

Daniela Cristina Sampaio de Brito

**RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE E PADRÕES DE “COPING” E ADERÊNCIA
MEDICAMENTOSA NO TRANSPLANTE RENAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde, Área de Concentração em Saúde Brasileira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Hélydy Sanders Pinheiro

Co-orientadora: Profa. Dra. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Juiz de Fora

2012

Brito, Daniela Cristina Sampaio de.

Relação entre estresse e padrões de “coping” e aderência medicamentosa no transplante renal / Daniela Cristina Sampaio de Brito. – 2012.

68 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde)–Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

1. Nefropatias. 2. Transplante de rim. 3. Aderência ao medicamento. 4. Estresse. 5. Adaptação psicológica. I. Título.

CDU 616.61

Daniela Cristina Sampaio de Brito

**RELAÇÃO ENTRE ESTRESSE E PADRÕES DE "COPING" E ADERÊNCIA
MEDICAMENTOSA NO TRANSPLANTE RENAL**

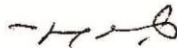
Dissertação de Mestrado apresentada ao
Curso de Pós-Graduação em Saúde, Área
de Concentração em Saúde Brasileira da
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Juiz de Fora como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: 09/08/2012

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto



Prof. Dr. Marcus Gomes Bastos
Universidade Federal de Juiz de Fora



Prof. Dr. Lélío Moura Lourenço
Universidade Federal de Juiz de Fora

*Dedico este trabalho aos meus pais,
Fernando e Margareth, pelo apoio e
incentivo em todos os momentos.
E aos pacientes, acompanhados no
ambulatório de transplante da UFJF, que
aceitaram em participar do estudo e
compartilhar suas histórias de vida.*

AGRADECIMENTOS

O caminho trilhado para chegar até aqui não foi fácil. Deparei com muitos obstáculos que somente foram superados porque pude contar com pessoas muito especiais. Sou grata a cada palavra e gesto que contribuíram para a concretização deste projeto.

Primeiramente agradeço a Deus por guiar meus passos na direção do que sonho;

Aos meus amados pais, Fernando e Margareth, meus exemplos de determinação e perseverança;

Às minhas irmãs, Renata e Fernanda, minhas sempre companheiras;

Ao Cícero, meu amor, que me ensinou a lidar com mais leveza as dificuldades encontradas;

Aos meus queridos primos, Letícia e Eduardo, por terem me recebido com carinho e gentileza em sua casa durante todo o curso;

À Prefeitura de Betim, em especial à minha gerente Cristiane Rosalina, por compreender as minhas ausências e permitir conciliar o trabalho com meus estudos;

Às colegas de hemodiálise Ana Cristina Milanez e Aparecida Queiroz, pelas palavras de incentivo tão importantes nos momentos difíceis;

À Profa. Dra. Fabiane Rossi, que me apresentou à cidade de Juiz de Fora e ao IMEPEN, estando ao meu lado desde o início;

Aos mestres e colegas do IMEPEN, grupo o qual aprendi o verdadeiro valor da Ciência e da Ética;

À Alessandra de Paula e ao Nilson Veras no precioso auxílio durante a coleta e a análise dos dados;

À colega de mestrado Elisa Marsicano, pelos aprendizados compartilhados ao longo destes dois anos;

E à Profa. Dra. Hélydy Sanders Pinheiro, minha orientadora, agradeço a sua dedicação, exemplo, ensinamentos e, principalmente, confiança.

*“Não é bastante ter ouvidos para ouvir o que é dito.
É preciso também que haja silêncio dentro da alma.*

Daí a dificuldade...”

Rubem Alves

RESUMO

A Doença Renal Crônica é um grave problema de saúde pública. Os tratamentos disponíveis não são curativos, mas sim substitutivos, sendo o transplante renal a modalidade que traz melhor qualidade de vida e maior sobrevida ao paciente. A aderência à terapia imunossupressora constitui-se ponto fundamental para os resultados do transplante. Aderência pode ser definida como o nível de coincidência entre o comportamento do paciente e as orientações dos profissionais de saúde. É influenciada por vários fatores, dentre eles os relacionados com o comportamento do paciente que são muito pouco estudados. O estresse e os padrões de enfrentamento ou *coping* fazem parte desse grupo. Acredita-se que o transplante, mesmo constituindo-se como a melhor terapêutica, acarreta diferentes fontes de estresse ao paciente. *Coping* é definido como as respostas cognitivas e comportamentais emitidas pelo indivíduo, para lidar com a situação desencadeadora do estresse, com o objetivo de reduzi-lo, amenizá-lo ou evitá-lo. Respostas eficazes resultam um ajustamento positivo ao estresse e minimizam o impacto deste na saúde mental e física do paciente. Intervenções sobre os estressores mais frequentes, assim como nos padrões de *coping*, podem contribuir para a manutenção da saúde mental geral do paciente transplantado, levando, conseqüentemente, a um processo adequado de aderência ao tratamento imunossupressor. Este estudo teve como objetivo geral avaliar a relação entre o estresse e os padrões de *coping* com a aderência ao tratamento imunossupressor após o transplante. Procuramos ainda identificar os principais ganhos/desafios percebidos pelos pacientes transplantados e as variáveis sociodemográficas/clínicas associadas ao estresse. Foi desenvolvido estudo transversal de caso controle, em que foram avaliados 25 pacientes transplantados renais previamente classificados como aderentes e 25 não aderentes, acompanhados no ambulatório do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia. Como critérios de inclusão foram considerados: aceitação prévia em participar do estudo, idade mínima de 18 anos e ter mais de um ano de enxerto funcionante. O grau de aderência ao tratamento foi medido pelo instrumento adaptado e validado *The Basel Assessment of Adherence with Immunosuppressive Medication Scale*. O estresse e os padrões de *coping* foram avaliados pelo Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp e Escala de Modos de

Enfrentamento de Problemas, respectivamente. Uma entrevista semiestruturada foi conduzida com o objetivo de detectar os principais ganhos e situações estressoras relacionados ao transplante renal. A análise de frequência foi utilizada para avaliar as variáveis qualitativas e categóricas. As fases do estresse foram agrupadas em menos avançadas (alerta e resistência) e mais avançadas (quase exaustão e exaustão). Também agrupamos as categorias de *coping* em ativo e paliativo para análise. Os testes t de Student, Mann-Whitney, Qui-quadrado ou Teste de Fisher e regressão logística foram usados para comparar os grupos aderentes e não aderentes. As diferenças foram consideradas significativas quando $p \leq 0,05$. A média de idade da nossa população foi de $44 \pm 12,8$ anos e a mediana de tempo de pós transplante de 71,8 (12-230) meses. O estresse foi prevalente em 50% da amostra. As categorias “Medo” e “Medicação” foram as questões mais estressantes. A não aderência foi associada às fases mais avançadas do estresse (OR 4,7, IC: 0,99-22,51, $p < 0,05$) e ao *coping* paliativo (OR 3,4, IC: 1,02-11,47, $p < 0,05$). O estresse foi significativamente associado ao sexo feminino ($p=0,04$), presença de comorbidades ($p = 0,04$) e *coping* não focalizado no problema ($p < 0,0001$). Concluímos que a presença de estresse, especialmente nas suas fases mais avançadas e os padrões de *coping* paliativo são associados com a não aderência à medicação imunossupressora após o transplante renal. Estes resultados reforçam que os aspectos psicológicos têm implicação na compreensão e manuseio de pacientes não aderentes após transplante.

Palavras chaves: Transplante renal. Aderência ao medicamento. Estresse. Adaptação psicológica.

ABSTRACT

Chronic Renal Failure is a serious public health problem. The available treatments are not curative, but rather substitutes and renal transplantation is the modality that brings better quality of life and longer survival. Adherence to immunosuppressant therapy constitutes a fundamental issue for the results of transplantation. Adherence can be defined as the degree of agreement between the patient's behavior and the health professionals' recommendations. It is influenced by many factors, including those related to the patient's behaviors that are very poorly studied. Stress and coping patterns are part of this group. It is believed that the transplantation, even being the best therapeutic option, results in different kinds of stress to the patient. The term coping is used to identify the cognitive and behavioral responses issued by the individual to deal with the situation precipitating stress, aiming to reduce, mitigate or avoid it. Effective responses result a positive adjustment to stress, minimizing the impact of the mental and physical health of the patient. Interventions on the most stressful situations and on coping patterns may contribute to the maintenance of general mental health of transplant recipients, leading consequently to an appropriate process of adherence to immunosuppressive treatment. This study aimed to evaluate the relationship between stress and the types of stress coping responses, with adherence to immunosuppressive treatment after the kidney transplantation. We also identified the benefits/challenges perceived by transplant patients and sociodemographic/clinical data associated with stress. We conducted a cross-sectional case-control study, involving 25 previously classified as adherent and 25 non adherent transplant patients, treated as outpatients from Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia. As inclusion criteria, were considered a minimum age of 18 years and have more than one year of functioning graft. The degree of adherence to treatment was measured by adapted and validated instrument The Basel Assessment of Adherence with Immunosuppressive Medication Scale. The stress and stress coping response were assessed by the Lipp Stress Symptom Inventory for Adults and the Ways of Coping Scale, respectively. A semi structured interview was conducted in order to detect major stressful events related to the transplantation. Frequency analysis was used to evaluate the qualitative and categories variables. T Test, Mann-Whitney, Chi-square or Fisher's Test and logistic

regression were used to compare adherent and nonadherent groups. Differences are considered significant when $p \leq 0.05$. The mean age of our population was 44 ± 12.8 ys and the median of post-transplant time was 71.8 (12-230) months. Stress was prevalent in 50%. The categories of "Fear" and "Medication" were the most stressful concerns. Non-adherence was significantly associated with more advanced stress phases (OR 4.7, IC: 0.99-22.51, $p < 0.05$) and palliative coping (OR 3.4, IC: 1.02-11.47, $p < 0.05$). The stress was significantly associated with female gender ($p = 0.04$), presence of comorbidities ($p = 0.04$) and responses not directed to problem solving coping ($p < 0.0001$). We conclude that the presence of stress and the non active coping patterns are associated with non adherence of immunosuppressive after renal transplantation. These results highlight the psychological events have implications for the understanding and management of non-adherent transplant patients.

Keywords: Renal transplantation. Medication Adherence. Stress. Coping behavior.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Métodos de avaliação da aderência ao tratamento.....	20
Quadro 2 – Fatores relacionados à aderência	21
Quadro 3 – Detalhes da avaliação do ISSL para determinação do diagnóstico de estresse.....	39
Quadro 4 – Critérios utilizados para classificação das fases do estresse a partir da avaliação do ISSL	40
Quadro 5 – Escores atribuídos à frequência dos sintomas avaliados pela EMEP, para avaliação de cada item da escala.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
BAASIS	Basel Assessment of Adherence with Immunosuppressive Medication Scale
DP	Diálise Peritoneal
DRC	Doença Renal Crônica
EMEP	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas
HD	Hemodiálise
ISSL	Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp
NIEPEN	Núcleo Interdisciplinar de Estudos, Pesquisas e Tratamento em Nefrologia
TX	Transplante
TxR	Transplante Renal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1	EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA E O TRANSPLANTE RENAL.....	15
2.2	ADERÊNCIA AO TRATAMENTO E OS FATORES DETERMINANTES	17
2.3	FATORES COGNITIVOS E COMPORTAMENTAIS RELACIONADOS À ADERÊNCIA.....	22
2.4	ESTRESSE.....	24
2.5	ESTRESSE E TxR.....	27
2.6	CONCEITO DE PADRÕES DE <i>COPING</i>	29
2.7	PADRÕES DE <i>COPING</i> E TxR	31
3	HIPÓTESE DO ESTUDO	34
4	OBJETIVOS	35
4.1	OBJETIVO GERAL	35
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
5	METODOLOGIA	36
5.1	DESENHO DE ESTUDO	36
5.2	CARACTERIZAÇÕES DA AMOSTRA.....	36
5.3	AVALIAÇÃO DA ADERÊNCIA.....	37
5.4	ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	38
5.5	AVALIAÇÃO DO ESTRESSE	38
5.6	IDENTIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS DE ENFRENTAMENTO DO ESTRESSE.....	40
5.7	OUTRAS VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM NA ADERÊNCIA	42
5.8	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	42
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
7	CONCLUSÃO	45
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
	REFERÊNCIAS	47
	APÊNDICES	58
	ANEXOS	63

1 INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) configura-se atualmente como uma questão de saúde pública com abrangência mundial (THE NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, c2012). O transplante renal (TxR), dentre os tratamentos disponíveis, promove melhor qualidade de vida e maior sobrevida ao paciente portador DRC em fase de falência funcional renal (NEIPP; JACKOBS; KLEMPNAUER, 2009; SILVA FILHO, 2004). A aderência à terapia imunossupressora é fundamental para a eficácia do transplante (TX), sendo a não aderência uma importante causa de episódios de rejeição e perda do enxerto (BUTLER et al., 2004a; DE GEEST et al., 2010; DE GEEST; DENHAERYNCK; DOBBELS, 2011; DENHAERYNCK et al., 2005; SILVA et al., 2009).

