

Aspectos Psiquiátricos na Transplantação Cardíaca e Pulmonar

Vera Teixeira de Sousa¹, Cassilda Costa^{1,2}, Constança Hipólito Reis¹, Rui Coelho^{1,2}

RESUMO

O transplante de órgãos sólidos tem vindo a aumentar progressivamente nos últimos anos, bem como o número de candidatos. Trata-se de uma terapêutica reservada para situações de doença terminal dos órgãos envolvidos e, por isso, realizada em doentes com elevada morbidade e mortalidade de base.

O processo de transplantação é bastante complexo e acarreta enormes riscos e desafios para o doente, que são naturalmente uma enorme fonte de enorme mal-estar psicológico geral para o próprio e para a sua família.

Apoiadas na evidência actual, as Sociedades Internacionais de Transplantação recomendam que a selecção dos candidatos para uma lista de transplante inclua critérios psicossociais e destacam a integração da Psiquiatria nas equipas de transplantação como uma importante vantagem para atingir os objectivos clínicos.

O papel do Psiquiatra está, por um lado, voltado para a identificação e intervenção nos factores psicossociais que podem, de alguma forma, afectar o resultado do transplante e, por outro lado, para a prestação de cuidados psiquiátricos ao doente transplantado.

Neste trabalho, os autores fazem uma breve revisão das áreas de intervenção da Psiquiatria na transplantação de órgãos sólidos e, em particular, no transplante cardíaco e pulmonar. São apresentadas as recomendações, mas também as controvérsias e as dificuldades que se colocam na selecção e triagem psicossocial dos candidatos, no seu acompanhamento no período pré-transplante, e na identificação e tratamento das perturbações psiquiátricas no pós-transplante.

PALAVRAS-CHAVE: TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS; CORAÇÃO; PULMÃO; SELECÇÃO DE PACIENTES; PSIQUIATRIA

PSYCHIATRIC ASPECTS OF HEART AND LUNG TRANSPLANTATION

ABSTRACT

Solid organ transplantation has increased steadily in recent years, as well as the number of candidates. This treatment is reserved for terminal illness of the implicated organs and, therefore, performed in patients who already have high morbidity and mortality rates.

The transplantation process is complex and entails huge risks and challenges for patients, which are obviously a great source of enormous distress for themselves and for their relatives.

Supported on current evidence, the International Society of Transplantation recommends that candidates' selection for a transplant list should include psychosocial criteria and stands for integration of Psychiatry in transplant teams as an important advantage to achieve favorable clinical endpoints.

The psychiatrist's role is, on the one hand, the identification and intervention in psychosocial factors that might somehow affect the outcome of transplant procedure and, secondly, to provide psychiatric care to transplanted patients.

In this paper, the authors briefly review of the intervention areas of Psychiatry in solid organ transplantation, particularly, in heart and lung transplantation. Recommendations are presented, but also the controversies and difficulties that arise in selection and psychosocial screening of candidates, pre-transplant care, as well as the identification and treatment of psychiatric disorders in the post-transplant period.

KEY-WORDS: ORGAN TRANSPLANTATION; HEART, LUNG; PATIENT SELECTION; PSYCHIATRY

1. Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicossomática, Serviço de Psiquiatria, Hospital de S. João, Porto

2. Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto

INTRODUÇÃO

O transplante de órgãos sólidos é uma modalidade terapêutica reservada para os casos graves de doença dos órgãos envolvidos, surgindo por isso como a hipótese de ultrapassar o obscuro prognóstico de uma doença terminal. Para além de terem de lidar com a morbidade associada à sua condição médica de base, todo o processo de transplantação é extraordinariamente exigente para os candidatos, não apenas do ponto de vista físico mas também psicológico e emocional. A maioria dos doentes ultrapassa com êxito os desafios colocados pela transplantação mas, para uma substancial minoria, o esforço necessário associa-se a níveis elevados de ansiedade, depressão e outras dificuldades de *coping* com esta situação.^{1,2}

Não obstante o aumento do número de órgãos recolhidos para transplante, o crescimento contínuo do número de doentes com condições médicas graves que chegam até estadios terminais, e por isso potenciais candidatos a transplante, determina uma escassez de órgãos em face das necessidades. Adicionalmente a esta consideração geral, há que ponderar para cada caso em particular os elevados riscos poten-

ciais do procedimento, bem como os onerosos custos associados. Isto obriga a uma criteriosa selecção dos doentes de modo a que sejam transplantados os que potencialmente mais beneficiem deste procedimento.

O reconhecimento da influência das características psicossociais e dos factores comportamentais no prognóstico do transplante conduziu à inclusão de critérios psicossociais na selecção dos candidatos e na recomendação da integração da Psiquiatria entre as especialidades médicas envolvidas nas equipas multidisciplinares de transplantação. A participação da Psiquiatria tem sido apontada como uma importante vantagem para atingir os objectivos clínicos bem como na melhoria dos cuidados ao doente no pós-transplante, dada a elevada prevalência de perturbações psiquiátricas nesta população.³

ÁREAS DE INTERVENÇÃO DA PSIQUIATRIA

Têm sido identificadas como áreas de intervenção da Psiquiatria na transplantação a selecção de doentes e o consentimento informado, o diagnóstico e tratamento das perturbações psiquiátricas pré-transplantação,

nomeadamente o abuso ou dependência de substâncias nos candidatos, a avaliação das condições de adesão ao tratamento bem como a sua promoção, e a abordagem das perturbações psiquiátricas pós-transplante, com particular ênfase para a potencial necessidade de intervenção psicofarmacológica em doentes que, em regra, são polimedicados.

