

QUALIDADE DE VIDA E TRANSPLANTE

Diogo TELLES-CORREIA, António BARBOSA, Inês MEGA

RESUMO

Com o aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas e do seguimento clínico dos doentes no período pós transplante o aumento da sobrevivência, deixou de ser o único objectivo da transplantação, passando a avaliação da qualidade de vida a desempenhar um papel fundamental.

Os instrumentos que avaliam a qualidade de vida podem ser multi/unidimensionais, ou específicos/inespecíficos. Entre os principais instrumentos para avaliar a qualidade de vida destacam-se o MOS-SF36, validado para a população portuguesa.

De acordo com a maioria dos estudos existentes, há uma melhoria das várias dimensões da qualidade de vida após o transplante. Nalguns estudos prospectivos, verifica-se que a qualidade de vida no período pós transplante era determinada por alguns factores do pré-transplante médicos (gravidade da doença) e psiquiátricos (personalidade, depressão e ansiedade, estratégias de coping).

SUMMARY

QUALITY OF LIFE AND TRANSPLANTATION

With the recent development of surgical techniques and other treatments of transplanted patients the increase in survival is not anymore the unique objective of the intervention. Nowadays, increase in quality of life is a very important aim.

The instruments that assess quality of life can be multi/unidimensional, specific/non-specific. One of the most important instruments to evaluate quality of life in all kinds of patients is the MOS-SF36, validated to Portuguese population.

According to most published studies, there is an improvement in quality of life dimensions after transplantation.

In some prospective studies it is shown that quality of life after transplantation is determined by some pre-transplantation factors such as medical factors (severity of illness) and psychiatric factors (personality, depression, coping strategies).

D.T-C., I.M.: Unidade de Apoio Psiquiátrico ao Transplante. Centro Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação. Hospital Curry Cabral. Lisboa
D.T-C., A.B.: Departamento de Psiquiatria. Hospital Santa Maria/da Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

© 2010 CELOM

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como *um conceito alargado que é afectado de uma forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência e relações sociais da pessoa, e a relação com as características salientes do respectivo meio*¹.

De acordo com vários autores, a importância da avaliação da qualidade de vida prende-se com a compreensão do estado de saúde como fruto de uma gama complexa de factores que só podem ser escolhidos e avaliados pelos próprios indivíduos, sendo os testes que pedem aos sujeitos para classificar a sua própria saúde os únicos que estão em exacta consonância com o significado de saúde segundo o seu modelo mais global².

O desenvolvimento de formas válidas e fiáveis de medir a qualidade de vida mostrou que este conceito é sensível e responsivo às variações biológicas e clínicas³⁻⁷. Desta forma a avaliação da qualidade de vida tem se tornado indispensável para uma investigação clínica de qualidade, bem como para várias questões relacionadas com a prática clínica e tomada de decisão no âmbito da saúde⁸⁻¹⁰.

O transplante de órgãos é considerado hoje tratamento de eleição para uma grande diversidade de patologias, que não passam obrigatoriamente por situações de doença terminal¹¹⁻¹³. As técnicas cirúrgicas e o seguimento clínico dos doentes no período pós transplante evoluíram dramaticamente nos últimos anos, com aumento consequente das taxas de sobrevivência¹⁴. O aumento da sobrevivência, deixou de ser o único objectivo da transplantação, passando a avaliação da qualidade de vida a desempenhar um papel fundamental neste contexto¹⁵. Muitos estudos foram surgindo em que, regra geral, a qualidade de vida se mostrou aumentada após o transplante. Porém, uma grande quantidade destes estudos usam métodos não validados e a maioria têm um desenho transversal¹⁶.

Neste artigo pretende-se rever, com base na literatura existente, os métodos de avaliação da qualidade de vida e a sua forma de aplicação em investigação clínica, bem como a importância particular deste tema no transplante de órgãos.

MATERIALE MÉTODOS

Foi efectuada uma pesquisa da literatura anglo-saxónica, de 1965 até 2009 (para a revisão teórica) e de 1990 até 2009 (para a revisão do estado da arte) através da MEDLINE utilizando como palavras-chave: evaluation of quality of life, health models and quality of life, quality of life and transplantation.

Dada a extensão do tema, também foram consultados livros de texto que contemplavam o tema. Os artigos revisitos incluem casos clínicos, revisões e artigos originais (estudos observacionais transversais e observacionais longitudinais).

RESULTADOS

1) Formas de Avaliação da qualidade de vida

Foram vários os instrumentos construídos para a avaliação da qualidade de vida. Muldoon e colaboradores (1998), chamam a atenção para o facto da medição da qualidade de vida poder corresponder a uma avaliação do funcionamento objectivo (directamente validada por comparação com o desempenho comportamental observado) ou por outro lado a uma avaliação do bem estar subjectivo (avaliação que o individuo faz do seu próprio bem estar)¹⁷.

Embora alguns autores ainda façam referência a estes dois tipos de qualidade de vida, a maioria dos instrumentos dizem respeito, pelo menos em parte, a uma avaliação subjectiva do bem estar do doente, sendo as medidas maioritariamente de auto avaliação¹⁸.

