

COMUNICAÇÃO

TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR EM DOADORA DE TRANSPLANTE RENAL: ESTUDO DE CASO

MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN DONOR IN THE RENAL TRANSPLANT: CASE STUDY

Priscila Silveira DUARTE¹
Luciana de Toledo BERNARDES-DA-ROSA²

RESUMO

O estudo avaliou o impacto da intervenção cognitivo-comportamental em candidata a doadora para transplante renal, atendida no serviço de psicologia de um hospital-escola, do interior do Estado de São Paulo. Foi sujeito uma mulher de 37 anos, 1o. grau incompleto, manicure, casada, dois filhos. Sua queixa principal era sentimento de culpa e tristeza, choro, insônia, redução do comportamento verbal e esquiva de situações sociais, após ter sido suspensa como doadora de um rim para o irmão, em tratamento hemodialítico. Foram realizadas 16 sessões, semanalmente, de 30 minutos, utilizadas entrevistas semi-dirigidas, Inventário Beck de Depressão (BDI), Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), Histórico de Vida e técnicas cognitivo-comportamentais. A hipótese diagnóstica foi Transtorno Depressivo Maior, episódio recorrente, nível grave, associado a sintomas de ansiedade. Os resultados demonstraram remissão do quadro depressivo, melhora dos sintomas de ansiedade e identificação de pensamentos disfuncionais que interferiam nos relacionamentos interpessoais e culpa pela não doação.

Palavras-chaves: transtorno depressivo maior; transplante renal; terapia cognitivo-comportamental.

SUMMARY

This study assessed the impact of cognitive-behavioral intervention in a candidate to donor for renal transplant, attended at psychology service

⁽¹⁾ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Endereço: Rua Santina Figliage Ceccato, 451, apto 23 bloco B Vila Itália. Cep 15035-180 São José do Rio Preto - SP. E-mail: prisvera@zaz.com.br

⁽²⁾ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP

in a school hospital, in the State of São Paulo. The subject was a 37 year old woman, with incomplete elementary education, manicura, married, with two children. Her main complaint was to have feelings of guilt and sadness, crying, insomnia, reduction of verbal behavior and aloof from social situations, after her donation condition had been suspended the kidney to her brother, who was in hemodialytic treatment. Sixteen thirty minutes weekly sessions were made, half-directed interviews were used, Beck Depression Inventory (BDI), State-Trait Anxiety Inventory (IDATE), Life Historical Questionnaire and cognitive-behavioral techniques were applied the diagnostical hypothesis was Major Depressive Transtorn, second episode, severe level, associated with anxiety symptoms. The results demonstrated the remission of depressive state and improvement of anxiety symptoms and identification of disfuncional thoughts which interfered on her interpersonal relationship and guilt for non donation.

Key-words: *major depressive disorder; renal transplant; cognitive-behavior therapy.*

Tem sido discutido na literatura os aspectos psicológicos e psiquiátricos da doação de órgãos em vida, especialmente no caso do transplante renal. Embora não comum, os transtornos psiquiátricos entre doadores de órgãos incluem depressão, ansiedade, desordem de ajustamento, dificuldades financeiras e suicídio (Riether e Mahler, 1995).

Como o número de transplantes com doadores vivos vem aumentando, em todo o mundo, torna-se necessário avaliar e selecionar corretamente potenciais doadores, afim de evitar riscos (Kasiske e Bia, 1995; Binet et al., 1997). O principal objetivo da avaliação é assegurar que o doador estará física e psicologicamente preparado para realizar a doação (Kasiske, 1998). No caso da avaliação psicológica, os aspectos psicológicos e psiquiátricos de seleção, utilizados como critérios de exclusão em programas de transplante renal são retardo mental, transtornos psiquiátricos e pacientes com história de abuso de substâncias e de não adesão a tratamento (Casey, 1997).