Elevados níveis de stress estão presentes nos vários estádios do processo de transplante cardíaco.⁴ Uma das primeiras preocupações dos candidatos a transplante está relacionada com a incerteza em relação ao tempo de espera e à sua capacidade de sobrevivência até à disponibilidade do órgão necessário. O alívio finalmente trazido pelo transplante é, no entanto, acompanhado de novas preocupações, como o risco da rejeição, de infecções oportunistas e outros efeitos laterais das medicações. O stress relacionado com estas preocupações bem como o longo período de restabelecimento após o transplante podem levar a quadros de ansiedade, depressão e outras dificuldades de *coping*.¹

PRÉ-TRANSPLANTE

O período pré-transplante é uma fase de enorme mal-estar psicológico geral para a quase totalidade dos doentes, sendo os primeiros agentes desencadeadores de *stress* o reconhecimento de uma doença ameaçadora da vida e a necessidade de transplante.⁵ Outra potencial causa de mal-estar psicológico é a própria complexidade do processo de transplantação. Estima-se que cerca de 20% dos doentes desenvolvam uma perturbação psiquiátrica enquanto aguardam o transplante e que a presença de sintomas ansiosos possa atingir os 80%.⁶

Após a selecção para transplante e colocação em lista de transplantação, o período de espera por um dador compatível é muitas vezes caracterizado por angústia marcada. Alguns doentes descrevem sentimentos de ambivalência, vergonha e culpa, receando que ambicionar o transplante possa ser entendido como desejo da morte de alguém.⁷ Por outro lado, é também comum que o doente viva este período num estado de hiper-alerta, porque pode ser chamado para o procedimento a qualquer hora do dia ou da noite. Paralelamente, tem de lidar com as consequências, muitas vezes incapacitantes, da doença de base. Estima-se que cerca de metade dos doentes morrem enquanto aguardam o transplante. Para os próprios e para os seus familiares, o período da espera caracteriza-se, assim, por uma oscilação entre a “preparação para a morte” e a tentativa de “manter a esperança”.^{1,5}

O processo de selecção dos candidatos é feito com base em critérios médicos, cirúrgicos e psicossociais. Estes critérios têm variado ao longo do tempo, de acordo com os recursos terapêuticos disponíveis.

Integrando as equipas de transplantação, os psiquiatras contribuem para a selecção criteriosa dos doentes candidatos a transplante. A selecção é essencial, não apenas pela escassez de órgãos em face das necessidades, mas também de modo a adequar a intervenção mais eficaz a cada doente em particular. O objectivo é seleccionar os que mais beneficiarão com o procedimento, contribuindo assim para melhorar a sobrevivência e qualidade de vida dos candidatos. Os pareceres para selecção são um exercício clínico e são, por isso, sempre individualizados, considerando o benefício do doente em primeiro lugar. A conclusão por um parecer desfavorável ao transplante resulta da existência de uma relação risco-benefício adversa. Não obstante poder ser entendido como um obstáculo à realização de um procedimento no qual se deposita a esperança de recuperação de uma doença grave, o parecer negativo opõe-se à realização de um procedimento que pode resultar em agravamento da qualidade de vida ou mesmo em morte precoce.

Não existe uniformização quanto à consideração dos aspectos psicossociais nos diferentes centros de transplantação, o que sublinha a necessidade de pesquisas sobre a validade e fiabilidade dos critérios de selecção psicossocial.⁸ A grande maioria dos programas utiliza alguma forma de avaliação psicossocial pré-transplante e muitos deles incluem testes psicológicos formais na avaliação. A participação de um Psiquiatra nas equipas de transplantação pode ajudar a estabelecer linhas de orientação que dão consistência e suporte ético à selecção dos candidatos.³

De entre os factores psicossociais, a ansiedade e a depressão, a presença de perturbações de personalidade ou a disfunção neurocognitiva e o suporte social, têm sido identificados como importantes na avaliação pré-transplante. A adesão, entendida num sentido estrito como o cumprimento das prescrições farmacológicas e num sentido mais lato como a adesão a outras recomendações médicas, como a abstinência de tabaco, de álcool e de outras drogas e a adesão a um regime alimentar adequado, tem sido identificada como um dos principais factores comportamentais a avaliar no pré-transplante.³

Os factores associados a pior prognóstico do transplante são: o fraco suporte social, a presença de perturbações psiquiátricas que comprometam a adesão no pós-operatório, comportamentos auto-destrutivos, incluindo o abuso de nicotina, álcool e drogas, má adesão ao tratamento médico e a presença de traços de personalidade mal-adaptativos.⁹

A susceptibilidade ao *stress*, o comportamento mal-adaptativo e a presença de psicopatologia podem correlacionar-se com o sucesso do transplante, embora associações directas com a mortalidade pós-transplante tenham mostrado resultados controversos ou inconsistentes. No entanto, a presença de perturba-

ções psiquiátricas associa-se muitas vezes a prejuízo da adesão ao tratamento, o que compromete o resultado do transplante.⁶

Triagem pré-transplante

A triagem psicossocial pré-transplante é parte integrante dos procedimentos de selecção dos candidatos a transplante, assim como um importante meio para conhecer o paciente como uma pessoa para prestar melhor atendimento. Uma avaliação global permitirá, estabelecer uma apreciação inicial do funcionamento mental e monitorizar eventuais mudanças no pós-operatório, prever a capacidade do destinatário em lidar com as tensões geradas pela cirurgia, identificar doenças mentais co-mórbidas e conhecer as necessidades psicossociais do paciente e da família. Deste modo, será possível delinear um plano de intervenção durante as fases de espera, recuperação e reabilitação do processo de transplante.

As características psicossociais e comportamentais a considerar no pré-transplante são semelhantes entre candidatos a transplantes de diferentes órgãos sólidos, pelo que, em regra, os protocolos de triagem psicossocial pré-transplante não são específicos de órgão.¹⁰

A abordagem dos factores psicossociais deverá percorrer vários domínios, nomeadamente: funcionamento físico, ajustamento psicológico, aspectos comportamentais, suporte social e qualidade de vida (Figura 1).¹¹

Mehra e colaboradores definiram quatro áreas centrais no processo de triagem pré-transplante:

- **Compreensão:** capacidade para compreender as explicações dos procedimentos e as instruções em relação ao tratamento pré- e pós-transplante, bem como a capacidade para dar o consentimento informado.

- **Adesão:** capacidade de adesão a um regime complexo de terapêutica farmacológica ao longo da vida, alteração em termos de estilos de vida e seguimento clínico regular.

- **Avaliação Social:** identificar se a família ou os amigos irão providenciar o suporte ao longo do processo e se estarão dispostos a comprometerem-se com o bem-estar psicossocial futuro do doente.

