

COPING NOS DOENTES TRANSPLANTADOS

Diogo TELLES-CORREIA, Inês MEGA, António BARBOSA, Eduardo BARROSO,
Estela MONTEIRO

RESUMO

O desenvolvimento teórico dos Mecanismos de Coping (MC) tem como base uma dialéctica relacionada com os seus principais factores determinantes: individuais e situacionais (na base das duas abordagens do coping: disposicional e constitucional).

Actualmente a classificação dos MC mais utilizada é baseada em duas dimensões: *coping* focado na emoção, e *coping* focado na resolução de problemas.

Considera-se essencial que os métodos de classificação dos MC tenham em conta a coexistência de elementos disposicionais estáveis com uma variabilidade situacional dos MC.

São abordados alguns instrumentos de medição de *coping*, baseados em diferentes pressupostos teóricos.

O *coping* pode influenciar a saúde através de vários mecanismos (sistema neuroendócrino, comportamentos relacionados com os riscos para a saúde e adesão terapêutica) e é incluído em dois dos principais modelos teóricos de saúde (Moos & Schaefer e modelo de Leventhal).

Com base numa revisão da literatura, concluiu-se que os estilos de *coping* mais prevalentes no pré transplante foram: aceitação, *coping* activo, e procura de suporte, sendo os menos utilizados: auto culpabilização e evitação. No pós transplante o *coping* activo e procura de suporte continuam a ser os estilos de *coping* preferenciais, a par da confrontação, autoconfiança, recurso à religião e *coping* focado no problema.

Os estilos de *coping* (Evasivo, Emotivo, Fatalístico) estão associados a uma menor capacidade de controlo pessoal sobre a doença, a confrontação a uma maior qualidade de vida, o evitamento à redução da qualidade de vida e ao aumento dos níveis de depressão e a negação ao aumento da não adesão.

A compreensibilidade, a sensação de controlo sobre a doença, os estilos de *coping* «relacionados com a expressão dos afectos» e a negação variam ao longo da evolução do doente transplantado.

SUMMARY

COPING IN TRANSPLANTATED PATIENTS

The theoretical model of coping mechanisms (CM), is based on a discussion between it's main determinant factors: individual and situational (related to the 2 approaches of coping: dispositional and constitutional).

Actually the most used classification of CM is based on the division of CM in two main dimensions: coping focused on emotions and coping focused on problem resolution.

It is essential that classification methods of CM have in consideration the coexistence of stable dispositional elements with a situational variability.

Some instruments to evaluate CM are introduced, based on different theories.

Coping can influence health threw different mechanisms (neuroendocrine system, health threatening behaviours and adherence) and is included in two of the more important theoretical models applied to health (Moos & Schafer's and Leventhal's).

Based on a systematic literature review we concluded that the most prevalent CM in pre transplantation period are acceptance, active coping, seeking support, and the less used are self-blame and avoidance. In post transplantation period the more prevalent CM

D.T-C., I.M.: Unidade de Apoio Psiquiátrico ao Transplante. Centro Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação. Hospital Curry Cabral. Lisboa
A.B.: Serviço de Psiquiatria. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa
E.B.: Centro Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação. Hospital Curry Cabral. Lisboa
E.M.: Serviço de Gastroenterologista. Unidade de Hepatologia do Serviço de Transplantação Hepática. Hospital Curry Cabral. Lisboa

© 2008 CELOM

continue to be active coping and seeking support associated to confrontation, self-confidence, religion and coping focused in the problem.
Evasive, emotive and fatalistic CM are associated to less control sensed by patients. Confrontation is associated to a better quality of life and avoidance to a reduction of quality of life and higher depression levels and denial to non-adherence increase. Control sensed by patients, CM related to the expression of emotions and denial change threw clinical evolution of transplanted patients.

INTRODUÇÃO

O termo *coping* apenas adquiriu um carácter técnico nos anos 60, embora já antes fosse utilizado informalmente na literatura médica e das ciências sociais¹⁻⁴. Por esta altura, alguns autores designaram por mecanismos de *coping* (MC) determinados mecanismos de defesa adaptativos (sublimação ou humor)^{5,6}. Haan, 1965, distinguiu os mecanismos de defesa dos mecanismos de *coping*, uma vez que estes eram flexíveis, orientados para um propósito específico e diferenciados e os outros rígidos, não orientados para a realidade e indiferenciados⁶.