Os instrumentos podem ser multi/unidimensionais, ou específicos/inespecíficos.

- Multi vs Unidimensionais

De acordo com a organização mundial de saúde a qualidade de vida pode dividir-se em três dimensões fundamentais: física, mental, social¹.

Os métodos unidimensionais avaliam apenas uma dimensão da qualidade de vida. As medidas de sintomas físicos¹⁹, avaliam apenas a componente física, as medidas de sintomas mentais²⁰ e as medidas de funcionamento social²¹.

Os métodos mais utilizados são os multidimensionais, que englobam as várias dimensões da qualidade de vida, avaliando a saúde no seu sentido mais lato. Entre os instrumentos que se podem enquadrar nesta categoria, destacam-se o Nottingham Health Profile²², o SF-36 (short form 36)²³ e o Sickness Impact Profile (SIP)²⁴.

- Específica vs Inespecífica

Muitos dos instrumentos de medida não são específicos, medindo a qualidade de vida em populações diversas (nomeadamente o SF36 e o NHP), enquanto outros foram elaborados especificamente para serem usados em determinadas populações (escalões etários, tipos de doença, entre outros)^{25,26}. Os primeiros, devido à sua universalidade, permitem estabelecer comparações entre populações diferentes ou entre fases diferentes dos mesmos grupos, os segundos permitem aferir sintomas e limitações específicas de determinadas condições.

Stewart and Ware 1992, entre outros, consideram que a melhor estratégia para avaliar a qualidade de vida numa determinada população envolve uma primeira abordagem com um instrumento multidimensional e inespecífico, podendo ser complementado com um monodimensional (por exemplo da saúde mental) ou mais específico²⁷.

Na população transplantada, têm sido usados por exemplo, complementando instrumentos de avaliação multidimensional, métodos específicos que permitam medir o estado de saúde mental (dimensão mental) e o regresso à actividade profissional (dimensão social)²⁸.

2) Instrumentos Validados de Qualidade de vida

São vários os instrumentos disponíveis para avaliar a qualidade de vida, sendo o critério de escolha dependente do tipo de população em causa e dos objectivos e desenho do estudo.

MOS SF 36 – Desenvolvido por John Ware, a partir de um Estudo dos Resultados Médicos (Medical Outcomes Study – MOS), representando as 8 principais dimensões de saúde incluídas no MOS. Este questionário existe em duas versões V1.0 e V2.0 (a diferença entre as duas versões tem a ver com a alternativa de resposta sete dos 36 itens que da V1.0 para V2.0 passa de duas alternativas para cinco. Estes itens abrangem duas das 8 dimensões do questionário)²⁹.

Os 36 itens do SF-36 distribuem-se por oito dimensões (funcionamento físico, desempenho físico, dor corporal, saúde mental, saúde mental, desempenho emocional, funcionamento social, vitalidade, percepção geral de saúde). Mais um item de transição de saúde. As oito dimensões associam-se por sua vez, em duas grandes Componentes: Componente Físico e Componente Mental. Cada um destes componentes agrupa quatro das dimensões referidas. Os resultados são apresentados como um perfil das oito dimensões ou das quatro componentes²⁹.

A primeira apresentação da versão portuguesa é feita por Ferreira 2000^{30,31} que estuda um grupo de mulheres grávidas. O estudo para a população normal e com doença é apresentado por Pais-Ribeiro 2005³².

Hodiernamente, este instrumento talvez seja o mais utilizado para medir a qualidade de vida, em todo o tipo de populações³³. Os últimos estudos em populações transplantadas usam maioritariamente este instrumento²⁸.

COOP/WONCA CHARTS – Este instrumento, criado por Nelson é um questionário genérico, breve, de auto-resposta, destinado a avaliar o estado de saúde funcional nos cuidados de saúde primários. É constituído por sete questões ou itens, que perguntam ao doente como acha que é a sua funcionalidade. Cada item avalia uma dimensão: Aptidão Física; Disposição ou Estado Afectivo-Emo-

cional; Actividades do Dia a Dia; Convívio e Vida Social; Mudanças no Estado de saúde; Actividades do Dia a Dia; Convívio e Vida Social; Mudanças no Estado de Saúde; Autopercepção do Estado de Saúde Geral; Dores³⁴. Foi validada para a população portuguesa por Broeiro 1995³⁵.

Escala de Satisfação com a Vida – Desenvolvido por Diener 1985, este questionário tem por objectivo avaliar, globalmente, a qualidade de vida (avaliando a experiência de vida em adolescentes e adultos). Inclui cinco itens desenvolvidos a parti de um conjunto inicial de 48 itens³⁶. Foi validado para a população portuguesa por Simões, 1992³⁷.

Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar – Esta escala, desenvolvida por Masse, 1998, pretende avaliar a expressão de bem-estar em adultos. É constituída por 25 itens e dividida em seis subescalas: Autoestima; Equilíbrio; Envolvimento Social; Sociabilidade; Controlo de Si e dos Acontecimentos e Felicidade³⁸. Validada para a população portuguesa por Monteiro 2006³⁹.