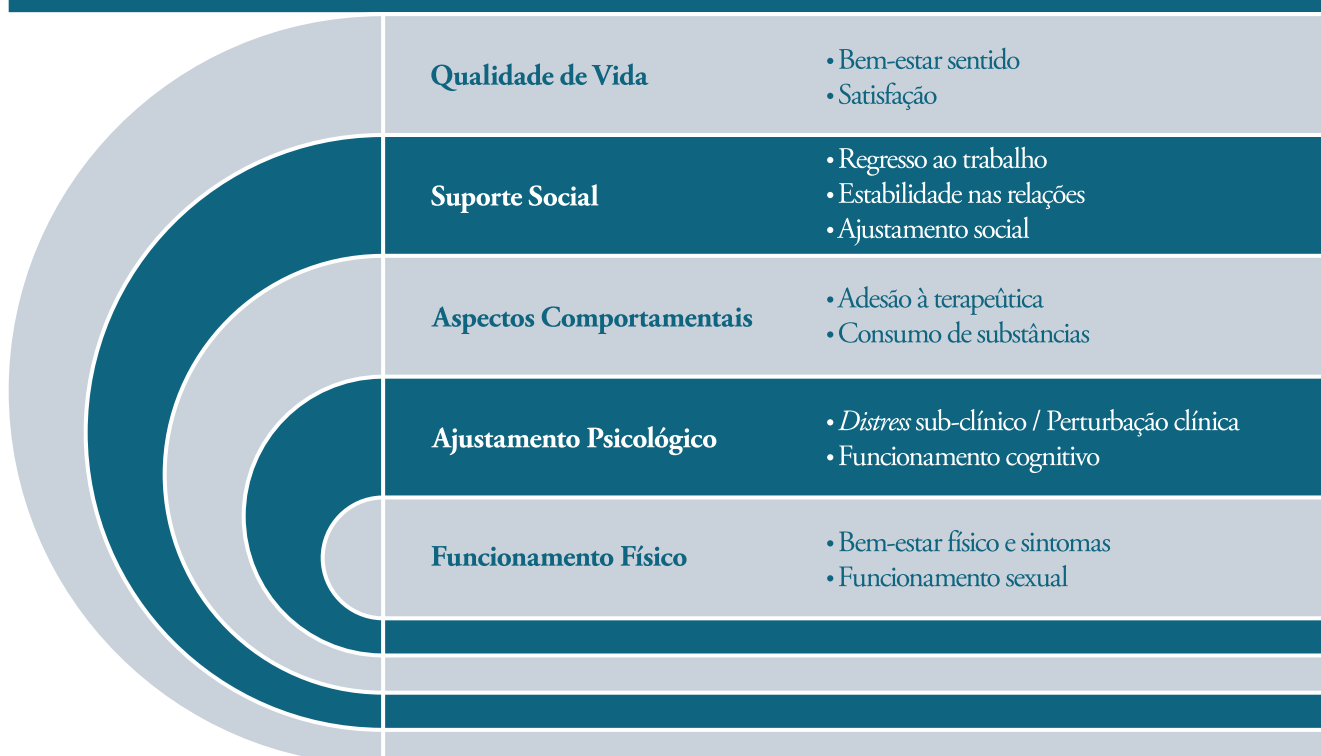
- **Qualidade de Vida:** percepção do doente sobre o seu próprio bem-estar psicossocial e o desejo de sobrevivência a longo prazo.¹²

O processo de selecção poderá incluir avaliações formais escritas, nomeadamente com testes psicométricos, mas que não substituem a entrevista clínica face-a-face.

A Escala de Avaliação para Transplante (*Transplant Evaluation Rating Scale* - TERS) e a Avaliação Psicossocial de Candidatos a Transplante (*Psychosocial Assessment of Candidates for Transplantation* - PACT) são duas das escalas específicas de avaliação de candidatos a transplante.^{13,14} Consideram factores como suporte social, saúde psicológica, abuso de substâncias, factores de estilo de vida, coping com a doença, compreensão do processo de transplante e seguimento clínico. Existe tradução destes instrumentos para Português mas ainda não existe validação.¹⁵

Traduzido e adaptado
de Cupples et al., 2006¹¹

FIGURA 1 - Domínios relevantes na avaliação psicossocial para transplante.



Portanto, uma avaliação psiquiátrica pré-transplante completa deve incluir:

- Antecedentes psiquiátricos
- Sintomas/doença psiquiátricos actuais (ansiedade, depressão, traços/perturbação de personalidade)
- Uso de psicofármacos
- História de abuso de substâncias (álcool, tabaco, outras)
- Suporte social
- Avaliação cognitiva
- Capacidade de conhecer, consentir e decidir sobre actos médicos
- Factores preditivos da adesão ao tratamento.^{3,16}

Adesão

A adesão designa o grau em que o comportamento do indivíduo coincide com a prescrição médica e é entendida como um dos determinantes do sucesso do transplante. O processo de transplantação implica não apenas o cumprimento de regimes farmacológicos complexos mas também a adopção de alterações ao nível do estilo de vida, como recomendações nutricionais, controlo do peso, cessação tabágica e actividade física.^{3,6,17}

Prever a adesão de modo seguro é uma tarefa difícil. No entanto, ela pode ser estimada de forma directa (através do doseamento dos fármacos) e indirecta (através de questionários de adesão como o Instrumento de Adesão à Terapia Imunossupressora [*Immunosuppressant Therapy Adherence Instrument - ITAS*]).¹⁸

A não adesão aos regimes terapêuticos é um problema reconhecidamente relevante na prestação de cuidados médicos em geral. Entre pacientes com doenças crónicas estima-se metade não cumpra o tratamento um ano após a sua prescrição, o que se traduz por deficiente controlo da condição-alvo e impacto económico substancial.^{19,20}

A não-adesão ao tratamento imunossupressor é comum nos transplantados, especialmente após o primeiro ano. A adesão encontra-se melhor estudada nos transplantados renais, população em que se estima uma prevalência de não-adesão de 22,3%²⁰. Dos transplantados cardíacos, 34,4% não adere a pelo menos uma das áreas do tratamento e 16,8 a 20% não aderem à terapêutica imunossupressora após o primeiro ano.²⁰

No período imediatamente após o transplante, os doentes apresentam geralmente uma boa adesão, encontrando-se esta, sobretudo, dependente da informação prestada quanto ao tipo de medicamentos e à sua posologia. Após o primeiro mês, os doentes podem começar a apresentar uma não adesão ocasional, falhando uma ou duas tomas por semana, ou não respeitando o horário das tomas. Nos meses

seguintes alguns doentes podem apresentar uma não-adesão intermitente que se pode tornar, a médio ou longo prazo, em persistente e total. O abandono da medicação tem sido relacionado, sobretudo, com os efeitos secundários dos fármacos, como os resultantes do uso prolongado de corticóides (hirsutismo, acne, alopecia, fâcies cushingóide), bem como com a sensação de imortalidade reforçada por um longo período sem problemas de saúde.²⁰

