

Aspectos Psicológicos em Doentes Candidatos a Transplante Renal

ACÁCIO MANUEL SANTOS (*)

Existe uma larga área de fronteira de pacientes em sofrimento (físico) que podem estar doentes ou em risco de o estar, mas podem igualmente estar a viver reacções emocionais normais em circunstâncias difíceis, reacções que são desagradáveis mas com que se pode lidar (Ingham, 1982).

Outros autores (Castro, Nascimento & Huehara, 1984) consideram que «... Os problemas psíquicos advindos com a hemodiálise são inevitáveis, exigindo, às vezes, o concurso permanente de um especialista nos serviços de diálise...» No entanto, foi encontrado uma ausência de psicopatologia evidente e característica nestes doentes (Nobert & Lefebvre, 1961), parecendo portanto que nesta população se encontram, predominantemente, pessoas psicologicamente normais.

As vivências de doença renal, do tratamento (diálise), da perspectiva do transplante, do transplante, da rejeição, do regresso à diálise, do novo transplante, são situações que terão necessariamente consequências psicológicas na pessoa e portanto na sua personalidade, a qual, por sua vez, será determinante no modo, particular, de vivenciar essas situações.

Assim, Lima, Lima, Huehara, Lucente, Nascimento e Castro (1983), dizem-nos que «... É do nosso conhecimento que, com o prolongamento da vida alcançado pelos sujeitos com doença renal crónica, conseqüente à terapêutica dialítica, muitos efeitos colaterais, de natureza

orgânica e psíquica, advêm. Para muitos esta 'nova' vida, agora sob controlo da hemodiálise, é temporária, e existe enquanto não chega o momento do transplante; para outros, ela é definitiva e o paciente deve, assim, a ela acostumar-se; para terceiros, ainda, ela é vivida e revivida como consequência do transplante sem sucesso.»

Afigura-se-nos pois, óbvio que estes pacientes que estão sujeitos a um tremendo *stress* psicológico, que lhes requer um grande dispêndio de energia psíquica para se adaptarem às limitações impostas pela doença e pelos tratamentos por ela requeridos. Uma vez que estas pessoas «... Têm a sua vida muito comprometida, não só pelo 'mal estar' inerente à doença, como pela dependência directa à máquina, e pela expectativa da aproximação do transplante. Este depende, por sua vez de factores alheios a seu controlo ...» (Lima, Lima, Huehara, Lucente, Nascimento & Castro, 1983).

Greenberg, Davis e Massey (1973) afirmam que «... A nossa experiência sugere fortemente que factores psicológicos desempenham um importante papel na capacidade individual para adaptação aos *stresses* de insuficiência renal, diálise e transplante.» Outros autores, Eisandrath (1969) constataram que «... Em pacientes que morreram após transplante renal foi notado que sofriam uma sensação de abandono pelas suas famílias, ou haviam experienciado pânico e um sentimento de pessimismo acerca do sucesso da operação num grau não observado entre os que

(*) Psicólogo Clínico.

sobreviveram», o que leva a preconizar «... uma psicoterapia pré-operatória para ajudar a mobilizar a falta de esperança, em sobreviver, dos pacientes que se pode tornar necessária para a sua sobrevivência.»

Para Greenberg, Davis e Massey (1973) «... O Psicólogo Clínico veio desempenhar um papel importante no ajudar a avaliar os níveis de funcionamento do indivíduo e os recursos do ego para uma adaptação com sucesso a uma situação, da sua vida, extremamente exigente.» Sem a qual não será possível uma adequada intervenção psicoterapêutica de apoio, nestes sujeitos, ao longo das várias fases da sua doença.

Estas, e outras, questões levaram-nos a pensar em estudar e comparar indivíduos doentes renais em hemodiálise que se encontram em lista de espera para transplante, com o objectivo de pesquisar a existência de aspectos psicológicos relevantes, e inerentes à situação e às expectativas que se lhes deparam.

Este trabalho tem como finalidade a comparação de dois grupos de indivíduos, dos dois sexos, e insuficientes renais crónicos, em hemodiálise; um grupo constituído por indivíduos candidatos a primeiro transplante e o outro pelos candidatos a segundo transplante.

Hipóteses:

- H0 — Não há diferença entre os dois Grupos (G1.ºT. e G2.ºT.) relativamente a aspectos Familiares; Sexualidade, Relações Sociais, Aspectos Profissionais, Impacto dos Tratamentos (hemodiálise), Atitude face ao (primeiro) Transplante e Factores Psicológicos como Ansiedade, Angústia, Depressão e Hipocondria.
- H1 — Nos Insuficientes Renais crónicos candidatos a transplante renal, há diferenças significativas entre o G1.ºT. e o G2.ºT., relativamente a Aspectos Familiares como: Reacção à Doença; Modificações Ocorridas com a Doença e Ambiente Familiar.
- H2 — Há diferenças entre os dois grupos (G1.ºT. e G2.ºT.), a nível da

Sexualidade, nomeadamente na Frequência, Satisfação e Existência de Perturbação Sexual.