Perfil de Saúde de Nottingham (NHP) – Este instrumento, elaborado por Hunt 1985, tem como intenção avaliar a percepção de problemas relacionados com aspectos emocionais, sociais e físicos. Dividido em duas partes a primeira com 38 questões medindo o grau de energia, a dor, a reacção emocional, o sono, o isolamento social, e a capacidade física, e a segunda avaliando quais as áreas mais afectadas pelos problemas de saúde (trabalho, social, sexual, etc.)²². Embora seja um instrumento usado com frequência em vários países, não se encontra validado para a população portuguesa.

3) Desenho dos estudos de Qualidade de Vida

Os estudos que envolvem a análise da qualidade de vida são do tipo observacional e analítico, podendo ser transversais ou longitudinais.

Quando os dados da qualidade de vida são obtidos num único momento o estudo é transversal e quando a qualidade é medida em mais do que um momento estamos perante um estudo longitudinal. Nos estudos transversais pode se inferir sobre a evolução da qualidade de vida de uma população transplantada quando se compara os valores de qualidade de vida em doentes transplantados com os de um grupo de controlo (por exemplo de doentes que aguardam o transplante)⁴⁰. Porém apenas os estudos longitudinais prospectivos podem dar uma informação fiável acerca da evolução da qualidade de vida de uma população¹⁵. Por outro lado, se o investigador optar por fazer uma avaliação num único momento medindo a qualidade de vida desse momento e simultaneamente a qualidade de vida passada, recorre a um estudo transversal retrospectivo (este tipo de estudo tem muitas limitações)⁴⁰.

Muitos dos estudos de qualidade de vida recorrem a um grupo de controlo de forma a tornar as suas conclusões mais robustas.

Está descrito que não existe um grupo de controlo ideal para os doentes transplantados e que estes deverão funcionar como seus próprios controlos^{41,42}. Porém, os escassos estudos que avaliam a evolução após o transplante hepático utilizam grupos de controlo para controlar os efeitos da mudança ao longo do tempo e a familiaridade com os procedimentos^{41,42}.

O grupo de doentes que permanece a aguardar transplante tem sido aquele mais escolhido

4) Qualidade de vida e Modelos Teóricos de Saúde

O modelo teórico de saúde mais utilizado para enquadrar a qualidade de vida é o de **Moos & Schaefer**.

De acordo com Moos, 1993, o **sistema ambiental** (do qual fazem parte vários factores ambientais estáveis como a exposição a uma doença crónica e também os recursos sociais e familiares) e o **sistema pessoal** (que inclui as características sociodemográficas e alguns recursos pessoais que podem influenciar o *coping*) associados aos **acontecimentos de vida** (relacionadas com factores situacionais, nomeadamente os estados de transição ou de surgimento de uma doença) determinam a percepção cognitiva e os mecanismos de *coping*. Todo este sistema pode influenciar o estado da saúde (directamente ou através de comportamentos adequados/desadequados para saúde, nomeadamente no que se refere à adesão) e a qualidade de vida⁴³ (Figura 1).

Outro modelo, em que os mecanismos de coping medeiam o impacto dos acontecimentos de vida e o bem estar é o Modelo transaccional do stress de Lazarus

Neste modelo a avaliação da ameaça é tida como mediador essencial para o desenvolvimento do stress. Lazarus

distingue dois estádios de avaliação, um primário em que se estabelece se o estímulo é irrelevante, positivo ou stressante, e um secundário (apenas utilizado no caso da avaliação primária ter dado o estímulo como stressante) que corresponde a um conjunto complexo de processos com vista a otimizar os mecanismos de coping. Ansiedade (e outras emoções negativas), surgem quando após a avaliação se conclui que o estímulo é stressante e que os recursos do indivíduo estão aquém do que lhe é exigido⁴⁴.

5) Estado da arte: Qualidade de Vida e Transplante

Foram revistos 35 estudos que utilizaram instrumentos validados para medir a qualidade de vida, sendo o SF36 aquele usado com mais frequência. A qualidade de vida foi avaliada, na maioria dos estudos ao longo do primeiro ano do período pós-transplante, embora alguns estudos (sobretudo mais recentes) incluam doentes transplantados há vários anos.

De acordo com a maioria dos estudos, havia uma melhoria das várias dimensões da qualidade de vida após o transplante. Esta melhoria era verificada quer nos estudos longitudinais, quando comparados os valores da qualidade de vida no período pós transplante com aqueles do período pré transplante. Também surgia uma vantagem nos doentes transplantados quando comparados com grupo de controlo de doentes candidatos a transplante (ou com doença crónica). Porém, é possível verificar de acordo com os artigos revistos que quando comparados com indivíduos saudáveis (ou valores normativos), os doentes transplantados apresentam uma pior qualidade de vida.

Nalguns estudos prospectivos, verificou-se que a qualidade de vida no período pós transplante era determinada por alguns factores do pré-transplante médicos (gravidade da doença) e psiquiátricos (personalidade, depressão e ansiedade, estratégias de coping).

