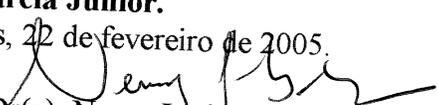


CELSO GARCIA JÚNIOR

Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso
de Pós-Graduação Ciências Médicas da
Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP,
para obtenção do título de Mestre em Ciências
Médicas, área de Saúde Mental do(a) aluno(a)

Celso Garcia Junior.

Campinas, 22 de fevereiro de 2005.


Prof(a). Dr(a). Neury José Botega
Orientador(a)

**AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DE CANDIDATOS A
TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA:**

Elaboração de uma Entrevista

Semi-Estruturada e Tradução para o Português das Escalas PACT
(*Psychosocial Assessment Of Candidates For Transplantation*) e
TERS (*Transplant Evaluation Rating Scale*)

CAMPINAS

2005

CELSO GARCIA JÚNIOR

**AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DE CANDIDATOS A
TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA:**

Elaboração de uma Entrevista
Semi-Estruturada e Tradução para o Português das Escalas PACT
(*Psychosocial Assessment Of Candidates For Transplantation*) e
TERS (*Transplant Evaluation Rating Scale*)

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas para obtenção do título de Mestre em Ciências Médicas,
área de concentração em Saúde Mental.*

ORIENTADOR: PROF. DR. NEURY JOSÉ BOTEGA

CAMPINAS

2005

UNIDADE	RC
Nº CHAMADA	T/Unicamp G165a
V	EX
TOMBO BC/	4201
PROC.	16.P00086.05
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	11,00
DATA	13/06/05
Nº CPD	

Bibid: 352555

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS UNICAMP**
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

G165a Garcia Júnior, Celso
Avaliação psicossocial de candidatos a transplante de medula óssea :
elaboração de uma entrevista semi-estruturada e tradução para o
português das escalas PACT (Psychosocial Assessment of Candidates
for Transplantation) e TERS (Transplant Evaluation Rating Scale) /
Celso Garcia Júnior. Campinas, SP : [s.n.], 2005.

Orientador : Neury José Botega
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Avaliação – Instrumentos. 2. Medula óssea. 3. Entrevistas em
psicologia. 4. Entrevistas em psiquiatria. 5. Transplante. 6. Seleção
de pacientes. 7. Anamnese. I. Botega, Neury José. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.
(slp/fcm)

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Neury José Botega

Membros:

1. Profa. Dra. Leticia Maria Furlanetto

2. Prof. Dr. Afonso Celso Vigorito

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 22/02/2005

200511244

DEDICATÓRIA

À Gisele, por tolerar minha ausência por tantas horas preciosas nas quais troquei sua deliciosa companhia pelas letras, sempre me incentivando em meus projetos. Meu amor, minha companheira.

À Thais, fonte de inspiração constante em minha vida, que, com seu sorriso meigo e puro, tomava de volta para si algumas das horas que eu pretendia dedicar às letras. Meu amor, minha filha

A todos os pacientes que tive a oportunidade de atender no Serviço de Transplante de Medula Óssea durante todos esses anos. Aprendi com todos; alguns são inesquecíveis. Espero tê-los ajudado, pelo menos um pouco.

Ao Prof. Dr. Neury José Botega, um dos mestres que conheci que consegue reunir as virtudes do bom médico, em seu sentido mais amplo, com as do bom professor. Um verdadeiro exemplo. Pelo seu incentivo constante à carreira acadêmica, não sem reflexão e crítica. Por aceitar e compreender as minhas dificuldades durante o desenvolvimento deste projeto e por todos os ensinamentos que tem me oferecido desde a graduação. Minha admiração e meu respeito.

Ao Prof. Dr. Cármino Antonio de Souza, que se mostra sempre um entusiasta da medicina, sempre oferecendo espaço para a multidisciplinaridade se destacar. Pelo seu apoio constante e pela confiança em meu trabalho na equipe do Transplante de Medula Óssea. Durante a sua co-orientação, teve a disposição de transitar no terreno das “emoções” do transplante, trazendo contribuições inestimáveis a esse projeto.

Ao Oscar Rossim Sobrinho, que tanto me ajudou a revelar os obstáculos inconscientes que precisaram ser transpostos para o sucesso deste trabalho. Minha profunda gratidão e meu reconhecimento.

Ao professores Paulo Dalgalarondo, Egberto Ribeiro Turato, Mário Eduardo Costa Pereira e Liliana Andolpho Magalhães Guimarães pelo papel decisivo que tiveram na minha formação durante a residência médica.

Aos colegas do Transplante de Medula Óssea, Afonso, Aranha, Kátia, Gislaine e Elvira, pelos momentos cotidianos que tornaram tão agradável a rotina do trabalho.

Aos colegas do setor de interconsulta do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Claudemir B. Rapeli e João Baptista Laurito Júnior, pela interlocução e por tolerarem os inúmeros momentos em que estive ausente.

Às psicólogas do curso de Especialização em Psicologia Hospitalar do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM – UNICAMP e aos residentes da psiquiatria e da hematologia, pela oportunidade que me proporcionaram de, ao tentar ensiná-lhes um pouco, aprender muito.

Às assistentes sociais do Transplante de Medula Óssea Valéria, Rose e Lucélia, que muito me ajudaram convocando os pacientes, pela disponibilidade e simpatia constantes.

Aos médicos e psicólogos que, gentilmente, disponibilizaram-se a analisar a entrevista elaborada, contribuindo em uma etapa fundamental deste trabalho: Afonso Celso Vigorito, Alcion Sponholz Júnior, Ana Cristina Waissmann, Claudemir Benedito Rapeli, José Rodrigues de O. Salvador, Júlio Voltarelli, Márcia Abreu Fonseca, Maria Lúcia Cardoso Martins, Maribel Pelaez Dóro, Maurício Tostes, Paola Bruno de Araújo Andreoli, Paulo Roberto Zimmermann e Vanessa de Albuquerque Cítero. Muito obrigado.

À Nicete, pela sua ajuda constante e inestimável, desde que está trabalhando junto conosco.

A todos os outros que influenciaram direta ou indiretamente neste trabalho e que, por algum motivo, não estão aqui relacionados, muito obrigado por tudo.

Antes de Tudo o Ser Humano

*“Não viva nesta terra
como um estranho
ou como um turista da natureza.
Viva neste mundo
como na casa do seu pai:
creia no trigo, na terra, no mar,
mas antes de tudo creia no ser
humano.
Ame as nuvens, os carros, os livros,
mas antes de tudo ame o ser humano.
Sinta a tristeza do ramo que seca,
do astro que se apaga,
do animal ferido que agoniza,
mas antes de tudo
sinta a tristeza e a dor do ser humano.
Que lhe dêem alegria
todos os bens da terra:
a sombra e a luz lhe dêem alegria,
as quatro estações lhe dêem alegria,
mas sobretudo, a mãos cheias,
lhe dê alegria o ser humano!”*

Nazim Hikmet

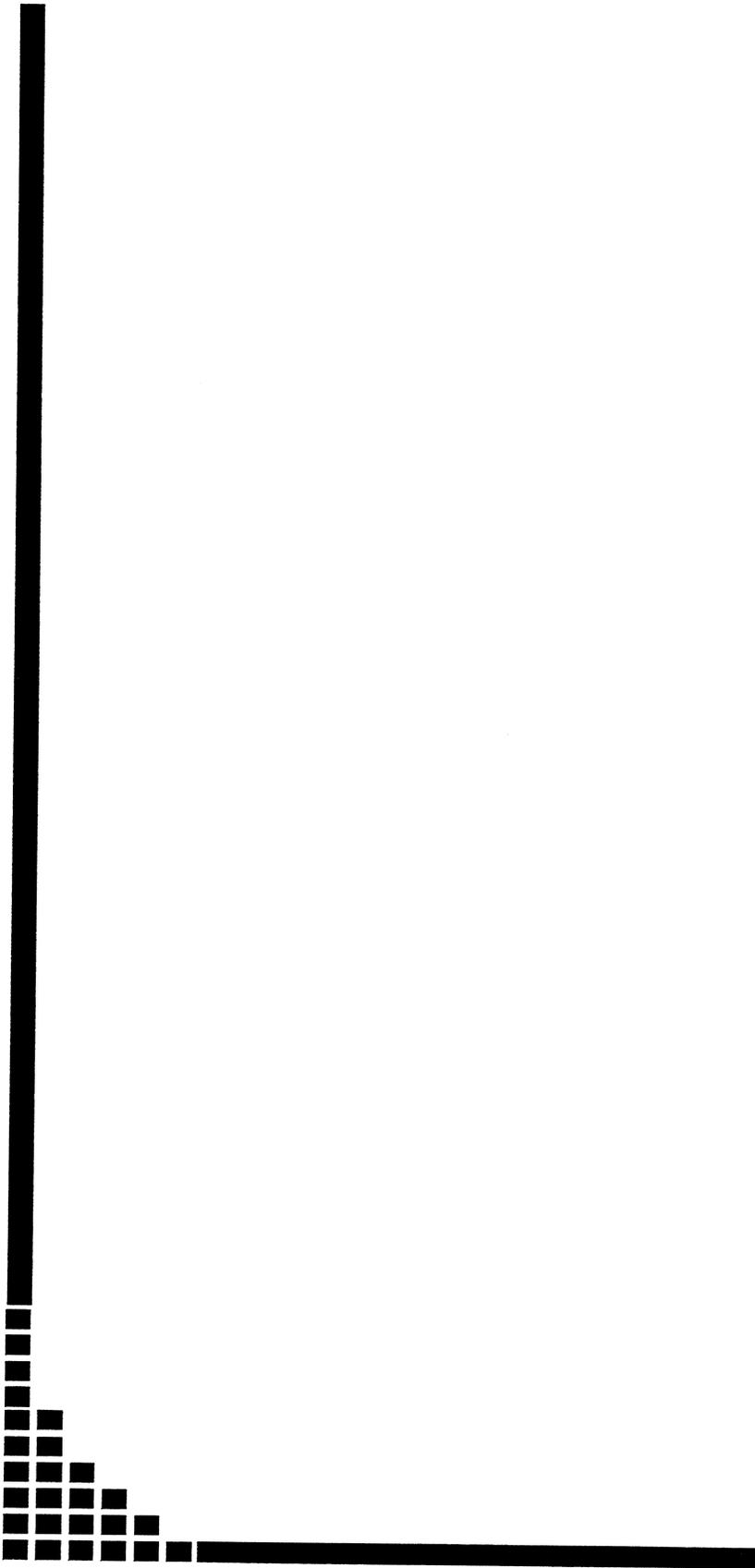
	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>xxvii</i>
ABSTRACT	<i>xxxi</i>
1- INTRODUÇÃO	35
1.1- História dos transplantes	37
1.2- História do transplante de medula óssea	42
1.3- O psiquiatra ligado à equipe de transplante	44
1.4- Avaliação psicossocial dos candidatos a transplante	46
2- OBJETIVOS	55
3- MÉTODO	59
3.1- Tradução das escalas	61
3.1.1- Descrição das escalas.....	61
3.1.1.1- Avaliação psicossocial de candidatos a transplante (Psychosocial assessment of candidates for transplantation – PACT).....	61
3.1.1.2- Escala de avaliação de transplante (Transplant evaluation rating scale – TERS).....	61
3.1.2- Procedimentos para a tradução.....	62
3.1.3- Organização e análise dos dados.....	63
3.2- Elaboração da entrevista de avaliação psicossocial de candidatos a transplante de medula óssea (EPCT–MO)	64
3.2.1- Definição das dimensões.....	64
3.2.2- Opinião dos especialistas.....	66

3.3- SUJEITOS.....	67
3.4- ASPECTOS ÉTICOS.....	68
4- RESULTADOS.....	69
4.1- Tradução e aplicação das escalas.....	71
4.2- Análise estatística das escalas.....	71
4.3- A entrevista de avaliação psicossocial de candidatos a transplante de medula óssea (EPCT – MO).....	74
5- DISCUSSÃO.....	79
6- CONCLUSÕES.....	85
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
8- ANEXOS.....	101

LISTA DE ABREVIATURAS

CHM	Complexo de Histocompatibilidade Maior
HLA	Human Leukocyte Antigen
6-MP	6-Mercaptopurina
TBI	Total Body Irradiation
OPTN	The Organ Procurement and Transplantation Network
IBMTR	registro Internacional de Transplantes de Medula Óssea
TMO	Transplante de Medula Óssea
DECH	Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro
HC	Hospital das Clínicas
HEMOCENTRO	Centro de Hematologia e Hemoterapia
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
FIT	(F) Funcionamento Familiar, (I) Maturidade Psicológica Individual, (T) Compreensão do Transplante
SIRT	Structured Interview for Renal Transplantation
PACT	Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation
PLS	Psychosocial Level System
TERS	Transplant Evaluation Rating Scale
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
BPRS	Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve
EPCT-MO	Entrevista de Avaliação Psicossocial de Candidatos a Transplante de Medula Óssea

	<i>PÁG.</i>
Figura 1- Comparação entre PACT e TERS quanto à adequação dos candidatos.....	72
Figura 2- Comparação entre PACT e TERS quanto à adequação dos candidatos encontrada por PRESBERG et al (1995).....	81



iii

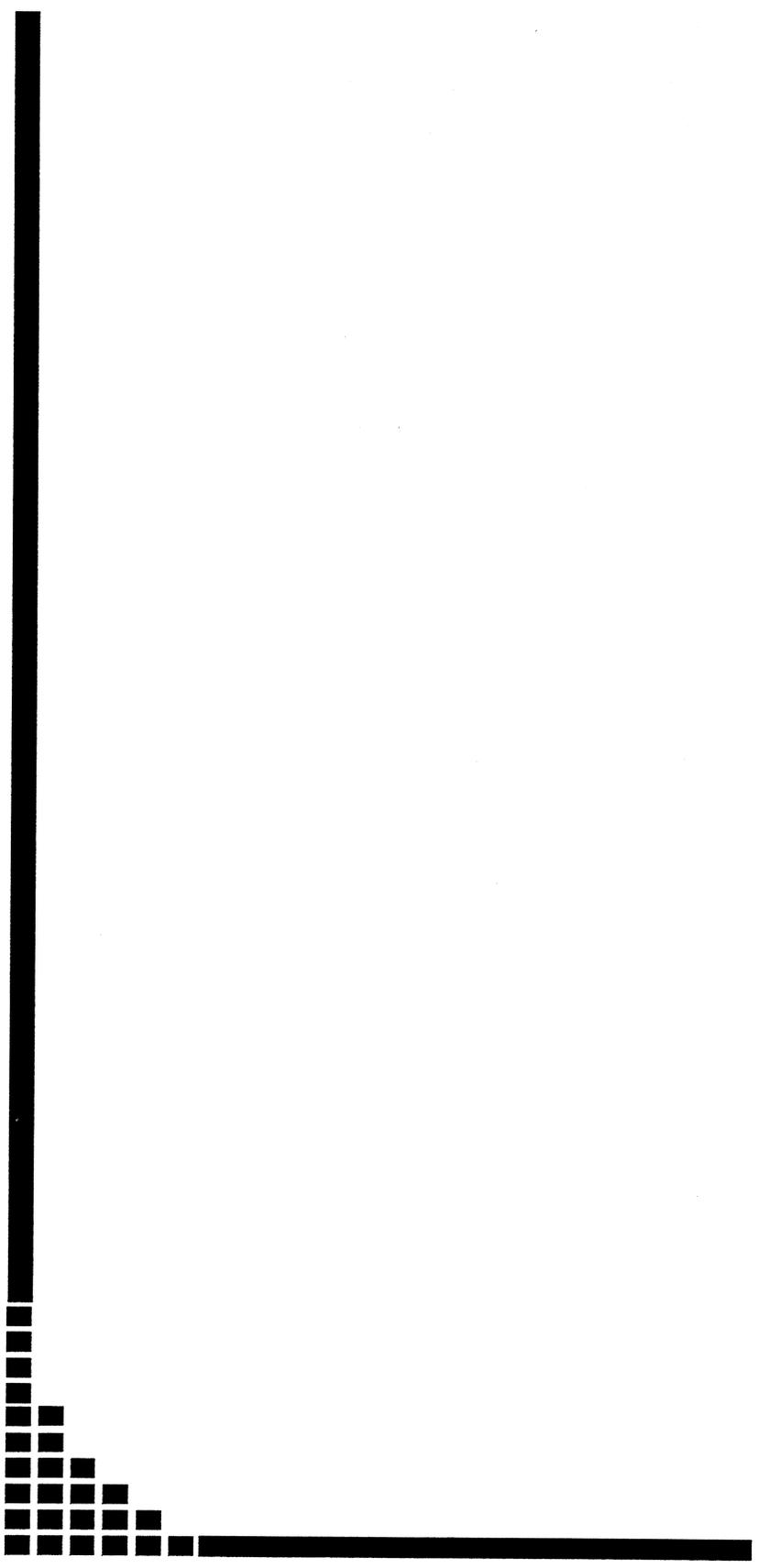
RESUMO

	<i>PÁG.</i>
Tabela 1- Prêmios Nobel relacionados à imunologia/transplante.....	39
Tabela 2- Os primeiros transplantes.....	40
Tabela 3- Número de transplantes realizados nos Estados Unidos nos anos de 1996, 1999 e 2002.....	41
Tabela 4- Número de transplantes realizados no Brasil nos anos de 1996, 1999 e 2003.....	41
Tabela 5- Número de citações encontradas no MEDLINE usando-se as palavras-chave Psychology x Transplantation e Psychiatry x Transplantation ao longo das últimas quatro décadas.....	45
Tabela 6- Atuação do psiquiatra ligado à equipe de transplante.....	46
Tabela 7- Fatores que influenciam a saúde mental dos pacientes candidatos a transplante e transplantados.....	47
Tabela 8- Finalidades da avaliação psicossocial dos candidatos a transplante.....	48
Tabela 9- Critérios de avaliação psicossocial para candidatos a transplante de órgãos sólidos.....	51
Tabela 10- Dimensões da versão inicial da EPCT-MO.....	65
Tabela 11- Dimensões da versão final da EPCT-MO.....	67
Tabela 12- Correlação entre a pontuação em itens semelhantes na PACT e na TERS.....	73
Tabela 13- Correlação entre os itens da PACT e da TERS com as respectivas pontuações finais.....	74

Tabela 14	Resposta dos avaliadores em relação à capacidade da EPC-TMO fornecer subsídios para o preenchimento das escalas PACT e TERS.....	75
Tabela 15	Resposta dos avaliadores em relação à qualidade das questões distribuídas nas diversas dimensões da EPCT-MO.....	76

A avaliação psicossocial dos candidatos a transplante é um dos mais importantes papéis do psiquiatra ligado à equipe de transplante. Em algumas circunstâncias, o manejo adequado de certas questões psicossociais pode ser extremamente difícil e frustrante. Existem evidências de que problemas psicossociais estão associados a menor adesão ao tratamento e maior mortalidade na fase pós-transplante. Existem poucos trabalhos, neste campo, que utilizaram instrumentos padronizados. Os objetivos deste trabalho são traduzir para o Português as escalas *Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation (PACT)* e *Transplant Evaluation Rating Scale (TERS)*, estudar suas propriedades psicométricas e elaborar uma entrevista de avaliação psicossocial para candidatos a Transplante de Medula Óssea (TMO). As escalas PACT e TERS são instrumentos que podem ser usados para classificar os candidatos quanto à capacidade de ajustamento psicossocial às demandas do transplante. Porém, não existe uma entrevista ou glossário que forneça subsídios para o seu preenchimento. Traduzimos essas duas escalas para o Português através da técnica da retro-tradução (*backtranslation*). A correlação entre itens semelhantes da PACT e da TERS variou entre 0,54 e 0,81 e ambas as escalas traduzidas mostraram alta correlação entre os itens e a pontuação final. Esses resultados, obtidos através do coeficiente de correlação de Spearman, mostram uma forte associação entre as pontuações em ambos os instrumentos, como ocorre nos estudos que utilizaram as versões originais, em Inglês. A consistência interna, medida pelo α de Cronbach, foi alta na PACT (0,72), e 0,52 na TERS. Esse resultado sugere que a versão em Português da TERS, necessita de alguma revisão, para que suas propriedades psicométricas sejam mantidas. Elaboramos uma Entrevista de Avaliação Psicossocial de Candidatos a Transplante de Medula Óssea (EPCT-MO) baseada no conteúdo dessas escalas e nos dados da literatura. A entrevista foi submetida ao julgamento de 13 especialistas da área de TMO. As sugestões e comentários foram analisados e realizaram-se as alterações apropriadas. O instrumento foi aplicado, com sucesso, a 30 candidatos a TMO do Hemocentro – UNICAMP. A versão final da EPCT – MO ficou constituída de 145 itens, distribuídos em 11 dimensões. A entrevista necessitou, em média, de 52 minutos para ser aplicada, tendo sido conduzida no *setting* de uma consulta. A EPCT-MO é uma ferramenta útil para orientar o clínico ao longo do processo da entrevista, auxilia a condução da avaliação, otimizando o tempo usado nesta tarefa. Tem grande utilidade tanto para o treinamento do clínico como para o desenvolvimento de

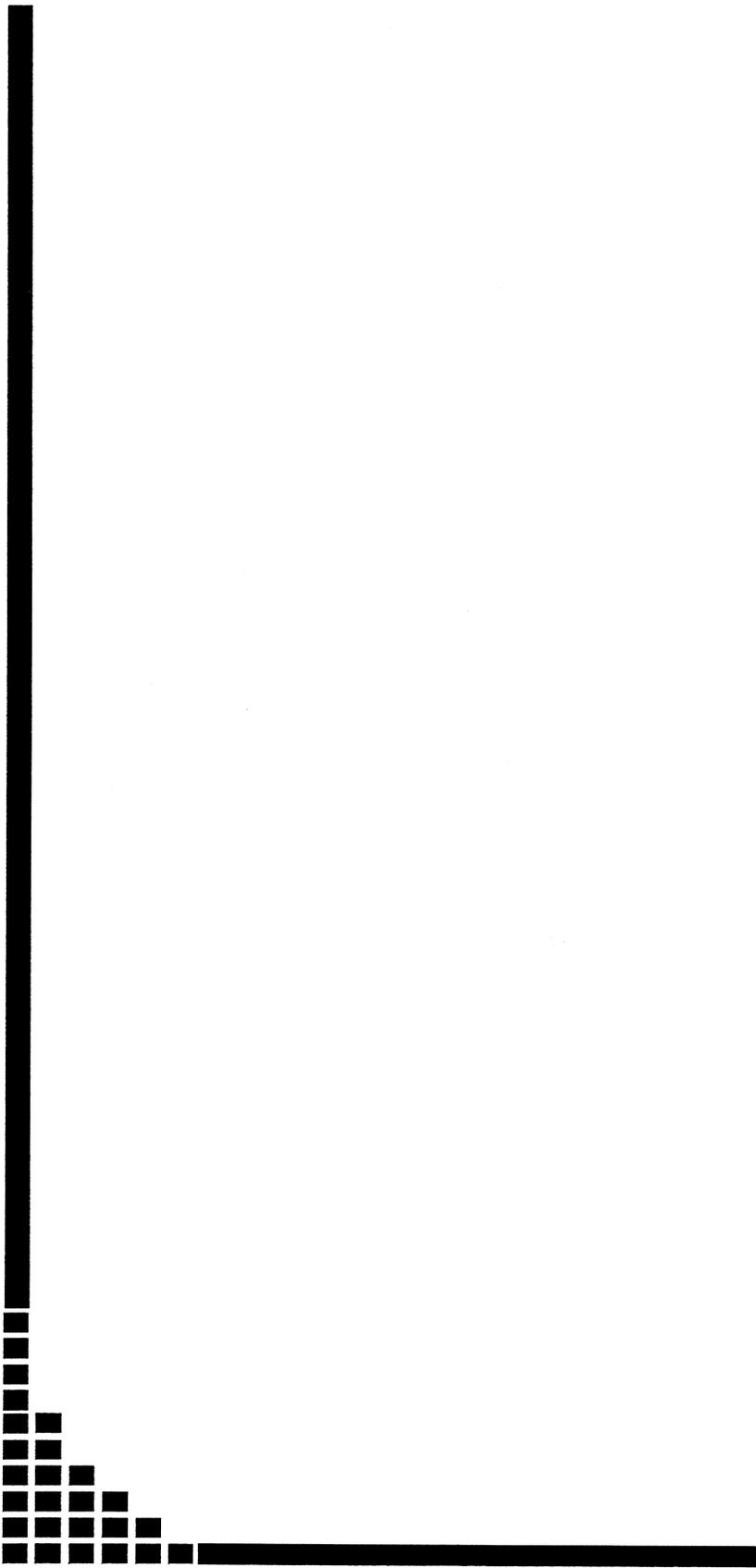
pesquisas. A EPCT-MO é útil também para fornecer subsídios para o preenchimento das escalas PACT e TERS e, portanto, pode identificar aqueles candidatos elegíveis para o TMO. Pode aprimorar o processo de seleção dos candidatos, ajudando a detectar precocemente aqueles indivíduos mais susceptíveis a apresentar sintomas psiquiátricos e problemas de ajustamento psicossocial ao longo do tratamento, aumentando, assim, as chances de uma adesão satisfatória.