Foram várias as definições elaboradas para os mecanismos de *coping*. Entre elas destaca-se a de Folkman & Lazarus 1986, autores que designaram os MC *esforços cognitivos e comportamentais para responder a exigências específicas externas ou internas, que são avaliadas como excedendo os/ou estando no limite dos recursos do indivíduo*^{7,8} *.

Os primeiros investigadores nesta área consideraram os mecanismos de *coping* como formas de reagir a situações traumáticas ou *stressantes*⁹. Posteriormente estes mecanismos viriam a ser adaptados às situações de doença física e psiquiátrica, de consumo de substâncias (tabagismo, alcoolismo), entre outras¹⁰⁻¹².

A associação entre o tipo de MC e vários aspectos relacionados com a evolução clínica tem sido objecto de abundante investigação^{10,12}.

Neste artigo pretende-se rever, com base na literatura existente, os modelos teóricos que enquadram o conceito de *coping*, as possíveis implicações dos MC sobre a saúde, a sua forma de avaliação, e a importância particular deste tema no transplante de órgãos.

*NOTA

O termo MC foi traduzido por Pais-Ribeiro para português tomando a designação de *modos de lidar com os acontecimentos*, embora esta não seja comumente utilizada, sendo mais frequente o uso do termo *coping*⁸.

MATERIALE MÉTODOS

Foi efectuada uma pesquisa da literatura anglo-saxónica, de 1965 até 2006 através da MEDLINE utilizando como palavras chave: *Theoretical models and classification in coping, coping and health, mesures of coping, coping in transplant*.

Também foram consultados nove livros de texto que contemplavam o tema. Os 32 artigos revistos incluem casos clínicos, revisões e artigos originais (estudos observacionais transversais e observacionais longitudinais).

RESULTADOS

1) Modelo Teórico e Classificação

O desenvolvimento do modelo teórico dos MC tem como base uma dialéctica relacionada com os seus principais factores determinantes.

Para os mecanismos de defesa, nos quais se baseou o desenvolvimento do conceito de *coping*, eram privilegiados os factores individuais como seus principais determinantes¹³. Porém, muitos dos autores que desenvolveram o conceito de *coping* chegaram à conclusão de que as situações traumáticas apenas permitiam que o indivíduo desenvolvesse um número restrito de estratégias de adaptação¹⁴. Estes autores (nas décadas de 70-80), afirmaram que *os padrões de coping poderiam não ser influenciados de forma determinante pelos factores pessoais*^{7,13}.

Desenvolveram-se assim, duas abordagens distintas: uma disposicional (com especial interesse sobre os mecanismos intraindividuais), particularmente defendida pelos autores com uma inspiração psicanalítica que subentende que um conjunto de factores estáveis dos indivíduos está na base da selecção dos MC^{15,16}; outra contextual que assume que são os factores situacionais aqueles que mais pesam na escolha dos MC^{17,18}.

Os autores contemporâneos têm tendência para seguir uma abordagem integrativa, reconhecendo a importância quer dos factores disposicionais quer dos contextuais¹⁹.

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 sócio-demográficas 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 vida¹⁹ (Figura 1).

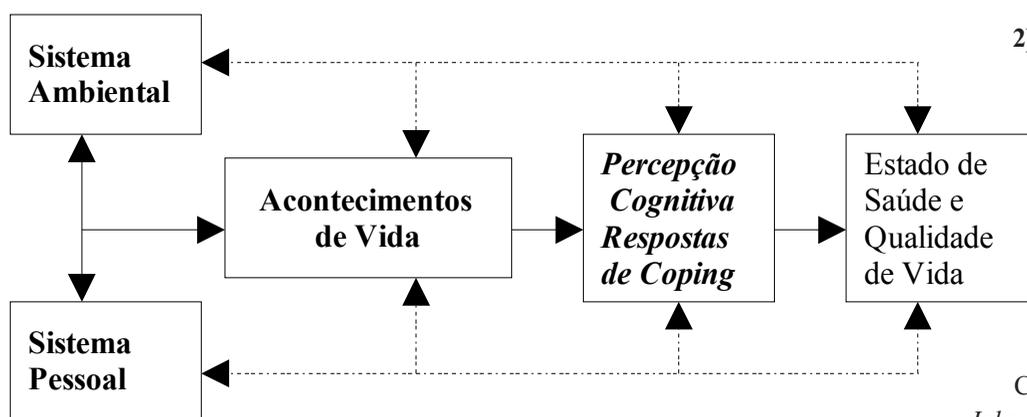


Fig. 1 – Modelo teórico do coping traduzido e adaptado de Moos & Schaefer, 1993

Os MC podem ser agrupados de acordo com o seu propósito, o seu significado ou a sua funcionalidade²⁰. Uma vez que o número de respostas é variado, é útil utilizar critérios para a sua classificação. Os vários autores adaptaram a classificação ao modelo teórico que defendiam.