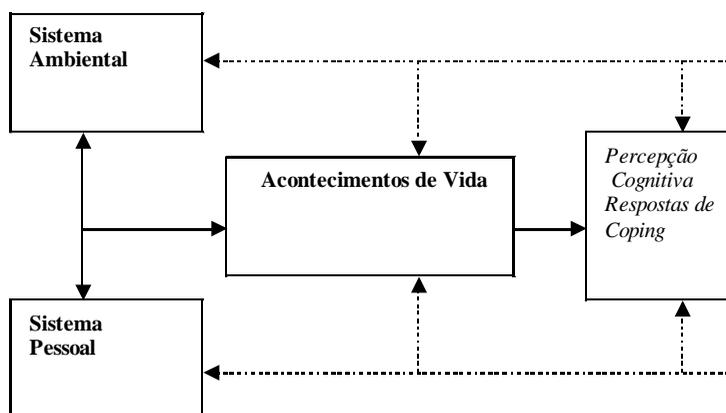


Fig. 1 – Modelo teórico do coping traduzido e adaptado de Moos & Schaefer, 1993

Quadro 1a – Transplante Hepático

Autores	Instrum.	Fase	n	Desen.	Grupo Controlo	Q. V. Física	Q.V Mental	Q.V. Social
Kober 1990 ⁴⁵	EORTC STAI	1-47 m	38	Trans.	-doença hepática -saudáveis	> doença hepática < saudáveis	> doença hepática < saudáveis	> doença hepática < saudáveis
Lowe 1990 ⁴⁶	NHP	>3m	64	Trans	-saudáveis	< saudáveis	> saudáveis	< saudáveis
Bonsel 1990 ⁴⁷	NHP STAI, Camp	1m-8anos	46	Trans	-saudáveis -pré-transplante	< saudáveis	< saudáveis	< saudáveis
Tarter 1991 ⁴⁸	SIP SBAS	>6m	62	Long	-doença hepática -saudáveis	> doença hepática < saudáveis melhoria pós transp	> doença hepática < saudáveis melhoria pós transp	> doença hepática < saudáveis melhoria pós transp
Hicks 1992 ⁴⁹	SIP POMS	> 3m	35	Trans	-vários grupos temp. pós transplante	agrav com o tempo	agrav com o tempo	agrav com o tempo
Moore 1992 ⁵⁰	AUST PAIS	1-9m	22	Long	-doença hepática	> doença hepática melhoria pós transp	> doença hepática melhoria pós transp	> doença hepática melhoria pós transp
Riether 1992 ⁵¹	SIP STAI BDI	3-12m	19	Long	-transp. cardíaco	S melhoria pós transp <transpl. cardíaco	melhoria pós transp <transpl. cardíaco	melhoria pós transp = transpl. cardíaco
Belle 1995 ⁵²	SIP, NHP Karn	12m	191	Long		melhoria pós transp	melhoria pós transp	melhoria pós transp
Levy 1995 ⁵³	SIP, NHP Karn, Camp	1,2,5 anos	150	Long		melhoria pós transp (com estabilização posterior)	melhoria pós transp (com estabilização posterior)	melhoria pós transp (com estabilização posterior)
Price 1995 ⁵⁴	NHP	6, 12, 24, 30, 42 m	27	Long	-candidatos	melhoria pós transp (com estabilização após 6m) >candidatos	melhoria pós transp (com estabilização após 6m) >candidatos	melhoria pós transp (com estabilização após 6m) >candidatos

CONCLUSÃO

1 – Os instrumentos que avaliam a qualidade de vida podem ser multi/unidimensionais, ou específicos/inespecíficos. Os métodos mais utilizados são os multidimensionais, que englobam as várias dimensões da qualidade de vida, avaliando a saúde no seu sentido mais lato. Muitos dos instrumentos de medida não são específicos, medindo a qualidade de vida em populações diversas, enquanto outros foram elaborados especificamente para serem usados em determinadas populações (escalões etários, tipos de doença, entre outros). A melhor estratégia para avaliar a qualidade de vida numa determinada população envolve uma primeira abordagem com um instrumento multidimensional e inespecífico, podendo ser complementado com um monodimensional (por exemplo da saúde mental) ou mais específico.

2 – Entre os principais instrumentos para avaliar a qualidade de vida destacam-se o MOS-SF36, O COOP/

WONCA CHARTS, A Escala de Satisfação com a Vida, a Escala de Medida de Manifestação de Bem-Estar e o Perfil de Saúde de Nottingham (NHP). Todos estão validados para a população portuguesa á excepção do NHP.

3 – Os estudos que envolvem a análise da qualidade de vida são do tipo observacional e analítico, podendo ser transversais ou longitudinais. Apenas os estudos longitudinais prospectivos podem dar uma informação fiável acerca da evolução da qualidade de vida de uma população. Muitos dos estudos de qualidade de vida recorrem a um grupo de controlo de forma a tornar as suas conclusões mais robustas. Está descrito que não existe um grupo de controlo ideal para os doentes transplantados e que estes deverão funcionar como seus próprios controlos. Porém, grupo de doentes que permanece a aguardar transplante tem sido aquele mais escolhido para controlar os efeitos da mudança ao longo do tempo e a familiaridade com os procedimentos.