O impacto da não adesão no resultado do transplante é enorme, encontrando-se associada a elevada morbidade e mortalidade, redução da qualidade de vida (QDV), aumento dos custos com cuidados médicos e maior recurso aos serviços.²¹ Segundo Nash e Cooper, 26% dos casos de perda de função do enxerto ou morte após transplante cardíaco devem-se, pelo menos em parte, à não adesão.²²

Os estudos sobre a adesão ao tratamento após transplante têm mostrado resultados contraditórios no que respeita ao valor predictor do género e da classe sócio-económica. Os factores mais frequentemente associados a não adesão encontram-se sumariados na **Tabela 1**.^{3,6,17,21}

Intervenções psicoterapêuticas (nomeadamente do tipo cognitivo-comportamental) e/ou psico-educativas podem ser importantes na modificação de crenças e atitudes disfuncionais do doente sobre a eficácia e/ou necessidade do tratamento.³

As intervenções descritas na literatura são baseadas em vários modelos e com conteúdo e duração muito variáveis mas com idêntico benefício, sendo consistente que a duração e “dose” influenciam positivamente os resultados.²³

Enquanto a presença de perturbações psiquiátricas major activas tem sido consistentemente associada a pior adesão ao tratamento, ainda não há estudos con-

*Traduzido e adaptado de
Mebra et al., 2006²*

TABELA 1 - Factores de não-adesão ao tratamento no pós-transplante.

- Idade jovem (< 30 anos)
- Solteiros ou sem companheiro/a
- Raça não caucasiana
- Perturbações psiquiátricas:
 - Depressão major
 - Perturbações de ansiedade
 - Perturbações de Personalidade
 - Abuso de substâncias
 - Debilidade Intelectual
 - Instabilidade social ou económica
 - Desvalorização da eficácia/necessidade do tratamento e crenças sobre a doença e a medicação
- Locus de controlo externalizado
- Efeitos adversos de medicações

clusivos sobre a relação dos mecanismos de *coping*, traços de personalidade e relação médico-doente na adesão pós-transplante.^{3,6,17,21}

Dobbels e colaboradores conduziram um estudo recente sobre a adesão pós-transplante, concluindo que são predictores independentes de não-adesão à terapêutica imunossupressora pós-transplante: a não-adesão a medicações pré-transplante (OR=2,7), o mau suporte social (OR=7,9), um nível de escolaridade elevado (OR= 2,7) e baixa “consciencialização” (OR=0,8), sendo apenas o primeiro predictor de rejeição aguda tardia do enxerto.²⁴

Perturbações pré-transplante

Nos candidatos a transplante cardíaco tem sido verificada uma elevada prevalência de psicopatologia, estimando-se que 41% apresentem um diagnóstico do Eixo I, 18% um diagnóstico do Eixo II e 9% diagnósticos de ambos os eixos descritos no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais IV-TR (DSM-IV-TR).⁹

Maricle e colaboradores verificaram que 54% dos candidatos a transplante cardíaco apresentam síndrome depressivo.²⁵ Dos candidatos a transplante pulmonar, 25-50% apresentam critérios para, pelo menos, uma perturbação psiquiátrica, sendo as Perturbações de Ansiedade e do Humor as mais frequentes.⁶ Segundo Fusar-Poli e colaboradores, existem elevadas taxas de depressão nos candidatos a transplante pulmonar mas cerca de 36% desses doentes não recebem qualquer tratamento psiquiátrico.²⁶

A presença de sintomas ansiosos e depressivos no pré-transplante pulmonar tem sido correlacionada com maior mal-estar psicológico geral no pós-transplante e é um factor predictor de pior ajustamento e QDV no pós-operatório.⁶ Contudo, não foi encontrada associação entre a presença destes sintomas e a sobrevida ao fim do primeiro ano pós-transplante.²⁷

PÓS-TRANSPLANTE

Numa fase aguda, as perturbações resultantes de alterações fisiológicas, metabólicas ou induzidas por fármacos, como os estados de *delirium* e as psicoses, são as que mais frequentemente requerem a intervenção do psiquiatra. Mais tardiamente no decurso da hospitalização, que é muitas vezes prolongada, ou no período pós-alta hospitalar as perturbações mentais mais frequentes são os estados de ansiedade e a depressão.³ A médio e longo prazo, o psiquiatra deve estar atento ao aparecimento de perturbações psiquiátricas de novo, ao agravamento de condições prévias e na promoção da adesão ao tratamento.

No doente transplantado, uma área especialmente

sensível são as interações farmacológicas, já que os doentes estão frequentemente sujeitos a múltiplas medicações. A corticoterapia deve ser considerada como um factor potencialmente confundidor, aumentando o risco de perturbações psiquiátricas. Adicionalmente, o psiquiatra deve manter um elevado nível de suspeição em relação à etiopatogenia das alterações do humor ou comportamento que frequentemente surgem como sinais precoces de um problema médico, especialmente quando súbitas. Os sintomas depressivos surgem muitas vezes no período pós-cirúrgico independentemente do desfecho clínico, podendo representar um processo adaptativo após um esforço prolongado para manter esperança e evitar o desespero.³

Perturbações psiquiátricas no pós-transplante cardíaco

Muitas perturbações psiquiátricas são entendidas como normais ou uma reacção à doença física compreensível na situação pós-transplante, o que pode conduzir ao seu sub-diagnóstico e sub-tratamento.²⁸ No entanto, quando diagnosticadas, 75% das perturbações respondem bem ao tratamento.²⁵

Quadros de depressão clinicamente significativa ocorrem em cerca de um quarto dos transplantados cardíacos nos três primeiros anos após a cirurgia, sendo os sintomas precoces os que mais se relacionam com o processo de transplante propriamente dito. Um quinto destes pacientes apresenta Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PTSD) relacionada com o transplante e numa proporção semelhante são diagnosticadas Perturbações de Adaptação.⁶

Segundo Dew e colaboradores, a prevalência de perturbações psiquiátricas nos transplantados cardíacos aumenta do primeiro para o terceiro ano pós-transplante, com 17,3% de depressão *major*, 13,7% de PTSD relacionada com o transplante e 10,0% de Perturbação de Adaptação após o primeiro ano²⁹ e 25,5% Perturbação depressiva *major* e 17% PTSD três anos depois.³⁰ Entre os familiares cuidadores destes doentes, 7,7% preencheram critérios para PTSD e 11,0% adicionais apresentaram alguns critérios para esta perturbação.³¹ Outros autores encontraram uma melhoria dos *scores* de ansiedade, depressão, imagem corporal e QDV até quatro anos após o transplante.^{32,33}

