

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

FATORES DE PERSONALIDADE, AUTOEFICÁCIA E DEPRESSÃO EM
PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE RENAL

CAROLINE VENZON THOMAS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

São Leopoldo, 2009

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

FATORES DE PERSONALIDADE, AUTOEFICÁCIA E DEPRESSÃO EM
PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE RENAL

Caroline Venzon Thomas

Orientadora: Profª Drª Elisa Kern de Castro

Dissertação de Mestrado, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

São Leopoldo, 2009

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a todas às pessoas que estiveram comigo durante esta trajetória e que de alguma forma colaboraram para a construção deste trabalho.

Em primeiro lugar, meu agradecimento especial a todos os pacientes que aceitaram participar deste estudo, pela atenção e pelo tempo disponibilizado, colaborando de forma extremamente significativa para o desenvolvimento deste trabalho.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Elisa Kern de Castro, pela sua dedicação, orientação, paciência e por acreditar no meu potencial para realização deste trabalho. Obrigada pelos valiosos ensinamentos e pela atenção constante durante toda a caminhada do mestrado. Além de todo conhecimento adquirido, ficará minha admiração e carinho.

À Prof^a. Pós Dr^a. Rosa Martins de Almeida, que foi relatora do projeto de pesquisa e da fase final deste trabalho. Meu agradecimento especial pela disponibilidade dispensada e por ter contribuído de maneira extremamente importante para a qualidade da dissertação.

A todos os Hospitais e Unidade de Hemodiálise que abriram suas portas para a realização deste estudo. Meu agradecimento às equipes que possibilitaram a coleta de dados, colaborando para a sua realização.

As graduandas Marina Kreling e Patrícia da Costa Vidal, pela valiosa contribuição na coleta de dados. Meu agradecimento pelo empenho e dedicação despendidos.

As minhas colegas do grupo de pesquisa, Clarissa Ponciano, Clarisse Job, Débora Wagner e Bruna Meneghetti, pelos bons momentos, pela amizade e pelo ótimo ambiente de trabalho que construímos durante este período.

Ao Fabiano, meu grande amor e companheiro de todas as horas. Agradeço por acreditar nos meus sonhos, pelo incentivo, pela compreensão, pela paciência, pelo amor e pelo carinho recebido em todos os momentos. Você me proporcionou a conclusão desta etapa, através do seu estímulo, seu apoio e principalmente por vivenciar todos os momentos ao meu lado, me passando sempre muita tranquilidade e me dando muitas alegrias.

Aos meus pais, Deni e Dalva, por terem proporcionado a minha formação de psicóloga, me oferecendo todas as possibilidades para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos amigos, que de perto ou de longe fizeram parte desta trajetória.

À Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela assistência financeira proporcionada para o desenvolvimento deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT	7
APRESENTAÇÃO.....	8
SESSÃO I- ARTIGO TEÓRICO	9
ARTIGO TEÓRICO: Personalidade, Comportamentos de Saúde e Aderência ao Tratamento a partir do Modelo dos Cinco Grandes Fatores.....	9
INTRODUÇÃO.....	10
Personalidade e o Modelo dos Cinco Grandes Fatores.	10
Personalidade, Comportamentos relacionados à Saúde e Aderência ao Tratamento a partir do modelo dos Cinco Grandes Fatores.....	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
SESSÃO II- ARTIGO EMPÍRICO	24
ARTIGO EMPÍRICO: Fatores de Personalidade, Autoeficácia e Depressão em pacientes em lista de espera para transplante renal	24
INTRODUÇÃO.....	25
MÉTODO	30
Participantes.....	30
Instrumentos	32
Delineamento e Procedimentos	33
Análise Estatística.....	34
RESULTADOS	35
DISCUSSÃO.....	40
SEÇÃO III.....	48
RELATÓRIO DE PESQUISA	48
Transplante renal: Aspectos gerais	48
Fatores de personalidade e transplante de órgãos.....	52
Autoeficácia e transplante de órgãos	55
Depressão em pacientes com insuficiência renal crônica e transplante	57
OBJETIVOS.....	61
MÉTODOS.....	62
Participantes.....	62

Instrumentos	64
Procedimentos de coleta	66
Procedimentos Éticos de Pesquisa.....	66
RESULTADOS	67
Análises Descritivas.....	71
DISCUSSÃO	79
REFERÊNCIAS	93
ANEXOS	106
Anexo A. Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética	106
Anexo B. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107
Anexo C. Questionário de Dados Sócio-demográficos e Clínicos	108
Anexo D. Bateria Fatorial de Personalidade.....	109
Anexo E. Escala de Autoeficácia Geral Percebida.....	116
Anexo F. Inventário de Depressão de Beck.....	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados Sóciodemográficos	31
Tabela 2: Médias, Desvio Padrão, Comparação de Médias (<i>teste t</i>) entre homens e mulheres e total de Autoeficácia, Depressão e Fatores de Personalidade	35
Tabela 3: Médias de Autoeficácia, Depressão e Fatores de Personalidade para os participantes com idades <50> anos	36
Tabela 4: Análise de Correlação	38
Tabela 5: Análise de Regressão (<i>Método Enter</i>) para Depressão e fator Neuroticismo e <i>Método Stepwise</i> para Autoeficácia e os fatores Realização, Neuroticismo e Extroversão	39
Tabela 6: Dados Sóciodemográficos	63
Tabela 7: Fatores e Facetas	65
Tabela 8: Dados referentes às unidades de hemodiálise da cidade de Porto Alegre envolvidas no estudo.	67
Tabela 9: Descrição da amostra de pacientes em lista de transplante renal realizando diálise na cidade de Porto Alegre	68
Tabela 10: Dados referentes aos cuidados com o paciente	69
Tabela 11: Dados referentes a tratamento psicológico/ psiquiátrico e uso de medicação para depressão	70
Tabela 12: Uso de medicações para depressão utilizadas pelos pacientes	70
Tabela 13: Médias da população geral do estudo referentes à Autoeficácia Total, Depressão e Fatores de Personalidade.	71
Tabela 14: Diferença de Médias entre níveis de Depressão e uso de medicação	72
Tabela 15: Médias, Desvio Padrão, Comparação de Média (<i>teste t</i>) entre estado civil, Depressão e pontuação total de autoeficácia.	73
Tabela 16: Médias, Desvio Padrão, Comparação de Médias (<i>teste t</i>) entre homens e mulheres e total de Autoeficácia, Depressão e Fatores de Personalidade.....	73
Tabela 17: Análise de Correlação	75
Tabela 18: Análise de Correlação englobando as faceta	77
Tabela 19: Análise de Regressão (<i>Método Enter</i>) para Depressão e fator Neuroticismo e <i>Método Stepwise</i> para Autoeficácia e os fatores Realização, Neuroticismo e Extroversão	78

RESUMO

Os aspectos psicológicos de pacientes em lista de transplante renal são importantes, pois podem ter reflexo na sua adaptação pós-transplante. Diante disto, os fatores de personalidade, a autoeficácia e os sintomas depressivos são variáveis destacadas na literatura que podem ter relação com os resultados do tratamento nestes pacientes. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar fatores de personalidade, autoeficácia e depressão em pacientes em lista de espera para transplante renal. Participaram 65 pacientes, homens e mulheres adultos, em lista de espera para transplante renal em tratamento de hemodiálise na cidade de Porto Alegre, com idade média de 49,11 anos ($DP=11,58$). Instrumentos: Ficha de Dados sóciodemográficos e clínicos, Bateria Fatorial de Personalidade (BFP), Escala de Autoeficácia Geral Percebida e Inventário de Depressão de Beck (BDI). Resultados: Análise de correlação de Pearson mostrou associações positivas entre os fatores Extroversão ($r=-0,35, p<0,01$), Realização ($r=0,41, p<0,01$) e auto-eficácia; Neuroticismo teve correlação negativa com auto-eficácia ($r=-0,38, p<0,01$) e com os níveis de depressão total ($r=0,68, p<0,01$), psicológica ($r=0,67, p<0,01$) e somática ($r=0,62, p<0,01$); e os fatores Realização ($p<0,05$) e Socialização ($p<0,01$) também correlacionaram-se positiva e significativamente com idade e idade no diagnóstico. No modelo de regressão linear, o Neuroticismo foi preditor de forma significativa ($R^2= 0,47, \beta=5,35, p<0,01$) de sintomas depressivos, enquanto os fatores Realização, Neuroticismo e Extroversão da personalidade juntos foram preditores de autoeficácia nestes pacientes ($R^2= 0,33, \beta=0,23, p<0,05$). Conclusão: Os fatores de personalidade devem ser considerados em pacientes em lista de transplante renal, pois exercem impacto no comportamento e nos níveis de depressão destes pacientes.

Palavras Chave: Transplante renal, traços de personalidade, autopercepção, depressão.

ABSTRACT

Psychological factors of patients who wait kidney transplant are important because they may influence the post-transplant adaptation. Having this in mind, personality factors, self-efficacy, and depressive symptoms are variables highlighted in literature that may be related to the results of the treatment of this kind of patients. Thus, this study aims to assess personality factors, self-efficacy, depression of patients waiting for kidney transplant. In the study 65 patients, male and female adults, waiting for kidney transplant and under hemodialysis treatment in the city of Porto Alegre, average age is 49,11 ($DP=11,58$). Instruments: Clinic and sociodemographic form, Personality Factor Questionnaire (BFP), General Self-Efficacy Scale, and Beck Depression Inventory (BDI). Results: The analysis of Pearson correlation showed positive associations among the factors Surgency ($r=0,35$, $p<0,01$), Conscientiousness ($r=0,41$, $p<0,01$) and self-efficacy; Neuroticism had negative correlation with self-efficacy ($r=0,38$, $p<0,01$) and with total depression level ($r=0,68$, $p<0,01$), psychological ($r=0,67$, $p<0,01$) and somatic ($r=0,62$, $p<0,01$); and the factors Conscientiousness ($p<0,05$) and Agreeableness ($p<0,01$) have also positively and significantly correlated with age and diagnostic age. In the linear regression model, neuroticism was a predictor in significant ways ($R^2=0,47$, $\beta=5.35$, $p<0,01$) of depressive symptoms, whereas the factors Conscientiousness, Neuroticism and Surgency were predictors of the self-efficacy of these patients ($R^2=0,33$, $\beta=0,23$, $p<0,05$). Conclusions: Personality factors should be considered in patients who are in a transplant list, because they seem to have an impact on patients' behavior and depression levels.

Key-words: Kidney Transplant, personality traits, self-perception, depression

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação trata do tema fatores de personalidade, autoeficácia e depressão em pacientes em lista de espera para transplante renal e foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Os resultados deste estudo foram organizados em dois artigos (um teórico e outro empírico) e um relatório de pesquisa.

Nesta pesquisa, pretendeu-se verificar a influência dos fatores de personalidade nos níveis de autoeficácia e depressão apresentados por pacientes que se encontram à espera de um transplante renal. Junto a isto, outras variáveis foram avaliadas, como: idade no diagnóstico, tempo de hemodiálise, tempo em lista, bem como diferenças entre homens e mulheres. Embora a literatura nacional e internacional tenha produzido estudos na área, ainda são poucos os da área da Psicologia que tratam deste tema. Diante disto, a influência dos aspectos de personalidade em pacientes em lista de transplante renal ainda é pouco conhecida. Para melhor apresentar os resultados obtidos, a dissertação foi dividida em três sessões.

Na primeira sessão é apresentado um artigo de revisão de literatura que aborda estudos sobre personalidade, comportamentos de saúde e aderência ao tratamento a partir do modelo dos cinco grandes fatores de personalidade. Neste artigo, é discutido como os aspectos da personalidade têm influência nos comportamentos de saúde nas diferentes doenças crônicas, incluindo a insuficiência renal.

Já na segunda sessão tem-se um artigo empírico que apresenta os principais resultados obtidos sobre a relação entre fatores de personalidade, autoeficácia e depressão em pacientes em lista de espera para transplante renal. Neste estudo, foram avaliados 65 pacientes em tratamento de hemodiálise na cidade de Porto Alegre que estavam em lista de espera para a realização do transplante. Foram realizadas análises de correlação a fim de verificar associações entre as variáveis estudadas, teste *t* para analisar possíveis diferenças de gênero, além de análise de regressão para verificar o poder preditivo das variáveis pesquisadas.

Por fim, na terceira e última sessão há o relatório de pesquisa, em que estão descritas todas as atividades relacionadas ao projeto, bem como sua metodologia e resultados que não foram contemplados no artigo empírico.

SESSÃO I
ARTIGO TEÓRICO
**PERSONALIDADE, COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E
ADERÊNCIA AO TRATAMENTO A PARTIR DO MODELO DOS CINCO
GRANDES FATORES**

INTRODUÇÃO

Personalidade e o Modelo dos Cinco Grandes Fatores

O presente estudo teve como objetivo revisar a produção bibliográfica nacional e internacional referente aos aspectos da personalidade e sua influência nos comportamentos de saúde e aderência a tratamentos em diferentes doenças. Através da busca em bases de dados virtuais, foram revisados aqueles artigos que utilizaram o Modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade como constructo para avaliar a relação entre personalidade e os comportamentos de saúde. A busca dos artigos deu através do acesso ao *Isi Web Knowledge*, onde é possível examinar artigos que estão indexados em diferentes bases de dados. Assim, optou-se por revisar e discutir os principais estudos que tratam do tema em questão, buscando compreender como os fatores de personalidade estão implicados em comportamentos relacionados aos cuidados com a saúde. Por não se tratar de uma revisão sistemática ou de uma metanálise, é possível que algumas pesquisas possam não ter sido incluídas no presente artigo.

As teorias da personalidade há muito tempo têm sido estudadas na área da Psicologia, sob diferentes abordagens. Contudo, o conceito de personalidade tem sido difícil de definir devido a suas diferentes e variadas teorias. De modo geral, a personalidade pode ser entendida pela capacidade de produzir reações positivas nas pessoas em diferentes situações, ou ainda, a impressão que a pessoa causa no contato com os outros (Hall & Lindzey, 1973). Por isso, é comum que a palavra “personalidade” seja, muitas vezes, utilizada a partir de expressões de uso popular (Hall & Lindzey, 1973). Assim, o impacto que uma pessoa causa num ambiente social, por exemplo, muitas vezes define seu tipo de personalidade. Sendo assim, as características emocionais e comportamentais que as pessoas apresentam no seu meio e nas relações interpessoais normalmente acabam determinando seu tipo de personalidade (Lundin, 1972).

No final da década de 30, Gordon Allport (1897-1967) já havia introduzido o estudo da personalidade como uma parte importante dos estudos na área da Psicologia, e em 1937 publicou o livro *Personality: a Psychological Interpretation* (A personalidade: Uma interpretação Psicológica) (Schultz & Schultz, 1992). Gordon Allport (1961/1966) tentou definir a personalidade de diferentes maneiras e atribuiu conceitos que se relacionavam com a personalidade, tais como: traço, caráter e temperamento. Deste modo, Allport (1961/1966) conceituou a personalidade como uma organização dinâmica dos sistemas psicofísicos que determina o comportamento

e o pensamento e foi o primeiro autor a introduzir o conceito de traço, que são unidades básicas da personalidade, ou ainda, segundo ele, uma estrutura neuropsíquica comum a qualquer pessoa. Os traços são os aspectos mais importantes da estrutura da personalidade, sendo únicos a cada pessoa (sistema idiográfico) e a maneira como estão organizados constitui a singularidade do indivíduo (Allport, 1962; Lundin, 1972). Além disso, a constituição da personalidade tem relação com a hereditariedade e com o ambiente (Allport, 1962; Lundin, 1972). A personalidade pode ser representada pelas características estruturais e dinâmicas das pessoas, que se refletem em respostas mais ou menos peculiares em distintas situações (Moreno - Jiménez , Garrosa- Hernández & Gálvez- Herrer, 2005) ou ainda, pode ser definida como um processo dinâmico associado a um conjunto de traços que influenciam o funcionamento psicológico, padrões de pensamento, sentimentos e ações do indivíduo (McCrae & John, 1992). Portanto, a definição da personalidade depende exclusivamente da teoria que a representa (Hall & Lindzey, 1973).

Algumas fontes teóricas tiveram fortes influências sobre as teorias da personalidade, sendo que primeira delas, conduzida por Sigmund Freud (1856-1939), foi a psicanálise, que no início do século teve como sua principal base as observações clínicas de personalidades patológicas. A idéia principal da teoria é a de que o comportamento é resultado não só de aspectos conscientes, mas também de impulsos inconscientes (Hall, Lindzey & Campbell, 2000). Assim, entre os anos de 1920 e 1923, Freud introduziu os constructos de id, ego e superego como estruturantes da personalidade humana (Schultz & Schultz, 1969/1992; Friedman & Schustack, 2004).

Outra linha teórica de grande influência nas teorias da personalidade vem da escola Gestáltica, que tinha interesse pela experiência consciente (Schultz & Schultz, 1969/1992) e defendia a idéia de que o estudo fragmentado dos elementos do comportamento não contribuiria para seu entendimento (Hall et al., 2000). Segundo essa teoria, as pessoas buscam significados no seu próprio ambiente e organizam as sensações em relação ao mundo diante de suas próprias percepções (Friedman & Shustack, 2004).

Em contrapartida, a psicologia experimental trouxe uma grande preocupação com o comportamento observável e com a pesquisa empírica, resultando num grande volume de estudos com rigor científico de como o comportamento poderia ser transformado (Hall et al., 2000). A perspectiva cognitivo-comportamental, com enfoque nos trabalhos de Albert Bandura (1974) propôs a idéia de aprendizagem através da observação e revelou a importância dos processos cognitivos para o desenvolvimento e modificação do comportamento. Para Bandura (1974), a

personalidade é um conjunto de processos cognitivos e estruturas que estão ligadas à percepção e ao pensamento. Neste modelo, o ambiente social é o mais importante fator no desenvolvimento da personalidade (Strelau, 2002).

A psicometria também teve sua influência nos estudos da personalidade. O principal ponto de interesse estava voltado para o entendimento das diferenças individuais e suas medidas, o que possibilitou uma análise quantitativa dos dados relacionados ao comportamento humano (Hall et al., 2000). Existia um grande interesse por medidas objetivas que pudessem ser transformadas em dados numéricos, por meio de análises estatísticas (Hall & Lindzey, 1973). Assim, já nas décadas de 20 e 30 haviam iniciado as investigações sobre os valores individuais e interesses vocacionais, onde começaram também os primeiros interesses pela natureza biológica do indivíduo (Friedman & Shustack, 2004).

Por fim, a genética e a fisiologia ganharam um espaço importante nos estudos das características de personalidade, que foram fortemente representados pelos estudos de Hans Eysenck. Segundo Eysenck (1947/1998; 1967/2006), o comportamento é resultado de uma base biológica, combinada com situações ambientais as quais o indivíduo está exposto, o que resulta nas diferenças individuais e dimensões fundamentais da personalidade. Segundo este autor, a personalidade é uma estrutura relativamente estável de temperamento, caráter e intelecto, que define as adaptações da pessoa ao ambiente em que está inserida. Os estudos de Eysenck resultaram em pesquisas na área da introversão-extroversão e psicoticismo-emotividade (Friedman & Shustack, 2004).

Conforme Pinho e Guzzo (2003), todas as teorias da personalidade possuem três aspectos importantes, que englobam: a descrição das diferenças individuais, a dinâmica dos mecanismos pelos quais a personalidade se expressa e o desenvolvimento da personalidade que se refere à formação e mudança. Essas teorias tentam entender como as pessoas se diferenciam umas das outras e como se desenvolvem. Ou ainda, como é possível compreender a dinâmica que as estimula a agir de uma forma ou de outra (Pinho & Guzzo, 2003).

Assim, diante das diferentes teorias e do desenvolvimento cada vez maior de pesquisas sobre personalidade, as teorias do traço têm tido destaque na atualidade, sendo amplamente utilizadas na literatura científica (Veríssimo, 2001). Os traços buscam descrever e de alguma maneira prever o comportamento, e não somente estados de humor persistentes (Veríssimo, 2001). Na área da Psicologia, a teoria fatorial da personalidade aborda um conjunto de variáveis ou fatores que servem para

explicar a grande maioria dos comportamentos das pessoas (Lundin, 1972). Portanto, hoje se entende que o comportamento pode ser variável de pessoa para pessoa, existindo, contudo, aspectos constantes no comportamento humano, o qual se denomina de traço (Friedman & Schustack, 2004). Nas teorias do traço, a personalidade pode ser definida como um processo ativo associado a um conjunto de características que tem influência no funcionamento psicológico. Desta forma, traço é uma característica não transitória e relativamente duradoura que se manifesta numa multiplicidade de maneiras e que indica uma dimensão das diferenças individuais e padrões de pensamento, sentimentos e ações do indivíduo (McCrae & John, 1992; Lundin, 1972).

Após décadas de estudos, o modelo dos Cinco Grandes Fatores tem recebido atenção por parte de estudiosos da personalidade e tem sido considerado um dos mais importantes constructos na avaliação da personalidade humana (McCrae & Costa, 1996) com critérios, validade e estrutura bem estabelecidos (McCrae & Allik, 1996). Esse modelo considera que os traços de personalidade apresentam relação entre a herança biológica e as experiências pessoais do indivíduo, e esta interação é determinante no comportamento humano, constituindo o seu potencial básico (McCrae & Costa 1996). Segundo Nunes, Hutz e Nunes (2009), os cinco fatores foram compostos de modo empírico, porém, a descoberta foi ocasional, diante do modelo que foi reproduzido inúmeras vezes.

Assim, segundo os autores, como o modelo não foi desenvolvido a partir de uma teoria, não existe uma explicação teórica das causas que organizaram a personalidade neste modelo em cinco dimensões. Conforme Costa e McCrae (1992), o modelo dos Cinco Grandes Fatores cumpre critérios bem estabelecidos, como: (1) a realidade dos fatores está expressa em termos de estabilidade, validade e utilidade prática dos fatores, (2) a propagação dos fatores, que é a sua presença em inúmeras formas, em todos os conceitos de personalidade; (3) a universalidade dos fatores, o qual se entende que estão presentes em ambos os sexos, em várias faixas etárias, em todas as raças e em diferentes culturas e ainda (4) a base biológica dos fatores.

O modelo dos Cinco Grandes Fatores é considerado uma versão moderna da teoria do traço e é composta por fatores que incluem, cada um deles, um conjunto de facetas: 1) Extroversão (*surgeny*)/ facetas: Comunicação, Ativez, Dinamismo e Interações Sociais; 2) Socialização (*agreableness*)/ facetas: Amabilidade, Pró Sociabilidade e Confiança nas pessoas; 3) Neuroticismo (*neuroticism*)/ facetas: Vulnerabilidade, Instabilidade Emocional, Passividade e Depressão; 4) Realização

(*conscientiousness*)/ facetas: Competência, Ponderação/Prudência e Empenho /Comprometimento; 5) Abertura (*openness*)/ facetas: Interesse por novas idéias, Liberalismo e Busca por Novidades (McCrae & John, 1992; Nunes et al., 2009).

Este modelo tem sido utilizado em pesquisas de saúde, revelando importantes resultados na compreensão da influência da personalidade nos comportamentos. Segundo Nunes et al. (2009), as replicações do modelo dos Cinco Grandes Fatores em diferentes línguas e culturas amparam a universalidade deste modelo. Assim, a grande maioria dos estudos sobre personalidade e saúde, realizados em diferentes países, tem encontrado resultados muito similares.

Entre os fatores estabelecidos pelo modelo dos Cinco Grande Fatores, o fator Extroversão reflete a quantidade e intensidade dos relacionamentos, fazendo referência à maneira como as pessoas se relacionam com os outros, revelando características como disposição, afetuosidade e otimismo; no outro extremo, indivíduos introvertidos tendem a ser independentes, sérios e inibidos, evitando o contato interpessoal (Nunes et al., 2009; McCrae & Allik, 2002; Friedman & Schustack, 2004). O segundo fator da escala, a Socialização, outra dimensão referente ao campo das relações, indica traços que geram comportamentos socialmente agradáveis e à qualidade dos padrões estabelecidos nas relações, sugerindo que as pessoas que demonstram altas pontuações neste fator apresentam características como generosidade, confiança, altruísmo e comprometimento (Nunes et al., 2009, McCrae & Allik, 2002; McCrae & John, 1992). O fator Neuroticismo, por sua vez, se refere à forma como o sujeito experiencia as emoções negativas e os estilos comportamentais e cognitivos que surgem a partir desta vivência, tais como impulsividade, vulnerabilidade, ansiedade e depressão. Isso significa que pessoas com altas pontuações em Neuroticismo são frequentemente muito sensíveis, tensas, preocupadas e, geralmente, tendem a apresentar idéias dissociadas da realidade, altos índices de ansiedade, dificuldade em suportar frustrações e usam estratégias de enfrentamento pouco adaptativas (McCrae & John, 1992; Friedman & Schustack, 2004; Nunes et al., 2009). O quarto fator, Realização, refere-se a características como cautela, organização e persistência, podendo ser uma medida importante nos comportamentos de aderência a tratamentos médicos (McCrae & John, 1992; Nunes et al., 2009). Pesquisas anteriores sobre a personalidade chamavam esse fator de vontade (Friedman & Schustack, 2004). O último fator, Abertura, refere-se a características de criatividade e flexibilidade, indicando que as pessoas com índices altos nesta dimensão apresentam uma maior tendência à reestruturação cognitiva,

aceitação, são criativos e curiosos e indicam uma importante capacidade em considerar novas perspectivas (McCrae & John, 1992; Nunes et al.,2009).

Considerando as questões mencionadas até aqui sobre a importância e atualidade dos modelos dos Cinco Grandes Fatores para a compreensão da personalidade humana, este artigo tem como objetivo revisar estudos na área da saúde que aplicaram o modelo dos Cinco Grandes Fatores para explicar a relação entre personalidade e comportamentos de saúde.

Personalidade, comportamentos relacionados à saúde e aderência ao tratamento a partir do modelo dos Cinco Grandes Fatores

Os fatores de personalidade têm sido estudados nos últimos anos como componentes importantes nos comportamentos relacionadas à saúde, podendo contribuir de forma importante nos resultados positivos ou negativos de prevenção e tratamento de doenças, já que a saúde está ligada diretamente à maneira como as pessoas vivenciam suas emoções (Friedman & Schustack, 2004, Ploubidis & Grundy, 2009). Deste modo, os fatores de personalidade estão diretamente relacionados aos comportamentos que influenciam a saúde e o desenvolvimento de doenças (Smith,2006).

Assim, Rey (2004), refere que o processo de saúde está em contínuo desenvolvimento, numa pluralidade de estados dinâmicos que são influenciados por questões físicas, culturais, sociais e subjetivas. Dentro dessa perspectiva, o sujeito tem um papel ativo em seu estilo de vida, que vai levá-lo a ter comportamentos adequados ou não em relação à sua saúde. Nesse sentido, a personalidade, juntamente com os aspectos culturais e a experiência pessoal, influenciam o comportamento, reforçando as potencialidades do indivíduo, o que o torna ativo e responsável pelo seu comportamento (Rey, 2004). Segundo Christensen e Johnson (2002), neste conjunto, é o efeito interativo dos fatores pessoais e dos fatores contextuais que mais influencia o comportamento.

Durante os últimos anos, o conhecimento biomédico e as novas tecnologias maximizaram a capacidade dos profissionais da saúde no diagnóstico e no tratamento das patologias (Christensen & Johnson, 2002). Contudo, a efetividade dos tratamentos só ocorre se a pessoa tem um comportamento apropriado frente às prescrições e consegue adaptar seu estilo de vida de acordo com as necessidades impostas pela doença e/ou terapêutica. Dessa forma, a intervenção médica fica prejudicada se exigir do paciente uma mudança de comportamento que ele não tem condições de realizar (Christensen & Johnson, 2002).

Buscando compreender o processo de engajamento do paciente em seu tratamento, torna-se importante fazer uma distinção entre dois termos utilizados na literatura internacional para definir o papel do paciente no seu processo de saúde, doença e tratamento - *compliance* (cumprimento) e *adherence* (aderência). Para Brawley e Culos-Reed (2000), *compliance* se refere a um tipo de comportamento mais passivo, onde o paciente segue as prescrições do tratamento sem questionamentos ou reflexão daquilo que lhe foi colocado. Já *adherence* reflete um comportamento ativo, onde o paciente busca participar juntamente com a equipe na elaboração de um tratamento que seja apropriado às suas condições e estilo de vida. Diante destas definições, o termo *adherence* tem sido utilizado na grande maioria dos estudos sobre saúde, pois remete a um compromisso e responsabilidade muito maior do paciente, colocando-o como responsável pela sua saúde e tratamento.