A aderência pode ser entendida como o grau de coincidência entre o comportamento do paciente e as orientações dos profissionais de saúde (SABATÉ, 2003). Trata-se de um processo multifatorial, e que não apresenta ainda, um método padrão ouro para a sua medida (CRAMER et al., 1989; OSTREBERG, 2005; SCHAFER-KELLER et al., 2008). Características sociodemográficas e comportamentais estão entre os fatores que influenciam a aderência. Observa-se, por outro lado, que a maioria dos estudos negligencia a avaliação dos efeitos das variáveis relacionadas às características do comportamento do indivíduo. Desse grupo, podemos citar o estresse e os padrões de *coping* como os fatores relacionados ao paciente que interferem no processo de aderência (DOBBELS et al., 2009; OSTREBERG, 2005; SABATÉ, 2003).

O TxR, mesmo bem sucedido, pode acarretar diferentes fontes de estresse ao paciente; porém essas, muitas vezes, não são identificadas ou consideradas pelos profissionais de saúde e pesquisadores (OSTROWISKI et al., 2000). *Coping* é utilizado para identificar as respostas cognitivas e comportamentais emitidas pelo indivíduo, para lidar com a situação desencadeadora do estresse, com o objetivo de reduzi-lo, amenizá-lo ou evitá-lo. Respostas eficazes resultam um ajustamento positivo ao estresse, minimizando o impacto desse na saúde mental e física do paciente (FOLKMAN; LAZARUS, 1980).

Intervenções sobre os estressores mais frequentes, assim como nos padrões de *coping*, podem contribuir para a manutenção da saúde mental geral do

paciente transplantado, levando, conseqüentemente, a um processo adequado de aderência ao tratamento imunossupressor. Tais conhecimentos podem subsidiar o planejamento de programas preventivos e o treino de habilidades comportamentais que auxiliem positivamente à adaptação ao TxR.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA E O TRANSPLANTE RENAL

A revisão da literatura deste estudo foi realizada a partir das bases científicas Pubmed e PsycINFO, utilizando-se os seguintes descritores da Biblioteca Virtual em Saúde: *Psychological stress*; *Psychological adaptation*; *Medication adherence*; *Patient adherence*; *Kidney transplantation*.

Com o avanço da Medicina e o desenvolvimento de novas medicações e recursos de tratamento, doenças que antes acometiam a humanidade tornaram-se controláveis e muitas delas foram erradicadas. Hoje se morre menos por doenças transmissíveis, mas, em contrapartida, observa-se um constante aumento de doenças preveníveis na população mundial (BRASIL, 2005). As enfermidades crônicas e degenerativas vêm apresentando significativo aumento dos casos não somente em países considerados de primeiro mundo, mas também naqueles que estão em desenvolvimento. O Brasil, por exemplo, apresenta importantes transformações em seu padrão de morbidade e mortalidade. Esse fato está relacionado à redução da mortalidade precoce ligadas a doenças infecciosas e parasitárias, ao aumento da expectativa de vida, ao processo acelerado de urbanização e de mudanças socioculturais (SILVA JÚNIOR et al., 2003).

A DRC é uma enfermidade crônica, considerada um grave problema de saúde pública mundial (BASTOS et al., 2004; LUGON, 2009; THE NATIONAL KIDNEY FOUNDATION, c2012; ZATZ; ROMÃO JÚNIOR; NORONHA, 2003). Estima-se que no ano de 2011, o total de pacientes em tratamento dialítico, no Brasil, seria em torno de 91 mil, apresentando uma incidência crescente a cada ano (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2011). Os tratamentos disponíveis para a DRC não são curativos, mas sim substitutivos. As modalidades de tratamento são: a hemodiálise (HD), a diálise peritoneal (DP) e o transplante renal (TxR).

O primeiro TxR ocorreu em 1954, nos Estados Unidos, entre gêmeos idênticos (MURRAY, 2011). Somente em 1965, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, que o Brasil realizou o seu primeiro procedimento (LANHEZ, 1994). Hoje o TxR, assim como a doação de órgãos no país, vem

conservando o seu crescimento anual (SILVA JUNIOR et al., 2011). A Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) relata que no ano de 2011 foram realizados 4.966 TxR, cifra superior a dos anos anteriores. Outra característica importante em relação à realidade brasileira é a progressiva mudança no perfil de doadores renais, que, ao contrário de dez anos, a porcentagem de procedimentos realizados a partir de doador falecido tornou-se predominante (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2012).

Apesar da comprovada expansão, o número de TxRs realizados no Brasil ainda é insuficiente, atingindo apenas cerca de 38% da demanda, considerando-se a estimativa de pacientes em tratamento dialítico no ano de 2009 (SILVA JUNIOR et al., 2011; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA). Mesmo em número inferior à necessidade da população elegível, o TxR é considerado a melhor terapêutica para pacientes com DRC terminal, pois promove melhor qualidade de vida e menor mortalidade, comparando-se com os outros tratamentos (GOODMAN; DANOVITCH, 2005; SILVA FILHO, 2004). Além disso, o TxR está associado a outros benefícios como redução de custo de saúde e menor presença de comorbidades (NEIPP; JACKOBS; KLEMPNAUER, 2009).

Os resultados do TxR são influenciados por uma interação de fatores tais como: biomédicos, sociodemográficos, comportamentais, psicossociais e práticas dos serviços de saúde (DE GEEST; DENHAERYNCK; DOBBELS, 2011; MORRIS; STUART, 2008). A sobrevida do paciente no primeiro ano após o TxR é considerada excelente, ultrapassando a 90% ao final dos 12 meses e se encontra diretamente relacionada com o avanço das medicações imunossupressoras (EI-ZOGHBY et al., 2009).

Porém a sobrevida em longo prazo não apresenta os mesmos resultados alcançados no período inicial, tornando-se deste modo um grande desafio para os transplantadores (MEIER-KRIESCHE; SCHOLD; KAPLAN, 2004). A rejeição aguda tardia e a nefropatia crônica do enxerto são as causas mais comuns para a perda do TxR (GASTON et al., 1999). Entende-se a nefropatia ou injúria crônica do enxerto como o resultado do conjunto de processos, dependentes ou independentes da resposta aos antígenos do doador, que determina o declínio progressivo da função renal (NANKIVELL; ALEXANDER, 2010). Já a rejeição aguda refere-se a uma resposta do sistema imune aos antígenos do doador que sobrepujou as drogas imunossupressoras em uso, elevando a creatinina sérica. Esse fato apresenta forte

associação com a perda do enxerto, principalmente quando a sua ocorrência é tardia, ou seja, após o primeiro ano de TxR, sendo portanto denominada de rejeição aguda tardia (JOSEPH et al., 2001).

O tratamento no TxR engloba inúmeras recomendações tais como uso contínuo da medicação imunossupressora, prevenção de infecções, visitas clínicas periódicas, orientações dietéticas e atividade física contínua (SILVA et al., 2009). Deste modo, os resultados do TxR dependem da participação ativa do paciente e de sua correta aderência (DENHAERYNCK et al., 2005; DOBBELS et al., 2005). A não aderência ao regime imunossupressor é considerada uma das principais causas de episódios de rejeição aguda tardia, aumento das hospitalizações e perda ou pior sobrevida do enxerto, impactando na qualidade de vida e elevação dos custos de saúde (BUTLER et al., 2004a; CHISHOLM, LANCE E MULLOY, 2005; CUKOR et al., 2009; HARDSTAFF; GREEN; TALBOT, 2002; LOGHMAN-ADHAM, 2003).

2.2 ADERÊNCIA AO TRATAMENTO E OS FATORES DETERMINANTES

O tema aderência tem sido discutido e estudado de modo crescente, principalmente quando o tratamento tornou-se mais dependente do autocuidado do paciente. A aderência é definida pela Organização Mundial de Saúde como o grau em que o comportamento do paciente corresponde às recomendações do profissional de saúde (SABATÉ, 2003). Em 2008, nos Estados Unidos, ocorreu um encontro de especialistas de vários centros de pesquisa no mundo para discutir e traçar definições atuais sobre a aderência no TX. Nesse encontro, a não aderência foi definida como qualquer desvio no regime medicamentoso prescrito que seja capaz de influenciar negativamente os resultados esperados (FINE et al., 2009; KDIGO, 2009).

Não há um consenso sobre o padrão quantificado aceitável da aderência. Alguns estudos consideram aceitáveis parâmetros que estejam acima de 80% de correspondência entre o comportamento do paciente e a prescrição da equipe; em outros, somente são considerados aderentes àqueles pacientes com mais de 95%, principalmente sob condições de saúde mais complexas, como a exemplo os

portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) (OSTERBERG; BLASCHKE, 2005).

No TX, as recomendações aceitáveis sobre a aderência são também muito rigorosas, já que mínimas alterações no regime medicamentoso podem acarretar efeitos adversos e, muitas vezes, irreversíveis. Por isso acredita-se que devemos aceitar níveis semelhantes aos já identificados para o HIV. Evidências mostram que pequenos desvios na aderência da medicação imunossupressora têm um impacto negativo na função do enxerto, evoluindo para a sua perda e até a morte do paciente (BUTLER et al., 2004b; DENHAERYNCK et al., 2009; MICHELON et al., 2002; NEVINS et al., 2001).

As taxas de prevalência da não aderência variam consideravelmente entre os estudos. Butler e colaboradores (2004b) realizaram uma revisão sistemática da literatura, no entre o período de 1980 a 2001, e encontraram 36 pesquisas sobre aderência no TxR. A frequência média da não aderência entre os estudos foi de 22,3%, sendo observada uma variação de 1,4 a 66,7%. Em uma revisão mais recente, incluindo TXs de vários órgãos realizados entre 1981 a 2005, Dew e colaboradores (2007) revelaram uma prevalência de não aderência de 22,6/100 pacientes/ano e entre os transplantados renais de 35,6/100 pacientes/ano.

No Brasil, são pouquíssimos estudos que avaliem a prevalência da não aderência em TxR. Recentemente Sanders-Pinheiro e colaboradores (2012) avaliaram transversalmente a não aderência de pacientes transplantados acompanhados no ambulatório de TxR da Universidade Federal de Juiz Fora. Os autores encontraram uma frequência de 35,4% de não aderência em uma amostra de 100 pacientes com mais de um ano de TX, quando avaliados pelo instrumento adaptado e validado para população brasileira, *The Basel Assessment of Adherence Immunosuppressives Scale* (BAASIS) (SANDERS-PINHEIRO et al., 2012). Numa amostra de 228 pacientes acompanhados no serviço de TxR da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, relatou-se a frequência de 61,8% de não aderência com métodos combinados (BRAHM, 2012).

As consequências da não aderência estão relacionadas a alguns eventos clínicos que são claramente associados com a pior função e/ou sobrevida do enxerto renal. Vários estudos vêm demonstrando esses efeitos negativos causados pelo uso inadequado do imunossupressor (DE GEEST et al., 1995; LERUT et al., 2007; VLAMINCK et al., 2004). Em uma amostra de 7.062 pacientes transplantados por

doador cadáver, Takemoto e colaboradores (2007) avaliaram o impacto da não aderência e da redução de doses do imunossupressor; nos resultados, os pacientes não aderentes apresentaram um risco de 43 a 46 vezes maior de perda da função do enxerto. No Brasil, em um estudo realizado na Santa Casa de Porto Alegre, entre os anos de 1977 e 1999, mostrou que os pacientes que admitiram ter parado ou usado de modo irregular os imunossupressores apresentaram uma sobrevida do enxerto em cinco anos inferior aos demais pacientes (MICHELON, 2002).

Os efeitos do uso inadequado da medicação imunossupressora no TxR não se limitam apenas aos aspectos clínicos, mas também aos econômicos. Pinsky e colaboradores (2009) ajustaram o custo de saúde individual entre os pacientes aderentes e não aderentes em um período de três anos após o TxR. Os autores concluíram que cada paciente do grupo não aderente apresentou um custo médio maior do que os pacientes aderentes. O prejuízo financeiro ao sistema de saúde, em função da perda do enxerto, tendo a não aderência como principal causa, também deve ser aferido pelos gastos extras consequentes do retorno à diálise, por essa ser uma terapêutica mais dispendiosa comparada ao TxR (JINDEL et al., 2003).

Os métodos diagnósticos da não aderência diferem muito entre os estudos, o que pode justificar a grande variação das prevalências e frequências. Esses variam de modo significativo, podendo ser classificados em diretos e indiretos, conforme o Quadro 1 (CRAMER et al., 1989; DE GEEST; DENHAERYNCK; DOBBELS, 2011; DENHAERYNCK et al., 2005; DIMATTEO, 2004; FINE et al., 2009; KDIGO, 2009; MILSTEIN-MOSCATI; PERSANO; CASTRO, 2001; SABATÉ, 2003; SCHAFFER-KELLER et al., 2008)

Quadro 1 – Métodos de avaliação da aderência ao tratamento

Métodos diretos	Detecção de metabólicos em fluidos biológicos Utilização de marcadores químicos Observação direta da tomada da medicação
Métodos indiretos	Entrevistas estruturadas Contagem de comprimidos Resposta clínica Diário do paciente Monitorização eletrônica da medicação Opinião do médico/profissional de saúde

Fonte: Adaptado de Osterberg e Blaschke, 2005

Os métodos diretos referem-se a técnicas de identificação de metabólitos do medicamento ou de marcadores químicos de maior permanência no organismo ou ainda a observação sistemática da tomada da medicação. Os indiretos utilizam-se, por exemplo, de entrevistas ou da contagem do medicamento que a pessoa ainda possui. Apesar dos métodos diretos serem mais exatos, requerem equipamentos mais sofisticados, tornando-se assim dispendiosos e de difícil aplicação de modo disseminado. Ao contrário dos indiretos, que embora tendam a superestimar a aderência, são mais simples, baratos e apresentam maior aplicabilidade em saúde pública (KDIGO, 2009; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). Sabe-se que todos os métodos possuem limitações e podem superestimar ou subestimar a aderência, não existe, portanto, um consenso sobre o método padrão ouro (FINE et al., 2008).