ABSTRACT

Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT) presents a complicate trajectory of several years requiring psycho-oncological interventions at a variety of stages, e.g., in case of crises due to graft versus host disease or after discharge from the hospital. There is evidence that psychosocial issues are associated with poorer compliance and higher morbidity in post-transplant period. In the last decade, there has been a great expansion in the literature in this field, but few reports have used structured psychosocial interviews to assess HSCT candidates. The objectives of this study are to translate for the Portuguese the scales Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation (PACT) and the Transplant Evaluation Rating Scale (TERS), to study their psychometric properties and to elaborate a semi-structured interview to assess candidates for HSCT. PACT and TERS are scales that can be used to classify patients' level of psychosocial adjustment to transplantation. However there is neither a glossary nor an interview schedule to give clinicians the necessary guidance before rating the distinct dimensions covered by these instruments. We translated these scales into Portuguese using the backtranslation technique. The correlation among similar items of the PACT and the TERS was between 0.54 and 0.81. Both translated scales showed high correlation between the items and the final score. These data, calculated by the Spearman coefficient, demonstrate a strong association between the scores in both instruments, as much as occur in the study which used the original versions. The internal consistence of the scales, calculated by the Cronbach's alpha, was high in the PACT (0.72) and 0.52 in the TERS. This result suggests that the Portuguese version of the TERS needs to be revised in order to maintain its psychometric proprieties. We developed the Psychosocial Assessment Interview of Candidates for Hematopoietic Stem Cell Transplantation (PAIC-HSCT) based on these scales and in the literature review. The instrument was submitted to the judgment of 13 HSCT specialists. Their suggestions and comments were analyzed and we made the appropriate changes in the interview. The PAIC-HSCT was successfully piloted to interview 30 HSCT candidates in Hemocentro - UNICAMP. The final version of the PAIC-HSCT has 145 items comprising 11 domains. It demands on average 52 minutes to be completed and can be applied in the setting of a consultation. The PAIC-HSCT is a tool to guide clinicians through the interview process by providing a comprehensive structure. It facilitates a clinician's ability to conduct an evaluation in a time-efficient manner. It is useful for training clinicians and for research

purposes. It is also useful to fill in the PACT and TERS scales and therefore to identify candidates who may be eligible for HSCT or who will need intensive psychosocial attention during the treatment. The PAIC-HSCT may improve candidates' selection validity and help to detect precociously the patients susceptible to present psychiatric symptoms and psychosocial difficulties along the treatment, increasing the chances of a satisfactory compliance.



1- INTRODUÇÃO

1.1- História dos transplantes

A capacidade de preservar a vida humana através da substituição de órgãos vitais irremediavelmente doentes – historicamente um dos sonhos dos médicos – é fato concreto nos tempos atuais. Nas últimas décadas, o transplante de órgãos deixou de ser um procedimento experimental para tornar-se o tratamento de eleição para uma variedade de doenças, representando um dos maiores triunfos da medicina no século 20. A evidência da notória importância dos transplantes pode ser comprovada quando se constata que, desde do ano de 1901, 23 Prêmios Nobel de Medicina foram dedicados a trabalhos direta ou indiretamente relacionados a esse tema (STARZL, 2000).

O conceito da substituição de órgãos doentes por outros saudáveis, assim como a transferência de órgãos amputados de um corpo para outro de espécie diferente, é tão antigo quanto 4.000 anos. Há relatos mitológicos em culturas antigas como a hindu, a chinesa e a egípcia (BHANDARI, 1997). Segundo KUSS e BORGET (1949)¹, há referência de que São Pedro, 15 a.C., reimplantou os seios de Agatha, que haviam sido cortados por soldados romanos; de que em 1200 d.C., um homem teve seu pé re-implantado por Santo Antônio de Pádua e de que, no século 17, Gaspare Tagliacozzi tentou reconstruir a pele do nariz de um homem usando a pele de seu próprio braço. MAKINNEY (1965)² relata que, no primeiro século d.C., os santos Cosme e Damião tentaram transplantar a perna de um homem recém falecido em outro amputado. A mitologia grega menciona que um mágico chamado Mede, através da transfusão de sangue, deu força e juventude a um homem velho. Na Roma antiga, o sangue dos gladiadores feridos era usado para tratar pacientes epiléticos. No século 19, em 1859, o sangue de um mágico foi usado por doentes depois que ele foi executado em Göttingen (ERDEMIR, 2000).

¹ KUSS, R.; BORGET, P. *apud* <http://www.transweb.org/reference/timeline/historytable.htm> acessado em 4 de novembro de 2004.

² MACKINNEY L. *apud* <http://www.transweb.org/reference/timeline/historytable.htm> acessado em 4 de novembro de 2004.

Porém, o primeiro marco científico na história dos transplantes foi a descoberta dos antígenos dos grupos sanguíneos ABO, feita por LANDSTEINER (1901)³. Tal descoberta teve um enorme impacto tanto nos aspectos imunológicos dos transplantes quanto na medicina como um todo (RAPAPORT, 1999). No ano seguinte, CARREL (1902)⁴, publicou seu trabalho sobre as técnicas de anastomose vascular – pré-requisito para os transplantes de órgãos sólidos. Nas três décadas seguintes, o interesse em pesquisas nas técnicas cirúrgicas, com substituição de membros, re-implantes de dentes e transplantes de órgãos de um animal para outro, foi substituído por investigações cujos resultados tornassem possível transpor os limites impostos pelo sistema imune. MEDWAR (1944) deu um salto nesta direção demonstrando, em experimentos controlados com animais, que a rejeição era uma resposta imunológica do receptor contra o enxerto. DAUSSET (1958) reconheceu e caracterizou o Complexo de Histocompatibilidade Maior em humanos, denominado HLA (*Human Leukocyte Antigen*), passo fundamental para a avaliação da compatibilidade imunológica entre enxerto e receptor. Mais de dez anos depois dos trabalhos de Medawar, Murray e colaboradores realizaram os históricos transplantes de rins entre gêmeos homozigóticos (MURRAY et al., 1954) e heterozigóticos (MURRAY et al., 1959).

³ LANDSTEINER, X. *apud* RAPAPORT, F. T. Some Landmarks in the Evolution of Transplantation. **Transplantation Proceedings**, 31: 2939–2944, 1999.

⁴ CARREL, A. *apud* RAPAPORT, F. T. Some Landmarks in the Evolution of Transplantation. **Transplantation Proceedings**, 31: 2939–2944, 1999.

Tabela 1 - Prêmios Nobel relacionados à imunologia/transplante

ANO	NOME	REALIZAÇÃO
1901	Emil Adolf Von Behring	Descoberta dos anticorpos
1905	Heinrich Hermann Robert Koch	Relação entre as infecções e os microrganismos
1908	Paul Ehrlich	Teoria da cadeia lateral; imunidade humoral; antibióticos
	Ilya Metchnikoff	Imunidade celular
1912	Alexis Carrel	Cirurgia vascular e transplante
1919	Jules Bordet	Descoberta do complemento
1930	Karl Landsteiner	Descoberta dos antígenos dos grupos sanguíneos ABO
1960	Sir Frank MacFarlane Burnet	Hipótese da seleção clonal
	Sir Peter Brian Medawar	Tolerância adquirida ao enxerto
1972	Gerald M. Edelman	Caracterização das imunoglobulinas
	Rodney R. Porter	Esclarecimento da estrutura molecular das imunoglobulinas
1980	Baruj Benacerrat	Descoberta da resposta imune genética e contribuição na descoberta do Complexo de Histocompatibilidade Maior (CHM)
	Jean Dausset	Descoberta do primeiro antígeno HLA
	George Davis Snell	Descoberta do CHM em ratos
1984	Niels Kaj Jerne	Importantes hipóteses imunológicas
	Georges J.F. Kohler	Tecnologia de hibridoma
1985	Cesar Milstein	Tecnologia de hibridoma
	Michael Stuart Brown e Joseph Leonard Goldstein	Controle hepático do metabolismo do colesterol
1987	Susumu Tonegawa	Descobriu a recombinação dos genes dos receptores imunológicos
1988	Gertrude Belle Elion and George Herbert Hitchings	Descoberta da 6-mercaptopurina e azatioprina
1990	Joseph E. Murray	Transplante renal
	E. Donnall Thomas	Transplante de medula óssea
1996	Rolf Zinkernagel e Peter C. Doherty	Descoberta do papel do CHM na resposta imunológica adaptativa aos patógenos

Fonte: STARZL (2000)

Apesar da irradiação corporal total (*total body irradiation – TBI*), na década de 1950, ter sido introduzida como agente imunossupressor no contexto do transplante, a era da imunossupressão começou em 1959, quando SCHWARTZ e DAMESHEK (1960) demonstraram que a 6-mercaptopurina (6-MP) prolongava a vida de enxertos de pele em coelhos. MURRAY et al. (1962) transplantaram o rim de um doador não aparentado em um paciente tratado sem TBI, apenas com azatioprina, um derivado sintético da 6-MP. No ano seguinte, STARZL (1963) relatou uma série de casos de pacientes com longa sobrevivência, submetidos a transplante de rim sob imunossupressão induzida pela associação de azatioprina e prednisona. A partir de então, todos os transplantes feitos entre doadores não aparentados foram realizados sob regime de imunossupressão com drogas como ciclofosfamida, metotrexate, prednisona e azatioprina. Até o final da década de 1960, os regimes terapêuticos disponíveis permitiram os transplantes de rim, fígado, coração, medula óssea, pulmão e pâncreas (Tabela 2) (STARZL, 2001). BOREL et al. (1978) determinaram um novo divisor de águas na história dos transplantes com a demonstração dos efeitos imunossupressores da ciclosporina, que havia sido descoberta por DREYFUSS et al. (1976). A capacidade desta droga de prevenir a rejeição do enxerto superou tudo que já havia sido visto antes. Nos últimos 10 anos, ocorreram outros importantes avanços na farmacoterapia dos transplantes, com o desenvolvimento de novos imunossupressores como tacrolimus, micofenolato e sirolimus, além de antibióticos, antivirais e antifúngicos. A consequência dessa evolução tem sido um evidente aumento no número de transplantes em todo o mundo. As Tabelas 3 e 4 mostram a evolução desses números nos últimos anos, nos Estados Unidos e no Brasil.

Tabela 2 - Os primeiros transplantes

ÓRGÃO	DATA DO TRANSPLANTE
Rim	24/01/1959
Fígado	23/07/1967
Coração	02/01/1968
Medula óssea	24/08/1968
Pulmão	14/11/1968
Pâncreas	03/06/1969

Fonte: STARZL (2001)

Tabela 3 - Número de transplantes realizados nos Estados Unidos nos anos de 1996, 1999 e 2002

ÓRGÃO	1996	1999	2002
Rim	11390	12737	14774
Fígado	4080	4748	5330
Pâncreas	166	358	554
Rim/Pâncreas	860	943	905
Coração	2343	2188	2155
Pulmão	817	892	1042
Intestino	45	73	107
Medula Óssea	14000	20600	17700
Total	33701	38639	42567

Fontes: OPTN – The Organ Procurement and Transplantation Network – EUA (2003) e Registro Internacional de Transplantes de Medula Óssea (IBMTR).

Tabela 4 - Número de transplantes realizados no Brasil nos anos de 1996, 1999 e 2003

ÓRGÃO	1996	1999	2003
Rim	1760	2388	3126
Fígado	204	361	692
Pâncreas	0	0	50
Rim/Pâncreas	5	8	163
Coração	89	110	175
Pulmão	6	17	38
Intestino	0	0	0
Medula Óssea	331	555	981
Total	2395	3439	5225

Fonte: Sociedade Brasileira de Transplantes de Órgãos (RBT, 2003)

1.2- História do transplante de medula óssea

A primeira tentativa de transplante de medula óssea (TMO) foi feita há aproximadamente um século. Entretanto, só a partir dos eventos de Alamogordo⁵, Novo México, e das observações das vítimas da bomba atômica de Hiroshima e Nagasaki, em 1945, é que foram iniciadas as investigações sistemáticas no campo do TMO (SANTOS, 1983). JACOBSON et al. (1951) e LORENZ et al. (1951) mostraram que camundongos irradiados com doses de irradiação gama tóxica para a medula óssea sobreviveriam, se o baço, um órgão hematopoiético no camundongo, fosse protegido ou se células provenientes do baço ou da medula fossem infundidas após a irradiação. Logo após, foi demonstrado que o quimerismo⁶ poderia ser produzido em camundongos, ratos, coelhos, cachorros, chimpanzés e humanos. Além disso, foi estabelecido que a administração intravenosa de suspensão de células da medula óssea era a maneira mais efetiva de estabelecer um estado de quimerismo, após uma irradiação corporal total. Uma outra observação foi que camundongos transplantados com uma medula geneticamente distinta, geralmente desenvolviam uma segunda doença, caracterizada por alterações cutâneas, perda de pêlos, diarreia e anormalidades hepáticas – uma síndrome denominada, posteriormente, doença do enxerto contra hospedeiro (DECH) (VAN BEKKUM e DE VRIES, 1967).

Apesar de alguns resultados promissores iniciais, os estudos clínicos compreendidos entre os finais das décadas de 1950 e de 1960 foram frustrantes e desapontadores. Os enxertos foram utilizados em pacientes terminais, que não sobreviviam o bastante para uma posterior avaliação ou, se evoluíam aparentemente bem, geralmente desenvolviam DECH grave, infecções fúngicas e virais fatais (MATHÉ et al., 1967; BORTIN, 1970).

⁵ Em Alamogordo, Novo México, em julho de 1945, realizou-se, pela primeira vez, um teste nuclear na atmosfera terrestre. Pela primeira vez, pode-se observar os efeitos da radiação ionizante sobre o organismo humano. Alguns meses depois, as cidades de Hiroshima e Nagasaki foram atacadas com bombas atômicas.

⁶ Na medicina, o termo quimerismo é usado para designar o indivíduo cujo corpo contém populações de células derivadas de diferentes indivíduos da mesma espécie.

O reconhecimento e a caracterização do HLA renovaram os esforços de investigação clínica, no final dos anos 1960 e início dos 1970, além de ter possibilitado uma seleção mais racional dos doadores, o que não era possível até então (THOMAS et al., 1975 (A), (B); BACH e VANROOD, 1976 (A), (B), (C); SANTOS, 1983). A partir daí, o TMO vem se desenvolvendo rapidamente. No início da década de 1970, este tipo de transplante deixou de se limitar às tentativas empíricas de tratamento para entrar em uma fase de grande desenvolvimento. Em 1973, oito grupos europeus realizaram um total de 16 transplantes alogênicos de medula óssea; em 1983, 97 grupos fizeram 1353 transplantes. Em 1993, os números aumentaram para 260 centros e 7737 transplantes. No ano de 2002 houve 17700 transplantes de medula só nos Estados Unidos (IBMTR, 2003).

No Brasil, o primeiro centro de TMO foi fundado em 1980 no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal do Paraná, sob o comando do professor Ricardo Pasquini (FERREIRA et al., 1985). Só a partir do final da década de 80 e início dos anos 90 que outros serviços foram implantados no país. Segundo a Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, em 2003, havia 43 centros transplantadores cadastrados em todo país, sendo que 36 deles encontravam-se em atividade (RBT, 2003). O serviço de Transplante de Medula Óssea do Hospital das Clínicas e do Centro de Hematologia e Hemoterapia (HEMOCENTRO) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) foi inaugurado em julho de 1993, sendo que o primeiro TMO foi realizado em setembro do mesmo ano. Até o ano de 2003, foram realizados 525 transplantes, 388 alogênicos e 137 autólogos⁷.

⁷ Enquanto no transplante alogênico, a fonte da medula óssea é um doador imunologicamente compatível, no autólogo, o enxerto é obtido do próprio paciente.

1.3- O psiquiatra ligado à equipe de transplante

THOMAS STARZL (2000), um dos expoentes da história dos transplantes, escreveu:

Em 1961, dois meses após receber o prêmio Nobel pela pesquisa em imunologia, Macfarland Burnet escreveu no *New England Journal of Medicine* que "muito tem se pensado em como tecidos ou órgãos geneticamente e imunologicamente distintos podem sobreviver e funcionar em um ambiente estranho. De maneira geral, a perspectiva atual é altamente desfavorável ao sucesso..." (BURNET, 1961)⁸. Há apenas trinta anos, essa foi a perspectiva cinzenta encarada pelos primeiros receptores de órgão, cuja coragem em oferecer a si próprio para a experimentação tornou possível a quebra da barreira imunológica (STARZL, 1992). O mistério resultante do transplante, assim como os resultados imprevisíveis destes procedimentos, criaram um campo emocional fértil para complicações psiquiátricas (p. 1) (grifo nosso).

À medida que foram ocorrendo as evoluções biológicas e tecnológicas, foi surgindo o interesse pelos aspectos psiquiátricos, psicológicos e psicossociais dos pacientes transplantados e seus familiares (HOUSE e THOMPSON, 1988). Os primeiros trabalhos nesta área de conhecimento foram publicados no final da década de 1960 (CRAMOND et al., 1967 (A), (B); CRAMOND, 1967; WILSON, et al., 1968; GURLAND, 1968; BIÖRCK e MAGNUSSON, 1968; BRENGELMANN, 1968; GURLAND, 1968; CRAMOND, 1968; EISENDRATH et al., 1969; EISENDRATH, 1969; KEMPH et al., 1969; KEMPH, 1969; SHORT e HARRIS et al., 1969; NAHUM, 1969).

Desde então, observa-se um número crescente de trabalhos versando sobre o tema, como se pode comprovar cruzando-se as palavras-chave *transplantation x psychiatry* e *transplantation x psychology* em pesquisa na base de dados MEDLINE (Tabela 5). Observa-se que, a cada dez anos, o número de publicações quase dobra. Na última década (1994 a 2003) foram mais de 2000 artigos indexados no MEDLINE. Assim, comprova-se

⁸ BURNET, F. M. *apud* STARZL, T. E. The mystique of transplantation: biologic and psychiatric considerations. In: TRZEPACZ, P.; DIMARTINI, A. **The transplant patient: biological, psychiatric and ethical issues in organ transplantation**. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. p.21-41.

que a psiquiatria ligada ao transplante constituiu-se numa área de rápido crescimento, tanto na clínica como na pesquisa (FREEMAN et al., 1995). Como relatam DEW et al. (2000), no início, os trabalhos limitavam-se a relatos de casos e estudos descritivos, enfatizando aspectos do funcionamento psíquico dos pacientes e suas relações interpessoais. Depois, foram realizados estudos transversais em grupos pequenos de pacientes, com o objetivo de se avaliarem sintomas através de instrumentos padronizados. Posteriormente, pesquisas com populações maiores, algumas longitudinais, buscaram elucidar em que medida aspectos psiquiátricos avaliáveis na fase pré-transplante poderiam interferir nos resultados do tratamento. Porém, algumas delas foram limitadas por particularidades dos centros transplantadores onde foram realizados, dificultando a generalização de seus resultados (OLBRISCH et al., 2002).