Os factores associados a perturbações depressivas ou ansiosas após transplante cardíaco são: história de perturbação psiquiátrica pré-transplante, mau suporte social, uso de estratégias de evitamento na abordagem dos problemas de saúde, baixa auto-estima, efeitos laterais na imagem corporal secundários ao uso de altas doses de corticóides e tratamento com bloqueadores-beta.²⁹

Perturbações psiquiátricas no pós-transplante pulmonar

No curto prazo após transplante pulmonar, os sintomas depressivos são mínimos, o que deverá estar relacionado com o aumento da QDV que é inicialmente muito significativo nestes doentes. No longo prazo (aos três anos), o declínio do estado funcional tem sido associado a um aumento significativo da sintomatologia depressiva.²⁶ O bem-estar psicológico dos transplantados de pulmão é semelhante à população saudável ao fim do primeiro ano.³⁴

Também no transplante pulmonar existe um conjunto de factores associados ao aparecimento de perturbações depressivas ou ansiosas, como o tipo de doença terminal, a presença de Perturbação de Personalidade, uso de estratégias de coping disfuncionais, acontecimentos de vida, complicações físicas, medicações imunossupressoras, limitações na capacidade de trabalho, disfunções sexuais e falta de suporte psicossocial.²⁶

Qualidade de vida

O transplante de órgãos melhora substancialmente a QDV e a situação psicossocial dos receptores.³⁵ A QDV melhora significativamente após a cirurgia e mantém-se elevada.²⁸ Há, contudo, um grupo significativo de doentes em que não ocorre melhoria do bem-estar psicossocial, desconhecendo-se inteiramente os determinantes deste desfecho.³⁶ A insatisfação quanto à vida social e à situação financeira, apesar da melhoria da condição física e bem-estar geral, são referidas por muitos doentes no pós-transplante cardíaco.⁷ Alguns dos principais problemas sociais nos receptores de transplante cardíaco são o regresso à actividade laboral, bem como a retoma de outras actividades quotidianas.⁷ Entre os transplantados cardíacos, a QDV melhora após o transplante e mantém-se estável aos três e cinco anos pós-transplante.³⁷ Enquanto nestes doentes a QDV aumenta rapidamente logo após o transplante, nos transplantados pulmonares a melhoria parece ser mais lenta, atingindo equivalência ao transplante cardíaco ao fim do primeiro ano.³⁸

Variáveis psicossociais e prognóstico

A relação entre as variáveis psicossociais e o prognóstico tem sido alvo de controvérsia e mostrado resultados discrepantes entre os diferentes estudos.

Segundo Turjanski e Lloyd, a influência dos factores psicossociais no prognóstico clínico e na adesão ao tratamento não se encontra claramente provada; no entanto, relaciona-se com as taxas de complicações e algumas dificuldades no período pós-transplante.⁶

Um estudo com uma coorte de pacientes submetidos a ventriculectomia parcial esquerda por contra-indicação para transplante cardíaco, mostrou que a presença de contra-indicações psicológicas resultou num impacto negativo no tempo de sobrevida pós-operatório, sendo que o prognóstico adverso se deveu, sobretudo, à má adesão ao tratamento que se impunha após a cirurgia.³⁹

Owen e colaboradores, estudaram a associação entre a avaliação psiquiátrica pré-transplante cardíaco e vários *outcomes*, como o número de hospitalizações pós-transplante, o número de episódios de rejeição e a sobrevida, avaliando os casos, em média, 970 dias após o procedimento. Esta investigação permitiu verificar que a existência de tentativas de suicídio prévias se associa a um aumento das taxas de infecção após o transplante. Adicionalmente, o mesmo trabalho mostrou que antecedentes de tentativas de suicídio, má adesão às recomendações médicas, história de tratamento prévio por dependência de substâncias e depressão são factores que se encontram associados a diminuição da sobrevida nos doentes transplantados. A avaliação e tratamento precoce destes factores de risco pode potencialmente reduzir a morbilidade e a mortalidade pós-transplante. A depressão surge como um dos factores mais significativos pois, apesar da sua robusta associação com pior prognóstico nos doentes cardíacos, é uma condição passível de tratamento.⁴⁰

Também Brandwin e colaboradores verificaram a influência das variáveis psicossociais no prognóstico, tendo concluído que a existência de elevado mal-estar psicológico geral se associa a maior mortalidade no primeiro e quinto ano após o transplante.⁴¹

Um outro estudo destaca o facto da história de doença psiquiátrica *per se* ser pouco relevante no desfecho clínico do transplante, já que os indivíduos com alguma perturbação mental mas com boa adesão ao tratamento médico não têm resultados diferentes dos restantes no que se refere ao resultado do transplante ou em termos de sobrevida.⁴²

Em relação à personalidade, existem alguns estudos em transplantados cardíacos que a correlacionam com o prognóstico do transplante. O padrão de personalidade Tipo D (escala DS-14) associou-se de forma independente a maior mortalidade e rejeição precoce do enxerto em doentes submetidos a transplantação cardíaca⁴³ e a três a seis vezes maior risco de diminuição da QDV sete anos após o transplante cardíaco.⁴⁴

Tratamento da depressão no pós-transplante

Não existem recomendações estabelecidas sobre intervenções psicológicas ou farmacológicas especificamente aprovadas para estas situações. Também não

se encontram disponíveis, tanto quanto seja do nosso conhecimento, estudos randomizados sobre a eficácia e a segurança de medicações anti-depressivas nesta população, sendo as recomendações existentes baseadas em estudos de caso ou opiniões de peritos.^{28,45}

No entanto, a depressão e mesmo a presença de sintomas depressivos abaixo do limiar diagnóstico de perturbação mental parecem estar associadas a maior morbidade e mortalidade em doentes com patologia cardiovascular. O humor está também relacionado com a QDV e, por isso, o tratamento antidepressivo deverá melhorar a QDV e aumentar a sobrevida dos doentes transplantados.²⁸

A escolha de tratamento antidepressivo e ansiolítico deve, como habitualmente, ter em consideração as características do doente e o perfil de efeitos laterais.²⁶ Os fármacos inibidores da recaptção da serotonina (SSRIs) são considerados a primeira escolha e, destes, a sertralina e o citalopram são os mais aconselhados. A sertralina apresenta um efeito de vasodilatação das artérias coronárias, protecção do endotélio e um possível efeito sinérgico com a terapêutica imunossupressora. A mirtazapina é também considerada uma abordagem de primeira linha, sobretudo nos casos em que os seus efeitos ansiolítico, sedativo e estimulador do apetite sejam vantajosos.