A aderência é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre o profissional de saúde e o paciente, devendo sempre abranger e reconhecer a vontade deste em participar do seu tratamento (SABATÉ, 2003; SILVEIRA; RIBEIRO, 2005; CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008). Vários fatores influenciam o grau de aderência (Quadro 2), podendo estar relacionados: a variáveis socioeconômicas e comportamentais; à doença; ao tratamento; e ao sistema e à equipe de saúde (DE GEEST et al., 2010; DIMATTEO, 2004; DOBBELS et al., 2005;

DOBBELS et al., 2009; GUSMÃO; LOGHMAN-ADHAM, 2003; MALDANER et al., 2008; MION JÚNIOR, 2006).

Quadro 2 – Fatores relacionados à aderência

	Variáveis Sociodemográficas	Variáveis Comportamentais
Paciente	Sexo Idade Ocupação Raça / Etnia Escolaridade Estado civil	Hábitos de vida Cultura Aceitação do tratamento Crenças sobre a saúde Saúde Mental Presença de estresse Padrões de <i>Coping</i>
Doença	Tipologia Cronicidade Gravidade Sintomatologia	
Tratamento	Tipo de esquema terapêutico: simples x complexo Quantidade de medicações prescritas Presença de efeitos colaterais Acesso ou custo da medicação Tipo de doador Tempo de transplante	
Sistema e equipe de saúde	Políticas públicas de saúde Acesso ao sistema de saúde Tempo de duração das consultas Padrão de comunicação da equipe de saúde	

Fonte: Adaptado de Sabaté, 2003

2.3 FATORES COGNITIVOS E COMPORTAMENTAIS RELACIONADOS À ADERÊNCIA

Dentre os fatores relacionados ao paciente, os comportamentais são muito pouco estudados. Fazendo parte deste grupo podem-se citar os hábitos de vida e culturais como variáveis que influenciam o comportamento de aderência, assim como a aceitação do paciente quanto a sua condição de saúde (LEITE; VASCONCELLOS, 2003; LINCK et al., 2008). A aceitação da doença está diretamente relacionada com a aderência, uma vez que ao não se ver como doente, o indivíduo pode não realizar de modo adequado o tratamento (MALDANER et al., 2008).

As crenças do paciente sobre a sua saúde, doença e tratamento também são consideradas como uma variável comportamental para a aderência (BUTLER et al., 2004; CUKOR et al., 2009). Em uma pesquisa sistemática da literatura em inglês e Francês, de 1975 a 2005, sobre aderência em pacientes transplantados, Telles-Correa e colaboradores (2007) destacam três modelos teóricos de crenças de saúde: a) *Hipótese Cognitiva da Adesão de Ley*, segundo o qual a aderência pode ser prevista através da combinação da satisfação do paciente em relação à consulta, da sua compreensão do diagnóstico e do tratamento, assim como da sua capacidade de recordar as informações dadas pelos profissionais; b) *Modelo de Crenças da Saúde de Becker*, em que os comportamentos de saúde dependem basicamente de quatro fatores, dentre eles as crenças sobre a condição de saúde, as medidas prescritivas, as pistas para a ação (reconhecimento dos sintomas e nível educacional sobre o tratamento) e outras variáveis (sociodemográficas e psicológicas); c) *Modelo de Autorregulação de Leventhal*, que se inicia com uma alteração do estado de saúde do doente, exigindo-lhe respostas de enfrentamento condicionadas a sua representação cognitiva da doença e estado emocional.

As crenças também podem ser compreendidas a partir de três dimensões: interna, em que o paciente sente-se responsável pela sua saúde; outras forças, em que o controle da saúde é colocado sobre a responsabilidade de terceiros como equipe de saúde, Deus etc; e sorte, em que efeito ou o resultado da saúde é aleatório (LOGHMAN-ADHAM, 2003). Dentro do seu estudo, Cukor e colaboradores (2009) observaram que os pacientes transplantados, que percebiam a sua

responsabilidade como fator predominante para o controle do seu estado de saúde, apresentaram maior capacidade de aderir e menor prevalência de sintomas depressivos. Em outro estudo com pacientes em HD e DP, Kutner e colaboradores (2002) correlacionaram a depressão e a percepção de não controle da saúde futura com a não aderência.

A percepção e aceitação da doença e do tratamento são influenciadas pela saúde mental do paciente. As desordens afetivas na DRC levam a complicações no tratamento e conseqüentemente nos resultados clínicos (KUNTZ; BONFIGLIO, 2011). A depressão é o transtorno psiquiátrico mais comum em pacientes em estágio final da DRC (ALMEIDA, 2003; FINKELSTEIN; FINKELSTEIN, 2000; KIMMEL; PETERSON, 2006). Um estudo transversal realizado em 23 pacientes em DP do Programa de Terapia Renal Substitutiva do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia (NIEPEN), constatou que 56% da amostra apresentaram nível de depressão leve a moderada (LIMA et al., 2007).

O quadro depressivo é identificado como um importante fator de risco para a não aderência ao tratamento, por acarretar uma percepção negativa sobre os eventos da vida, diminuindo os cuidados pessoais e aumentando o sentimento de incapacidade e o isolamento social (CUKOR et al., 2009; KOVAC et al., 2002). Entre os pacientes que receberam o TxR, a depressão e a ansiedade foram associadas com a não aderência ao regime medicamentoso (JINDEL et al., 2003).

Em um estudo recente, com 94 pacientes transplantados, Constantiner e Cukor (2011) identificaram as principais barreiras relacionadas à medicação imunossupressora associando-as com a aderência e à depressão. Dentre as mais relatadas pelos pacientes não aderentes, foram citadas as seguintes categorias: tomar muitas doses e comprimidos ao dia; percepção dos efeitos colaterais; e ter que lembrar a tomada da sua medicação. No estudo, as barreiras para a aderência à medicação imunossupressora foram associadas ao aumento do nível de depressão e redução da resposta de autoeficácia referente ao uso. A não aderência influenciada pela depressão leva a uma piora do quadro clínico, agravando por sua vez os sintomas depressivos (ALMEIDA, 2003).

O estresse também se encontra associado a não adesão (LOGHMAN-ADHAM, 2003), assim como os padrões de *coping* (DOBBELS et al., 2009). Em um estudo com 50 pacientes TxR, Achille e colaboradores (2006) identificaram maior

nível de estresse geral e sofrimento psíquico nos pacientes não aderentes ao imunossupressor. Gremigni e colaboradores (2007) avaliaram o impacto de *coping* na aderência ao regime medicamentoso em 34 pacientes com mais de um de TxR e concluíram que determinados estilos de enfrentamento podem influenciar negativamente no uso da medicação conforme prescrita.

2.4 ESTRESSE

A investigação do estresse tem influência de várias disciplinas científicas como sociologia, antropologia, psicologia, fisiologia e endocrinologia. Entretanto existem duas tradições básicas que podem ser distinguidas da seguinte maneira: perspectiva biológica e perspectiva psicossocial (FLEMING; BAUM; SINGER, 1984). Apesar de apresentarem diferentes pressupostos, ambas trouxeram importantes contribuições para a compreensão do estresse, devendo ser complementares.

A tradição biológica iniciou com os trabalhos do fisiologista americano Cannon (1936) sobre o estresse emocional. Esse autor considerou o estresse como uma resposta de emergência do organismo, de luta ou fuga, que o prepara para enfrentar um perigo iminente. Embora as descobertas de Cannon tenham sido de grande importância, os trabalhos de Hans Selye refletiram uma visão mais abrangente da pesquisa do estresse na comunidade científica (FLEMING; BAUM; SINGER, 1984).

Selye (1959), um endocrinologista húngaro, começou a se questionar o porquê que pacientes internados por patologias distintas apresentavam um conjunto de sintomas parecidos. A partir de experimentação científica, descobriu efeitos fisiológicos comuns em ratos de laboratório após a apresentação contínua de estímulos nocivos e, em 1936, denominou essa reação de Síndrome Geral de Adaptação (SELYE, 1998). Selye descreveu a resposta de estresse como mudanças hormonais desencadeadas pelo sistema nervoso central e pelo sistema nervoso autônomo simpático frente a determinados estímulos, sendo manifestadas em três fases distintas: alerta, resistência e exaustão.

Na fase do alerta, o organismo comporta-se para a reação de luta ou fuga, apresentando sintomas que prepare o corpo e a mente para a própria preservação

da vida. Se o estressor mantém-se presente por tempo indeterminado, a fase de resistência inicia-se com a tentativa do organismo em se adaptar e retornar a condição de homeostase. Os sintomas são contrários aos observados na fase de alerta, sendo comuns as sensações de desgaste e cansaço (SELYE, 1959).

A continuidade do estressor e a impossibilidade do uso de estratégias para lidar com o estresse levam o organismo à fase de exaustão, em que o esgotamento da energia resulta na manifestação de doenças graves (LIPP, 2004). Em seus estudos para a padronização do *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos*, Lipp (2000) identificou uma quarta fase, denominada como quase exaustão. Essa se caracteriza como um enfraquecimento do organismo que demonstra dificuldade em adaptar-se ao estressor. As doenças começam a surgir, porém em menor gravidade comparando-se com a fase de exaustão.

Quanto à perspectiva psicossocial, essa considera o estresse como um processo que envolve o organismo e o ambiente (FOLKMAN, 2005; FOLKMAN; LAZARUS, 1985). Deste modo, o principal foco dos trabalhos científicos não está nas alterações fisiológicas ou morfológicas, mas sim em seu sistema de avaliação sobre o estressor (LAZARUS, 2000). A resposta do estresse será o resultado da relação dinâmica entre o indivíduo e o ambiente, sendo este percebido com acima da sua capacidade de adaptação, a partir de dois processos de avaliação (FOLKMAN, 1984). A avaliação primária consiste no momento em que o indivíduo se depara com o evento e o classifica como um estressor; e na avaliação secundária, o indivíduo analisa os seus recursos (como pessoais e sociais) disponíveis que podem ser utilizados para lidar ou enfrentar a situação estressora. Dentro desse processo estão as respostas de *coping* que serão discutidos no tópico seguinte.

A avaliação torna-se um componente central nas pesquisas psicossociais, podendo essa alterar os efeitos imediatos dos estressores. Porém, para os pesquisadores na linha biológica, certas características do estressor podem aumentar a probabilidade de ocorrência do estresse, como por exemplo, as características da situação, a intensidade e a controlabilidade do estressor (FLEMING; BAUM; SINGER, 1984). Outros fatores também podem ser considerados de risco para o estresse, tais como: sexo feminino, história de doença psiquiátrica e ausência de suporte social. Já outros fatores podem ser considerados protetivos ao estresse como: presença de autoestima, otimismo, suporte social e resiliência (SCHNEIDERMAN; IROSON; SIEGEL, 2005).

A avaliação do estresse irá depender da abordagem teórica e/ou do modelo explicativo que orienta o pesquisador/avaliador. De acordo com Sardá Júnior, Legal e Jablonski Júnior (2004), as teorias sobre o estresse podem ser classificadas em três grandes grupos, tendo o seu foco: a) nos estímulos ambientais ou fatores estressores; b) na estrutura do sujeito ou na resposta ao estímulo (traços, estados emocionais, estratégias de enfrentamento); e c) nos sintomas e manifestações fisiopatológicas e psicopatológicas. Os autores enumeram cinco métodos utilizados no processo de avaliação do estresse: medidas fisiológicas; observação de comportamentos; entrevistas (estruturadas, semiestruturadas ou abertas); testes psicológicos; e técnicas projetivas.

Os testes psicológicos e escalas têm sido muito utilizados na avaliação do estresse. Na Escala de Adaptação Social de Holmes e Rahe (1967), o nível de estresse é aferido indiretamente através da avaliação dos grandes fatores estressantes de ocorrência na vida do indivíduo nos últimos meses como: morte do cônjuge, mudanças de residência e até casamento ou férias. Baseado na Escala de Adaptação Social, Cohen, Kamarck e Mermelstein (1983) validaram um instrumento para a avaliação global do estresse percebido. Trata-se de uma medida que, além de avaliar o estresse global, também mede o estresse relacionado a eventos específicos.