Quadro Ib – Transplante Hepático

Autores	Instrum.	Fase	n	Desen.	Grupo Controlo	Q. V. Física	Q.V Mental	Q.V. Social
Younossi 2000 ⁵⁵	SF36		37	Long	-doentes crónicos (não hep)	melhoria pós transp	melhoria pós transp	melhoria pós transp
O'Carroll 2003 ⁵⁶	SF36	12m	70	Long	-saudáveis	< saudáveis melhoria pós transp corr. com ansiedade pré-trans.	< saudáveis melhoria pós transp corr. com ansiedade e neuroticismo pré-trans.	< saudáveis melhoria pós transp
Karam 2003 ⁵⁷	NIDDK	12m	67	Long	-saudáveis	< saudáveis melhoria pós transp	< saudáveis melhoria pós transp corr. com gravd. doença pré-trans.	< saudáveis melhoria pós transp corr. com gravd. doença pré-trans.
Saab 2007 ⁵⁸	SF36	<20a	308	Trans		Corr.+ c/ retorno ao trabalho após transp.		
Kousoulas 2008 ⁵⁹	SF36	15 anos	104	Trans	-saudáveis	< saudáveis corr. c/ regresso ao trabalho no 1º ano pós trx. corr.- c/ >50ª, sexo fem, grav. Doença pré transp	< saudáveis	< saudáveis
Desai 2008 ⁶⁰	SF36	30 anos	61	Trans	-saudáveis	< saudáveis corr.+ c/ regresso ao trabalho no 1º ano pós trx.	= saudáveis	= saudáveis
O'Carroll 2008 ⁶¹	SF36	6-24m	51	Trans	-saudáveis -candidatos	< saudáveis = candidatos.	< saudáveis = candidatos	< saudáveis = candidatos
Telles-Correia 2009 ⁶²	SF36	1,6m	60	Long		Melhoria predominante- mente até ao 1º m	Melhoria predominan- tamente até ao 1º m	
Telles-Correia 2009 ⁶³	SF36	6m	60	Long		Determinada por Estratégias de coping no pré transplante	Determinada por Depressão no pré transplante	
Telles-Correia 2009 ⁶⁴	SF36	6m	60	Long	-PAF -Não PAF	Semelhante entre os dois grupos	Pior nos doentes com PAF	

4 – O modelo teórico de saúde mais utilizado para enquadrar a qualidade de vida é o de Moos & Schaefer. De acordo com Moos, 1993, o **sistema ambiental** e o **sistema pessoal** associados aos **acontecimentos de vida** determinam a percepção cognitiva e os mecanismos de *coping*. Todo este sistema pode influenciar o estado da saúde e a qualidade de vida.

5 – De acordo com a maioria dos estudos existentes, há uma melhoria das várias dimensões da qualidade de vida após o transplante. Nalguns estudos prospectivos, verifica-se que a qualidade de vida no período pós transplante era determinada por alguns factores do pré-transplante médicos (gravidade da doença) e psiquiátricos (personalidade, depressão e ansiedade, estratégias de *coping*).

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

BIBLIOGRAFIA

1. WHOQOL Group Measuring Quality of Life: The Development of a world Health Organization Quality of Life Instrument (WHOOQOL), Genebra OMS. 1993
2. OGDEN J: Psicologia da Saúde. Climepsi Editores. Lisboa 2004;p397
3. BOMBARDIER C, WARE J, RUSSEL J, LARSON M, CHALMERS A, READ J: Auranofin therapy and quality of life in patients with reumathoid arthritis: results of a multicentric trial. Am J Med 1986;81:565-578
4. CROOG SH, LEVINE S, TESTA M et al: N Engl J Med 1986; 314:1657-64
5. ROGERS W, JOHNSTONE D, YUSUF S et al: Quality of life among 5.025 patients with left ventricular dysfunction randomized between placebo and enalapril: the studies with left ventricular dysfunction. J Am Coll Cardiol 1994; 23:393-400

Quadro 2 – Transplante Renal

Autores	Instrum.	Fase	n	Desen.	Grupo Controlo	Q. V. Física	Q.V Mental	Q.V. Social
Devins 1990 ⁶⁵	IIC, ABS, BDI		34	Long	-doença renal	> doença renal	= doença renal	> doença renal
Gouge 1990 ⁶⁶	Camp ABS	+/- 57m	42	Trans	- dadores	< dadores	= dadores	< dadores
Lai 1992 ⁶⁷	Camp	+/-4a	90	Trans	-doença renal	> doença renal		
Benedetti 1994 ⁶⁸	SF36	1-7a	151	Trans	-saudáveis	< saudáveis	= saudáveis	< saudáveis
Gudex 1995 ⁶⁹	HMQ		367	Trans	-doença renal	> doença renal	> doença renal	> doença renal
Hilbrands 1995 ⁷⁰	Camp ABS	12m	120	Long		melhoria pós transp	melhoria pós transp	melhoria pós transp
Siegal 2002 ⁷¹	LSI		3676	Trans		Melhor em doentes > 64 A casados	Melhor em doentes > 64 A casados	
Virzi 2007 ⁷²	SF36	4m	48	Long	-saudáveis	melhoria pós transp	melhoria pós transp	melhoria pós transp

