

A SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL E A QUALIDADE DE VIDA NO DOENTE APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO

SATISFACTION WITH SOCIAL SUPPORT AND LIFE QUALITY IN PATIENTS AFTER LIVER TRANSPLANTATION

Lídia M^a Matias Abrunheiro

Psicóloga Clínica
Marinha Grande, Portugal

Email:

lidiamatias@iol.pt

RESUMO

Este estudo teve como objectivo explorar e analisar a correlação existente entre a Qualidade de Vida e a Satisfação com o Suporte Social dos doentes transplantados hepáticos. Foram aplicados um Questionário Sócio-Demográfico, e dois instrumentos: a Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS, adaptada por Pais Ribeiro (1999) e o Questionário de Qualidade de Vida – SF36, validado por Ferreira (2000), a uma amostra de 50 doentes do Hospital da Universidade de Coimbra, submetidos há menos de um ano a cirurgia para transplante hepático na Unidade de Transplantes Hepáticos, sendo 34 (68%) do sexo masculino e 16 (32%) do sexo feminino com idades compreendidas entre os 16 e os 40 anos (M=39,44; dp=12,91). Os resultados demonstraram a existência de correlação positiva entre a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social, principalmente com os factores satisfação com os amigos e satisfação com a família. Tendo em consideração que uma boa saúde pode estar associada a um bom nível de qualidade de vida, pode dizer-se que o suporte social que o doente percebe ter, facilita na sua recuperação, o que vai afectar a qualidade de vida que ele relata.

Palavras-chave: Suporte social, qualidade de vida, doente transplantado, transplante hepático

ABSTRACT

This work has the objective to explore and analyse correlation between life quality and satisfaction with social support in patients after liver transplantation. It was applied a questionnaire socio demographic and two instruments: satisfaction with social support scale (ESSS), adapted by Pais Ribeiro (1999) and life quality questionnaire- SF36, that was validated by Ferreira (2000), to a sample of 50 patients in “Hospital da Universidade de Coimbra”, submitted to hepatic transplant in less than a year in transplant hepatic unit, being 34 (68%) of male sex and 16 (32%) female sex with ages between 16 and 40 years ($M=39,44$; $dp=12,91$). The results showed positive correlation between satisfaction with social support and life quality mostly with factors satisfaction with friends and family. Considering that a good health could be associated with a good life quality than social support perceived by the patient makes easier his recovery, which affects life quality reported by him.

Palavras-chave: Social support, life quality, transplanted patient, hepatic transplant

INTRODUÇÃO

Actualmente, o suporte social é um dos principais conceitos na psicologia da saúde, como referem Rodin e Salovey (1989, cit. por Ribeiro, 1999, p. 547). Este alivia o *distress* em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente, tem um papel positivo na recuperação.

De acordo com Berkman (1984, cit. por Ribeiro, 1999, p. 547), o suporte social é hoje aceite, indiscutivelmente, como importante tanto para a saúde como para as doenças, embora se continue a discutir o que pode ser considerado como variável no vasto domínio do suporte social, tais como o número de amigos, a frequência de contactos, a intensidade de contactos, a existência de amigos íntimos, ou de redes constituídas apenas por contactos sociais mesmo que não sejam amigos. Para além destes, também são considerados alguns aspectos subjectivos, tais como a percepção que o indivíduo tem da adequação do suporte que dispõe, e a satisfação com a dimensão social da sua vida. Dunst e Trivette (1990, cit. por Ribeiro, 1999, p.547) defendem que o suporte social se refere aos recursos ao dispor dos indivíduos e às unidades sociais, tais como a família, que respondem aos pedidos de ajuda e assistência.

Em alguns estudos epidemiológicos (Kaplan, 1993; Taylor, 1995), o suporte social foi definido como um número de contactos sociais mantidos por uma pessoa extensivos à rede social de trabalho.

Assim, também Cobb (1976, cit. por Kaplan, 1993, p.132) definiu suporte social como pertencente a uma rede de trabalho social de comunicação e obrigação mútua. Nesta rede são consideradas as pessoas em quem realmente se pode confiar, que se preocupam e que amam.