- H3 — A Doença Renal Crónica reflecte-se nas Relações Sociais (Participação, Satisfação e Amizades) de modo distinto conforme se trata do grupo de candidatos a 1.º transplante ou a 2.º transplante.
- H4 — Há diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (G1.ºT. e G2.ºT.) no que respeita a Aspectos Profissionais como a Situação Profissional, Satisfação Profissional e Relações Profissionais.
- H5 — Há diferenças significativas entre os dois grupos (G1.ºT. e G2.ºT.) relativamente a aspectos ligados à doença como Acontecimentos Vitais e Impacto do Diagnóstico.
- H6 — Os dois grupos (G1.ºT. e G2.ºT.) apresentam diferenças significativas relativamente ao Impacto Psicológico dos Tratamentos, nomeadamente a nível da Vivência da diálise.
- H7 — Há diferença entre G1.ºT. e G2.ºT. na Atitude face ao (primeiro) Transplante, designadamente quanto à Entrada para a Lista de Transplante, Expectativas, Atitude e Vivência da Espera.
- H8 — Existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (G1.ºT. e G2.ºT.) a nível de factores Psicológicos como a Ansiedade, Angústia, Depressão e Hipocondria.

1. METODOLOGIA

1.1. Processo

Foi efectuada uma pesquisa bibliográfica, colocadas hipóteses de investigação, e seleccionados os instrumentos considerados adequados. Consultámos, então, a Lista Activa de Candidatos a Transplante Renal do Hospital da Cruz Vermelha, seleccionámos três Centros de Hemo-

diálise da área de Lisboa, onde recolhemos a amostra.

Relativamente ao grupo de candidatos a primeiro transplante, no Centro de Hemodiálise da Cruz Vermelha aplicámos o protocolo de recolha de dados (Entrevistas e Provas) a todos os indivíduos em Lista Activa, donde seleccionámos (tendo em conta a idade) quatro homens e uma mulher. Para complementar o grupo, fomos ainda estudar, aleatoriamente, dois homens e uma mulher do Centro de Hemodiálise do Lumiar, e dois homens e duas mulheres da Clínica de Doenças Renais.

No que diz respeito ao grupo de candidatos a segundo transplante foram estudados todos os indivíduos (com excepção de dois indivíduos do sexo masculino, um por se encontrar em situação de reclusão e outro devido à sua avançada idade), dos três Centros supramencionados, constantes da Lista Activa.

1.2. Amostra

A nossa amostra é constituída por 24 indivíduos doentes renais crónicos, em hemodiálise, e fazendo parte da Lista Activa para Transplante Renal do Hospital da Cruz Vermelha.

Considerámos dois grupos de 12 indivíduos. Um grupo constituído por 8 homens e 4 mulheres candidatos à realização de primeiro transplante renal (G1.ºT.); e um segundo grupo com igual distribuição de homens e mulheres candidatos a segundo transplante renal — G2.ºT. (após um primeiro transplante fracassado). De referir que na composição dos grupos respeitámos as proporções entre os dois sexos que se encontram nas estatísticas respeitantes aos sujeitos em Hemodiálise no nosso País (ver Quadro 1).

1.3. Instrumentos

Utilizámos nesta investigação dois tipos de instrumentos: Entrevista clínica sistematizada e *standardizada* e provas projectivas, nomeadamente o Psicodiagnóstico Miocinético (PMK) e a Técnica Projectiva de Rorschach, aplicadas e avaliadas de forma *standardizada*.

1.3.1. Entrevista

Em função dos objectivos do estudo estruturámos uma Entrevista sistematizada, constituída por questões fechadas (25), diferenciadores semânticos (8) e questões abertas (16). Com a finalidade de recolher informação objectiva relativa a factores relacionados com a doença renal crónica em geral, e com doentes em hemodiálise candidatos a transplante renal em particular.

Pesquisámos, mediante o uso de questões, diversas áreas tais como: (a) *Dados Pessoais* — em que recolhemos informação relativa à Idade, Estado (civil e facto), Nível Educativo, Caracterização Socio-Demográfica, Saúde; (b) *Dados Familiares* — com os quais se pretende uma caracterização socio-familiar, obtendo-se dados relativos à Família de Origem: Classe Social, Saúde (pais, irmãos e antecedentes familiares), Relação com os Progenitores, Lugar na Fratria e Escolaridade dos Irmãos; e acerca da Família Actual: Matriz, Ambiente Familiar e Resposta à Doença/Hemodiálise/Transplante; (c) *Sexualidade* — em que pesquisámos aspectos relativos ao Início, Frequência Pré e Pós Diálise, Satisfação Pós Doença Renal, existência de Doença Venérea, de Perturbação Sexual Pré e Pós Hemodiálise e Tipo de Perturbação; (d) *Vida Profissional* — abordámos questões relacionadas com a Situação e Estado Profissional, Satisfação e Relações Profissionais Pré/Pós Diálise e Pré/Pós Primeiro Transplante, Última Mudança e Ameaça Profissional; (e) *Relações Sociais* — em que apurámos informações acerca da Participação e Satisfação nas Actividades Sociais, e Relações de Amizade (número e intensidade das relações); (f) *História da Doença* — debruçámo-nos sobre a Idade de Início da Doença, Acontecimentos Vitais correlacionáveis com o início da doença, Impacto Psicológico do Diagnóstico e dos Tratamentos (percurso até à diálise, início e frequência da diálise, vivência da diálise), Atitude Face ao Primeiro Transplante (altura e causa da decisão de entrar em lista activa para transplante renal, expectativas e atitudes, vivência da espera).