Entre os doadores, geralmente, as reações para recusa em doar o rim são medo de se tornar mais vulnerável à possibilidade de desenvolvimento da doença renal, além de

outros desacordos familiares e questões religiosas (Levy, 1994). Dessa forma, a avaliação psicológica é de grande importância no período pré-operatório, para auxiliar os candidatos na resolução de dificuldades psicológicas (Watanabe e Hiraga, 1999). Da mesma forma, o receptor pode sofrer um impacto no momento da escolha do doador, podendo surgir sentimentos de raiva em relação aos membros da família não selecionados para a doação e hostilidade entre doador e receptor (Riether e Mahler, 1995).

Há ainda poucas informações sobre como a doação pode afetar o doador e sua família (Jacobs et al., 1998; Wicks et al., 1998), e especificamente, estudos sobre os riscos psicológicos para o mesmo (Johnson et al., 1999). No entanto, estudos no período pós-transplante apontam que a depressão é um quadro presente em 25% dos doadores renais (Liounis et al., 1988; Johnson et al., 1999). De acordo com a American Psychological Association (1994), o Transtorno Depressivo Maior que se enquadra dentro dos Transtornos do Humor tem um curso clínico caracterizado por um ou mais episódios depressivos maiores, sem história de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos. É definido quando cinco ou

mais sintomas estão presentes, no mínimo, durante duas semanas. Em adultos a prevalência tem variado de 5 a 9% para as mulheres, podendo iniciar em qualquer idade, cujo quadro, geralmente, se segue a um estressor psicossocial grave, podendo exercer papel precipitador do primeiro ou segundo episódio.

Quando este quadro é diagnosticado no processo de avaliação para a doação torna-se necessário encaminhar o candidato para acompanhamento psicológico e interromper a realização de exames. Neste caso, a terapia cognitivo-comportamental funciona como uma abordagem eficiente, principalmente, no tratamento do transtorno depressivo, tanto em populações clínicas como em populações com problemas orgânicos (Yates, 1998).

O presente trabalho, portanto, tem como objetivo avaliar o impacto da intervenção cognitivo-comportamental em candidata a doadora para transplante renal, com diagnóstico de transtorno depressivo maior.

MÉTODO

Sujeito

Foi sujeito do presente estudo uma mulher, 37 anos, candidata a doadora renal, 1^o grau incompleto, manicure, casada, dois filhos (uma menina de 08 anos e um menino de 17 anos).

Queixa principal: sentimento de culpa, tristeza, choro, insônia, redução do comportamento verbal e esquiva de situações sociais, após ter sido suspensa como doadora de um rim ao irmão, em tratamento hemodialítico.

História de vida: Durante a infância chupava dedo, roía as unhas e apresentava muitos medos, principalmente do pai, que era etilista. Imaginava que o pai a mataria, já que

essa era a forma verbal expressa pelo pai para exercer disciplina.

Considera sua infância infeliz. Seus interesses e passatempos na infância eram jogar baralho e vôlei. Não apresentou doenças relevantes na infância. Durante a adolescência apresentou bronquite alérgica e rinite.

Iniciou sua vida escolar aos 8 anos de idade e terminou com 16 anos; tendo interrompido os estudos na sétima série. Seu relacionamento com os colegas era bom, apesar de não conseguir fazer amizades com facilidade. Começou a trabalhar aos 17 anos, idade em que se casou. O cônjuge tem 43 anos (momento da avaliação) é ex-etilista, tendo feito uso de bebida alcóolica durante 10 anos e interrompido o uso há mais de cinco anos.

Como antecedentes psiquiátricos a paciente refere episódio depressivo, na segunda gravidez: chorava, sentia-se sozinha e tremia "incontrolavelmente" antes de ir para a sala de cirurgia. Não teve apoio do marido durante este período, principalmente nos dois primeiros meses; o marido estava inseguro e com medo de não ter condições financeiras de cuidar de outro filho.

