

INTRODUÇÃO

Portugal é o país que mais transplantes hepáticos efectuou a nível mundial, e o segundo com maior número de dadores por milhão de habitantes (pmh) (31 pmh versus Espanha com 34,4 pmh), com a região centro do país a liderar a doação de órgãos (42,7 pmh) ⁽¹⁾. Esta liderança na área da transplantação hepática contribui também para as elevadas taxas de sobrevivência destes doentes suportada pela excelência técnica de uma equipa multidisciplinar diferenciada, complementada por recentes avanços terapêuticos. Portugal é, também a nível mundial, o país com maior número de casos de Polineuropatia Amiloidótica Familiar (PAF), variante TTRmet30 (proteína transtirretina mutada) tipo português, diagnosticados, sendo em algumas regiões considerada como uma doença endémica. Apesar de novas terapêuticas em estudo (ex: Tafamidis), até à data, o transplante hepático parece ser a única terapêutica com eficácia no retardar ou mesmo na estabilização da evolução desta doença hereditária e degenerativa, progressiva e fatal no prazo de 10-15 anos após o início da sintomatologia.

No entanto o transplante hepático não é isento de custos e eventuais complicações, mesmo sendo por vezes a única intervenção para muitas condições que afectam o fígado. As doenças metabólicas de que a PAF é um exemplo, as doenças hepáticas crónicas terminais ou as hepatites virais ou fulminantes são as condições clínicas dependentes de um transplante hepático que transformam cerca de 60.000 europeus em candidatos a receptores de um órgão com muito menos dadores. Para muitos o transplante não será atempado. Para os receptores importa potenciar o bem recebido e

encontrar estratégias para que a sua sobrevivência e qualidade de vida seja o mais idêntica possível à da população saudável.

Para além da intervenção terapêutica (medicamentosa ou não) e cirúrgica, até à data, não tínhamos conhecimento de qualquer outra forma de intervenção não invasiva que pretendesse de alguma forma interferir na progressão da doença PAF ou no caso do pós-transplante no aumento da eficiência a médio e longo prazo desta intervenção. Referimo-nos especificamente à forma de potenciar os resultados positivos que o transplante hepático parece ter no atrasar ou estabilizar da progressão desta doença, quiçá, inverter os efeitos adversos da mesma e de alguma forma intervir nos efeitos adversos que a medicação prescrita a estes doentes tem. Concretamente, os efeitos descritos na literatura sobre a massa óssea, massa muscular e consequentemente sobre a capacidade funcional. Os programas de reabilitação existentes e prescritos para estes doentes são por vezes estanques no tempo, pouco holísticos e sobretudo, não são feitos de forma sistemática ou integrados num estilo de vida e nem sempre são acessíveis, logística ou financeiramente.

Fundamentados por uma extensa literatura referente aos benefícios do exercício físico regular em múltiplas populações específicas, estávamos absolutamente convictos de que, também nesta população (doentes submetidos a transplante hepático e especificamente por PAF) o exercício físico efectuado de forma regular e com intensidade leve a moderada, traria benefícios. Pretendíamos saber especificamente quais, e em que parâmetros da aptidão física destes doentes, esses benefícios porventura se verificariam e qual a sua magnitude.

Para responder a esta dúvida projectámos este estudo com o qual consideramos ter contribuído para o reconhecimento da importância da implementação sistemática de programas de exercício físico regular de intensidade moderada e iniciados o mais precocemente possível.

Assim, esta investigação, parcialmente vertida nesta dissertação, apresenta-se com uma primeira parte (capítulo I) onde é feita uma revisão do conhecimento existente sobre a PAF, a transplantação hepática e implicações desta intervenção, terminando com uma revisão do conhecimento existente relativamente a programas de exercício implementados em doentes transplantados. Analizámos também o conhecimento mais recente relativo ao contexto de aplicação dos programas de exercício, nomeadamente a intervenção de cariz domiciliário ou *home-based*. No capítulo II faz-se a descrição da metodologia de avaliação utilizada para analisar as variáveis dependentes em estudo, do tipo de intervenção efectuado e da análise estatística efectuada. No capítulo III apresentamos os estudos originais já produzidos em resultado desta investigação. Por fim apresentamos a discussão dos resultados já obtidos (capítulo IV), as limitações que porventura consideramos inerentes a esta investigação (capítulo V) e as conclusões gerais da mesma (capítulo VI). Por fim, em anexo, apresentamos alguns dos documentos produzidos no decorrer deste estudo.

Referências

1. ASST ApoSdSedT. Relatório Estatístico 2009. <http://www.asst.min-saude.pt>; 2010.