Caplan et al. (1975, cit. por Winnubst, Buunk & Marcelissen, 1990, p. 512) definem suporte social como qualquer *input* recebido de um indivíduo ou grupo, o que faz com que o receptor desse input siga em direcção do seu desejo. Esta definição inclui não só todo o tipo de suporte informal mas também alguns tipos de suporte formal, tal como os benefícios sociais, comerciais assim como os tratamentos recebidos por médicos ou psicoterapeutas.

Lin (1986) define o suporte social como sendo o apoio acessível a um indivíduo, através dos elos sociais com outros indivíduos, grupos e com o conjunto da comunidade. A definição anterior poderá ser completada por House (1981), que refere tratar-se de uma transacção interpessoal, que inclui um ou vários dos elementos seguintes: solicitude de ordem emocional como a amizade, o amor e a empatia, ajuda concreta de bens e serviços, informação sobre o ambiente e avaliação da informação pertinente por auto-avaliação. Esta definição, assemelha-se à de Bruchon-Schweitzer (1994, cit. por Llorca, Poussin & Cazals-Ferré, 2004, p. 93) que diz que o apoio social é o conjunto das relações interpessoais do indivíduo que procura um vínculo afectivo como a simpatia, a amizade e o amor, uma ajuda prática instrumental ou financeira, mas também

informações e avaliações relativas à situação que o ameaça.

Apesar da definição deste termo ser ainda bastante discutível, o mesmo tem sido referido como tendo efeitos positivos em diversos domínios, incluindo a saúde física, o bem-estar mental e as funções sociais, ou seja, o suporte social é hoje encarado como um assunto de pesquisa psicossocial (Wortman & Dunkel-Schetter, 1987).

Ridder e Schreurs (1996, cit. por Ribeiro, 1999, p. 548) afirmam que os doentes crónicos expressam satisfação com o suporte social emocional e prático, enquanto que o suporte social informativo, especialmente quando provém de amigos e familiares, é visto como interferência indesejável.

A crise que se reflecte no estágio final da doença hepática é resolvida após o transplante, sendo restabelecido o equilíbrio. A transplantação representa, então, um planalto em pacientes com doença do fígado. O êxito do transplante absorve a atenção do doente e tem influência na forma como este interage com a sua família, amigos, colegas de trabalho e com o resto do seu mundo. Os cuidados de saúde por parte da equipa médica, desempenham um papel importante na reabilitação social do doente transplantado hepático, ao dar um sentido de esperança incentivando a ultrapassar os desafios inerentes e a viver uma vida satisfeita e produtiva (Dowdy, 1997).

Também Leppin e Schwarzer (1989, cit. por Ribeiro, 1999, p. 549), numa meta-análise sobre 55 estudos (publicados entre 1976 e 1987) com uma amostra total de 32739 indivíduos, mostraram 83 correlações baseadas em amostras independentes, acerca da relação entre suporte social e saúde, e confirmaram que a saúde deficiente era mais pronunciada entre os que tinham falta de suporte social. Verificaram também, que o grau de associação entre as variáveis dependia das circunstâncias, da população, dos conceitos e das medidas utilizadas para avaliar o suporte social e a saúde.

Outros autores referem que a satisfação com o suporte social disponível é uma dimensão cognitiva com um importante papel na redução do mal-estar (Lakey & Drew, 1997; Bishop, 1994). Por outro lado, Hohaus e Berah (1996, cit. por Ribeiro, 1999, p. 549) referem que a satisfação com o suporte social é uma das variáveis que estão associadas à satisfação com a vida. Cohen e McKay (1997, cit. por Silva, Ribeiro, Cardoso & Ramos, 2003, p. 21), referem que o suporte social tem sido amplamente usado para mencionar os mecanismos, através dos quais as relações interpessoais têm efeito. Deste modo, o suporte social irá actuar a nível da prevenção de perturbações psicológicas e orgânicas, ou seja, não só quando o indivíduo é confrontado com situações stressantes, mas também na diminuição da gravidade da doença e na recuperação desta.