Os antidepressivos tricíclicos (TCAs) encontram-se associados a toxicidade cardiovascular importante, potencialmente provocando atraso na condução intraventricular (aumentando o intervalos PR, QRS e QT), hipotensão ortostática e efeitos anti-colinérgicos.²⁸ No entanto, o coração transplantado, pela sua desnervação autonómica, parece ser menos sensível a estes efeitos, pelo que este grupo farmacológico surge como uma alternativa segura e eficaz.⁴⁶ O seu uso deve ser cauteloso nos doentes com disfunção hepática, dada a sua metabolização hepática; a nortriptilina é a que requer menor metabolização hepática, devendo ser preferida nestes casos. Outro problema dos TCAs é o seu potencial para baixar o limiar convulsivo, o que pode ser relevante em doentes com outros factores de risco, como encefalopatia e neurotoxicidade devido ao tratamento com inibidores da calcineurina.²⁸

A electroconvulsivoterapia encontra-se descrita em apenas cinco casos de doentes transplantados e é, como para as demais situações, uma intervenção reservada para casos refractários.²⁸

O uso de benzodiazepinas é seguro nos doentes com patologia cardíaca mas deve ser cuidadoso nos transplantados pulmonares pela redução do tónus das vias aéreas superiores e atenuação da resposta do centro respiratório à hipercapnia, o que pode ocorrer mesmo em doses terapêuticas em alguns doentes ou ser potenciado pelo efeito de outras medicações.²⁶ Deve, ainda, preferir-se as

benzodiazepinas de acção curta, como o oxazepam e o lorazepam.²⁸

No manuseamento de psicofármacos devem ser consideradas as potenciais interacções farmacológicas, especialmente aquelas com o citocromo CYP3A4. Os SSRIs são, em regra inibidores desta enzima, o que pode resultar em aumento dos níveis de ciclosporina, já que a metabolização deste fármaco, comumente usado nos esquemas de imunossupressão pós-transplante, pode ficar prejudicada, até atingir níveis tóxicos. As menores interacções são verificadas com o citalopram, que deve ser por isso preferido. Pelo contrário, a fluoxetina, apesar de apresentar uma potência inibidora do citocromo CYP3A4 moderada, pela sua longa semi-vida, compromete potencialmente a estabilidade dos níveis de ciclosporina.²⁸ Vella J. e colaboradores defendem o doseamento da ciclosporina sete a dez dias após o início do tratamento antidepressivo para assegurar a ausência de interacções.⁴⁷

Existem poucos estudos publicados sobre intervenções psicoterapêuticas nestes doentes. A maior parte delas consistem em abordagens para manuseamento do impacto do *stress*, psico-educação e aconselhamento sobre estilos de vida. Algumas das questões mais frequentemente focadas são as dificuldades de passar de um estado de doença de órgão terminal para um estilo de vida mais activo (novos papéis sociais e familiares), a presença de ruminações sobre o dador do órgão e o medo de não voltar a “sentir emoções” nos transplantados cardíacos.²⁸

CRITÉRIOS DE SELECÇÃO PARA TRANSPLANTE

Os factores psicossociais desempenham um papel importante no sucesso do transplante. A sua inclusão na selecção dos candidatos é uma medida de extrema utilidade, contribuindo para a adequação do paciente ao procedimento e fornecendo à equipa de transplante um conhecimento global de potenciais problemas nos períodos pré e pós-transplante. As principais razões de ordem psicossocial para rejeitar um candidato a transplante são baseadas na sua incapacidade para dar cumprimento à medicação e ao tratamento, dado o elevado risco de rejeição do órgão transplantado. Os riscos significativos e os elevados custos do transplante tornam essencial o reconhecimento dos factores que afectam negativamente os resultados, devendo ser recusada a intervenção até que essas questões sejam abordadas e resolvidas.⁴⁸ No entanto, não existem contra-indicações absolutas baseadas nestes critérios. Estes são úteis, sobretudo, para sinalizar situações em que estes factores concorram para um pior desfecho do transplante. A presença de algumas perturbações psiquiátricas

está associada a pior adesão ao tratamento imunossupressor e pior QDV.⁶

No que se refere ao transplante cardíaco, as recomendações para a avaliação psicossocial dos candidatos e abordagem das situações de abuso de substâncias estão bem estabelecidas pela Sociedade Internacional para a Transplantação Cardíaca e Pulmonar, através das *Guidelines for the Care of Cardiac Transplant Candidates*. As recomendações são de várias categorias, desde I (existe evidência e/ou acordo geral sobre eficácia/benefício e utilidade) até III (não é útil/eficaz e em alguns casos pode ser lesivo) (Tabela 2).¹² Com base nestas recomendações, as contra-indicações relativas para transplante cardíaco são:

- Perturbação de Personalidade Anti-social
- Não adesão à medicação
- Abuso de álcool ou outras drogas
- Tabagismo
- Ausência de cuidadores no caso de incapacidade do doente.

Não existem linhas de orientação claras para o transplante do pulmão mas os critérios usados nos diferentes centros são semelhantes às recomendações existentes para o transplante cardíaco.¹⁶

CONCLUSÃO

A compreensão da forma como os receptores vivenciam o processo de transplante é essencial para o desenvolvimento de intervenções que assegurem o máximo benefício a cada transplantado. Aos profissionais de saúde cabe actuar como suporte em relação às enormes exigências do transplante, promovendo no transplantado a consciencialização sobre as suas reais capacidades físicas, estimulando a adesão ao tratamento e a adopção das mudanças de estilo de vida fundamentais, bem como auxiliar o doente e os seus familiares em todo o processo. A presença do psiquiatra nas equipas de transplantação permite aos profissionais envolvidos ter um conhecimento holístico do doente e das suas circunstâncias. A intervenção psiquiátrica pode:

- aumentar substancialmente a adesão às terapêuticas imunossupressoras e, assim, a sobrevivência dos doentes.
- reduzir a taxa de complicações e melhorar a sua qualidade de vida.
- promover o acompanhamento dos doentes transplantados e das suas famílias na fase pré- e pós-transplante, diagnosticando, atempadamente, as situações de forma a planear o seu tratamento e a evitar futuras complicações.¹²