Quadro 3 – Transplante Cardíaco

Autores	Instrum.	Fase	n	Desen.	Grupo Controlo	Q. V. Física	Q.V Mental	Q.V. Social
Caine 1991 ⁷³	NHP	3-6m	31	Long		melhoria pós transp	melhoria pós transp	melhoria pós transp
Busschbach 1994 ⁷⁴	EQ	12-16m	3	Trans	candidatos	> candidatos		
Ramsey 1995 ⁷⁵	SIP		23	Trans	candidatos	> doença renal	> doença renal	> doença renal
Aravot 2000 ⁷⁶	SF36			Long				
Karapolat 2007 ⁷⁷	SF36		34	Long		melhoria pós transp correlacionada com depressão	melhoria pós transp correlacionada com depressão	melhoria pós transp correlacionada com depressão
Myakovsky 2006 ⁷⁸	SF36	12m	87	Long		< saudáveis melhoria pós transp	< saudáveis melhoria pós transp	< saudáveis melhoria pós transp

EORTC – European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire; STAI – Spielberg Stait-Trait Anxiety Inventory; NHP – Nottingham Health Profile; SIP – Sickness Impact Profile; SBAS – Social Behaviour Assessment Schedule; ZD – Zung Depression; Camp – Campbel Quality of Life; POMS – Profile of Mood States; AUST – Austin quality of life scale; PAIS – Psychological adjustment to Illness Scale; BDI – Beck Depression Inventory; Karn – Karnovsky Scale; NIDDK – National Institute of Diabetes Digestive and Kidney Scale; Long – Estudo longitudinal prospectivo; Trans – Estudo transversal; ITS – Illness intrusiveness scale; ABS – Affect Balance Scale; LSI – Life Satisfaction Index; EQ – EurQuol scale

6. HLATKY M, ROGERS W, JOHNSTONE I et al: Medical care costs and quality of life after randomization to coronary angioplasty or coronary bypass surgery. Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) investigators. *N Engl J Med* 1997;336:92-99

7. FITZPATRICK R, DAVEY C, BUXTON M, JONES D: Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess* 1998; 2914:1-74

8. SCHRON E, SHUMAKER S: The integration of health quality of life in clinical research: experiences from cardiovascular clinical trials. *Prog Cardiovasc Nurs* 1991;7: 21-28

9. National Heart, Lung and Blood Institute Health-related Quality of Life: A review of findings from NHLBI-supported Clinical Research. US Government Printing Office: Washington DC 1995

10. PAE W, COPELAND J, MCCARTHY P et al: Bethesda Conference: conference for the design of clinical trials to study circulatory support devices for chronic heart failure. *Ann Thorac Surg* 1998;66:1452-65

11. LERUT J: Hepatic transplantation for hepatocellular carcinoma: state of the art. *J Chir* 2007;144:105

12. AHMED A, KEEFFE EB: Current indications and contraindications for liver transplantation. *Clin Liver Dis* 2007;11:227