Em pesquisas em TxR, a avaliação do estresse é realizada a partir de escalas como as citadas acima. Com base em instrumentos que medem os estressores em pacientes em diálise, Hayward e colaboradores (1989) desenvolveram o instrumento *Kidney Transplant Recipient Stress Scale*, confiável e validado para o TxR, porém não para a língua portuguesa. Essa escala é composta por 44 situações estressoras pontuadas a partir de uma escala likert de 4 pontos (1: não estressante; 2: pouco estressante; 3: estresse moderado; e 4: estresse elevado). Dentro deste formato, outras escalas para o TxR foram desenvolvidas ao longo dos anos (CHEN; WENG; LEE, 2008; KETEFIAN; STARR, 1987¹ apud WHITE et al., 1990; TOIMAMUEANG et al., 2003).

Para Kanner e colaboradores (1981), pequenos aborrecimentos do dia a dia que possuem um efeito acumulativo na adaptação do indivíduo podem ser considerados para a avaliação do estresse. Já Lipp (2003a) acrescenta que as

¹ KETEFIAN, M. J.; STARR, T V. L. **Kidney Transplant Questionnaire**. Ann Arbor, MI: The University of Michigan Scholl of Nursing, 1987.

medidas baseadas em acontecimentos ocorridos na vida podem ser inadequadas, pois dependem da memória do indivíduo; e as de aspectos fisiológicos e neuroendócrinos exigem mais recursos que nem sempre se encontram disponíveis. Assim, para o diagnóstico diferencial do estresse, recomenda-se a avaliação de órgãos-alvo, sendo esse o princípio norteador para a elaboração do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL) (LIPP, 2000). A elaboração do ISSL baseou-se nos conceitos elaborados por Selye no qual o organismo sempre busca adaptar-se ao estressor. É um instrumento de autorrelato para jovens acima de 15 anos e adultos, não exigindo escolaridade mínima. É validado para a população brasileira e recomendado para o uso clínico e científico pelo Conselho Federal de Psicologia do Brasil, em função das suas características psicométricas (alfa de Cronbach = 0,91).

2.5 ESTRESSE E TxR

Muitos estudos indicam o TxR como uma intervenção que fornece uma possibilidade maior de independência sobre as restrições impostas pelos outros tipos de tratamento da DRC. Porém, poucos abordam as mudanças, os dilemas e os desafios do paciente após o TxR (FALLON; GOULD; WAINRIGHT, 1997; OSTROWISKI et al., 2000; WHITE; GALLAGNER, 2010).

Vários estudos mostram que a comparação da qualidade de vida entre os pacientes após o TxR e os mantidos em HD, por exemplo a partir dos resultados do instrumento genérico SF-36, alcançam melhores escores nas dimensões físicas e sociais no primeiro grupo, porém essa diferença não foi encontrada nas dimensões que avaliam a saúde mental (PEREIRA et al., 2003; TSUJI-HAYASHI et al., 1999). Resultados semelhantes foram descritos por Karam e colaboradores (2003), em estudo francês, quando compararam a qualidade de vida de uma amostra da população geral com pacientes com mais de dez anos de TX de fígado, coração e rim; os autores encontraram piores escores psicológico e de percepção da saúde no grupo de TxR.

Com a finalidade de alcançar melhores índices de qualidade de vida dos pacientes com DRC, a realização do TxR é frequentemente motivada pelos profissionais de saúde. Porém, torna-se importante considerar a probabilidade da

presença de sofrimento psíquico nesses pacientes em vários momentos do processo, começando com a sua avaliação no pré-TxR (KUNTZ; BONFIGLIO, 2011). Toimamueang e colaboradores (2003) avaliaram o estresse de 71 candidatos ao TxR em um hospital universitário na Tailândia, utilizando-se uma lista de 51 itens considerados estressores que se dividiam em: psicológico, familiar e trabalho/renda. Nesse estudo, houve a predominância dos estressores psicológicos, principalmente com o passar do tempo na lista de espera.

Após o TxR o paciente se depara com diversos desafios tais como: viver com os sentimentos de incerteza e de medo relacionados com a sobrevivência do enxerto; adquirir novas habilidades relacionadas ao autocuidado; e seguir um complexo regime medicamentoso (WAINWRIGHT; FALLON; GOULD, 1999). Dificuldades profissionais e redução da renda mensal, diminuição do interesse sexual e alterações da imagem corporal são frequentemente observados após o TxR (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007; SUTTON; MURPHY, 1989). Outros estressores também são relatados pelos pacientes como o medo da rejeição e as repetidas hospitalizações (FISHER et al., 1998).

Ao longo do TX, o paciente deve seguir corretamente o tratamento, pois esse ainda é um doente crônico, o que pode se constituir em uma situação estressora (WAINWRIGHT; FALLON; GOULD, 1999). Com o objetivo de avaliar os efeitos dos fatores clínicos sob a saúde emocional no pós-TX, Liu e colaboradores (2009) observaram que a presença de efeitos colaterais referentes ao uso do imunossupressor estava relacionada a uma percepção negativa sobre a saúde física e mental em uma amostra de 160 pacientes com mais de um ano de TxR.

Os efeitos colaterais dos imunossupressores é um dos principais estressores identificados após o TxR (KONG; MOLASSIOTIS, 1999). Dentre os principais estressores relacionados à medicação, podemos citar: dor, mal estar, fraqueza muscular, ganho de peso, necessidade de aderência à medicação, alterações emocionais como medo e ansiedade, sendo esses mais percebidos pelo sexo feminino (KONG; MOLASSIOTIS, 1999; ROSENBERGER et al., 2005). Outra questão levantada é a incerteza sobre o futuro e o medo de infecção (CHEN; WENG; LEE, 2010; FALLON; GOULD; WAINWRIGHT, 1997; KONG; MOLASSIOTIS, 1999; SUTTON; MURPHY, 1989).

As consultas com regularidade podem gerar estresse, assim como o não retorno ao estilo de vida anterior à DRC. Em longo prazo, a vivência com o rim

transplantado traz efeitos psicossociais importantes, tais como enfrentamento de pressão dos familiares, do doador vivo e de si próprio frente à necessidade da constante vigilância; preocupação com o autocuidado; sentimento de anormalidade; percepção de tratamento diferenciado no meio social e culpa pela morte do doador do rim (ORR et al., 2007). Embora a frequência descrita seja baixa, 15%, estes pacientes reconheceram dificuldades em viver com o enxerto (ORR et al., 2007).

A experiência estressora é vivenciada de modo diferenciado de acordo com o tempo de TX (PÉREZ-SAN-GREGÓRIO et al., 2005). O tempo de TX tem correlação negativa com os estressores referentes à limitação, tais como isolamento, restrição dietética e física, situações peculiares aos primeiros meses pós TX. Isto, pois, em função do maior risco de rejeição, é exigido dos pacientes cuidados mais intensivos, acarretando em maior grau de limitação (CHEN; WENG; LEE, 2010). As mudanças na dosagem da medicação imunossupressora e as idas mais frequentes ao hospital também podem ser fontes de insegurança e incerteza para os pacientes com menos um ano de TxR.

Fallon, Gould e Wainright (1997) investigaram os estressores específicos que afetam o paciente transplantado, em distintos intervalos de tempo. Foi observado um nível maior de estresse nos pacientes entre um e cinco anos de TX no que se refere aos domínios de relacionamento social e familiar, à imagem corporal e ao retorno à vida normal. Porém os pacientes com mais de cinco de TX apresentaram maior capacidade de enfrentamento dos eventos estressores, preservando melhor a sua qualidade de vida. Acredita-se que, com o passar do tempo, o paciente aprende a lidar de modo mais satisfatório as questões do seu TX.

2.6 CONCEITO DE PADRÕES DE *COPING*

A identificação dos estressores mais frequentes, assim como as estratégias adequadas de *coping* podem contribuir para a amenização do impacto do estresse, fornecendo subsídios para o planejamento de programas preventivos (MIYAZAKI et al., 2005). O termo enfrentamento, do inglês *coping*, é utilizado para identificar a maneira usada pelo indivíduo para lidar com as demandas internas ou externas avaliadas como estando além de seus recursos. *Coping* refere-se a um conjunto de

esforços cognitivos e comportamentais com o objetivo de lidar com demandas específicas que surgem em situações de estresse (FOLKMAN; LAZARUS, 1980; TAYLOR, 2011).

Essas estratégias podem ser aprendidas, usadas e descartadas e dependem de fatores culturais, materiais, valores, crenças, habilidades sociais, características individuais e apoio social do indivíduo. O tipo de estressor também influencia na escolha do padrão de *coping*, assim como o nível de controlabilidade e experiência prévia (FOLKMAN; LAZARUS, 1985; FOLKMAN et al., 1986).

O enfrentamento envolve quatro conceitos principais: a) é uma interação entre o indivíduo e o ambiente; b) pressupõe a avaliação de uma situação estressora pelo indivíduo; c) seu objetivo é administrar a situação estressora; d) constitui-se em uma mobilização de esforços cognitivos e comportamentais pelo indivíduo para reduzir, minimizar ou tolerar as demandas internas e externas que surgem a partir da interação com o ambiente (ANTONIAZZI; DELL' AGLIO; BANDEIRA, 1998).

As respostas ou estratégias também podem ser classificadas quanto à função em duas categorias: focalizado no problema e na emoção. No *coping* focalizado no problema há tentativa de modificação do problema ou situação causadora de estresse; e no *coping* focalizado na emoção a tentativa é de se regular a resposta emocional causada pelo problema ou fonte do estresse (FOLKMAN; LAZARUS, 1985; FOLKMAN et al., 1986). De modo geral, ambos os padrões de enfrentamento são importantes para o controle do estresse e, apesar de distintos, são complementares (LAZARUS, 2000). Porém, em longo prazo, as respostas mais ativas, como ação direta, planejamento, busca de suporte social e assistência, apresentam maior probabilidade de serem eficazes, pois tendem a resolver a questão causadora do estresse, auxiliando o ajustamento (MEIJER ET al., 2002; SEIDL, 2005; FARIA, SEIDL, 2006). Porém, em situações em que a possibilidade de mudança do estressor é remota, respostas que visam o controle emocional tornam-se mais precisas (CARVER; SCHEIER; WEINTRAUB, 1989).

A avaliação das estratégias de *coping* baseia-se na descrição dos padrões de comportamento emitidos pelo indivíduo frente a situações de estresse a partir de entrevistas clínicas e/ou uso de instrumentos de avaliação específicos (CARVER; SCHEIER; WEINTRAUB, 1989; ENDLER; PARKER, 1990; SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001).

2.7 PADRÕES DE *COPING* E TxR

Dentre a variedade de fatores psicológicos que afetam a aderência, os padrões de *coping* também devem ser considerados, por contribuir no ajustamento do paciente às demandas impostas no pós TxR. O paciente pode utilizar de uma variedade de estratégias de enfrentamento que colaboram para a aquisição de comportamentos de saúde e para o alcance de melhor qualidade de vida (GREMIGNI et al., 2007).

Os esforços dos padrões de *coping* podem reduzir os efeitos nocivos dos estressores, trazendo conseqüentemente melhores índices referentes à qualidade de vida, como descrito por White e colaboradores (1990). Neste estudo, os pesquisadores identificaram os estressores específicos do TxR e os principais estilos de *coping* de 55 pacientes, com pelo menos seis meses de TX funcionando e encontraram uma correlação negativa entre estresse e *coping* e uma correlação positiva entre *coping* e qualidade de vida. O mesmo foi observado no estudo de White e Gallagher (2010) em que padrões de *coping* ativos, tais como solução de problemas e busca de suporte social foram associados a melhores índices de qualidade de vida em uma amostra de 172 transplantados renais. Nesse mesmo estudo, os pacientes que utilizavam mais *coping* direcionado à resistência apresentaram pior qualidade de vida.

Em pacientes adolescente, onde a não aderência é mais frequente, a adversidade percebida de aspectos específicos de viver com um TX foi associada a determinados estilos de *coping*, na tentativa de manter a integridade da saúde mental. Algumas adversidades percebidas como o medo, não se sentir bem e procedimentos clínicos foram associados à busca de suporte espiritual, assim como sentir diferente dos outros à busca de suporte social e familiar. Os autores concluem que a avaliação da adversidade e o ensino de estratégias de *coping* apropriadas para cada situação podem produzir resultados clínicos melhores, principalmente entre pacientes com maior risco de não aderência (RATCLIFF; BLOUNT; MEE, 2010).

Porém, há determinados padrões de *coping* que podem trazer um resultado ineficaz para o controle do estresse e adaptação à doença e ao tratamento (SOARES et al., 2000). Resposta de enfrentamento focada em padrão defensivo foi

significativamente associada a piores escores no SF-36 em uma amostra de 98 pacientes DRC (KAL TSAUDA et al., 2011). Para identificar as principais estratégias de enfrentamento de 30 pacientes após o TxR, Lindqvist, Carlsson e Sjudén (2004) utilizaram a escala de *coping* de Jalowiec, composta de 8 fatores: otimismo, autoconfiança, confronto, apoio, paliativo, fatalista, evasivo e emotivo. Pacientes que faziam mais uso de *coping* evasivo, fatalista, paliativo e emotivo percebiam-se menos capazes para lidar com as demandas da DRC e TX. As respostas de enfrentamento mais focadas na resolução de tarefas ou problemas foram associadas à maior efetividade nessa amostra.