O psiquiatra desempenha também um importante contributo na selecção dos candidatos. Existe, no entanto, uma enorme controvérsia sobre a

validade dos critérios psicossociais e sobre a sua capacidade para prever o resultado da intervenção. O argumento ético para o uso de factores psicossociais é semelhante ao dos factores médicos, isto é, doar órgãos àqueles que mais provavelmente irão beneficiar deles em termos de qualidade de vida e de sobrevida. Existem poucos dados sobre a fiabi-

Traduzido e adaptado de Mehra et al., 2006²

TABELA 2 - Recomendações para avaliação psicossocial e abordagem de abuso de substâncias

Recomendações para avaliação psicossocial

Classe I:

- A avaliação psicossocial deverá ser efectuada pré-inclusão na lista para transplante.
- Deverá incluir:
 - Avaliação da capacidade do doente para fornecer consentimento informado e cumprir com as instruções, nomeadamente com o tratamento farmacológico.
 - Avaliação dos sistemas de suporte no domicílio e na comunidade (nível de evidência C).

Classe II a:

- O atraso mental ou a demência deverá ser entendida como uma contra-indicação relativa para transplante (nível de evidência C).

Classe III:

- A má adesão aos regimes terapêuticos é um factor de risco para rejeição e para mortalidade. Doentes que se demonstraram incapazes de aderir ao tratamento farmacológico em várias ocasiões não deverão ser transplantados.

Recomendações sobre abuso de substâncias

Classe I:

- A educação sobre a importância da cessação tabágica e redução da exposição ambiental deve ser feita antes do transplante e continuar no período pós-transplante (nível de evidência C).

Classe II a:

- É razoável considerar que consumo de tabaco como uma contra-indicação relativa para a transplantação. O consumo de tabaco durante os 6 meses anteriores é um factor de risco para piores resultados do transplante (nível de evidência C).

Classe II b:

- Deverá ser considerado um programa de reabilitação estruturado para doentes com história recente de abuso de álcool (24 meses) (nível de evidência C).

Classe III:

- Os doentes que mantêm os consumos abusivos de substâncias (incluindo álcool) **não deverão ser transplantados** (nível de evidência C).

lidade e validade dos critérios psicossociais e sobre a capacidade destas avaliações predizerem o desfecho clínico do transplante. No entanto, parece consensual que todos os candidatos a transplante cardíaco e pulmonar devem passar por uma avaliação psicossocial.