Conforme Wiebe e Christensen (1996), um dos principais obstáculos na história da avaliação da personalidade nos comportamentos de saúde foi a falta de um modelo comum que orientasse as pesquisas. Segundo estes autores, a falta de um modelo único na orientação das pesquisas empíricas promoveu resultados suscetíveis a inúmeros vieses. Wiebe e Christensen (1996), em uma das primeiras revisões de estudos sobre personalidade e aderência em pacientes doentes crônicos, referem a importância de se considerar as características contextuais da doença e do tratamento em estudos envolvendo personalidade e aderência. No entanto, apesar da atenção dada ao modelo dos Cinco Grandes Fatores em pesquisas em saúde, que surgiu como o mais importante modelo teórico, há ainda uma escassez de trabalhos referentes à personalidade e aderência na literatura, seja no caso de doenças crônicas ou agudas. Na literatura científica, alguns estudos fazem referência a estados de saúde, aderência a tratamentos e personalidade, contudo, os resultados ainda não são completamente esclarecedores, ao passo que ainda não se pode prever como as pessoas poderão comportar-se frente a uma doença ou ao seu tratamento a partir unicamente de informações de sua personalidade, pois outras variáveis influenciam a relação do paciente com sua doença e tratamento, tais como: variáveis clínicas, sociais e culturais.

Alguns estudos fazem referência aos aspectos de personalidade e a sua influência na saúde de pessoas saudáveis. Um deles é o de Ploubidis e Grundy (2009), realizado na Grã Bretanha, em que foram investigadas as relações entre Extroversão, Neuroticismo e mortalidade em amostras não-clínicas. Nesta pesquisa, foram realizadas análises de exames da saúde e do estilo de vida de 9003 pessoas. As

primeiras coletas de dados ocorreram entre 1984/1985 e novamente sete anos depois, sendo os dados de mortalidade colhidos em 2005 através da certidão de óbito do Serviço Nacional de Registro Central de Saúde. O sexo foi significativamente associado com todas as variáveis do modelo (classe social, somatizações, Neuroticismo, Extroversão, idade, *distress* psicológico, unidades de álcool consumidas por semana e número de cigarros consumidos por dia). O fator Neuroticismo foi associado com um risco aumentado de todas as causas de mortalidade entre homens e mulheres, principalmente através da saúde somática, sofrimento psíquico, e em menor grau, através do tabagismo. Já nas mulheres, o Neuroticismo teve um papel protetor, sendo associado à maior esperança de vida. O fator Extroversão foi, em menor medida, relacionado com risco de mortalidade com a maior parte do efeito mediado pelo fumo. Da mesma forma, num estudo de coorte com população saudável, o fator Neuroticismo foi associado ao aumento de transtornos psiquiátricos e desenvolvimento de doenças psicossomáticas (Neeleman, Sytema & Wadsworth, 2002) e também foi relacionado com aumento da chance de artrite, diabetes, doença renal e doença hepática, doenças do estômago e problemas na vesícula biliar, úlcera, doenças autoimunes e pressão arterial elevada em adultos saudáveis (Goodwin, Cox & Clara, 2006). Na pesquisa de Charles, Gatz, Kato & Pedersen (2008) realizada na Suécia foram avaliados os efeitos do Neuroticismo na saúde de 21.676 adultos gêmeos no ano de 1976, sendo realizadas novas análises entre os anos de 1998 e 2002. Vinte cinco anos após a primeira avaliação foi encontrada uma relação entre Neuroticismo com o desenvolvimento de doenças, como: dor crônica generalizada, síndrome de fadiga crônica, doença do intestino irritável, doença do refluxo gastroesofágico e doença cardiovascular. Os resultados indicaram que, as influências familiares foram atenuantes positivos para condições de dores crônicas (Charles et al., 2008). Estudos atuais com diferentes doenças crônicas têm mostrado importantes resultados sobre a relação da personalidade com a saúde (Jerant, Chapman & Franks, 2008; Stilley et al., 2005.)

Com base nestas constatações, os pesquisadores concluem que o fator Neuroticismo parece ser um preditor geral de uma série de problemas de saúde física entre adultos. As investigações científicas sobre personalidade e saúde têm demonstrado a importância do fator Neuroticismo associado a essa questão, sendo que a maioria delas analisou os efeitos negativos deste fator na saúde (Goodwin, et al., 2006; Rondina, Gorayeb & Botelho, 2007; Moreno-Jiménez et al., 2007). Pessoas com altas pontuações no fator Neuroticismo são menos capazes de lidar com o

estresse, além de experimentarem uma condição crônica de instabilidade emocional (McCrae & John, 1992). Assim sendo, o fator Neuroticismo é o que mais está associado a doenças físicas de vários tipos (Goodwin et al., 2006). Goodwin et al. (2006) afirmam que os mecanismos de associação entre Neuroticismo e doenças físicas ainda não é totalmente conhecido. Segundo estes autores, é possível que níveis elevados de Neuroticismo levem ao desenvolvimento de distúrbios físicos, ou pelo caminho bioquímico ou através de comportamentos que promovam o desenvolvimento de doenças. Por outro lado, ainda segundo Goodwin et al. (2006), o sofrimento causado pelas doenças físicas poderiam levar ao desenvolvimento de níveis mais elevados de Neuroticismo, o que pode revelar o efeito bidirecional do Neuroticismo na saúde.

Em pacientes com Doença de Alzheimer, o Neuroticismo na meia idade foi associado com menor idade para o aparecimento da doença em mulheres, o que pode indicar o impacto fisiológico que as emoções negativas crônicas podem exercer nas estruturas cerebrais (Archer et al., 2009). Segundo os autores, o fator Neuroticismo predispõe o indivíduo a sentimentos negativos crônicos, o que tem sido relacionado a uma quantidade de implicações fisiológicas. Os fatores de personalidade também foram relacionados ao comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida (Rebelo & Leal, 2007). Os principais achados indicaram altos valores em Neuroticismo, revelando características de impulsividade, insegurança emocional, tendência para experimentar afetos negativos, bem como baixa tolerância à frustração.

Em pacientes com transtornos alimentares, pontuações mais altas no fator Neuroticismo foram associadas com apego inseguro e resistente além de um comportamento impulsivo na alimentação (Eggert, Levendosky & Klump, 2007). Num estudo brasileiro de revisão sobre características psicológicas e tabagismo (Rondina, et al., 2007), os fumantes apresentaram características de Extroversão, ansiedade, impulsividade e tensão, sendo que o fator Neuroticismo foi um preditor importante do hábito de fumar. Além disso, numa pesquisa com dependentes de álcool, os fatores Neuroticismo e Realização mostraram-se preditores para recaída neste grupo de pacientes (Fisher, Elias & Ritz, 1998).

Em outra investigação realizada em Boston (EUA), o fator Neuroticismo foi associado a um risco maior de mortalidade em homens (Mroczek, Spiro & Turiano, 2009); e num estudo realizado na Espanha, (Moreno-Jiménez et al., 2007) a maiores sintomas intestinais e sistêmicos em pacientes com doença inflamatória intestinal. Da

mesma forma, conforme as investigações de Dubayova et al. (2009), na Eslováquia, o fator Neuroticismo foi, além da gravidade da doença, o segundo fator mais importante para a qualidade de vida em pacientes com doença de Parkinson, onde pacientes com níveis mais altos em Neuroticismo relataram prejuízos nos domínios do bem-estar emocional, estigma, apoio social e desconforto corporal.

Penedo et al., (2003) estudaram a relação entre os fatores de personalidade, qualidade de vida e aderência ao tratamento antiretroviral numa amostra de 116 homens e mulheres portadores de HIV. Não foram encontradas relações entre personalidade e adesão ao tratamento antiretroviral, contudo, valores mais altos no fator Neuroticismo foram significativamente associados com os domínios da qualidade de vida, sugerindo que indivíduos com este fator de personalidade têm tendências a experimentar maiores sentimentos de depressão, ansiedade e medo. Em contrapartida, maiores pontuações nos fatores Extroversão e Realização foram significativamente associadas à função global, satisfação com a vida, às rotinas e regras de viver com o *HIV*, além do funcionamento sexual. Assim, segundo os autores, embora não tenham evidenciado relação entre os fatores de personalidade e aderência ao tratamento antiretroviral, pacientes com característica de Extroversão e Realização relatam melhor qualidade de vida, particularmente, nos domínios de funcionamento global, preocupações médicas e domínios do *HIV*, o que pode auxiliá-los na gestão das demandas associadas à vida com a doença.

Os resultados do estudo de Maestre, Zarazaga e Martínez (2001) apontam para a relação entre personalidade e estratégias de enfrentamento em pacientes com dor crônica. Pacientes com maiores níveis de Neuroticismo tendem a utilizar estratégias de enfrentamento mais passivas, afetando a utilização de estratégias mais ativas. Segundo esses autores, o uso de estratégias de enfrentamento passivas faz com que os pacientes manifestem mais dor. Da mesma forma, os resultados da relação entre asma, estratégias de enfrentamento e Neuroticismo indicaram uma presença estatisticamente significativa entre a gravidade da asma, as formas de enfrentar o estresse e Neuroticismo (Godoy & Moreno, 2002). O grupo de pacientes asmáticos moderados e graves tendiam a ser mais neuróticos, ansiosos, impulsivos e depressivos do que o grupo de asmáticos leves ou intermitentes, como também utilizavam menos a estratégia de enfrentamento, análise lógica e mais descargas emocionais. Também na pesquisa de Axelsson et al.,(2009) foram avaliados 268 jovens asmáticos, procurando verificar se os traços de personalidade nestes pacientes estavam relacionados com o controle da asma e qualidade de vida (QVRS), e as

possíveis influências de traços de personalidade na aderência à medicação. Os principais resultados evidenciaram que afetividade negativa (como uma faceta do fator Neuroticismo) e impulsividade (como uma faceta do fator Realização) correlacionaram-se negativamente com o controle da asma, enquanto que, nas pacientes mulheres, a capacidade hedônica (como uma faceta do fator Extroversão) teve correlação positiva com o controle da doença. Entre os participantes com uso de medicação regular para controle da asma, a impulsividade foi correlacionada negativamente com a aderência. Nos homens, antagonismo (como uma faceta do fator Socialização) e alexitimia (como uma faceta do fator Abertura) foram associados à baixa aderência à medicação regular para o tratamento da asma.

Assim como nos casos mencionados anteriormente, algumas pesquisas com pacientes renais crônicos (Wiebe & Christensen, 1996; Christensen & Smith, 1995) fazem referência ao papel da personalidade nos comportamentos de saúde, indicando que a personalidade pode ter impacto na aderência ao tratamento e na mortalidade (Christensen et al., 2002), além de influenciar tipos de enfrentamento da doença e tratamento (Kidachi, Kikuchi, Nishizawa, Iruma & Kaneko, 2007). Kidachi et al. (2007) demonstraram que características de altruísmo e otimismo foram importantes no processo de adaptação ao tratamento, sendo que pacientes que evidenciaram níveis altos nos fatores Socialização, Extroversão e Realização foram capazes de manter uma melhor autodisciplina e maior adaptação ao tratamento dialítico.

Ainda em relação aos pacientes com insuficiência renal crônica, Christensen e Ehlers (2002) destacam que a doença traz uma série de consequências psicológicas e sofrimento psíquico para o paciente, indicando que comportamentos de não-aderência são prevalentes nesta população. Diante disto, os fatores psicológicos, o suporte social, fatores cognitivos, além dos fatores de personalidade são de extrema importância para ajudar na compreensão da aderência ao tratamento nesses pacientes.

Christensen et al. (2002) examinaram a personalidade como preditora de mortalidade em pacientes renais crônicos e encontraram uma relação significativa entre mortalidade e personalidade. Os principais resultados indicaram que pacientes com altos valores em Neuroticismo tinham uma taxa de mortalidade de 37,5% maior em relação àqueles com valores médios neste fator, enquanto pacientes com pontuações baixas em Realização tiveram um aumento de 36,4% na taxa de mortalidade em relação à média obtida da população. Da mesma forma, numa metanálise, o fator Neuroticismo foi negativamente associado com estratégias de

resolução de problemas e reestruturação cognitiva e foi positivamente associado com apoio emocional (Connor-Smith, Flachsbart, 2007).

Também Horsburgh, Beanlands, Locking-Cusolito, Howe e Watson (2000) analisaram a relação entre Neuroticismo, Extroversão, Abertura, Realização e habilidades para o autocuidado em 198 adultos com doença renal crônica em lista para transplante renal. Os resultados demonstraram que o fator Realização foi o mais forte preditor de habilidades para desempenho do autocuidado, sendo que, junto com o fator Abertura, explicaram 13% da variância para as habilidades de autocuidado. Da mesma forma, o fator Extroversão indicou ser um preditor significativo individual de autocuidado. Os participantes que revelaram altos níveis em Extroversão indicaram uma melhor avaliação no seu autocuidado. Assim, os autores concluíram que pessoas com altos índices neste fator teriam tendência ao desenvolvimento de níveis mais elevados de habilidades aprendidas associadas ao autocuidado. Igualmente, pessoas com altos valores no fator Abertura teriam maior tendência a seguir as orientações relacionadas à saúde e melhores condições na gestão das questões pessoais.

O fator Realização parece ter uma forte ligação com comportamentos mais saudáveis em saúde e conseqüentemente predispõe o indivíduo a uma melhor aderência aos tratamentos médicos (Wiebe & Christensen, 1996). Além disso, o fator Realização é um importante moderador da relação entre estresse e angústia, sugerindo que indivíduos sob estresse elevado e com características do fator Realização tendem a se envolver em comportamentos de saúde mais saudáveis (Korotkov, 2008). Numa metanálise (Bogg & Roberts, 2004), o fator Realização foi negativamente relacionado com comportamentos de risco à saúde, tais como: tabagismo, dieta e atividades físicas ineficientes, uso excessivo de álcool, violência, comportamento sexual de risco, suicídio e uso de droga; e foi positivamente relacionado aos comportamentos mais saudáveis.

Em pacientes em lista de transplante de diferentes órgãos, a personalidade tem impacto no regime de aderência ao tratamento (Dobbels et al., 2009). Foi visto que, pacientes com baixas pontuações no fator Realização indicaram não-aderência à terapia imunossupressora menos de um ano após o transplante. Os resultados comprovaram que o fator Realização foi preditor independente para não-aderência à medicação. Estudos anteriores já indicavam a relação entre fatores de personalidade e comportamentos de saúde e pacientes com altas pontuações no fator Realização apresentam maior engajamento nos comportamentos mais saudáveis em relação à saúde e indicam maior aderência aos programas de tratamentos prescritos em

pacientes renais crônicos (Wiebe & Christensen, 1996; Christensen & Smith, 1995). Christensen e Smith (1995), encontraram relação negativa entre o fator Realização e níveis de Fosfato e Potássio, que são medidas que indicam aderência ao regime medicamentoso e dietético. Na análise de regressão, tal fator foi preditor significativo associado com maior aderência ao regime medicamentoso, indicando que pacientes com pontuações altas neste fator apresentam comportamentos mais positivos em relação às prescrições do tratamento.

O estudo de Stilley et al. (2005) avaliou 73 adultos transplantados de coração ($n=29$) e pulmão ($n=44$), com idade média de 49,6 anos e que participaram da pesquisa na *Universidade de Pittsburgh Medical Center*. Foram avaliados transtornos de personalidade através de entrevista com o *Structured Clinical Interview (SCID-II)*, que é utilizado para avaliar transtornos de personalidade com base nos critérios do *DSM-IV*. O *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)* foi utilizado para medir os fatores de personalidade com base no modelo dos Cinco Grandes Fatores. Os resultados desta investigação não evidenciaram correlações entre transtornos de personalidade e os Cinco Grandes Fatores. No entanto, um importante resultado foi a média encontrada nos fatores. Pacientes transplantados tiveram baixas pontuações no fator Abertura, sugerindo que estes pacientes tendem a ser mais resistentes a novas experiências. Os fatores Extroversão, Realização e Socialização também evidenciaram médias abaixo da amostra normativa. Contudo, o único fator com média acima foi Neuroticismo. Embora os autores afirmem a necessidade de novas investigações, concluem que as características de personalidade são componentes importantes que podem maximizar a qualidade de vida destas pessoas, além de possibilitar maior cumprimento do tratamento. Já num estudo realizado sobre o padrão alimentar de casais saudáveis, o fator Abertura foi associado a práticas alimentares mais saudáveis (Brummett, Siegler, Day & Costa, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, diante do que foi exposto, embora ainda sejam poucas as pesquisas sobre a influência da personalidade investigando os comportamentos de saúde, incluindo a aderência ao tratamento, fica claro que os fatores de personalidade exercem impacto nos comportamentos relacionados à saúde. Nos estudos encontrados, o fator Neuroticismo parece ser o fator mais relacionado a comportamentos de risco à saúde, assim como exerce influência negativa na aderência aos tratamentos. A grande maioria dos artigos faz referência a este fator como um importante componente relacionado a comportamentos de risco para a saúde. Por outro lado, as pesquisas que investigaram a personalidade na saúde evidenciaram o fator Realização como um componente positivo para comportamentos mais saudáveis. No entanto, as causas que levam a comportamentos saudáveis ou não em relação à saúde, são multifatoriais. Além dos fatores de personalidade, outras variáveis exercem influências importantes na saúde das pessoas e devem ser incluídas nas pesquisas, sendo avaliadas cuidadosamente.

Ainda que as investigações na área da personalidade demonstrem resultados importantes sobre o impacto na saúde física das pessoas, restam ainda muitas questões a serem respondidas neste campo de pesquisa. O objetivo final nesta área deve ser o de promover uma melhor qualidade de vida às pessoas, através de suas próprias características pessoais. Diante disto, o conhecimento da personalidade e o processo dinâmico pelo qual a personalidade influencia a saúde, pode auxiliar os profissionais no desenvolvimento de estratégias de intervenção cada vez mais eficientes. Assim, espera-se alcançar resultados mais positivos na questão da aderência aos tratamentos, promovendo dessa maneira um melhor bem-estar aos pacientes

Conclui-se, a partir dos estudos revisados, que os fatores de personalidade exercem impactos significativos na saúde física das pessoas, influenciando a forma como elas podem se comportar diante da sua saúde e da sua doença, interferindo no nível de aderência aos tratamentos propostos e conseqüentemente na qualidade de vida.

SESSÃO II- ARTIGO EMPÍRICO

**FATORES DE PERSONALIDADE, AUTOEFICÁCIA E DEPRESSÃO EM
PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE RENAL**

Caroline Venzon Thomas

INTRODUÇÃO

O transplante renal é uma importante opção terapêutica tanto do ponto de vista médico quanto sócioeconômico, indicando que pacientes transplantados mostram melhor qualidade de vida após o transplante, chegando a níveis similares aos da população em geral (Associação Médica Brasileira & Conselho Federal de Medicina, 2006; Valderrábano, Jofre & Lopez- Gómez, 2001). De acordo com os dados estatísticos divulgados pela Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO), em 2008, foram realizados 3.780 transplantes de rim (20,5 pmp¹), o que equivale a 70,4% do total de todos os transplantes realizados neste ano no Brasil (<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao>). Da mesma forma, no Brasil, 31.270 pessoas estavam em lista de espera para transplante renal no primeiro semestre de 2009 (<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ListadeEspera.pdf>) e no Rio Grande do Sul, neste mesmo período, constavam 220 pessoas em lista entre ativos e semiativos.

O prazo médio de espera em lista de transplante no Brasil varia de 1,6 anos para coração e 11,1 anos para rim (Marinho 2006). Segundo o autor, a demora no atendimento exerce impactos significativos sobre o bem-estar, as probabilidades de cura, a natureza e dimensão das sequelas nos pacientes, nos familiares envolvidos e na sociedade. Desta forma, o tempo em lista de espera para a saúde mental dos pacientes transplantados é um importante preditor de estados de ânimos negativos (Castro, Moreno-Jiménez & Carvajal, 2007).

A Psicologia vem avançando nos estudos relacionados às doenças físicas, o que tem contribuído para o desenvolvimento de intervenções cada vez mais eficazes em pacientes crônicos. Diante disto, os fatores de personalidade têm sido considerados componentes importantes nas questões relacionadas à saúde, em especial no adoecimento crônico (Friedman & Schustack, 2004). Contudo, ainda poucos são os achados que fazem referência aos aspectos da personalidade e suas relações com a saúde física, especialmente nos transplantes de órgãos.

A personalidade pode ser definida como um processo dinâmico associado a um conjunto de traços que tem influência no funcionamento psicológico. Traço é uma característica não transitória que indica uma dimensão das diferenças individuais e padrões de pensamento, sentimentos e ações do indivíduo (McCrae & John, 1992). Estes traços têm sido considerados importantes, pois ajudam na previsão de diferentes comportamentos (Pervin & John, 2004). Fatores de

¹ 20,5 pmp: 20,5 transplantes de rim realizados por milhão de habitantes

personalidade foram associados com comportamentos de saúde mais saudáveis (Booth-Kewley & Vickers, 1994), além de maior bem-estar emocional (Dubayova et al., 2009). Alguns estudos fazem referência ao papel da personalidade como importante nos comportamentos de saúde de pacientes com insuficiência renal crônica, indicando que a personalidade pode ter impacto na aderência ao tratamento (Wiebe & Christensen, 1996; Christensen & Smith, 1995; De-Nour & Czaczkes, 1976), na mortalidade (Christensen et al. 2002), além de influenciar o enfrentamento da doença e tratamento (Kidachi, Kikuchi, Nishizawa, Iruma & Kaneko, 2007). Em pacientes em lista de transplante de diferentes órgãos, a personalidade também tem impacto no regime de aderência ao tratamento medicamentoso (Dobbels et al., 2009). Da mesma forma, em pacientes em lista de transplante renal, fatores de personalidade têm tido relação com o desenvolvimento de habilidades para o autocuidado, bem como no manejo das questões pessoais (Horsburgh, Beanlands, Locking-Cusolito, Howe & Watson, 2000).

Diante disto, a percepção de autoeficácia tem sido um constructo importante de ser avaliado na saúde, pois pode auxiliar no incremento de comportamentos saudáveis, mobilizando também os esforços e as estratégias de enfrentamento de problemas (Forsyth & Carey, 1998; Salvetti, Pimenta, Lage, Oliveira Jr., & Rocha, 2007). O conceito da autoeficácia foi apresentado por Bandura (1977), que o definiu como a habilidade do sujeito em desempenhar com sucesso um padrão específico de comportamento. Assim, essa percepção tende a alterar as expectativas de eficácia e a quantidade e intensidade de esforços que o indivíduo poderá empregar diante das dificuldades e problemas experienciados (Bandura, 1977; 1997). Além disso, as crenças na autoeficácia afetam os padrões de pensamento que podem auxiliar ou dificultar os padrões de comportamento do sujeito (Bandura, 1989). Quanto mais forte for a crença em suas capacidades, maiores e mais persistentes são os esforços despendidos. Quando as pessoas são expostas a dificuldades e se deparam com dúvidas sobre as suas capacidades, elas diminuem os seus esforços ou fracassam prematuramente nas suas tentativas de resolução do problema, enquanto que aqueles que têm uma forte crença nas suas capacidades exercem maior esforço para dominar a adversidade.

O conceito de autoeficácia tem relação com o uso de estratégias de enfrentamento positivas em relação à saúde (Schwarzer, Boehmer, Luszczynska, Mohamed & Knoll, 2005) e condutas na saúde (Forsyth & Carey, 1998; Cavanaugh et al., 2008; Wahl, Rustoen, Hanestad, Gjevedal & Moun, 2005, Souza, Silva &

Galvão, 2002; Baptista, Santos & Dias, 2006). Esses estudos revelam que níveis altos de autoeficácia podem ter consequências positivas no bem-estar geral do indivíduo, como nos casos da redução do risco de infecção pelo HIV (Forsyth & Carey, 1998) e maior controle glicêmico em pacientes diabéticos (Cavanaugh et al., 2008), mostrando-se também relevante na avaliação global da qualidade de vida de pacientes com fibrose cística (Wahl et al., 2005) e ainda em uma melhora significativa nos índices de saúde oral (Souza et al., 2002).

Salveti et al. (2007) constataram que pacientes com maiores índices de autoeficácia apresentavam dor menos intensa. Nesta pesquisa, os pacientes avaliados tinham dores de etiologias variadas, excluindo as oncológicas. Igualmente, foi observada uma relação negativa entre autoeficácia e depressão. O impacto da autoeficácia no comportamento de aderência ao tratamento também foi investigado em uma amostra de 570 mulheres com doença cardíaca (Clark & Dodge, 1999). Os autores revelaram que a autoeficácia teve forte influência na aderência a programas de dieta e exercícios (Clark & Dodge, 1999).

Em pacientes renais crônicos, Cutin et al. (2008) avaliaram o impacto da autoeficácia nos comportamentos de autocuidado e mostraram que maiores pontuações na percepção da autoeficácia estão associados com aumento da comunicação, parceria, autocuidado e aderência à medicação. Níveis altos de autoeficácia também estão associados a um melhor controle da ingestão de líquidos em pacientes em hemodiálise (Tsay, 2003; Ghaddar, Shamseddeen & Elzein, 2009). Takaki et al. (2003), por outro lado, encontrou correlação negativa entre autoeficácia, ansiedade e depressão em pacientes em hemodiálise.

As diferenças de gênero entre autoeficácia e aderência ao tratamento em pacientes renais crônicos também foram investigadas por Takaki e Yano (2006). Neste estudo, foi encontrada uma relação negativa entre autoeficácia e medidas de uréia, potássio e ganho de peso interdialítico em homens. Já nas mulheres todas as relações foram positivas, com exceção do ganho de peso interdialítico. No entanto, as mulheres demonstraram um comportamento menos aderente quando comparadas aos homens.

Embora seja possível encontrar na literatura nacional e internacional estudos sobre os padrões de autoeficácia e doenças crônicas, são encontradas poucas pesquisas que fazem referência a pacientes em lista de espera ou transplantados de órgãos. Devins et al. (1982) estudaram a percepção de autoeficácia e estado de ânimo negativo em pacientes em tratamento dialítico e pacientes transplantados renais. Foi

observado que níveis baixos de autoeficácia foram associados à depressão, baixa autoestima e sentimentos subjetivos de desamparo. Numa pesquisa mais recente realizada por Weng, Daí, Wang, Huang e Chiang (2008) com pacientes transplantados renais, foi investigado os efeitos da autoeficácia no autocuidado e comportamentos depressivos em 177 pacientes. Os pacientes foram avaliados seis meses após o transplante. A autoeficácia e os comportamentos de autocuidado tiveram efeitos negativos sobre os sintomas depressivos, sendo que a autoeficácia mostrou-se preditora de sintomas depressivos nestes pacientes.

É possível encontrar várias pesquisas internacionais e nacionais que têm se preocupado com sintomas de depressão em pacientes renais crônicos (Cukor et al., 2008; Barbosa, Andrade Jr. & Bastos, 2007; Hoth, Christensen, Ehlers, Raichle & Lawton, 2007). A depressão tem sido relacionada à mortalidade, morbidade e hospitalizações em pacientes renais crônicos tratados com hemodiálise (Tossani, Cassano & Fava, 2005; Kimmel et al., 2000; Lopes et al., 2002), e com a qualidade de vida (Pérez-San-Gregório, Martín-Rodríguez, Díaz-Domínguez & Pérez-Bernal, 2006; Noohi et al., 2007). A depressão nestes pacientes influencia de forma negativa a aderência ao tratamento, evidenciando maiores dificuldades no cumprimento das prescrições médicas (Kaveh & Kimmel, 2001). Com respeito especificamente aos transplantes renais, a depressão tem sido associada a comportamentos de não-aderência à terapia imunossupressora nesses pacientes (Cukor, Newville & Jindal, 2008). Também Akman et al. (2007) avaliaram a relação entre depressão, qualidade de vida e não-aderência ao tratamento de hemodiálise em pacientes em lista de transplante renal. Os pacientes classificados como não-aderentes tinham uma qualidade de vida pior e tiveram pontuações mais altas na avaliação da depressão, quando comparados com os pacientes considerados aderentes. Assim, a presença de depressão no pré e pós-transplante está relacionada a um risco duas vezes maior de rejeição do enxerto e de morte em pacientes transplantados renais (Dobbels et al., 2008). Achados similares na relação entre sintomas depressivos e rejeição do enxerto foram observados em transplantados cardíacos, bem como risco de morbidade e mortalidade a longo prazo no pós-transplante (Dew et al., 1999).