Por outro lado, especificamente em relação à medicação o *coping* ativo foi associado a não aderência, alertando que esse tipo de resposta é mais emitido por indivíduos que preocupam com outras questões da vida diária, podendo apresentar assim risco maior para o esquecimento da medicação (GREMIGNI et al., 2007).

Em relação ao tempo de TxR, Sutton e Murphy (1989) encontraram diferenças no enfrentamento de estressores em 40 pacientes. Esses foram alocados em dois grupos, de acordo com o tempo de tratamento: até dois anos; e de dois a quatro anos de TxR. Independente do tempo, houve uma correlação entre o total de estressores relatados e o padrão de *coping* focado na emoção, porém esse foi menos presente no primeiro grupo de pacientes que utilizou mais de estratégias focadas na resolução de problemas. Acredita-se que os pacientes nos primeiros meses estão sob os efeitos positivos e de encantamento do TX e se sentem mais capazes de controlar as dificuldades. Com o passar do tempo, os estressores podem ser percebidos como imutáveis, reduzindo assim respostas que visem o seu controle ou manejo (SUTTON; MURPHY, 1989).

Pode-se concluir que o enfrentamento, independente do tipo, é uma ação iniciada em resposta a um estressor percebido, que leva a um resultado que, por sua vez, pode promover uma adaptação ou não do indivíduo, que no contexto de uma doença crônica, pode interferir na aderência ao tratamento (MERLUZZI; SANCHEZ, 1997). Dessa forma, intervenções sobre as variáveis estresse e padrões de *coping* podem levar a um melhor nível de aderência ao tratamento em pacientes transplantados renais. Em 2009, o *Kidney Disease: Improving Global Outcomes* listou intervenções que potencialmente podem trazer impacto positivo na aderência. Dentre elas, encontram-se o tratamento de depressão, ansiedade e outras questões

psicológicas e o treino de habilidades comportamentais que auxiliem a adaptação ao tratamento (KIDGO, 2009).

Na revisão sistemática sobre a frequência e o impacto da não aderência à terapia imunossupressora após o TxR, Butler e colaboradores (2004b) relataram que, mesmo diante da necessidade do desenvolvimento de métodos padronizados para a avaliação da aderência, a sua detecção não poderia se constituir como a principal meta para pesquisas futuras, mas sim o esforço de estudos que possibilitem uma maior compreensão sobre os fatores que levam ao comportamento da não aderência.

Poucas pesquisas, tanto em contexto brasileiro como no contexto mundial focam-se nos aspectos psicossociais e comportamentais como fatores relacionados à aderência ao tratamento após o TxR (DOBBELS et al., 2009). Desta forma, variáveis potencialmente modificáveis, como o estresse e os padrões de *coping*, necessitam de ser identificados, constituindo-se alvos de intervenção interdisciplinar, com o objetivo de melhorar a aderência e conseqüentemente os resultados clínicos após o TxR.

3 HIPÓTESE DO ESTUDO

A hipótese deste estudo é que a presença de estresse e a fase de quase exaustão e exaustão, assim como os padrões de *coping* focalizados na emoção e na busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso podem influenciar negativamente a aderência ao tratamento imunossupressor após o TxR.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a relação entre a presença e a fase do estresse e os padrões de *coping*, com a aderência ao tratamento imunossupressor após o TxR.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os principais eventos relacionados ao TxR percebidos como ganhos e estressores pelo paciente transplantado;
- Avaliar as condições sociodemográficas e clínicas relacionadas à presença de estresse.

5 METODOLOGIA

5.1 DESENHO DE ESTUDO

Foi desenhado um estudo transversal de caso-controle. A amostra avaliada foi composta por um subgrupo de 50 pacientes transplantados renais do estudo de validação do instrumento de *The Basel Assessment of Adherence with Immunosuppressive Medication Scales* (BAASIS) conduzido pelo mesmo grupo de pesquisa. De acordo com os resultados do BAASIS, os participantes foram distribuídos em dois grupos: 25 classificados como aderentes (grupo controle) e 25 não aderentes (grupo caso) (DOBBELS et al., 2010; SANDERS-PINHEIRO et al., 2012; SCHMID-MOHLER et al., 2010). Diante dessa configuração, iniciou-se a aplicação do protocolo deste estudo com o seguinte ordenamento: questionário para a coleta de dados sociodemográficos/clínicos; entrevista semiestruturada; e testes para avaliação de estresse e padrão de *coping*. Todos os procedimentos da pesquisa foram realizados no mesmo dia em que o paciente foi agendado para a consulta médica de rotina no ambulatório do NIEPEN que acompanha pacientes do Serviço de Transplante Renal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e Hospital Dr. João Felício.

5.2 CARACTERIZAÇÕES DA AMOSTRA

Trata-se de uma amostra composta por 50 pacientes transplantados renais acompanhados no ambulatório anteriormente descrito. Os critérios de inclusão para o estudo são: idade acima de 18 anos, mínimo de um ano de TxR com enxerto funcional e aceitação em participar do estudo. Como critério de exclusão considerou-se pacientes retransplantados, presença de déficit cognitivo que impedisse de compreender e responder o protocolo de instrumentos e a não aceitação em participar do estudo.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora sob protocolo n. 0028/2010 (Anexo A), seguindo-se os preceitos da Resolução 196/96. Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo e tendo concordado em participar do mesmo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Foi esclarecido aos participantes que a qualquer momento poderiam se retirar da pesquisa, sem que isto causasse qualquer dano ou ônus. Os participantes foram informados sobre os riscos e benefícios do estudo.

5.3 AVALIAÇÃO DA ADERÊNCIA

Os pacientes foram classificados como aderentes ou não aderentes a partir do instrumento BAASIS (DOBBELS et al., 2010; GLASS et al., 2006; SCHMID-MOHLER et al., 2010). Esse instrumento foi desenvolvido pelo *Leuven-Base Adherence Research Group de Basel*, Suíça (DE GEEST, 2005). A sua escolha para o estudo deve-se ao fato de: avaliar as dimensões importantes relativas ao uso da medicação imunossupressora; ser direcionado para a população de indivíduos transplantados; apresentar facilidade para o manejo e a aplicação para quem o executa. Seguimos às recomendações internacionais que orientam o uso de instrumentos psicométricos apenas após terem sido adaptados culturalmente e validadas para a população sob teste. A escala BAASIS foi adaptada e validada para língua portuguesa e uso em TX, apresentando propriedades psicométricas que viabilizam a sua escolha (alfa de Cronbach = 0,70) (SANDERS-PINHEIRO et al., 2012).

O BAASIS é composto por quatro itens baseados em diferentes dimensões referentes ao uso da medicação imunossupressora. O primeiro refere-se à frequência do uso da medicação; o segundo aborda o seguimento do horário estabelecido para a medicação; o terceiro abrange o uso da medicação nos feriados e/ou fins de semana e nos finais de semana e o quarto menciona a redução arbitrária da dose prescrita. O instrumento fixa o tempo das respostas nas últimas quatro semanas. As respostas são categorizadas em uma escala do tipo likert de seis pontos distribuídos entre 0 a 5. Os itens são categorizados em sim ou não e,

para sim, se tem uma escala de likert: nunca (0), uma vez no mês (1), a cada duas semanas (2), toda semana (3), mais de uma vez por semana (4), todo dia (5). A classificação do paciente em aderente e não aderente pela BAASIS é dicotomizada e caso a sua avaliação resulte em todas as respostas como 0, ele é considerado aderente. A não aderência é definida a partir da resposta que englobe os pontos entre 1 e 5, em qualquer um dos quatro itens (DOBBELS et al., 2010; GLASS et al., 2006; SCHMID-MOHLER et al., 2010).

5.4 ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Para detectar e compreender os principais ganhos e estressores relacionados ao TxR foi realizada uma entrevista semiestruturada, gravada em áudio mediante autorização (Apêndice B), composta por duas questões. Os dados foram obtidos a partir do próprio discurso de cada paciente, considerando-se a limitação dos métodos quantitativos para esse propósito (MINAYO; SANCHES, 1993).

A entrevista foi conduzida a partir das seguintes perguntas: 1) Quais as principais mudanças positivas após o TxR? 2) Quais as principais dificuldades enfrentadas após o TxR?

5.5 AVALIAÇÃO DO ESTRESSE

Para a avaliação do estresse, foi aplicado o ISSL (Lipp, 2000). Esse instrumento identifica a presença do estresse, o tipo de sintoma existente, se de predominância somática ou psicológica, e a fase em que se encontra, sendo essa classificada em: alerta, resistência, quase exaustão e exaustão. É composto por três quadros que se referem às quatro fases do estresse, sendo o quadro 2 utilizado para avaliar as fases de resistência e de quase exaustão. Os sintomas listados são típicos de cada fase (LIPP, 2000).

No primeiro quadro é composto por doze sintomas físicos e três psicológicos, o respondente assinala com F1 ou P1 os sintomas que tenha

experimentado nas últimas 24 horas. No segundo quadro, composto de dez sintomas físicos e cinco psicológicos, marca-se com F2 ou P2 os sintomas vivenciados na última semana. No quadro 3, composto de doze sintomas físicos e onze psicológicos, assinalam-se aqueles sintomas experimentados no último mês.

Para a correção e interpretação dos dados, primeiramente é necessário diagnosticar a presença ou ausência de estresse. Para isso, é necessário somar os sintomas físicos e psicológicos em cada quadro, resultando em um escore bruto total (LIPP, 2000). O diagnóstico de estresse pode ser feito se qualquer um dos escores brutos atingirem os limites determinados a seguir (Quadro 3):

Quadro 3 – Detalhes da avaliação do ISSL para determinação do diagnóstico de estresse

Quadro	Escore bruto	Valor de referência para diagnóstico de estresse
1	F1+P1	Maior que 6
2	F2+P2	Maior que 3
3	F3+P3	Maior que 8

Fonte: Lipp, 2000

Para a identificação da fase a qual se encontra o estresse, utilizamos a tabela anexa no caderno de correção do teste, correspondente a cada escore bruto. A maior porcentagem obtida nos quadros 1, 2 ou 3 indica a fase do estresse em que o indivíduo se encontra. Caso haja porcentagens sejam iguais em mais de uma das fases, o diagnóstico deve ser feito da fase mais avançada (Quadro 4).

Quadro 4 – Critérios utilizados para classificação das fases do estresse a partir da avaliação do ISSL

Quadro	Fase	Escore bruto	% do total
1	Alerta	F1+P1	%
2	Resistência / Quase Exaustão	F2+P2	%
3	Exaustão	F3+P3	%

Fonte: Lipp, 2000

Para identificar a tendência sintomatológica, considera-se apenas a fase de estresse. Em seguida, deve-se anotar o total bruto dos sintomas psicológicos separadamente do total bruto dos sintomas físicos e verificar a porcentagem correspondente. A porcentagem maior revela a sintomatologia mais predominante. Caso as porcentagens sejam iguais, o indivíduo apresenta tendência de ambos os sintomas.

A aplicação do teste pode ser individual ou em grupo e leva aproximadamente dez minutos para ser realizada. Para a análise estatística, agrupamos as quatro fases do estresse em duas novas categorias: fase 1: alerta e resistência; e fase 2: quase exaustão e exaustão. Essa categorização baseou-se no grau de gravidade dos sintomas de estresse apresentado (Lipp, 2000).

5.6 IDENTIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS DE ENFRENTAMENTO DO ESTRESSE

Os padrões comportamentais e cognitivos de enfrentamento foram avaliados a partir da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) na versão validada (SEIDL; TRÓCCOLI; ZANNON, 2001; VITALIANO, et al. 1985;) (Anexo B). A escolha desse instrumento baseia-se em três elementos: construção teórica a partir das pesquisas de Lazarus e Folkman; validação para a população brasileira; e aplicação de fácil manejo.

O EMEP é uma escala de autorrelato, composta por 45 itens, com escores de 1 a 5, englobando pensamentos e ações utilizadas pelo indivíduo para lidar com

as demandas internas e externas de um evento estressante. O Instrumento identifica quatro categorias/fatores de enfrentamento:

- Enfrentamento focalizado no problema (18 itens – 40, 39, 45, 36, 1, 33, 28, 32, 42, 24, 17, 10, 3, 15, 30, 19, 14, 16 – alfa de Cronbach = 0,84): estratégias comportamentais voltadas para o manejo ou solução do estresse, e estratégias cognitivas direcionadas para a reavaliação ou resignificação do problema;
- Enfrentamento focalizado na emoção (15 itens – 29, 20, 13, 25, 38, 23, 35, 2, 5, 22, 34, 37, 12, 18, 11 – alfa de Cronbach = 0,81): estratégias cognitivas e comportamentais de esquiva e/ou negação, expressão de emoções negativas, pensamento fantasioso, autculpabilização e/ou culpabilização de outros, com função paliativa ou de afastamento do problema;
- Busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (7 itens – 44, 6, 21, 41, 27, 8, 26 - alfa de Cronbach = 0,74): comportamentos religiosos e/ou pensamentos fantasiosos como modos de enfrentamento do estressor;
- Busca de suporte social (5 itens – 9, 31, 43, 7, 4 - alfa de Cronbach = 0,70): procura de apoio social ou instrumental para ajudar a lidar com o problema.

