage renal disease patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 38, 443-464.
- Valério, N. I., Miyazaki, M. C. O. S., Golloni-Bertolo, E., & Mazzi, E. (1993). Estudo psicológico de pacientes com neurofibromatose atendidos em serviço de aconselhamento genético [Resumo]. *Revista Brasileira de Genética* (Suplemento), 16(3), 85.
- Wainright, S. P., Fallon, M., & Gould, D. (1999). Psychosocial recovery from adult kidney transplantation: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 233-245.
- Wicks, M. N., Milstead, E. J., Hathaway, D. K., & Cetingok, M. (1998). Family caregivers' burden, quality of life, and health following patients' renal transplantation. *Journal of Transplant Coordination*, 8, 170-176.
- Winset, R. P., & Hathaway, D. K. (1999). Predictors of QoL in renal transplant recipients: bridging the gap between research and clinical practice. Post-transplant Quality of Life Intervention Study Group. *American Nephrology Nurses' Association Journal*, 26, 235-240.

Leda Maria Branco Ravagnani, doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, é chefe do Serviço de Psicologia do Hospital de Base da Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto. Endereço para correspondência: Laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP; Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416; São José do Rio Preto, SP; CEP 15090-000. Tel.: (17) 3201-5842. Fax: (17) 3201-5704. E-mail: leda@famerp.br

Neide Aparecida Micelli Domingos, doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, é professora adjunta na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. E-mail: micellidomingos@famerp.br

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki, doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo, é professora adjunta na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, responsável pelo Laboratório de Psicologia e Saúde da mesma instituição e bolsista do CNPq. E-mail: cmiyazaki@famerp.br