No Brasil, o estudo de Almeida e Meleiro (2000) indicou que a depressão influenciou negativamente a qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica e foi preditora de menor sobrevivência para estas pessoas. A depressão e a ansiedade têm sido consideradas variáveis importantes que prejudicam o bem-estar e a qualidade de vida em pacientes candidatos a transplante e transplantados, podendo

ser relevante no prognóstico (Nickel, Wunsch, Egle, Lohse & Otto, 2002; Cohen, Littlefield, Kelly, Maurer, & Abbey, 2008; Spaderna, Smits, Rahme & Weidner, 2007). Diante disto, a depressão está fortemente associada às questões psicossociais que envolvem o transplante, bem como aos efeitos colaterais dos imunossupressores que provocam alterações corporais importantes (Abrunheiro, Perdigoto & Sendas, 2005). Portanto, a depressão no pré-transplante pode ter papel importante na fase posterior ao transplante (Ravagnani, Domingos & Miyazaki, 2007).

O objetivo geral deste estudo foi avaliar a relação entre fatores de personalidade, autoeficácia e depressão em pacientes em lista de espera para transplante renal. Além disso, examinou-se a influência dos fatores de personalidade na autoeficácia e nos níveis de depressão de pacientes em lista de espera para transplante renal, bem como a diferença nos índices apresentados por homens e mulheres e pacientes adultos jovens e com mais idade.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 65 pacientes em lista de espera para transplante renal que realizavam tratamento de hemodiálise na cidade de Porto Alegre e que estavam vinculados ao programa de transplantes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Destes, 26 pacientes eram do sexo feminino e 39 do sexo masculino, com idades entre 25 e 72 anos e média de 49,11 anos ($DP=11,58$). A média de idade do diagnóstico foi de 42,65 anos ($DP=12,08$). A média de tempo em tratamento de hemodiálise foi de 52,86 meses ($DP=36,28$) e a média de tempo em lista de espera para transplante foi de 26,86 meses ($DP=25,80$). Esta amostra corresponde a 75,5% do total de pacientes ativos em lista entre os meses de março/junho (2009) que aguardavam transplante no referido hospital e foi atualizada três vezes no período de coleta de dados (Tabela 1).

Como critérios de inclusão para este estudo foram considerados estar em tratamento de hemodiálise e em lista de espera ativa de transplante de órgãos há no mínimo um mês, estar vinculado à Unidade de Hemodiálise na cidade de Porto Alegre, ter entre 18 anos e 75 anos e ter condições físicas suficientemente boas para responder aos instrumentos. Excluiu-se do estudo pacientes em lista de transplante Rim/Pâncreas, pacientes em diálise peritoneal, pacientes com condições sistêmicas importantes que estavam impossibilitados de responder aos instrumentos, pacientes com dificuldade de compreensão das perguntas dos instrumentos e pacientes que se recusaram a participar do estudo. A tabela 1 mostra os principais dados sócio-demográficos da amostra.

Tabela 1: Dados Sócio-demográficos

		Nº
Sexo	Masculino	39 (60%)
	Feminino	26 (40%)
Estado Civil	Casado/Vive Junto	37 (56,9%)
	Solteiro/Separado	28 (43,1%)
Escolaridade	Ensino Fundamental Completo	8 (12,3%)
	Ensino Fundamental Incompleto	24 (36,9%)
	Ensino Médio Completo	14 (21,5%)
	Ensino Médio Incompleto	7 (10,8%)
	Ensino Superior Completo	11 (16,9%)
Trabalho ²	Trabalha	15 (23,1%)
	Não Trabalha	50 (76,9%)
Filhos	Sim	53 (81,5%)
	Não	12 (18,5%)
Paciente mora com quem	Cônjuge	18 (27,7%)
	Filhos	11 (16,9%)
	Sozinho	12 (18,5%)
	Mãe	3 (4,6%)
	Pai	1 (1,5%)
	Irmã	2 (3,1%)
	Família Toda (Cônjuge e filhos)	18 (27,7%)
Religião	Não tem	7 (10,8%)
	Católico	41 (63,1%)
	Espírita	3 (4,6%)
	Evangélica	7 (10,8%)
	Adventista	2 (3,1%)
	Budista	1 (1,5%)
	Testemunha de Jeová	1 (1,5%)
	Umbanda	3 (4,6%)
		Média (DP)
Idade		49,11 (11,58)
Número de Filhos		2,18 (1,90)
Idade do Diagnóstico		42,65 (12,08)
Tempo de Hemodiálise (meses)		52,86 (36,28)
Tempo de Lista (meses)		26,86 (25,80)

² Trabalho desenvolvido: bioterapeuta (1), atividades com limpeza, serviços gerais e manutenção (3), comerciante (2), músico (2), personal trainer (1), motorista (1), analista de sistemas (1), contador (1), pecuarista (1) e engenheiro (2).

Instrumentos:

*Questionário de Dados Sócio-demográficos e Clínicos: Inclui dados sobre o paciente, sobre sua família e apoio social, bem como questões relacionadas ao adoecimento. O questionário incluiu: nome, sexo, idade, data de nascimento, local de nascimento, religião, etnia, escolaridade, atividade laboral, estado civil, número de filhos, com quem mora, se havia alguém para ajudar nos cuidados com a saúde e quem era esta pessoa. Os dados clínicos englobavam idade do diagnóstico da insuficiência renal crônica, hospitalizações no último ano, se realiza ou já realizou acompanhamento psicológico e/o psiquiátrico e qual o tempo, se faz uso de medicações para depressão e quanto tempo, além da descrição das medicações utilizadas. Os dados que foram obtidos através da lista de transplante foram: qual unidade que realiza hemodiálise, data de início de hemodiálise e data da inclusão em lista de transplante.

*Bateria Fatorial de Personalidade - BFP (Nunes, Hutz & Nunes, 2009): Consta de 126 itens que devem ser respondidos em uma escala *likert* que varia de 1 (Absolutamente não me identifico com a frase) e 7 (Descreve-me perfeitamente). Cada fator abrange um conjunto de facetas e cada faceta um conjunto de características, descritas a seguir. Os índices brutos são transformados em percentílicos. Os pontos percentílicos são: até 14 (muito baixa), 15-29 (baixa), 30-70 (média), 71-85 (alto).

*Fator Extroversão: Facetas Comunicação (E1), Altivez (E2), Dinamismo (E3) e Interações Sociais (E4). *Fator Socialização: Facetas Amabilidade (S1), Pró Sociabilidade (S2) e Confiança nas Pessoas (S3). *Fator Neuroticismo: Facetas Vulnerabilidade (N1), Instabilidade Emocional (N2), Passividade (N3) e Depressão (N4). *Fator Realização: Facetas Competência (R1), Ponderação/Prudência (R2) e Empenho/Comprometimento (R3). *Fator Abertura: Facetas Interesse por novas ideias (A1), Liberalismo (A2) e Busca por novidades (A3).

No presente estudo os *Alphas de Cronbach foram*: Extroversão (0,82), Socialização (0,75), Neuroticismo (0,88), Realização (0,68) e Abertura (0,68), os quais se assemelham aos da validação do instrumento para versão Brasileira.

*Escala de Autoeficácia Geral Percebida (Schwarzer & Jerusalém, 1995; Teixeira & Dias, 2005): Consta de 10 itens que avaliam a percepção da autoeficácia do indivíduo. As respostas variam desde 1 (não é verdade) a 4 (sempre é verdade). A adaptação ao português seguiu o modelo de grupo de consenso, com várias traduções bilíngues, incluindo *back translations* e grupos de discussão. O *Alpha de Cronbach*

do presente estudo foi de 0,80, que se assemelha ao da validação do instrumento para versão brasileira.

*Inventário de Depressão de Beck - (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Cunha, 2001): Consiste em 21 itens que devem ser respondidos em uma escala de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido. O manual da versão em Português das Escalas Beck (Cunha, 2001) sugere que, no caso de pacientes que estejam realizando dieta para perda de peso, seja excluída a questão 19 que faz referência à perda voluntária de peso. Assim, como os pacientes em hemodiálise têm restrições hídricas e nutricionais importantes que interferem no ganho e perda de peso, a questão 19 foi excluída desta avaliação. Além disso, o BDI apresenta itens cognitivo-afetivos e outros que dizem respeito às queixas somáticas, que se apresentam subdivididos na escala (Cunha, 2001). Diante disto, neste estudo, os pontos do BDI foram calculados em três níveis: Depressão Total, excluindo a questão 19, Depressão Psicológica (cognitivo-afetivos) e Depressão Somática (queixas somáticas). As pontuações utilizadas na versão brasileira do instrumento foram validadas para população psiquiátrica, contudo, estes valores têm sido empregados na população geral, indicando resultados fidedignos. As pontuações utilizadas são: Nível mínimo de depressão (0-11), leve (12-19), moderado (20-35) e grave (36-63). O *Alpha de Cronbach* para amostras médico-clínicas foi de 0,77 a 0,86. No presente estudo o *Alpha de Cronbach* foi de 0,83

Delineamento e Procedimentos

Estudo quantitativo, transversal e correlacional. Inicialmente foi feito contato com os diretores e chefes de equipe do HCPA para apresentar o projeto e averiguar a possibilidade de desenvolvê-lo junto à Instituição. Após a aceitação e aprovação do trabalho por parte das equipes, o projeto foi submetido ao comitê de ética da Instituição, que diante de sua aprovação, possibilitou o acesso da pesquisadora à lista de pacientes vinculados ao HCPA e que aguardavam transplante renal.

Os pacientes estavam vinculados ao programa de transplantes da Instituição, entretanto, muitos deles realizavam hemodiálise em outros hospitais ou centros específicos para o tratamento. Por este motivo, a coleta de dados foi realizada tanto

no HCPA como em diferentes unidades de hemodiálise da cidade de Porto Alegre. Para contatar o paciente, a pesquisadora convidava-o a participar da pesquisa, explicando os objetivos do estudo e solicitando a assinatura do TCLE. A aplicação dos instrumentos ocorreu durante a sessão de hemodiálise de cada participante. Todos os instrumentos foram aplicados individualmente e a entrevistadora anotava as respostas, uma vez que os pacientes estavam conectados à máquina de diálise, o que dificultava o preenchimento dos protocolos.

O tempo total de aplicação variou entre 60 e 90 min. Em relação aos pacientes que foram avaliados com altos níveis de depressão ou que demonstraram algum outro problema de ordem emocional durante a coleta de dados, foi realizado contato com a equipe da unidade, comunicando a situação do paciente e solicitando encaminhamento para apoio psicológico.

Análise Estatística

Todos os dados dos protocolos da pesquisa foram levantados e tabulados na base de dados do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 17. 0. Foram realizadas análise descritiva (médias, desvio- padrão, porcentagens) dos resultados em geral, do grupo de homens e mulheres e pacientes com idades maiores e menores de 50 anos. Para analisar as associações entre variáveis foram realizadas correlações entre as variáveis de interesse (*Pearson*), comparação de médias (*teste t de student*) e análises de regressão linear para estabelecer modelos preditivos das variáveis de personalidade sobre os níveis de auto- eficácia e depressão. Também foram realizadas análises de *Alpha de Cronbach* das escalas a fim de indicar a fidedignidade dos instrumentos utilizados.

RESULTADOS

A tabela 2 mostra os índices de autoeficácia, depressão, fatores de personalidade entre homens e mulheres que foram analisados com o *teste t* para amostras independentes. Não foi encontrada diferença estatística significativa na diferença de gênero em autoeficácia, no entanto, em relação às pontuações de depressão, as mulheres indicaram média tendencialmente superior às dos homens na depressão total ($t=-1,82, p<0,10$) e sintomas somáticos ($t=-1,83, p<0,10$) também de maneira tendencialmente significativa. Com relação aos fatores de personalidade, no fator Socialização, as mulheres apresentaram essa característica de maneira significativa ($t=-2,00, p<0,05$), Já o fator Realização foi estatisticamente superior no grupo dos participantes homens ($t=2,71, p<0,01$). Com relação ao Neuroticismo, Extroversão e Abertura, não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres.

Tabela 2: Médias, Desvio Padrão, Comparação de Médias (*teste t*) entre homens e mulheres e total de Autoeficácia, Depressão e Fatores de Personalidade

Instrumento	Homens ($n=39$) Média (DP)	Mulheres ($n=26$) Média (DP)	<i>t</i>	<i>p</i> <
Autoeficácia Total	33,00 (5,27)	31,88 (4,98)	0,85	ns
Depressão Total	11,44 (7,73)	15,46 (9,98)	-1,82	ns
Depressão Psicológica	6,10 (5,31)	8,23 (6,33)	-1,46	ns
Depressão Somática	5,33 (3,61)	7,23 (7,70)	-1,83	ns
Neuroticismo	3,30 (1,06)	3,77 (1,20)	-1,64	ns
Extroversão	4,56 (0,97)	4,48 (0,97)	0,32	ns
Socialização	5,42 (0,72)	5,76 (0,57)	-2,00	0,05*
Realização	5,51 (0,80)	4,98 (0,72)	2,71	0,01**
Abertura	4,20 (0,91)	4,18 (0,66)	0,11	ns

**Correlação Significativa 0,01

*Correlação Significativa 0,05

ns=não significativo

A tabela 3 mostra as pontuações de autoeficácia, depressão, fatores de personalidade, comparando pacientes com idades inferiores e superiores a 50 anos, conforme sugestão de Tsutsui et al. (2009). Em relação às pontuações de

autoeficácia, os participantes com idades superiores a 50 anos apresentaram média significativamente maiores quando comparados aos participantes com idades inferiores a 50 anos ($t=-2,24$, $p<0,05$). O fator Neuroticismo foi mais alto nos pacientes com idades inferiores à 50 anos, de maneira tendencialmente significativa ($t=1,87$, $p<0,10$). Os fatores Extroversão ($t=-2,36$, $p<0,05$) e Realização ($t=-2,50$, $p<0,05$) indicaram índices significativamente maiores nos participantes com mais de 50 anos de idade.

Tabela 3: Indica as médias de Autoeficácia, Depressão e Fatores de Personalidade para os participantes com idades <50> anos

Instrumento	<50 anos ($n=33$)	>50 anos ($n=32$)	t	$p<$
	Média (DP)	Média (DP)		
Autoeficácia Total	31,18 (4,79)	33,97 (5,19)	-2,24	0,05*
Depressão Total	13,61 (9,29)	12,47 (8,49)	0,51	ns
Depressão Psicológica	7,42 (6,28)	6,47 (5,29)	0,66	ns
Depressão Somática	6,18 (4,16)	6,00 (4,21)	0,17	ns
Neuroticismo	3,47 (1,19)	3,22 (1,02)	1,87	ns
Extroversão	4,26 (0,77)	4,81 (1,07)	-2,36	0,05*
Socialização	5,43 (0,64)	5,69 (0,70)	-1,52	ns
Realização	5,06 (0,79)	5,55 (0,77)	-2,50	0,05*
Abertura	4,19 (0,94)	4,20 (0,68)	-0,09	ns

**Correlação Significativa 0,01

*Correlação Significativa 0,05

ns=não significativo

A tabela 4 mostra os valores de correlação entre as variáveis avaliadas neste estudo. Idade correlacionou-se de forma positiva significativa com os fatores Socialização ($r=0,30$, $p<0,05$), Realização ($r=0,38$, $p<0,01$) e autoeficácia total ($r=0,34$, $p<0,01$). Além disso, idade mostrou uma correlação tendencialmente significativa com o fator Extroversão ($r=0,20$, $p<0,10$). Idade no diagnóstico se correlacionou de forma positiva significativa com os fatores Socialização ($r=0,27$, $p<0,01$), Realização ($r=0,45$, $p<0,01$) e autoeficácia ($r=0,29$, $p<0,05$), mostrando que quando maior a idade no momento do diagnóstico, maiores os índices nestes fatores. Da mesma forma, idade no diagnóstico indicou correlação tendencialmente

significativa negativa com o fator Neuroticismo ($r=-0,21$, $p<0,10$). O fator Neuroticismo correlacionou-se negativamente com o fator Realização ($r=-0,29$, $p<0,05$) e com as pontuações de autoeficácia total ($r=-0,38$, $p<0,01$). A variável tempo de diálise sugeriu relação tendencialmente significativa e negativa com o fator Realização da escala de personalidade ($r=-0,22$, $p<0,10$). Já em relação às pontuações de depressão total ($r=0,68$, $p<0,05$), psicológica ($r=0,62$, $p<0,01$) e somática ($r=0,67$, $p<0,01$), a relação foi positiva significativa. O fator Extroversão mostrou correlação positiva com os fatores Realização ($r=0,25$, $p<0,05$), Abertura ($r=0,37$, $p<0,01$) e autoeficácia total ($r=0,35$, $p<0,01$). Extroversão não mostrou correlação com as outras variáveis. Realização ($r=0,41$, $p<0,01$) indicou relação positiva significativa com autoeficácia, revelando que o grau de organização, persistência, controle e motivação, que são características do fator Realização, contribuem de forma positiva para os níveis de autoeficácia apresentados pelos pacientes. Abertura não indicou correlações nem com as pontuações de autoeficácia e nem com os índices de Depressão. Por último, autoeficácia teve correlação significativa negativa com as pontuações de Depressão total ($r=-0,39$, $p<0,01$), Depressão psicológica ($r=-0,38$, $p<0,01$) e Depressão somática ($r=-0,30$, $p<0,01$), indicando que níveis mais elevados de autoeficácia tendem a diminuir sintomas de depressão nestes pacientes.

Tabela 4: Análise de Correlação

	Idade	Idade do Diagnóstico	Tempo de Diálise	Tempo de Lista	Neuroticismo	Extroversão	Socialização	Realização	Abertura	Autoeficácia Total	Depressão Total	Depressão Psi	Depressão Som
Idade	–	0,887*	0,063	0,028	-0,187	0,209	0,309*	0,381**	-0,104	0,343**	-0,038	-0,075	0,023
Idade do Diagnóstico		–	-0,139	-0,124	-0,214	0,138	0,271*	0,450**	-0,118	0,298*	-0,054	-0,104	0,031
Tempo de Diálise			–	0,531**	0,098	-0,078	0,063	-0,223	-0,142	-0,101	0,090	0,019	0,164
Tempo de Lista				–	0,053	0,160	0,178	-0,104	0,087	0,025	-0,069	-0,056	-0,069
Neuroticismo					–	-0,037	-0,200	-0,294*	0,135	-0,389**	0,688*	0,627**	0,673**
Extroversão						–	-0,025	0,257*	0,376**	0,353**	-0,092	-0,073	-0,094
Socialização							–	0,243	-0,073	-0,036	-0,124	-0,163	-0,036
Realização								–	-0,022	0,415**	-0,169	-0,147	-0,155
Abertura									–	-0,029	0,050	0,099	-0,031
Autoeficácia total										–	-0,390**	-0,381**	-0,300*
Depressão Total											–	0,923**	0,845**
Depressão Psi												–	0,575**
Depressão Som													–

**Correlação Significativa 0,01

*Correlação Significativa 0,05

A tabela 5 mostra os resultados da análise de regressão (*Método Enter*) para Depressão e fator Neuroticismo e Método *Stepwise* para Autoeficácia e os fatores Realização, Neuroticismo e Extroversão. O Neuroticismo foi preditor de forma significativa ($\beta=5,35$, $p<0,001$) de sintomas depressivos, explicando 47% da variância da depressão nos pacientes avaliados. Da mesma forma, o fator Neuroticismo foi preditor de forma significativa ($\beta=3,18$, $p<0,001$) de sintomas psicológicos de depressão, explicando 39% da variância dos sintomas psicológicos da depressão nos pacientes renais crônicos avaliados neste estudo. Por último, o Neuroticismo também foi preditor de sintomas somáticos em pacientes renais crônicos ($\beta=2,16$, $p<0,001$), explicando 35% da variância nos sintomas somáticos da depressão nestes pacientes. No que se refere à variável dependente autoeficácia, a análise de regressão mostrou que a personalidade foi preditora de níveis de autoeficácia nos três passos de forma significativa respectivamente ($\beta=0,28$, $p<0,01$), ($\beta=-0,31$, $p<0,01$), ($\beta=0,23$, $p<0,05$). O fator Realização sozinho prediz 19,0% da variância da autoeficácia, enquanto os fatores Realização e Neuroticismo são responsáveis por 28,0% da variância da autoeficácia. Já no passo 3, em relação ao constructo total da autoeficácia, os fatores Realização, Neuroticismo e Extroversão da personalidade juntos predizem 33,0% da variância ($\beta=0,33$, $p<0,05$). As variáveis idade e idade no diagnóstico foram excluídas da equação pelo método *Stepwise*.

Tabela 5: Análise de Regressão (*Método Enter*) para Depressão e fator Neuroticismo e Método *Stepwise* para Autoeficácia e os fatores Realização, Neuroticismo e Extroversão

	Depressão Total (β)	Depressão Psicológica (β)	Depressão Somática (β)
Neuroticismo	0,68***	0,62***	0,59***
R ²	0,47***	0,39***	0,35***
Autoeficácia			
	Passo 1 (β)	Passo 2 (β)	Passo 3 (β)
Realização	0,44***	0,35**	0,28**
Neuroticismo	-	-0,30**	-0,31**
Extroversão	-	-	0,23*
ΔR^2	0,19	0,08	0,05
R ²	0,19***	0,28**	0,33*

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

DISCUSSÃO

O objetivo principal deste estudo foi investigar a influência dos fatores de personalidade na autoeficácia e nos níveis de depressão de pacientes em lista de espera para transplante renal, bem como avaliar possíveis diferenças entre homens e mulheres e pacientes mais jovens e de mais idade. A hipótese inicial deste estudo era de que os fatores de personalidade poderiam influenciar os padrões de autoeficácia e os sintomas de depressão desenvolvidos por estes pacientes. Estas hipóteses foram fundamentadas em estudos sobre personalidade e comportamentos de saúde em diferentes patologias (O'Cleirigh et al., 2007; Rebelo & Leal, 2007; Rondina et al., 2007; Moreno-Jiménez et al., 2007). Além disso, os estudos relacionados aos padrões de autoeficácia também revelam relação com os comportamentos de saúde (Forsyth & Carey, 1998; Cavanaugh et al., 2008; Wahl et al., 2005; Souza et al., 2002; Baptista et al., 2006), além do impacto sobre sintomas depressivos (Weng et al., 2008).

As correlações significativas relacionadas ao construto da personalidade evidenciaram que três fatores da escala de personalidade se relacionaram com as variáveis de autoeficácia: Extroversão e Realização demonstraram correlação positiva significativa com o modelo e o Neuroticismo indicou correlação negativa. Além disso, autoeficácia indicou correlação negativa com as pontuações de depressão. No que se refere à depressão, o único fator da escala de personalidade que teve correlação foi o fator Neuroticismo, indicando correlação negativa.

Horsburgh et al. (2000) já haviam analisado as relações entre traços de personalidade e comportamentos de autocuidado em pacientes em lista de transplante renal. No estudo desses autores, o fator Realização foi o mais forte preditor de habilidades para desempenho do autocuidado, enquanto Extroversão indicou ser um preditor significativo individual de autocuidado. Os participantes que revelaram altos níveis em Extroversão indicaram uma melhor avaliação no seu autocuidado. Os autores concluíram que o fator Realização facilita o desenvolvimento das habilidades para o autocuidado e pessoas com altos índices neste fator teriam tendência ao desenvolvimento de níveis mais elevados de habilidades aprendidas associadas ao autocuidado. Indivíduos com altas pontuações no fator Realização tendem a apresentar características como cautela, organização e persistência, podendo ser uma medida importante nos comportamentos de aderência a tratamentos (Nunes et al., 2009; McCrae & John, 1992). O fator Realização envolve traços de personalidade que inclui motivação para o sucesso, perseverança, capacidade de planejamento de

metas, assim como nível de organização e pontualidade (Nunes et al., 2009). Pessoas que apresentam pontuações elevadas neste fator tendem a procurar formas de obter seus objetivos com esforço e dedicação (Nunes et al., 2009). Estudos anteriores já indicavam a relação entre fatores de personalidade e comportamentos de saúde e pacientes renais crônicos com altas pontuações no fator Realização apresentaram maior engajamento nos comportamentos mais saudáveis em relação à saúde e indicaram maior aderência aos programas de tratamentos prescritos (Wiebe & Christensen, 1996; Christensen & Smith, 1995). Kidachi, Kikuchi, Nishizawa, Iruma e Kaneko (2007) sugerem que pacientes em tratamento de hemodiálise que tenham níveis altos em Socialização, Extroversão e Realização são capazes de manter uma melhor autodisciplina e se adaptam com facilidade ao tratamento dialítico. Os fatores Socialização e Realização também foram associados com práticas positivas de saúde (Booth-Kewley & Vickers, 1994). Além disso, numa pesquisa com pacientes com Doença de Parkinson, a maior pontuação no fator Extroversão foi significativamente associada com um melhor bem-estar emocional em homens, mas com pior bem-estar emocional no sexo feminino (Dubayova et al., 2009). Os autores explicam que este resultado pode estar relacionado com as estratégias de enfrentamento que são diferentes para homens e mulheres.

Dobbels et al. (2009) avaliou candidatos a transplante de pulmão, coração e fígado, e embora não tenham sido incluídos pacientes candidatos à transplante renal, os resultados são importantes para toda a população em lista de transplantes e devem ser pensados de forma ampla. Pacientes com baixas pontuações no fator Realização indicaram não-aderência à terapia imunossupressora menos de um ano após o transplante. Neste estudo, o fator Realização foi preditor independente para não-aderência à medicação após um ano de transplante. Curtin et al. (2008) encontraram associação positiva entre autoeficácia e comportamentos de autogestão, como: adesão à medicação, comunicação com os cuidadores, autocuidado, autodefesa e parceria no cuidado, que são características que promovem benefícios ao paciente. Deste modo, na análise de regressão, os resultados indicaram que os fatores Extroversão e Realização, e ainda o Neuroticismo, foram preditores de autoeficácia, que por sua vez é um conceito intimamente relacionado com comportamentos de enfrentamento e de autocuidado de pacientes renais crônicos em lista de espera por transplante renal. Assim, níveis elevados de Extroversão e Realização e baixos de Neuroticismo contribuem para o aumento da autoeficácia nos participantes desta pesquisa, possibilitando que eles tenham maiores recursos emocionais para enfrentar

os estressores do tratamento e transplante e ampliando a possibilidade de aderência ao tratamento. Deste modo, os resultados do presente estudo sugerem que estes fatores de personalidade podem ter um efeito positivo no comportamento, promovendo um melhor sentido de autoeficácia nos pacientes em lista de transplante renal, podendo minimizar o estresse psicológico causado durante o tempo de espera até o transplante e possibilitando um maior repertório de comportamentos saudáveis durante o tempo em lista, o que pode reduzir o impacto dos efeitos negativos do tratamento até o transplante.

Com respeito ao fator Neuroticismo, indivíduos que indicam valores elevados neste fator tendem a vivenciar intensamente aflição psicológica, instabilidade emocional e vulnerabilidade, que estão associadas à ocorrência de sintomas de depressão, ansiedade, oscilações de humor, dificuldade para controlar sentimentos negativos e baixa tolerância à frustração (Nunes et al.,2009). Os autores também afirmam que pessoas com estas características têm dificuldade para manter a motivação em tarefas longas ou difíceis, normalmente abandonando antes de sua conclusão, necessitando de estímulo para alcançarem seus objetivos. Pacientes renais crônicos que não conseguem aderir ao regime de tratamento apresentam consequências negativas para sua saúde e transplante. Pacientes que faltam às sessões de diálise tiveram um aumento de 69% no risco de mortalidade e 2,5 vezes menos chance de receber um transplante de rim (Unruh, Evans, Fink, Powe & Meyer, 2005). Encurtamento e faltas nas sessões também foram associados com maior risco de mortalidade (Leggat, 2005). O estudo de Christensen et al. (2002) encontrou uma relação significativa entre mortalidade e personalidade. Os principais resultados indicaram que pacientes com altas pontuações no fator Neuroticismo tinham uma taxa de mortalidade de 37,5% maior em relação aqueles com pontuações médias neste fator, enquanto pacientes com pontuações baixas no fator Realização tiveram um aumento de 36,4% na taxa de mortalidade em relação à média obtida da população.

Em populações não-clínicas, o Neuroticismo foi relacionado com a diminuição da percepção de sucesso e de menor esforço para alcance de objetivos (Romero, Villar, Luengo & Gómez-Fraguela, 2009). Da mesma forma, numa metanálise, o fator Neuroticismo foi negativamente associado com estratégias de resolução de problemas e reestruturação cognitiva e foi positivamente associado com apoio emocional (Connor-Smith,Celeste & Flachsbart, 2007).

Considerando o impacto da doença renal crônica e a espera pelo transplante, as crenças sobre a possibilidade de superação, assim como a possibilidade de estratégias de enfrentamento mais positivas devem ser consideradas nestes pacientes. Diante disto, a percepção de autoeficácia é um componente importante contra os efeitos adversos da doença, tratamento e tempo até o transplante, pois tem impacto na motivação para o enfrentamento do estresse. Assim, quanto maior a crença nas capacidades pessoais, as pessoas estão mais propensas a adquirir comportamentos positivos na saúde, obtendo melhores resultados nos tratamentos propostos e reduzindo aqueles comportamentos que podem influenciar negativamente (Bandura, 2004). Diante disto, o fator Neuroticismo se mostrou um importante fator que diminui os níveis de autoeficácia dos participantes avaliados neste estudo, podendo desempenhar um impacto negativo no tratamento e no bem-estar emocional destes pacientes.