Então, o facto de o doente ser transplantado poderá contribuir para que este se centre em si próprio, desvalorizando os outros, inclusive a família. Isto poderá tornar-se um problema, pois o doente sente-o como a ausência de suporte social, facto que poderá provocar uma recuperação mais lenta.

Quando estão no hospital ou em casa, as pessoas doentes ficam isoladas, incapacitadas de participar nas actividades habituais. O doente que deixou de trabalhar, é incapaz de participar nas actividades sociais e retira-se das idas à igreja ou outras actividades, restringindo o acesso à interacção social, o que provoca neste uma percepção de suporte social reduzida que vai interferir de forma negativa na sua saúde (Dowdy, 1997).

Heyenk, Tymstra, Slooff, e Klompmaker (1990) afirmam que, apesar de haverem sido desenvolvidas diferentes pesquisas com doentes no período pós-transplante hepático, a maioria foca a atenção sobre os problemas físicos, mas pouco é conhecido sobre os problemas psicossociais.

Tendo como objectivo o conhecimento mais aprofundado sobre o assunto, Adams, Ghent, Grant e Wall (1995) fizeram entrevistas a 29 doentes, onde puderam constatar que estes, no período a seguir ao transplante, sofriam de vários problemas psicossociais, como por exemplo a depressão, referindo pensamentos suicidas, tendo sido verificadas tentativas em três casos. Outros aspectos referidos por estes doentes, foram o facto de lhes ser difícil aceitar as alterações na aparência (como cicatrizes e aparecimento de pêlos em excesso, devido à toma de medicamentos - imunossuppressores), as dificuldades em voltar para casa (visto sentirem-se mais seguros no hospital), as dificuldades de ajustamento a um novo papel dentro da família (antes independente), e o não desempenho de um papel na sociedade (por estar desempregado).

Outro estudo feito por Commander, Neuberger e Dean (1992), teve em conta o funcionamento social dos doentes transplantados, e verificou algumas alterações a nível do desempenho no trabalho, na vida familiar e no casamento.

De acordo com um estudo realizado por Levy (1983) verificou-se que o suporte social é um factor preditor importante da adesão ao tratamento.

Depois de alguns estudos sobre a relação entre a doença e o suporte social, Turner (1982, cit. por Pilisuk & Parks, 1986, p. 37) concluiu que o suporte social poderá actuar primeiramente como um amortecedor do impacto da doença, mas também poderá oferecer protecção. Cohen e Wills (1984, cit. por Pilisuk & Parks, 1986, p.37), após uma intensiva revisão de literatura, chegaram à mesma conclusão.

Pelo facto de estes doentes sofrerem alterações a diversos níveis após o transplante e a forma como percebem o suporte que lhes é dado poderá ter influência na sua qualidade de vida.

O conceito da qualidade de vida foi inicialmente desenvolvido e operacionalizado com uma população de adultos doentes e refere, especificamente, o impacto da doença, do tratamento médico ou a política dos cuidados de saúde individuais (Levi & Drotar, 1998).

Deste modo, a definição de saúde tem influenciado fortemente a definição de qualidade de vida (Levi & Drotar, 1998). De acordo com Spieth e Harris (1996, cit. por Levi & Drotar, 1998; Bucuvalas & Britto, 2003, p.4), as dimensões físicas, mentais e sociais, referidas pela Organização Mundial de Saúde na sua definição de saúde, permaneceram como ponto central na

construção da definição da qualidade de vida que, para além destes, inclui mais quatro domínios, o estado de doença e sintomas físicos, o estado funcional, o funcionamento psicológico e o social.

No entanto, a qualidade de vida poderá também ser definida como o bem-estar social de um indivíduo, um grupo, uma comunidade ou um país. As condições de vida, o salário, o emprego e a habitação, são factores determinantes da qualidade de vida. Quanto melhores forem estas condições, melhor será a qualidade de vida do indivíduo (Martinez, 1997).