Tabela 5 - Número de citações encontradas no MEDLINE usando-se as palavras-chave *Psychology x Transplantation* e *Psychiatry x Transplantation* ao longo das últimas quatro décadas

DÉCADA	PSYCHOLOGY x TRANSPLANTATION	PSYCHIATRY x TRANSPLANTATION
1964 – 1973	62	16
1974 – 1983	300	30
1984 – 1993	1052	58
1994 – 2003	2221	100

A atuação do Psiquiatra Ligado à Equipe de Transplante varia conforme os programas e equipes de transplante e diversos autores já relacionaram os possíveis papéis deste especialista (HOUSE e THOMPSON, 1989; FREEMAN et al., 1995; STROUSE et al, 1996; KLAPHEKE, 1999; MESSIAS e SKOTZKO, 2000; OLBRISCH et al., 2002). A Tabela 6 sintetiza suas possibilidades. Apesar da grande importância desses diversos papéis, neste trabalho, nos aprofundaremos apenas na avaliação psicossocial dos candidatos a transplante.

Tabela 6 - Atuação do psiquiatra ligado à equipe de transplante

PRÉ- TRANSPLANTE	<ul style="list-style-type: none">• Manejar os transtornos psiquiátricos que podem ocorrer nos pacientes candidatos a transplante, tanto os psicorgânicos, comuns naqueles indivíduos com falência de órgão, quanto os psicogênicos, conseqüentes dos fatores estressores relacionados à doença grave e aos riscos do procedimento• Identificar e manejar as reações de ajustamento• Avaliar o candidato a transplante• Avaliar o doador, em caso de transplante com doador vivo• Auxiliar o paciente e seus familiares a compreender o procedimento ao qual será submetido• Identificar e minimizar as fantasias que podem envolver um transplante• Auxiliar, com neutralidade, o candidato a transplante na tomada de decisão
	<ul style="list-style-type: none">• Diagnosticar e tratar os transtornos psiquiátricos comuns nesta fase• Estimular e monitorar a aderência ao acompanhamento ambulatorial• Estimular e monitorar a dedicação da família/cuidador em relação à assistência do paciente• Oferecer apoio psicoterápico

Adaptado de GARCIA JR e ZIMMERMANN (2002)

1.4- Avaliação psicossocial dos candidatos a transplante

Um dos principais trabalhos desenvolvidos pelo psiquiatra é a avaliação dos candidatos e sua importância é destacada por diversos autores (DEBRAY e PLAISANT, 1990; LEVENSON e OLBRISCH, 1993; STREISAND et al., 1999; DEW et al., 2000; DOBBELS et al., 2001). Embora cada vez mais corriqueiros, os transplantes são procedimentos vinculados a intenso estresse, tanto para os pacientes como para seus familiares (LEVENSON e OLBRISCH, 1987; HOUSE e THOMPSON, 1988). A Tabela 7 relaciona os principais fatores que influenciam a saúde mental dos pacientes candidatos a transplante e transplantados.

Tabela 7 - Fatores que influenciam a saúde mental dos pacientes candidatos a transplante e transplantados

-
- Alteração da imagem corporal secundária aos imunossupressores
 - Dependência constante da equipe médica e do cuidador
 - Doenças crônicas com qualidade de vida comprometida
 - Doenças potencialmente letais
 - Efeitos neuropsiquiátricos dos medicamentos (imunossupressores, antibióticos, antifúngicos, antivirais, outras)
 - Espera pela disponibilidade de órgãos
 - Fantasias em relação ao órgão transplantado e ao doador
 - Mudança do papel social
 - Mudanças na qualidade de vida
 - Relação com o doador vivo
 - Risco de vida
-

ANDRYKOWISKI e MCQUELLON (1998) consideram que, em certas circunstâncias, o manejo eficiente de certas questões psicossociais pode ser mais difícil e frustrante do que o manejo de questões médicas estabelecidas pelo transplante de medula óssea. GREINER e ROCCAFORTE (1989)⁹ destacam a habilidade do psiquiatra em usar o modelo biopsicossocial ao avaliar de maneira mais ampla os possíveis efeitos e seqüelas do transplante na vida emocional do paciente, bem como sua capacidade de lidar com tais problemas (HOWARDS et al., 1994).

Os objetivos da avaliação psicossocial pré-transplante são:

- a. Identificar fatores de risco que podem contribuir para a falta de aderência e aumento de morbidade na fase pós-transplante (doenças psiquiátricas, transtornos de personalidade, problemas de relacionamento interpessoais, problemas na rede de apoio social) e abordá-los da forma mais adequada;

⁹ GREINER C. B.; ROCCAFORTE, W. *apud* HOWARD, L. M.; WILLIAMS, R.; FAHY, T. A. The psychiatric assessment of liver transplant patients with alcoholic liver disease: a review. **Journal of Psychosomatic Research**, 38(7): 643-53, 1994.

- b. Ajudar o paciente e seus familiares a compreenderem o procedimento a que o indivíduo será submetido, auxiliando-os a se desfazerem de idéias fantasiosas acerca do órgão transplantado (SOOS, 1992) e seu doador, facilitando a tomada de decisão a respeito do tratamento e dando, formalmente, consentimento após as informações (SURMAN, 1997);
- c. Ajudar a fornecer subsídios para a avaliação de critérios psicossociais objetivando que a triagem do candidato seja feita com justiça e igualdade de condições de acesso ao sistema de saúde (KLAPLEKE, 1999) e, ao mesmo tempo, identificando aqueles indivíduos que demonstram não reunir condições para lidar bem com todas as dificuldades, restrições e riscos impostos pelo transplante;
- d. Coletar informações relativas ao funcionamento cognitivo, emocional e neuropsiquiátrico do paciente, que serão valiosas para o seu manejo clínico durante o tratamento (STROUSE, 1996).

A Tabela 8 sintetiza os objetivos da avaliação do candidato a transplante.

Tabela 8 - Finalidades da avaliação psicossocial dos candidatos a transplante

-
- Prever como o paciente será capaz de lidar com o estresse do transplante e, caso necessário, promover intervenções psiquiátricas ou contra-indicá-lo.
 - Identificar e tratar transtornos mentais concomitantes à doença clínica.
 - Avaliar se o paciente é capaz de compreender adequadamente os procedimentos do transplante, dando consentimento para o tratamento.
 - Avaliar se o paciente será capaz de colaborar com a equipe, com adesão adequada às orientações médicas.
 - Avaliar a história de uso de drogas e se o paciente será capaz de se manter abstinente.
 - Auxiliar a equipe a compreender as necessidades subjetivas do paciente.
 - Compreender as necessidades psicossociais do paciente e de seus familiares, planejando serviços durante as fases de espera e reabilitação do processo do transplante.
 - Estabelecer o nível de funcionamento mental basal antes do transplante para monitorar possíveis mudanças pós-operatórias.
-

Fonte: LEVENSON e OLBRISCH (2000)

A justificativa para a utilização de critérios psicossociais na avaliação do candidato a transplante é a mesma para o uso de critérios médicos, ou seja, destinar recursos escassos, tratamentos dispendiosos e alta tecnologia para aqueles pacientes que provavelmente terão o maior benefício e a maior longevidade (OLBRISCH et al., 1989). Porém, como destacam FREEMAN et al. (1992), existe grande controvérsia se critérios psicossociais devem ser considerados como de contra-indicação absoluta, como sugerem, por exemplo, STROUSE et al. (1996).

LEVENSON e OLBRISCH (1993) demonstraram que os centros transplantadores diferem quanto à aceitação ou não de candidatos a transplante com transtornos psiquiátricos específicos. Segundo estes autores, alguns centros rejeitam pacientes com esquizofrenia; a maioria não aceita pacientes dependentes químicos, com demência, com ideação suicida ou com antecedentes pessoais de tentativas de suicídio e com retardo mental grave. Outros programas, mais seletivos, excluem candidatos com retardo mental moderado, transtorno bipolar do humor e indivíduos com transtorno mental que já tenham cometido algum delito grave, como, por exemplo, homicídio ou latrocínio.

Existem evidências de que fatores psicossociais estão associados ao aumento da morbidade e da falta de adesão pós-transplante (FREEMAN et al., 1992; CHACKO et al., 1996; DEW, 1999; MESSIAS e SKOTZKO, 2000; STEINMAN et al., 2001; LOBERIZA et al., 2002; CHANG et al., 2004; SHERMAN et al., 2004; SYRJALA et al., 2004). O comportamento inobservante por parte do paciente transplantado, denotado pela negação de sintomas físicos, pela falta às consultas e exames médicos, pelo uso incorreto da medicação prescrita ou a desobediência às restrições impostas pelo tratamento imunossupressor, pode levar ao aumento da morbidade e da mortalidade. (AKAHO et al., 2003).

LAEDERACH-HOFMANN e BUNZEL (2000) relacionam os sintomas psiquiátricos como uma das principais causas dos resultados insatisfatórios dos transplantes, na medida em que se associam à falta de adesão ao tratamento. Doenças mentais graves como a esquizofrenia, depressão maior e transtornos de personalidade podem interferir na capacidade adequada do indivíduo se cuidar ou, em alguns casos, até relacionar-se com tentativas de suicídio (COOPER et al., 1984; BRENNAN et al., 1987).

Porém, como afirmam BROERS et al., (1998), os resultados dos estudos não são sempre consistentes. Estes pesquisadores realizaram um estudo prospectivo de 123 pacientes submetidos a TMO, o qual não confirmou a tese de que variáveis psicossociais influenciam a sobrevida. AKAHO et al. (2003) relataram que o TMO foi bem sucedido em seis pacientes com transtornos mentais, incluindo esquizofrenia, autismo, transtorno do pânico e transtorno bipolar do humor.

Embora a maioria, se não todos, os programas de transplante considerem algum critério psicossocial para decidir se aceitam um determinado paciente para o procedimento (MCALEER et al., 1985), deve-se lembrar que grande parte do processo de seleção é feito, provavelmente, pelos serviços que encaminham os pacientes aos centros transplantadores, com a utilização de critérios informais e variáveis, possivelmente dependentes da experiência e crenças do clínico encaminhador (OLBRISCH e LEVENSON, 1995). Problemas éticos na utilização desses critérios surgem de várias formas. Eles podem ser confundidos com o julgamento do valor social de um indivíduo e podem, se usados de forma inconseqüente, levar a decisões injustas. Tal equívoco tem maiores chances de ocorrer, se a confiabilidade e a validade dos critérios forem questionáveis.

Apesar de a triagem psicossocial ser feita rotineiramente, poucos centros transplantadores têm publicado os critérios utilizados. Embora STROUSE et al. (1996) sugiram que, na triagem psicossocial dos candidatos a transplante, sejam considerados critérios de contra-indicação absoluta e relativa (Tabela 9), vários autores têm publicado estudos que demonstram que o transplante teve bons resultados com pacientes que apresentavam uma dessas contra-indicações absolutas. SURMAM (1989) relatou que o transplante de rim mostrou-se possível em pacientes com déficit de inteligência, transtorno de personalidade, história de transtorno do humor e dependência a drogas. DIMARTINI e TWILLMAN (1994) relataram dois casos de TMO em pacientes com esquizofrenia paranóide e os resultados foram satisfatórios. STEINMAN et al. (2001) afirmam que muitos pacientes com condições psicopatológicas têm bom resultado pós-operatório quando submetidos a intervenções apropriadas desde o início da fase pré-transplante. Assim, levanta-se a questão de se os critérios devem ser considerados absolutos ou aditivos, ou seja, os candidatos seriam qualificados pela somatória dos problemas que, isoladamente, não poderiam desqualificá-los.

Tabela 9 - Critérios de avaliação psicossocial para candidatos a transplante de órgãos sólidos

CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS

- Abuso de drogas
- Psicose com prejuízo significativo da capacidade de responder ao consentimento após informação e da adesão
- Recusa em se submeter ao transplante e/ou ideação suicida
- Transtorno factício com manifestações somáticas

CONTRA-INDICAÇÕES RELATIVAS

- Demência ou disfunção cerebral sem recursos psicossociais adequados para supervisionar a aderência ou com alto risco de piora dos sintomas neuropsiquiátricos
- Falta de adesão ao tratamento pré-transplante, recusa em participar do tratamento psiquiátrico e psicoeducacional, doenças mentais refratárias ao tratamento ou intratáveis, transtornos do humor com risco de vida, transtornos alimentares e de personalidade

Fonte: STROUSE et al. (1996)

Portanto, podemos constatar que existe uma grande variabilidade na avaliação dos candidatos a transplante, assim como nos critérios utilizados na triagem psicossocial. Com o objetivo de resolver esses problemas, foram criados alguns instrumentos padronizados.

Até onde sabemos, foram publicados dois trabalhos que tiveram como objetivo a elaboração de entrevistas psicossociais padronizadas para candidatos a transplante. HOFFMAN et al. (1999) desenvolveram uma avaliação com orientação psicodinâmica e entrevistaram uma série de 112 candidatos a transplante de medula óssea entre os anos de 1984 e 1993. Composta de três dimensões – funcionamento familiar (F), maturidade psicológica individual (I) e compreensão do transplante (T) – a FIT, como seus autores a nomearam, demanda muito tempo para ser completada, necessitando de duas ou três consultas.

MORI et al., (2000) desenvolveram uma entrevista específica para candidatos a transplante de rim, a *Structured Interview for Renal Transplantation* (SIRT), composta de 93 itens distribuídos em sete seções: dados demográficos, compreensão da doença, dados educacionais e sócio-econômicos, história familiar, personalidade e estilo de enfrentamento, história psiquiátrica e estado mental.

Com a finalidade de aprimorar a avaliação psicossocial desses pacientes candidatos a transplante, foram publicadas três escalas estruturadas. OLBRISCH et al. (1989) desenvolveram a *Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation* (PACT). FUTTERMAN et al. (1991) desenvolveram outro instrumento – o *Psychosocial Level System* (PLS). O PLS serviu de base para TWILLMAN et al. (1993) desenvolverem a *Transplant Evaluation Rating Scale* (TERS).

Tanto a PACT quanto a TERS, citadas por inúmeros trabalhos, têm o objetivo de avaliar os aspectos psicossociais de maneira que os critérios sejam considerados em conjunto, de forma aditiva, sem que nenhum seja considerado de contra-indicação absoluta. Ambas apresentaram boa confiabilidade entre diferentes avaliadores e validade preditiva na determinação da má evolução e falta de adesão (PRESBERG et al., 1995).

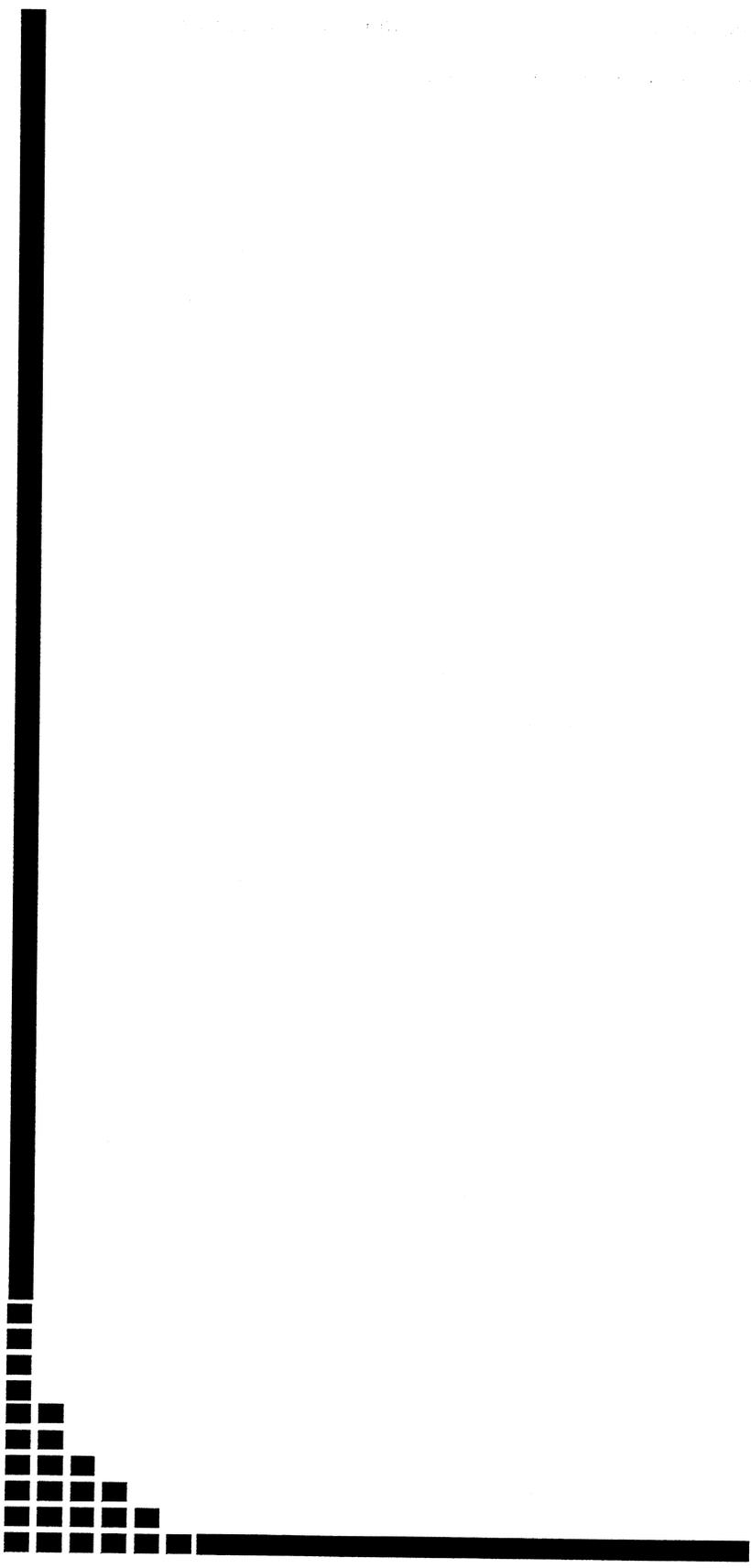
A PACT e a TERS são aplicadas rapidamente. Entretanto, não existe nenhum roteiro ou glossário que oriente a entrevista psicossocial que poderia fornecer subsídios para o preenchimento das mesmas e seus autores confirmaram, diretamente ao responsável por este trabalho, que não existe disponível nenhum material instrucional para a aplicação de suas escalas.

Os respectivos autores da PACT e da TERS nos informaram que os instrumentos não foram traduzidos para o Português¹⁰ e não encontramos nenhuma publicação que tenha relatado a utilização, no Brasil, dessas escalas.

Levantamos também a questão de como obter subsídios para o preenchimento dessas escalas, ou seja, como, através de uma entrevista, ter acesso a todas as informações necessárias para realizar uma avaliação psicossocial eficiente para responder a todas os

¹⁰ Comunicação pessoal

itens da PACT e da TERS. Embora os autores da SIRT tenham considerado que a entrevista elaborada por eles forneceu tais subsídios, trata-se de um instrumento específico para candidatos a transplante renal. Até onde sabemos, não há nenhuma outra publicação que tenha objetivado a estruturação de uma entrevista padronizada para a avaliação de pacientes candidatos a TMO.



2- OBJETIVOS

- a. Traduzir para o Português as escalas Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation (PACT) e Transplant Evaluation Rating Scale (TERS).
- b. Avaliar a consistência interna dessas escalas e a correlação entre elas, por itens semelhantes e pontuações finais.
- c. Estruturar uma entrevista psicossocial para ser utilizada na avaliação de pacientes candidatos a transplante de medula óssea, explorando as várias dimensões que a literatura especializada considera relevantes, e que servirá de roteiro para o preenchimento das referidas escalas.
- d. Avaliar a adequação do conteúdo dessa entrevista e sua aplicabilidade clínica.

3.1- Tradução das escalas

3.1.1- Descrição das escalas

3.1.1.1- Avaliação psicossocial de candidatos a transplante (*PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT OF CANDIDATES FOR TRANSPLANTATION – PACT*)

A PACT (Anexo 1) é uma escala breve, porém, abrangente, facilmente completada em um a dois minutos, que consiste de oito itens pontuados de zero a quatro. Uma nota inicial e outra final são dadas, independentemente, baseando-se na impressão geral do avaliador. Os aspectos avaliados são: apoio social, patologia mental ou transtorno de personalidade, estilo de vida, abuso de álcool e drogas, adesão a tratamento médico e compreensão a respeito do transplante. Todos os itens são pontuados na mesma direção, desde candidato inaceitável até candidato excelente. Segundo seus autores, o propósito desse tipo de pontuação é descrever mais precisamente a gama de pacientes avaliados e permitir o estudo da validade dessa importante decisão clínica, que, em certos casos, leva alguns candidatos a serem excluídos do transplante. Os itens foram elaborados pelos autores através de uma ampla revisão da literatura e da experiência clínica.

No estudo realizado por seus autores, houve alto grau de concordância entre os avaliadores (96%), no que concerne à aceitação ou recusa do paciente para o transplante e de confiabilidade em relação à adequação geral do paciente. Todos os itens do PACT correlacionaram-se com a pontuação final (OLBRISH et al., 1989).

3.1.1.2- Escala de avaliação de transplante (*TRANSPLANT EVALUATION RATING SCALE – TERS*)

Na TERS, os pacientes são categorizados em 3 níveis de qualidade de funcionamento, em cada uma das 10 variáveis biopsicossociais entendidas por seus autores como de importante influência na adaptação do paciente ao transplante (Anexo 2). A pontuação final é calculada pela multiplicação dos pontos de cada item por um peso

pré-determinado. Os itens são: história psiquiátrica prévia no eixo I do DSM IV¹ (peso 4,0) e no eixo II do DSM IV (peso 4,0), uso e abuso de drogas (peso 3,0), adesão ao tratamento médico (peso 3,0), hábito relacionado à saúde (peso 2,5), apoio familiar/social (peso 2,5), história prévia das estratégias de *coping* (peso 2,5), como encara a doença e o tratamento (peso 2,5), afetividade (1,5) e o estado mental prévio e atual (peso 1,0). Assim, a soma ponderada pode variar de 26,5 a até no máximo 79,5.

No estudo conduzido pelos seus autores, o kappa calculado indicou uma alta taxa de concordância entre os avaliadores que preencheram a TERS (TWILLMAN et al., 1993).

3.1.2- Procedimentos para a tradução

Após contato com os respectivos autores das escalas PACT e TERS, obtivemos a autorização para a tradução e o uso em pesquisa.