De acordo com Krohne, 1993, e numa perspectiva disposicional, os MC podem ser organizados de forma hierárquica, correspondendo as reacções ao elemento mais baixo da hierarquia e as super estratégias ao mais alto. As super estratégias, correspondiam de acordo com este autor, a duas dimensões de personalidade: vigilância e evitamento²¹.

Lazarus e Folkman, numa perspectiva situacional dividem os MC em dois grupos: o *coping* focado na emoção (envolve a fantasia e outras actividades conscientes que visam a regulação dos afectos relacionados com a situação traumática) e o *coping* focado na resolução de problemas (corresponde aos esforços desencadeados para gerir ou alterar a relação perturbadora da pessoa com o ambiente, que é fonte de stress e envolve estratégias que tentam resolver, reformular ou minimizar os efeitos de uma situa-

ção traumática)⁷. Foram elaborados vários instrumentos de medida para aceder ao *coping* que incluem estas duas dimensões^{10,18,22}.

Apesar dos métodos de classificação dos MC podem variar, hoje considera-se essencial que tenham em conta dois factores fundamentais²⁰:

+ Coexistência de elementos disposicionais estáveis com uma variabilidade situacional (cada pessoa tem um número específico de estratégias que vai utilizando dependendo da situação).

+ Instabilidade dos MC (uma vez que se alteram ao longo da evolução de um mesmo indivíduo, podendo em determinado momento um mecanismo ser adaptativo deixando de o ser noutro).

2) Avaliação

São inúmeros os instrumentos de medição do *coping*, baseados em diferentes pressupostos teóricos. De entre os mais usados destacam-se o *Ways of Coping Questionnaire*, o COPE, o Brief COPE, e a *Jalowiec Coping Scale*.

Estes instrumentos pretendem avaliar o grau em que um indivíduo utiliza cada um dos estilos de *coping* definidos pelos modelos teóricos subjacentes, tanto no dia a dia, como em situações específicas de stress.

a) *Ways of Coping Questionnaire*

O *Ways of Coping Questionnaire* (WQC) identificado com a teoria de *coping* desenvolvida por Lazarus, foi inicialmente usado como um instrumento de investigação acerca dos componentes e dos determinantes do modo como os indivíduos lidam e reagem aos acontecimentos, tendo sido concebido para identificar pensamentos e acções a que os indivíduos recorriam para lidar com acontecimentos stressantes específicos⁸.

Segundo Folkman e Lazarus no WQC existem duas grandes categorias de *coping*: focado-no-problema e focado-nas-emoções. No entanto perante as dificuldades encontradas a partir desta classificação, Folkman e Lazarus recorreram a inúmeros estudos empíricos para completar e identificar variedades de *coping* que tinham desenvolvido teoricamente tendo concluído que a maioria das pessoas recorre a cerca de oito estratégias de *coping* em todos

os acontecimentos de stress⁸. Tendencialmente, nas situações de stress, são várias as estratégias de stress utilizadas em simultâneo, quer sejam focadas-no-problema, quer sejam focadas-nas-emoções.

Folkman e Lazarus assumem que o que acontece ou aconteceu muda com o tempo e com o contexto, considerando que o que se faz e o que se pensa é o resultado da inter-relação activa da pessoa com o ambiente (transacção), estando dependente da mudança da relação psicológica entre indivíduo e ambiente⁸.

O WQC é um questionário a ser auto-administrado consistindo em 50 itens. As respostas são medidas numa escala de Likert (0-3, sendo o 0 correspondente a -nunca usei, até ao 3 -usei muitas vezes)⁸. As respostas dadas têm como referência um acontecimento stressante real, que serve como foco, experimentado pelo indivíduo²⁰. O acontecimento focado pode ser definido pelo investigador quando se pretende estudar uma questão específica⁸.

b) COPE Scale

Para autores como Carver, Scheier e Weintraub, a distinção dos MC em duas categorias surge como muito simplista, pois os mesmos consideravam que tanto o *coping* focado no problema quanto o focado na emoção teriam que ser divididos, dada a variedade de maneiras de resolver problemas ou regular emoções²³.