A relação entre saúde e qualidade de vida é um constructo multidimensional que reflecte o bem-estar físico e psicológico no indivíduo. A qualidade de vida refere-se à capacidade que o indivíduo tem de desempenhar o seu papel social e doméstico, de forma a resolver os desafios da vida do dia-a-dia sem stress ou incapacidade física. Em estudos recentes (Shih, Hu, Ho, Lin, Lin & Lee, 1994; Chen e Sun, 1994) concluiu-se que nos doentes hepáticos a relação entre saúde e qualidade de vida piora após a cirurgia de transplante.

O objectivo do transplante de órgãos não é só lutar pela sobrevivência, mas proporcionar ao doente uma maior qualidade de vida.

Após o transplante do fígado são vários os problemas que o doente continua a ter, não só a nível físico mas também social e psicológico, que vão afectar a sua qualidade de vida.

A qualidade de vida após o transplante hepático é determinada por uma experiência subjectiva assim como por factores objectivos, além de algumas dimensões, como as somáticas, a psicossocial, a interpessoal, a socioeconómica e a espiritual. Estas dimensões poderão ser vistas de forma separada. Por exemplo, o facto de estar somaticamente doente tem impacto em todas as outras dimensões da qualidade de vida. Uma orientação espiritual sólida ou um suporte social adequado permite ao doente cooperar, mesmo que tenha limitações físicas severas (Küchler, Kober, Brölsch, Henne-Bruns & Kremer, 1991).

O presente estudo teve como objectivo verificar qual a relação da satisfação com o suporte social e da qualidade de vida numa amostra de doentes com transplante hepático.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo 50 doentes do Hospital da Universidade de Coimbra, acompanhados na Unidade de Transplantes Hepáticos. Como critério de inclusão na amostra definiu-se que os indivíduos deveriam ter sido submetidos há menos de um ano a cirurgia para transplante hepático.

Os participantes apresentaram idades compreendidas entre os 16 e os 62, com média de 39,44 ($dp=12,91$), a maior percentagem (38%; $n=19$) situa-se no intervalo de 30-40 anos.

Tendo em conta as patologias referidas, dois (4%) dos inquiridos têm a Doença de Wilson, 29 (58%) têm P.A.F., 12 (24%) apresentam Cirrose Hepática, dois (4%) sofrem de Síndrome de Bud-Chiari, dois (4%) têm Hepatite C, um (2%) têm Hepatite Fulminante, dois (4%) apresentam Hepatite Auto-Imune e um (2%) tem Colangite Esclerosante Hepática.

No que se refere ao estado civil, a maioria dos indivíduos ($n=38$; 76%) referiu estar casado ou viver em união de facto, nove (18%) são solteiros, dois (4%) divorciados e um (2%) é viúvo. No que diz respeito à escolaridade, 20 indivíduos (40%) referem ter feito o primeiro ciclo, oito (16%) fizeram o segundo ciclo, três (6%) possuem o terceiro ciclo, oito (16%) concluíram o secundário e 11 (22%) têm um curso superior. Quanto às profissões, verifica-se que 11 indivíduos (22%) são técnicos superiores, um (2%) pertence ao quadro médio, três (6%) são operários especialistas, 13 (26%) são operários, 13 (22%) são desempregados, 11 (8%) são estudantes, quatro (2%) são domésticas, um (2%) é empresário e dois (4%) são reformados.

Instrumentos

O material utilizado neste estudo foi um protocolo composto por duas escalas, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) e o Questionário da Qualidade de Vida (SF-36) de 36 itens, e um questionário sócio demográfico construído para o efeito, que permitiu a recolha de dados relativos ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão/ocupação e tipo de doença do sujeito.

A Escala de Satisfação com o Suporte Social – ESSS é um instrumento desenvolvido por Wethington e Kessler (1986) e validado para a população portuguesa por Ribeiro (1999) é um questionário de auto-preenchimento, que permite a operacionalização da variável satisfação com o suporte social com as suas quatro dimensões ou factores através de 15 itens de diferencial semântico de 5 pontos: “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo a maior parte” e “discordo totalmente”.

A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens, e pode variar entre 15 e 75, sendo que à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social. A nota de cada dimensão resulta da soma dos itens pertencentes a cada dimensão ou sub-escala.

Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos assinalados em “A”, e “5” aos assinalados em “E”. São excepção os itens que devem ser cotados invertidos: 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, e 15.