1.3.2. Provas Psicológicas

Utilizámos duas provas projectivas, o Psicodiagnóstico Miocinético e a Técnica Projectiva

QUADRO 1
Caracterização da Amostra

			Grupo de 1ºT.		Grupo de 2ºT.	
			Mascul.	Fem.	Mascul.	Fem.
Sexo			8	4	8	4
Idades	<30		1	2	1	0
	30 - 39		2	2	1	1
	40 - 49		4	0	3	2
	>50		0	0	3	1
Estado Civil	Civil	Solteiro	1	1	2	1
		Casado	7	3	5	3
		Divorciado	0	0	1	0
	Facto	Com Par	7	3	6	3
		Sem Par	1	1	2	1
Nível Educativo	Analfabeto		0	0	0	1
	Lê/Escreve		0	0	1	0
	Ensino Básico		3	1	4	3
	Ensino Secun.		3	3	2	0
	Ensino Sup.		2	0	1	0
Situação Prof.	Activo		7	1	8	2
	Passivo		1	3	0	2
Carac. Socio-Demo.						
Naturalidade	Urbana		2	2	2	1
	Semi-Urbana		5	1	2	1
	Rural		0	1	4	2
Residência	Urbana		4	3	5	1
	Semi-Urbana		3	1	3	3
Matriz	S/Filhos		5	1	2	1
	C/ 1 Filho		1	2	3	1
	>2 Filhos		2	1	3	2
Início da Sexualid.	<15		4	1	2	1
	16 - 18		2	1	4	1
	19 - 21		2	2	2	1
	22 - 24		0	0	0	1

	25 - 27	0	0	0	1
Doenças	Psiquiátricas	2	0	1	0
	Neurológicas	1	0	1	1
	Alcoólicos	1	0	1	0
	Tabagismo	7	3	3	0
	Cardiopatias	1	0	2	1
	Psicossomáticas	2	0	3	2
	Uropatias	0	0	1	0
	Id. Suicídio	0	1	0	1
	Cefaleias	6	3	2	2
	Insónia	3	1	4	2
	A. T. A.	5	1	2	2
	Infeciosas	4	0	3	0
	Pulmonares	1	1	4	0
	Outras	5	4	12	2
Início da Doença	<18	4	1	3	1
	19 - 29	1	2	0	1
	30 - 40	3	1	4	2
	>41	0	0	1	0
Percurso até Diálise					
Ambulatório		8	4	8	4
Internamento	Com Cirurgia	1	1	0	0
	Sem Cirurgia	1	1	5	3
Peritoneal		1	0	5	0
Classe Social Origem	Classe II	1	0	0	0
	Classe III	6	3	2	1
	Classe IV	1	1	6	3
Lugar na Fratria	Primeiro	5*	1*	6*	1
	Entremédio	2	0	0	1
	Último	1	3	2	2
Antecedentes Famil.	Psiquiátricos	2	1	3	2
	Neurológicos	1	0	3	0
	Alcoólicos	4	3	5	3
	Suicídio	2	1	1	3
	Psicossomáticos	0	0	1	1
	Doença Renal	1	0	1	0
	Cardíacas	5	1	3	2
	Outras	13	3	10	1
Saúde dos Pais	Psiquiátricos	4	2	1	1

	Neurológicos	0	0	2	0
	Alcoólicos	3	2	3	3
	Suicídio	0	0	1	1
	Psicossomáticos	3	1	2	0
	Doença Renal	3	2	0	0
	Cardíacas	1	1	4	2
	Outras	10	5	10	4
<hr/>					
Saúde dos Irmãos	Psiquiátricos	1	0	2	3
	Alcoólicos	2	0	0	2
	Suicídio	0	0	0	1
	Psicossomáticos	2	1	1	1
	Doença Renal	1	0	1	1
	Cardíacas	0	0	1	2
	Outras	3	1	4	3

Grupo Total: N=24

Grupo de Candidatos a Primeiro Transplante (G1ºT): N=12

Grupo de Candidatos a Segundo Transplante (G2ºT): N=12

de Rorschach, com o objectivo de estudar a personalidade, que foram criadas, respectivamente por Emilio Mira y López e Hermann Rorschach. Usámos os materiais e o modo de aplicação e cotação definidos pelo seus autores. Para o apuramento, dos dados que nos interessavam pesquisar, retirámos dos manuais os critérios de interpretação adequados aos nossos objectivos. Deparamos, no entanto, com dificuldades no apuramento das grelhas de avaliação uma vez que estas se destinavam a detectar Factores Psicológicos a um nível infraclínico.