Em 1989 é criado o COPE, um inventário multidimensional de *coping*, construído utilizando procedimentos racionais, contrariando a tendência de instrumentos desenvolvidos pela via empírica²³.

Diversas escalas foram compostas e testadas, tendo daí resultado 13 escalas de quatro itens cada, perfazendo um total de 52 itens²⁰. Cinco escalas medem aspectos conceptuais diferentes do *coping* focado no problema (*coping* activo, planeamento, supressão de actividades competitivas, procura de suporte social instrumental); cinco escalas medem aspectos do que pode ser percebido como *coping* focado na emoção (procura de suporte emocional, reinterpretação positiva, aceitação, negação, religião); e três escalas medem respostas que eventualmente são menos utilizadas (focar e expressar emoções, desinvestimento emocional, desinvestimento comportamental)³².

c) BRIEF COPE Scale

O BRIEF COPE (BFC) data de 1997, sendo uma versão abreviada do COPE, dada a sua extensão e redundância.

É constituído por 14 escalas de dois itens cada, perfazendo um total de 28 itens. Comparativamente com o COPE, muitos dos itens incluídos no BFC foram repensados e reformulados, outros omitidos, tendo surgido dois novos

respeitantes à nova dimensão de auto-culpabilização.

A medição dos itens é feita através de uma escala ordinal de quatro categorias, o que permite aos indivíduos pontuar entre 1-4, a frequência com que usam cada uma das estratégias apontadas, (1- não tenho feito isto de todo; 2- tenho feito isto um pouco; 3- tenho feito isto regularmente; 4- tenho feito isto bastante)³⁴.

Devido à sua abrangência e fácil aplicabilidade, este é um dos instrumentos para avaliar o coping mais citados na literatura.

d) Jalowiec Coping Scale (JCS-40)

A *Jalowiec Coping Scale* escala criada por Jalowiec em 1991, mede o uso e a eficácia de cada estilo de *coping*³⁴. Inicialmente composta por 60 itens, actualmente consiste em 40 respostas de *coping*, escolhidas a partir da revisão de literatura, sendo um instrumento que tem por base o modelo teórico preconizado por Lazarus e Folkman: *coping* focado no problema, e *coping* focado na emoção. Os 40 itens são divididos por oito sub-escalas (confrontação, evasivo, optimista, fatalista, emotivo, paliativo, suporte, auto-confiança), sendo a medição das mesmas feita através de uma escala ordinal de 1-4, consoante o grau de uso e frequência de cada resposta (1- nunca; 2- às vezes; 3- regularmente; 4- quase sempre)³⁵. Dos 40 itens, 15 são relativos ao *coping* focado no problema, e 25 dizem respeito ao focado na emoção³⁴.

3) Coping e Estado de Saúde

Segundo Holroyd e Lazarus, o coping pode influenciar a saúde através de três mecanismos fundamentais: sistema neuroendócrino, comportamentos relacionados com os riscos para a saúde e adesão terapêutica²⁶.

Relativamente ao sistema neuroendócrino, estes autores afirmam que o *coping* focado no problema pode em determinados casos conseguir eliminar os problemas que se apresentam perante os indivíduos. Porém nalguns casos este tipo de *coping* não permite o afastamento dos obstáculos e faz com que o indivíduo esteja permanentemente mobilizado para o confronto^{26,27}.

Por outro lado, o *coping* focado nas emoções pode nalguns casos ser útil para moderar as reacções emocionais induzidas pelo stress, e noutros intensificar ou prolongar estas respostas^{26,27}.

Estes tipos de *coping* podem, assim, influenciar a frequência e o grau de activação do eixo neuroendócrino, com as consequências que esta situação tem sobre a saúde^{26,28}.

Um segundo mecanismo, através do qual, os estilos de *coping* podem influenciar a saúde é através da adesão. Esta pode referir-se à toma de medicação de forma estrita,

mas também pode dizer respeito a outros comportamentos entendidos como adesão no sentido mais lato (assiduidade às consultas, cumprimento de dieta ou exercício prescritos, recurso a droga, entre outros)^{26,29}.

Por fim, podem considerar-se que dos MC fazem parte os comportamentos para a saúde, caracterizados pelo padrão de consumo de substâncias (como o álcool, ou o tabaco) deletérias à saúde^{26,30}.