O primeiro factor, “satisfação com amigos” (SA), mede a satisfação com amizades/amigos, e inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15). O segundo factor, denominado de “intimidade” (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo e é composto por quatro itens (1, 4, 5, 6). O

terceiro factor, chamado “satisfação com a família” (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente, do qual fazem parte três itens (9, 10, 11). O quarto factor, nomeado “actividades sociais” (AS), mede a satisfação com as actividades sociais que realiza, com três itens (2, 7, 8).

Os estudos de validação revelam que o instrumento apresenta qualidades psicométricas adequadas. No que diz respeito à fiabilidade, o autor da validação para a população portuguesa procedeu ao cálculo da consistência interna de cada factor que compõe a escala, e que estão entre os padrões aceitáveis utilizados, com excepção do valor do factor satisfação com a família, que têm índice inferior a 0,69.

Para além deste procedimento, o autor determinou o valor de consistência interna da escala total verificando-se que este é de 0,85, número que excede os padrões de aceitabilidade usualmente utilizado (Ribeiro, 1999).

No que concerne à determinação da validade do instrumento, o autor procedeu ao cálculo da validade discriminante e da validade concorrente. A validade discriminante de um item evidencia-se pela diferença entre a correlação do item com a escala a que pertence por comparação com a correlação do item com as escalas a que não pertence. Verifica-se que o índice de discriminação dos itens é superior a 20 pontos entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence e a magnitude do segundo valor de correlação com outra escala. A validade concorrente foi inspeccionada, comparando a escala com medidas de saúde e de bem-estar e com medidas de mal-estar, verificando-se que a ESSS está associada a medidas de saúde na direcção esperada, ou seja prediz resultados positivos das medidas indicadoras de saúde e resultados negativos com medidas indicadoras de mal-estar (Ribeiro, 1999).

O Questionário de Qualidade de Vida – SF36, foi desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992) e validado para a população portuguesa por Ferreira (2000a; 2000b), o SF36 é constituído por 36 itens de auto-resposta e destina-se a avaliar conceitos de saúde que representam valores humanos básicos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar de cada um, abrangendo oito dimensões de estado geral de saúde, que detectam tanto os estados positivos como os negativos. Além disso não é específico de qualquer nível etário, doença ou tratamento.

A primeira dimensão denomina-se “função física”, composta por 10 itens, que medem desde a limitação para executar actividades físicas menores, até às actividades mais extenuantes, passando por actividades intermédias.

A segunda dimensão refere-se ao “desempenho físico”, com quatro itens. A terceira, diz respeito ao “desempenho emocional”, com três itens. Estas duas dimensões medem a limitação da saúde em termos do tipo e da quantidade de trabalho executado.

A “dor física” é a quarta dimensão com dois itens, que representam, não só a intensidade e o desconforto causados pela dor, mas também a forma como esta interfere nas actividades normais. A “saúde em geral” com cinco itens, pretende medir o conceito da percepção holística da saúde,

incluindo não só saúde actual, mas também a resistência à doença e a aparência saudável. A “vitalidade” com quatro itens inclui os níveis de energia e de fadiga, permite captar melhor as diferenças de bem-estar. A “função social” com dois itens, pretende captar a quantidade e a qualidade das actividades sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas actividades sociais da pessoa que responde. Por fim, a última dimensão, é a “saúde mental”, com cinco itens, que medem a ansiedade, a depressão, a perda de controlo em termos comportamentais ou emocionais e o bem-estar psicológico.

Estas oito sub-escalas (dimensões) podem ser agrupadas em duas componentes (saúde física e saúde mental), obtidas a partir de análises factoriais de componentes principais. A componente de saúde mental engloba a saúde mental, o desempenho emocional, a função social e a vitalidade. A componente física engloba a função física, o desempenho físico, a dor física e a saúde em geral.

O questionário de qualidade de vida – SF36 apresenta boas qualidades psicométricas. Para avaliar a fiabilidade da versão portuguesa do SF36 o autor utilizou o método teste-reteste e foi calculado o coeficiente alfa. Os valores de fiabilidade encontrados para as sub-escalas excedem os padrões aceitáveis utilizados. Para cada sub-escala, os coeficientes de fiabilidade iguala ou excede o valor 0,80, com excepção da sub-escala “função social”.