No presente estudo, encontrou-se correlação negativa significativa entre autoeficácia e depressão e os achados confirmam os resultados encontrados por Weng et al. (2008), que utilizaram também o mesmo instrumento. Outros resultados importantes encontrados por Weng et al. (2008) foram a correlação positiva entre autoeficácia e comportamentos de autocuidado e correlação negativa entre comportamentos de autocuidado e depressão. Da mesma forma, outras pesquisas encontraram associação negativa entre depressão e autoeficácia em pacientes renais (Takaki, et al. 2003; Devins et al., 1982). Maiores níveis de autoeficácia predisseram menor ganho de peso interdialítico entre homens em tratamento de hemodiálise, mas esta relação não se confirmou para o sexo feminino (Takaki & Yano, 2006). Igualmente, o aumento da autoeficácia está relacionada com melhor controle de peso interdialítico em pacientes em hemodiálise, além de uma melhor adesão à terapia e melhores condições para mudanças de comportamentos favoráveis à saúde (Tsay, 2003; Ghaddar, Shamseddeen & Elzein, 2009).

As variáveis idade e idade no diagnóstico apresentaram correlações positivas significativas com os fatores Socialização e Realização e o modelo de autoeficácia. Além disso, idade apresentou correlação positiva tendencialmente significativa com o fator Extroversão, enquanto idade no diagnóstico apresentou correlação negativa tendencialmente significativa com o fator Neuroticismo. Tempo de diálise também indicou uma tendência para correlação negativa, entretanto, com o fator Realização. Os resultados do presente estudo indicam que pacientes mais velhos e com mais idade no momento do diagnóstico parecem possuir maiores características de

altruísmo, cooperação e confiança, que são algumas das características positivas do fator Socialização, além de organização, autodisciplina e perseverança, sendo estas características correspondentes ao fator Realização. Diante destes resultados, estas características mostraram que exercem impacto nos níveis de autoeficácia. Isto nos leva a crer que os pacientes mais jovens em tratamento dialítico e que estejam à espera de um transplante sofrem mais intensamente com o impacto do diagnóstico e as restrições do tratamento. Assim, parece que pacientes com mais idade e diagnóstico em idade mais avançada podem dispor de mais recursos emocionais para o tratamento e espera pelo transplante. O impacto do diagnóstico, as restrições da doença e tratamento podem ser atenuadas quando os pacientes já apresentam certo grau de maturidade. Tsutsui et al. (2009) demonstrou que, pacientes que iniciaram hemodiálise antes dos 50 anos de idade e tinham um maior tempo de tratamento relataram problemas nas funções e estruturas corporais, enquanto que mais pacientes com uma menor duração de hemodiálise relataram problemas nos relacionamentos familiares, indicando que a idade de início do tratamento e sua duração podem ter impactos sobre a saúde física e suas relações com outras pessoas. Além disso, o estudo de Santos (2006) encontrou correlação negativa entre idade e as dimensões do aspecto físico de qualidade de vida em pacientes com insuficiência renal crônica e não com os aspectos emocionais. Diante disto, este resultado revela que o avançar da idade nesta população afeta mais o aspecto físico se comparado ao aspecto emocional. Talvez por esse motivo tenha-se encontrado uma relação positiva entre idade e autoeficácia.

Em relação à depressão, o fator Neuroticismo foi a única variável do modelo que teve relação positiva e que foi preditora de sintomas de depressão. Em pacientes com doenças crônicas, o Neuroticismo foi associado à depressão e ansiedade e pior autoavaliação do estado de saúde (Jerant, Chapman & Franks, 2008). Sendo assim, as características relacionadas ao fator Neuroticismo podem influenciar de modo negativo os pacientes durante a espera pelo transplante, maximizando sentimentos negativos e comportamentos que contribuam para uma baixa qualidade de vida.

Com relação ao gênero, homens apresentaram maiores pontuações no fator Realização e as mulheres no fator Socialização, além de níveis mais elevados de depressão. Kidachi et al. (2007) também encontraram pontuações maiores de Socialização em mulheres com doença renal crônica. Embora não se tenha encontrado correlações significativas com o fator Abertura, torna-se importante apontar os dados obtidos com os pacientes avaliados neste estudo. Da mesma forma, Kidachi et

al.(2007) evidenciaram baixas pontuações neste fator. O fator Abertura está relacionado a comportamentos exploratórios e possibilidade de ter novas experiências; indivíduos com valores altos neste fator são curiosos, imaginativos, criativos e divertem-se com novas ideias (Nunes et al.,2009). Os baixos valores neste fator podem estar atribuídos às inúmeras limitações que a doença e tratamento acarretam para a vida do indivíduo, minimizando a possibilidade de ter novas experiências, ou até mesmo dificultando a expressão dos afetos. Uma alta porcentagem de pacientes em diálise relatou os sintomas físicos da doença e tratamento, tais como: alterações da pressão arterial, resistência física, cansaço, coceiras na pele, câimbras, entre outros; além dos efeitos psicossociais, como o abandono de atividades de lazer em função do tratamento (Tsutsui et al.,2009). Pacientes em tratamento dialítico sofrem uma multiplicidade de sintomas que afetam negativamente o bem-estar e a qualidade de vida (Weisbord, 2007). Contudo, existem diferenças na forma como homens e mulheres experimentam a doença renal crônica. Mulheres estão mais propensas a assumir as responsabilidades do ambiente familiar, além de expressarem mais afeto depressivo, ansiedade e transtornos de personalidade do que os homens (Lew & Patel, 2007). Em estudo brasileiro, mulheres tratadas com hemodiálise apresentaram pontuações menores de qualidade de vida tanto no que se refere ao aspecto físico e mental, se comparadas aos homens (Lopes et al., 2007). Através destes resultados, as participantes mulheres deste estudo parecem ter suas características mais focadas na emoção; em contrapartida, as características reveladas pelos homens mostram-se voltadas para o comportamento positivo.

Já em relação às pontuações de depressão, em especial o total e o somático, as mulheres apresentaram médias superiores em relação aos homens. O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é a medida mais importante para avaliação de sintomas depressivos em pacientes renais crônicos tratados com hemodiálise (Chilcot, Wellsted & Farrington, 2008; Kimmel et al., 2000; Wang &Watnick, 2004; Kimmel, Weihs & Petersons, 1993; Wang &Watnick, 2004). As pontuações de depressão total apresentadas pelos pacientes deste estudo estão dentro do intervalo definido por Cunha, 2001) como depressão leve.

Considerando que a depressão está associada à mortalidade em pacientes renais crônicos em hemodiálise (Diefenthaler, Wagner, Poli-de-Figueiredo, Zimmermann & Saitovitch, 2008; Kimmel, 2000), pode-se pensar que as mulheres são um grupo de risco e que merecem atenção psicológica redobrada.

No presente estudo, não se encontrou correlação entre as pontuações de depressão, tempo de diálise e tempo em lista. Entretanto, Dobbels et al. (2008) constataram que, pacientes tratados em hemodiálise por mais de três anos antes do transplante apresentaram 21% mais probabilidade de desenvolver depressão após o procedimento, pois a incerteza de encontrar um doador compatível é somado aos estressores e comorbidades associadas ao tratamento. Sendo assim, pacientes renais crônicos em lista de transplante parecem ser afetados pela depressão de diferentes formas. Em pacientes transplantados de fígado, as limitações sociais, as atividades de lazer, as restrições alimentares, as dificuldades financeiras e a ansiedade em relação à cirurgia foram fatores significativos durante o tempo em lista de espera pelo transplante (Santos Jr. et al., 2008). A depressão tem sido considerada uma variável importante que prejudica o bem-estar e a qualidade de vida em pacientes candidatos à transplante e transplantados de diferentes órgãos, podendo ser relevante no prognóstico (Nickel, Wunsch, Egle, Lohse & Otto, 2002; Spaderna, Smits, Rahme & Weidner, 2007). Além de maior mortalidade, a depressão prejudica o bem-estar físico de pacientes em tratamento de hemodiálise, afetando a aderência ao tratamento (Kimmel, 1993; Kaveh & Kimmel, 2001). Em pacientes transplantados renais, a depressão foi associada à não-aderência ao tratamento (Rocha, Poli-de-Figueiredo, d'Avila & Saitovitch, 2001).

Chama a atenção também o fato de pacientes com idades superiores a 50 anos apresentarem índices de autoeficácia maiores que pacientes mais jovens, além de características de personalidade relativas aos fatores Extroversão, Realização e Abertura. O único fator que sugeriu média tendencialmente maior no grupo de participantes com idades inferiores a 50 anos foi o Neuroticismo. Conforme Pervin e John (2004), algumas pesquisas têm revelado que os fatores de personalidade podem ter pequenas influências da idade ao longo dos anos. Pessoas com idades mais avançadas tendem a indicar pontuações mais baixas nos fatores Neuroticismo, Extroversão e Abertura e tendem a indicar valores maiores em Socialização e Realização quando comparados a adultos jovens na faixa etária em torno dos 20 anos.

A qualidade de vida, a aderência ao tratamento, o autocuidado e um melhor bem-estar emocional são algumas das questões que devem ser foco de atenção dos profissionais que cuidam de pacientes doentes crônicos que aguardam por um transplante. Diante disto, a avaliação da personalidade na saúde parece ser uma ferramenta útil que fornece dados importantes sobre a realidade emocional do

paciente e a sua possibilidade de sucesso no tratamento durante a espera pelo órgão. Sendo assim, os fatores de personalidade podem ter uma função positiva ou negativa no comportamento, além de influenciarem de diferentes formas o estado emocional do paciente. Do ponto de vista prático, a avaliação da personalidade pode ser um componente importante na avaliação global do paciente, auxiliando a equipe no manejo com o mesmo. Desta forma, terapias complementares e intervenções como psicoeducação ajudam os pacientes a reforçar as suas estratégias de enfrentamento durante o tempo em lista de espera, oferecendo ainda mais vantagens após o transplante (Ravagnani, et al., 2007). Assim sendo, estudos mostram que estas variáveis analisadas no pré-transplante podem ter papel importante na fase posterior ao transplante e reforçam a importância da avaliação e apoio psicológico em todas as fases do procedimento (Ravagnani, et al., 2007; Santos Jr. et al., 2008).

As conclusões do presente estudo ampliam o conhecimento sobre a influência da personalidade nos níveis de autoeficácia e depressão em pacientes em lista de transplante renal, já que são escassos os estudos sobre a influência destas variáveis nesta população. Além disso, os fatores de personalidade podem ser pensados como um importante parâmetro psicológico, que pode auxiliar no desenvolvimento de estratégias de intervenção cada vez mais eficazes com estes pacientes, maximizando desta forma a atenção global ao paciente. Contudo, novos estudos devem ser conduzidos na área da personalidade e saúde, incluindo novas variáveis de pesquisa, a fim de ampliar o conhecimento sobre o tema. Da mesma forma, pesquisas longitudinais deverão ser pensadas, a fim de avaliar o impacto que estas variáveis podem ter no pós- transplante.

SEÇÃO III

RELATÓRIO DE PESQUISA

Transplante renal: Aspectos gerais

A evolução atingida na dinâmica dos transplantes de órgãos e tecidos é atualmente um dos mais importantes êxitos das ciências médicas no século XX (Andreassi, 2005). Entretanto, para que se chegasse à realidade atual, houve um caminho longo de estudos e pesquisas. A história dos transplantes iniciou na década de 40, indicando naquela época que o procedimento poderia ser uma alternativa eficaz para pacientes doentes renais crônicos. Foi no ano de 1946 que os médicos conseguiram pela primeira vez manter um enxerto renal por três dias em um paciente (Guerra, Bittar, Siqueira Jr. & Araki, 2002). Contudo, os primeiros transplantes renais realizados nesta época não tiveram sucesso em relação à sobrevivência do paciente a longo prazo. Foi somente no final da década de 50 e início dos anos 60 que se iniciaram os avanços da farmacologia imunossupressora, com novos agentes corticosteróides, que possibilitaram o controle das rejeições dos órgãos transplantados. Esse acontecimento fez com que efetivamente fossem iniciadas as primeiras experiências positivas na preparação do enxerto e sobrevivência na fase inicial do transplante. Em 1965, foi realizado no Brasil, na cidade de São Paulo, o primeiro transplante renal com sucesso (Salomão, 2000).

O grande avanço nos transplantes de diferentes órgãos (rim, fígado, coração, pulmão, etc) aconteceu no início da década de 80 com a introdução da ciclosporina, tendo especial repercussão nos pacientes transplantados de fígado daquela época. Desde então, foram iniciados os trabalhos dos efeitos positivos e também dos efeitos colaterais que tais medicações ocasionavam (Reed, Baz, McGinn & Schofield, 2001). Os recentes avanços no manejo imunológico, nas técnicas cirúrgicas, nos cuidados intensivos e na introdução de drogas imunossupressoras mais modernas e de soluções de preservação mais eficientes contribuíram para melhorar os resultados dos transplantes (Carosella & Pradeu, 2006; Garcia, 2006).

Em relação aos programas de transplantes em âmbito mundial, muitas são as considerações sobre o Modelo Espanhol de Transplantes de Órgãos em função do sucesso em saúde que tem evidenciado. Na sequência da criação da Organización Nacional de Trasplantes (ONT), a Espanha passou de 14 doadores por milhão de habitantes (pmp¹) para 34,6 pmp³ doadores. Este modelo se refere a um conjunto de

¹ pmp: Por milhão de habitantes

medidas tomadas que visa melhorar a doação de órgãos, e tem sido recomendado pela Organização Mundial da Saúde para ser aplicado em diferentes partes do mundo, com resultados muito promissores (www.ont.es/contenidoGenerico.jsp).

O sucesso deste modelo é entendido através da compreensão do trabalho multidisciplinar, o qual engloba aspectos legais, econômicos, políticos e médicos (www.ont.es/contenidoGenerico.jsp).

Ainda nesta dinâmica, conta-se com o núcleo da ONT, que é responsável por toda a parte de distribuição de órgãos, gestão de lista de espera, estatísticas, entre outros, muito semelhante ao Sistema Nacional que dispomos no Brasil. Existe ainda um importante investimento na educação continuada dos profissionais, além do trabalho dos meios de comunicação nas questões relacionadas à doação de órgãos (<http://www.ont.es/contenidoGenerico.jsp>).

No Brasil, de acordo com a Associação Médica Brasileira (2003), o programa de transplantes tem evidenciado um aumento no número de transplantes realizados nos últimos anos e tem indicado um importante investimento público na especialização das suas equipes, com expressivo número de equipes capacitadas. Ainda conforme essa mesma associação, o sistema público financia mais de 95% dos transplantes realizados no país e também contribui com os medicamentos imunossupressores para todos os pacientes. Contudo, até 1997, o Brasil ainda não dispunha de uma política de Transplantes, nem de uma organização nacional de transplantes que suprisse toda a demanda da doação e transplante de órgãos. Isto trouxe consequências importantes no panorama dos transplantes, uma vez que muitas dificuldades eram apresentadas em termos legais, financeiros, organizacionais e educacionais (Garcia, 2006). Nesta perspectiva, hoje ainda se atua num quadro de escassez de recursos, tanto no que se refere à doação de órgãos como nos recursos da saúde pública (Ribeiro & Schramm, 2006). Entretanto, diante deste cenário e em conformidade com as estratégias adotadas para enfrentar esta realidade, sabe-se que o Brasil, embora com limitações, evidencia um crescimento no número de transplantes realizados nos últimos anos. Na última década, o país tem feito progressos nessa área e agora é classificado em todo o mundo entre os cinco países com maior número de transplantes, tendo forte atuação na proibição do comércio e tráfico de órgãos no país (Abbud Filho, Castro, Pestana & Garcia, 2008).

O Sistema Nacional de Transplantes (SNT), desde sua criação em 1997, tem como prioridade trabalhar suas ações na política de doação-transplante, apontando essencialmente a segurança do Sistema e a assistência de qualidade ao cidadão

brasileiro. O Brasil possui atualmente programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos com 548 estabelecimentos de saúde e 1.354 equipes médicas autorizados pelo SNT a realizar transplantes, que estão presentes através das Centrais Estaduais de Transplantes em 25 estados (www.saude.gov.br/transplantes).

Em relação ao Brasil, Marinho (2006), em estudo sobre as filas para transplante de órgãos no Sistema Único de Saúde, revela dados importantes sobre a realidade no país. Aponta que o Brasil dispõe do maior programa público de transplantes do mundo e atribui esta realidade como uma conquista do sistema de saúde, entretanto, indica que alguns aprimoramentos ainda são necessários para melhoria e interesse da sociedade brasileira. O autor sugere que uma melhoria do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) pode possibilitar um importante aumento na doação de órgãos e conseqüentemente a melhoria das filas de transplantes, justificando que muitos pacientes morrem aguardando nas mesmas antes do atendimento. Também menciona uma política de cuidados à saúde mais efetiva e políticas de prevenção, o que reduziria o número pela demanda de órgãos. No Brasil, a fila para transplantes no SUS para cada órgão ou tecido é única, e o atendimento é por ordem de chegada, considerados critérios técnicos, de urgência e geográficos específicos para cada órgão, de acordo com a Portaria n. 91/GM/MS, de 23 de janeiro de 2001. A fila é disciplinada pela Portaria n. 3.407/GM/MS, de cinco de agosto de 1998 (www.saude.gov.br/transplantes/legislacao.htm).

Assim, pode-se fazer referência à política Nacional de Transplantes de órgãos e tecidos que se fundamenta na Legislação (Lei nº. 9.434/1997 e Lei nº. 10.211/2001), tendo como diretrizes a gratuidade da doação de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, referindo princípios éticos e legais em relação aos receptores e indicando critérios que protejam e não sejam nocivos à integridade dos doadores vivos. Estabelece também garantias e direitos aos pacientes que necessitam destes procedimentos e regula todo o sistema nacional de transplantes através de autorizações e normas que regem o funcionamento das equipes e instituições (www.saude.gov.br/transplantes). Embora exista uma legislação específica que rege e controla todo processo de doação e transplante de órgãos, ainda assim são encontradas limitações na dinâmica da doação de órgãos, uma vez que de todos os indivíduos que morrem, menos de 1% têm morte encefálica antes de apresentar parada cardíaca, o que limita o número de potenciais doadores. Além disso, muitos doadores morrem antes que um potencial receptor seja encontrado. O doador falecido é apenas uma pequena fração dos indivíduos que podem converter-se em doadores de

órgãos. A remoção de órgãos, na grande maioria dos casos, só é possível em pacientes com morte encefálica, isto é, em pacientes que apresentam destruição completa e irreversível do sistema nervoso central e tronco cerebral, mas que mantêm temporária e artificialmente os batimentos cardíacos e a circulação (Ribeiro & Schramm, 2006; Garcia 2006).

No transplante renal, o doador pode ser vivo relacionado (parente), vivo não-relacionado (não parente) ou doador-cadáver. Os principais critérios para seleção de doador-cadáver seguem as seguintes diretrizes: crianças com peso inferior a 15 kg poderão ser doadoras após avaliação clínico-cirúrgica, doadores com idade superior a 65 anos também podem ser doadores após avaliação clínica adequada, doadores portadores de Diabetes Mellitus ou Hipertensão Arterial que não apresentem insuficiência renal previamente à condição de morte encefálica também possuem condições de doação.

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Nefrologia, o doador vivo deverá passar por uma série de avaliações clínicas, que incluem: anamnese, exame físico completo, avaliação imunológica, laboratorial e de imagem, com idade preferencialmente entre 30 e 70 anos. Também são consideradas as condições emocionais do candidato a doador, procurando sempre evidenciar que a doação é um ato espontâneo e não deverá em hipótese alguma estar fundamentada em interesses econômicos (Associação Médica Brasileira & Conselho Federal de Medicina, 2006).

O transplante renal é indicado quando houver insuficiência renal crônica em fase terminal, sendo que alguns dos critérios absolutos ou relativos para contra-indicação são pacientes portadores de doença maligna incurável, infecções ativas, doença cardíaca ou pulmonar avançada, doença hepática progressiva, doença vascular cerebral, coronariana ou periférica extensa, anormalidades graves do trato urinário inferior, coagulopatia persistente, idade maior que 70 anos, doença arterial periférica, tuberculose, infecções por citomegalovírus, hepatites virais, HIV ativo, doença renal com elevado índice de recorrência, doença psiquiátrica, condições psicossociais adversas graves como alcoolismo, drogadição e não-aderência ao tratamento e recusa do paciente (Associação Européia de Urologia, 2009; Gonçalves, Manfro, Veronese & Ribeiro, 2006).

Contudo, o processo e as práticas de preparação de um paciente para transplante não envolvem somente a cirurgia, mas sim vários outros aspectos, como psicológicos, sociais e familiares. Existem três pontos básicos após a indicação de um paciente para ingresso em lista de transplante de órgão: 1) pré-triagem

exploratória com exames e testes que possam preencher os critérios para inclusão em lista; 2) atendimento e aconselhamento do paciente e sua família, abordando as questões relacionadas ao transplante, cuidados fundamentais e questões relacionadas à aderência, bem como todas as mudanças que ocorrerão em suas vidas e; 3) acompanhamento pós-transplante, que inclui um controle rígido em relação à qualquer mudança que possa ocorrer no estado de saúde do paciente (Kafkia, DeVos, Elseviers, Zampieron, Ormandy & Harrington, 2006). Considera-se que o apoio social, o apoio familiar, o uso de drogas - tais como álcool - e a existência de doenças mentais são importantes pontos a serem avaliados na indicação ou contra-indicação de um paciente para transplante (Herrero, Pardo, Quiroga & Rotellar, 2006).

Fatores de personalidade e transplante de órgãos

Um indivíduo pode comportar-se e pensar diferentemente em situações diversas, indicando que o comportamento pode ser variável de pessoa para pessoa, entretanto, existem aspectos invariáveis no comportamento humano, os quais podem ser denominados de traços (Friedman & Schustack, 2004). Neste sentido, McCrae e Costa (1996), através de amplas análises e pesquisas sobre as perspectivas do traço e personalidade, descreveram a personalidade através de cinco fatores, o que originou o Modelo dos Cinco Grandes Fatores, conhecido como Big Five. Este modelo, construído a partir de diferentes perspectivas da personalidade, como a Psicologia do Traço de Gordon Allport (1961), que considerou, além da hereditariedade, também a influência cultural nas pessoas como importante na organização dos traços e introduziu o conceito de traços comuns que se refere às dimensões básicas da personalidade humana. Da mesma forma, a proposta de Raymond Bernard Cattell, em 1966, introduziu dezesseis traços para definição dos aspectos da personalidade (Friedman & Schustack, 2004). Também há as contribuições propostas por Hans Eysenck, na década de 60, fundamentadas nos aspectos biológicos da personalidade, introduzindo os fatores Extroversão, Neuroticismo e Psicoticismo (Friedman & Schustack, 2004). Assim, o modelo dos Cinco Grandes Fatores considera que os traços de personalidade apresentam relação entre a herança biológica e as experiências pessoais do indivíduo e esta interação é determinante no comportamento humano, constituindo o potencial básico do indivíduo (McCrae & Costa 1996).

O modelo dos Cinco Grandes Fatores é considerado uma versão moderna da teoria do traço e é composta por cinco grandes fatores: 1) Extroversão (*surgency*);

2) Socialização (*agreeableness*); 3) Neuroticismo (*neuroticism*); 4) Realização (*conscientiousness*) e 5) Abertura (*openness*) (McCrae & John, 1992; Hutz et al., 1998; Nunes, Hutz & Nunes, 2009).

Entre os fatores estabelecidos pelo modelo do Big Five, a Extroversão indica a maneira como as pessoas se relacionam com os outros, indicando características como disposição, afetuosidade e otimismo; no outro extremo, indivíduos introvertidos tendem a serem independentes, sérios e inibidos, evitando o contato interpessoal (Nunes, et al., 2009; Friedman & Schustack, 2004). O segundo fator da escala, a Socialização, refere-se a traços que levam a comportamentos socialmente agradáveis e à qualidade dos padrões estabelecidos nas relações, indicando que as pessoas que demonstram pontuações elevadas neste fator apresentam características como generosidade, confiança, altruísmo e comprometimento (McCrae & John, 1992; Nunes et al., 2009). O Neuroticismo, de acordo com este modelo, representa as características individuais do sujeito no que se refere à forma como ele experiencia as emoções negativas e os estilos comportamentais e cognitivos que surgem a partir desta vivência, tais como: impulsividade, vulnerabilidade, ansiedade e depressão, ou seja, estas pessoas frequentemente são muito sensíveis, tensas e preocupadas e, geralmente, tendem a apresentar ideias dissociadas da realidade, altos índices de ansiedade, dificuldade em suportar frustrações e respostas de *coping* mal-adaptadas (McCrae & John, 1992; Friedman & Schustack, 2004; Nunes et al, 2009). O quarto fator da escala, denominado de Realização, demonstra que os indivíduos com pontuações altas neste fator tendem a apresentar características como cautela, organização e persistência, podendo ser uma medida importante nos comportamentos de aderência a tratamentos (Nunes et al., 2009; McCrae & John, 1992). Pesquisas antigas sobre a personalidade chamavam esse fator de vontade (Friedman & Schustack, 2004). O último fator da escala, chamado de Abertura (Hutz et al., 1998; Nunes et al., 2009), determina características de criatividade e flexibilidade, indicando que as pessoas com índices altos nesta dimensão apresentam uma maior tendência à reestruturação cognitiva, aceitação, são criativos e curiosos e indicam uma importante capacidade em considerar novas perspectivas (McCrae & John, 1992; Nunes et al., 2009).

Embora os estudos sejam escassos, os fatores de personalidade têm sido estudados nos últimos anos como componentes importantes nas questões relacionadas à saúde, em especial no adoecimento crônico, como, por exemplo, nas doenças cardíacas, no desenvolvimento de úlceras, artrite, asma e comportamentos aditivos,

como o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco (Friedman & Schustack, 2004). Contudo, ainda poucos são os achados que fazem referência aos aspectos da personalidade como importante preditor de saúde. Dentre os estudos encontrados, evidenciam-se pesquisas que avaliam *status* de saúde com os diferentes fatores do *Big Five*, como a de O'Leirigh, Ironson, Weiss e Costa Jr. (2007), que avaliaram a relação entre o fator Realização e a progressão do *HIV* ao longo de um ano, utilizando exames laboratoriais indicadores de carga viral como indicativo da evolução da doença. Pessoas com altos índices no fator Realização indicaram diminuição significativa na carga viral no período de um ano. O fator Realização foi relacionado positivamente com aderência à medicação e estratégias de enfrentamento, e relacionou-se negativamente à depressão e percepção do estresse. Os fatores de personalidade também foram estudados e relacionados ao comportamento alimentar em mulheres com obesidade mórbida (Rebelo & Leal, 2007). Os principais achados indicaram altas pontuações em Neuroticismo, revelando características de impulsividade, insegurança emocional, tendência para experimentar afetos negativos, bem como baixa tolerância à frustração.

As pesquisas têm demonstrado a importância do traço Neuroticismo associado às questões de saúde física e aderência a tratamentos. Por exemplo, o Neuroticismo mostrou ser um preditor importante do hábito de fumar (Rondina, Gorayeb & Botelho, 2007) e a maiores sintomas intestinais e sistêmicos em pacientes com doença inflamatória intestinal (Moreno-Jiménez, Blanco, Rodríguez-Muñoz & Hernández, 2007). Em estudo com pacientes renais crônicos, Hoth, Christensen, Ehlers, Raichle e Lawton (2007) investigaram a influência do fator Socialização nos sintomas de depressão e no suporte social destes pacientes. Os achados indicaram que um apoio social maior entre as pessoas que apresentaram níveis altos em Socialização está associado a uma diminuição na sintomatologia depressiva ao longo do tempo, enquanto que o apoio social teve pouco efeito na depressão daqueles pacientes que indicaram um índice baixo neste fator. Assim, os autores destacaram a importância de considerar as características individuais relacionadas ao fator Socialização nos pacientes avaliados. Os indivíduos que tiveram pontuações baixas neste fator tendem a ser desconfiados, pouco cooperantes e apresentarem dificuldades no relacionamento interpessoal. Os achados sugerem que os indivíduos com pontuações altas em Socialização se beneficiam de intervenções que visem ampliar o suporte social, entretanto, naqueles que tiveram pontuações baixas neste fator, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias de intervenção adicionais

para prestar apoio a estes pacientes, bem como auxiliá-los em um modelo de enfrentamento que os auxilie em uma melhor adaptação à situação de adoecimento.