O enquadramento do coping nos conhecidos modelos teóricos de saúde, é feito não só por Moos & Schaefer mas também por Leventhal. No modelo deste último autor, (modelo de autoregulação), as cognições da doença são relacionadas com vários factores de saúde (nomeadamente a adesão) por intermédio do *coping*³¹.

De acordo com este modelo, o doente é confrontado com uma alteração do seu estado de saúde, através de duas vias: percepção de sintomas e recepção de mensagens sociais. Em resposta a esta fase de confrontação o doente responde de duas formas: *representação cognitiva* da doença e *representação emocional* (medo, ansiedade, depressão)^{29,31-34} (Figura 2).

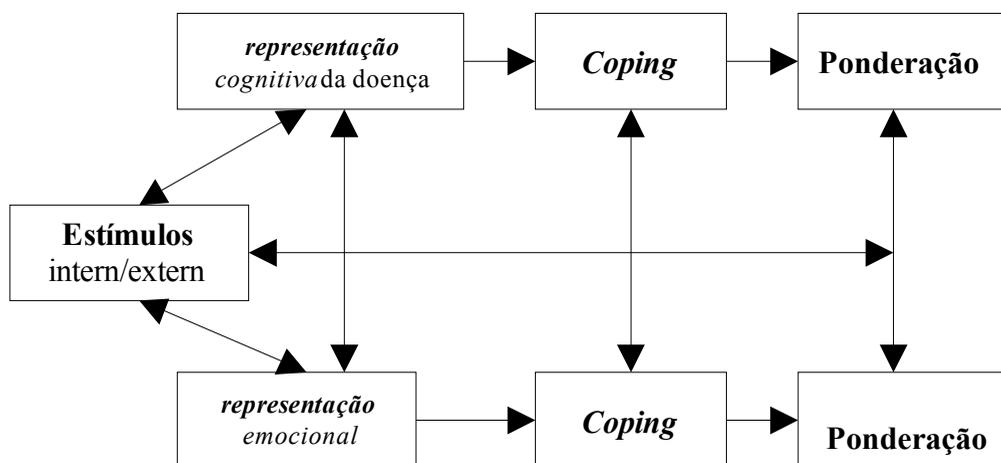


Fig. 2 – Modelo de Autoregulação de Leventhal (traduzido e adaptado de Leventhal 1993)

A fase seguinte, denominada *coping*, está relacionada quer com as cognições de doença, quer com a resposta emocional. Assim, o *coping* poderá ser de aproximação (respeitando as prescrições médicas, por exemplo) ou de evitamento (por exemplo através da negação).

A terceira e última fase é de *ponderação* que envolve a avaliação individual da estratégia de *coping*, e que pode motivar a manutenção ou modificação dessa estratégia.

Neste modelo as várias fases inter-relacionam-se entre si de forma dinâmica, e por isso ele se denomina modelo de auto-regulação^{29,31,32,33}.

Ao contrário do que acontece com o modelo de Moos & Schaefer, no modelo de Leventhal, as cognições da doença tomam um papel principal, sendo pouco valorizados o sistema ambiental e as mudanças vitais. Numa proposta modificada do modelo de Leventhal para os doentes transplantados, elaborada por Telles-Correia 2007, são consideradas as mudanças vitais ao longo da evolução do doente transplantado²⁹.

4) Coping no Transplante

Dos estudos revistos apenas um pequeno número faz referência aos estilos de *coping* utilizados nos doentes transplantados, bem como à sua variação ao longo da evolução e à sua associação com a qualidade de vida e outras variáveis clínicas.

Foram encontrados oito estudos, dois respeitantes ao transplante hepático^{35,36}, dois respeitantes ao transplante pulmonar^{37,38}, três ao transplante renal^{25,39,40}, e um ao transplante cardíaco e pulmonar⁴¹ (Quadro 1). Apenas um dos estudos inclui doentes no período pré-transplante, todos os restantes dizem respeito a doentes no período pós-transplante, na

sua maioria um ano após a intervenção.

Foi possível aferir a partir dos estudos revistos que os estilos de *coping* mais prevalentes no pré transplante foram: aceitação, *coping* activo, e procura de suporte, sendo os menos utilizados: auto culpa-bilição e evitação.