Para a obtenção do escore referente a cada estratégia, utilizamos a seguinte categorização (Quadro 5):

Quadro 5 – Escores atribuídos à frequência dos sintomas avaliados pela EMEP, para avaliação de cada item da escala

Escore	Classificação
1	Eu nunca faço isso
2	Eu faço isso um pouco
3	Eu faço isso às vezes
4	Eu faço isso muito
5	Eu faço isso sempre

Fonte: Seidl, Tróccoli e Zannon, 2001

A identificação do principal padrão de *coping* foi baseada no maior escore obtido, sendo esse calculado a partir média dos pontos dos itens agrupados citados acima, dividida pelo número de itens de cada fator. Para a análise estatística, agrupamos os quatro padrões de *coping* em duas novas categorias: *coping* ativo: enfrentamento focalizado no problema e busca de suporte social; e *coping* paliativo: enfrentamento focalizado na emoção e busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso. Essa configuração foi baseada no objetivo geral do *coping*, podendo esse se constituir por respostas direcionadas ao enfrentamento do estímulo estressor ou apenas pelo manejo emocional e, portanto, sem alteração situacional (FOLKMAN, 1984; FOLKMAN; LAZARUS, 1985).

5.7 OUTRAS VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM NA ADERÊNCIA

Dados sociodemográficos: gênero, idade, estado civil, raça, religião, trabalho, renda, nível educacional; doença: etiologia da DRC, tipo e tempo de terapia renal substitutiva, presença de comorbidades (diabetes, lúpus eritematoso sistêmico, acidente vascular encefálico); e tratamento: tempo de TX, tipo de doador, grau de parentesco, quando doador vivo e episódios de rejeição. Esses dados foram coletados anteriormente à entrevista por de consulta ao prontuário médico (Apêndice C).

5.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O estudo se baseou na análise com técnicas quantitativas e qualitativas (MINAYO et al., 2003; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005). Apesar de serem diferentes, são complementares, pois os dados quantitativos descrevem objetivamente a realidade, enquanto os qualitativos abordam àquilo que escapam da observação direta, incluindo crenças, representações, hábitos, atitudes, opiniões e outros (SERAPIONI, 2000).

A análise qualitativa deste estudo seguiu os seguintes passos: leitura e releitura de todo o material produzido pela transcrição integral das fitas gravadas em áudio. Nessa etapa, objetivou-se conhecer o texto e delimitar hipóteses para as categorizações futuras. Temas recorrentes, itens de interesse e contraditórios foram sistematicamente procurados nos dados. Após o conhecimento aprofundado do material, iniciou-se o agrupamento dos temas ou das categorias dos estressores e benefícios percebidos após o TxR, a partir de dois pesquisadores independentes, para em seguida efetuar a realização da contagem da frequência (BARDIN, 2011; MINAYO, 2004). Os dados foram apresentados como frequência das categorias identificadas na amostra (POPE, MAYS, 2009; POPE; ZIEBLAND; MAYS, 2009).

Em relação aos outros dados, os valores foram expressos como média \pm desvio padrão para as variáveis quantitativas com distribuição normal e como mediana e variações para aquelas sem distribuição normal. Foi utilizada a porcentagem para as variáveis categóricas. Utilizou-se o teste t de Student não pareado para se comparar as variáveis quantitativas entre os grupos aderentes e não aderentes com distribuição normal e o teste de Mann-Whitney para aquelas sem distribuição normal. Quando comparadas as variáveis categóricas, utilizou-se o teste do qui-quadrado ou ainda o teste de Fisher quando pelo menos uma das variáveis categóricas apresentou uma frequência menor que cinco. Análise multivariada por regressão logística foi utilizada para avaliar o desfecho aderência em relação às variáveis de estresse e padrões de *coping*. O programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 15.0 foi utilizado para o processo analítico dos dados. Diferenças foram consideradas significativas quando $p \leq 0,05$.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e as discussões serão apresentados em forma de artigos.

No artigo intitulado “*Impact of stress and stress related coping patterns in immunosuppressive medication adherence in kidney transplantation*”, encontram-se os principais resultados referentes aos dados quantitativos deste estudo.

Os dados qualitativos serão apresentados no artigo intitulado “*A vida com o enxerto renal: estudo qualitativo sobre os principais ganhos e desafios percebidos pelo paciente após o Transplante Renal*” submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública (Anexo C).

7 CONCLUSÃO

- Pelos resultados encontrados, concluímos que, apesar dos benefícios alcançados pelo TxR, este não elimina os estressores associados à doença e tratamento, uma vez que o estresse foi diagnosticado em metade dos pacientes com mais de um ano de TX.
- O estresse, nas suas fases mais avançadas (quase exaustão e exaustão) e os padrões de *coping* paliativos ou não direcionados ao enfrentamento ativo foram associados a não aderência à medicação imunossupressora.
- Os principais estressores relacionados ao TxR foram o medo de perder o enxerto e as questões referentes ao uso do imunossupressor.
- O estresse foi mais freqüente nos pacientes do sexo feminino, com maior morbidade e para àqueles que apresentaram, como o principal padrão de *coping*, respostas não focalizados na resolução do problema.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender os fatores associados aos comportamentos de cuidado com a saúde tem sido um dos principais desafios de pesquisadores interessados no avanço da terapêutica de doenças crônicas. Apesar da não aderência ser considerada como uma das importantes causas de perda tardia do enxerto renal, essa recebe limitada atenção quando se discute a etiologia do insucesso do TxR na literatura (BUTLER et al., 2004; DENHAERYNCK et al., 2005; DOBBELS et al., 2009).

No presente estudo, avaliamos a associação da presença do estresse e de determinados estilos de *coping* na aderência à medicação imunossupressora após o TxR. Conforme o demonstrado, àqueles pacientes diagnosticados com estresse, principalmente em fases mais avançadas, assim como os que utilizaram padrões de *coping* mais focados no afastamento do estímulo estressor apresentaram maior risco para o comportamento de não aderência. Além disso, foram identificados os principais estressores relacionados ao TxR, sendo os mais frequentes o medo em perder o enxerto e as questões referentes ao uso do imunossupressor.

Apesar das limitações, como o tamanho da amostra e o uso de medidas de auto relato para a avaliação da aderência ao imunossupressor, o presente estudo traz questões importantes que devem ser discutidas no contexto do TxR. Estudos futuros devem incluir as percepções do paciente em relação à sua experiência com o TxR e intensificar a compreensão do estresse e dos modos de enfrentamento ao estressor nas implicações na saúde mental do paciente e em seu processo de adaptação à doença e ao tratamento. Tais conhecimentos são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias para prevenir o comportamento de não aderência e suas conseqüências, e principalmente melhorar a qualidade de vida do paciente transplantado.

REFERÊNCIAS

ACHILLE, M. A. et al. Impact of stress, distress and feelings of indebtedness on adherence to immunosuppressants following kidney transplantation. **Clinical transplantation**, Copenhagen, v. 20, n. 3, p. 301-306, May/Jun 2006.

ALMEIDA, A. M. A importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevida do portador de insuficiência renal crônica. **Jornal brasileiro de nefrologia**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 209-214, 2003.

ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 3, n. 2, p. 273-294, jul./dez. 1998.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Registro brasileiro de transplantes**, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/mensagemRestrita.aspx?idCategoria=2>> Acesso em: 09 mar. 2012.

BASTOS, M.G. et al. Doença renal crônica: problemas e soluções. **Jornal brasileiro de nefrologia**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 201-215, 2004.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011. 279p. Título original: L'analyse de contenu.

BRAHM, M. M. T. **Adesão aos imunossupressores em pacientes transplantados renais**. 2012. 102f. Dissertação (Mestrado em Medicina)– Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 816p.

BUTLER, J. A. et al. Modifiable risk factors for non-adherence to immunosuppressants in renal transplant recipients: a cross-sectional study. **Nephrology, dialysis, transplantation**, New York, v. 19, n. 12, p. 3144-3149, Dec 2004a.

BUTLER, J. A. et al. Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review. **Transplantation**, Baltimore, v. 77, n. 5, p. 769-789, Mar 2004b.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 64-71, 2008.

CANNON, W. B. **Bodily changes in pain, hunger, fear and rage**. New York: Appleton- Century, 1936.

CARVER, C. S.; SCHEIER, M. F.; WEINTRAUB, J. K. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. **Journal of personality and social psychology**, Washington, v. 56, n. 2, p. 267-283, Feb 1989.

CHEN, K-H.; WENG, L. C.; LEE, S. Stress and stress-related factors of patients after renal transplantation in Taiwan: a cross-sectional study. **Journal of clinical nursing**, Boston, v. 19, n. 17-18, p. 2539-2547, Sep 2010.

CHISHOLM, M. A.; LANCE, C. E.; MULLOY, L. L. Patient factors associated with adherence to immunosuppressant therapy in renal transplant recipients. **American journal of health system pharmacy**, Bethesda, v. 62, n. 17, p. 1775-1781, Sep 2005.

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R. A global measure of perceived stress. **Journal of health and social behavior**, Thousand Oaks, v. 24, n. 4, p. 385-396, Dec 1983.

CONSTANTINER, M.; CUKOR, D. Barriers to immunosuppressive medication adherence in high-risk adult renal transplant recipients. **Dialysis & transplantation**, Van Nuys, v.40, n.2, p.60-66, Feb 2011.

CRAMER, J. A. et al. How often is medication taken as prescribed? **The journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 261, n. 22, p. 3273-3277, Jun 1989.

CUKOR, D. et al. Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. **Kidney international**, New York, v. 75, n. 11, p. 1223-1229, Jun 2009.

DE GEEST, S. **The Basel Assentement on Adherence with Immunossuppressive Medication Scale – BAASIS**. Basel: University of Basel, 2005.

DE GEEST, S. et al. Incidence, determinants and consequences of subclinical noncompliance with immunosuppressive therapy in renal transplant recipients. **Transplantation**, Baltimore, v. 59, n. 3, p. 340-347, Feb 1995.

DE GEEST, S. et al. Immunosuppressive Drugs and non-adherence in transplantation. **Journal of renal nursing**, London, v. 2, n. 2, p. 58-63, 2010.

DE GEEST, S.; DENHAERYNCK, K.; DOBBELS, F. Clinical and economic consequences of non-adherence to immunosuppressive drugs. In: GRINGÓ, J. M. (Org.). **International transplantation updates: compliance in solid organ transplantation**. Barcelona: [s.n.], 2011. p. 63-81.

DENHAERYNCK, K. et al. Prevalence, consequences, and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: a literature review. **Transplant international**, Oxford, v. 18, n. 10, p. 1121-1133, Oct 2005.

DENHAERYNCK, K. et al. Clinical consequences of non adherence to immunosuppressive medication in kidney transplant patients. **Transplant international**, Oxford, v. 22, n. 4, p. 441-446, Apr 2009.

DEW, M. A. et al. Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. **Transplantation**, Hagerstown, v. 83, n. 7, p. 858-873, Apr 2007.

DIMATTEO, M. R. Variation in patients` adherence to medical recommendations – A quantitative review of 50 years of research. **Medical care**, Hagerstown, v. 42, n. 3, p.2000-2009, Mar 2004.

DOBBELS, F. et al. Growing pains: non-adherence with the immunosuppressive regimen in adolescent transplant recipients. **Pediatric transplantation**, Copenhagen, v.9, n.3, p.381-390, Jun 2005.

DOBBELS, F. et al. Pretransplant predictors of posttransplant adherence and clinical outcome: an evidence base for pretransplant psychosocial screening. **Transplantation**, Hagerstown, v. 87, n. 10, p. 1497-1504, May 2009.

DOBBELS, F. et al. The psychometric properties and practicability of self-report instruments to identify medication non-adherence in adult transplant patients to date: a systematic review. **Transplantation**, Hagerstown, v. 90, n. 2, p. 205-219, Jul 2010.

EI-ZOGHBY, Z.M. et al. Identifying specific causes of kidney allograft loss. **American Journal of Transplantation**, Hoboken, v.9, n. 3, p.527-35, Feb 2009.

ENDLER, N. S.; PARKER, J. D. A. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. **Journal of personality and social psychology**, Washington, v. 58, n. 5, p. 844-854, May 1990.

FALLON, M.; GOULD, D.; WAINWRIGTH, S. P. Stress and quality of life in the renal transplant patient: a preliminary investigation. **Journal of advanced nursing**, Oxford, v. 25, n. 3, p. 562-570, Mar 1997.

FARIA, J.B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade, enfrentamento e bem estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 155-164, Jan/Abr 2006.

FINE, R.N. et al. Nonadherence Consensus Conference Summary Report. **American journal of transplantation**, Hoboken, v. 9, n. 1, p. 35-41, Jan 2009.

FINKELSTEIN, F. O.; FINKELSTEIN, S. H. Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. **Nephrology, dialysis, transplantation**, Oxford, v. 15, n. 12, p.1911-1913, Dec 2000.

FISHER, R. et al. Quality of life after renal transplantation. **Journal of clinical nursing**, Boston, v. 7, n. 6, p. 553-563, Nov 1998.

FLEMING, R.; BAUM, A.; SINGER, J. E. Toward an integrative approach to the study of stress. **Journal of personality and social psychology**, Washington, v. 46, n. 4, p. 939-949, Apr 1984.