Os fatores de personalidade também têm sido investigados em pacientes transplantados de medula óssea (TMO), enquanto pouco ainda foi desenvolvido a respeito em pacientes transplantados de órgãos sólidos. Contudo, a contribuição em relação aos fatores de personalidade nestes pacientes é parcial. Peres e Santos (2006a) avaliaram artigos científicos dedicados à pesquisa das relações entre a personalidade dos pacientes e a sobrevivência pós-TMO. Os resultados deste estudo mostraram que, dos artigos selecionados, muitos não eram dedicados à relação entre fatores de personalidade e aspectos da sobrevivência nestes pacientes após o transplante. Os artigos priorizavam basicamente as repercussões psicossociais do TMO e avaliação do funcionamento psicológico dos candidatos ao transplante; destes, apenas um estudo trabalhou as questões relacionadas à personalidade. Os artigos selecionados buscavam examinar níveis de estresse, ajustamento psicossocial, ansiedade e depressão, suporte familiar, qualidade de vida, entre outros que não os fatores de personalidade especificamente. Em outra pesquisa, Peres e Santos (2006b) estudaram os fatores de personalidade em pacientes submetidos à TMO através do Inventário Fatorial de Personalidade (IFP). Os achados evidenciaram que estes pacientes demonstravam dificuldades para estabelecer relacionamentos sociais, familiares e amorosos, indicando afastamento frente às pressões exteriores. Estas características, segundo os autores, tendem a impedir uma adequada adaptação do paciente ao adoecimento e ao tratamento proposto, indicando que o afastamento diante das questões externas é considerado pela literatura especializada no assunto um dos principais fatores psicológicos associados à morbidade e mortalidade nestes pacientes.

Autoeficácia e transplante de órgãos

O conceito da autoeficácia foi apresentado por Bandura (1977) e é definido como a habilidade do sujeito em desempenhar com sucesso um padrão específico de comportamento. Refere-se às crenças do indivíduo acerca de suas capacidades para organizar e executar os cursos de ação necessários para produzir determinados resultados. Considera a hipótese de que as expectativas pessoais determinam como o comportamento será iniciado, quanto esforço será despendido, e por quanto tempo ele será sustentado diante de obstáculos e experiências negativas. No modelo proposto, a motivação humana e a conduta estão reguladas pelo pensamento e em

uma forte crença na própria capacidade de exercer controle e mudanças, ou seja, o modelo da autoeficácia abarca os aspectos de mudanças comportamentais favoráveis à saúde.

A percepção de autoeficácia tem sido um constructo importante de ser avaliado nas diferentes áreas da saúde, como por exemplo, em situações de adoecimento crônico, abuso de drogas, tabagismo, no comprometimento aos programas de exercícios físicos, dor crônica, entre outros, pois pode auxiliar na minimização dos comportamentos que impedem o indivíduo de exercer comportamentos benéficos à saúde, mobilizando também os esforços e as estratégias de enfrentamento de problemas (Forsyth & Carey, 1998; Salvetti, Pimenta, Lage, Oliveira Jr. & Rocha, 2007). Assim, essa percepção tende a alterar as expectativas de eficácia e a quantidade e intensidade de esforços que o indivíduo poderá empregar diante das dificuldades e problemas experienciados (Bandura, 1977; 1997). Da mesma forma, as crenças na autoeficácia afetam os padrões de pensamento que podem auxiliar ou dificultar os padrões de comportamento do sujeito (Bandura, 1989).

Quanto mais forte for a crença em suas capacidades, maiores e mais persistentes são os esforços despendidos. Quando as pessoas são expostas a dificuldades e se deparam com dúvidas sobre as suas capacidades, elas diminuem os seus esforços ou abortam prematuramente suas tentativas de resolução do problema, enquanto que aqueles que têm uma forte crença nas suas capacidades exercem maior esforço para dominar a adversidade (Bandura, 1989). Por isso, este conceito tem destacado o papel da cognição na regulação do comportamento humano. Por este motivo, a construção do modelo da autoeficácia tem recebido atenção crescente na literatura (Scholz, Doña, Sud, & Schwarzer, 2002).

O conceito de autoeficácia vem colaborando para estratégias de enfrentamento positivas em relação à saúde (Schwarzer, Boehmer, Luszczynska, Mohamed & Knoll, 2005). Na literatura científica são encontradas pesquisas relacionadas aos padrões de autoeficácia e condutas na saúde (Forsyth & Carey, 1998; Cavanaugh et al., 2008; Wahl, Rustoen, Hanestad, Gjevedal & Moun, 2005; Souza, Silva & Galvão, 2002; Baptista, Santos & Dias, 2006). Esses estudos revelam que níveis altos de autoeficácia podem ter consequências positivas no bem-estar geral do indivíduo, como nos casos da redução do risco de infecção pelo HIV e maior controle glicêmico em pacientes diabéticos, mostrando-se também extremamente relevante na avaliação global da qualidade de vida de pacientes com fibrose cística e

ainda uma melhora significativa nos índices de saúde oral. Também Salvetti et al. (2007) encontraram uma relação significativa entre dor crônica e autoeficácia, mostrando que pacientes com maiores índices de autoeficácia indicavam dor menos intensa. Igualmente, foi observada uma relação negativa entre autoeficácia e depressão, mostrando que pacientes com pontuações mais elevadas em autoeficácia indicavam menos sintomas de depressão.

A influência da autoeficácia no comportamento de aderência ao tratamento foi investigada em uma amostra de 570 mulheres com doença cardíaca. Os achados indicam que a autoeficácia teve forte influência nos dados referentes aos programas de dieta e exercícios (Clark & Dodge, 1999). Contudo, embora seja possível encontrar na literatura estudos sobre os padrões de autoeficácia e condutas na saúde, são encontradas poucas pesquisas que fazem referência a pacientes em lista de transplantes de órgãos ou transplantados de órgãos. Um dos estudos a respeito foi o realizado por Weng, Daí, Wang, Huang e Chiang (2008) com pacientes transplantados renais, que avaliou os efeitos da autoeficácia, autocuidado e comportamentos depressivos em 177 pacientes. O objetivo desta investigação foi examinar o efeito da autoeficácia sobre a depressão e seu efeito no comportamento de autocuidado. Observou-se que a depressão compromete a qualidade de vida de transplantados renais. Entre os participantes do estudo, 32,8% tinham depressão de leve a grave. A autoeficácia e os comportamentos de autocuidado tiveram efeitos negativos diretos sobre os sintomas depressivos. Estes resultados indicaram que, após o controle das variáveis sociais e dados demográficos, a autoeficácia teve um efeito negativo direto sobre os sintomas depressivos, sendo o fator preditor mais importante para sintomas depressivos em transplantados renais. Assim, evidencia-se que pacientes que apresentam maior autoeficácia e maior comportamento de autocuidado desenvolverão menos sintomas de depressão (Weng et al., 2008).

Depressão em pacientes com insuficiência renal crônica e transplante

Estudos têm investigado sintomas de depressão em pacientes renais crônicos (Cukor et al., 2008; Barbosa, Andrade Jr. & Bastos, 2007; Hoth, Christensen, Ehlers, Raichle & Lawton, 2007). A depressão é a desordem psiquiátrica mais comumente encontrada em pacientes renais crônicos tratados com hemodiálise, contudo, o diagnóstico de depressão nesta população torna-se particularmente difícil em função das diferentes metodologias utilizadas para avaliação de tal desordem (Kimmel, 2002; Finkelstein & Finkelstein, 2000). As relações entre idade, etnia, estado civil,

percepção da qualidade de vida e o nível de depressão afetam o diagnóstico de depressão, por isso, a síndrome de depressão clínica deve consistir na utilização dos critérios descritos no DSM-IV, o qual inclui a presença de uma variedade de sintomas, tais como: perda de interesse e afastamento de atividades consideradas prazerosas, sentimentos de tristeza, desespero, culpa e desesperança, sendo acompanhada por alterações do sono, apetite e libido (Kimmel, 2002; Finkelstein & Finkelstein, 2000).

Assim, a depressão tem sido relacionada como um importante fator de mortalidade, morbidade e hospitalizações em pacientes renais crônicos tratados com hemodiálise (Tossani, Cassano & Fava, 2005; Kimmel et al., 2000; Lopes et al., 2002). Da mesma forma, pacientes renais crônicos com transtornos de ansiedade relatam pior qualidade de vida e a depressão é um importante preditor de “status” de saúde, indicando decréscimos significativos na qualidade de vida destes pacientes (Cukors et al., 2008). Também Kovac, Patel, Peterson & Kimmel (2002) destacaram que a extensão do efeito depressivo ao longo do tempo afeta a mortalidade de pacientes com insuficiência renal crônica tratados com hemodiálise. A depressão nestes pacientes influencia de forma negativa a adesão ao tratamento, evidenciando que estes pacientes apresentam maiores dificuldades no cumprimento das prescrições médicas (Kaveh & Kimmel, 2001).

Vázquez et al. (2005) examinaram a relação entre qualidade de vida e aspecto psicossocial, tais como sintomas depressivos, traços de ansiedade e apoio social em 194 pacientes em tratamento de hemodiálise. Os sintomas depressivos foram relacionados a uma pior qualidade de vida nestes pacientes no que se refere ao componente físico, enquanto os traços de ansiedade foram relacionados com o *status* emocional e apoio social. Os autores concluíram que os sintomas depressivos e traços de ansiedade estão fortemente associados com a qualidade de vida nestes pacientes.

Assim, pesquisadores também têm se preocupado com a avaliação de sintomas de depressão em transplantados renais, mostrando uma forte relação entre o impacto da depressão na qualidade de vida destas pessoas (Noohi et al., 2007). Da mesma forma, Noohi et al. (2007) avaliaram a correlação entre ansiedade e depressão em 88 pacientes transplantados renais, relacionando estas variáveis com relação conjugal, função sexual e qualidade do sono dos pacientes. Os dados evidenciaram que a ansiedade e a depressão contribuem para maior morbidade entre os transplantados renais, afetando aspectos da qualidade de vida, sono, relação conjugal

e sexual. Igualmente, a depressão associa-se a comportamentos de não-aderência à terapia imunossupressora em pacientes transplantados de rim, ocasionando efeitos negativos nestes pacientes (Cukor, Newville & Jindal, 2008). Também Akman et al. (2007) avaliaram a relação entre depressão, qualidade de vida e não-aderência ao tratamento de hemodiálise em pacientes em lista de transplante renal. Para a avaliação de adesão foram usadas medidas como faltas ou e/ou encurtamento das sessões de diálise, ganho de peso interdialítico (*IDWG*) > 5,7% do peso corporal, nível de potássio > 6 e nível de fosfato > 7,5 mg. Foram avaliados ainda estado civil, grau de instrução, duração de hemodiálise, transplante renal prévio, *IDWG*, valores de uréia e creatinina. Os pacientes classificados como não-aderentes tinham uma qualidade de vida pior e tiveram índices mais altos na avaliação da depressão quando comparados com os pacientes considerados aderentes. Uma alta de *IDWG* (33,7% dos indivíduos) foi o padrão mais comum de não-aderência observado entre os pacientes não-aderentes em lista de espera para transplante renal. Assim, pesquisas indicam que a depressão no pré-transplante e pós-transplante está relacionada a um risco duas vezes maior de rejeição do enxerto e de morte em pacientes transplantados renais (Dobbels et al., 2008). Achados similares na relação entre sintomas depressivos e rejeição do enxerto foi observada em transplantados cardíacos, bem como risco de morbidade e mortalidade a longo prazo no pós-transplante (Dew et al., 1999).

No Brasil, o estudo de Almeida e Meleiro (2000) indicou que a depressão influenciou negativamente a qualidade de vida de pacientes com Insuficiência Renal Crônica e foi preditora de menor sobrevivência para estas pessoas. A depressão e a ansiedade têm sido consideradas variáveis importantes que prejudicam o bem-estar e a qualidade de vida em pacientes candidatos a transplante e transplantados, podendo ser relevante no prognóstico (Nickel, Wunsch, Egle, Lohse & Otto, 2002; Cohen, Littlefield, Kelly, Maurer, & Abbey, 2008; Spaderna, Smits, Rahme & Weidner, 2007). Da mesma forma, sintomas de ansiedade podem estar relacionados com a evolução do estado clínico do paciente, potencializando-se no caso de complicações clínicas. Diante disto, a depressão está fortemente associada às questões psicossociais que envolvem o transplante, bem como aos efeitos colaterais dos imunossupressores que provocam alterações corporais importantes (Abrunheiro, Perdigoto & Sendas, 2005).

Desta maneira, terapias complementares e intervenções como psicoeducação ajudam os pacientes a reforçar as suas estratégias de enfrentamento durante o tempo

em lista de espera, oferecendo ainda mais vantagens após o transplante. (Ravagnani, Domingos & Miyazaki, 2007). Assim sendo, estudos mostram que estas variáveis analisadas no pré-transplante podem ter papel importante na fase posterior ao transplante (Ravagnani, Domingos & Miyazaki, 2007).

OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo foi avaliar a relação entre fatores de personalidade, autoeficácia e depressão em pacientes em lista de espera para transplante renal. Além disso, foi examinada a influência dos fatores de personalidade na autoeficácia e nos níveis de depressão destes pacientes, bem como a diferença nos índices apresentados por homens e mulheres.

MÉTODO

Delineamento: A pesquisa realizada caracteriza-se por ser um estudo quantitativo, transversal, correlacional.

Participantes

Participaram deste estudo 65 pacientes em lista de transplante renal que realizam tratamento de hemodiálise na cidade de Porto Alegre e que estão vinculados ao programa de transplantes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Participaram do estudo pacientes do sexo feminino e masculino, com idades entre 25 e 72 anos e média de 49,11 anos ($DP=11,58$). A média de idade do diagnóstico foi de 42,65 anos ($DP=12,08$). A média de tempo em tratamento de hemodiálise foi de 52,86 meses ($DP=36,28$) e a média de tempo em lista de espera para transplante foi de 26,86 meses ($DP=25,80$). Esta amostra corresponde a 75,5% do total de pacientes ativos em lista entre os meses de março/junho (2009) que aguardavam transplante no referido hospital e foi atualizada três vezes no período de coleta de dados.

A Tabela 6 indica os dados sócio-demográficos dos participantes deste estudo. A amostra ficou dividida em 39 pacientes do sexo masculino e 26 do sexo feminino, com média de idade de 49,11 anos ($DP=11,56$). Quanto ao estado civil, houve um predomínio daqueles que eram casados ou viviam junto (37) em relação aos solteiros, separados ou viúvos (28). O nível de instrução dos pesquisados indicou, em maior parte, nível fundamental incompleto (24), seguido pelo ensino médio completo (14). A maior parte dos entrevistados não trabalha (50 indivíduos), sendo que a maior parte também indicou possuírem filhos (53 entrevistados). Em relação à moradia, houve um predomínio de pacientes que referiram morar somente com o cônjuge (18), como também com a família toda (18); em seguida, morar sozinho (12) foi o número mais expressivo seguido de morar com os filhos (11). No que se refere à opção religiosa, houve um predomínio da religião católica (41 participantes), seguido por aqueles que referiram não ter religião (7) e aqueles de religião evangélica (7). As outras opções religiosas mostraram-se equilibradas entre os participantes.

Tabela 6: Dados Sóciodemográficos da amostra

		N (%)
Sexo	Masculino	39 (60%)
	Feminino	26 (40%)
Estado Civil	Casado/Vive Junto	37 (56,9%)
	Solteiro/Separado	28 (43,1%)
Escolaridade	Ensino Fundamental Comp.	8 (12,3%)
	Ensino Fundamental Inc.	24 (36,9%)
	Ensino Médio Comp.	14 (21,5%)
	Ensino Médio Inc.	7 (10,8%)
	Ensino Superior Comp.	11 (16,9%)
	Ensino Superior Inc.	1 (1,5%)
Trabalho ⁴	Trabalha	15 (23,1%)
	Não Trabalha	50 (76,9%)
Filhos	Sim	53 (81,5%)
	Não	12 (18,5%)
Paciente mora com quem	Cônjuge	18 (27,7%)
	Filhos	11 (16,9%)
	Sozinho	12 (18,5%)
	Mãe	3 (4,6%)
	Pai	1 (1,5%)
	Irmã	2 (3,1%)
	Família Toda(Cônjuge e filhos)	18 (27,7%)
Religião	Não Tem	7 (10,8%)
	Católico	41 (63,1%)
	Espírita	3 (4,6%)
	Evangélica	7 (10,8%)
	Adventista	2 (3,1%)
	Budista	1 (1,5%)
	Testemunha de Jeová	1 (1,5%)
	Umbanda	3 (4,6%)
		Média (DP)
Idade		49,11 (11,58)
Número de Filhos		2,18(1,90)
Idade do Diagnóstico		42,65(12,08)
Tempo de Hemodiálise (meses)		52,86(36,28)
Tempo de Lista (meses)		26,86(25,80)

⁴ Trabalho desenvolvido: bioterapeuta (1), atividades com limpeza, serviços gerais e manutenção (3), comerciante (2), músico (2), *personal trainer* (1), motorista (1), analista de sistemas (1), contador (1), pecuarista (1) e engenheiro (2).

Instrumentos:

Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados, além de um questionário de dados sócio-demográficos e clínicos.

***Questionário de Dados Sócio-demográficos e Clínicos (Anexo C)**

Questionário de Dados Sócio-demográficos e Clínicos: Inclui dados sobre o paciente, sobre sua família e apoio social, bem como questões relacionadas ao adoecimento. O questionário incluiu: nome, sexo, idade, data de nascimento, local de nascimento, religião, etnia, escolaridade, atividade laboral, estado civil, número de filhos, com quem mora, se havia alguém para ajudar nos cuidados com a saúde e quem era esta pessoa. Os dados clínicos englobavam idade do diagnóstico da insuficiência renal crônica, hospitalizações no último ano, se realiza ou já realizou acompanhamento psicológico e/o psiquiátrico e qual o tempo, se faz uso de medicações para depressão e quanto tempo, além da descrição das medicações utilizadas. Os dados que foram obtidos através da lista de transplante foram: qual unidade que realiza diálise, data de início de hemodiálise e data da inclusão em lista de transplante.

***Bateria Fatorial de Personalidade - BFP (Nunes, Hutz & Nunes)- (Anexo D)**

Consta de 126 itens que devem ser respondidos em uma escala likert que varia de 1 (Absolutamente não me identifico com a frase) e 7 (Descreve-me perfeitamente). Quanto mais a frase é apropriada para descrever a pessoa, maior deve ser o valor a ser marcado na escala (respostas 5, 6 e 7). Quanto menos a pessoa se identifica com a descrição feita, menor será o valor a ser registrado na escala (respostas 1, 2 e 3). Para marcar que a frase descreve o indivíduo “mais ou menos”, deve-se marcar a resposta 4. Cada fator abrange um conjunto de facetas e cada faceta um conjunto de características. Os índices brutos são transformados em percentílicos e depois são interpretados de acordo com o grupo de referência. Os pontos percentílicos são: até 14 (muito baixa), 15-29 (baixa), 30-70(média), 71-85 (alto). Segue a tabela explicativa. No presente estudo os *Alphas de Cronbach* foram: Extroversão (0,82); Socialização (0,75); Neuroticismo (0,88); Realização (0,68) e Abertura (0,68), os quais se assemelham aos da validação do instrumento para versão Brasileira. A tabela 7 indica os fatores e as facetas correspondentes.

Tabela 7: Fatores e Facetas

Extroversão	Socialização	Neuroticismo	Realização	Abertura
E1 Comunicação	S1 Amabilidade	N1 Vulnerabilidade	R1 Competência	A1 Interesse por
E2 Altivez	S2 Pró Sociabilidade	N2 Instabilidade	R2 Ponderação/ Prudência	Novas idéias
E3 Dinamismo	S3 Confiança nas	Emocional	R3 Empenho/ Comprometimento	A2 Liberalismo
E4 Interações Sociais	Pessoas	N3 Passividade		A3 Busca por Novidades
		N4 Depressão		

*Escala de Autoeficácia Geral Percebida (Schwarzer & Jerusalém, 1995; Teixeira & Dias, 2005)- (Anexo E)

Consta de 10 itens que avaliam a percepção da autoeficácia do indivíduo, e as respostas variam desde 1 (não é verdade) a 4 (sempre é verdade). A adaptação ao português seguiu o modelo de grupo de consenso, com várias traduções bilíngues, incluindo *back translations* e grupos de discussão. O *Alpha de Cronbach* do presente estudo foi de 0,80, que se assemelha ao da validação do instrumento.

*Inventário de Depressão de Beck –BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Cunha, 2001)- (Anexo F)

Consiste em 21 itens que deverão ser respondidos em uma escala de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido (*Alpha de Cronbach* = 0.81). O manual da versão em Português das Escalas Beck (Cunha, 2001) sugere que, no caso de pacientes que estejam realizando dieta para perda de peso, seja excluída a questão 19 que faz referência à perda voluntária de peso. Assim, como os pacientes em hemodiálise têm restrições hídricas e nutricionais importantes, a questão 19 foi excluída desta avaliação. Além disso, o BDI apresenta itens cognitivos afetivos e outros que dizem respeito às queixas somáticas que se apresentam subdivididos na escala (Cunha, 2001). Diante disto, neste estudo, os pontos do BDI foram calculados em três níveis: Depressão total excluindo a questão 19, Depressão psicológica (cognitivos-afetivos) e Depressão somática (queixas somáticas). Os pontos utilizados na versão brasileira do instrumento foram validados para população psiquiátrica, contudo, estes valores têm sido empregados na

população geral indicando resultados fidedignos. As pontuações utilizadas são: Nível mínimo de depressão (0-11), leve (12-19), moderado (20-35) e grave (36-63). O *Alpha de Cronbach* para amostras médico-clínicas foi de 0,77 a 0,86. No presente estudo o *Alpha de Cronbach* foi de 0,83.

Procedimentos de coleta

Inicialmente foi feito contato com os diretores e chefes de equipe do HCPA para apresentar o projeto e averiguar a possibilidade de desenvolvê-lo junto à Instituição. Após a aceitação e aprovação do trabalho por parte das equipes, o projeto foi submetido ao comitê de ética da Instituição, que diante de sua aprovação, possibilitou o acesso da pesquisadora à lista de pacientes vinculados ao HCPA que aguardavam transplante renal.

Os pacientes estavam vinculados ao programa de transplantes da Instituição, entretanto, muitos deles realizavam hemodiálise em outros hospitais ou centros específicos para o tratamento. Por este motivo, a coleta de dados foi realizada tanto no HCPA como em diferentes unidades de hemodiálise da região de Porto Alegre. Com o paciente, a pesquisadora convidava a participar da pesquisa explicando os objetivos do estudo e solicitando a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)/ (Anexo B). A aplicação dos instrumentos ocorreu durante a sessão de hemodiálise de cada participante. Todos os instrumentos foram aplicados individualmente e a entrevistadora anotava as respostas, uma vez que os pacientes estavam conectados à máquina de diálise, o que dificultava o preenchimento dos protocolos. O tempo de aplicação variou entre 60 e 90 min. Em relação aos pacientes que foram avaliados com altos níveis de depressão ou que demonstraram algum outro problema de ordem emocional durante a coleta de dados, foi realizado contato com a equipe da unidade comunicando a situação do paciente e solicitando encaminhamento para apoio psicológico.

Procedimentos Éticos de Pesquisa

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e foi aprovado em 30/03/2009 (Anexo A) sob o protocolo número 09-119. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo B) foi assinado em duas vias pelos participantes, sendo uma delas entregue ao participante e a outra ficando sob responsabilidade da pesquisadora.

RESULTADOS

A apresentação dos resultados será dividida em três momentos, com o objetivo de facilitar a visualização e análise dos dados. Inicialmente serão especificados os locais de coleta envolvidos, a descrição dos participantes, bem como dados sóciosdemográficos e clínicos da amostra estudada. Na segunda parte serão apresentadas as análises descritivas (Médias, Desvio Padrão, Comparação de Média) entre as variáveis do estudo. Já na terceira parte serão exibidas as análises de correlação das variáveis pesquisadas e as análises de regressão linear.

A tabela 8 indica os hospitais e as clínicas onde os pacientes participantes deste estudo realizam hemodiálise. Todos os participantes desta pesquisa são demonstrativos do total de pacientes da cidade de Porto Alegre vinculados à equipe do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Este dado não é representativo do total de pacientes da cidade de Porto Alegre, pois outras instituições atuam no programa de transplantes do Rio Grande do Sul, e sim somente dos pacientes vinculados à lista do HCPA. Todos os pacientes que realizam hemodiálise nos locais especificados neste estudo são vinculados à lista do HCPA, diante disto, no momento do transplante, o mesmo será realizado pela equipe e pelo local de referência, independente do local onde realizam seu tratamento. A coleta de dados foi realizada em todas as unidades especificadas na tabela 8.

Tabela 8: Dados referentes às unidades de hemodiálise da cidade de Porto Alegre envolvidas no estudo.

Hospital ou Unidade de Diálise	<i>N</i> (%)
Clinefro (Hospital Ernesto Dornelles)	11 (16,9%)
Centro de Diálise e Transplante (CDT)	15 (23,1%)
Instituto de Doenças Renais (Hospital Divina Providência)	13 (20%)
Hospital de Clínicas	7 (10,8%)
Hospital Vila Nova	13 (20%)
Clínica Vitarim	4 (3,2%)
Clínica Clinirim	2 (3,1%)
Total	65 (100%)

Na tabela 9 estão descritos os dados da amostra dos pacientes participantes deste estudo. Os 86 pacientes eram ativos em lista, estavam vinculados à equipe do hospital participante deste estudo e realizavam diálise na cidade de Porto Alegre.

Entretanto, oito destes pacientes realizavam diálise peritoneal, um dos critérios de exclusão desta pesquisa. Estes pacientes compartilham da mesma lista de espera daqueles pacientes que realizam hemodiálise hospitalar, contudo, frequentam o hospital somente nos dias de suas consultas ambulatoriais. Da mesma forma, quatro pacientes estavam à espera de transplante conjugado de rim/pâncreas, outro critério de exclusão desta pesquisa, por este motivo, estes pacientes não foram avaliados neste estudo.

Houve três pacientes que demonstraram dificuldades importantes na compreensão do instrumento, o que dificultou sua aplicação, diante disto, estes pacientes também foram retirados da amostra a fim de não inviabilizar os resultados. Outros dois pacientes indicaram limitações físicas importantes. Um dos pacientes tinha idade inferior a 18 anos, também um dos critérios de exclusão deste estudo. O paciente que não foi avaliado por dificuldades com a Instituição se deve por motivos burocráticos. Para a avaliação deste paciente seria necessário uma nova aprovação do comitê de ética da Instituição em que o paciente realizava hemodiálise, mesmo o projeto já tendo sido aprovado pelo HCPA. A pesquisadora concluiu que a melhor alternativa seria excluir o paciente da pesquisa, já que os trâmites para a avaliação de apenas um sujeito seriam incompatíveis com o cronograma elaborado.

Tabela 9: Descrição da amostra de pacientes em lista de transplante renal realizando diálise na cidade de Porto Alegre

Descrição dos participantes	N (%)
Total de pacientes ativos em lista na cidade de Poa/Data (9/07/2009)	86 (100%)
Total de Pacientes fazendo diálise peritoneal	8 (9,3%)
Total de Pacientes em Lista de Rim/Pâncreas	4 (4,6%)
Exclusão por dificuldade de compreensão do instrumento	3(3,4%)
Recusas	2 (2,3%)
Paciente com limitação física	2 (2,3%)
Paciente < 18 anos	1 (1,1%)
Paciente não avaliado por dificuldades com a Instituição	1 (1,1%)
Total final de pacientes avaliados neste estudo	65 (75,5%)

A tabela 10 faz referência aos pacientes que dispunham de pessoas para auxiliá-los nos cuidados com a saúde caso necessitassem. A grande maioria dos

participantes relatou ter apoio caso necessitasse de ajuda em algum momento (50). A tabela também indica as principais fontes de apoio nos cuidados com a saúde dos pacientes. O cônjuge foi a principal pessoa responsável pelo cuidado do paciente (26), seguido pelos filhos (11). Contudo, 13 dos pacientes relataram não possuir ninguém para solicitar apoio, caso necessitem auxílio nos cuidados com a saúde ou em alguma situação de emergência. As outras opções de apoio ficaram divididas entre irmãos (6), amigos (1), todos (2) e outros (6).