Do mesmo modo verificou-se no pós transplante que *coping* activo e procura de su-

porte continuam a ser os estilos de *coping* preferenciais, a par da confrontação, autoconfiança, recurso à religião e *coping* focado no problema. Os estilos de *coping* menos utilizados durante o período pós transplante são: o paliativo, emotivo, evasivo, fatalista, a culpabilização dos outros, e o recurso a álcool e drogas.

Os diferentes tipos de doentes incluídos nos vários de estudos podem explicar o facto de alguns estilos de *coping* (como é o caso da aceitação) surgirem no grupo dos menos utilizados em determinados estudos e no grupo dos mais utilizados noutros estudos.

Também se demonstrou nos estudos revistos que alguns

Quadro 1 – Estilos de Coping no Transplante: Evidências

Instrumento	Autores	Tipo de Transplante	N	Tipo de Estudo	Conclusões
JCSSCS	Forsberg et al 2002 ³⁵	Hepático	21	Long	+ No 1º ano pós-transplante, o EC mais usado foi confrontação; os menos usados foram paliativo e emotivo. + Varição de compreensibilidade e controlo ao longo do 1º ano pós transplante
MCMQ	Zhang et al 2005 ³⁶	Hepático	55	Long	+Após 1 ano do transplante, o EC mais usado foi confrontação; e o menos usado a aceitação. + Confrontação associado a uma maior qualidade de vida.
BC	Myaskovsky et al, 2005 ³⁷	Pulmonar	151	Trans	+ No pré-transplante, os EC mais usados foram aceitação e coping activo; o menos usado foi auto- culpabilização.
BC	Myaskovsky et al, 2003 ³⁸	Pulmonar	128	Trans	+ No pré-transplante, os EC mais usados foram: coping activo, aceitação e procura de suporte e os menos usados foram a auto-culpabilização e o evitamento. + Evitamento associado à redução da qualidade de vida e ao aumento dos níveis de depressão.
CO	Rapisarda et al, 2006 ³⁹	Renal	30	Trans	+ Negação mais utilizada após 2 anos do transplante que antes + Negação associada à não adesão pós-transplante
JCS	Lindqvist et al 2003 ²⁵	Renal	30	Trans	+ Mais de 3 meses após transplante, os EC mais usados foram a procura de suporte e autoconfiança; os menos usados foram evasivo, fatalista e emotivo. +EC evasivo, emotivo e fatalístico associados a uma menor capacidade de controlo pessoal sobre a doença.
QA	Sutton et al, 1989 ⁴⁰	Renal	40	Trans	+ Até 4 anos após transplante os EC mais usados foram religião, e coping focado no problema; os menos usados foram: culpabilização dos outros e uso de álcool e drogas. +EC «relacionados com a expressão dos afectos» variam ao longo do tempo.
BC	Myaskovsky et al, 2006 ⁴¹	Cardíaco e Pulmonar	199	Long	+ Um ano após o transplante, EC mais usados foram coping activo e aceitação.

Legenda: EC- Estilo de Coping; JCS - Jalowiec Coping Scale; SCS - Sense of Coherence Scale; BC - Brief Cope; MCMQ- Medical Coping Modes Questionnaire ; QA - Questionário de Autor; CO – Cope; Long- Estudo longitudinal; Trans- Estudo transversal

estilos de *coping* (Evasivo, Emotivo, Fatalístico) estão associados a uma menor capacidade de controlo pessoal sobre a doença, a confrontação a uma maior qualidade de vida, o evitamento à redução da qualidade de vida e ao aumento dos níveis de depressão e a negação ao aumento da não adesão.

Com base nos estudos revistos foi possível observar que a compreensibilidade e o controlo sentido pelos doentes, os estilos de *coping relacionados com a expressão dos afectos* e a negação variam ao longo da evolução do doente transplantado.

CONCLUSÃO

1) O desenvolvimento teórico dos MC tem como base uma dialéctica relacionada com os seus principais facto-

res determinantes: individuais e situacionais. Desenvolveram-se duas abordagens distintas: uma disposicional (com maior ênfase nos mecanismos intra-individuais, que subentende que na base da selecção dos MC está um conjunto de factores estáveis do indivíduo); outra contextual (que postula que são os factores situacionais os que mais pesam na escolha dos MC).

Os autores contemporâneos tendencialmente seguem uma abordagem integrativa, reconhecendo a importância quer dos factores disposicionais, quer dos factores situacionais.

2) Os MC podem ser agrupados de acordo com o seu propósito, o seu significado ou a sua funcionalidade.