13. ZHANG K, TUNG B, KOWDLEY KV: Liver transplantation for metabolic liver diseases. *Clin Liver Dis* 2007;11:265

14. United Network for Organ Sharing – 2006 annual report.

15. BERGNER: Quality of life, health status and clinical research. *Med Care* 1989;27:148-156

16. DEW M, SWITZER GE, ALLEN A et al: Does transplantation produce quality of life benefits? A quantitative analysis of the literature. *Transplantation* 1997;64:1261-73
17. MULDOON M, BARGER S, FLORY J, MANUCK S: What are quality of life measurements measuring. *BMJ* 1998;316:542-545
18. PATRICK D, ERICKSON P: Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation. Oxford University Press: New York 1993
19. DEHAES J, VAN KNIPPENBERG, NEIGT J: Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam symptom checklist. *Brit J Cancer* 1990;62:1034-8
20. ZIGMOND AS, SNAITH AP: The Hospital Anxiety Depression Scale. *Acta Psych Scand* 1983;67:361-370
21. SARANSON I, SARASON R, SHEARIN E, PIERCE G: A brief measure of social support questionnaire. *J Social Personal Relationships* 1983;4:497-510
22. HUNT S, MCEWEN J, MCKENNA SP: Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *J Royal Coll Gen Pract* 1985;35:185-8
23. WARE JA, SNOW KK, KOSINSKI M, GANDEK B: SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: The Health Institute, New Engl Med Center 1993
24. BERGNER M, ROBBITT R, CARTER W, GILSON D: The sickness impact profile: Development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981;19:787-805
25. MAYLATH N: Development of the children's Health Rating Scale. *Health Education Quartely* 1990;17:89-97
26. BROOK R, BERMAN D, LOHR K et al: Conceptualization and Measurement of Health for Adults, col 7, Diabetes Mellitus, Santa Monica CA Rand Corporation 1981
27. STEWART A, WARE J EDS: Measuring Functioning and Well-being: The Medical Outcomes Study Approach. Duke University Press: Durham NC 1992
28. DEW M: Quality of Life in Organ Transplantation. In *The Transplant Patient: Biological, psychiatric and ethical issues in organ transplantation*. Ed Trempacz P, Dimartini A. Cambridge University Press. Cambridge 2000
29. WARE J, SNOW K, KOSINSKY M, GANDEK B: SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston 1993. N Engl Med Center 1993
30. FERREIRA PL: Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part I. Cultural and linguistic adaptation. *Acta Med Port* 2000;13(1-2):55-66
31. FERREIRA PL: Development of the Portuguese version of MOS SF-36. Part II – Validation tests. *Acta Med Port* 2000; 13(3):119-127
32. PAIS-RIBEIRO J: O importante é a saúde: estudo de adaptação do SF-36. Lisboa Fundação Merck. 1993
33. PAIS-RIBEIRO J: Avaliação em Psicologia da Saúde. Instrumentos Publicados em Português. Portugal Quarteto. 2007
34. NELSON E, WASSON J, KIRK J et al: Assessment of Function in Routine Clinical Practice : Description of de COOP Chart Method and Preliminary Findings. *Journal of Chronic Diseases*, 1987;40:555-635
35. BROEIRO P, RAMOS V, TAVARES I, CUNHA E, AMORIM J: Avaliação de estados funcionais no idoso: exercício de aplicação de uma versão portuguesa da escala COOP/WONCA charts. *Acta Med Port* 1995;8:279-288
36. DIENER E, EMMONS R, LARSEN R, GRIFFIN S: The satisfaction with life scale. *J Personality Assessment* 1985;49:71-75
37. SIMÕES A: Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia* 1992;XXVI (3):503-515
38. MASSE R, POULIN C, DASSA C et al: The structure of mental health higher order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures. *Social Indicators Research* 1998; 45:475-504
39. MONTEIRO S, TAVARES J, PEREIRA A: Estudo das características psicométricas da Escala de Medida de Manifestações de Bem-Estar. In Leal I, Pais-Ribeiro J (Edts). *Actas do 6º Congresso nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida*. Lisboa. ISPA Edições 2006
40. ADAY L: Designing and conducting health surveys: A comprehensive guide. San Francisco Jossey-Bass Publishers 1989
41. O'CARROL R, COUSTON M, COSSAR J, MASTERTON G, HAYES PC: Psychological outcome and quality of life following liver transplantation: a prospective, national, single-center study. *Liver transpl* 2003;9(7):712-720
42. PRICE CE, LOWE D, COHEN AT et al: Prospective Study of the quality of life in patients assessed for liver transplantation: Outcome in transplanted and not transplanted groups. *J R Soc Med* 1995;88:130-5
43. MOOS RH, SHAEFER JA: Coping resources and processes: Current concepts and measures. In Goldberger & S Brenitz eds. *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects.*, 2nd ed, 234-257 New York 1993
44. LAZARUS RS: The stress and coping paradigm. Models for Clinical Psychopathology. Ed. Eisdorfer C, Cohen D, Kleinman A, et al. Spectrum Publications. New York 1981
45. KOBER B, KUHLER T, BROELSCH C, KREMER B, HENREBRUNS D: A psychological support concept and quality of life research in a liver transplantation program: an interdisciplinary multicenter study. *Psychother Psychosom* 1990;54:117-131
46. LOWE D, O'GRADY J, MCEWEN J, WILLIAMS R: Quality of life following liver transplantation: a preliminary report. *J R Coll Physicians (Lond)* 1990;24:43-46
47. BONSEL G, ESSINK-BOT M, KLOMPMAKER I, SLOOF M: Assessment of quality of life before and following liver transplantation. *Transplantation* 1992; 53:796-800
48. TARTER R, SWITALA J, ARRIA A, PLAIL J, VAN THIEL D: Quality of life before and after orthopic hepatic transplantation. *Arch Intern Med* 1991;151:1521-6
49. HICKS F, LARS J, FERRANS C: Quality of life after liver transplant. *Res Nurs Health* 1992;3:69-75
50. MOORE K, JONES R, ANGUS P, HARDY K, BURROWS G: Psychosocial adjustment to illness: quality of life following liver transplantation. *Transplant Proc* 1992;24:2257-8
51. RIETHER A, SMITH S, LEWISON B, COTSONIS G, EPSTEIN C: Quality of life changes and psychiatric neurocognitive outcome after heart and liver transplantation. *Transplantation* 1992;54:444-450
52. BELLE S, PORAYKO M: Improvement in quality of life after transplantations in NIDDK liver transplantation database. *Transplant Proc* 1995;27:1230-32
53. LEVY M, JENNINGS L, ABOULJOUND M et al: Quality of life improvements at one, two and five years after transplantation. *Transplantation* 1995;59:561-7
54. PRICE C, LOWE D, COHEN A et al: Prospective study of the