No que se refere aos testes de validade o autor procedeu à determinação da validade de conteúdo, discriminante e de critério, tendo-se verificado que o instrumento SF36 apresenta uma boa validade.

Procedimento

A recolha dos dados processou-se entre Fevereiro e Junho de 2004, durante o período de estágio realizado no H.U.C. (Hospital da Universidade de Coimbra), na Unidade de Transplantes Hepáticos.

Os participantes foram contactados durante as consultas de psicologia, sendo informados do objectivo do estudo, assim como de que a participação era voluntária e as respostas seriam mantidas em absoluto anonimato. Tendo sido dado aos doentes os esclarecimentos e apoio necessários, quando solicitados.

RESULTADOS

Inicialmente, foi feito o estudo de associação entre o questionário da qualidade de vida (SF total) e a escala de satisfação com o suporte social (ESSS total), dos doentes transplantados, onde

se verificou uma correlação positiva com significância estatística ($r=0,30$; $p<0,05$) entre a qualidade de vida e o suporte social.

Verificou-se ainda existir uma correlação positiva com significância estatística ($r=0,31$; $p<0,05$) entre a qualidade de vida (SF total) e o factor satisfação com os amigos (SA).

No estudo de associação entre o questionário da qualidade de vida (SF total) e o factor satisfação com a família (SF), pôde constatar-se também a existência de correlação positiva com significância estatística ($r=0,28$; $p<0,05$) entre a qualidade de vida e o factor satisfação com a família.

DISCUSSÃO

O objectivo deste estudo foi comparar a associação entre a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida do doente transplantado hepático há menos de um ano.

Após a análise dos resultados, verificou-se a existência de correlação positiva com significância estatística, que demonstra que quanto maior for o suporte social percebido maior será a qualidade de vida. Esse facto vai de encontro ao que refere a literatura. Bennett (2002) verificou existir uma correlação positiva com significância estatística entre a qualidade de vida do doente transplantado e a satisfação com o suporte social.

De acordo com Bennett (2002), existem dados significativos de que tanto homens como mulheres com poucos contactos sociais teriam maior predisposição para morrer mais cedo do que aqueles que possuem uma boa rede de suporte social. No entanto, dados do *Alameda Country Study* (Berckman e Syme, 1979 cit. por Ribeiro, 1999, p.549), por exemplo mostraram um aumento da longevidade associada a um número considerável de relações sociais, nomeadamente como consequência do casamento, de contactos com amigos próximos e parentes, da participação em grupos de igreja ou outros. Os indivíduos isolados teriam maior propensão para morrer mais cedo.

Tendo em consideração que uma boa saúde pode estar associada a um bom nível de qualidade de vida, pode dizer-se que o suporte social que o doente percebe ter, facilita na sua recuperação, o que vai afectar a qualidade de vida que ele relata. Segundo Hohaus e Berah (1996, cit. por Ribeiro, 1999, p.549), a satisfação com o suporte social é uma das variáveis que estão associadas à satisfação com a vida. De acordo com Rutter e Quine (1996, cit. por Ribeiro, 1999, p. 549), o suporte social tem efeitos mediadores na protecção da saúde. Broadhead e col. (1983, cit. por Ribeiro, 1999, p. 549), concluíram, na sua investigação, que havia uma forte correlação entre as variáveis suporte social e saúde. Leppin e Schwarzer (1989; 1991, cit. por Ribeiro, 1999, p. 549) concluíram que uma saúde deficiente era mais pronunciada entre os indivíduos que não tinham suporte social.

O facto destes doentes sentirem confiança na equipa médica, protecção e preocupação com o seu bem-estar, assim como o apoio familiar e dos amigos, reflecte-se na forma como adere aos tratamentos, na forma como se alimenta e na convivência com os seus colega de quarto, melhorando assim a sua saúde e consequentemente a qualidade de vida. Como refere Rodin e Salovey (1989, cit. por Ribeiro, 1999, p. 547), o suporte social alivia o *distress* em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente, tem um papel positivo na recuperação.