REFERÊNCIAS

- Crone CC, Wise TN. Psychiatric Aspects of Transplantation, II: Preoperative Issues. *Crit Care Nurse Journal* 1999; 19(3):51-63.
- Mai FM. Psychiatric aspects of heart transplantation. *Br J Psychiatry* 1993; 163:285-92.
- Surman OS, Cosimi AB, DiMartini A. Psychiatric care of patients undergoing organ transplantation. *Transplantation* 2009; 87(12):1753-1761.
- Kuhn WF, Brennan AF, Laceyfield PK, Brohm J, Skelton VD, Gray LA. Psychiatric distress during stages of heart transplant protocol. *J Heart Lung Transplant* 1990; 9(1): 25-29.
- Tavares E. A vida depois da vida: reabilitação psicológica e social na transplantação de órgãos. *Análise Psicológica* 2004; XXII:765-777.
- Turjanski N, Lloyd GG. Transplantation. In: Blumenfeld M, Strain JJ, editors. *Psychosomatic Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006; p.389-399.
- Stolf NAG, Sadala MLA. Os significados de ter o coração transplantado: a experiência dos pacientes. *Braz J Cardiovasc Surg* 2006; 21(3):314-323.
- Levenson JL, Olbrisch ME. Psychiatric aspects of heart transplantation. *Psychosomatics* 1993; 34:114-123.
- Triffaux JM, Wauthy J, Bertrand J, Limet R, Albert A, Anseau M. Psychological evolution and assessment in patients undergoing OHT. *European Psychiatry* 2001; 16(3):180-5.
- Dobbels F, Vanhaecke J, Nevens F, Dupont L, Verleden G, Van Hees D, et al. Liver versus cardiothoracic transplant candidates and their pretransplant psychosocial and behavioral risk profiles: good neighbors or complete strangers? *Transplant International* 2007; 20:1020-1030.
- Cupples S, Dew MA, Grady KL, De Geest S, Dobbels F, Lanuza D, et al. Report of the psychosocial outcomes workgroup of the nursing and social sciences council of the International Society for Heart and Lung Transplantation: present status of research on psychosocial outcomes in cardiothoracic transplantation review and recommendations for the field. *J Heart Lung Transplant* 2006; 25(6):716-25.
- Mehra MR, Kobashigawa J, Starling R, Russell S, Uber PA, Parameshwar J, et al. Listing criteria for Heart transplantation: International Society for Heart and Lung Transplantation Guidelines for the Care of Cardiac Transplant Candidates - 2006. *Journal Heart Lung Transplant* 2006; 25(9):1024-42.
- Olbrisch ME, Levenson JL, Hamer R. The PACI: a rating scale for the study of clinical decision-making in psychosocial screening criteria for organ transplant candidates. *Clin Transpl* 1989; 3:164-9.
- Twilman 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(2):144-153.
- Garcia CJ, Botega NJ. Avaliação psiquiátrica de candidatos a transplante. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2002; 24(2):84-93.
- Barbour K, Blumenthal JA, Palmer SM. Psychosocial issues in the assessment and management of patients undergoing lung transplantation. *Chest* 2006; 129:1367-1374.
- Hansen R, Seifeldin R, Noe L. Medication Adherence in Chronic Disease: Issues in Posttransplant Immunosuppression. *Transplantation Proceedings* 2007; 39(5):1287-1300.
- Chisholma MA, Lancee CE, Williamson GM, Mulloy LL. Development and validation of the immunosuppressant therapy adherence instrument (ITAS). *Patient Education and Counseling* 2005; 59:13-20.
- Wahl C, Gregoire JP, Teo K, Beaulieu M, Labelle S, Leduc B, Cochrane B, Lapointe L, Montague T. Concordance, Compliance and Adherence in Healthcare: Closing Gaps and Improving Outcomes. *Healthcare Quarterly* 2005; 8(1):65-70.
- Hansen R, Seifeldin R, Noe L. Medication Adherence in Chronic Disease: Issues in Posttransplant Immunosuppression. *Transplantation Proceedings* 2007; 39(5):1287-1300.
- Telles-Correa D, Barbosa A, Mega I, Barroso E, Monteiro E. Adesão nos doentes transplantados. *Acta Médica Portuguesa* 2007; 20:73-85.
- Nash ES, Cooper DKC. *Psychiatric Aspects*. In: Cooper DK, Miller LW, Patterson GA. *The Transplantation and Replacement of Thoracic Organs: The Present Status of Biological and Mechanical Replacement of the Heart and Lungs*. Springer; 1996, p.131-135.
- De Bleser L, Matteson M, Dobbels F, Russell C, De Geest S. Interventions to improve medication-adherence after transplantation: a systematic review. *Transplant International* 2009; 22:780-797.
- Dobbels F, Vanhaecke J, Dupont L et al. Pretransplant predictors of posttransplant adherence and clinical outcome: an evidence base for pretransplant psychosocial screening. *Transplantation* 2009; 87:1497-1504.
- Maric RA, Hosenpud JG, Norman DJ, Woodbury A, Pantley GA, Cobanoglu AM, Starr A. Depression in patients being evaluated for heart transplantation. (abstract). *General Hospital Psychiatry* 1989; 11(6):418-424.
- Fusar-Poli P, Lazzaretti M, Ceruti M, Hobson R, Petruska K, Cortesi M, et al. Depression after lung transplantation: causes and treatment. *Lung* 2007; 185:55-65.
- Woodman CL, Geist LJ, Vance S, Laxson C, Jones K, Kline JN. Psychiatric disorders and survival after lung transplantation. *Psychosomatics* 1999; 40(4):293-297.
- Fusar-Poli P, Picchioni M, Martinelli V, Bhattacharyya S, Cortesi M, Barale F, et al. Anti-depressive therapies after heart transplantation. *J Heart Lung Transplantation* 2006; 25(7):785-93.
- Dew MA, Roth LH, Schulberg HC, Simmons RG, Kormos RL, Trzepacz PT, et al. Prevalence and predictors of depression and anxiety-related disorders during the year after heart transplantation. *General Hospital Psychiatry* 1996; 18(6):485-615.
- Dew MA, Kormos RL, DiMartini AF, Switzer GE, Schulberg HC, Roth LH, et al. Prevalence and risk of depression and anxiety-related disorders during the first three years after heart transplantation. *Psychosomatics* 2001; 42(4):300-313.
- Stukas AA Jr, Dew MA, Switzer GE, DiMartini A, Kormos RL, Griffith BP. PTSD in heart transplant recipients and their primary family caregivers. *Psychosomatics* 1999; 40(3):212-21.
- Jones BM, Chang VP, Esmore D, Spratt P, Shanahan MX, Farnsworth AE, et al. Psychological adjustment after cardiac transplantation. *Med J Aust* 1988; 1; 149(3):118-22.
- Jones BM, Taylor F, Downs K, Spratt P. Longitudinal study of quality of life and psychological adjustment after cardiac transplantation. *Med J Aust* 1992; 6; 157(1):24-6.
- Goetzmann L, Scheuer E, Naef R, Vetsch E, Buddeberg C, Russi EW, et al. Psychosocial situation and physical health in 50 patients > 1 year after lung transplantation. *Chest* 2005; 127(1):166-170.
- Goetzmann L, Klaghofer R, Wagner-Huber R, Halter J, Boehler A, Muellhaupt B, et al. Quality of life and psychosocial situation before and after a lung, liver or an allogeneic bone marrow transplant. *Swiss Med Wkly* 2006; 136(17-18):281-290.
- Goetzmann L, Ruegg L, Stamm M, Ambühl P, Boehler A, Halter J, et al. Psychosocial profiles after transplantation: a 24-th month follow-up of heart, lung, liver, kidney and allogeneic bone-marrow patients. *Transplantation* 2008; 86(5):662-668.
- Saeed I, Rogers C, Munday A. Health-related quality of life after cardiac transplantation: results of a UK national survey with norm-based comparisons. *J Heart Lung Transplant* 2008; 27(6):675-81.
- Myaskovsky L, Dew MA, McNulty ML, Switzer GE, DiMartini AF, Kormos RL, et al. Trajectories of change in quality of life in 12-month survivors of Lung or Heart Transplant. *American Journal of Transplantation* 2006; 6(8):1939-1947.
- Frota-Filho JD, Lucchese FA, Sales MC, Lobo RCM, Tanaka N, Correa Junior JM, et al. Mortality after partial left ventriculectomy in relation to contraindications for heart transplantation. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2003; 18(1):1-8.
- Owen JE, Bonds CL, Wellisch DK. Psychiatric evaluations of Heart Transplant candidates: predicting post-transplant hospitalizations, rejection episodes and survival. *Psychosomatics* 2006; 47:213-222.
- Brandwin M, Task PC, Schwartz SM, Clifford M. Personality predictors of mortality in cardiac transplant candidates and recipients. *Journal of Psychosomatic Research* 2000; 49:141-147.
- Skotzko CE, Rudis R, Kobashigawa JA, Laks H. Psychiatric disorders and outcome following cardiac transplantation. *J Heart Lung Transplant* 1999; 18(10):952-956.
- Denollet J, Holmes RVE, Vrints CJ, Conraads VM. Unfavorable outcome of heart transplantation in recipients with type D personality. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* 2007; 26(2):152-158.
- Pedersen SS, Hollkamp PG, Caliskan K, Domburg RT, Erdman RAM, Balk AH. Type D personality is associated with impaired health-related quality-of-life 7 years following heart transplantation. *Journal of Psychosomatic Research* 2006; 61:791-795.
- Fusar-Poli P, Martinelli V, Politi P. Successful antidepressive treatment with mirtazapine following lung transplantation. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2008; 32:1745-1746.
- Kay I, Bienenfeld D, Slomowitz M, Burk J, Zimmer L, Nadolny G, et al. Use of tricyclic antidepressants in recipients of heart transplants. *Psychosomatics* 1991; 32(2):165-70.
- Vella J, Waterman A. Psychiatric aspects of transplantation. *UpToDate* 2009; version 17. 2 [online].
- Messias E, Skotzko CE. Psychiatric assessment in transplantation. *Rev Saude Publica*. 2000; 34(4):415-20.

Correspondência:

Vera Teixeira de Sousa
Unidade de Psiquiatria de Ligação e Psicossomática
Serviço de Psiquiatria
Hospital de São João
Al. Prof. Hernâni Monteiro
4200-319 Porto

Email:

veratsousa@gmail.com