Para garantir a confiabilidade da tradução, o procedimento adotado foi a técnica de retro-tradução (*backtranslation*) desenvolvida por WERNER e CAMPBELL em 1970 e descrita por BRISLIN (1970), que é considerada a mais apropriada para a obtenção de equivalência semântica (FLAHERTY et al., 1988).

Pode não ser possível produzir uma equivalência, pela falta de uma palavra que seja satisfatória para o conceito nos dois idiomas. Para resolver esta questão, ao critério de retro-tradução foi associado o método bilíngüe (GARYFALLOS et al., 1991), que envolve mais de um tradutor bilíngüe. Segundo esse método, uma pessoa é bilíngüe não apenas quando é fluente em dois idiomas, mas quando viveu pelo menos por um ano em cada país, sendo, portanto, bicultural e tendo o entendimento necessário dos diferentes significados das palavras em ambas as culturas.

¹DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 2000

No presente trabalho, primeiramente a PACT e a TERS foram traduzidas para o português por um psiquiatra bilíngüe assistente do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Em seguida, a versão traduzida foi submetida à retro-tradução por um docente, também bilíngüe, do mesmo departamento. A versão resultante foi, então, comparada com as escalas originais em inglês e corrigiram-se as poucas diferenças observadas, chegando-se à versão final em Português (Anexo 3 e Anexo 4)

Como esses instrumentos não são preenchidos pelo paciente e sim pelo avaliador, consideramos que a testagem das versões traduzidas foi feita durante a avaliação dos 30 pacientes, descrita mais adiante.

3.1.3- Organização e análise dos dados

Para obter o cálculo da confiabilidade de uma medida, precisamos sempre correlacionar medidas paralelas. E entendemos por medidas paralelas aquelas que são distintas mas similares e compatíveis em aspectos importantes. A avaliação da confiabilidade de qualquer instrumento de investigação baseia-se sempre no grau de acordo obtido em comparações entre flutuações temporais, entre diferentes aplicações ou diferentes julgamentos deste instrumento. Então, todos os tipos de confiabilidade podem ser expressos em função de um coeficiente de correlação, que, fundamentalmente, exprime o grau de correspondência ou relação entre dois conjuntos de resultados. Dois dos coeficientes mais usados são o α de Cronbach e o Spearman.

Para avaliar a confiabilidade das escalas, verificamos a correlação entre itens semelhantes dessas duas escalas, bem como a correlação entre os itens e a pontuação final em cada escala. Esse cálculo foi obtido por meio do coeficiente de correlação de Spearman. Este foi o teste escolhido pelo fato de as pontuações do PACT e do TERS serem registradas em escalas ordinal e contínua, respectivamente.

Verificamos também a consistência interna de cada uma das escalas, utilizando o α de Cronbach, que é um modelo de medida baseado na correlação média dos itens dentro do teste. Considera-se que os itens de um instrumento estão positivamente correlacionados uns com os outros em função de estarem medindo uma variável comum.

A distribuição das pontuações finais de ambos os instrumentos foi examinada para se verificar com que eficácia cada escala foi capaz de discriminar os pacientes. Para tanto, as pontuações finais no PACT foram usadas para mostrar intervalos na distribuição, enquanto as pontuações no TERS foram divididas em cinco intervalos.

3.2- Elaboração da entrevista de avaliação psicossocial de candidatos a transplante de medula óssea (EPCT – MO)

A Entrevista de Avaliação Psicossocial de Candidatos a Transplante de Medula Óssea foi elaborada baseando-se na revisão da literatura que estuda os aspectos psiquiátricos, psicológicos e psicossociais relacionados aos transplantes e nos itens que compõem as escalas já citadas, PACT e TERS, que são, justamente, uma tentativa de sintetizar, em instrumentos estruturados, esses aspectos que consensualmente são considerados de maior relevância pelos autores mais importantes da área. Levou-se em conta, também, a experiência clínica do autor deste projeto, que vem atendendo os pacientes do serviço de TMO da UNICAMP há sete anos.

3.2.1- Definição das dimensões

Finalizado o processo de revisão, foram definidas 11 dimensões (Tabela 10).

Para complementar o exame do estado mental no momento da entrevista, utilizamos a Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS) (OVERALL e GORHAM, 1962).

A BPRS foi criada com o objetivo de avaliar sinais e sintomas psicopatológicos em pacientes submetidos a intervenções medicamentosas. É composta de 18 itens, cada um possui 7 níveis de severidade (ausente, muito leve, leve, moderado, moderado para grave, grave, muito grave), geralmente correspondendo aos valores de 1 a 7. Neste estudo, foi utilizada a versão de BECH et al (1986) traduzida por ZUARDI et al (1994), na qual as pontuações estão distribuídas do seguinte modo: 0 = sintoma ausente; 1 = muito leve ou presença duvidosa; 2 = presente em grau leve; 3 = presente em grau moderado; e 4 = presente em grau severo ou extremo.

O Inventário de Estratégias de *Coping* de FOLKMAN e LAZARUS (1985), adaptado para o português por SAVOIA (1996), serviu de base para a elaboração das questões da seção “**Estilos de enfrentamento**”. Desta escala, foram usadas as 16 questões com maior carga fatorial e a elas foram acrescentadas quatro perguntas, explorando a maneira como o paciente enfrentou as notícias da doença e da indicação do TMO.

Tabela 10 - Dimensões da versão inicial da EPCT-MO

-
1. Identificação
 2. Compreensão a respeito da doença
 3. Compreensão a respeito do transplante
 4. História de adesão
 5. Estilo de vida
 6. Estilo de Enfrentamento
 7. Antecedentes pessoais psiquiátricos
 8. Observações complementares
 9. Antecedentes familiares
 10. Rede de apoio social/familiar
 11. Expectativa em relação ao transplante
-

3.2.2- Opinião dos especialistas

A versão inicial do instrumento foi testada em um estudo-piloto com 10 pacientes. Assim, foi possível re-elaborar aquelas perguntas que não foram bem compreendidas pelos respondedores.

Com o objetivo de que a EPCT – MO seja um instrumento de fácil aplicação e capaz de prover elementos suficientes para avaliação de todos os aspectos psiquiátricos, psicológicos e psicossociais considerados relevantes na avaliação do candidato ao TMO, após a sua elaboração, a entrevista foi submetida à análise crítica de 13 profissionais com reconhecida experiência (Anexo 5): três hematologistas transplantadores, cinco profissionais da saúde mental habituados a realizar a avaliação de candidatos a TMO (quatro psicólogas e um psiquiatra) e cinco outros com experiência em interconsulta psiquiátrica (quatro psiquiatras e uma psicóloga)

Estes juízes analisaram a adequação da entrevista nos seguintes critérios:

- a. Conteúdo do texto
- b. Clareza do texto
- c. Apresentação visual
- d. Capacidade de fornecer subsídios para o preenchimento das escalas PACT e TERS.

Para tanto, solicitou-se aos analistas que preenchessem uma folha de respostas (Anexo 6) contendo seis questões de múltipla escolha e uma questão aberta, onde o avaliador poderia fazer sugestões livremente.

As respostas dos avaliadores em relação à adequação da entrevista (EPCT – MO) foram dispostas em tabelas. As sugestões recebidas visando ao aprimoramento desse instrumento foram classificadas em categorias e sintetizadas em uma tabela.

Após o estudo cuidadoso das respostas, sugestões e críticas, realizaram-se as mudanças que nos pareceram contemplar a maioria das sugestões feitas, chegando-se à versão final da EPCT – MO, com 145 itens (Anexo 7), distribuídos em 11 dimensões que estão relacionadas na Tabela 11.

Tabela 11 - Dimensões da versão final da EPCT-MO

-
1. Identificação e características sócio-demográficas
 2. Compreensão a respeito da doença
 3. Compreensão a respeito do transplante
 4. História de adesão a tratamento médico
 5. Estilo de vida
 6. Estilos de enfrentamento
 7. Avaliação do estado mental
 8. Antecedentes pessoais psiquiátricos
 9. Antecedentes familiares
 10. Rede de apoio social/familiar
 11. Expectativas em relação ao transplante
-

3.3- Sujeitos

A aplicação da entrevista e das escalas foi realizada no ambulatório do HEMOCENTRO da UNICAMP, que atende gratuitamente a Região Metropolitana de Campinas, constituída de aproximadamente 2,5 milhões de habitantes. A avaliação com o psiquiatra foi realizada sempre depois de o paciente ter sido submetido a todos os exames subsidiários necessários para a determinação da indicação terapêutica e após receber todas as explicações e orientações acerca da doença a ser tratada, do TMO, inclusive seus riscos, benefícios e as suas demandas na fase pós-transplante.

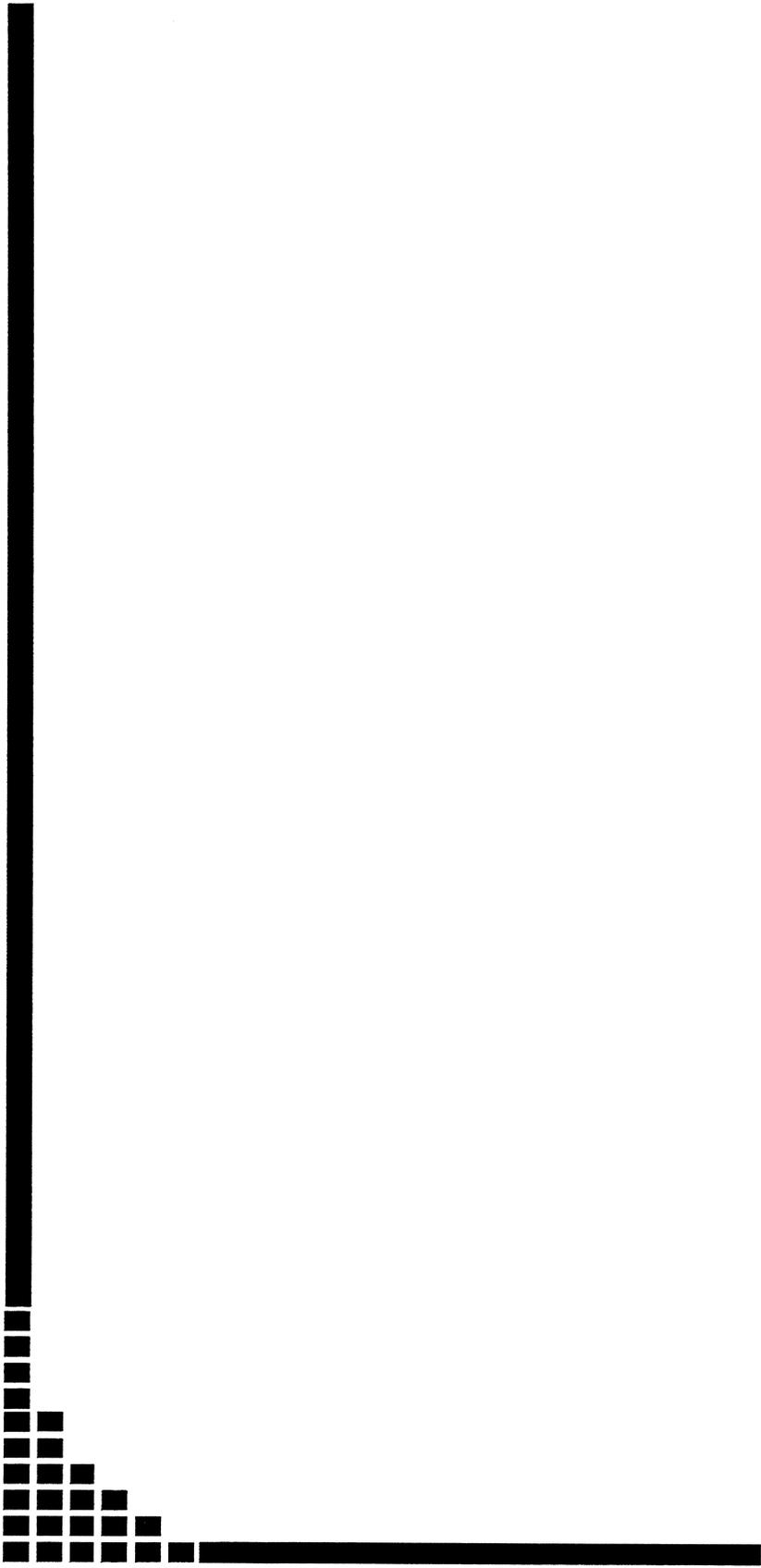
Foram considerados elegíveis todos os pacientes que, entre os meses de maio de 2003 e abril de 2004, independente da patologia, tiveram como indicação terapêutica o TMO (autólogo ou alogênico). Levando-se em conta os objetivos do trabalho, consideramos adequado o número de 30. Dos 33 pacientes que chegaram consecutivamente ao serviço, trinta foram entrevistados e 3 foram excluídos por se apresentarem em mal estado geral. Dezenove dos sujeitos eram homens (63,3%). A média de idade foi igual a 40,4 anos, sendo que a variação esteve entre 20 e 58 anos. Quanto ao diagnóstico que os pacientes receberam para serem encaminhados ao programa de TMO, encontramos 22 com leucemia mielóide crônica, 3 com mieloma múltiplo, 2 com anemia aplástica severa, 1 com leucemia mielóide aguda, 1 com linfoma não-hodgkin e 1 com hemoglobinúria paroxística noturna. Quanto ao tipo de TMO a que os pacientes eram candidatos, 27 aguardavam pelo transplante alogênico e 3 eram candidatos a transplante autólogo.

3.4- Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP (parecer nº 70/2002, de 16/04/2002).

Antes do início da avaliação, os pacientes receberam todos os esclarecimentos necessários acerca da pesquisa e puderam optar livremente entre participar ou não da mesma, esclarecidos de que não haveria qualquer prejuízo caso optassem pela não participação. Foi-lhes garantido que as informações seriam confidenciais e a todos os participantes foi solicitada a assinatura de um Termo de Consentimento Após Informação (Anexo 8).

Em todos os casos onde se evidenciou algum transtorno psiquiátrico, estes foram tratados com a conduta terapêutica mais indicada.



4- RESULTADOS

4.1- Tradução e aplicação das escalas

As escalas PACT e TERS foram traduzidas seguindo-se a técnica de retro-tradução. A versão retro-traduzida para o Inglês apresentou poucas diferenças em relação à original.

Na PACT, as expressões “*situational depression*” e “*stable personality factors*” necessitaram ter suas traduções revisadas e, na versão final em Português (Anexo 3), foram traduzidas como “**depressão situacional**” e “**traços de personalidade**”.

Na TERS, as expressões “*health behaviour*”, “*separation difficulties*” e “*enmeshed or disengaged boundaries*” geraram alguma dificuldade para se encontrarem as melhores equivalências semânticas na língua portuguesa. Na versão final em Português (Anexo 4), foram traduzidas respectivamente como “**comportamento relacionado à saúde**”, “**dificuldades de separação**” e “**apoio ausente, desorganizado, desengajado**”.

Na tradução de ambas as escalas, optamos pela manutenção da palavra “*coping*”, por se tratar de uma expressão incorporada ao linguajar de profissionais da saúde do Brasil com o mesmo significado em que é utilizada na língua inglesa.

A PACT e a TERS foram de fácil preenchimento, não demandando, para tal, mais do que cinco minutos cada. Para a obtenção dos dados necessários para o preenchimento, foram necessários o levantamento do prontuário do paciente e uma entrevista psicossocial (baseamo-nos na EPCT – MO); a entrevista sim demandou muito mais tempo e habilidade do entrevistador.

4.2- Análise estatística das escalas

A distribuição das pontuações finais em ambas as escalas foi examinada para que se avaliasse a capacidade dos instrumentos de discriminar diferentes sujeitos. A pontuação final da TERS foi dividida em cinco intervalos iguais, cada qual comparável às cinco pontuações possíveis na PACT. A distribuição encontrada está disposta na Figura 1. Nota-se que a maioria dos pacientes foi classificada em ambas as escalas como “bom” ou “excelente” candidato a TMO.

As escalas traduzidas foram elaboradas com o intuito de medir os mesmos aspectos. Assim, examinamos de que forma os itens semelhantes de cada escala se relacionaram entre si. A correlação entre itens semelhantes da PACT e da TERS, dada pelo coeficiente de correlação de Spearman, está disposta na Tabela 12. A correlação variou entre 0,54 e 0,81, mostrando uma forte associação entre as pontuações em ambos os instrumentos. No trabalho de PRESBERG et al. (1995), essa correlação também foi alta, variando entre 0,68 e 0,89.

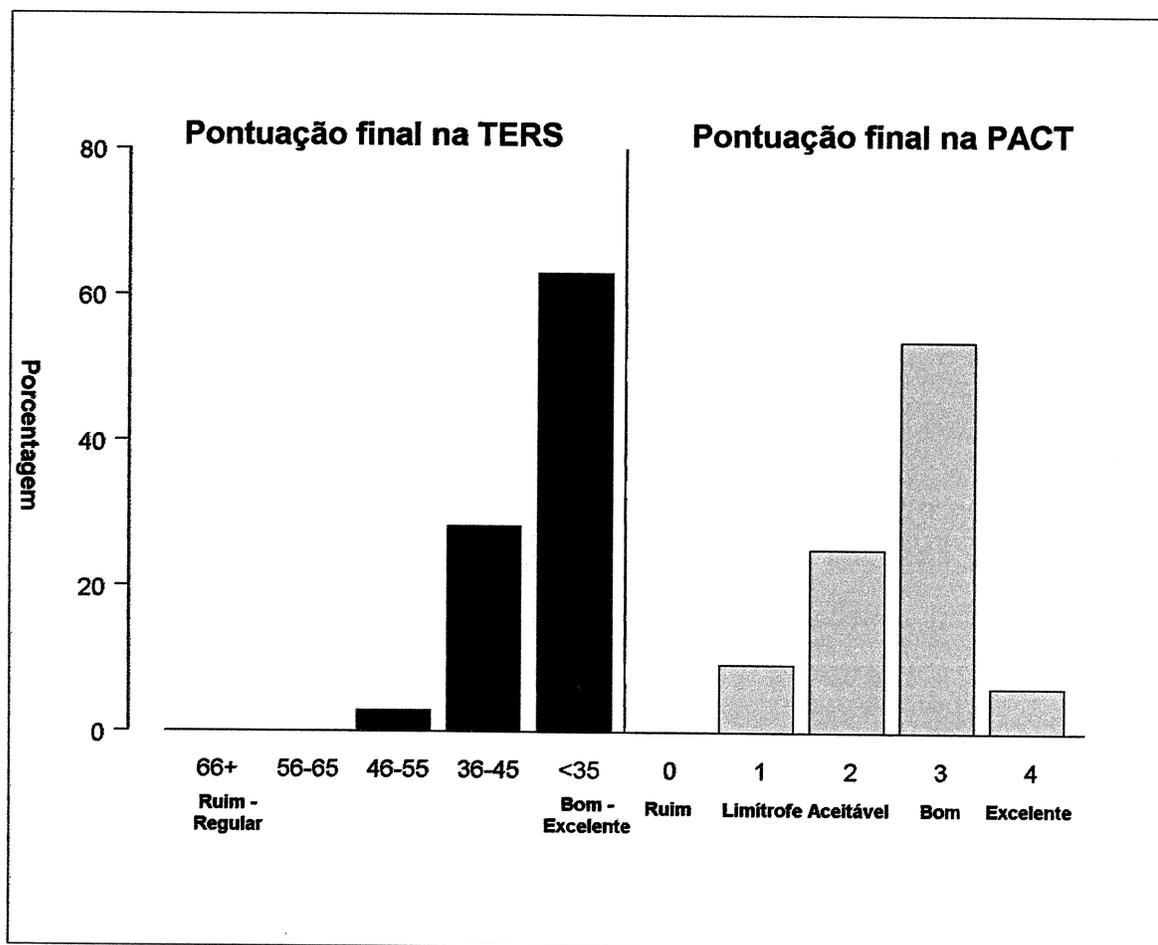


Figura 1 - Comparação entre PACT e TERS quanto à adequação dos candidatos

Tabela 12 - Correlação entre a pontuação em itens semelhantes na PACT e na TERS

Faceta	Item	r	*
Apoio Social	PACT1, TERS6	0,68	0,89
	PACT2, TERS6	0,81	0,70
Saúde Psicológica	PACT3, TERS1	0,72	0,68
	PACT4, TERS1	0,78	0,73
Estilo de Vida	PACT5, TERS5	0,60	0,84
Abuso de Substância	PACT6, TERS3	**	0,72
Adesão	PACT7, TERS4	0,77	0,68
Coping	PACT3, TERS7	0,54	0,81

* r encontrado por PRESBERG et al. (1995)

** variância=0; não se obteve valor de correlação

A consistência interna das escalas, dada pelo α de Cronbach, foi 0,72 na PACT e 0,52 na TERS.

A Tabela 13 mostra a correlação de cada item das escalas com a respectiva pontuação final. Nota-se que na PACT, os itens de maior correlação foram 8 e 1 (compreensão do transplante e seu seguimento; estabilidade da rede de apoio social ou familiar). Na TERS, os itens de maior correlação foram 1 e 8 (história psiquiátrica prévia no eixo I (DSM IV); como encara a doença e o tratamento). Esses resultados não são idênticos aos encontrados por PRESBERG et al. (1995). No trabalho publicado por esses autores, os itens de maior correlação com a pontuação final foram 3 e 1 (psicopatologia, traços de personalidade, estabilidade da rede de apoio social ou familiar), na PACT e 7 e 3 (história prévia das estratégias de *coping*; uso/abuso de drogas), na TERS.