Quando se verificou a associação entre a qualidade de vida e a satisfação com os amigos, constatou-se a existência de correlação positiva com significância estatística. Este resultado vai no sentido do que foi referido por Berkman (1984, cit. por Ribeiro 1999, p.547) em que o suporte social é hoje aceite, indiscutivelmente, como importante tanto para a saúde como para as doenças, embora se continue a discutir o que pode ser considerado como variável no vasto domínio do suporte social, tais como o número de amigos, a frequência de contactos, a intensidade de contactos e a existência de amigos íntimos.

Outros autores como Caplan et al. (1975, cit. por Winnubst, Buunk & Marcelissen, 1990, p. 512) definem suporte social como qualquer *input* recebido de um indivíduo ou grupo, o que faz com que o receptor desse *input* siga em direcção do seu desejo.

Assim, o que foi referido anteriormente pôde ser confirmado pelos doentes transplantados hepáticos durante o seu acompanhamento nas consultas de psicologia nos H.U.C. Estes contam, que o facto de sentirem a presença de amigos em quem podem confiar nos momentos de maiores dificuldades após o transplante hepático, mostrando que se preocupam com eles, faz com que se sintam amados e valorizados. É visível, então, o aumento da auto-estima nestes, assim como a diminuição de problemas psicológicos como por exemplo a depressão, facto que vai actuar de forma positiva na sua recuperação e por consequência na sua qualidade de vida.

Encontrou-se ainda uma associação positiva significativa entre a qualidade de vida e o factor satisfação com a família. Este facto talvez se deva às características da amostra, constituída por 58% de doentes com P.A.F. (Paramiloidose Amiloidotica Familiar), doença hereditária que, pelas suas características de degradação física e afectação psíquica, implica o centrar-se na família, inclusive pelo grau de dependência que passa a ter, dependendo do nível de avanço da enfermidade.

A família é o ponto fulcral neste período pós-transplante hepático. Segundo Bodily e Fitz (1997), a dinâmica familiar e o suporte social a ela associada são aspectos importantes na reabilitação progressiva do doente transplantado. O facto destes, em regime de internamento, saberem que chegou o dia da família os ir visitar, faz com que estes estejam menos tristes, se alimentem melhor, adiram melhor aos tratamentos e durmam menos tempo durante o dia, conversando mais com o vizinho de quarto.

No entanto, o contrário também é visível. O facto de o doente receber visitas espaçadas dos familiares, por estes se encontrarem longe ou por dificuldades económicas, parece afectar a sua

recuperação. Isto pode ser corroborado por Charmaz (1983, cit. por Dowdy, 1997, p. 304), que refere existir um sentimento de perda fundamental do *self*, experimentado pelos doentes crónicos, como se a falta de identidade fosse apagada devido à perda de papéis sociais e relacionamentos. Adicionalmente, muitos preocupam-se com o facto de se tornarem um peso para a sua família.

De facto, o regresso ao seu estilo anterior de vida é complicado pelo regime médico imposto após o transplante, o que reforça a necessidade de atenção e cuidados especiais.

Deste modo, uma baixa auto-estima poderá fazer com que os doentes desenvolvam fobias sobre doenças infecciosas, assim como medo da separação dos imunossupressores. As fobias poderão resultar numa preocupação em demasia com o transplante, mesmo após a recuperação física estar completa (Dowdy, 1997).

REFERÊNCIAS

Adams, P., Ghent, C., Grant, D. & Wall, W. (1995). Employment After Liver Transplantation. *Hepatology*, 21, 140-144.

Bennet, P. (2002). Introdução clínica à psicologia da saúde. Lisboa: 3^a ed. Climepsi Editores.

Bishop, G., (1994). *Health psychology: integrating mind and body*. London: Allyn and Bacon.

Bucuvalas, J., & Brito, M. (2003). Health-related quality of life after liver transplantation: It's not all about the liver. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 37, 106-108.

Boddily, K. & Fitz, J. (1997). Selection of patients and timing of liver transplantation. In P. Killenberg, P. Clavien (Eds.), Medical care of the liver transplant patient (pp. 3-23). Massachusetts: Blackwel Science.