Tabela 10: Dados referentes aos cuidados com o paciente

		<i>N</i> (%)
Paciente tem alguém para ajudá-lo	Sim	50 (76,9%)
	Não	14 (21,5%)
Pessoa responsável pelo cuidado	Cônjuge	26 (40,0%)
	Filhos	11 (16,9%)
	Irmãos	6 (9,2%)
	Amigos	1 (1,5%)
	Todos	2 (3,1%)
	Outros (namorada, pai, Mãe, empregada...)	6 (9,2%)
	Ninguém	13 (20,0%)

A tabela 11 traz dados relativos à realização de tratamento psicológico/psiquiátrico e uso de medicações para depressão. Em relação ao acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, somente quatro (6,2%) dos pacientes indicaram estar em tratamento no momento da avaliação. Dezesesseis pacientes (26,6%) indicaram ter se submetido a este tipo de tratamento em algum momento de suas vidas. Quanto ao uso de medicação para depressão, doze (18,5%) pacientes relataram fazer uso de medicação no momento da avaliação. Contudo, ao serem questionados sobre as medicações que estavam usando no momento, mais pacientes relataram o uso de medicamentos com nomes compatíveis para transtorno de humor. Assim, a partir deste relato, chegou-se à conclusão que 21 pacientes (32,3%) faziam uso de medicação para depressão. A partir destes dados, foi possível observar que alguns pacientes não conseguiam especificar as indicações das medicações que faziam uso.

Outro dado importante foi que 10 (15,4%) dos pacientes não sabiam relatar nenhum tipo de medicação que utilizavam.

Tabela 11: Dados referentes a tratamento psicológico/ psiquiátrico e uso de medicação para depressão

		<i>N</i> (%)
Fazem tratamento psicológico ou psiquiátrico	Sim	4 (6,2%)
	Não	61 (93,8%)
Fizeram tratamento psicológico ou psiquiátrico	Sim	16 (26,6%)
	Não	49 (75,4)
Referem fazer uso de medicação para depressão ⁵	Sim	12 (18,5%)
	Não	53 (81,5%)
Uso de medicação para depressão observada através do relato dos pacientes ⁶	Sim	21 (32,3%)
	Não	34 (52,3%)
(Relato de todas as medicações)	Não sabiam relatar	10 (15,4%)

A tabela 12 especifica as medicações para depressão e/ou ansiedade utilizadas pelos pacientes (dados obtidos através do relato do próprio paciente). A maior frequência era de pacientes que não dispunham de medicação para depressão em seus relatos (34 participantes). Os benzodiazepínicos foram prevalentes entre os participantes deste estudo (10). As outras medicações ficaram similarmente divididas. Entre aqueles que não souberam responder, 10 participantes não lembravam ou não sabiam as medicações que utilizavam.

Tabela 12: Uso de medicações para depressão utilizadas pelos pacientes

	<i>N</i> (%)
Nenhuma medicação	34 (52,30%)
Benzodiazepínicos (Bromazepan, Clonazepan e Diazepan)	10 (15,38%)
Antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina(ISRS): Fluoxetina, Paroxetina e Sertralina	5 (7,69%)
Anticonvulsivantes/Estabilizadores de Humor: Carbamazepina e	3 (4,61%)

⁵Estes dados foram obtidos através de pergunta objetiva ao paciente: Você faz uso de medicação para depressão?

⁶ Estes dados foram obtidos solicitando que o paciente descrevesse todas as medicações que fazia uso diário. Entre as medicações específicas para insuficiência renal crônica, alguns descreveram medicações para depressão.

Divalproato de Sódio	
Antidepressivos Tricíclicos: Amitriptilina	2 (3,07%)
Neurolépticos (fenotiazínico): Periciazina	1 (1,53%)
Não sabiam responder	10 (15,4%)

Análises Descritivas

Inicialmente realizaram-se as médias de autoeficácia, depressão e dos fatores de personalidade para a amostra geral (Tabela 13). Os pacientes deste estudo apresentaram média de autoeficácia de 32,55 ($DP=5,15$), média de sintomas de depressão total de 13,05 ($DP=8,86$), considerada leve, média de sintomas de depressão psicológica de 6,95 ($DP=5,79$) e de sintomas de depressão somática de 6,09 ($DP=4,16$). As análises dos percentuais da escala do BFP indicaram que somente o fator Abertura indicou

Instrumento	Média (DP)	Nível
Autoeficácia Total	32,55 (5,15)	-
Depressão Total	13,05 (8,85)	Leve
Depressão Psicológica	6,95 (5,79)	-
Depressão Somática	6,09 (4,15)	-
Neuroticismo	3,49 (1,13)	Médio
Extroversão	4,53 (0,96)	Médio
Socialização	5,56 (0,68)	Médio
Realização	5,30 (0,81)	Médio
Abertura	4,19 (0,81)	Baixo

estar no nível considerado baixo. Os outros quatros fatores estão no nível médio.

Tabela 13: Indica os valores de médias da população geral do estudo referentes à Autoeficácia Total, Depressão e Fatores de Personalidade.

A tabela 14 indica as diferenças de médias entre as pontuações de depressão entre os pacientes que utilizavam medicações para depressão e aqueles que não faziam uso. Através do relato dos pacientes, observou-se que 21(32,3%) pacientes utilizavam algum tipo de substância para sintomas de depressão, enquanto 34 (52,3%) não utilizavam. A média dos indicadores de depressão entre aqueles que utilizavam medicação foi de 12,85 ($DP=7,84$); já no grupo que não fazia uso de

nenhuma medicação, a média foi de 13,35 ($DP=9,72$). Ambos os índices encontravam-se no nível médio de depressão. O tempo de uso da medicação entre aqueles que utilizavam foi de 7,54 meses com desvio padrão de 19,83.

Tabela 14: Diferença de Médias entre níveis de Depressão e uso de medicação

		<i>N</i> (%)	Média (<i>DP</i>)	Depressão	<i>t</i>	<i>p</i>
Uso de Medicação para Depressão	Sim	21(32,3%)	12,85 (7,84)	Nível Leve	0,19	ns
	Não	34(52,3%)	13,35 (9,72)	Nível Leve		
Tempo de uso de medicação (meses)					Média (<i>DP</i>)	
					7,54(19,83)	

ns = não significativo

Os resultados apresentados na tabela 15 se referem às diferenças de médias de autoeficácia e depressão entre pacientes solteiros/separados e casados/vivem juntos. Os resultados indicaram que o grupo de casados/vivem juntos apresentaram valores médios de autoeficácia ligeiramente maiores do que os participantes que eram solteiros/separados. Entretanto, este valor não foi significativamente estatístico nesta amostra. A média de pontuação total de depressão revelou valores muito similares nos dois grupos (nível leve), também não indicando diferença estatística entre estado civil e pontuações de depressão. Sendo assim, nos pacientes deste estudo, os níveis de autoeficácia e níveis de depressão foram muito similares em ambos os grupos (solteiros/separados e casados/vivem juntos).

Tabela 15: Médias, Desvio Padrão, Comparação de Média (*teste t*) entre estado civil, Depressão e pontuação total de autoeficácia.

ns = não significativo

A tabela 16 mostra os índices de autoeficácia, depressão e fatores de personalidade entre homens e mulheres (*teste t* para amostras independentes). Neste estudo, os participantes homens apresentaram pontuações de autoeficácia ligeiramente mais elevados do que as mulheres; contudo, não foi encontrada diferença estatística significativa na diferença de gênero nas pontuações do instrumento. Em relação às pontuações de depressão, as mulheres indicaram médias superiores às dos homens, entretanto, esta diferença foi apenas tendencialmente significativa ($m=15,46$, $DP=9,98$). Da mesma forma, a média nos fatores Neuroticismo, Extroversão e Abertura mostram-se similares entre homens e mulheres. Já o fator Socialização se apresentou significativamente mais expressivo no grupo das mulheres ($m=5,76$, $DP=0,57$) e Realização no grupo dos participantes homens ($m=5,51$, $DP=0,80$). Em relação aos percentuais, os homens apresentaram níveis médios nos fatores Neuroticismo, Extroversão e Socialização, enquanto Realização foi o fator mais expressivo, apresentando nível alto de acordo com a escala. No grupo das mulheres, todos os fatores estiveram no nível médio, exceto Abertura, que indicou nível baixo, tanto no grupo das mulheres quanto no grupo dos homens.

Tabela 16: Médias, Desvio Padrão, Comparação de Médias (*teste t*) entre homens e

Instrumento	Estado Civil		<i>t</i>	<i>p</i>
	Solt/Sep/ (<i>n</i> =28)	Casado/Vive Junto (<i>n</i> =37)		
	Média (<i>DP</i>)	Média (<i>DP</i>)		
Autoeficácia Total	31,71 (5,75)	33,19 (4,62)	-1,14	ns
Depressão Total	13,11 (8,51)	13,0 (9,22)	0,04	ns
Depressão Psicológica	6,50 (5,48)	7,30 (6,06)	-0,54	ns
Depressão Somática	6,61 (3,61)	5,70 (4,53)	0,86	ns

mulheres e total de Autoeficácia, Depressão e Fatores de Personalidade.

Instrumento	Homens (<i>n</i> =39) Média (<i>DP</i>)	Nível	Mulheres (<i>n</i> =26) Média (<i>DP</i>)	Nível	<i>t</i>	<i>p</i>
Autoeficácia Total	33,0 (5,27)		31,88 (4,98)		0,85	ns
Depressão Total	11,44 (7,73)	Leve	15,46 (9,98)	Leve	-1,82	ns
Depressão Psicológica	6,10 (5,31)		8,23 (6,33)		-1,46	ns
Depressão Somática	5,33 (3,61)		7,23 (7,70)		-1,83	ns
Neuroticismo	3,30 (1,06)	Médio	3,77 (1,20)	Médio	-1,64	ns
Extroversão	4,56 (0,97)	Médio	4,48 (0,97)	Médio	0,32	ns
Socialização	5,42 (0,72)	Médio	5,76 (0,57)	Médio	-2,00	0,05*
Realização	5,51 (0,80)	Alto	4,98 (0,72)	Médio	2,71	0,01**
Abertura	4,20 (0,91)	Baixo	4,18 (0,66)	Baixo	0,11	ns

A tabela 17 mostra os valores de correlação indicando as associações entre as variáveis avaliadas neste estudo. Idade correlacionou-se de forma positiva significativa com os fatores Socialização ($r=0,30$, $p<0,05$), Realização ($r=0,38$, $p<0,01$) e autoeficácia total ($r=0,34$, $p<0,01$). Além disso, idade mostrou uma correlação tendencialmente significativa com o fator Extroversão ($r=0,20$, $p<0,10$). Idade no diagnóstico também correlacionou-se de forma positiva com os fatores Socialização ($r=0,27$, $p<0,01$), Realização ($r=0,45$, $p<0,01$) e autoeficácia ($r=0,29$, $p<0,05$), mostrando que quanto maior a idade no momento do diagnóstico, maiores os índices nestes fatores. Da mesma forma, idade no diagnóstico indicou correlação tendencialmente significativa negativa com o fator Neuroticismo ($r=-0,21$, $p<0,10$).

O fator Neuroticismo correlacionou-se negativamente com o fator Realização ($r=-0,294$, $p<0,05$) e com as pontuações de autoeficácia total ($r=-0,38$, $p<0,01$). A variável tempo de diálise sugeriu relação tendencialmente significativa negativa com o fator Realização da escala de personalidade ($r=-0,22$, $p<0,10$). Já em relação às pontuações de depressão total ($r=0,68$, $p<0,05$), depressão psicológica ($r=0,62$, $p<0,01$) e depressão somática ($r=0,67$, $p<0,01$), a relação foi positiva significativa.

O fator Extroversão mostrou correlação positiva com os fatores Realização ($r=0,25$, $p<0,05$), Abertura ($r=0,37$, $p<0,01$) e autoeficácia total ($r=0,35$, $p<0,01$). Extroversão não mostrou correlação com as outras variáveis. Realização ($r=0,41$,

$p < 0,01$) indicou relação positiva significativa com autoeficácia, revelando que o grau de organização, persistência, controle e motivação, que são características do fator Realização, contribuem de forma positiva para os níveis de autoeficácia apresentados pelos pacientes. Abertura não indicou correlações nem com as pontuações de autoeficácia e nem com os índices de depressão. Por último, autoeficácia teve correlação significativa negativa com as pontuações de depressão total ($r = -0,39$, $p < 0,01$), depressão psicológica ($r = -0,38$, $p < 0,01$) e depressão somática ($r = -0,30$, $p < 0,01$), indicando que níveis mais altos de autoeficácia tende a diminuir sintomas de depressão nestes pacientes.

Tabela 17: Análise de Correlação

	Idade	Idade do Diagnóstico	Tempo de Diálise	Tempo de Lista	Neuroticismo	Extroversão	Socialização	Realização	Abertura	Autoeficácia Total	Depressão Total	Depressão Psi	Depressão Som
Idade	–	0,887*	0,063	0,028	-0,187	0,209	0,309*	0,381**	-0,104	0,343**	-0,038	-0,075	0,023
Idade do Diagnóstico		–	-0,139	-0,124	-0,214	0,138	0,271*	0,450**	-0,118	0,298*	-0,054	-0,104	0,031
Tempo de Diálise			–	0,531**	0,098	-0,078	0,063	-0,223	-0,142	-0,101	0,090	0,019	0,164
Tempo de Lista				–	0,053	0,160	0,178	-0,104	0,087	0,025	-0,069	-0,056	-0,069
Neuroticismo					–	-0,037	-0,200	-0,294*	0,135	-0,389**	0,688*	0,627**	0,673**
Extroversão						–	-0,025	0,257*	0,376**	0,353**	-0,092	-0,073	-0,094
Socialização							–	0,243	-0,073	-0,036	-0,124	-0,163	-0,036
Realização								–	-0,022	0,415**	-0,169	-0,147	-0,155
Abertura									–	-0,029	0,050	0,099	-0,031
Autoeficácia total										–	-0,390**	-0,381**	-0,300*
Depressão Total											–	0,923**	0,845**
Depressão Psi												–	0,575**
Depressão Som													–

**Correlação Significativa 0,01

*Correlação Significativa 0,05

A Tabela 18 demonstra as correlações obtidas entre idade, idade no diagnóstico, tempo de diálise, tempo em lista, autoeficácia total e depressão total com as facetas dos fatores de personalidade. As facetas fazem parte dos fatores, assim, temos uma média de quatro facetas para cada fator da escala que revelam características da personalidade. Os *alphas* obtidos nas facetas deste estudo foram muito próximos aos da validação da versão brasileira do instrumento, estando alguns pontos abaixo ou até mesmo acima dos encontrados pelos autores.

Tabela 18: Análise de Correlação englobando as faceta

	Idade	Idade Diagnóstico	Tempo de diálise	Tempo de lista	Autoeficácia Total	Depressão Total
Idade	-	-	-	-	-	-
Idade Diagnóstico	0,887**	-	-	-	-	-
Tempo de diálise	0,063	-0,139	-	-	-	-
Tempo de lista	0,028	-0,124	0,531**	-	-	-
Auto Eficácia Total	0,343**	0,298*	-0,101	0,025	-	-
Depressão Total	0,038	-0,054	0,090	-0,069	-0,390**	-
N1-Vulnerabilidade	-0,069	-0,070	0,001	0,000	-0,381**	0,550**
N2-Instabilidade Emocional	-0,310*	-,369**	0,137	0,118	-0,219	0,505**
N3- Passividade	-0,055	-0,045	0,081	0,124	-0,368**	0,473**
N4- Depressão	-0,133	-0,166	0,089	-0,102	-0,321**	0,744**
E1- Comunicação	0,179	0,174	-0,021	0,106	0,196	-0,132
E2- Altivez	0,076	-0,023	-0,071	0,029	0,176	0,263*
E3- Dinamismo	0,332**	0,224	-0,036	0,202	0,532**	-0,381**
E4- Interações Sociais	0,050	0,046	-0,108	0,154	0,173	-0,046
S1- Amabilidade	0,222	0,231	-0,025	0,124	0,141	0,019
S2- Pró-Sociabilidade	0,297*	0,253*	0,130	0,072	0,094	-0,071
S3- Confiança nas Pessoas	0,194	0,161	0,027	0,177	-0,183	-0,159
R1- Competência	0,133	0,131	-0,164	-0,107	0,545**	-0,287*
R2-Ponderação/Prudência	0,312*	0,417**	-0,178	0,033	0,115	-0,180
R3- Empenho/Comprometimento	0,297*	0,304*	-0,110	-0,188	0,315*	0,110
A1-Interesse por novas Idéias	0,005	0,016	-0,088	-0,005	0,018	-0,160
A2- Liberalismo	-0,018	0,007	-0,213	0,108	0,096	0,081
A3-Busca por Novidades	-0,214	-0,243	-0,011	0,084	-0,157	0,189

N=Neuroticismo; E=Extroversão; S=Socialização; R=Realização; A=Abertura

**Correlação Significativa 0,01

*Correlação Significativa 0,05

A tabela 19 mostra os resultados da análise de regressão (Método *Enter*) para Depressão e fator Neuroticismo e Método *Stepwise* para Autoeficácia e os fatores Realização, Neuroticismo e Extroversão. O Neuroticismo foi preditor de forma significativa ($\beta=5,35$, $p<0,001$) de sintomas depressivos, explicando 47% da variância da depressão nos pacientes avaliados. Da mesma forma, o fator neuroticismo foi preditor de forma significativa ($\beta=3,18$, $p<0,001$) de sintomas psicológicos de depressão, explicando 39% da variância dos sintomas psicológicos da depressão nos pacientes renais crônicos avaliados neste estudo. Por último, o Neuroticismo também foi preditor de sintomas somáticos em pacientes renais crônicos ($\beta=2,16$, $p<0,001$), explicando 35% da variância nos sintomas somáticos da depressão nestes pacientes. No que se refere à variável dependente autoeficácia, a análise de regressão mostrou que personalidade foi preditora de níveis de autoeficácia nos três passos de forma significativa respectivamente ($\beta=0,28$, $p<0,01$), ($\beta=-0,31$, $p<0,01$), ($\beta=0,23$, $p<0,05$). O fator Realização sozinho prediz 19,0% da variância da autoeficácia, enquanto Realização e Neuroticismo são responsáveis por 28,0% da variância da autoeficácia. Já no passo 3, o constructo total da autoeficácia, os fatores Realização, Neuroticismo e Extroversão da personalidade juntos predizem 33,0% da variância ($\beta=0,23$, $p<0,05$).

Tabela 19: Análise de Regressão (Método *Enter*) para Depressão e fator Neuroticismo e Método *Stepwise* para Autoeficácia e os fatores Realização, Neuroticismo e Extroversão

	Depressão Total (β)	Depressão Psicológica (β)	Depressão Somática (β)
Neuroticismo	0,68***	0,62***	0,59***
R ²	0,47***	0,39***	0,35***
Autoeficácia			
	Passo 1 (β)	Passo 2 (β)	Passo 3 (β)
Realização	0,44***	0,35**	0,28**
Neuroticismo	-	-0,30**	-0,31**
Extroversão	-	-	0,23*
ΔR^2	0,19	0,08	0,05
R ²	0,19***	0,28**	0,33*

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

DISCUSSÃO

Investigou-se, através deste estudo, a influência dos fatores de personalidade na autoeficácia e nos níveis de depressão de pacientes em lista de espera para transplante renal, como também as possíveis diferenças apresentadas entre homens e mulheres. Com o objetivo de não repetir dados que já foram contemplados no artigo empírico (Sessão II), alguns resultados serão mencionados de forma breve e remetidos à página onde estão explicados mais extensamente.

As correlações significativas relacionados ao construto da personalidade evidenciaram que três fatores da escala de personalidade se relacionaram às variáveis de autoeficácia e somente um fator com a depressão (Sessão II). Além disso, as variáveis idade e idade no diagnóstico também indicaram correlações com os fatores de personalidade Socialização e Realização e o modelo de autoeficácia. (Sessão 2, pag x). Em relação às facetas, encontramos correlações positivas e negativas tanto com o modelo de autoeficácia, quanto com depressão (Tabela 18). Em relação ao modelo de autoeficácia, as facetas que demonstraram correlações positivas foram Dinamismo (E3), que corresponde ao fator Extroversão, Competência (R1) e Empenho/ Comprometimento (R3), ambas correspondentes ao fator Realização. O fator Realização envolve traços de personalidade que se relacionam com motivação para o sucesso, perseverança, além de características de organização e pontualidade (Nunes et al., 2009; Friedman & Shustack, 2004) e Extroversão está relacionada às formas como as pessoas interagem, além de indicar o quanto são comunicativas, ativas, assertivas e responsivas (Nunes e Hutz, 2006). Dinamismo (ou assertividade) está relacionado ao nível de atividade do indivíduo e motivação (Nunes, 2007). Já as pessoas que se identificam com faceta Competência confiam no seu potencial para desempenhar várias tarefas simultaneamente e a gostar de atividades complexas e desafiadoras, além de terem clareza sobre seus objetivos de vida (Nunes et al., 2009). Conforme Nunes et al. (2009), a faceta Empenho diz respeito ao grau de exigência pessoal com a qualidade das tarefas realizadas. É esperado que o sofrimento causado tanto pela doença, tratamento e espera pelo transplante diminua a qualidade de vida destes indivíduos, contudo, a dinâmica da personalidade pode contribuir como um importante mecanismo de adaptação à situação vivenciada, possibilitando, conforme a característica de cada pessoa, uma capacidade maior de autonomia e bem-estar. Já aqueles pacientes que não dispõem de fatores positivos na estrutura da personalidade, podem apresentar um grau maior de sofrimento emocional, o que conseqüentemente

tende a causar um impacto também no modo de enfrentamento do tratamento e de todo processo que envolve o transplante.

A autoeficácia tem influência no nível de motivação, no padrão de pensamento e de reação emocional do sujeito em situações de estresse (Bandura, 1977). Considerando o impacto da doença renal crônica e a espera pelo transplante, as crenças sobre a possibilidade de superação, assim como a possibilidade de estratégias de enfrentamento mais positivas devem ser consideradas nestes pacientes. Diante disto, a percepção de autoeficácia é um componente importante contra os efeitos adversos da doença, tratamento e tempo até o transplante, pois tem impacto na motivação para o enfrentamento do estresse. Assim, quanto maior a crença nas capacidades pessoais, as pessoas estão mais propensas a adquirir comportamentos positivos na saúde, obtendo melhores resultados nos tratamentos propostos e reduzindo aqueles comportamentos que podem influenciar negativamente (Bandura, 2004).

Kidachi et al.(2007), sugerem que pacientes em tratamento de hemodiálise que tenham altas pontuações em Socialização, Extroversão (que inclui a faceta Dinamismo) e Realização (que inclui as facetas Competência e Empenho /Comprometimento) são capazes de manter uma melhor autodisciplina e se adaptam com facilidade ao tratamento dialítico. Os fatores Socialização e Realização também foram associados com práticas positivas de saúde (Booth- Kewley & Vickers, 1994). Além disso, num estudo com pacientes com Doença de Parkinson (Dubayova et al.,2009), homens com maiores características de Extroversão apresentaram melhor bem-estar emocional de maneira significativa, porém o resultado foi oposto para as mulheres. Ainda em relação aos fatores Realização e Extroversão, Horsburgh et al. (2000) encontraram relação entre traços de personalidade e comportamentos de autocuidado em pacientes em lista de transplante renal. No estudo desses autores, a Realização foi o mais forte preditor de habilidades para desempenho do autocuidado, enquanto a Extroversão indicou ser um preditor significativo individual de autocuidado. Os participantes que revelaram altos níveis em Extroversão indicaram uma melhor avaliação no seu autocuidado. Os autores concluíram que a dimensão Realização facilita o desenvolvimento das habilidades para o autocuidado e pessoas com altos índices neste fator teriam tendência ao desenvolvimento de níveis mais elevados de habilidades aprendidas associadas ao autocuidado. Este fator pode ser considerado uma importante medida para avaliar comportamentos de adesão e tem

sido relacionado a comportamentos mais positivos em relação à saúde (Wiebe & Christensen, 1996).

Autoeficácia também indicou correlações negativas significativas com as facetas Vulnerabilidade (N1), Passividade (N3), Depressão (N4) e tendência para correlação negativa com a faceta Instabilidade Emocional (N4). Autoeficácia indicou correlação negativa significativa com a pontuação total da depressão. Estas facetas se referem ao fator Neuroticismo, que representa as características individuais do sujeito no que se refere à forma como ele experiencia as emoções negativas e os estilos comportamentais e cognitivos que surgem a partir desta vivência, tais como: impulsividade, vulnerabilidade, ansiedade e depressão, ou seja, estas pessoas frequentemente são muito sensíveis, tensas e preocupadas e, geralmente, tendem a apresentar idéias dissociadas da realidade, altos índices de ansiedade, dificuldade em suportar frustrações e respostas de *coping* mal-adaptadas (McCrae & John, 1992; Friedman & Schustack, 2004; Nunes et al.,2009). Além disto, apresentam também dificuldade para manter a motivação em tarefas longas ou difíceis, normalmente abandonando antes de sua conclusão, necessitando de estímulo para alcançarem seus objetivos (Nunes et al.,2009). A faceta Vulnerabilidade se refere a itens que descrevem questões sobre temor a críticas, insegurança, dependência às pessoas mais próximas, pouca autoestima e dificuldades na tomada de decisões (Nunes, Hutz e Giacomoni, 2009). Pessoas com pontuações altas na faceta Passividade apresentam dificuldades para iniciar e manter atividades, indicando comprometimento na motivação de projetos considerados longos ou difíceis (Nunes et al.,2009). A faceta que se refere à Depressão reúne itens relacionados com sintomas de depressão, suicídio e desesperança, que descrevem sentimentos de pessimismo, solidão e falta de objetivos de vida (Nunes, Hutz e Giacomoni, 2009). Por último, a faceta Instabilidade Emocional revela características de oscilações de humor e dificuldades para controlar afetos negativos, além de baixa tolerância à frustração (Nunes et al.,2009).

O estudo de Christensen et al., (2002) encontrou uma relação significativa entre mortalidade e personalidade. Os principais resultados indicaram que pacientes com altas pontuações em Neuroticismo tinham uma taxa de mortalidade de 37,5% maior em relação aqueles com médios índices neste fator, enquanto pacientes com pontuações baixas em Realização tiveram um aumento de 36,4% na taxa de mortalidade em relação à média obtida da população. Em populações não-clínicas, o

Neuroticismo foi relacionado com a diminuição da percepção de sucesso e de menor esforço para alcance de objetivos (Romero, Villar, Luengo & Gómez-Fraguela, 2009). Da mesma forma, na metanálise realizada por Connor-Smith, Celeste Flachsbart (2007), o fator Neuroticismo foi negativamente associado com estratégias de resolução de problemas e reestruturação cognitiva e foi positivamente associado com apoio emocional.

Pacientes renais crônicos que não conseguem aderir ao regime de tratamento apresentam consequências negativas para sua saúde e transplante. Pacientes que faltam às sessões de diálise tiveram um aumento de 69% no risco de mortalidade e 2,5 vezes menos chance de receber um transplante de rim (Unruh, Evans, Fink, Powe & Meyer, 2005). Encurtamento e faltas nas sessões também foram associados com maior risco de mortalidade (Leggat, 2005). Diante disto, o fator Neuroticismo, juntamente com suas facetas, mostrou-se um importante fator, já que diminui os níveis de autoeficácia dos participantes avaliados neste estudo, podendo desempenhar um impacto negativo no tratamento e no bem-estar emocional destes pacientes

A depressão medida pelo BDI correlacionou-se de maneira positiva com as quatro facetas do fator Neuroticismo que já foram discutidas anteriormente (Vulnerabilidade, Instabilidade Emocional, Passividade e Depressão). Assim, pessoas com níveis elevados nestas facetas apresentaram maior sintomatologia depressiva. Com a faceta Dinamismo (Fator Extroversão) e a faceta Competência (Realização), ambas também discutidas anteriormente, a correlação foi negativa. Esta relação sugere que pontuações altas nestas facetas diminuem sintomas depressivos e aumentam a capacidade do indivíduo no processo de tomada de decisões, bem como maior atividade na resolução de problemas. Além disso, a faceta Altivez (fator Extroversão) indicou correlação positiva com a depressão. Segundo Nunes et al. (2009), esta faceta revela pessoas com uma percepção grandiosa sobre si mesmas, além de expressarem a necessidade de receber atenção e acreditarem que causam inveja nas pessoas. Sendo assim, as facetas que indicaram correlações positivas com os escores do BDI parecem influenciar negativamente os pacientes durante a espera pelo transplante, maximizando sentimentos negativos e comportamentos que contribuam para uma baixa qualidade de vida.