Tabela 13 - Correlação entre os itens da PACT e da TERS com as respectivas pontuações finais

ITEM	PESO	r	*
PACT			
1. Estabilidade da rede de apoio social ou familiar		0,69	0,72
2. Disponibilidade da rede de apoio social ou familiar		0,58	0,57
3. Psicopatologia, traços de personalidade		0,56	0,77
4. Risco de psicopatologia		0,52	0,62
5. Estilo de vida saudável, capacidade de tolerar mudanças no estilo de vida		0,41	0,60
6. Uso de drogas e álcool		**	0,38
7. Adesão às recomendações médicas e medicações		0,25	0,64
8. Compreensão do transplante e de seu seguimento		0,72	0,67
TERS (ponderado)			
1. História psiquiátrica prévia (eixo I – DSM IV)	(4,0)	0,70	0,68
2. História psiquiátrica prévia (eixo II – DSM)	(4,0)	0,49	0,79
3. Uso/abuso de drogas	(3,0)	0,30	0,55
4. Adesão	(3,0)	0,14	0,58
5. Hábito relacionado à saúde	(2,5)	0,21	0,61
6. Apoio familiar/social	(2,5)	0,36	0,70
7. História prévia das estratégias de coping	(2,5)	0,54	0,90
8. Como encara a doença e o tratamento	(2,5)	0,62	0,55
9. Afetividade	(1,5)	0,55	0,37
10. Estado mental (prévio e atual)	(1,0)	0,34	**

* r encontrado por PRESBERG et al. (1995)

** variância=0; não se obteve valor de correlação

4.3- A entrevista de avaliação psicossocial de candidatos a transplante de medula óssea (EPCT – MO)

A versão inicial da EPCT - MO foi submetida à análise de 13 especialistas da área. O resumo das respostas dos avaliadores está disposto na Tabela 14. Apenas um juiz considerou que a EPCT – MO necessitava de muitas alterações para ser capaz de fornecer subsídios para o preenchimento da TERS. Todos os outros especialistas consideraram que a

entrevista era totalmente adequada ou necessitava de poucas alterações para fornecer os dados necessários para as escalas.

Tabela 14 - Resposta dos avaliadores em relação à capacidade da EPC-TMO fornecer subsídios para o preenchimento das escalas PACT e TERS

	Totalmente adequado	Parcialmente adequado, necessita de poucas alterações	Parcialmente adequado, necessita de muitas alterações	Inadequado
O conteúdo da entrevista é capaz de colher informações que subsidiem o preenchimento da PACT?	7	6	0	0
O conteúdo da entrevista é capaz de colher informações que subsidiem o preenchimento da TERS?	3	9	1	0
O texto do roteiro é compreensível e claro?	10	3	0	0
A formatação está adequada?	8	5	0	0

Partiu-se então para a apreciação da análise feita pelos especialistas em relação à qualidade das questões distribuídas nas diversas seções da EPCT-MO. Estes juízes avaliaram a entrevista e classificaram seus diversos itens como ótimo, bom, regular ou ruim. Os resultados dessa análise estão apresentados na Tabela 15. Também puderam fazer críticas e sugestões de forma livre, indicando quais questões necessitariam de mudanças e que alterações seriam necessárias.

Tabela 15 - Resposta dos avaliadores em relação à qualidade das questões distribuídas nas diversas dimensões da EPCT-MO

Dimensão	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
Compreensão a respeito da doença	7	6	0	0
Compreensão a respeito do transplante	4	8	1	0
História de adesão	5	7	1	0
Estilo de vida	3	6	3	1
Estilo de Enfrentamento	4	8	1	0
Antecedentes pessoais psiquiátricos	6	4	2	1
Observações complementares	7	3	2	1
Antecedentes familiares	7	4	1	1
Rede de apoio social/familiar	8	4	1	0
Expectativa em relação ao transplante	3	10	0	0

A maioria das críticas concentrou-se nas dimensões “**Estilo de vida**”, “**Antecedentes**” e “**Informações complementares**”. Assim, na versão final da entrevista, essas três seções sofreram várias modificações.

Na dimensão “**Estilo de vida**”, foram incluídas as quatro questões do questionário CAGE¹ (MAYFIELD et al., 1974), instrumento usado para a triagem de alcoolismo, validado no Brasil por MASUR e MONTEIRO, 1983. Foram acrescentadas também duas questões relacionadas a sexualidade e uma pergunta sobre a satisfação geral com a qualidade de vida.

Na versão final da EPCT – MO, passaram a compor a nova seção “**Exame do estado mental**”, as questões que constituíam as “**Informações complementares**”, a Escala Psiquiátrica Breve (BPRS) que, na versão inicial, compunha uma seção própria, além de algumas questões que auxiliaram a avaliação do estado de humor.

¹ CAGE é a abreviatura de C = *cut down*, A = *annoyed*, G = *guilt*, E = *eye opening*

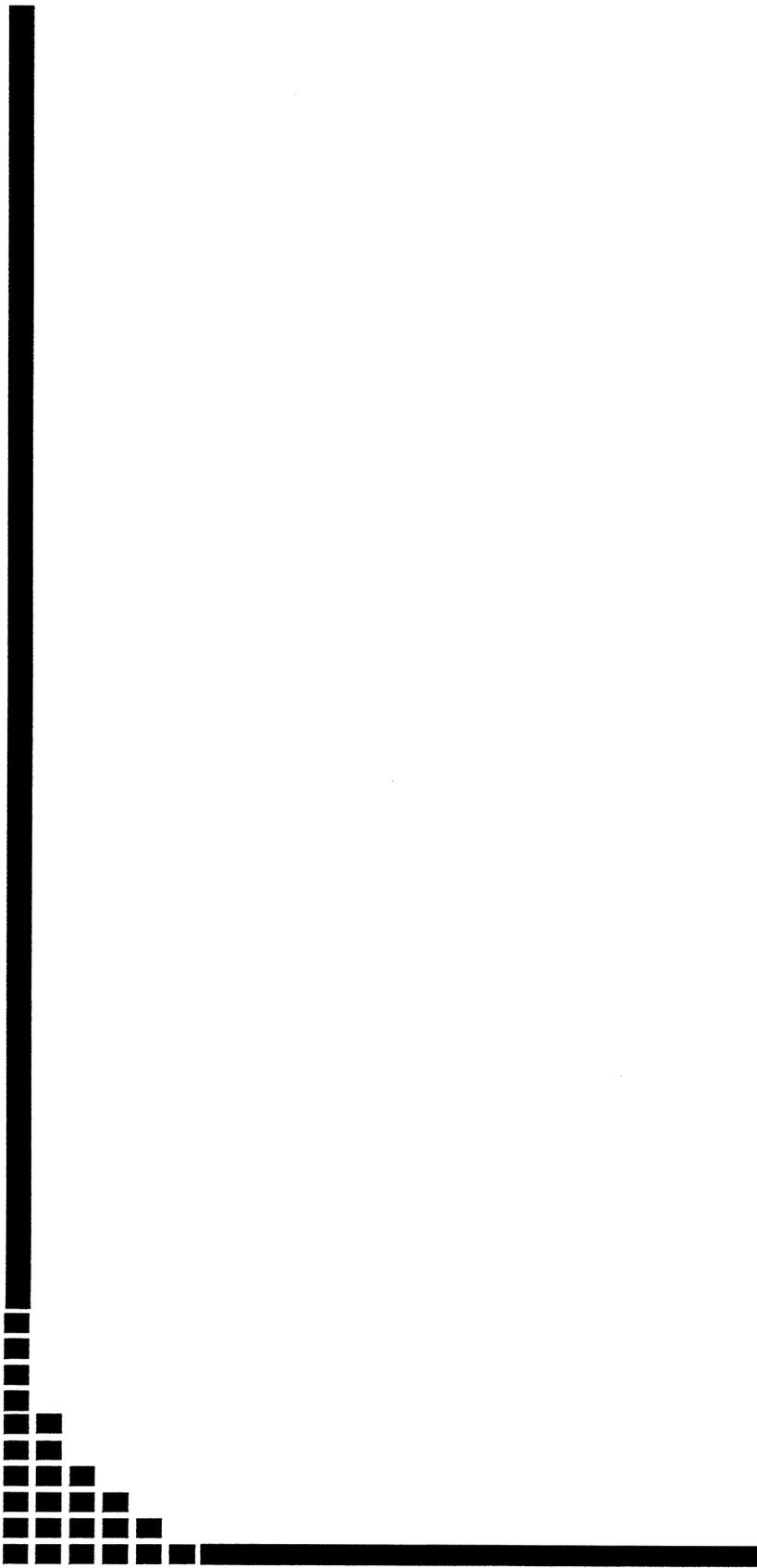
Em “**Antecedentes pessoais psiquiátricos**” acrescentaram-se questões relacionadas a quadros anoréxicos e bulímicos, a impulsividade e a atos de violência e de delinquência.

Na Seção “**Rede de apoio social/familiar**” foram incluídas perguntas sobre o relacionamento afetivo do paciente com seu futuro cuidador e o grau de participação desde último no acompanhamento pré-transplante.

Nas seções “Identificação”, “Compreensão a respeito da doença”, “Compreensão a respeito do transplante”, “História de adesão a tratamento médico”, “Antecedentes familiares” e “Expectativas em relação ao transplante”, poucas modificações se mostraram necessárias; foram acrescentadas algumas questões e outras foram reformuladas, buscando-se maior clareza semântica.

A versão final da EPCT-MO (Anexo 7) ficou constituída de 145 itens distribuídos em 11 dimensões.

O tempo médio usado para a aplicação da entrevista foi de 52 minutos, sendo 35 minutos o tempo mínimo e 95 o tempo máximo gasto para completá-la. Apenas um dos pacientes avaliou que a entrevista foi cansativa e todos consideraram-na oportuna para lhes fazer refletir sobre aspectos relacionados à doença e ao transplante.



5- DISCUSSÃO

Comparamos a distribuição encontrada em nosso trabalho (Figura 1) com a de PRESBERG et al. (1995), disposta na Figura 2. Observamos que esses autores classificaram como excelente um número maior de pacientes do que ocorreu em nosso trabalho. Provavelmente, na nossa avaliação, houve um maior rigor para que o paciente recebesse classificação máxima. Por isso, obtivemos maior número de sujeitos considerados como bons candidatos. Este maior rigor, porém, não determinou que os pacientes fossem considerados inaceitáveis para o TMO.

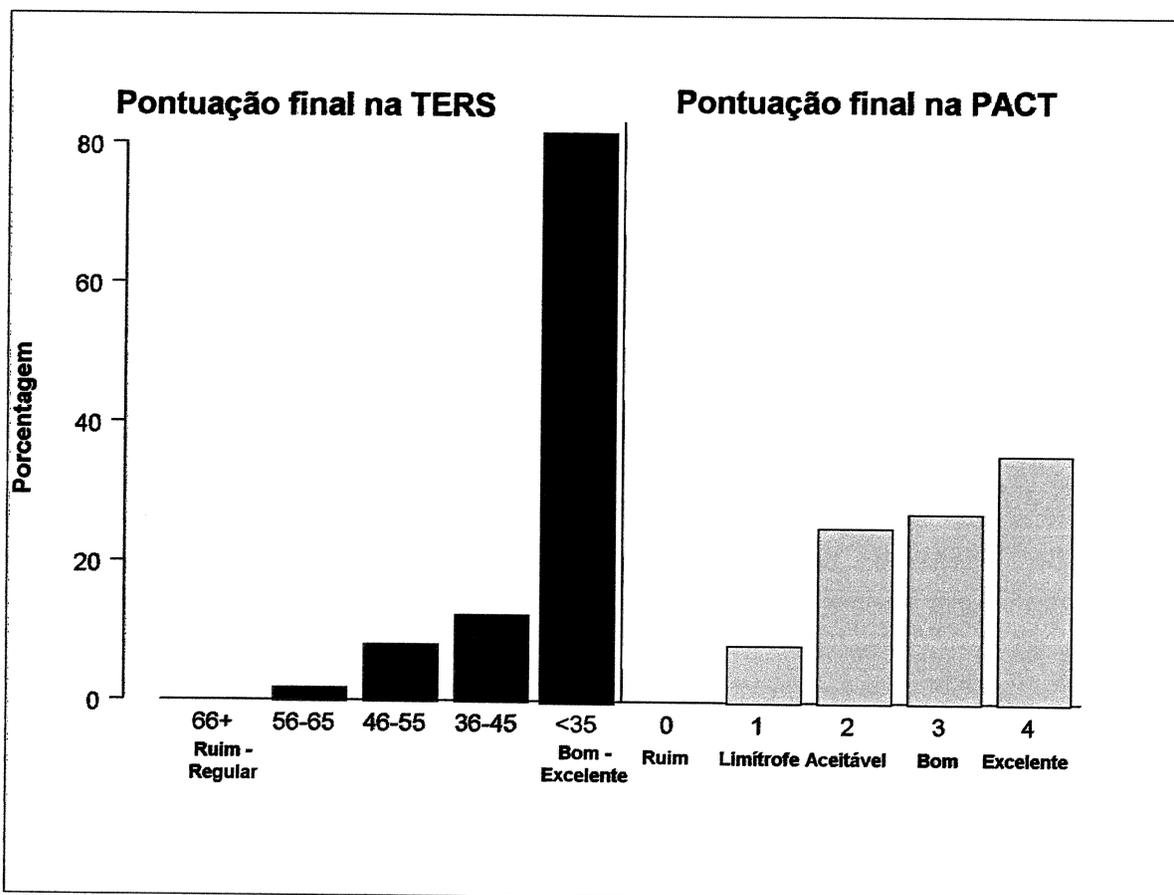


Figura 2 - Comparação entre PACT e TERS quanto à adequação dos candidatos encontrada por PRESBERG et al (1995)

O preenchimento das escalas PACT e TERS pode parecer simples, já que são instrumentos que podem ser completados em poucos minutos. Porém, para que se obtenham os dados necessários a respeito de todas as dimensões que precisam ser compreendidas na avaliação psicossocial do candidato a TMO, é necessária uma anamnese abrangente, abordando aspectos psiquiátricos, psicológicos e psicossociais. No intuito de que o trabalho para a realização dessa consulta seja otimizado, tanto em termos de tempo como de eficiência, é necessária uma entrevista.

A EPCT – MO responde justamente a esse objetivo. Além disso, ela pode ser muito útil no desenvolvimento de pesquisas nessa área de conhecimento e é um instrumento valioso no treinamento de profissionais de saúde mental que assistem a população que se trata nas unidades de transplante de medula óssea. Essa, inclusive, tem sido a nossa experiência na supervisão dos alunos do curso de psicologia hospitalar do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, no estágio que desenvolvem na unidade de TMO do HEMOCENTRO.

Feita por um psiquiatra com alguma experiência em transplante de medula óssea, a EPCT – MO é conduzida no *setting* de uma consulta, o que faz com que o paciente sintasse à vontade para falar sobre suas dúvidas e preocupações. Isso foi comprovado pela avaliação que os pacientes fizeram ao final da entrevista. Todos a consideraram oportuna para lhes fazer refletir sobre o momento que passavam e, apesar de demorar em média 52 minutos, apenas um paciente a considerou cansativa.

Apesar da EPCT – MO ter sido elaborada para a condução da avaliação dos candidatos a transplante de medula óssea, com algumas modificações específicas, pode ser usada no contexto do transplante de outros órgãos, como rim, fígado, coração ou pulmão.

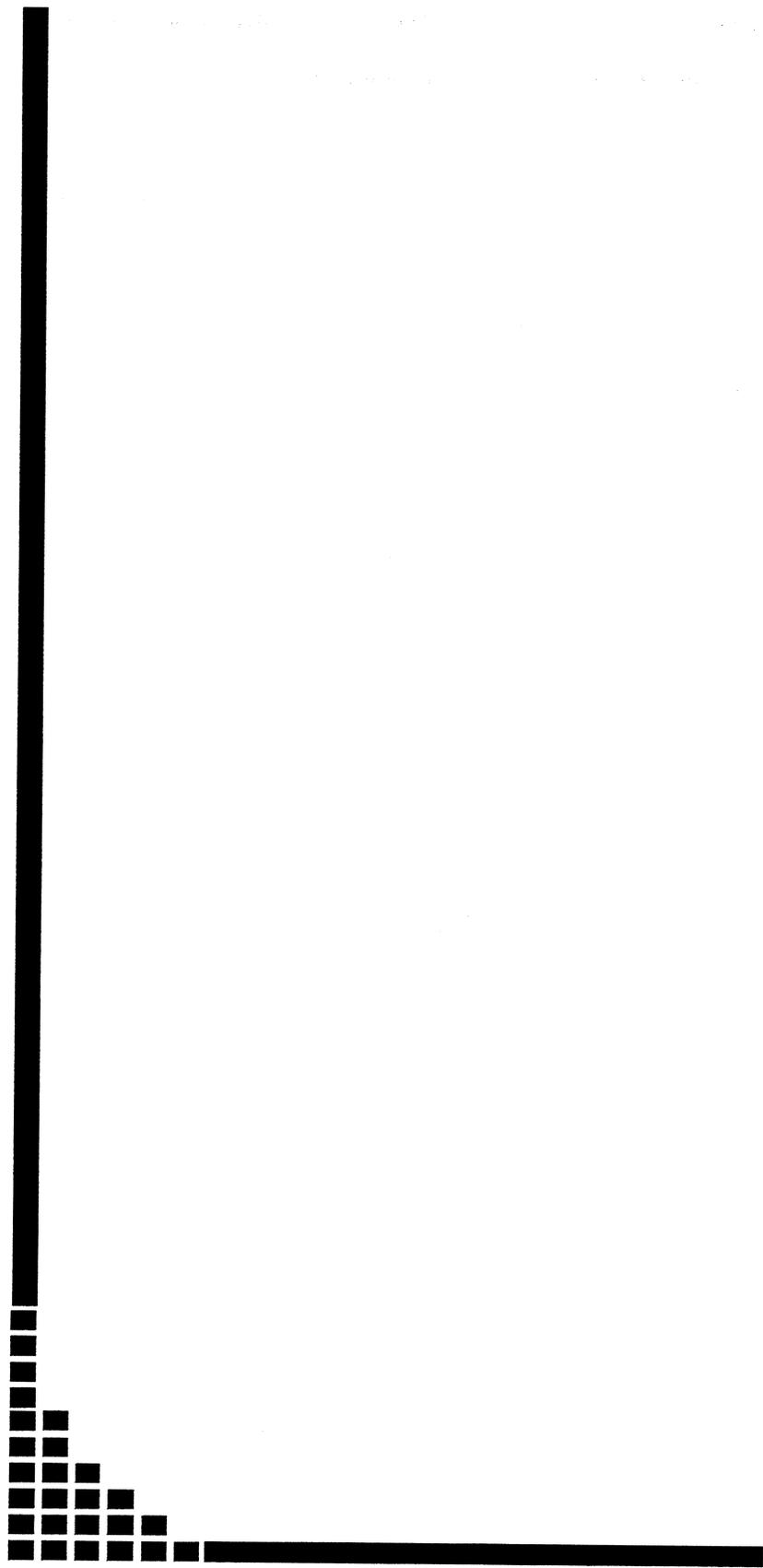
A correlação entre a pontuação em itens semelhantes na PACT e na TERS encontrada em nosso trabalho é muito parecida com o resultado encontrado por PRESBERG e colaboradores (Tabela 12). Isso indica que na versão em Português, a semelhança entre os itens das escalas está mantida.

Comparamos a correlação entre os itens da PACT e da TERS com as respectivas pontuações finais encontrada em nosso trabalho e no dos autores supra citados (Tabela 13). Na PACT, os resultados são muito semelhantes. Na TERS, porém, a correlação encontrada por nós é bastante inferior àquela encontrada no trabalho referido.

Embora a consistência interna da PACT tenha sido alta (0,72), seriam importantes novos trabalhos que estudassem sua validade preditiva.

Embora o preenchimento da PACT e da TERS seja baseado nos dados objetivos obtidos através da EPCT – MO e do prontuário do paciente, entendemos que a apreciação subjetiva do avaliador ainda interfira muito na pontuação final das escalas. Essa talvez seja a explicação para as diferenças que encontramos quando comparamos os nossos resultados com os encontrados por Presberg e colaboradores no que diz respeito à TERS. Outra possibilidade para explicar as diferenças é que, distintamente da PACT, às seções da TERS são atribuídos pesos. Isso nos faz levantar a hipótese de que esses pesos podem precisar ser revistos para o uso da escala na nossa população. Essa hipótese foi reforçada quando estudamos a consistência interna da TERS sem a ponderação e obtivemos $\alpha=0,57$, um valor superior, ainda que discretamente, ao encontrado na escala com itens ponderados ($\alpha=0,52$).

A hipótese da interferência da avaliação subjetiva do entrevistador poderia ser testada se houvésssemos estudado a confiabilidade entre avaliadores, como fizeram os autores acima citados. Porém, parece-nos que o avaliador só poderia estar “imune” à interferência dos aspectos subjetivos do candidato e de sua história, no caso de não estabelecer contato direto com o mesmo, ou seja, realizar a avaliação baseando-se exclusivamente nos registros da entrevista e do prontuário. Assim, conclui-se que, mesmo uma alta confiabilidade entre avaliadores não garante que não haja influência da subjetividade na avaliação, quando o profissional que preenche a PACT e a TERS é o mesmo que entrevista o paciente.



6- CONCLUSÕES

A correlação entre itens semelhantes das escalas PACT e TERS está mantida na versão em Português, já que os valores encontrados em nosso trabalho são muito próximos daqueles obtidos por PRESBERG et al. (1995).

A versão em Português da PACT mostrou-se com alta consistência interna e alta correlação entre os itens e a pontuação final, tal qual a versão em Inglês. Isso sugere que suas propriedades psicométricas estão mantidas.