Commander, M., Neuberger, J. & Dean, C. (1992). Psychiatric And Social Consequences Of Liver Transplantation. *Transplantation*, 53, 1038-1040.

Chen, C. & Sun, C. (1994). Quality of Life Following Orthotopic Liver Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 26, 2266-2268

Dowdy, Z. (1997). Social rehabilitation of the liver transplantation patients. In P. killenberg, & P. Clavien, (Eds.), Medical care of the liver transplant patient (pp.300-303). Massachusetts: Blackwel Science.

Ferreira, P. (2000a). Adaptação cultural e linguística. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36, 13, 55-66.

Ferreira, P. (2000b). Testes de validação. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36, 13, 119-127.

Heyink, J., Tymstra, T., Slooff, M. & Klompmaker, I. (1990). Liver Transplantation-Psychosocial Problems Followingthe Operation. *Transplantation*, 49, 1118-1119.

House, R., Dubovsky, S., Penn, I. (1983). *Psychiatric Aspects Of Hepatic Transplantation*. *Transplantation*, 36, 146-150.

Kaplan, R., Sallis, J. & Patterson, T. (1993). *Health and human behaviour*. Singapore: McGraw-Hill.

Küchler, T., Kober, B., Brölsch, C., Henne-Bruns, D. & Kremer, B. (1991). Quality Of Life After Transplantation: Can A Psychosocial Support Program Contribute? *Transplantation Proceedings*. 23, 1541-1544.

Lakey, B., Drew, J., (1997). A social cognitive perspective on social support. In G. Pierce, B. Lakey, I. Saranson & B. Saranson (Eds.), *Sourceboock of social support and personality* (pp.107-140). New York: Plenum Press.

Levi, R., & Drotar, D. (1998). Critical issues and needs in health- related quality of life assessment of children and adolescents with cronic health conditions. In D. Drotar (Ed.), *Measuring health – related quality of life in children and adolescents: implications for research and practice* (pp. 3-24). London: Lawrence Erlbaum Associates.

Levy, R. (1983). Social support and complience: a selective review and critique of treatment integrity and outcome measurement. *Soc. Sci. Med.*, 17, 18, 1329-1338.

Lin, N. (1986). *Conceptualizing social support*. In N. Lin, A. Dean & W. Ensel (Eds.), *Social support, life events and depression* (pp. 17-18). London: Academic Press.

Llorca, M., Poussin, M. & Cazals-Ferré, M. (2004). Integração e apoios sociais. In M. Vasconcelos, P. Tap (Eds.), *Precaridade e vulnerabilidade psicologica* (pp. 93-98). Coimbra: Fundação Bissaya Barreto.

Martinez, A. (1997). *Aspectos conceptuales y metodológicos implicados en la relacion entre estrés y calidad de vida*. In Hombrados, M. (Eds.), *Estrés y salud* (pp. 39-48). Valencia: Promolibro.

Pilisuk, M., Parks, S. (1986). *The healing web: social networks and woman survival*. New England: University Press.

Ribeiro, J. (1999). *Escala de satisfação com o suporte social (ESSS)*. *Análise psicológica*, 3(XVII), 547-548.

Silva, I., Ribeiro, J., Cardoso, H. & Ramos, H. (2003). *Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes*. *Psicologia: saúde & doenças*, 4 (1), 21-22.

Shih, F., Hu, R., Ho, M., Lin, H., Lin, M. & Lee, P. (2000). *Changes in Health – Related Quality of Life And Working Competence Before And After Liver Transplantation*. *Transplantation Proceedings*, 32, 2144 – 2148.

Taylor, S. (1995). *Health psychology*. New York: McGraw Hill.

Winnubst, J., Bunnk, B. & Marcelissen, F. (1990). Social support and stress. In S. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handboock of life stress cognition and health* (pp.511-530). Singapore: John Wiley & Sons.

Wortman, C. & Dunkel- Shetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of social support. In A. Baum & J. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health: stress* (pp. 68-70). London: Lawrence Erlbaum Associates