Actualmente a classificação dos MC mais utilizada é

baseada na divisão dos MC em duas dimensões: *coping* focado na emoção, e *coping* focado na resolução de problemas. Vários instrumentos de medida disponíveis para aceder aos MC incluem estas duas dimensões.

Considera-se essencial que os métodos de classificação dos MC tenham em conta dois factores: coexistência de elementos disposicionais estáveis com uma variabilidade situacional (faz com que cada pessoa tenha um número específico de estratégias que utiliza dependendo da situação); instabilidade dos MC manifestados por um determinado indivíduo (MC parecem alterar-se ao longo da evolução, podendo ser adaptativos numa circunstância e não adaptativos noutra).

3) Os instrumentos de medição do *coping* são baseados em diferentes pressupostos teóricos. De entre os mais usados destacam-se: o *Ways of Coping Questionnaire*, COPE, Brief COPE e a *Jalowiec Coping Scale*.

4) O *coping* pode influenciar a saúde através de vários mecanismos: do sistema neuroendócrino; dos comportamentos relacionados com os riscos para a saúde; e da adesão terapêutica. É incluído em dois dos principais modelos teóricos de saúde. Ao contrário do que acontece com o modelo de Moos & Schaefer, no modelo de Leventhal, as cognições da doença tomam um papel principal, sendo pouco valorizados o sistema ambiental e as mudanças vitais. Numa proposta modificada do modelo de Leventhal para os doentes transplantados, elaborada por Telles-Correia 2007, são consideradas as mudanças vitais ao longo da evolução do doente transplantado.

5) Foi possível aferir a partir dos estudos revistos que os estilos de *coping* mais prevalentes no pré transplante foram: aceitação, *coping* activo, e procura de suporte, sendo os menos utilizados: auto culpabilização e evitação.

Do mesmo modo verificou-se no pós transplante que *coping* activo e procura de suporte continuam a ser os estilos de *coping* preferenciais, a par da confrontação, autoconfiança, recurso à religião e *coping* focado no problema.

Alguns estilos de *coping* (Evasivo, Emotivo, Fatalístico) estão associados a uma menor capacidade de controlo pessoal sobre a doença, a confrontação a uma maior qualidade de vida, o evitamento à redução da qualidade de vida e ao aumento dos níveis de depressão e a negação ao aumento da não adesão.

A compreensibilidade e o controlo sentido pelos doentes, os estilos de *coping* «relacionados com a expressão dos afectos» e a negação variam ao longo da evolução do doente transplantado.