Psicodiagnóstico Miocinético (PMK)

O teste Psicodiagnóstico Miocinético, foi criado pelo psicólogo Emilio Mira y López, tendo sido comunicado pela primeira vez em 1940 à Real Sociedade de Medicina em Londres. Trata-se de uma prova de expressão gráfica que é utilizada como teste projectivo, permitindo, assim, determinar a forma «atitudinal» do indivíduo, e as suas características «temperamentais e caracteriológicas».

Foi dado o nome de «Miopsíquicos» a todos os dispositivos que asseguram, no indivíduo, a adaptação psicomotora ao ambiente. Estes dispositivos permanecem latentes na acção exterior do sujeito, podendo ser postos em

evidência por intermédio do estudo do tónus postural. É o que é feito nesta prova, que comporta a execução de várias séries de movimentos nos diversos planos do espaço.

Este teste parte do princípio de que desequilíbrio psíquico e desequilíbrio miocinético, são dois aspectos externos de um mesmo processo individual postulando-se que as perturbações das tensões psíquicas traduzir-se-ão no domínio do movimento muscular. Os processos reaccionais actuais, dados pelos traçados executados pela mão fenotípica (direita, nos dextros), são aquilo a que poderemos chamar Estado; as disposições reaccionais «instintivas», dados pelos traçados executados pela mão genotípica (esquerda, nos dextros), são aquilo a que poderemos chamar Traço de personalidade.

Para a Ansiedade, utilizámos como indicadores a dilatação do traçado (maior que 50 mm), os desvios secundários (maiores que 1 cm) e a reversibilidade do traçado.

Para a Angústia, recorreremos à redução do tamanho (menor que 30 mm), pressão, e alterações práxicas, na execução dos traçados.

Por fim procurámos a Depressão mediante o uso dos seguintes indicadores: queda dos traçados verticais, queda dos traçados egocipetos e empastamento dos traçados egocifugos.

Técnica Projectiva de Rorschach

Foi criada por Hermann Rorschach, médico psiquiatra que procurava compreender as capacidades criadoras do indivíduo e o modo como elas se inscrevem na dinâmica da personalidade.

O indivíduo é confrontado, simultaneamente, com um estímulo ambíguo e com uma instrução que o leva a orientar-se rumo a uma organização da mancha informe, dando-lhe um sentido, uma estrutura. O sujeito organiza a percepção em função da estrutura do estímulo mas também em função da sua experiência anterior. Assim, perante a situação o indivíduo faz apelo a factores internos da sua personalidade e a factores externos constituídos pelas características objectivas do estímulo e da situação, ao estruturar o material não estruturado o sujeito releva-nos, pois, características da sua personalidade. O protocolo recolhido é objecto de análise quantitativa e qualitativa, que nos permite concluir acerca de características de personalidade.

Como indicadores de Ansiedade, utilizámos a Variabilidade dos Tempos de Lactência, o Tipo de Ressonância Intima Extratensivo e as referências Simetria.

Foram os seguintes os indicadores que seleccionámos para Angústia: Recusas, Tipo de Ressonância Íntima Coartada e Coartativa e presença de Perseverações.

Para a Depressão recorreremos aos Tempos de Latência (superiores a 13''), Número de Respostas (inferiores a 20), e Presença de Desvitalizações (incluindo também (A) e (H)).

Por fim, procurámos a Hipocondria mediante a presença de conteúdos Anatómicos e Sexuais, e de Deteriorações (incluindo, aqui também, Hd e Ad).

1.4. Aplicação

Seleccionados três Centros de Hemodiálise, localizados em Lisboa, foram estabelecidos contactos com os seus responsáveis, e conseguida a sua colaboração com este projecto de investigação.

Iniciámos a recolha dos dados, que decorreu ao longo de seis meses, em que efectuámos entrevistas clínicas e aplicação das provas psicológicas, aos vinte e quatro indivíduos estudados,

em gabinetes dos respectivos Centros de Hemodiálise.

A recolha de dados foi realizada ao longo de duas entrevistas clínicas semidirectivas de cerca de sessenta minutos efectuadas com um intervalo, geralmente, de quatro dias.

Numa primeira entrevista eram recolhidos elementos relativos a dados pessoais, dados familiares, e relações sociais e profissionais; sendo esta secção finalizada com a aplicação do Psicodiagnóstico Miocinético (PMK).

Na segunda entrevista clínica concluíamos a recolha de dados abordando, desta vez, questões relativas à doença (História da doença; Impacto Psicológico dos Tratamentos; Atitude Face ao Primeiro Transplante) e submetíamos os indivíduos à Técnica Projectiva de Rorschach.

1.5. Tratamento dos Resultados

Os dados recolhidos, quer do grupo de primeiro transplante, quer do grupo de segundo transplante foram registados em quadros síntese.