Foram encontradas correlações positivas significativas entre idade e autoeficácia, e idade no diagnóstico e autoeficácia. As mesmas facetas indicaram as

mesmas relações para ambas variáveis (idade e idade no diagnóstico). Em relação às facetas da escala de personalidade, idade e idade no diagnóstico se correlacionaram positivamente com Dinamismo (Fator Extroversão), para idade a relação foi significativa, e idade no diagnóstico a relação foi tendencialmente significativa. Pró-Sociabilidade (Socialização), Ponderação/Prudência e Empenho /Comprometimento (Ambas do Fator Realização) a relação foi significativa.

Dinamismo se refere ao grau de iniciativa das pessoas, enquanto Pró-Sociabilidade se refere a comportamentos de risco, moralidade e confronto com regras sociais, sendo que elevados índices nesta faceta revelam características de evitação de situações de risco (Nunes et al., 2009). Deste modo, neste estudo, os pacientes mais velhos em lista de transplante e que tiveram diagnóstico em uma fase mais avançada da vida indicam características que promovem comportamentos mais adaptativos. Pessoas que se identificam com a faceta Ponderação tendem a ser mais cuidadosas na fala e no comportamento, além de possuírem maior controle sobre a impulsividade, sendo que a faceta Empenho está relacionada ao grau de dedicação nas atividades (Nunes et al., 2009). A faceta Amabilidade (Fator Socialização). teve tendência para correlação significativa positiva com idade e idade no diagnóstico. A correlação negativa foi com a faceta Instabilidade (Fator Neuroticismo) e Busca por Novidades (Fator Abertura) com tendência para correlação negativa. A faceta Amabilidade, segundo Nunes et al. (2009) revela características de atenção, compreensão e empatia das pessoas com as demais e a possibilidade de serem agradáveis no contato interpessoal (Hutz & Nunes, 2007). Já a faceta Busca por Novidades (Fator Abertura) apresentou tendência para correlação negativa com idade. Esta faceta, segundo os autores, revela pessoas que não gostam de rotinas fixas e têm pouca motivação para desempenhar atividades repetitivas. Já Instabilidade está relacionada às oscilações de humor, e altos índices nesta faceta revelam impulsividade, desconforto psicológico e precipitação nas tomadas de decisões (Nunes et al., 2009). Assim, pode-se entender, de acordo com os resultados do presente estudo, que pacientes com mais idade que estão em lista de transplante renal ou que tiveram diagnóstico com idade mais avançada possuem características positivas que favorecem o sentido de autoeficácia, o que pode colaborar para o alívio do estresse emocional e a esperança do transplante. Pessoas com índices baixos na faceta Busca por Novidades não se adaptam à quebra de rotinas; sendo assim, os pacientes que revelam estas características podem ser capazes de manterem-se mais

confortáveis durante o tratamento, pois tendem a adequar-se com mais facilidade à rotina imposta pela hemodiálise, se comparados aos pacientes mais jovens.

Na pesquisa de Christensen e Smith (1995), o fator Realização correlacionou-se negativamente com níveis de Fosfato e Potássio, que indicam aderência ao regime medicamentoso e dietético. Nesta investigação (Christensen & Smith, 1995), a análise de regressão mostrou que idade e o fator Realização foram preditores significativos associados com maior aderência ao regime medicamentoso, indicando que pacientes mais velhos mostram-se mais aderentes ao tratamento. O impacto do diagnóstico, as restrições da doença e tratamento podem ser atenuadas quando os pacientes já apresentam certo grau de maturidade. Tsutsui et al. (2009) demonstrou que pacientes que iniciaram hemodiálise antes dos 50 anos de idade e tinham um maior tempo de tratamento relataram problemas nas funções e estruturas corporais, enquanto que mais pacientes com uma menor duração de hemodiálise relataram problemas nos relacionamentos familiares, indicando que a idade de início do tratamento e sua duração podem ter impactos sobre a saúde física e suas relações com outras pessoas

Segundo McCrae (1991) alterações de personalidade em indivíduos na meia-idade ou após 30 anos não são comuns. Conforme o autor, nem o aumento nem diminuição do nível médio de qualquer um dos cinco fatores é constantemente visto; os estereótipos que retratam pessoas mais velhas como depressão, retraimento, rigidez ou irritação são mitos, pelo menos para aqueles que estão cognitivamente organizados. Ainda segundo McCrae (1991), o fato de que a personalidade não muda como resultado do envelhecimento normal, não significa que a personalidade é totalmente rígida e imutável: intervenções como psicoterapias podem produzir algumas mudanças, sendo que mesmo pequenas mudanças na personalidade podem ser clinicamente significativas.

Em relação ao tempo de hemodiálise, a única faceta que mostrou correlação foi Liberalismo (Fator Abertura), mas esta relação foi tendencialmente significativa. Esta faceta, segundo Nunes et al. (2009), se refere a uma disposição para a abertura em relação a novos valores morais e sociais.

No que se refere aos percentuais da escala de personalidade para homens e mulheres (Tabela 16), os homens apresentaram níveis médios em Neuroticismo, Extroversão e Socialização e alto em Realização. As participantes mulheres apresentaram níveis médios em todos os fatores, com exceção de Abertura, que se mostrou baixo tanto nas mulheres quanto nos homens. O fator Abertura está

relacionado a comportamentos exploratórios e possibilidades de ter novas experiências e indivíduos com valores altos nesta dimensão são curiosos, imaginativos, criativos e divertem-se com novas idéias (Nunes et al.,2009). Os baixos valores neste fator podem estar atribuídos às inúmeras limitações que a doença e tratamento acarretam para a vida do indivíduo, minimizando a possibilidade de ter novas experiências, ou até mesmo dificultando a expressão dos afetos. O tratamento tem uma repercussão importante tanto em nível físico como emocional nestes pacientes, o que reflete nos aspectos da vida social, familiar, de trabalho e na própria qualidade das relações estabelecidas. Uma alta porcentagem de pacientes em diálise relatam os sintomas físicos da doença e tratamento, tais como: alterações da pressão arterial, resistência física, cansaço, coceiras na pele, câimbras, entre outros; além dos efeitos psicossociais, como o abandono de atividades de lazer em função do tratamento (Tsutsui et al.,2009). Pacientes em tratamento dialítico sofrem uma multiplicidade de sintomas que afetam negativamente o bem-estar e a qualidade de vida (Weisbord, 2007). Embora os fatores de personalidade tenham características estáveis, é possível que o impacto das alterações corporais e as limitações impostas pelo tratamento causem uma diminuição nos níveis do fator Abertura, exatamente pela realidade vivenciada por estes pacientes.

Ainda em relação à diferença entre homens e mulheres na escala de personalidade (Tabela 16), os homens apresentaram médias significativamente maiores em Realização e mulheres em Socialização. Pessoas com níveis altos em Socialização têm a tendência a características de generosidade, bondade, além de serem prestativas e altruístas (Nunes & Hutz, 2007). O fator Realização envolve traços de personalidade que se relacionam com motivação para o sucesso, perseverança, além de características de organização e pontualidade (Nunes et al.,2009; Friedman & Shustack, 2004).

Kidachi et al. (2007) também encontraram pontuações maiores de Socialização em mulheres com doença renal crônica. Contudo, existem diferenças na forma como homens e mulheres experimentam a doença renal crônica. Mulheres estão mais propensas a assumir as responsabilidades do ambiente familiar, além de expressarem mais afeto depressivo, ansiedade e transtornos de personalidade do que os homens (Lew & Patel, 2007). Em estudo brasileiro, mulheres tratadas com hemodiálise indicam menores pontuações de qualidade de vida tanto no que se refere ao aspecto físico como mental, se comparadas aos homens (Lopes et al., 2007). Já Santos (2006)

não encontrou diferença nas pontuações de qualidade de vida entre homens e mulheres. No presente estudo, as participantes mulheres parecem ter suas características mais focadas na emoção; em contrapartida, as características reveladas pelos homens mostram-se voltadas para um comportamento positivo.

No estudo de Rudnicki (2007) sobre a qualidade de vida em pacientes renais crônicos, as mulheres indicaram maiores estressores fisiológicos, como cansaço, período longo de tratamento e a influência no trabalho. Já no grupo masculino, os estressores mais frequentes foram as limitações das atividades, as mudanças na aparência física e a perda da função corporal. Embora as mulheres deste estudo tenham revelado maiores pontuações em Socialização quando comparadas aos homens, isto não significa que elas estejam com este domínio totalmente preservado, já que o tratamento e a espera pelo transplante afeta a vida destas pessoas em diferentes níveis. Tovbin, Gidron, Jean, Granovsky e Schnieder (2003) avaliaram a influência das variáveis psicossociais na qualidade de vida de pacientes renais crônicos. Percepção de controle, apoio social e hostilidade foram incluídos como variáveis psicossociais. A Percepção de controle mostrou-se como a mais forte variável na relação com a qualidade de vida, sendo que neste estudo as mulheres apresentaram menores pontuações em relação aos homens. Sendo assim, embora no presente estudo as mulheres tenham apresentado maiores pontuações em Socialização, os pacientes homens parecem possuir maior capacidade de enfrentamento. Pode ser que altos valores em Socialização nas mulheres estejam associados à própria característica da figura feminina, como maior sensibilidade e características mais focadas na emoção.

No que se refere à depressão, em relação às médias encontradas nos instrumentos utilizados neste estudo (Tabela 13), depressão apresentou nível leve no BDI Total. Em estudos com pacientes renais crônicos, a depressão avaliada pelo BDI foi definida com pontuações ≥ 14 (Wilson et al., 2006; Diefenthaler, Wagner, Polide-Figueiredo, Zimmermann & Saitovitch, 2008); entretanto, estes pontos de corte são divergentes para esta população. Já Kimmel et al., (2000) trabalharam com pacientes renais crônicos usando pontos de corte diferentes para o BDI, até 10 pontos (depressão leve), de 10-15 (depressão leve-moderada), mais de 16 (depressão moderada-grave). No estudo de Kimmel et al. (2000), a média de depressão entre os pacientes avaliados foi de $11,4 \pm 8,1$, muito similar aos do presente estudo. Em pacientes transplantados renais, segundo Weng et al. (2008), a média de depressão

encontrada nos pacientes avaliados foi de $8,61 \pm 7,64$, sendo que 19,8% tiveram pontuações entre 11-18 (leve), 11,9% apresentaram entre 19-19 (moderado) e somente 1% indicaram pontuações superiores a 30 (grave). No estudo de Sayin, Mutluay & Sindel (2007) sobre qualidade de vida em pacientes renais crônicos, as médias obtidas nos índices do BDI para pacientes em hemodiálise foram de $13,47 \pm 7,98$, em diálise peritoneal foi de $13,61 \pm 9,41$ e pacientes transplantados média de $12,20 \pm 8,38$, não apresentando diferença estatística entre os três grupos. As médias dos pacientes em hemodiálise foram similares aos do presente estudo.

A depressão é a desordem psiquiátrica mais comumente encontrada em pacientes renais crônicos tratados com hemodiálise, contudo, o diagnóstico de depressão nesta população torna-se particularmente difícil em função das diferentes metodologias utilizadas para avaliação de tal desordem (Kimmel, 2002; Finkelstein & Finkelstein, 2000). As medidas de depressão encontradas nos diferentes estudos dizem respeito a pacientes renais crônicos em fase terminal da doença tratados com hemodiálise ou pacientes transplantados renais, contudo, poucos são os estudos com pacientes à espera de transplante renal.

Um dos poucos estudos é o de Akman, Uyar, Afsar, Sezer, Ozdemir & Haberal (2007), que avaliou aderência, qualidade de vida e depressão em pacientes em lista de transplante renal. Os pacientes em lista foram divididos em dois grupos, aderentes e não-aderentes. Os critérios utilizados para definir adesão foram: encurtamento ou falta às sessões de diálise, ganho de peso interdialítico e níveis de fosfato e potássio. Neste estudo, ganho de peso interdialítico foi o comportamento de não-aderência mais comum. Os pontos do BDI e qualidade de vida entre grupos de aderentes e não-aderentes foi significativamente diferentes entre si. BDI nos pacientes não-aderentes indicou pontuações de $19,8 \pm 13,8$ e no grupo de aderentes diminuiu para $10,2 \pm 8,6$. Assim, neste estudo, a não-adesão foi associada com alta pontuação no BDI.

Outra pesquisa é a de Akman, Özdemir, Sezer, Miçozkadioglu & Haberal (2004), que avaliou pacientes transplantados renais, pacientes em lista de transplante renal, além de pacientes que haviam perdido o enxerto e que estavam em tratamento de hemodiálise. Dos 30 pacientes em lista de transplante avaliados, 10% apresentaram depressão leve, 20% depressão moderada, 10% grave e 60% não indicaram depressão. Os níveis de depressão apresentados pelos três grupos (transplantados, em lista de transplantes e pacientes com perda de enxerto) foram

significativamente diferentes entre si. Pacientes transplantados e em lista de transplante indicaram pontuações menores de depressão quando comparados àqueles pacientes que haviam tido perda de enxerto. Os autores não encontraram correlação entre idade, sexo e depressão.

Estes resultados confirmam os achados do presente estudo, pois, igualmente, na avaliação dos pacientes em lista de transplante renal, não se encontrou relação entre presença de sintomas depressivos, sexo e idade. Da mesma forma, o estudo de Noohi et al. (2007) não encontrou correlação significativa entre níveis de depressão, idade e sexo, entretanto, os resultados do estudo evidenciaram que a depressão afeta a qualidade de vida, a relação conjugal e sexual e qualidade do sono. Contudo, as mulheres são um fator de risco para o desenvolvimento de depressão (Dobbels, et al., 2008).

Já em relação às pontuações de depressão, em especial o total e o somático, as mulheres apresentaram médias superiores que os homens, mas sem diferença significativa (Tabela 16). O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é a medida mais importante para avaliação de sintomas depressivos em pacientes renais crônicos tratados com hemodiálise (Chilcot et al., 2008; Kimmel et al., 2000; Wang & Watnick, 2004; Kimmel, Weihs & Petersons, 1993; Wang & Watnick, 2004). Os pontos do BDI total apresentados pelos pacientes deste estudo está dentro do intervalo definido por Cunha, (2001) como depressão leve. Considerando que a depressão está associada à mortalidade em pacientes renais crônicos em hemodiálise (Diefenthaler et al., 2008; Kimmel et al., 2000), pode-se pensar que as mulheres são um grupo de risco e que merecem atenção psicológica redobrada.

A depressão é muito comum em pacientes renais crônicos, contudo, seu diagnóstico tem variado conforme a população estudada, a modalidade de terapia e a ferramenta de diagnóstico empregada (Kimmel, 2002). Neste estudo, não se encontrou diferença estatística entre os pacientes que faziam uso de medicação para depressão e aqueles que não utilizavam (Tabela 14). Alguns estudos internacionais que avaliam depressão nestes pacientes não mencionam a exclusão de pacientes que fazem uso de medicação da amostra (Kimmel, et al., 2000; Akman et al., 2004; Dobbels et al., 2008). Da mesma forma, no estudo de Akman et al. (2007) que avaliou aderência, depressão e qualidade de vida em pacientes em lista de transplante renal, não há registro da exclusão de pacientes que faziam uso de medicação para depressão. Assim sendo, o uso de medicação nesta população parece minimizar

sintomas de depressão, contudo, não é suficiente para excluir a quantidade de afeto depressivo nestes pacientes, talvez pela grande quantidade de estressores que esta população apresenta durante o tratamento e espera pelo transplante. O fato de não termos encontrado diferença nos níveis de depressão entre os dois grupos também pode estar atribuído à dose de medicação que estes pacientes fazem uso. O dado referente ao uso da medicação foi coletado a partir do relato do paciente, assim, como a grande maioria deles indicou dificuldades em responder a dosagem da medicação, esta informação não foi solicitada. Por este motivo, estas questões não poderão ser totalmente esclarecidas neste estudo, necessitando de uma maior investigação para comprovação destas hipóteses.

Além da dificuldade no diagnóstico, a depressão tem sido definida com diferentes conceitos que englobam desde sintomas isolados, até sintomas que se classificam como um transtorno depressivo maior (Almeida & Meleiro, 2000). Torna-se fundamental fazer a distinção entre depressão e a presença de um alto índice de afeto depressivo, especialmente naqueles pacientes que apresentam doenças crônicas, como no caso de pacientes renais crônicos (Kimmel, 2001). Ainda assim, a avaliação de depressão torna-se mais difícil devido à considerável sobreposição de sintomas depressivos e sintomas urêmicos (Kimmel, 2002). Os sintomas psicológicos mais frequentes da depressão incluem ansiedade, irritabilidade, diminuição da concentração e motivação, sentimentos de inutilidade e culpa, preocupação com morte ou ideação suicida. Já os sintomas comportamentais que acompanham as manifestações psicológicas da depressão incluem retardo ou agitação psicomotora, crises de choro, confronto interpessoal, comportamentos de esquiva, perda de interesse e prazer nas atividades e abuso de substâncias, sendo que os sintomas físicos (somáticos) abrangem distúrbios do sono, alterações do apetite e peso, fadiga, dores em geral, distúrbios gastrointestinais, dores de cabeça e disfunção sexual, dentre os quais, muitos deles sobrepõem-se às condições médicas, dificultando assim o diagnóstico (Tossani, Cassano & Fava, 2005; Kimmel, 2002, Kimmel et al., 2000). Já sintomas de uremia englobam encefalopatia, anorexia, edema, apnéia do sono, anemia, sobrecarga de volume, insuficiência cardíaca congestiva, neuropatia e artropatia (Kimmel, 2002). Assim, a depressão pode ser pensada como tendo pelo menos um componente somático, expresso em sintomas sugestivos de doenças médicas, e um componente psicológico, expresso em pensamentos e sentimentos, e seu diagnóstico só deve ser proposto quando existir um

agravamento das queixas somáticas, diante de exames clínicos e laboratoriais que não apresentam esclarecimento para novos sintomas de fadiga, anorexia, dores e alterações do sono (Kimmel, Weihs & Petersons, 1993; Almeida & Meleiro, 2000).

Em relação à situação conjugal dos pacientes não se encontraram diferenças nas médias de autoeficácia e depressão entre aqueles pacientes que estavam casados ou viviam juntos e aqueles solteiros ou separados (tabela 15). Contudo, Kimmel (2000) coloca que a configuração social, a presença de relacionamento e a satisfação conjugal do paciente são fatores importantes que determinam o bem-estar do paciente.

Além disso, a percepção de apoio social de diferentes fontes (família, amigos e outros) está relacionada à menor sintomatologia depressiva, melhor percepção da doença, maior satisfação com a vida e melhores índices de satisfação conjugal (Kimmel, 2000). Sendo assim, no presente estudo, mais de 70 % dos pacientes referiram ter apoio caso necessitassem de ajuda (Tabela 10), este é um dado importante no que se refere ao apoio social destes pacientes. O fato de muitos pacientes terem relatado serem solteiros ou separados não significa que eles não tenham uma rede de apoio satisfatória que contribua para o seu bem-estar. Pacientes em lista de transplante necessitam de uma rede de apoio eficiente, pois possibilita que tenham um maior cuidado no pós-transplante, aumentando a chance de sucesso do procedimento.

Chamam a atenção os dados referentes a tratamento psicológico/ psiquiátrico e uso de medicação para depressão nos pacientes avaliados (Tabela 11). Somente 4 (6,2%) do total da amostra relataram estar em acompanhamento psicológico, dado surpreendente para uma população em situação de espera por um transplante e que sofre diariamente física e emocionalmente. Diante de tudo que já foi discutido nesta dissertação sobre as limitações do tratamento e o sofrimento causado pela doença e espera pelo transplante, todos estes pacientes merecem cuidados especiais no que se refere aos aspectos psicossociais. Deste modo, o acompanhamento psicológico com estes pacientes poderia contribuir para minimizar o sofrimento despertado pela doença, diminuir a ansiedade e sentimentos negativos despertados pelo tratamento e espera pelo transplante, abrindo caminho para novas possibilidades de enfrentamento e maior possibilidade de adesão ao tratamento.

Outro dado importante foi relativo ao uso de medicações para depressão (Tabela 11), pois somente doze (18,5%) dos pacientes relataram fazer uso no

momento da avaliação. Contudo, este dado mostrou-se mais expressivo no momento em que era solicitado ao paciente que relatasse as medicações que utilizava. A partir deste relato, vinte e um (32,3%) indicaram fazer uso de medicação para depressão. Assim, de acordo com estes dados, nove pacientes que faziam uso destas medicações não sabiam que faziam uso. Além disso, dez pacientes não sabiam responder nenhum tipo de medicação que utilizavam. Este dado pode estar relacionado ao baixo nível de escolaridade do paciente, ou ainda, a uma falta de autonomia e dependência de outras pessoas. Este dado deve ser cuidadosamente pensado, já que o autocuidado é um fator de fundamental importância no processo de adesão ao tratamento, tanto durante a hemodiálise quanto após a realização do transplante. Assim, é necessário que o paciente tenha condições de assumir os cuidados com seu tratamento e tenha consciência sobre os seus limites e possibilidades para o seu bem-estar e sucesso do transplante. Isso significa que, a intervenção médica fica prejudicada se exigir do paciente uma mudança de comportamento do qual ele não está disposto a realizar (Christensen & Johnson, 2002). Por isso, embora o paciente tenha uma rede de apoio eficiente, o compromisso e a responsabilidade sobre a saúde e tratamento devem ser do próprio paciente, assim, é preciso que ele tenha conhecimento sobre sua doença e tratamento para que consiga se adaptar à nova realidade imposta pelo transplante.

Algumas limitações estiveram presentes neste estudo, como o fato da coleta de dados ter ocorrido em diferentes centros de tratamento. Por um lado, foi um fator positivo, pois possibilitou o contato com diferentes locais e equipes; por outro, a questão burocrática de acesso aos pacientes foi um fator importante durante o período da pesquisa. Os curtos períodos nos locais não possibilitaram vínculo com as equipes de cuidados, o que por vezes dificultava a comunicação. Da mesma forma, para a realização da coleta de dados nos diferentes centros foi necessária a apresentação da pesquisa ao responsável por cada unidade e a coleta só iniciava após a liberação do responsável. Assim, até se chegar aos pacientes foi indispensável a explicação da atividade em cada centro envolvido no estudo. A consulta ao prontuário do paciente foi uma possibilidade levantada durante a organização do projeto de pesquisa, pois possibilitaria o acesso a medidas clínicas que poderiam ser incluídas como variáveis a serem avaliadas. Parâmetros clínicos poderiam ter sido coletados para melhor avaliar a relação entre os sintomas depressivos apresentados por este grupo de pacientes. Contudo, pelo fato de vários locais estarem envolvidos na pesquisa e nem todos disponibilizarem facilmente o acesso aos prontuários,

algumas variáveis foram avaliadas a partir do relato do próprio paciente, como uso de medicações para depressão.

Também, o estudo transversal restringe alguns resultados encontrados nesta pesquisa. Um estudo longitudinal com estes pacientes possibilitaria avaliar o padrão de autoeficácia apresentado por eles e sua relação com os fatores de personalidade, verificando se o transplante possibilita mudança nestes padrões. Além disso, o estudo transversal impossibilita avaliar se a questão da autoeficácia prediz resultados mais positivos após o transplante. Na impossibilidade da realização de um estudo longitudinal em função do tempo disponível para a pesquisa, um grupo comparativo poderia ter sido incluído neste estudo. Pacientes em lista de transplante cardíaco, hepático ou pulmonar, por exemplo, poderiam ter sido incluídos como grupo de comparação. Entretanto, o tempo disponível para a realização deste estudo inviabilizaria esta metodologia. A realização destas entrevistas individualmente requer um grupo de pesquisa que possa trabalhar auxiliando na coleta de dados, em função do tempo que requerem. Outra questão importante em relação ao tempo das entrevistas diz respeito aos próprios pacientes. O fato dos pacientes estarem na máquina de hemodiálise durante a aplicação dos instrumentos facilitou a coleta de dados, pois o tempo das entrevistas nesta pesquisa para amostras clínicas parece longo para alguns pacientes com outras patologias. No caso dos pacientes renais em lista de transplante que foram avaliados neste estudo, não foi evidenciada nenhum tipo de dificuldade, ao contrário, o momento da hemodiálise pareceu ser apropriado para a coleta de dados.

Embora neste estudo não foram descritos dados comparativos, os resultados evidenciados são importantes para uma melhor compreensão da relação entre personalidade, autoeficácia e depressão nestes pacientes. Os resultados encontrados ampliam o conhecimento sobre os mecanismos da personalidade e a sua relação com a saúde, em especial, nos pacientes renais crônicos. Sendo assim, este estudo é importante para o entendimento dos mecanismos de autoeficácia nestes pacientes, já que não se encontraram pesquisas científicas sobre esta relação.

REFERÊNCIAS

- Abbud-Filho, M., Castro, M. C. R., Pestana, J. M., & Garcia, V. D. (2008). Organ Transplantation in Brazil and Latin America: Reaching the Light at the End of the Tunnel. *Transplantation Proceedings*, 40, 653.
- Abrunheiro, L. M. M., Perdigoto, R., & Sendas, S. (2005). Avaliação e acompanhamento psicológico pré e pós transplante hepático. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), 139-143.
- Akman, B., Uyar, M., Afsar, B., Sezer, S., Ozdemir, F. N., & Haberal, M. (2007). Adherence, depression and quality of life in patients on a renal transplantation waiting list. *Transplant International*, 29 (8), 682-687.
- Akman, B., Özdemir, F. N., Sezer, S., Miçozkadioglu H., & Haberal, M. (2004). Depression Levels Before and After Renal Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 36, 111-113.
- Allport, G. W. (1962). Desenvolvimento da personalidade: considerações básicas para uma psicologia da personalidade. (H. A. Simon, Trans.). São Paulo, Brasil: Editora Herder.
- Allport, G. W. (1966). Personalidade: Padrões e desenvolvimento. (D. M. Leite, Trans.). São Paulo, Brasil: Herder. (Original published in 1961)
- Allport, G. W. (1961). Traits Revisited. *American Psychologist*, 21, 1-10.
- Almeida, A. M., & Meleiro, A. M. (2000). Revisão: Depressão e Insuficiência Renal Crônica: Uma Revisão. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 22 (1), 192-200.
- Andreassi, L. (2005). Commentary: Skin Transplantation. *Clinics in Dermatology*, 23, 319.
- Archer, N., Brown, R., Reeves, S., Nicholas, H., Boothby, H., & Lovestone, S. (2009). Midlife Neuroticism and the age of onset of Alzheimer's disease. *Psychological Medicine*, 39, 665-673.
- Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, ABTO. Registro Brasileiro de Transplantes. Recuperado em setembro 15, 2009, de <http://www.abto.org.br>
- Associação Médica Brasileira. (2003). Transplantes de órgãos no Brasil [Editorial]. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 49 (1).
- Associação Médica Brasileira & Conselho Federal de Medicina. (2006). Transplante Renal: Indicações e Contra Indicações. *Projeto Diretrizes*. Recuperado em Agosto 25, 2008, de <http://www.sbn.org.br>

Axelsson, M., Emilsson, M., Brink, E., Lundgren, J., Torén, K., & Lötval, J. (2009). Personality, adherence, asthma control and health-related quality of life in young adult asthmatics. *Respiratory Medicine*, *103*, 1033-1040.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, *84* (2), 191-21.

Bandura, A. (1989). Human Agency in Social Cognitive Theory. *American Psychologist*, *44* (9), 1175-1184.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman and Company.

Bandura, A. (1974). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza.

Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, *31* (2), 143-164.

Baptista, M. N., Santos, K. M., & Dias, R. R. (2006). Autoeficácia, locus de controle e depressão em mulheres com câncer de mama. *Psicologia Argumento*, *24* (44), 27-36.

Barbosa, L. M. M., Andrade Jr., M. P., & Bastos, K. A. (2007). Preditores de Qualidade de Vida em Pacientes com Doença Renal Crônica em Hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, *29* (4).

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, G. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, *4* (53).

Bogg, T., & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health behaviors: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *130* (6), 887-919.

Booth-Kewley, S., & Vickers, Jr. R. R. (1994). Associations Between Major Domains of Personality and Health Behavior. *Journal of Personality*, *62* (3), 281-298.

Brawley, L. R., & Culos-Reed, S. N. (2000). Studying Adherence Therapeutic Regimens: Overview, Theories, Recommendations. *Controlled Clinical Trials*, *21*, 156-163.

Brummett, B. H., Siegler, I. C., Day, R. S., & Costa, P. T. (2008). Personality as a Predictor of Dietary Quality in Spouses During Midlife. *Behavioral Medicine*, *34*, 5-10.

Carosella, E. D., & Pradeu, T. (2006). Transplantation and identity: a dangerous split? *The Lancet Journal*, 368 (15). Recuperado em Julho 20, 2008 de <http://www.thelancet.com>

Castro, E. K., Moreno-Jiménez, B., & Carvajal, R. R. (2007). Psychological well-being in adults transplanted in childhood. *Pediatric Transplantation*, 11, 272–278.