- quality of life in patients assessed for liver transplantation: outcome in transplanted and not transplanted groups. *J R Soc Med* 1995;88:130-5
55. YOUNOSSI Z, MCORMICK M, PRICE L: Impact of liver transplantation on health-related quality of life. *Liver Transpl* 2000;6(6):779-783
56. O'CARROL R, COUSTON R, COSSAR J, MASTERTON G, HAYES P: Psychological outcome and quality of life following liver transplantation: a prospective, national, single-center study. *Liver Transpl* 2003;9(7):712-720
57. KARAM V, CASTAING D, DANET C et al: Longitudinal prospective evaluation of quality of life in adult patients before and one year after liver transplantation. *Liver Transpl* 2003;9(7):703-711
58. SAAB S, WIESE C, IBRAHIM A et al: Employment and quality of life in liver transplant recipients. *Liver Transpl* 2007;13(9):1330-8
59. KOUSOULAS L, NEIPP M, BARG-HOCK et al: Health-related quality of life in adult transplant recipients more than 15 years after orthotopic liver transplantation. *Transpl Int* 2008;21(11):1052-8
60. DESAI R, JAMIESON N, GIMSON A et al: Quality of life up to 30 years following liver transplantation. *Liver Transpl* 2008; 14(10):1473-9
61. O'CARROL R, TURNER F, FLATLEY K, MCGREGOR L, HAYES P: *Psychol Health Med* 2008;13(2):239-248
62. TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MATEUS H, MONTEIRO E: When does quality of life improve after liver transplantation? A longitudinal prospective study. *Transplantation Proceedings* 2009 Apr; 41(3):904-5
63. TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, MATEUS H, MONTEIRO E: Psychosocial determinants of quality of life 6 months after transplantation: longitudinal prospective study. *Transplantation Proceedings* 2009 Apr; 41(3):898-900
64. TELLES-CORREIA D, CORTEZ-PINTO H, BARBOSA A, MEGA I, MONTEIRO E: Quality of life following liver transplantation: a comparative study between Familial Amyloid Neuropathy and liver disease patients. *BMC Gastroenterology* 2009. Jul 15; 9(1):54
65. DEVINS G, MANDIN H, HONS R et al: Illness intrusiveness and quality of life in end stage renal disease: comparison and stability across treatment modalities. *Health Psychol* 1990;9:117-142
66. GOUGE F, MORRE J, BREMER B, MCCAULEY C, JOHNSON J: The quality of life of donors, potential donors, and recipients of living related donor renal transplantation. *Transplant Proc* 1990;22:2409-13
67. LAI M, HUANG C, CHU S, CHUANG C, HUANG J: Two hundred and thirty cases of kidney transplantation: single center experience in Taiwan 1992. *Transplant Proc* 1992;24:1452-4
68. BENEDETTI E, MATTAS A, HAKIN N et al: Renal transplantation for patients 60 years of age or older: a single-institution experience. *Ann Surg* 1994;4:445-460
69. GUDEX C: Health related quality of life in endstage renal failure. *Qual Life Rev* 1995;4:359-360
70. HILBRANDS L, HOITSMA A, KROENE R: The effect of immunosuppressive drugs on quality of life after renal transplantation. *Transplantation* 1995;59:1263-70
71. SIEGAL B, HALBERT R, MCGUIRE M: Life satisfaction among kidney transplant recipients: demographic and biological factors. *Prog Transplant* 2002;12(4):293-8
72. VIRZÍ A, SIGNORELLI M, VEROUX M et al: Depression and quality of life in living related renal transplantation. *Transplant Proc* 2007;39(6):1791-3
73. CAINE N, SHARPLES L, SMYTH R et al: Survival and quality of life of cystic fibrosis patients before and after heart lung transplantation. *Transplant Proc* 1991;23:1203-4
74. BUSSCHBACH J, HORIKX P, VAN DER BOSCH J et al: Measuring quality of life before and after bilateral lung transplantation in patients with cystic fibrosis. *Chest* 1994;105:911-7
75. RAMSEY S, PATRICK D, LEIS S, ALBERT R, RAGHU G: Improvement in quality of life after lung transplantation: a preliminary study. *J Heart Lung Transplant* 1995;14:870-7
76. ARAVOT D, BERMAN M, BEN-GAL T, SAHAR G, VIDNE B: Functional status and quality of life of heart transplant recipients surviving beyond 5 years. *Transplant Proc* 2000;32(4):731
77. KARAPOLAT H, EYGOR S, DURMAZ B, YAGDI T, NALBANGIL S, KARAKULA S: The relationship between depressive symptoms and anxiety and quality of life and functional capacity in heart transplant patients. *Clin Res Cardiol* 2007; 96(9):593-9 (Epub 2007 Jun 27)
78. MYASKOVSKY L, DEW M, MCNUITY M: Trajectories of change in quality of life in 12-month survivors of lung or heart transplant. *Am J Transplant.* 2006;6(8):1939-47



Hospital Curry Cabral. Lisboa