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. LAZARUS RS: Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Med* 1993;55:234-247
2. LAZARUS RS, AVERILL JR, OPTON EM: The psychology of coping: Issues of research and assessment. In GV Coelho, DA Hamburg & JE Adams eds. *Coping and Adaptation*. New York Basic Books 1974;47-68
3. ROTH S, COHEN LJ: Approach, avoidance, and coping with stress. *Am Psychologist* 1986;41:813-9
4. HAAN N: Coping and defending: Processes of self-environment organization. New York Academic Press 1977
5. HUNTER CG, GOODSTEIN LD: Ego strength and types of defensive and coping behaviour. *J Personal Soc Psychol* 1967;31:432
6. HAAN N: Coping and Defense mechanisms related to personality inventories. *J Personal Soc Psychol* 1965;29:373-8
7. FOLKMAN S, LAZARUS RS. Stress process and depressive symptomatology. *J Abnormal Psychol* 1986;95:107-113
8. PAIS-RIBEIRO J, SANTOS C: Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica* 2001;4:491-502
9. SIDLE A, MOOS RH, ADAMS J, CADY P: Development of a coping scale. *Arch Gen Psychiatry* 1969;20:225-232
10. BILLINGS EG, MOOS RH: The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. *J Behavioral Med* 1981;4:139-157
11. CARVER CS, POZO C, HARIS SD et al: How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *J Personal Soc Psychol* 1993;65:375-390
12. CAREY MP, KALRA DL, CAREY KB et al: Stress and unaided smoking cessation: A prospective investigation. *J Couns Clin Psychol* 1993;61:831-8
13. PARKER JD, ENDLER NS: Coping and Defense: A Historical Overview. In Moshe Z, Norman S Endler eds. *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. Willey 1996
14. FOLKMAN S, LAZARUS RS: Analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health and Social Behaviour* 1980;21:219-239
15. BOND M, GARDNER ST, CHRISTIAN J, SIGEL J: Empirical Study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psych* 1983;40:333-8
16. EPSTEIN S, MEIER P: Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *J Personal Soc Psychol* 1990;58:332-350
17. FOLKMAN S: Making the case for coping. In BN Carpenter ed. *Personal coping: Theory, research and application* New York: Praeger. 31-46
18. CARVER CS, SCHEIER MF, WEINTRAUB JK. Assessing coping strategies: A theoretically-based approach. *J Personal Soc Psychol* 1989;56:267-283
19. 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
20. SCHWARZENER R, SCHWARZENER C: A Critical Survey of Coping Instruments. In Moshe Z, Norman S Endler eds. Handbook of Coping: Theory, Research, Applications. Willey 1996
 21. KROHNE HW: Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In. Krohne H.W. (ed). Attention and avoidance: Strategies in coping with aversive ness. Seattle WA: Hogrefe & Huber 1993:19-50
 22. AMIRKHAN JH: A factor analytically derived measure of coping: The coping Strategy Indicator. J Personal Soc Psychol 1990;59:1066-74
 23. CARVER CS, SCHEIER MF, WEINTRAUB JK: Assessing coping strategies: a theoretically based approach. J Personal Soc Psychol 1989;56(2):267-283
 24. CARVER CS: You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. Internat J Behav Med 1997;4:92-100
 25. LINDQVIST R, CARLSSON M, SJODÉN PO: Coping strategies of people with kidney transplants. J Advanced Nurs 2003;45(1):47-52
 26. HOLROYD KA, LAZARUS RS: Stress, coping, and somatic adaptation. In. Goldberger L., Breznitz S. eds. Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. New York: The Free Press 1982
 27. SEYLE H: The stress of life (revised ed.) New York 1976: McGraw Hil
 28. AMKRAUT AA, SOLOMON GF: From the symbolic stimulus to the pathofisiologic response: Immune mechanisms. Int. J Psychiat Med 1974;5:541-563
 29. TELLES-CORREIA D, BARBOSA A, MEGA I, BARROSO E, MONTEIRO E. Adherence in Transplantation. Acta Med Port 2007;20:73-85
 30. HOROWITZ M, HULLEY S, ALVAREZ W et al: Life events, risk factors, and coronary disease. Psychosomatics 1979;20:586-592
 31. LEVENTHAL H, ZIMMERMAN R, GUTMANN M: Compliance: A self-regulation perspective. In Gentry D, ed. Handbook of Behavioral Medicine. New York; Pergamon Press 1980;369-434
 32. LEVENTHAL H, CAMERON L: Behavioral theories and the problem of compliance. Patient Education and Counseling 1987;10:117-138
 33. LEVENTHAL H, FLEMING R, GLYNN K: A Cognitive developmental approach to smoking intervention. In Smaes, Spielberg, Devares, Sarason, eds. Topics in Health psychology. New York; John Wiley 1988
 34. FOLKMAN S, LAZARUS RS, DUNKEL-SCHETTER C, DELONGINS A, GRUEN RJ: Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. J Personal Social Psychol 1986;50
 35. FORSBERG A, BACKMAN L, SVENSSON E: Liver transplant recipients' ability to cope during the first 12 months after transplantation-a prospective study. Scand J Caring Sc 2002;16:345-352
 36. ZHANG SJ, HUANG LH, WEN YL, HU ZH, JIN J: Impact of personality and coping mechanisms on health-related quality of life in liver transplantation recipients. Hepatobil Panc Dis Internat 2005;4:356-9
 37. MYASKOVSKY L, DEW MA, SWITZER G E et al. Quality of life and coping strategies among lung transplant candidates and their family caregivers. Social Science Med 2005; 60:2321-32
 38. MYASKOVSKY L, DEW MA, SWITZER G E et al: Avoidant coping with health problems is related to poorer quality of life among lung transplant candidates. Progress in Transplantation 2003;13:183-192
 39. RAPISARDA F, TARANTINO A, DE VECHI G et al: Dialysis and Kidney Transplantation: Similarities and Differences in the Psychological Aspects of Noncompliance. Transplant Proc 2006;38:1006-9
 40. SUTTON TD, MURPHY SP: Stressors and patterns of coping in renal transplant patients. Nurs Research 1989;38(1):46-9
 41. MYASKOVSKY L, DEW MA, SWITZER G E et al: Trajectories of change in quality of life in 12-month survivors of lung or heart transplant. Am J Transplant 2006; 6:1939-47