Passámos à fase seguinte, tratamento estatístico de resultados, através do cálculo de frequências, percentagens, e análise da significância das diferenças mediante a utilização do Qui Quadrado (níveis de significância 95% e 99%).

Este tratamento dos resultados permitiu-nos a apresentação em quadros e gráficos, a sua análise e discussão, e tirar conclusões relativamente à confirmação ou infirmação das hipóteses colocadas previamente, que se resumem em seguida.

1.6. Resultados

1.6.1. Aspectos Familiares

No item Reacção da Família à Doença e Tratamentos nota-se que, embora o modo de Reacção mais frequente seja o mesmo (Apoio) em ambos; no G1.ºT. há mais indivíduos cuja reacção familiar se processa a esse nível (G1.ºT. — 67%; G2.ºT. — 58%). No G2.ºT. aparecem-nos 25% de reacções familiares de Indiferença (particularmente a nível das mulheres, 25%) situação que não ocorre no G1.ºT.

Comparando o G1.ºT. com o G2.ºT. quanto ao item Modificação a Nível da Matriz Familiar, verifica-se que há mais indivíduos com Modifi-

cações no G2ºT. (67%) que nos candidatos a 1º transplante.

Há uma diferença estatisticamente significativa no Ambiente Familiar após a doença renal. Verifica-se que tanto para o G1ºT. como para o G2ºT. há mais indivíduos com conflitos após a doença renal, sendo mais elevado o aumento para o G2ºT. (50% para 33% antes).

Constata-se que não há diferença entre os dois grupos, no que respeita à relação com o pai (58% Sem Problemas; 42% Com Problemas). Relativamente à Mãe embora sejam mais elevadas, em ambos os grupos, as frequências da categoria S/Problemas (G1ºT. — 82%; G2ºT. — 75%), há mais problemas no 2º grupo (25%) que no 1º grupo (8%).

1.6.2. Sexualidade

O grupo de 1ºT regista uma diminuição na actividade sexual em 90% dos casos, para o G2ºT. a frequência mais elevada é também relativa à categoria Diminui (73%). Comparando os dois grupos quanto à Satisfação Sexual, embora as frequências mais elevadas sejam na mesma categoria (Igual) e praticamente iguais (G1ºT.=55%; G2ºT.=58%), no G2ºT. há mais indivíduos com diminuição Marcada da satisfação sexual (G1ºT.=27%; G2ºT.=33%).

Há mais perturbação sexual anterior à doença no G1ºT. (17%; 0% no G2ºT.); tal como é mais elevada a percentagem de perturbação pós diagnóstico/hemodiálise no grupo dos candidatos a 1º transplante (G1ºT. — 83%; G2ºT. — 67%). Ainda intergrupos, mas a nível dos sexos, há mais homens no G1ºT. com perturbação pré diagnóstico/hemodiálise (25% — G1ºT.; 0% — G2ºT.) tal como no pós diagnóstico/hemodiálise em que há mais homens e mais mulheres no G1ºT. a terem perturbação sexual (G1ºT. H — 87,5%, M — 75%; G2ºT. H — 75%, M — 50%).

Quanto ao Tipo de Perturbação da Sexualidade, constata-se que há mais perturbação da Apetência no G1ºT. que no G2ºT. (G1ºT. — 67%; G2ºT. — 42%), relação que é inversa para a perturbação da Ereção (G1ºT. — 43%; G2ºT. — 67%). No G2ºT. há mais mulheres com perturbação Orgásmica que no G1ºT. (G1ºT. — 0%; G2ºT. — 50%). Havendo mais homens a terem problemas na Apetência, a nível do 1ºG.

(71%, para 50% 2ºG), enquanto que há mais indivíduos com perturbação da Ereção que no G1ºT. (42,8%).

1.6.3. Relações Sociais

Observa-se que a Diminuição da participação em acontecimentos sociais é maior no G2ºT. (67%), sendo também mais Marcada neste grupo (50%) que no G1ºT. (33%). Por outro lado na categoria Maior Participação o G1ºT. tem uma percentagem superior (25% para 17% no G2ºT.). Os sujeitos de grupo 1ºT mantêm mais a participação social após a doença (G1ºT. — 33%; G2ºT. — 17%). Relativamente à Satisfação nas Relações Sociais, as percentagens mais elevadas são iguais (58%) e correspondentes à mesma categoria (Igual Satisfação), a 2ª categoria mais frequente no G1ºT. é a Maior Satisfação (25%), no G2ºT. trata-se da Diminuição na Satisfação nas Relações Sociais.

Verifica-se que o número de amigos, após a doença, manteve-se mais no G1ºT. (67%) que no G2ºT. (50%), diminuindo com maior frequência no G2ºT. (25%) que no G1ºT. (8%). Em ambos os grupos é mais frequente a categoria Manteve-se a intensidade das Relações com os amigos, (58% — G1ºT.; 50% — G2ºT.) com valores superiores no G1ºT, no entanto todos os restantes indivíduos do G1ºT. aumentou a Intensidade, enquanto que 33% dos indivíduos do G2ºT. a diminui.