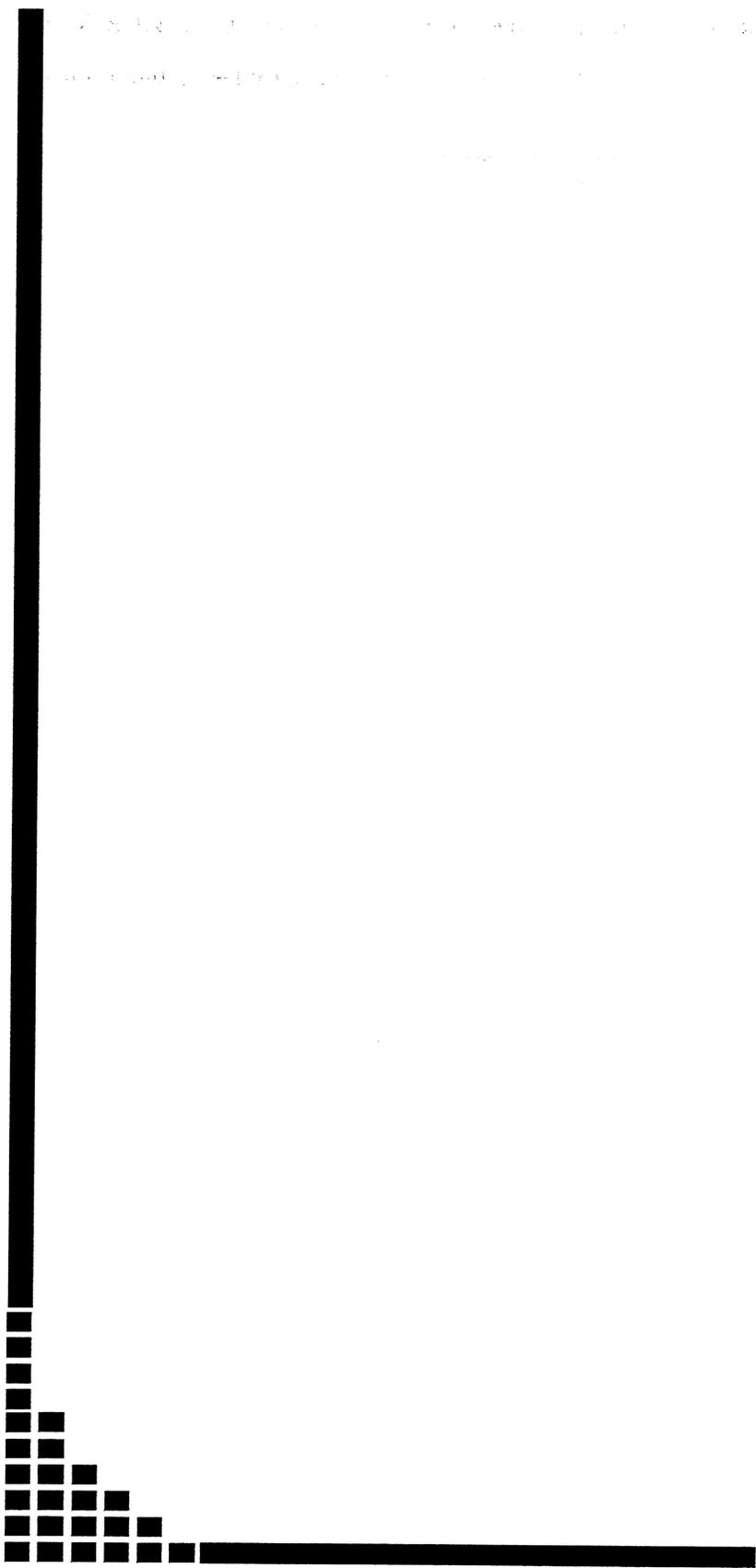
A versão em Português da TERS mostrou alta correlação entre os itens e a pontuação final, mas apresentou consistência interna inferior à encontrada pelo trabalho dos autores citados acima. Isso permite-nos questionar se suas propriedades psicométricas estão mantidas. Considerando que a consistência interna é discretamente superior quando os pesos dos itens são desconsiderados, levantamos a hipótese de que, na nossa população, a importância dos diferentes aspectos avaliados pela TERS é diferente da população estudada por PRESBERG e colaboradores, podendo ser, portanto, necessária uma revisão da ponderação para que a escala seja aplicada na população do Brasil.

Elaboramos uma Entrevista de Avaliação Psicossocial para Candidatos a Transplante de Medula Óssea (EPCT – MO) que pode ser aplicada a uma população com baixa escolaridade, no *setting* de uma consulta, por um psiquiatra com experiência em TMO.

A EPCT – MO necessitou de 52 minutos, em média, para ser aplicada. Em virtude de sua abrangência, é uma ferramenta útil para orientar o clínico ao longo do processo da entrevista. Auxilia a condução da avaliação, otimizando o tempo usado nesta tarefa.

A EPCT – MO pode ter grande utilidade tanto para o treinamento do clínico como para o desenvolvimento de pesquisas.

Consideramos que a EPCT – MO pode ser útil também para fornecer subsídios para o preenchimento das escalas PACT e da TERS e, portanto, identificar aqueles candidatos que devem ser eleitos para o TMO ou aqueles que necessitarão de atenção psicossocial intensiva durante o tratamento.



2. Os dados estatísticos são apresentados em tabelas e gráficos, com o intuito de facilitar a compreensão dos resultados obtidos.

3. Os dados são apresentados em tabelas e gráficos, com o intuito de facilitar a compreensão dos resultados obtidos.

**7- REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

- AKAHO, R.; SASAKI, T.; YOSHINO, M.; HAGIYA, K.; AKIYAMA, H.; SAKAMAKI, H. Bone marrow transplantation in subjects with mental disorders. **Psychiatry Clin Neurosci**, 57, 311-315, 2003.
- ANDRYKOWISKI, M. A.; MCQUELLON, R. P. Psychological issues in hematopoietic cell transplantation. In: Thomas, E. D., Blume, K. G., *et al.* **Hematopoietic Cell Transplantation**. Miami: Blackwell Science, 1998. p.398-406.
- BACH, F. H.; ROOD, J. J. The major histocompatibility complex--genetics and biology (second of three parts). **N Engl J Med**, 295(16), 872-8, 1976.
- BACH, F. H.; VAN ROOD, J. J. The major histocompatibility complex--genetics and biology. (First of three parts). **N Engl J Med**, 295(15), 806-13, 1976.
- BACH, F. H.; VAN ROOD, J. J. The major histocompatibility complex - genetics and biology (third of three parts). **N Engl J Med**, 295(17), 927-36, 1976.
- BECH, P.; KASTRUP, M.; RAFAELSEN, O. J. Mini-compendium of rating scales for states of anxiety depression mania schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes. **Acta Psychiatr Scand Suppl**, 326, 1-37, 1986.
- BHANDARI, M.; TEWARI, A. Is transplantation only 100 years old? **Br J Urol**, 79(4), 495-8, 1997.
- BIORCK, G.; MAGNUSSON, G. The concept of self as experienced by patients with a transplanted kidney. **Acta Med Scand**, 183(3), 191-2, 1968.
- BOREL, J. F.; FEURER, C.; GUBLER, H. U.; STAHELIN, H. Biological effects of cyclosporin A: a new antilymphocytic agent. **Agents Actions**, 6(4), 468-75, 1976.
- BORTIN, M. M. A compendium of reported human bone marrow transplants. **Transplantation**, 9(6), 571-87, 1970.

- BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA, C., JR.; PEREIRA, W. A. [Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD]. *Rev Saude Publica*, 29(5), 355-63, 1995.
- BRENGELMANN, J. C. [Tasks of the psychologist in long-term dialysis and kidney transplantation]. *Munch Med Wochenschr*, 110(6), 339-42, 1968.
- BRENNAN, A. F.; DAVIS, M. H.; BUCHHOLZ, D. J.; KUHN, W. F.; GRAY, L. A., JR. Predictors of quality of life following cardiac transplantation. *Psychosomatics*, 28(11), 566-71, 1987.
- BRISLIN, R. W. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross- Cultural Psychology*, 1(3), 185-216, 1970.
- BROERS, S.; HENGEVELD, M. W.; KAPTEIN, A. A.; LE CESSIE, S.; VAN DE LOO, F.; DE VRIES, T. Are pretransplant psychological variables related to survival after bone marrow transplantation? A prospective study of 123 consecutive patients. *J Psychosom Res*, 45(4), 341-51, 1998.
- BURNET, F. M. The new approach to immunology. *N Engl J Med*, 264, 24-34, 1961.
- CARREL, A. The operative technique for vascular anastomoses and transplantation of viscera. *Lyon Medicine*, 98, 859, 1902.
- CHACKO, R. C.; HARPER, R. G.; KUNIK, M.; YOUNG, J. Relationship of psychiatric morbidity and psychosocial factors in organ transplant candidates. *Psychosomatics*, 37(2), 100-7, 1996.
- CHANG, G.; ORAV, E. J.; TONG, M-Y.; ANTIN, J. H. Predictors of 1-year survival assessed at the time of bone marrow transplantation. *Psychosomatics*, 45, 378-385, 2004.
- CRAMOND, W. A. Renal hemotransplantation--some observations on recipients and donors. *Br J Psychiatry*, 113(504), 1223-30, 1967.

CRAMOND, W. A. Medical, moral and legal aspects of organ transplantation and long-term resuscitative measures: psychological, social and community aspects. **Med J Aust**, 2(15), 622-7, 1968.

CRAMOND, W. A.; COURT, J. H.; HIGGINS, B. A.; KNIGHT, P. R.; LAWRENCE, J. R. Psychological screening of potential donors in a renal homotransplantation programme. **Br J Psychiatry**, 113(504), 1213-21, 1967.

CRAMOND, W. A.; KNIGHT, P. R.; LAWRENCE, J. R. The psychiatric contribution to a renal unit undertaking chronic haemodialysis and renal homotransplantation. **Br J Psychiatry**, 113(504), 1201-12, 1967.

DAUSSET, J. [Iso-leuko-antibodies.]. **Acta Haematol**, 20(1-4), 156-66, 1958.

DEBRAY, Q.; PLAISANT, O. [Pulmonary transplantation. Psychological aspects. The medical context and indications]. **Ann Med Psychol (Paris)**, 148(1), 105-7; discussion 08-9, 1990.

DEW, M. A. Behavioral factors in heart transplantation: quality of life and medical compliance. **Journal of Applied Biobehavioral Research**, 2, 28-54, 1999.

DEW, M.; KORMOS, R.; ROTH, L.; MURALI, S.; DI, M. A.; GRIFFITH, B. Early post-transplant medical compliance and mental health predict physical morbidity and mortality one to three years after heart transplantation. **J Heart Lung Transplant**, 18(6), 549-62, 1999.

DEW, M. A.; GOYCOOLEA, J. M.; SWITZER, G. E.; ALLEN, A. S. Quality of life in organ transplantation: Effects on adult recipients and their families. In: Trzepacz, P. e Dimartini, A. **The transplant patient: biological, psychiatric and ethical issues in organ transplantation**. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. p.67-145.

DEW, M. A.; SWITZER, G. E.; DIMARTINI, A. F.; MATUKAITIS, J.; FITZGERALD, M. G.; KORMOS, R. L. Psychosocial assessments and outcomes in organ transplantation. **Prog Transplant**, 10(4), 239-59; quiz 60-1, 2000.

DIMARTINI, A. F.; TWILLMAN, R. Organ transplantation and paranoid schizophrenia. **Psychosomatics**, 35(2), 159-61, 1994.

DOBBELS, F.; DE GEEST, S.; CLEEMPUT, I.; FISCHLER, B.; KESTELOOT, K.; VANHAECKE, J., et al. Psychosocial and behavioral selection criteria for solid organ transplantation. **Prog Transplant**, 11(2), 121-30; quiz 31-2, 2001.

DREYFUSS, M.; HARRI, E.; HOFMANN, H.; KOBEL, H.; PACHE, W.; TSCHERTER, H. Cyclosporin A and C: New metabolites from *Trichoderma polysporum*. **Eur. J. Appl. Microbiol**, 3, 125-33, 1976.

DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, Series, 4 ed. 2000.

EISENDRATH, R. M. The role of grief and fear in the death of kidney transplant patients. **Am J Psychiatry**, 126(3), 381-7, 1969.

EISENDRATH, R. M.; GUTTMANN, R. D.; MURRAY, J. E. Psychologic considerations in the selection of kidney transplant donors. **Surg Gynecol Obstet**, 129(2), 243-8, 1969.

ERDEMIR, A. D. Introduction and history of organ transplants. **Eubios Journal of Asian and International Bioethics**, 10, 44-48, 2000.

FERREIRA, E.; DULLEY, F. L.; MORSOLETO, F.; NETO, J. Z.; PASQUINI, R. Bone marrow transplantation in Brazil. **Hum Immunol**, 14(3), 324-32, 1985.

FLAHERTY, J. A.; GAVIRIA, F. M.; PATHAK, D.; MITCHELL, T.; WINTROB, R.; RICHMAN, J. A., et al. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. **J Nerv Ment Dis**, 176(5), 257-63, 1988.

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. **J Pers Soc Psychol**, 48(1), 150-70, 1985.

- FREEMAN, A.; DAVIS, L.; LIBB, J. W.; CRAVEN, J. Assessment of transplant candidates and prediction of outcome. In: Craven, J. e M., R. G. **Psychiatric aspects of organ transplantation**. New York: Oxford University Press, 1992. p.9-21.
- FREEMAN, A. M., 3RD; WESTPHAL, J. R.; DAVIS, L. L.; LIBB, J. W. The future of organ transplant psychiatry. **Psychosomatics**, 36(5), 429-37, 1995.
- FUTTERMAN, A. D.; WELLISCH, D. K.; BOND, G.; CARR, C. R. The Psychosocial Levels System. A new rating scale to identify and assess emotional difficulties during bone marrow transplantation. **Psychosomatics**, 32(2), 177-86, 1991.
- GARCIA JR, C.; ZIMMERMMAN, P. R. Falência e Transplante de Órgãos. In: Botega, N. J. **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. p.298-313.
- GARYFALLOS, G.; KARASTERGIOU, A.; ADAMOPOULOU, A.; MOUTZOUKIS, C.; ALAGIOZIDOU, E.; MALA, D., et al. Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. **Acta Psychiatr Scand**, 84(4), 371-8, 1991.
- GURLAND, H. J. [Psychological problems in long-term dialysis and kidney transplantation]. **Munch Med Wochenschr**, 110(6), 337-9, 1968.
- HARRISON, J. H.; MERRILL, J. P.; MURRAY, J. E. Renal homotransplantation in identical twins. **Surg Forum**, 6(1955), 432-6, 1956.
- HOFFMAN, L. H.; SZKRUMELAK, N.; SULLIVAN, A. K. Psychiatric assessment of candidates for bone marrow transplantation: a psychodynamically-oriented approach. **Int J Psychiatry Med**, 29(1), 13-28, 1999.
- HOUSE, R. M.; THOMPSON, T. L., 2ND. Psychiatric aspects of organ transplantation. **Jama**, 260(4), 535-9, 1988.
- HOWARD, L. M.; WILLIAMS, R.; FAHY, T. A. The psychiatric assessment of liver transplant patients with alcoholic liver disease: a review. **J Psychosom Res**, 38(7), 643-53, 1994.

JACOBSON, L. O.; SIMMONS, E. L.; MARKS, E. K.; ELDREDGE, J. H. Recovery from radiation injury. **Science**, 113(2940), 510-11, 1951.

KEMPH, J. P. Psychiatry and new surgical procedures--a challenge to the profession. **Am J Psychiatry**, 126(3), 396-7, 1969.

KEMPH, J. P.; BERMAN, E. A.; COPPOLILLO, H. P. Kidney transplant and shifts in family dynamics. **Am J Psychiatry**, 125(11), 1485-90, 1969.

KLAPHEKE, M. M. The role of the psychiatrist in organ transplantation. **Bull Menninger Clin**, 63(1), 13-39, 1999.

LAEDERACH-HOFMANN, K.; BUNZEL, B. Noncompliance in organ transplant recipients: a literature review. **Gen Hosp Psychiatry**, 22(6), 412-24, 2000.

LEVENSON, J. L.; OLBRISCH, M. E. Psychosocial evaluation of organ transplant candidates. A comparative survey of process, criteria, and outcomes in heart, liver, and kidney transplantation. **Psychosomatics**, 34(4), 314-23, 1993.

LOBERIZA, F. R., JR.; RIZZO, J. D.; BREDESON, C. N.; ANTIN, J. H.; HOROWITZ, M. M.; WEEKS, J. C., et al. Association of depressive syndrome and early deaths among patients after stem-cell transplantation for malignant diseases. **J Clin Oncol**, 20(8), 2118-26, 2002.

LORENZ, E.; UPHOFF, D.; REID, T. R.; SHELTON, E. Modification of irradiation injury in mice and guinea pigs by bone marrow injections. **J Natl Cancer Inst**, 12(1), 197-201, 1951.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Braz J Med Biol Res**, 16(3), 215-8, 1983.

MATHE, G.; SCHWARZENBERG, L.; AMIEL, J. L.; SCHNEIDER, M.; CATTAN, A.; SCHLUMBERGER, J. R., et al. Immunogenetic and immunological problems of allogeneic haemopoietic radio-chimaeras in man. **Scand J Haematol**, 4(3), 193-216, 1967.

- MAYFIELD, D.; MCLEOD, G.; HALL, P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. **Am J Psychiatry**, 131(10), 1121-3, 1974.
- MCALEER, M. J.; COPELAND, J.; FULLER, J.; COPELAND, J. G. Psychological aspects of heart transplantation. **J Heart Transplant**, 4(2), 232-3, 1985.
- MEDAWAR, P. B. The behavior and fate of skin autografts and skin homografts in rabbits. **J. Anatomy**, 78, 176-99, 1944.
- MESSIAS, E.; SKOTZKO, C. E. Psychiatric assessment in transplantation. **Rev Saude Publica**, 34(4), 415-20, 2000.
- MICHIGAN, T. R. O. U. O. TRANSWEB: The Regents of University of Michigan 2000.
- MORI, D. L.; GALLAGHER, P.; MILNE, J. The Structured Interview for Renal Transplantation--SIRT. **Psychosomatics**, 41(5), 393-406, 2000.
- MURRAY, J. E.; MERRILL, J. P.; DAMMIN, G. J.; DEALY, J. B., JR.; ALEXANDRE, G. W.; HARRISON, J. H. Kidney transplantation in modified recipients. **Ann Surg**, 156, 337-55, 1962.
- MURRAY, J. E.; MERRILL, J. P.; DAMMIN, G. J.; DEALY, J. B., JR.; WALTER, C. W.; BROOKE, M. S., et al. Study on transplantation immunity after total body irradiation: clinical and experimental investigation. **Surgery**, 48, 272-84, 1960.
- NAHUM, L. H. Transplant psychosis. **Conn Med**, 33(8), 508 passim, 1969.
- OLBRISCH, M. E.; LEVENSON, J. L.; HAMER, R. The PACT: a rating scale for the study of clinical decision-making in psychosocial screening criteria for organ transplant candidates. **Clin Transpl**, 3, 164-9, 1989.
- OLBRISCH, M. E.; LEVENSON, J. L. Psychosocial assessment of organ transplant candidates. Current status of methodological and philosophical issues. **Psychosomatics**, 36(3), 236-43, 1995.

- OLBRISCH, M. E.; BENEDICT, S. M.; ASHE, K.; LEVENSON, J. L. Psychological assessment and care of organ transplant patients. **J Consult Clin Psychol**, 70(3), 771-83, 2002.
- OVERALL, J. E.; GORHAM, D. R. The Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychological Reports**, 10, 799-812, 1962.
- PRESBERG, B. A.; LEVENSON, J. L.; OLBRISCH, M. E.; BEST, A. M. Rating scales for the psychosocial evaluation of organ transplant candidates. Comparison of the PACT and TERS with bone marrow transplant patients. **Psychosomatics**, 36(5), 458-61, 1995.
- RAPAPORT, F. T. Some landmarks in the evolution of transplantation. **Transplant Proc**, 31(7), 2939-44, 1999.
- SANTOS, G. W. History of bone marrow transplantation. **Clin Haematol**, 12(3), 611-39, 1983.
- SCHWARTZ, R.; DAMESHEK, W. The effects of 6-mercaptopurine on homograft reactions. **J Clin Invest**, 39, 952-8, 1960.
- SHERMAN, A. C.; SIMONTON, S.; LATIF, U.; SPOHN, R.; TRICOT, G. Psychosocial adjustment and quality of life among multiple myeloma patients undergoing evaluation for autologous stem cell transplantation. **Bone Marrow Transplantation**, 33, 955-962, 2004.
- SHORT, M. J.; HARRIS, N. L. Psychiatric observations of renal homotransplantation. **South Med J**, 62(12), 1479-82, 1969.
- SOOS, J. Psychotherapy and counselling with transplant patients. In: Craven, J. e Rodin, G. M. **Psychiatric aspects of organ transplantation**. New York: Oxford University Press, 1992. p.89-107.
- STARZL, T. E.; MARCHIORO, T. L.; WADDELL, W. R. The Reversal of Rejection in Human Renal Homografts with Subsequent Development of Homograft Tolerance. **Surg Gynecol Obstet**, 117, 385-95, 1963.

- STARZL, T. E. **The puzzle people**. Pittsburgh: Ed. University of Pittsburgh Press, 1992. Pages. v.
- STARZL, T. E. History of clinical transplantation. **World J Surg**, 24(7), 759-82, 2000.
- STARZL, T. E. The mystique of transplantation: biologic and psychiatric considerations. In: Trzepacz, P. e Dimartini, A. **The transplant patient: biological, psychiatric and ethical issues in organ transplantation**. Cambridge: Cambridge University Press, 2000. p.21-41.
- STARZL, T. E. The birth of clinical organ transplantation. **J Am Coll Surg**, 192(4), 431-46, 2001.
- STEINMAN, T. I.; BECKER, B. N.; FROST, A. E.; OLTHOFF, K. M.; SMART, F. W.; SUKI, W. N., et al. Guidelines for the referral and management of patients eligible for solid organ transplantation. **Transplantation**, 71(9), 1189-204, 2001.
- STREISAND, R. M.; RODRIGUE, J. R.; SEARS, S. F., JR.; PERRI, M. G.; DAVIS, G. L.; BANKO, C. G. A psychometric normative database for pre-liver transplantation evaluations. The Florida cohort 1991-1996. **Psychosomatics**, 40(6), 479-85, 1999.
- STROUSE, T. B.; WOLCOTT, D. L.; SKOTZKO, C. E. Transplantation. In: Rundell, J. R. e Wise, M. G. **The American psychiatric press textbook of consultation-liaison psychiatry**. Washington: American Psychiatry Press, 1996. p.641-70.
- SURMAN, O. S. Organ failure and transplantation patients. In: Cassem, N. H., Stern, T. A., et al. **Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry**. St. Louis: Mosby, 1997. p.501-43.
- SYRJALA, K. L.; LANGER, S. L.; ABRAMS, J. R.; STORER, B.; SANDERS, J. E.; FLOWERS, M. E. D.; MARTIN, P. J. Recovery and long-term function after hematopoietic cell transplantation for leukemia or lymphoma. **Journal of the American Medical Association**, 291, 2335-2343, 2004.

THOMAS, E.; STORB, R.; CLIFT, R. A.; FEFER, A.; JOHNSON, F. L.; NEIMAN, P. E., et al. Bone-marrow transplantation (first of two parts). **N Engl J Med**, 292(16), 832-43, 1975.