FOLKMAN, S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. **Journal of personality and social psychology**, Washington, v. 46, n. 4, p. 839-852, Apr 1984.

FOLKMAN, S. The case for positive emotions in the stress process. **Anxiety, stress coping**, Washington, v. 21, n. 1, p. 3-14, London, Jan 2008.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. An analysis of coping in a middle-aged community sample. **Journal of health and social behavior**, Albany, v. 21, n. 3, p. 219-239, Sep 1980.

FOLKMAN, S.; LAZARUS, R. S. 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**, Washington, v. 48, n. 1, p. 150-170, Jan 1985.

FOLKMAN, S. et al. Appraisal, coping, health and psychological symptoms. **Journal of personality and social psychology**, Washington, v. 50, n. 3, p. 571-579, Mar 1986.

GASTON, R. S. et al. Late renal allograft loss: non-compliance masquerading as chronic rejection. **Transplantation proceeding**, New York, v. 31, n. 4, p. 521-523, Jun1999.

GLASS, T. R. et al. Correlates of adherence in HIV infected patients receiving antiretroviral therapy: the Swiss HIV Cohort Study. **Journal of acquired immune deficiency syndromes**, New York, v. 41, n. 3, p. 385-392, Mar 2006.

GREMIGNI, P. et al. Psychological factors associated with medication adherence following renal transplantation. **Clinical transplantation**, Copenhagen, v. 21, n. 6, p. 710-715, Nov/Dec 2007.

GOODMAN, W. G.; DANOVIATCH, G. M. Options for patients with kidney failure. In: DANOVIATCH, G. M. **Handbook of kidney transplantation**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005. p. 1-22.

HARDSTAFF, R.; GREEN, K.; TALBOT, D. Noncompliance postrenal transplantation: measuring the extent of the problem using electronic surveillance and nurse practitioner interviews. **Transplantation proceedings**, New York, v. 34, n. 5, p. 1608-1609, Aug 2002.

HAYWARD, M. B. et al. An instrument to identify stressors in renal transplant recipients. **ANNA journal**, Pitman, v. 16, n. 2, p. 81-85, Apr 1989.

HOLMES, T. H.; RAHE, R. The social readjustment rating scale. **Journal of psychosomatic research**, London, v. 11, n. 2, p. 213-218, Aug 1967.

JINDEL, R. M. et al. Noncompliance after kidney transplantation: a systematic review. **Transplantation proceedings**, New York, v. 35, n. 8, p. 2868-2872, Dec 2003.

JOSEPH, J. T. et al. The impact of late acute rejection after cadaveric kidney transplantation. **Clinical transplantation**, Copenhagen, v. 15, n. 4, p. 221-227, Aug 2001.

KAL TSAUDA, A. et al. Defensive coping and health-related quality of life in chronic kidney disease: a cross-sectional study. **BMC nephrology**, London, v.12, p. 12-28, Jun 2011.

KANNER, A. D. et al. Comparison of two modes of stress measurement: daily hassles and uplifts versus major life events. **Journal of behavioral medicine**, New York, v. 4, n. 1, p. 1-39, Mar 1981.

KARAM, V. et al. Quality of life in adult survivors beyond 10 years after liver, kidney and heart transplantation. **Transplantation**, Baltimore, v. 76, n. 12, p. 1699-1704, Dec 2003.

KDIGO: KIDNEY DISEASE: IMPROVING GLOBAL OUTCOMES TRANSPLANT WORK GROUP. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients. **American journal of transplantation**, Hoboken, v.9, n.3, p. 1-155, Nov 2009.

KIMMEL, P. L.; PETERSON, R. A. Depression in patients with end-stage renal disease treated with dialysis: has the time to treat arrived? **Clinical journal of American Society of Nephrology**, Washington, v.1, n.3, p.349-352, May 2006.

KONG, I. L. L.; MOLASSIOTIS, A. Quality of life, coping and concerns in Chinese patients after renal transplantation. **International journal of nursing studies**, Oxford, v.36, n.4, p.313-322, Aug 1999.

KOVAC, J.A. et al. Patient satisfaction with care and behavioral compliance in end-stage renal disease patients treated with hemodialysis. **American journal of kidney diseases**, Philadelphia, v. 6, n. 39, p. 1236-1244, Jun 2002.

- KUNTZ, K. K.; BONFIGLIO, D. D. V. Psychological distress in patients presenting for initial renal transplant evaluation. **Journal of clinical psychology in medical settings**, New York, v.18, n.3, p.307-311, Sep 2011.
- KUTNER, N. G. et al. Psychosocial predictors of non-compliance in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. **Nephrology, dialysis, transplantation**, Oxford, v. 17, n.1, p. 93-99, Jan 2002.
- LANHEZ, L. E. Transplante renal no Brasil: história, evolução e problemas atuais. **Jornal brasileiro de nefrologia**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 5-16, 1994.
- LAZARUS, R. S. Toward better research on stress and coping. **The american psychologist**, Washington, v. 55, n. 6, p. 665-673, Jun 2000.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.
- LERUT, E. et al. Acute rejection in non-compliant renal allograft recipients: a distinct morphology. **Clinical transplantation**, Copenhagen, v. 21, n. 3, p. 344-351, May/Jun 2007.
- LIMA, S. A. et al. Função cognitiva e depressão em uma coorte de pacientes submetidos à diálise peritoneal, avaliada pelo Mini-Mental (MEEM) e BDI – Devemos incluí-los na memória! **Jornal brasileiro de nefrologia**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 252-257, Out/Nov/Dez 2007.
- LINCK, C. L. et al. Paciente crônico frente ao adoecer e a aderência ao tratamento. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 317-322, 2008.
- LINDQVIST, R.; CARLSSON, M.; SJODÉN, P. O. Coping strategies of people with kidney transplants. **Journal of advanced nursing**, Oxford, v. 45, n. 1, p. 47-52, Jan 2004.
- LIPP, M. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.
- LIPP, M. N. O modelo quadrifásico do stress. In: _____. (Org.). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo, 2003a. p. 17-21.
- LIPP, M. N. O tratamento psicológico do stress. In: _____. (Org.). **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo, 2003b. p. 187-192.
- LIPP, M. N. Stress emocional: esboços da teoria de “temas de vida”. In: _____. (Org.). **O stress no Brasil: pesquisas avançadas**. Campinas, 2004. p. 17-30.

LIU, H. et al. Effects of clinical factors on psychosocial variables in renal transplant recipients. **Journal of advance nursing**, Oxford, v. 65, n. 12, p. 2585-2596, Dec 2009.

LOGHMAN-ADHAM, M. Medication noncompliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation. **The american journal of managed care**, Old Bridge, v. 9, n. 2, p. 155-171, Feb 2003.

LUGON, J. R. Doença renal crônica no Brasil: um problema de saúde pública. **Jornal brasileiro de nefrologia**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 2-5, Jan/Fev/Mar 2009.

MALDANER, C. R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v.29, n.4, p.647-653, dez. 2008.

MEIER-KRIESCHE, H. U.; SCHOLD, J. D.; KAPLAN, B. Long-term renal allograft survival: have we made significant progress or is it time to rethink our analytic and therapeutic strategies? **American journal transplantation**, Hoboken, v.4, n.8, p.1289-1295, Aug 2004.

MEIJER, S.A. et al. Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. **Social science & medicine**, New York, v.54, n.9, p.1453-61, May 2002.

MERLUZZI, T. V.; SANCHEZ, M.A.M. Assessment of self-efficacy and coping with câncer: development and validation of the cancer behavior inventory. **Health psychology**, Hillsdale, v. 16, n. 2, p. 163-170, Mar 1997.

MICHELON, T.F. et al. Noncompliance as a course of renal graft loss. **Transplantation proceeding**, Houston, v. 34, n. 7, p. 2768-2770, Nov 2002.

MILSTEIN-MOSCATI, I.; PERSANO, S.; CASTRO, L. L. C. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. In: CASTRO, L. L. C. (Org.). **Fundamentos de farmacoepidemiologia**. Campo Grande: AG, 2001. p.171-180.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004, 80p.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. P.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, 243p.

- MINAYO, M. C. S. et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 97-107, 2003.
- MIYAZAKI, M. C. O. S. et al. Tratamento da hepatite C: sintomas psicológicos e estratégias de enfrentamento. **Revista brasileira de terapias cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 119-128, jun. 2005.
- MORRIS, P.J.; STUART, J.K (eds.). **Kidney Transplantation: Principles and Practice**. 6ª ed. Saunders: Philadelphia, 2008. 761p.
- MURRAY, J.E. Ronald Lee Herrick Memorial: June 15, 1931 – December 27, 2010. **American journal of transplantation**, Hoboken, v. 11, n. 3, p. 419, Mar 2011.
- NANKIVELL, B. J.; ALEXANDER, S. I. Rejection of the kidney allograft. **The New England journal of medicine**, Boston, v. 363, n.15, p. 1451-1462, Oct 2010.
- NEIPP, M.; JACKOBS, S.; KLEMPNAUER, J. Renal transplantation today. **Langenbecks archives of surgery**, [s.l.], v. 394, n. 1, p. 1-16, 2009.
- NEVINS, T.E. et al. The natural history of azathioprine compliance after renal transplantation. **Kidney International**, New York, v. 60, p. 1565-70, Oct 2001.
- ORR, A. et al. Living with a kidney transplant: a qualitative investigation of quality of life. **Journal of health psychology**, London, v. 12, n. 4, p. 653-662, Jul 2007.
- OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **The New England journal of medicine**, Boston, v. 353, p. 487-497, Aug 2005.
- OSTROWISKI, M. et al. Changes in patients` quality of life after renal transplantation. **Transplantation proceedings**, New York, v. 32, n. 6, p. 1371-1374, Jul 2000.
- PEREIRA, L. C. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em paciente transplantado renal. **Jornal brasileiro de nefrologia**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 10-16, Mar 2003.
- PÉREZ-SAN-GREGORIO, M. A. et al. Psychologic stages in renal transplant. **Transplantation proceedings**, New York, v. 37, n. 3, p. 1449-1452, Apr 2005.
- PINSKY, B. W. et al. Transplant outcomes and economic cost associated with patient noncompliance to immunosuppression. **American journal of transplantation**, Hoboken, v. 9, n. 11, p. 2597-2606, Nov 2009.
- POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: _____. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução de Anany Porto

Fajardo. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 11-21. Título original: Qualitative Research in Health Care.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Analisando dados qualitativos. In: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução de Ananry Porto Fajardo. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 77-95. Título original: Qualitative Research in Health Care.

RATCLIFF, M. B.; BLOUNT, R. L.; MEE, L. L. The relationship between adolescent renal transplant recipients' perceived adversity, coping, and medical adherence. **Clinical psychology in medical settings**, New York, v. 17, n. 2, p. 116-124, Jun 2010.

RAVAGNANI, L. M. B.; DOMINGOS, N. A. M.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 12, n. 2, p. 177-184, Ago 2007.

ROSENBERGER, J. et al. Factors modifying stress from adverse effects of immunosuppressive medication in kidney transplant recipients. **Clinical transplantation**, Copenhagen, v. 19, n. 1, p. 70-76, Feb 2005.

SABATÉ, E. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: World Health Organization, 2003.

SANDERS-PINHEIRO, H. et al. Validation of the brazilian-portuguese version of The Basel Assessment of Adherence Immunosuppressives Scale (BAASIS) in kidney transplant patients. **American journal of transplantation**, Hoboken, v. 12, p. 451, May 2012. Supplement 3. Special Issue: 2012 American Transplant Congress. Abstract LB30.

SARDÁ JÚNIOR, J. J.; LEGAL, E. J.; JABLONSKI JÚNIOR, S. J. **Estresse: conceitos, métodos, medidas e possibilidades de intervenção**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SCHAFER-KELLER, P. et al. Diagnostic accuracy of measurement methods to assess non-adherence to immunosuppressive drugs in kidney transplant recipients. **American journal of transplantation**, Hoboken, v. 8, n. 3, p. 616-626, Mar 2008.

SCHMID-MOHLER, G. et al. Non-adherence to immunosuppressive medication in renal transplant recipients within the scope of the integrative model of behavioral prediction a cross-sectional study. **Clinical transplantation**, Copenhagen, v. 24, n. 2, p. 213-222, Mar/Apr 2010.

SCHNEIDERMAN, N.; IRONSON, G.; SIEGEL, S. D. Stress and Health: psychological, behavioral, and determinants. **Annual review of clinical psychology**, Palo Alto, v. 1, p. 607-628, 2005.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T.; ZANNON, C. M. L. C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 225-234, set./dez. 2001.

SEIDL, E. M. F. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 421-429, set/dez 2005.

SELYE, H. **Stress**: a tensão da vida. Tradução de Frederico Branco. São Paulo: Ibrasa, 1959. 396p. Título original: The stress of life.

SELYE, H. A syndrome produced by diverse nocuous agents. **The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences**, Washington, v.10, n.2, p.230-231, 1998.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, D. S. et al. Adesão ao tratamento imunossupressor no transplante renal. **Jornal brasileiro de nefrologia**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 139-147, abr./jun. 2009.

SILVA FILHO, A. P. Nefropatia crônica do enxerto. In: MANFRO, R. C.; NORONHA, I. L.; SILVA FILHO, A. P. **Manual de transplante renal**. São Paulo: Manole, 2004. p. 295-302.