1.6.4. Aspectos Profissionais

Observando, simultaneamente, os dois grupos as frequências mais elevadas registam-se, nas Mudanças há Mais de 5 anos. Relativamente à existência de Ameaça Profissional, o grupo de 2º transplante tem uma percentagem (67%) superior ao grupo do 1º transplante (50%).

As percentagens (totais) mais elevadas são as relativas à categoria Activo (manutenção de uma actividade), sendo no entanto superior no G2ºT. (G2ºT. — 83%; G1ºT. — 67%). Em ambos os grupos constata-se existir mais Assalariados (50%) no G1ºT., enquanto que no G2ºT. há mais Reformados (50%).

Na Satisfação Profissional antes/após diálise, a frequência mais elevada, em ambos, é na categoria Diminuição (G1ºT. — 67%; G2ºT. —

58%), mas esta diminuição é mais acentuada no primeiro grupo.

No G2.ºT. é mais frequente uma melhoria das Relações Profissionais (36%); decrescendo (relativamente ao G1.ºT.) tanto a percentagem das relações que pioraram (9%), como aquelas que não registaram alterações.

1.6.5. História da Doença

Quanto à referência ou não de acontecimentos vitais na altura do aparecimento da doença verificámos que, enquanto em 50% dos indivíduos do G2.ºT. há alterações Pessoais/Afectivas, no G1.ºT. a frequência mais elevada é a nível das Alterações de Saúde.

Para o item Impacto do Diagnóstico, em ambos os grupos, a maior frequência é a dos indivíduos que referem o Choque face ao diagnóstico de Insuficiência Renal Crónica (G1.ºT. — 58%; G2.ºT. — 83%).

Tanto o grupo de 1.ºT. como o de 2.ºT. têm predominantemente, quanto à reacção/vivência da diálise, um modo de reacção Desajustado; este fenómeno é mais frequente no grupo de candidatos a 2.ºT. (75%). Enquanto que o G1.ºT. reage apenas com Ansiedade/Inquietação (100%) no G2.ºT. reage com Angústia/Depressão (42%) e Ansiedade/Inquietação (33%).

Relativamente à Vivência da Espera do 1.º Transplante (*Stress/Espera Normal*) observam-se frequências superiores na categoria *Stress* no G1.ºT. (G1.ºT. — 42%; G2.ºT. — 33%).

O grupo de 1.ºT apresenta iguais frequências (50%) a nível da Tomada da Iniciativa *versus* Indicação Médica na entrada para a Lista de candidatos a Transplante, enquanto que no grupo de 2.ºT. apenas 8% toma a iniciativa de entrar para a lista.

Comparando G1.ºT. com G2.ºT. quanto à causa do desejo de ser transplantado, observa-se que os primeiros apontam mais (100%), mesmo esmagadoramente, a fuga à máquina que os sujeitos do G2.ºT. (83%), razão, no entanto, determinante para o conjunto dos indivíduos estudados.

No grupo dos indivíduos que ainda aguardam 1.º transplante (G1.ºT.) 42% estão optimistas enquanto que 33% pessimistas. A nível dos indivíduos que já foram objecto de transplante com insucesso (G2.ºT.), metade 50% dizem ter estado

optimistas face a esse transplante, enquanto que 17% referem pessimismo e os restantes não se definem.

1.6.6. Provas

No Psicodiagnóstico Miocinético apuram-se mais indivíduos com Ansiedade como característica de personalidade no G2.ºT. (83,3%) que no G1.ºT. (66,6%). Já relativamente à Ansiedade como vivência, o G1.ºT. está mais Ansioso (66,6%) que o G2.ºT. (41,6%). O G1.ºT. está (Mão Fenótipica) mais angustiado (66,6%) que o G2.ºT. (33%). Não há diferença significativa entre os dois grupos relativamente à Angústia avaliada na Mão Genótipica (característica de personalidade). Em relação à Mão Fenótipica (Angústia ligada à situação) há uma diferença estatisticamente significativa. Em relação à comparação do G1.ºT. com o G2.ºT., no item Depressão, os indivíduos do primeiro grupo são (Mão Genótipica) mais deprimidos (41,6%) que os do G2.ºT. Por outro lado, os sujeitos do grupo de candidatos a segundo transplante estão (Mão Fenótipica) mais deprimidos (50%), pois só 8,3% dos do G1.º apresentam Depressão na Mão Fenótipica.

Os resultados no R.C.H. apontam no sentido do grupo de candidatos ao primeiro transplante estar mais Angustiado e mais Deprimido (67%) que o G2.ºT. (Angústia — 50%; Depressão — 42%), enquanto que o G2.ºT. está, também comparativamente, ao G1.ºT com percentagens mais elevadas na Ansiedade (83% para 67% no G1.ºT.) e Hipocondria (75% para 50% G1.ºT.).