THOMAS, E. D.; BLUME, K. G.; FORMAN, S. J. **Hematopoietic Cell Transplantation**. Miami: Ed. Blackwell Science, 1998. Pages. v.

THOMAS, E. D.; STORB, R.; CLIFT, R. A.; FEFER, A.; JOHNSON, L.; NEIMAN, P. E., et al. Bone-marrow transplantation (second of two parts). **N Engl J Med**, 292(17), 895-902, 1975.

TWILLMAN, R. K.; MANETTO, C.; WELLISCH, D. K.; WOLCOTT, D. L. The Transplant Evaluation Rating Scale. A revision of the psychosocial levels system for evaluating organ transplant candidates. **Psychosomatics**, 34(2), 144-53, 1993.

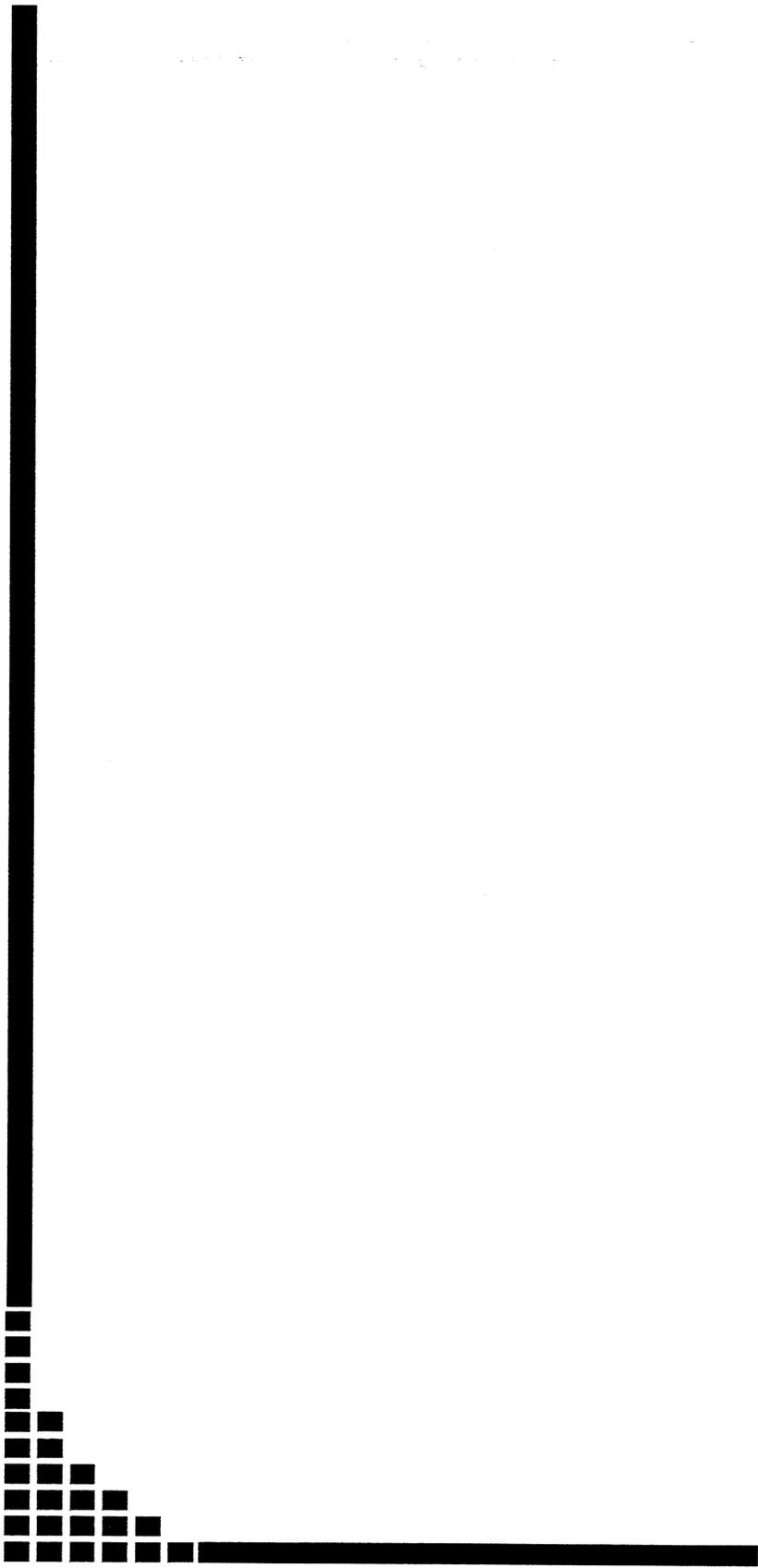
VAN BEKKUN, D. W.; DE VRIES, M. J. **Radiation Chimaeras**. New York: Ed. Academic Press, 1967. Pages. v.

WERNER, O.; CAMPBELL, D. T. Translating, working through interpreters, and the problem of decentering. In: Naroll, R. e Cohen, R. **A Handbook of Method in Cultural Anthropology**. New York: American Museum of Natural History, 1970. p.398-420.

WILSON, W. P.; STICKEL, D. L.; HAYES, C. P., JR.; HARRIS, N. L. Psychiatric considerations of renal transplantation. **Arch Intern Med**, 122(6), 502-6, 1968.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatr Scand**, 67(6), 361-70, 1983.

ZUARDI, A. W.; LOUREIRO, S. R.; RODRIGUES, C. R. C.; CORREA, A. J.; GLOCK, S. S. Estudo da estrutura fatorial, fidedignidade e validade da tradução e adaptação para o português da escala de avaliação psiquiátrica breve (BPRS) modificada. **Rev ABP/APAL**, 16, 63-8, 1994.



8- ANEXOS

Anexo 1 - PACT – Psychosocial Assessment of Candidates for Organ Transplantation (versão em Inglês)

Table 1.

©, 1988, Mary Ellen Olbrisch

Patient Name _____ Date _____

Rater _____

Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation (PACT)

Initial Rating of Candidate Quality (use categories 1–4 only for those patients you think should be accepted for surgery)

_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3	_____ 4
poor, surgery contraindicated	borderline, acceptable under some conditions	acceptable with some reservations	good candidate	excellent candidate

I. SOCIAL SUPPORT

1. Family or Support System Stability

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
No strong interpersonal ties or highly unstable relationships	some stable relationships, some problems evident	stable, committed relationships, strong family commitment; good mental health in supporters	stable, committed relationships, strong family commitment; good mental health in supporters	unable to rate

2. Family or Support System Availability

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
Support unavailable	support availability limited by emotional or geographical factors	in town with patient thru process, emotionally supportive	in town with patient thru process, emotionally supportive	unable to rate

II. PSYCHOLOGICAL HEALTH

3. Psychopathology, Stable Personality Factors

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
severe ongoing psychopathology (e.g. schizophrenia, recurrent depression, personality disorder)	moderate personality or adjustment/coping problems (e.g. significant reactive anxiety, situational depression)	well-adjusted	well-adjusted	unable to rate

4. Risk For Psychopathology

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
strong family history of major psychopathology, previous significant psychiatric history in patient	periods of poor coping, some psychological sensitivity to medications, some family history of major psychopathology	no history of major psychopathology in family, self, no periods of poor coping	no history of major psychopathology in family, self, no periods of poor coping	unable to rate

III. LIFESTYLE FACTORS

5. Healthy Lifestyle, Ability to Sustain Change in Lifestyle

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
sedentary lifestyle; major dietary problems; ongoing smoking; reluctant to change	some lifestyle change; may require further education to reduce controllable risk	major, sustained changes in lifestyle, no major risk factors, willing to change	major, sustained changes in lifestyle, no major risk factors, willing to change	unable to rate

6. Drug and Alcohol Use

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
dependence, reluctant to change	moderate, non-daily use, willing to discontinue	abstinence or rare use	abstinence or rare use	unable to rate

7. Compliance with Medications and Medical Advice

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
unreliable compliance; unconcerned, does not consult physician	knowledgable re meds; near adequate compliance; not vigilant usually consults physician	knowledgable re meds; vigilant; keeps records; consults physician	knowledgable re meds; vigilant; keeps records; consults physician	unable to rate

IV. UNDERSTANDING OF TRANSPLANT AND FOLLOW-UP

8. Relevant Knowledge and Receptiveness to Education

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____	5 _____
no idea of what is involved; views transplant as cure, no long range picture	Some knowledge gaps or denial, generally good understanding	able to state risks and benefits; realistic	able to state risks and benefits; realistic	unable to rate

Final Rating of Candidate Quality (Do not average above responses)

(Use categories 1–4 only for those patients you think should be accepted for surgery)

_____ 0	_____ 1	_____ 2	_____ 3	_____ 4
poor, surgery contraindicated	borderline, acceptable under some conditions	acceptable with some reservations	good candidate	excellent candidate

Which of the above items contributed most heavily to your final rating? (Circle) 1 2 3 4 5 6 7 8

List any factors that went into your final rating other than those included above: _____

Anexo 2- TERS – Transplant Evaluation Rating Scale (versão em Inglês)

Transplant Evaluation Rating Scale			
Psychosocial Characteristic and Weight	Level 1	Level 2	Level 3
Prior psychiatric history: DSM-III-R Axis I Weight = 4.0	None	Current adjustment disorder, due to health; previous Axis I disorder, treated and now resolved; current significant symptoms of Axis I disorder	Current Axis I diagnosis (not adjustment disorder due to health); continuing symptoms of chronic Axis I disorder
Prior psychiatric history: DSM-III-R Axis II Weight = 4.0	No diagnosis; sub-diagnostic symptoms of DSM-III-R cluster C disorder	Cluster C Axis II diagnosis; subdiagnostic symptoms of cluster A or B disorder	Cluster A or B Axis II diagnosis
Substance use/abuse Weight = 3.0	No history of heavy use/abuse of alcohol or drugs; true social drinking; very limited drug experimentation	History of significant use/abuse; successful treatment or stopped before current diagnosis	History of use/abuse stopped only after significant time since current diagnosis; ongoing use/abuse
Compliance Weight = 3.0	Appropriately compliant throughout treatment	Only partially compliant or compliant only with difficulty throughout treatment	Noncompliant until very recently or still noncompliant
Health behaviors Weight = 2.5	Practiced good health behaviors (exercise, no smoking, diet, etc.) before developing illness	Changed health behaviors only after diagnosis was made	Continues to practice poor health behaviors
Quality of family/social support Weight = 2.5	<i>Good-excellent:</i> friends/family members present and available; willing to focus on patient's needs	<i>Fair-good:</i> some separation difficulties; some conflict or dependency problems	<i>Fair-poor:</i> enmeshed or disengaged boundaries; extreme conflicts; focused on individuals' needs at patient's expense
Prior history of coping Weight = 2.5	<i>Good-excellent:</i> adapts to problems and changes flexibly; has extensive repertoire of coping behaviors	<i>Fair-good:</i> some flexibility in coping repertoire and some variations in coping responses, with general limitations; some negativistic patterns of responding when under stress	<i>Fair-poor:</i> decompensation under stress; negativistic patterns; rigid style; history of self-destructive behaviors; impulsive and/or aggressive responses
Coping with disease and treatment Weight = 2.5	Resolution of feelings about diagnosis; considers treatment options with realistic balance of hope and concern for future	Denial; lack of clarity; ambivalence over treatment choice	Extreme denial; confusion over disease course; severe ambivalence about treatment
Quality of affect Weight = 1.5	Appropriate fears; some anxiety; appropriate sadness	Moderate fears and anxiety; moderate depression	Generalized anxiety; severe depression; extreme fears and anger
Mental status (past and present) Weight = 1.0	No cognitive impairment or disorder of attention; normal sleep-wake cycle; normal activity level and responsiveness	Some past or current impairment in cognitive function, attention, sleep-wake cycle, activity level, and/or responsiveness	Global disorder of cognitive functions, attention; severe disruption of sleep-wake cycles; reduced or heightened activity level and responsiveness

Anexo 3- PACT – Avaliação Psicossocial de Candidatos a Transplante (versão em Português)

Nome do Paciente: _____		Data: _____		
Avaliador: _____				
Classificação Inicial da Condição do Paciente		(Use as categorias 1-4 apenas para aqueles pacientes que você considera que deveriam ser aceitos para a cirurgia)		
0	1	2	3	4
insatisfatório, cirurgia contra-indicada	limítrofê, aceitável sob certas condições	aceitável com alguma reserva	candidato bom	candidato excelente

I. APOIO SOCIAL

1. Estabilidade da Rede de Apoio Social ou Familiar

1	2	3	4	5
nenhum laço interpessoal ou relações muito instáveis		algum relacionamento estável: alguns problemas evidentes	relacionamentos estáveis e compromissáveis; grande envolvimento familiar; cuidadores com boa saúde mental	impossível avaliar

2. Disponibilidade da Rede de Apoio Social ou Familiar

1	2	3	4	5
apoio inexistente. relacionamentos instáveis		disponibilidade do apoio limitado por fatores emocionais ou geográficos	na cidade com o paciente durante todo o processo; apoio emocional; cuidadores com boa saúde mental	impossível avaliar

II. SAÚDE PSICOLÓGICA

3. Psicopatologia, Traços de Personalidade

1	2	3	4	5
psicopatologia muito avançada (por exemplo, esquizofrenia, depressão recorrente, transtornos de personalidade)		problemas moderados de personalidade ou ajustamento/enfrentamento (por exemplo, ansiedade reacional significativa, depressão situacional)	bem adaptado	impossível avaliar

4. Risco para Psicopatologia

1	2	3	4	5
psicopatologia muito avançada (por exemplo, esquizofrenia, depressão recorrente, transtornos de personalidade)		problemas moderados de personalidade ou ajustamento/enfrentamento (por exemplo, ansiedade reacional significativa, depressão situacional)	bem adaptado	impossível avaliar

III. FATORES RELACIONADOS AO ESTILO DE VIDA

5. *Estilo de Vida Saudável, Capacidade de Tolerar Mudanças no Estilo de Vida*

1	2	3	4	5	
sedentarismo; grandes problemas relacionados à dieta, tabagismo; resistente a mudanças		alguma mudança no estilo de vida pode necessitar maiores orientações para reduzir o risco controlado		mudanças marcantes e estáveis no estilo de vida, nenhum fator de risco maior, disposto a mudanças	impossível avaliar

5.

6. *Uso de Droga e Álcool*

1	2	3	4	5	
dependente, resistente a mudanças		uso moderado, não-diário, disposto a parar		abstinente ou uso raro	impossível avaliar

6.

7. *Adesão às Recomendações Médicas e Medicamentos*

1	2	3	4	5	
observância incerta; não implicado; faltas a consultas médicas		informado sobre aspectos médicos; próximo de uma adesão satisfatória; pouco cuidadoso, comparece às consultas médicas		informado sobre aspectos médicos; cuidadoso; guarda receitas e exames médicos, comparece às consultas médicas	impossível avaliar

IV. COMPREENSÃO DO TRANSPLANTE E DE SEU SEGUIMENTO

8. *Entendimento e Receptividade a Orientações*

1	2	3	4	5	
nenhuma idéia do que está em questão; vê o transplante como cura; não faz nenhuma idéia		alguma falha de conhecimento ou negação, no contexto geral, boa compreensão		capaz de determinar os riscos e benefícios, de forma realista	impossível avaliar

Avaliação Final da Condição do Candidato (não calcule a média das respostas acima)

(Use as categorias 1-4 apenas para aqueles pacientes que você considera que deveriam ser aceitos para a cirurgia)

0	1	2	3	4
insatisfatório, cirurgia contra-indicada	limitrofe, aceitável sob certas condições	aceitável com alguma reserva	candidato bom	candidato excelente

Quais dos itens acima contribuíram mais intensamente para a sua avaliação final? (marque)

1 2 3 3 4 5 6 7 8

Relacione quaisquer outros fatores não contemplados nos itens acima e que influenciaram sua avaliação final:

Anexo 4- TERS – Escala de Avaliação de Candidatos a Transplante (versão em Português)

Característica Psicossocial e Peso	Nível 1	Nível 2	Nível 3
História psiquiátrica prévia: eixo I do DSM-IV Peso = 4,0	Nenhuma	Transtorno de ajustamento atual, relacionado à saúde; transtorno prévio no Eixo I, tratado e agora resolvido; presença de sintomas significantes de transtorno do Eixo I	Presença de transtorno do Eixo I (exceto transtorno de ajustamento relacionado à saúde); persistência de sintomas de transtorno crônico do Eixo I
História psiquiátrica prévia: eixo II do DSM-IV Peso = 4,0	Nenhum diagnóstico; sintomas sub-clínicos do grupo C do DSM-IV	Diagnóstico do grupo C Eixo II; sintomas sub-clínicos de transtorno do grupo A e B	Diagnóstico do grupo A ou B Eixo II
Uso/abuso de drogas Peso = 3,0	Nenhuma história de uso/abuso pronunciado de álcool ou drogas; consumo social de bebida; experiência com drogas muito limitada	História de uso/abuso significativo; êxito no tratamento ou parou antes do diagnóstico atual	História de uso/abuso interrompido só depois de um expressivo tempo após o diagnóstico atual; uso/abuso contínuo
Adesão Peso = 3,0	Adesão adequada durante todo o tratamento	Adesão apenas parcial ou adesão com alguma dificuldade durante todo o tratamento	Falta de adesão até muito recentemente ou ainda sem adesão
Hábito relacionado à saúde Peso = 2,5	Apresentava bons hábitos relacionados à saúde (atividade física, dieta, ausência de tabagismo, etc.) antes do desenvolvimento da doença	Mudou os hábitos relacionados à saúde só depois que foi feito o diagnóstico	Mantém hábitos relacionados à saúde inadequados

<p>Apoio familiar/social Peso = 2,5</p>	<p>Boa-excelente: amigos/familiares presentes e disponíveis; disposição para dar atenção às necessidades do paciente</p>	<p>Regular-bom: certa dificuldade de separação; algum conflito; problemas de dependência</p>	<p>Regular-ruim: apoio ausente, desorganizado, desengajado; conflitos extremados; focalizado nas necessidades individuais dos familiares, prejudicando o apoio oferecido ao paciente</p>
<p>História prévia das estratégias de coping Peso = 2,5</p>	<p>Boa-excelente: flexível à adaptação frente a problemas e mudanças</p>	<p>Regular-bom: certa flexibilidade modo de enfrentar problemas e certa variação nas respostas de enfrentamento, com limitações gerais; certo padrão negativista nas respostas diante de estresse</p>	<p>Regular-ruim: descompensação sob estresse; padrões negativistas; rigidez; história de comportamentos auto-destrutivos; respostas impulsivas e/ou agressivas</p>
<p>Como encara a doença e o tratamento Peso = 2,5</p>	<p>Lida bem com sentimentos relacionados ao diagnóstico; considera as opções de tratamento com equilíbrio realista entre a esperança e as preocupações pelo futuro</p>	<p>Negação: falta de clareza; ambivalência quanto à escolha do tratamento</p>	<p>Negação extrema: confusão sobre a evolução da doença; ambivalência proeminente quanto ao tratamento</p>
<p>Afetividade Peso = 1,5</p>	<p>Preocupações apropriadas; certa ansiedade; tristeza apropriada</p>	<p>Preocupações e ansiedade moderados; depressão moderada</p>	<p>Ansiedade generalizada; depressão grave; preocupações e raiva extremas</p>
<p>Estado mental (prévio e atual) Peso = 1,0</p>	<p>Nenhuma diminuição da capacidade cognitiva ou déficit de atenção; ciclo de sono-vigília normal; pragmatismo conservado, reage adequadamente aos estímulos</p>	<p>Alguma diminuição atual ou prévia da capacidade cognitiva, atenção, ciclo sono-vigília, nível de atividade, e/ou reação a estímulos</p>	<p>Comprometimento global das funções cognitivas e da atenção; alteração grave do ciclo sono-vigília; diminuição ou aumento da atividade e reação a estímulos</p>

Anexo 5- Relação dos especialistas que analisaram a EPCT-MO e suas respectivas instituições

ESPECIALISTA	INSTITUIÇÃO
Afonso Celso Vigorito	Universidade Estadual de Campinas
Alcion Sponholz Júnior	Universidade Estadual de São Paulo
Ana Cristina Waissmann	Instituto Nacional do Câncer
Claudemir Benedito Rapeli	Universidade Estadual de Campinas
José Rodrigues de O. Salvador	Universidade Federal do Estado de São Paulo
Júlio Voltarelli	Universidade Estadual de São Paulo
Márcia Abreu Fonseca	Universidade Federal de Minas Gerais
Maria Lúcia Cardoso Martins	Universidade Estadual de São Paulo
Maribel Pelaez Dóro	Universidade Federal do Paraná
Maurício Tostes	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
Paola Bruno de Araújo Andreoli	Hospital Israelita Albert Einstein
Paulo Roberto Zimmermann	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Vanessa de Albuquerque Cítero	Universidade Federal do Estado de São Paulo

Anexo 6- Folha de resposta dos avaliadores

Por favor, responda examinando o roteiro “Avaliação Psiquiatra Pré-Transplante de Medula Óssea” e as escalas *PACT* e *TERS*.