SILVA JÚNIOR, J. B. et al. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p.289-311.

SILVA JUNIOR, H.T. et al. The emerging role of Brazil in clinical trial conduct for transplantation. **American Journal of Transplantation**, Hoboken, v.11, n. 7, p.168-75, July 2011.

SILVEIRA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2005.

SOARES, M. A. et al. Ajustamento emocional, afetividade e estratégias de coping na doença do foro oncológico. **Psicologia, saúde & doenças**, v.1, n.1, p.19-25, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Censo de diálise SBN 2011**: Total estimado de pacientes em tratamento dialítico por ano, censo 2011. Disponível em: < http://www.sbn.org.br/pdf/censo_2011_publico.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2012.

SUTTON, T. D.; MURPHY, S. P. Stressors and patterns of coping in renal transplant patients. **Nursing research**, New York, v. 38, n. 1, p. 46-49, Jan/Feb 1989.

TAKEMOTO, S. K. et al. A retrospective analysis of immunosuppression compliance, dose reduction and discontinuation in kidney transplant recipients. **American journal of transplantation**, Hoboken, v. 7, n. 12, p. 2704-2711, Dec 2007.

TAYLOR, S.E. **Health psychology**. 8ª ed. New York: McGraw-Hill, 2011.

TELLES-CORREA, D. et al. Adesão nos doentes transplantados. **Acta médica portuguesa**, Lisboa, v. 20, n. 1, p. 73-85, jan/fev 2007.

THE NATIONAL KIDNEY FOUNDATION. c2012. Disponível em: <<http://www.kidney.org/>>. Acesso em: 04 mai. 2012.

TOIMAMUEANG, U. et al. Stress and coping strategies among renal transplant candidates in a Thai Medical Center. **Transplantation proceedings**, New York, v. 35, n. 1, p. 292-293, Feb 2003.

TSUJI-HAYASHI, Y. et al. Health-related quality of life among renal transplant recipients in Japan. **Transplantation**, Baltimore, v. 68, n. 9, p. 1331-1335, Nov 1999.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-54, jun 2005.

VITALIANO, P. P. et al. The ways of coping checklist: revision and psychometric properties. **Multivariate behavioral research**, Mahwah, v. 20, n. 1, p. 3-26, Jan 1985.

VLAMINCK, H. et al. Prospective study on late consequences of subclinical non-compliance with immunosuppressive therapy in renal transplant patients. **American journal of transplantation**, Hoboken, v. 4, n. 9, p. 1509-1513, Sep 2004.

ZATZ, R.; ROMÃO JÚNIOR, J. E.; NORONHA, I. L. Nephrology in Latin América, with special emphasis on Brazil. **Kidney international supplements**, New York, v. 63, n. 83, p. 131-134, Feb 2003.

WAINWRIGHT, S. P.; FALLON, M.; GOULD, D. Psychosocial recovery from adult kidney transplantation: a literature review. **Journal of clinical nursing**, Oxford, v. 8, n. 3, p. 233-245, May 1999.

WHITE, C.; GALLAGHER, P. Effect of patient coping preferences on quality of life following renal transplantation. **Journal of advanced nursing**, Oxford, v. 66, n. 1, p. 2550-2559, Nov 2010.

WHITE, M. et al. Stress, coping, and quality of life in adult kidney transplant recipients. **American Nephrology Nurses' Association**, Pitman, v. 17, n. 6, p. 421-431, Dec 1990.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

Nome: Daniela Cristina Sampaio de Brito

Título: Relação do estresse e “*coping*” sobre a aderência medicamentosa no transplante renal

Endereço do pesquisador: Rua Camapuã, número 930; apt. 501, Grajaú. Belo Horizonte, MG Cep.: 30430450

Telefones de contato do pesquisador: (031) 33344759 / (031) 99054759

Coordenador do Projeto: Prof^a. Dr^a. Hélady Sanders Pinheiro

Identidade: 11105329

Endereço do coordenador: Fundação IMEPEN, Rua José Lourenço Kelmer, 1300, Bairro São Pedro, Juiz de Fora, MG

Telefones de contato do coordenador: (032) 9982-8439 / (032) 3213-6955

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Universidade Federal de Juiz de Fora
Pró-Reitoria de Pesquisa – Campus Universitário s/nº, Bairro Martelos, Juiz de Fora – MG
Cep: 36030-900

Telefone: (32) 3229-3788

2- Informações ao participante ou responsável:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a correlação entre o nível de estresse e as formas de reação ao estresse, com a adesão ao tratamento após o transplante renal e identificar as principais causas de estresse relacionadas ao transplante renal. Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo que informam sobre o procedimento:

- Você poderá recusar a participar da pesquisa e poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.
- A sua participação como voluntário, não lhe trará nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo a V. SA.
- A sua participação não implica em riscos por estar participando do protocolo.
- Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado ao participante ou seu responsável o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo.

- Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.
- Este TCLE será assinado em duas vias, sendo que uma será entregue a você (participante ou responsável) e a 2ª via será arquivada com o pesquisador.

Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20_____

Nome do paciente: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE B – Autorização para entrevista gravada

AUTORIZAÇÃO PARA ENTREVISTA GRAVADA

Eu,....., autorizo a gravação da entrevista semiestruturada referente à pesquisa intitulada “Relação do estresse e *coping* sobre a aderência medicamentosa no transplante renal”, a qual me encontrando ciente que a minha participação é voluntária, sendo a minha identidade mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificar da mesma.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20_____

Nome do paciente: _____

Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE C – Questionário aplicado

QUESTIONÁRIO

Dados sociodemográficos

Identificação do paciente: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Raça: _____

Estado civil: _____

Escolaridade: _____

Trabalho e renda: _____

Religião: _____

Doenças

Etiologia da doença renal crônica

Tratamento renal substitutivo anterior ao transplante e tempo: _____

Presença de comorbidades: _____

Tratamento

Tempo de transplante: _____

Tipo de doador: _____

Grau de parentesco (quando doador vivo): _____

Episódios de rejeição: _____

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
HOSPITAL HUNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU CAS/UFJF
Rua Catulo Breviglieri S/Nº - B. Santa Catarina
36036-110- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº. 0087/2010

Protocolo CEP-UFJF: 0028/2010 **FR:** 336844 **CAAE:** 0028.0.420.000-10

Projeto de "Pesquisa: Influência das variáveis comportamentais – estresse e "coping" sobre a aderência medicamentosa no transplante renal

Versão do Protocolo e Data : Versão: 16 de junho de 2010.

Grupo: III

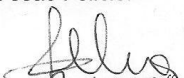
Pesquisador Responsável: Daniela Cristina Sampaio de Brito

TCLE: 16 de junho de 2010.

Instituição: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

Sumário/comentários do protocolo:

- **Justificativa:** A identificação dos estressores mais frequentes, assim como as estratégias adequadas de enfrentamento podem contribuir para a amenização do impacto do estresse. O termo enfrentamento, do inglês *coping*, refere-se a um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais com o objetivo de lidar com demandas específicas que surgem em situações de estresse. As estratégias têm sido classificadas quanto à função em duas categorias: focalizada no problema e focalizada na emoção. No enfrentamento focalizado no problema há tentativa de modificação do problema ou situação causadora de estresse; e no enfrentamento focalizado na emoção a tentativa é de se regular a resposta emocional causada pela fonte do estresse. A hipótese deste estudo é que os fatores comportamentais estresse e padrões de "coping" podem influenciar o processo de aderência ao tratamento medicamentoso após o TxR. Acredita-se que a identificação e a intervenção sobre os tais fatores podem resultar em uma maior aderência à medicação imunossupressora, interferindo positivamente na preservação da qualidade de vida do paciente transplantado renal.
- **Objetivo: -Geral:** Avaliar a correlação entre o nível de estresse e as repostas de enfrentamento ao estresse, com a adesão ao tratamento após o TxR.
- **-Específicos:** Identificar os principais eventos relacionados ao TxR percebidos como estressores pelo paciente transplantado. Identificar as características epidemiológicas associadas ao nível de estresse e aos padrões de enfrentamento ao estresse.
- **Metodologia:** os pacientes selecionados serão classificados como aderentes ou não aderentes de acordo com o grau de aderência para a medicação imunossupressora em adultos transplantados. Este diagnóstico será feito utilizando-se como critério de avaliação o instrumento *The Basel Assessment of Adherence with Immunosuppressive Medication Scales* (BAASIS) desenvolvido por De Geest *et al* (2005). Esta escala foi desenvolvida para pacientes transplantados e será utilizada após a sua validação para língua portuguesa, que será realizada por outro pesquisador do mesmo grupo de pesquisa. *Dados epidemiológicos* sobre gênero, idade, presença de comorbidades, tempo de transplante, tipo de doador, grau de parentesco quando doador vivo, serão coletados do prontuário juntamente à entrevista semi-estruturada. Esta será desenvolvida com o objetivo de detectar os *principais eventos estressores relacionados ao TxR*, considerando-se a limitação dos métodos quantitativos para esse propósito.
- **Revisão e referências:** atualizada, sustentam os objetivos do estudo.
- **Características da população a estudar:** serão avaliados 40 pacientes transplantados renais acompanhados pelo Serviço de Transplante Renal do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e Hospital Dr. João Felício.


Prof.ª Dra. Angela Maria Goulter
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU CAS da UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
HOSPITAL HUNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU CAS/UFJF
Rua Catulo Breviglieri S/Nº - B. Santa Catarina
36036-110- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

- **Orçamento** e responsável pelo financiamento da pesquisa são apresentados e o responsável pela pesquisa será o pesquisador principal.
- **Cronograma:** contem agenda para realização de diversas etapas de pesquisa, observando que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo comitê. Início desta etapa previsto para Agosto de 2010.
- Identificação dos riscos e desconfortos possíveis e benefícios esperados estão discriminados adequadamente no corpo do projeto.
- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** – O TCLE está em linguagem adequada, clara para compreensão dos participantes do estudo, com descrição suficiente dos procedimentos, explicitação de riscos e forma de contato com o pesquisador e demais membros da equipe.
- **Pesquisador** apresenta experiência e qualificação para a coordenação do estudo. Demais membros da equipe também apresentam qualificação para atividade que desempenharão durante o estudo.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/CAS da UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 e suas complementares manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final.

Situação: Projeto Aprovado

Juiz de Fora, 23 de agosto de 2010


Prof.ª Dra. Angela Maria Gollner
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU/CAS da UFJF

RECEBI

DATA: ___/___/2010

ASS: _____

ANEXO B – Escala Modos de Enfrentamento de Problemas

ESCALA MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com a sua enfermidade, neste momento do seu tratamento. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar o problema desta condição de saúde, no momento atual.

Veja um exemplo: **Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema de saúde**

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema de saúde. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

1. Eu levo em conta o lado positivo das coisas.
2. Eu me culpo.
3. Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.
4. Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.
5. Procuro um culpado para a situação.
6. Espero que um milagre aconteça.
7. Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.
8. Eu rezo/ oro.
9. Converso com alguém sobre como estou me sentindo.
10. Eu insisto e luto pelo que eu quero.
11. Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.
12. Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.
13. Desconto em outras pessoas.
14. Encontro diferentes soluções para o meu problema.

15. Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.
16. Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.
17. Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.
18. Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.
19. Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.
20. Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.
21. Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.
22. Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.
23. Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.
24. Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.
25. Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.
26. Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.
27. Tento esquecer o problema todo.
28. Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.
29. Eu culpo os outros.
30. Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.
31. Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.
32. Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia.
33. Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.
34. Procuo me afastar das pessoas em geral.
35. Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.
36. Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.
37. Descubro quem mais é ou foi responsável.
38. Penso em coisas fantásticas ou irrealis que me fazem sentir melhor.
39. Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.
40. Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.
41. Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.
42. Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo.
43. Converso com alguém para obter informações sobre a situação.
44. Eu me apego à minha fé para superar esta situação.
45. Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.

ANEXO C – Comprovante de submissão do artigo “A vida com o enxerto renal: estudo qualitativo sobre os principais ganhos e desafios percebidos pelo paciente após o Transplante Renal”

SAGAS

Página 1 de 1

Login: danicsb Português English Español



SAGAS

Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Início Autor Mensagens Sair

CSP_0708/12

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Título	A vida com o enxerto renal: estudo qualitativo sobre os principais ganhos e desafios percebidos pelo paciente após o transplante renal
Título corrido	Compreendendo a experiência do paciente transplantado renal
Área de Concentração	Ciências Sociais em Saúde
Palavras-chave	Transplante renal, qualidade de vida, estresse.
Sugestão de consultores	Daniela Cristina Sampaio de Brito <danielacrito@hotmail.com> Hélady Sanders-Pinheiro1 <helady.sanders@ufjf.edu.br> <> <>
Autores	Daniela Cristina Sampaio de Brito (Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia (NIEPEN)) Alessandra Moregola de Paula (Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia (NIEPEN)) Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov (Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia (NIEPEN)) Hélady Sanders-Pinheiro (Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisas em Nefrologia (NIEPEN))

DECISÕES EDITORIAIS: [Exibir histórico]

Versão	Recomendação	Decisão	Pareceres	Data de Submissão
1	Em avaliação. Artigo enviado em 18 de Maio de 2012.			