Cavanaugh, K., Huizinga, M. M., Wallston, K. A., Gebretsadik, T., Shintani, A., Davis, D., Gregory, R. P., Fuchs, L., Malone, R., Cherrington, A., Pignone, M., DeWalt, D. A., Elasy, T. A., & Rothman, R. L. (2008). Association of Numeracy and Diabetes Control. *Annals of Internal Medicine*, 148,737-746.

Charles, S. T., Gatz, M., Kato, K., & Pedersen, N .L. (2008). Physical Health 25 Years Later: The Predictive Ability of Neuroticism. *Health Psychology*, 27 (3), 369-378.

Chilcot, J., Wellsted. D., Silva-Gane, M. da., & Farrington. K. (2008). Depression on Dialysis. *Nephron Clinical Practice*, 108, 256-264.

Christensen, A. J., & Smith, T. W. (1995). Personality and Patient Adherence: Correlates of the Five-Factor Model in Renal Dialysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 18 (3).

Christensen, A. J., Ehlers, S. L., Wiebe, J. S., Moran, P. J., Raichle, K., Ferneyhough, K., & Lawton, W. J. (2002). Patient Personality and Mortality: A 4-Year Prospective Examination of Chronic Renal Insufficiency. *Health Psychology*, 21 (4), 315–320.

Christensen, A. J., & Johnson, J. A. (2002). Patient Adherence With Medical Treatment Regimens: An Interactive Approach. *Current directions in psychological science*, 11(3), 94-97.

Christensen, A. J., & Smith, T. W. (1995). Personality and Patient Adherence: Correlates of the Five-Factor Model in Renal Dialysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 18 (3), 305-313.

Clark, N. M., & Dodge, J.A. (1999). Exploring Self-Efficacy as a Predictor of Disease Management. *Health Education & Behavior*, 26 (1), 72-89.

Cohen, L., Littlefield, C., Kelly, P., Maurer, J., & Abbey, S. (2008). Predictors of Quality of Life and Adjustment After Lung Transplantation. *American College of Chest Physicians*, 113, 633-644.

Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations Between Personality and Coping: A Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93 (6), 1080–1107.

Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13, 653–665.

Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Newville, H., Safier, M., Spielman, L. A., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2008). Anxiety Disorders in Adults Treated by Hemodialysis: A Single-Center Study. *American Journal of Kidney Diseases*, 52 (1), 128-136.

Cukor, D., Newville, H., & Jindal, R. (2008). Depression and immunosuppressive medication adherence in kidney transplant patients. *General Hospital Psychiatry*, 30, 386–389.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Curtin, R. B., Walters, B. A. J., Schatell, D., Pennell, P., Wise, M., & Klicko, K. (2008). Self-Efficacy and Self-Management Behaviors in Patients With Chronic Kidney Disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 15 (2), 191-205.

De-Nour, A. K., & Czaczkes, J. W. (1976). The influence of patient's personality on adjustment to chronic dialysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 162 (5), 323-33.

Devins, G. M., Binik, Y. M., Gorman, P., Dattel, M., McCloskey, B., Oscar, G., & Joan Briggs, J. (1982). Perceived Self-Efficacy, Outcome Expectancies, and Negative Mood States in End-Stage Renal Disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 91 (4), 241-244.

Dew, M. A., Kormos, R. L., Roth, L. H., Murali, S., DiMartini, A., & Griffith, B. P. (1999). Early Post-Transplant Medical Compliance and Mental Health Predict Physical Morbidity and Mortality One to Three Years After Heart Transplantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 18 (6) 549-562.

Diefenthaler, E, C., Wagner, M. B., Poli-de-Figueiredo, C. E., Zimmermann, P. R., & Saitovitch, D. (2008). Is depression a risk factor for mortality in chronic hemodialysis patients? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (2), 99-103.

Dobbels, F., Put, C., & Vanhaecke, J. (2000). Personality Disorders: a challenge for transplantation. *Progress in Transplantation*, 10 (4), 226- 232.

Dobbels, F., Skeans, M. A., Snyder, J. J., Tuomari, A. E., Maclean, J. R., & Kasiske, B. (2008). Depressive Disorder in Renal Transplantation: An Analysis of Medicare Claims. *American Journal of Kidney Diseases*, *51* (5) 819-828.

Dobbels, F., Vanhaecke, J., Dupont, L., Nevens, F; Verleden, G., Pirenne, J., & De Geest, S. (2009). Pretransplant Predictors of Posttransplant Adherence and Clinical Outcome: An Evidence Base for Pretransplant Psychosocial Screening. *Transplantation*, *87* (10), 1497–1504.

Dubayova, T., Nagyova, I., Havlikova, E., Rosenberger, J., Gdovinova, Z., Middel, B; Van Dijk, J. P., & Groothoff, J. W. (2009). Neuroticism and extraversion in association with quality of life in patients with Parkinson's disease. *Quality of Life Research*, *18*, 33–42.

Eggert, J., Levendosky, A., & Klump, K. (2007). Relationships Among Attachment Styles, Personality Characteristics, and Disordered Eating. *International Journal of Eating Disorders*, *40* (2), 149–155.

European Association of Urology (2009). Guidelines on Renal Transplantation. Retrieved in December, 29, 2009 from European Association of Urology Web site http://www.uroweb.org/fileadmin/tx_eauguidelines/2009/Full/Renal_Transplant.pdf

Eysenck, H. J. (1998). Dimensions of Personality. New Jersey: Transaction Publishers. (Original published in 1947).

Eysenck, H. J. (2006). The biological Basis of Personality. New Jersey: Transaction Publishers. (Original published in 1967).

Finkelstein, F. O., & Finkelstein, S. H. (2000). Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, *15*, 1911-1913.

Fisher, L. A., Elias, J. W., & Ritz, K. (1998). Predicting relapse to substance abuse as function of personality dimensions. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, *22* (5), 1041-1047.

Forsyth, A. D., & Carey, M. P. (1998). Measuring self-efficacy in the context of HIV risk reduction: Research challenges and recommendations. *Health Psychology*, *17* (6), 559-568.

Friedman, H. S & Schustack, M. W. (2004). Teorias da Personalidade: da teoria clássica à pesquisa moderna (Honorato, B. Trans.). São Paulo: Prentice Hall. (Original published in 1999).

Garcia, V. D. (2006). A política de transplantes no Brasil. *Revista da AMRIGS*, 50 (4), 313-320.

Ghaddar, S; Shamseddeen, W., & Elzein, H. (2009). Behavioral Modeling to Guide Adherence to Fluid Control in Hemodialysis Patients. *Journal of Renal Nutrition*, 19 (2), 153–160.

Godoy, V., & Moreno, J. E. (2002). Afrontamiento del estrés y neuroticismo en relación con la severidad del asma. *Archivos de Alergia e Inmunologia Clinica*, 33 (2), 53-57.

Gonçalves, L. F. S; Manfro, R. C; Veronese, F. J., & Ribeiro, A. R.(2006). Aspectos clínicos, rotinas e complicações do transplante renal. In E. Barros, R.C. Manfro, F. S. Thomé & L. F. S. Gonçalves (Eds.) *Nefrologia: Rotinas, Diagnóstico e Tratamento* (pp.455-485). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Goodwin, R. D., Cox, B. J., & Clara, I. (2006). Neuroticism and Physical Disorders Among Adults in the Community: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (3), 229-238.

Guerra, C, I, C, O., Bittar, O, J, N, V., Siqueira Jr., M. R. de., & Araki, F. (2002). O custo que envolve a retirada de múltiplos órgãos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48 (2), 156-62.

Hall, C. S., & Lindzey, G. (1973). *Teorias da Personalidade*. (L. Bretones, Trans.) São Paulo: EPU.

Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B (2000). *Teorias da Personalidade*. (M.A.V. Veronese, Trans.). Porto Alegre: Brasil: Editora: Artes Médicas.

Herrero, J. I., Pardo, F., Quiroga, J., & Rotellar, F. (2006). Transplante hepático. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (2), 93-104.

Horsburgh, M. E., Beanlands, H., Locking-Cusolito, H., Howe, A., & Watson, D. (2000). Personality Traits and Self-Care in Adults Awaiting Renal Transplant. *Western Journal of Nursing Research*, 22 (4), 407-437.

Hoth, K. F., Christensen, A. J., Ehlers, S. L., Raichle, K. A., & Lawton, W. J. (2007). A Longitudinal Examination of Social Support, Agreeableness and Depressive Symptoms in Chronic Kidney Disease. *Journal of Behavioral Medicine*, 30 (1), 69-76.

Hutz, C. S., Nunes, C. H., Silveira, A. D., Serra, J., Anton, M., & Wiczorek, L. S. (1998). O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 11 (2).

Jerant, A., Chapman, P.B., & Franks, P. (2008). Personality and EQ-5D scores among individuals with chronic conditions. *Quality of Life Research Journal*, 17, 1195–1204.

Kafkia, T., De Vos, J. Y., Elsevier, M., Zampieron, A., Ormandy, P., & Harrington, M. (2006). Transplant Practice in Europe: Selection of Patients. *EDTNA/ERCA Journal of Renal Care*, 32 (1), 33-37.

Kaveh, K., & Kimmel, P. L. (2001). Compliance in hemodialysis patients: multidimensional measures in search of a gold standard. *American Journal of Kidney Diseases*, 37 (2), 244-66.

Kidachi, R., Kikuchi, A., Nishizawa, Y., Hiruma, T., & Kaneko, S. (2007). Personality types and coping style in hemodialysis patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 339–347.

Kimmel, P. L., Peterson, R. A., Weihs, K. L., Simmens, S. J., Alleyne, S., Cruz, I., & Veis, J. H. (2000). Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients. *Kidney International*, 57, 2093–2098.

Kimmel, P. L. (2000). Psychosocial Factors in Adult End-Stage Renal Disease Patients Treated With Hemodialysis: Correlates and Outcomes. *American Journal of Kidney Diseases*, 35 (4), 132-140.

Kimmel, P. L. (2002). Depression in patients with chronic renal disease What we know and what we need to know. *Journal of Psychosomatic Research* 53, 951-956.

Kimmel, P. L., Weihs, K., & Peterson, R. A. (1993). Survival in Hemodialysis Patients: The Role of Depression. *Journal of the American Society of Nephrology*, 4 (1), 12-27.

Korotkov, D. (2008). Does personality moderate the relationship between stress and health behavior? Expanding the nomological network of the five-factor model. *Journal of Research in Personality*, 42, 1418–1426.

Kovac, J. A., Patel, S. S., Peterson, R. A., & Kimmel, P. L. (2002). Patient Satisfaction With Care and Behavioral Compliance in End- Stage Renal Disease Patients Treated With Hemodialysis. *American Journal of Kidney Diseases*, 6 (39), 1236- 1244.

Leggat, Jr. J. E. (2005). Adherence with Dialysis: A Focus on Mortality Risk. *Seminars in Dialysis*, 18 (2), 137-141.

Lew, S. Q., & Patel, S. S. (2007). Psychosocial and Quality of Life Issues in Women With End-Stage Renal Disease. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 14 (4), 358-363.

Lopes, A. A., Bragg, J., Young, E., Goodkin, D., Mapes, D., Combe, C., Piera, L., Held, P., Gillespie, B., & Port, F. K. (2002). Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe. *Kidney International*, 62, 199-207.

Lopes, G. B., Martins, M. T. S., Matos, C. M., Amorim, J. L. de., Leite, E. B., Miranda, E. A., & Lopes, A. A. (2007). Comparações de medidas de qualidade de vida entre mulheres e homens. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53 (6), 506-509.

Lundin, R. W. (1972). *Personalidade: Uma Análise do Comportamento.* (R. L. Rodrigues & L. O. de S. Queiroz, Trans.). São Paulo, Brasil: Editora Herder .

Maestre, C. R., Zarazaga, R. E., & Martínez, A. E. L. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crônico. *Anales de psicología*, 17 (1), 129-137.

Marinho A. (2006). Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde Brasileiro. *Cadernos de. Saúde Pública*, 22 (10), 2229-2239.

McCrae, R. R. (1991). The Five Factor Model and Its Assessment in Clinical Setting. *Journal of Personality Assessment* 57 (3), 399-414.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr. (1996). A Five -Factor Theory of Personality. Em L. A Pervin & O. P John (Org.), *Handbook of personality: Theory and Research* (pp.139-153). New York: Guilford.

McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 175-215.

McCrae, R. R., & Allik, J. (1996). *The Five Factor Model of Personality Across Cultures.* New York:Kuwler Academic/Plenum Publisher.

Ministério da Saúde. Transplantes. Recuperado em Maio, 30, 2008 de www.saude.gov.br/transplantes/legislacao.htm

Ministério da Saúde. Transplantes. Recuperado em Setembro, 15, 2009 de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ListadeEspera.pdf>

Moreno-Jiménez, B.; Garrosa- Hernández, E., & Gálvez-Herrer, M. (2005). Personalidad positiva y salud. *Psicología de la salud: Temas actuales de investigación en Latinoamérica*, 59-76.

Moreno- Jiménez, B., Blanco, B. L., Muños, A. R., & Hernández, E. G. (2007). The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 39- 46.

Mroczek, D. K., Spiro, A., & Turiano, N. A (2009). Do health behaviors explain the effect of neuroticism on mortality? Longitudinal findings from the VA Normative Aging Study. *Journal of Research in Personality*, 43, 653–659.

Neeleman, J., Sytema, S., & Wadsworth, M. (2002). Propensity to psychiatric and somatic ill health: evidence from a birth cohort. *Psychological Medicine*, 32, 793-803.

Nickel, R., Wunsch, A., Egle, U. T., Lohse, A. W., & Otto, G. (2002). The Relevance of Anxiety, Depression, and Coping in Patients After Liver Transplantation. *Liver Transplantation*, 8 (1), 63-71.

Noohi, S., Khaghani-Zadeh, M., Javadipour, M., Assari, S., Najafi, M., Ebrahimi, M., & Pourfarziani, V. (2007). Anxiety and Depression Are Correlated With Higher Morbidity After Kidney Transplantation. *Transplantation Proceedings*, 39 (4), 1074-1078.

Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S., & Nunes, M. F. O. (2009). Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) Manual técnico. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Nunes, C. H. S. S., & Hutz, C. S. (2006). Construção e validação de uma escala de extroversão no modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade. *Psico-USF*, 11 (2), 147-155.

Nunes, C. H. S. S., & Hutz, C. S. (2007). Construção e Validação da Escala Fatorial de Socialização no Modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (1), 20- 25.

Nunes, C. H. S. S. (2007). Lançamento da escala fatorial de extroversão (EFEX) e escala fatorial de socialização (EFS). *Avaliação Psicológica*, 6 (1), 103-106.

Nunes, C. H. S. S., Hutz, C. S., & Giacomoni, C. H. (2009). Associação entre bem estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Avaliação Psicológica*, 8 (1), 99-108.

O'Cleirigh, C., Ironson, G., Weiss, A., & Costa Jr., P. T. (2007). Conscientiousness Predicts Disease Progression (CD4 Number and Viral Load) in People Living With HIV. *Health Psychology*, 26 (4), 473–480.

Organización Nacional de Trasplantes, ONT. Estadística. Recuperado em maio 20, 2008, de <http://www.ont.es/contenidoGenerico.jsp>

Pei-Li Wang, P. L., & Watnick, S. G. (2004). Depression: A Common but Underrecognized Condition Associated with End-Stage Renal Disease. *Seminars in Dialysis*, 17 (3), 237–241.

Penedo, F. J., Gonzalez, J. S., Dahn, J. R., Antoni, M., Malow, R., Costa, P., & Schneiderman, N. (2003). Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research* 54, 271– 278.

Peres, R. S., & Santos, M. A. (2006a). Relações entre a personalidade dos pacientes e a sobrevivência após transplante de medula óssea: revisão de literatura. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 341-349.

Peres, R. S., & Santos, M. A. (2006b). Contribuições do inventário fatorial de personalidade (IFP) para a avaliação psicológica de pacientes onco-hematológicos com indicação para o transplante de medula óssea. *Psicologia em Revista*, 12(19), 22-33.

Pérez-San-Gregório, M. A., Martín-Rodríguez, A., Díaz-Domínguez, R., & Pérez-Bernal, J. (2006). The Influence of Posttransplant Anxiety on the Long-Term Health of Patients. *Transplantation Proceedings*, 38, 2406–2408.

Pervin, L. A., & John, O. P (2004). Personalidade: Teoria e Pesquisa (R. C. Costa, Trans.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Pinho, C. C. M. de., & Guzzo, R. S. L. (2003). Taxonomia de Adjetivos Descritores da Personalidade. *Avaliação Psicológica*, 2 (2), 81-97.

Ploubidis, G. B., & Grundy, E. (2009). Personality and all cause mortality: Evidence for indirect links. *Personality and Individual Differences*, 47, 203–208.

Ravagnani, L. M. B., Domingos, N. A. M., & Miyazaki, M. C. O. S. (2007). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos de Psicologia*, 12 (2), 177-184.

Rebelo, A., & Leal, I. (2007). Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 3, 467-477.

Reed, A., Baz, M. A., Mc Ginn, L., & Schofield, R. S. (2001). Solid organ transplantation. Em: Rodrigue, J. R. (Org.), *Byopsychosocial perspectives on transplantation*. (pp. 01-02). New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.

Rey, F. G. (2004). Personalidade, Saúde e Modo de Vida. (F. M. V. L da Silva, Trans.). São Paulo: Brasil: Pioneira Thomson.

Ribeiro, C. D. M., & Schramm, F. R. (2006). Atenção médica, transplante de órgãos e tecidos e políticas de focalização. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (9), 1945-1953.

Rocha, G., Poli de Figueiredo, C. E., d'Avila, D., & D. Saitovitch, D. (2001). Depressive Symptoms and Kidney Transplant Outcome. *Transplantation Proceedings*, 33, 3424.

Romero, E., Villar, P., Luengo, M. A., & Gómez-Fraguela, J. A. (2009). Traits, personal strivings and well-being. *Journal of Research in Personality*, 43, 535-546.

Rondina, R. C., Gorayeb, R., & Botelho, C. (2007). Características psicológicas associadas ao comportamento de fumar tabaco. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 33 (5), 592-601.

Rudnicki, T. (2007). Preditores de Qualidade de Vida em Pacientes Renais Crônicos. *Estudos de Psicologia/ Campinas* 24 (3), 343-351.

Salomão, A. (2002). Atualização em Transplante Renal. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 22 (4), 244-8.

Salveti, M. G., Pimenta, C. A. M., Lage, L. V., Oliveira Jr., J. O., & Rocha, R. O. (2007). Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crônica. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34 (3), 111-117.

Santos, P. R. (2006). Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52 (5), 356-359.

Santos Jr., R., Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., Valério, N. I., Silva, R. S., & Silva, R. C. M. A. (2008). Patients Undergoing Liver Transplantation: Psychosocial Characteristics, Depressive Symptoms, and Quality of Life. *Transplantation Proceedings*, 40, 802-804.

Sayin, A., Mutluay, R., & Sindel, S. (2007). Quality of Life in Hemodialysis, Peritoneal Dialysis, and Transplantation Patients. *Transplantation Proceedings*, 39, 3047-3053

Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is General Self-Efficacy a Universal Construct? Psychometric Findings from 25 Countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18 (3), 242-251.

Schultz, D. P., Schultz, S. L. (1992). História da Psicologia Moderna. (A.U.Sobral & M.E. Gonçalves, Trans.). São Paulo, Brasil: Editora Cultrix. (Original published in 1969)

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. Em J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Org.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON

Schwarzer, R., Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed, N. E., & Knoll N. (2005). Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery. *Personality and Individual Differences*, 39, 807–818.

Smith, T. W. (2006). Personality as Risk and Resilience in Physical Health. *Current directions in psychological science*, 15 (5), 227-231.

Sociedade Brasileira de Nefrologia & Sociedade Brasileira de Urologia (2006). Transplante Renal: Indicações e Contra Indicações. *Projeto Diretrizes* (Associação Médica Brasileira & Conselho Federal de Medicina) Recuperado em Agosto 25, 2008, de <http://www.sbn.org.br>

Souza, G. A., Silva, A. M., & Galvão, R. (2002). A autoeficácia como mediadora da melhora em índices clínicos de saúde oral. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 16 (1), 57-62.

Spaderna, H., Smits, J. M. A., Rahmel, A. O., & Weidner, G. (2007). Psychosocial and behavioural factors in heart transplant candidates an overview. *European Society for Organ Transplantation*, 20, 909–920.

Stilley, C. S., Dew, M. A., Pilkonis, P., Bender, A., McNulty, M., Christensen, A., McCurry, K. R., & Kormos, R. L. (2005). Personality characteristics among cardiothoracic transplant recipients. *General Hospital Psychiatry*, 27, 113– 118.

Strelau, J. (2002). *Temperament: A Psychological Perspective*. New York: Kluwer Academic Publishers

Takaki, J., & Yano, E. (2006). Possible Gender Differences in the Relationships of Self-efficacy and the Internal Locus of Control With Compliance in Hemodialysis Patients. *Behavioral Medicine*, 32 (1), 5-11.

Takaki, J., Nishi, T., Shimoyama, H., Inada, T., Matsuyama, N., Kumano, H., & Kuboki, T. (2003). Interactions Among a Stressor, Self efficacy, Coping With Stress, Depression, and Anxiety in Maintenance Hemodialysis Patients. *Behavioral Medicine*, 29, 107-112.

Teixeira, M. A. P. & Dias, A. C. G. (2005). Propriedades psicométricas da versão traduzida para o português da Escala de Autoeficácia Geral Percebida de

Ralph Schwarzer. Em Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (Org.), *Resumos do II Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica (CD-ROM)*. Gramado: IBAP

Tossani, E., Cassano, P., & Fava, M. (2005). Depression and Renal Disease. *Seminars in Dialysis, 18* (2), 73–81.

Tovbin, D., Gidron, Y., Jean, T., Granovsky, R., & Schnieder, A. (2003). Relative importance and interrelations between psychosocial factors and individualized quality of life of hemodialysis patients. *Quality of Life Research, 12*, 709–717.

Tsay, S. L. (2003). Self-efficacy training for patients with end-stage renal disease. *Journal of Advanced Nursing, 43* (4), 370–375

Tsutsui, H., Koike, T., Yamazaki, C., Ito, A., Kato, F., Sato, H., Tawada, H., & Oshida, Y. (2009). Identification of Hemodialysis Patients' Common Problems Using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Therapeutic Apheresis and Dialysis, 13* (3), 186–192.

Unruh, M. L., Evans, I. V., Fink, N. E., Powe, N. R., & Meyer, K. B. (2005). Skipped Treatments, Markers of Nutritional Nonadherence, and Survival Among Incident Hemodialysis Patients. *American Journal of Kidney Diseases, 46* (6), 1107–1116.

Valderrábano, F., Jofre, R., & López-Gómez, J. (2001). Quality of Life in End-Stage Renal Disease Patients. *American Journal of Kidney Diseases, 3* (38), 443–464.

Vázquez, I., Valderrábano, F., Fort, J., Jofré, R., López-Gómez, J. M., Moreno, F., & Sanz-Guajardo, D. (2005). Psychosocial factors and health-related quality of life in hemodialysis patients. *Quality of Life Research, 14*, 179–190.

Veríssimo, R. (2001). *Personalidade: Conhecer as pessoas*. Porto: Faculdade de Medicina do Porto.

Wahl, A. K., Rustoen, T., Hanestad, B. R., Gjengedal, E., & Moum, T. (2005). Self-efficacy, pulmonary function, perceived health and global quality of life of cystic fibrosis patients. *Social Indicators Research, 72*, 239–261.

Wang, P. L., & Watnick, S. G. (2004). Depression: A Common but Underrecognized Condition Associated with End-Stage Renal Disease. *Seminars in Dialysis, 17* (3), 237–241.

Weisbord, S. D. (2007). Symptoms and Their Correlates in Chronic Kidney Disease. *Advances in Chronic Kidney Disease, 14* (4), 319–327.

Weng, L. C., Dai, Y. T., Wang, Y. W., Huang, H. L., & Chiang, Y. J. (2008). Effects of self-efficacy, self-care behaviours on depressive symptom of Taiwanese kidney transplant recipients. *Journal of Clinical Nursing, 17*, 1786–1794

Wiebe, J. S & Christensen, A. J. (1996). Patient Adherence in Chronic Illness: Personality and Coping in Context. *Journal of Personality, 64* (4), 815-835.

Wilson, B., Spittal, J., Heidenheim, P., Herman, M., Leonard, M., Johnston, A., Lindsay, R., & Moist, L. (2006). Screening for depression in chronic hemodialysis patients: Comparison of the Beck Depression Inventory, primary nurse, and nephrology team. *Hemodialysis International, 10*, 35–41.

HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921), analisaram o projeto:

Projeto: 09-019

Versão do Projeto: 25/03/2009

Versão do TCLE: 25/03/2009

1.

Pesquisadores:

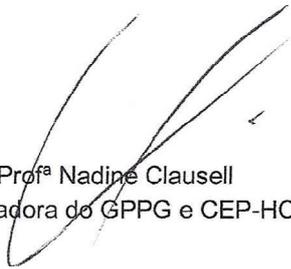
LUIZ FELIPE SANTOS GONCALVES

CAROLINE VENZON THOMAS

Título: FATORES DE PERSONALIDADE, AUTO-EFICÁCIA E DEPRESSÃO EM PACIENTES EM LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE RENAL

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 30 de março de 2009.



Profª Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA

Anexo B
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado

senhor(a):.....

Com o objetivo de avaliar questões relacionadas à espera do transplante, a sua personalidade e a maneira como você lida com as adversidades estamos realizando esta pesquisa que visa conhecer o impacto destas questões na sua saúde. Os resultados deste estudo proporcionarão um maior conhecimento do tema na nossa realidade e dará subsídios para futuras intervenções de apoio emocional com pacientes que estão em lista de transplante. Dessa forma, estamos lhe convidando a participar desse estudo, e pedimos sua autorização através da sua assinatura, em duas vias, desse termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os nomes de todos os participantes da pesquisa são confidenciais e em nenhum momento serão divulgados.

É importante salientar que a participação na pesquisa é totalmente voluntária e a não participação não implica nenhum tipo de prejuízo ao seu tratamento. Caso você se sinta desconfortável ou queira interromper a atividade seu pedido será atendido. Em qualquer momento do andamento desta estaremos à disposição para esclarecer dúvidas relativas ao projeto e à sua metodologia e poderá ser retirada a autorização de sua participação.

Para quaisquer esclarecimentos o telefone para contato é (51) 99411267 (Caroline Venzon Thomas) ou pelo e-mail: carolinevenzon@gmail.com

Orientadora do projeto: Elisa Kern de Castro (elisak@unisin.br)

Médico Responsável do HCPA: Dr. Luis Felipe Santos Gonçalves (51) 2101.8295/2101.8121

.....de.....de 20.....

.....

Caroline Venzon Thomas

Eu.....(nome do participante), declaro que fui informado de forma clara e detalhada sobre os objetivos desta pesquisa e aceito participar do estudo “Fatores de personalidade, autoeficácia e depressão em pacientes em lista de espera para transplante renal”

.....de.....de 20.....

.....

Assinatura do Participante

Anexo C

Questionário de Dados Sócio-demográficos e Clínicos

Nome:			
Sexo: 1) F () 2) M ()		Idade:	Raça:
Data de Nascimento:	Local de Nascimento:	Religião:	
Escolaridade:			
1)Fundam Comp () Incomp () 2)Médio Comp () Incomp () 3)Superior Comp () Incomp			
Estado Civil Solteiro () Casado () Viúvo () Separado()			
Tem filhos? 1) Sim () 2) Não () Quantos?			
Você mora com quem? 1) Cônjuge () 2) Filhos () 3) Sozinho () 4) Família toda ()			
Trabalha atualmente: 1) Sim () 2) Não ()		Função Exercida:	
Você tem alguém para ajudá-lo (a)? 1) Sim () 2) Não ()			
Quem? 1) Cônjuge () 2)Filhos () 3) Irmãos () 4)Amigos () 5)Todos () 6)Outros ()			
Dados Clínicos			
Unidade em que faz Hemodiálise:			
Idade do diagnóstico de Insuficiência Renal:			
Há quanto tempo faz hemodiálise:			
Data de Inclusão em Lista de Transplantes:			
Há quanto tempo está em Lista de transplante renal?			
Hospitalizações no último ano:			
Faz tratamento psicológico ou psiquiátrico atualmente? 1) Sim Há quanto tempo? 2)Não ()			
Se não, já fez anteriormente? 1) Sim 2) Não			
Faz uso de medicação para depressão? 1) Sim Qual? Há quanto tempo? 2)Não			
Outras medicações? Quais?			

Data da Aplicação:.....

Local:.....

Entrevistador:.....