1. O conteúdo do roteiro de anamnese é capaz de colher informações que subsidiem o preenchimento da escala?

- P** o roteiro atinge completamente a sua finalidade
A o roteiro atinge parcialmente a sua finalidade; seriam necessárias poucas alterações
C o roteiro atinge parcialmente a sua finalidade; seriam necessárias muitas alterações
T o roteiro não atinge a sua finalidade

- T** o roteiro atinge completamente a sua finalidade
E o roteiro atinge parcialmente a sua finalidade; seriam necessárias poucas alterações
R o roteiro atinge parcialmente a sua finalidade; seriam necessárias muitas alterações
S o roteiro não atinge a sua finalidade

2. O texto do roteiro é compreensível e claro?

- é compreensível e claro
 não é compreensível e/ou claro em algumas questões
 não é compreensível e/ou claro na maioria das questões
 não é nem compreensível e nem claro

3. A formatação está adequada?

- totalmente adequada
 parcialmente adequada, são necessárias poucas mudanças
 parcialmente adequada, são necessárias muitas mudanças
 não está adequada

4. Quanto ao conteúdo, você classifica as seções como:

SEÇÃO	ÓTIMO	BOM	REGULAR	RUIM
1. Identificação	NA	NA	NA	NA
2. Compreensão a respeito da doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Compreensão a respeito do transplante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. História de adesão a tratamento médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Estilo de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estilos de enfrentamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Antecedentes pessoais psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. BPRS	NA	NA	NA	NA
9. Observações complementares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Antecedentes familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Rede de apoio social/familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Expectativa em relação ao transplante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NA = Não avaliar

5. Você acrescentaria alguma seção?

sim

não

Qual:

6. Você suprimiria alguma seção?

sim

não

Qual:

7. Caso pertinente, por favor, faça suas sugestões, indicando seção e item.

Anexo 7- Entrevista de Avaliação Psicossocial para Candidatos a Transplante de Medula Óssea (EPCT- MO)

INÍCIO:

FIM:

_____/_____/_____

IDENTIFICAÇÃO E DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Nome: _____ HC: _____

Sexo: _____ (1.masculino 2.feminino)

Data de nascimento: ____/____/_____

Estado civil: _____ (1. solteiro 2. casado 3. viúvo 4. divorciado)

Anos de escolaridade: _____ anos

Tem dificuldades para ler: _____ (1. sim 2. não)

Profissão: _____

Estado ocupacional: _____ (1. empregado 2. desempregado 3. aposentado 4. afastado pelo INSS)

Vínculo empregatício: _____ (1. formal 2. informal)

Duração do emprego em que trabalhou por maior tempo: _____ anos

Renda familiar: R\$ _____

Etnia: _____ (1. branco 2. negro 3. amarelo 4. pardo 5. outras)

Religião: 1. _____ 2. nenhuma

Prática religiosa mensal (n. ° de vezes em que se encontra com o grupo religioso): _____ /mês

Filhos: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Nome do cuidador: _____

Grau de relação com o cuidador: _____

Telefone do cuidador: _____

Doador: _____

Grau de parentesco com o doador: 1. _____ 2. Não se aplica

COMPREENSÃO A RESPEITO DA DOENÇA

Como você descobriu que estava doente?

Você sabe qual é a doença que está sendo tratada?

S N Parcialmente

Você sabe qual (ais) as possíveis causas desta doença?

S N Parcialmente

Você sabe qual é a evolução e os possíveis tratamentos desta doença?

S N Parcialmente

A quais tratamentos você já foi submetido para tratar desta doença?

Qual (ais) o (s) medicamento (s) que você está tomando atualmente?

S N Parcialmente

COMPREENSÃO A RESPEITO DO TRANSPLANTE

Por favor, responda com suas próprias palavras:

- O que é medula óssea? S N Parcialmente
- O que é o transplante de medula óssea? S N Parcialmente
- Quais são as vantagens e as desvantagens do transplante de medula óssea no seu caso? S N Parcialmente
- Você sabe por que o transplante de medula óssea é indicado para o seu caso? S N Parcialmente
- Você é capaz de dizer como é a fase da internação para o transplante? S N Parcialmente
- Você é capaz de dizer como se dá o acompanhamento na fase pós-transplante? S N Parcialmente
- Quais são os riscos que você corre ao se submeter ao transplante? S N Parcialmente
- Quais são os possíveis efeitos colaterais dos medicamentos que serão usados no transplante?
S N Parcialmente
- Quais as possíveis complicações e seqüelas do transplante? S N Parcialmente
- Você teve a oportunidade de conhecer alguma pessoa que já foi transplantada? S N Parcialmente
- Como foi essa experiência? S N Parcialmente
- Você considera que recebeu informações suficientes para decidir submeter-se ao transplante? S N Parcialmente

HISTÓRIA DE ADESÃO A TRATAMENTO MÉDICO

Em tratamentos médicos anteriores, aconteceu de você não comparecer a consultas médicas, de não tomar ou interromper por conta própria o uso de medicações prescritas, de não seguir as restrições impostas pelo tratamento ou não realizar exames solicitados? S N Parcialmente

Já aconteceu de você interromper algum tratamento antes do término do mesmo? S N Parcialmente

(As questões 4.3 a 4.5 referem-se ao acompanhamento pré-transplante)

Você faltou a alguma consulta? Em caso afirmativo, por quê? S N Parcialmente

Você deixou de realizar algum procedimento, consulta ou exame? Em caso afirmativo, por quê? S N Parcialmente

Você deixou de participar do programa psicoeducacional? Em caso afirmativo, por quê? S N Parcialmente

(A questão 4.6 deverá ser respondida pelo avaliador)

O paciente mostra-se resistente à avaliação psicossocial? S N Parcialmente

ESTILO DE VIDA

- Você pratica atividades físicas regularmente ou tinha esse costume antes de adoecer? S N Parcialmente
- Você costuma ter alimentação saudável? S N Parcialmente
- IMC¹: _____ Peso: _____ kg Altura: _____ m
- Você costuma ter bons momentos de lazer e convívio social? S N Parcialmente
- Você está satisfeito com a sua vida sexual? S N Parcialmente
- A doença influenciou a sua vida sexual? S N Parcialmente
- O transplante vai exigir que você modifique alguns aspectos da sua rotina. Você se considera disponível a mudar o seu estilo de vida? S N Parcialmente
- De maneira geral, você está satisfeito com a sua qualidade de vida? S N Parcialmente
- Tabagismo:
- Você fuma atualmente? (se fumava e parou, responda os itens 5.2 e 5.4) S N
- Fumou durante quanto tempo? _____ anos
- Parou de fumar há quanto tempo? _____ anos
- Adoecer influenciou na sua decisão de parar de fumar? S N Parcialmente
- Alcoolismo:
- Você já sentiu necessidade de parar de beber? S N
- Você já se sentiu aborrecido por pessoas criticarem o seu hábito de beber? S N
- Você já se sentiu mal pela maneira como bebe? S N
- Você costuma beber de manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? S N

¹ ICM: Índice de Massa Corpórea

ESTILOS DE ENFRENTAMENTO²

Como costuma ser a sua reação quando tem que enfrentar uma dificuldade?

Como você lidou com o fato de estar doente na época do diagnóstico?

Como você adaptou a sua vida em função da doença?

Como você lidou com o fato de precisar se submeter ao transplante?

Leia cada item abaixo e indique, fazendo um círculo na categoria apropriada o que você fez quando foi-lhe dito que necessitaria de um transplante (0 – não usei essa estratégia; 1 – usei um pouco; 2 – usei bastante; 3 – usei em grande quantidade)

Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s)	0	1	2	3
Mostrei a raiva que sentia para as pessoas que causaram o problema	0	1	2	3
Não deixei me impressionar, recusava-me a pensar muito sobre essa situação	0	1	2	3
Fiz como se nada tivesse acontecido	0	1	2	3
Procurei guardar para mim mesmo (a) os meus sentimentos	0	1	2	3
Procurei encontrar o lado bom da situação	0	1	2	3
Procurei um amigo ou parente para pedir conselhos	0	1	2	3
Falei com alguém sobre como estava me sentindo	0	1	2	3
Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes no futuro	0	1	2	3
Critiquei-me, repreendi-me	0	1	2	3
Desejei que a situação acabasse ou que de alguma forma desaparecesse	0	1	2	3
Tinha fantasias de como as coisas iriam acontecer, como se encaminhariam	0	1	2	3
Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário.....	0	1	2	3
Fiz um plano de ação e o segui	0	1	2	3
Descobri o que é importante na vida	0	1	2	3
Mudei alguma coisa em mim, modifiquei-me de alguma forma	0	1	2	3

² Os itens do quadro foram extraídos do inventário de estratégias de *coping* de FOLKMAN e LAZARUS (1985) adaptado para o português por SAVOIA (1996), incluindo-se aqueles que tiveram maior carga fatorial.

AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

- Alteração de memória S N _____
- Alteração de concentração S N _____
- Alteração do sono S N _____
- Alteração do apetite S N _____
- Alteração no nível de energia S N _____
- Perda do interesse nas atividades habituais S N _____
- Crises de pânico S N _____
- Alteração da fala S N _____
- Impulsividade S N _____

BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) ³ (Preencha os itens abaixo considerando a seguinte pontuação: 0 – não observado; 1 – muito leve; 2 – leve; 3 – moderado; 4 – moderadamente grave; 5 – grave; 6 – muito grave)	
Preocupação somática	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Ansiedade	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Retraimento afetivo	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Desorganização conceitual	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Sentimentos de culpa	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Tensão	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Maneirismos e postura	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Idéias de grandeza	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Humor depressivo.....	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Hostilidade	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Desconfiança	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Comportamento alucinatório	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Retardo motor	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Falta de cooperação com a entrevista	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Alteração do conteúdo do pensamento	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Afeto embotado	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Excitação	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7
Desorientação	0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7

³ OVERALL e GORHAM (1962)

ANTECEDENTES PESSOAIS PSIQUIÁTRICOS

- Quadros psicóticos S N _____
- Quadros depressivos S N _____
- Quadros ansiosos S N _____
- Quadros anoréticos e/ou bulímicos S N _____
- Tentativas de suicídio S N _____
- Internações psiquiátricas S N _____
- Uso de psicotrópicos (especifique) S N _____
- Uso de chás ou remédios caseiros com efeitos calmantes S N _____
- Uso de álcool (tempo e intensidade do uso) S N _____
- Uso de drogas ilícitas (relacionar tipos, tempo de uso e motivação para interromper o uso quando pertinente)
S N _____
- Atos violentos S N _____
- Problemas com a polícia S N _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Na sua família, existem pessoas que já tiveram algum problema psiquiátrico (tratamentos, internações, suicídio, uso de calmantes, antidepressivos, outros)? S N
- Existem antecedentes de uso de drogas ilícitas? S N
- Houve falecimento de algum parente ou amigo próximo recentemente (<6 meses)? S N
- Você tem algum parente ou amigo próximo que teve câncer?
Em caso afirmativo, como foi essa experiência? S N

REDE DE APOIO SOCIAL/FAMILIAR

- No passado, em alguma situação de crise, com quem você pode contar para o apoio emocional? _____
- No passado, em alguma situação de crise, quem lhe ajudou financeiramente? _____
- Desde que descobriu que está doente, com quem você tem podido contar para o apoio emocional? _____
- Desde que descobriu que está doente, quem tem-lhe ajudado financeiramente? _____
- Quem estará disponível para cuidar de você na fase pós-transplante (cuidador)? _____
- O cuidador tem estado presente nas suas consultas. Ele tem sido bem orientado quanto aos cuidados que serão necessários na sua recuperação?
- Como você considera o seu relacionamento com o seu cuidador? _____

EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO TRANSPLANTE

Quais são as suas expectativas em relação ao tratamento?

Você tem receio que o transplante não dê resultado?

Como você acredita que será o período da internação e a fase de recuperação após o transplante de medula óssea?

Você acredita que voltará ao seu estado de saúde normal após o transplante? Em caso afirmativo, em quanto tempo?

S N Parcialmente

Considerando as suas respostas anteriores, quais são os seus planos para o futuro?

(Faça as seguintes perguntas apenas no final da entrevista, depois do paciente ter respondido a todas as questões)

Ao responder a todas estas questões, você teve a oportunidade de refletir a respeito de vários aspectos desse momento pelo qual está passando: a sua compreensão a respeito da doença e do transplante, suas expectativas, como você está se sentindo emocionalmente, como você costuma lidar com situações de crise, como habitualmente você segue recomendações médicas, como é o seu estilo de vida, como é a sua família e em que medida você pode contar com ela neste momento, além de ter falado, de forma resumida, como está sendo a sua satisfação com a qualidade de sua vida. Tendo isso em mente:

Você considera esta entrevista longa ou cansativa?

S N Um Pouco

Você considera que esta entrevista lhe ajudou a se preparar melhor para o transplante?

S N Um Pouco

Você acha que esta entrevista lhe ajudou a pensar em aspectos relacionados à doença e ao transplante que não havia pensado antes?

S N Um Pouco

Você gostaria de fazer alguma observação? Qual (ais) S N _____

Anexo 8- Consentimento após informação

INFORMAÇÃO

O transplante de medula óssea vem se desenvolvendo rapidamente nos últimos anos. Com essa constante evolução, cada vez mais pessoas têm se beneficiado desse tratamento. Porém, muitas vezes nos perguntamos que fatores pesquisáveis antes do tratamento podem influenciar nos resultados. Se formos capazes de identificar tais fatores na fase pré-transplante, teremos a possibilidade de intervir precocemente na tentativa de auxiliar o paciente a lidar com eventuais dificuldades no curso da terapêutica.

Esta pesquisa irá estruturar uma forma de entrevista composta de várias perguntas, cuja finalidade é organizar a avaliação psicossocial pré-transplante.

Sua participação consiste em responder a vários itens de um questionário sobre seus hábitos de vida, sua relação com os familiares e amigos, aspectos emocionais e antecedentes de vida. Isso deverá levar uns 40 minutos.

A coordenação desta pesquisa é do Dr. Celso Garcia Júnior, médico, psiquiatra da equipe de transplante de medula óssea da UNICAMP e pós-graduando da Faculdade de Ciências Médicas da mesma universidade (telefone (19) 3788-8729, e-mail celsojr@unicamp.br).

CERTIFICADO DE CONSENTIMENTO

Eu li as informações acima ou elas foram lidas para mim. Eu tive a oportunidade de fazer todas as perguntas que quis e elas me foram satisfatoriamente respondidas. Eu também fui informado de que a entrevista é confidencial. As informações que eu der serão codificadas e juntadas às de outras pessoas, de forma que minha identidade não será revelada. Estou consciente de que não receberei dinheiro ou qualquer outra gratificação por participar do estudo. Eu, voluntariamente, concordo em participar do estudo e compreendi que tenho o direito de não participar e de não responder perguntas que eu julgue constrangedoras, ou mesmo interromper a entrevista, a qualquer momento, sem que isso venha a afetar o meu tratamento neste hospital.

Esta pesquisa foi aprovada pelo **Comitê de Ética em Pesquisa da FCM UNICAMP**, cujo endereço postal é prédio da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Caixa Postal 6111, Campinas, SP, CEP 1308-970. Telefone (19) 3788-8936, e-mail cep@head.fcm.unicamp.br.

Data: ____/____/____

Nome: _____

Assinatura: _____

Anexo 9- Artigo submetido ao corpo editorial do periódico *Haematologica*

Psychosocial assessment interview of candidates for hematopoietic stem cell transplantation

C Garcia Jr*^o, NJ Botega^o, CA De Souza*

Institutions: *Hematology and Blood Transfusion Center - Bone Marrow Transplantation Unit; ^oDepartment of Medical Psychology and Psychiatry, State University of Campinas – SP – Brazil.

Key words: hematopoietic stem cell transplantation (HSCT), psychosocial assessment, psychosocial interview.

ABSTRACT

There are evidences that psychosocial issues are associated with poorer compliance and higher mortality in post-transplant period. Thus, the psychosocial assessment of the candidates for transplantation is an important way to detect precociously the patients susceptible to present psychiatric symptoms and psychosocial difficulties along the treatment. The aim of this study was to develop a psychosocial structured interview to assess candidates for Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT). The interview that we developed is a short and comprehensible instrument, which demands 50 minutes on average to be applied. The PAIC-HCT is a tool to guide clinicians through the interview process and can be useful to fill in the PACT and TERS scales.

TEXT

Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT) presents a complicate trajectory of several years requiring psycho-oncological interventions at a variety of stages, e.g., in case of crises due to graft versus host disease or after discharge from the hospital. There are evidences that psychosocial issues are associated with poorer compliance and higher morbidity in post-transplant period.¹⁻⁵ In the last decade, there have been a great expansion in the literature in this field, but few reports have used structured psychosocial

interviews to assess HSCT candidates. Hoffman *et al.*⁶ developed a psychodynamically-oriented psychiatric interview that needs 2 to 3 consultations to be carried out.

The aim of this study was to develop a psychosocial structured interview to assess HSCT candidates.

We elaborated the Psychosocial Assessment Interview of Candidates for Hematopoietic Stem Cell Transplantation (PAIC-HSCT). It is a simple, short and comprehensible instrument adapted to a population with unfavorable living conditions and limited understanding abilities and which educational level is elementary school, incomplete in most cases.⁷

The content of the PAIC-HSCT is based on the items of the scales Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation (PACT)⁸, Transplant Evaluation Rating Scale (TERS)⁹ and on some questions of the Structured Interview for Renal Transplantation (SIRT)¹⁰. We only considered the question of the SIRT which could be relevant to HSCT. The PACT and the TERS are brief and comprehensive scales that can be filled by the interviewer in about 2 minutes. The PACT has 8 items, each rated on a 5-point scale and the TERS has 10 items, rated 1-3. They are standardized instruments that can be used to classify patients' level of psychosocial adjustment to transplantation. However, there is neither a glossary nor an interview schedule to give clinicians the necessary guidance before rating the distinct dimensions covered by these instruments.

We submitted the PAIC-HSCT to the judgment of 13 professionals (3 hematologists, 5 HSCT mental health professionals, 4 consultation-liaison psychiatrists and 1 psychologist), in order to analyze the interview regarding to: a) Content; b) Explicitness; c) Lay-out; d) Efficiency to provide data to fill in the PACT and the TERS. Their suggestions and comments were analyzed and we made the appropriate changes in the instrument. The PAIC-HSCT was successfully piloted to interview 30 HSCT candidates, 27 allogeneic and 3 autologous. The interview was administered by the first author of this report.

The final version of the PAIC-HSCT has 147 items comprising the following domains: 1) Identification, social and demographic data; 2) Comprehension of the illness; 3) Comprehension of the transplantation; 4) Medical compliance; 5) Life style; 6) Coping

styles; 7) Mental status examination; 8) Psychiatric history; 9) Family history; 10) Social and family support; 11) Expectation of the transplantation. It is composed by open and multiple choice questions. The instrument demanded on average 50 minutes to be completed. Only one patient of the pilot study considered the interview long-winded and all of them considered it helpful to make them reflect upon the illness and the transplant process. The domains "Comprehension of the transplantation" and "Social and family support" are presented in Tables 1 and 2, respectively. The PAIC-HSCT showed to be a tool to guide clinicians through the interview process by providing a comprehensive structure. It facilitates a clinician's ability to conduct an evaluation in a time-efficient manner. It may also be useful for training clinicians and for research purposes. It can be useful to fill in the PACT and TERS scales and therefore to identify candidates who may be eligible for HSCT or who will need intensive psychosocial attention during the treatment. The PAIC-HSCT is intended to improve candidates' selection validity and help to detect precociously the patients susceptible to present psychiatric symptoms and psychosocial difficulties along the treatment, increasing the chances of a satisfactory compliance. A copy of the PAIC-HSCT can be obtained on request to the authors.

REFERENCES

1. Steinman TI, Becker BN, Frost AE, Olthoff KM, Smart FW, Suki, WN, et al. Guidelines for the referral and management of patients eligible for solid organ transplantation. *Transplantation* 2001;71: 1189-204.
2. Loberiza FR, Jr., Rizzo JD, Bredeson CN, Antin JH, Horowitz MM, Weeks JC, et al. Association of depressive syndrome and early deaths among patients after stem-cell transplantation for malignant diseases. *J Clin Oncol* 2002;20: 2118-26.
3. Chang G, Orav EJ, Tong M-Y, Antin JH. Predictors of 1-year survival assessed at the time of bone marrow transplantation. *Psychosomatics* 2004;45: 378-385.
4. Sherman AC, Simonton S, Latif U, Spohn R, Tricot G. Psychosocial adjustment and quality of life among multiple myeloma patients undergoing evaluation for autologous stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation* 2004;33: 955-962.
5. Syrjala KL, Langer SL, Abrams JR, Storer B, Sanders JE, Flowers MED, Martin PJ. Recovery and long-term function after hematopoietic cell transplantation for leukemia or lymphoma. *Journal of the American Medical Association* 2004;291: 2335-2343.
6. Hoffman LH, Szkrumelak N, Sullivan AK. Psychiatric assessment of candidates for bone marrow transplantation: a psychodynamically-oriented approach. *Int J Psychiatry Med* 1999;29: 13-28.
7. Eid KAB, Miranda ECM, Vigorito AC, Aranha, FJP, Oliveira GB, De Souza, CA. The availability of full match sibling donor and feasibility of allogeneic bone marrow transplantation in Brazil. *Braz. J. Biol. Res.* 2003;36: 315-21.
8. Olbrisch ME, Levenson JL, Hamer R. The PACT: a rating scale for the study of clinical decision-making in psychosocial screening criteria for organ transplant candidates. *Clin Transpl* 1989;3: 164-9.
9. Twillman RK, Manetto C, Wellisch DK, Wolcott DL. The Transplant Evaluation Rating Scale. A revision of the psychosocial levels system for evaluating organ transplant candidates. *Psychosomatics* 1993;34 :144-5.
10. Mori DL, Gallagher P, Milne J. The Structured Interview for Renal Transplantation--SIRT. *Psychosomatics* 2000;41: 393-406.

Table 1: Domain "Family and Social Support" of the PAIC-HSCT

-
1. In some of the stressful situation you have been through, who has given you emotional support?
 2. In some of the financial difficulty, who has given you economical support?
 3. Since the beginning of your disease, who has given you emotional support?
 4. Since the beginning of your disease, who has given you financial support?
 5. Who will take care of you (caregiver) during the Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT)?
 6. Has the caregiver attended the consultations with you? Do you think he/she was well informed about the care you will need during your recovery?
 7. Please, tell me about the relationship between you and the caregiver.
-

Table 2: Domain "Comprehension of the Transplant" of the PAIC-HSCT

-
1. What is bone marrow?
 2. What is Hematopoietic Stem Cell Transplantation and how can it help your health?
 3. Considering your clinical conditions, what are the advantages and disadvantages of the HSCT?
 4. Do you know why have you been chosen to undergo to HSCT?
 5. Once in the hospital, can you tell me what you know about what will happen during the transplant?
 6. Could you tell me what you know about the period following the hospital discharge?
 7. What are the possible side effects of the medicines used during the transplantation?
 8. Do you think you understood all the risks of the treatment you are going to go through?
 9. Which are the possible complications and late effects of the HSCT?
 10. Did have the chance to meet somebody who underwent to HSCT?
 11. How was this experience?
 12. Do you believe that you received enough information to make a decision about HSCT?
-