A nível da Ansiedade a concordância entre R.C.H. e P.M.K. é total no G1.ºT., tanto a nível da mão genótipica como fenótipica (67%). No G2.ºT. o R.C.H. e a mão genótipica apresentam valores percentuais idênticos (83%). Na Angústia, o G1.ºT. apresenta resultados iguais para a Mão Fenótipica e R.C.H. (67%). O G2.ºT. regista uma diferença entre as provas, no entanto, os valores são mais aproximados na mão fenótipica (33%) e Rorschach (50%). A Depressão, é o factor que releva uma maior disparidade entre as provas, no entanto, para o G1.ºT., é a Mão Genótipica (41,6%), a ter valores mais próximos de Rorschach. A nível do G2.ºT. a mão Fenótipica (50%) e Rorschach (42%) diferem

pouco. O factor em que há mais concordância entre as duas provas é a Ansiedade. Em geral, constata-se que parece haver uma concordância entre os resultados obtidos entre o Rorschach e o PMK, nomeadamente a nível da mão Fenótipica. No entanto, parece-nos, face a algumas discrepâncias, haver a necessidade de um maior afinar dos indicadores, sendo difícil perceber qual dos aspectos do PMK (o adquirido, Traço — Mão genótipica, ou o vivido, Estado — Mão Fenótipica) poderá ser controlado pelos resultados do Rorschach.

2. CONCLUSÕES

Nos indivíduos insuficientes renais crónicos, que se encontram em hemodiálise, e em lista como candidatos a transplante renal, objecto desta investigação, tiveram na sua relação com os progenitores, mais problemas no seu relacionamento com o pai que com a mãe. Não referem situações conflituais na família antes da doença, havendo posteriormente, mesmo, uma diminuição a nível das problemáticas existentes. Sentem que a família reagiu à situação de doença Renal apoiando-os. A doença e os tratamentos, nomeadamente, a hemodiálise, implicou mudanças no dia a dia familiar.

A sexualidade destes indivíduos encontra-se afectada. Assim, após a Doença/Hemodiálise, grande parte apresenta problemas de disfuncionamento, sendo, a nível, da Apetência que esta problemática é mais importante. Após a diálise a frequência das relações diminui, mas a satisfação é mantida.

Relativamente ao Relacionamento Social destes, constata-se que após a Doença/Hemodiálise existe uma diminuição geral dos seus contactos sociais. No entanto, enquanto essas ocasiões ocorrem, cerca de metade dos indivíduos considera que o prazer (Satisfação) é idêntico ao anterior a esta situação. Também, relativamente às Amizades se verifica uma tendência para a manutenção em termos do número de Amigos, mas a Intensidade das relações parece estar afectada.

Os insuficientes renais crónicos registam pouca mobilidade profissional, metade há mais de 5 anos que não mudam de emprego. O posto de trabalho é frequentemente ameaçado, ha-

vendo casos em que o empregador opta por transferir o indivíduo para outra função. São sujeitos que se mantêm activos (profissional ou extra-profissionalmente), isto apesar de cerca de um terço estarem reformados.

Com a diálise, apesar de geralmente não haver alteração das relações do doente com os colegas de trabalho, a actividade profissional é desempenhada com menos prazer por parte do indivíduo.

Nestes doentes, o aparecimento de sintomas clínicos ocorre, pouco após ou na altura, de acontecimentos (na vida) sentidos como importantes, que são muitas vezes de ordem pessoal e/ou afectiva, e de saúde. O diagnóstico de doença renal crónica é sentido, frequentemente, como um choque.

Os tratamentos, particularmente a hemodiálise, têm um forte impacto junto dos indivíduos, levando, por vezes, a reacções pouco ajustadas, do tipo Angústia/Depressão.

O transplante renal aparece ao doente em hemodiálise como a única possibilidade de recuperação da saúde perdida. Geralmente a entrada para a lista de transplante é «pedida» na sequência de informação médica. A principal causa que leva estes doentes a desejarem a cirurgia do transplante é o desejo de fuga à hemodiálise, à máquina sem a qual não poderiam viver, mas que tanto parece limitar a vida destas pessoas. Quase todos têm expectativas, planos cuja concretização está dependente do transplante.

A atitude que acaba por prevalecer, face à perspectiva do transplante, é o optimismo. A espera deste momento é vivida, geralmente, sem sobressaltos, registando-se, no entanto, em mais de um terço dos indivíduos alguma perturbação do dia-a-dia, devido à possibilidade de a qualquer momento chegar o momento tão aguardado.

As hipóteses, relativas à comparação entre indivíduos candidatos a primeiro e a segundo transplante, que serviram de ponto de partida para esta investigação, foram objecto de um estudo que nos permitiu concluir que há diferença significativa entre o G1^oT. e o G2^oT. relativamente aos aspectos considerados. Isto significa que H0 é rejeitada.

Os grupos diferem a nível de Aspectos Familiares (Reacção, Modificação e Ambiente), verificando-se portanto, a hipótese H1.

Também as hipóteses relativas à Sexualidade

(H2), às Relações Sociais (H3) foram confirmadas.

A hipótese relativa aos Aspectos Profissionais (H4) é verificada para os itens Situação e Relações Profissionais, e rejeitada para a Satisfação Profissional.

Aceites são as hipóteses H5 (Doença), H6 (Tratamentos, diálise) e H7 (Atitude Face ao 1.º T.).

Em relação à diferença entre os grupos, nos Factores Psicológicos (H8), constata-se que a nível do Rorschach há uma diferença significativa entre os dois grupos quanto aos quatro factores psicológicos estudados. No P.M.K., só na Angústia, nomeadamente na mão genótipica, é que não há diferença.

Concluimos portanto, haver diferenças significativas (à excepção de um ou outro aspecto pontual) entre os dois grupos que foram objecto de comparação neste estudo.

No entanto, estes resultados só podem ser vistos como representativos da amostra estudada. Isto devido às suas características como a reduzida dimensão, o âmbito circunscrito da recolha, e a necessidade de um aperfeiçoamento dos instrumentos usados, que fazem, portanto, com que as conclusões não possam ser extrapoladas directamente para outros indivíduos.

Afigura-se-nos necessário que novos estudos sejam levados a efeito com amostras mais representativas, não só para um aprofundamento dos aspectos aqui pesquisados, mas também para o estudo de outros aspectos que caracterizam o vasto campo da insuficiência renal crónica. Importante seria, também, um mais sistemático relacionar entre as características de personalidade e os aspectos de ordem psicossocial.

Pensamos, no entanto, que esta investigação poderá fornecer algumas pistas para um maior conhecimento da problemática da insuficiência renal crónica, da hemodiálise e do transplante, pois pelo menos, vem levantar a hipótese geral de que parece haver características distintas, tanto a nível quantitativo como qualitativo, entre os indivíduos que estão pela primeira vez aguardando transplante, e os que tendo já sido submetidos a esta cirurgia, viram o seu novo rim ser rejeitado, e estão aguardando nova oportunidade. A confirmar-se, esta diferença implicará a necessidade de procedimentos e possíveis intervenções adequadas a cada situação.

Finalmente, este estudo permite-nos desde já, estar alertados para as várias áreas e níveis de perturbação e sofrimento psicológico, e de alteração de vida sexual, familiar, profissional e social, de modo a que na abordagem destes doentes, todos estes aspectos sejam avaliados como componentes da situação de doença, permitindo a intervenção psicoterapêutica numa perspectiva integrada, cognitiva e sistémica.

BIBLIOGRAFIA

- Castro, A.C., Nascimento, S. & Huehara, M. (1984). *Nefrologia: Noções Básicas*. Campinas, Papyrus.
- Eisendrath, R.M. (1969). The Role of Grief and Fear in the Death of Kidney Transplant Patients. *American Journal of Psychiatry*, CXXVI: 381-387.
- Greenberg, R.P., Davis, G. & Massey, R. (1973). The Psychological Evaluation of Patients for a Kidney Transplant and Hemodialysis Program. *American Journal of Psychiatry*, 3(130): 274-277.
- Inghan, J. (1982). *Psychiatrie and General Praticce*, (A.W. Care & M. Lader, Eds.), pp: 5-15, London: Academie Press.
- Lima, M., Lima, A., Huehara, M., Lucente, Jr. & Nascimento, S.P. (1983). Pacientes Renais Crónicos e Transplantados — Aspectos Psicológicos. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 1(45): 24-27.
- López, E.M. (1951). *Le Psychodiagnostic MyoKinetique*. Paris: Centre de Psychologie Appliquée.
- Nobert, A. & Lefebvre, P. (1971). Psychiatric Contribution to the Study of Periodic Renal Dialysis. *Laval Medical*, 2(42): 185-192.
- Rorschach, H. (1978). *Psicodiagnóstico*. São Paulo: Mestre Jou.

RESUMO

Apresenta-se neste artigo uma investigação sobre aspectos Psicológicos em Doentes Renais Crónicos em hemodiálise, aguardando Transplante Renal. São estudados dois grupos, um de candidatos a um primeiro transplante e o outro de candidatos a segundo transplante, que são comparados quanto a aspectos Psicossociais e Psicológicos; a amostra estudada foi, ainda, considerada de modo global, comparando os sexos e intragrupos. Neste artigo apresentaremos apenas os resultados referentes às diferenças entre os candidatos a um primeiro Transplante e os candidatos a um segundo Transplante, reservando para uma posterior oportunidade a outra parte da investigação, que contém ainda aspectos relativos ao pós primeiro transplante.

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



**CURSO DE
PÓS-GRADUAÇÃO**

EM

REABILITAÇÃO

1992 – 1993

Informações: Gabinete de Mestrados e Estudos Pós-Graduados
Rua Jardim do Tabaco, 44 1100 Lisboa
Tel: 86 31 84/5/6 Fax: 86 09 54