Seu pai é etilista e a mãe portadora de leucemia. Tem três irmãos, dois homens e uma mulher. O irmão pelo qual candidatou-se a doadora é quem sempre brincava com ela, quando criança. É considerado um irmão "especial", porque é muito afetivo com a família. Este irmão foi quem a ajudou financeiramente no início do casamento, e nas duas gestações. Em todas as dificuldades que encontrou sempre obteve o apoio do irmão. Não o vê há sete meses, devido a suspensão da doação e as dificuldades entre eles. Após a interrupção dos exames para doação renal foi encaminhada para a Psiquiatria tendo feito uso de Nortriptilina.

Material

Foram utilizadas os seguintes instrumentos:

- Entrevistas semi-dirigidas.
- Inventário Beck de Depressão (BDI) (Beck e Steer, 1993).
- Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)(Spielberger, Gorsuch e Lushene, 1973).
- Histórico de Vida.

Procedimento

Foram realizadas 16 sessões semanais, com duração de 30 minutos e utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais como reestruturação cognitiva, relaxamento e ensaio comportamental (ver Quadro 1).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para que se possa visualizar de forma mais coerente os resultados, os mesmos serão divididos nas seguintes etapas: 1) avaliação

inicial; 2) intervenção; 3) avaliação final e 4) follow-up. Em todas elas serão colocados aspectos quantitativos e qualitativos dos resultados.

1) Avaliação Inicial

De acordo com avaliação inicial foi possível levantar hipótese diagnóstica de Transtorno Depressivo Maior, episódio recorrente (segundo episódio), nível grave, associado a sintomas de ansiedade. Como pode ser visto (Gráfico 1, no item intervenção e follow-up) na avaliação inicial a paciente apresentou um BDI =38 pontos, que indica uma depressão grave. No IDATE a paciente apresentou na avaliação inicial de ansiedade A-Estado= (76%) acima da média e A-Traço= (90%), acima da média, conforme Gráfico 2.

Na entrevista inicial a paciente apresentou as seguintes verbalizações, sobre seu estado psicológico, no período em que foi suspensa para doação:

- *“Não estou entendendo o que está acontecendo comigo, porque nunca passei por isso”*

Quadro1. Estruturação das Sessões Terapêuticas

Sessão	Procedimento (Intervenção)
1ª, 2ª, 3ª, 4ª,	Avaliação: Entrevistas; Beck, Histórico de Vida
5ª, 6ª, 7ª, 8ª	Reestruturação Cognitiva: crença principal; pressuposições; Ensaio Comportamental.
9ª, 10ª, 11ª, 12ª	Verificação do Humor (IDATE, Beck), Entrevista com esposo; Identificação de pensamentos automáticos e reforço do comportamento do esposo; Exposição Graduada
13ª, 14ª, 15ª e 16ª	Verificação do Humor (IDATE, Beck), Identificação da ausência de assertividade em relação ao esposo; Resumo final junto à paciente da evolução do tratamento; Feedback positivo para terapeuta e cliente.

- "Não sei até que ponto vou agüentar, já estou perdendo a força, não sei porque cai nesse buraco" (**desesperança em relação ao futuro**).

- "Parece que estou me trancando, me sinto aérea e mais lenta"

- "Não consigo sair de casa, nem comprar mais nada, ...sensação de passar mal"

- "Perdi o sono há um mês"

De acordo com as verbalizações e com os dados obtidos nos instrumentos de avaliação psicológica o episódio depressivo maior se caracteriza. As verbalizações se relacionam com os dados da avaliação e se associam com o evento estressor (não ter tido condições de ser doadora).

2) Intervenção

Durante o atendimento os resultados obtidos no BDI foram: na 2ª avaliação = 22 pontos, na 3ª avaliação = 17 pontos, na 4ª avaliação = 26 pontos e na 5ª avaliação = 09 pontos.

Na 4ª avaliação o aumento da pontuação do BDI foi verificada no período em que a paciente interrompeu o uso de medicação psiquiátrica.

Estes resultados indicam a remissão do quadro depressivo, após a intervenção cognitivo-comportamental (ver Gráfico 1).

No IDATE, na escala A-Estado: 2ª avaliação = (66%) acima da média, na 3ª avaliação = (66%) acima da média, e na 4ª avaliação = (35%) dentro da média; na escala A-Traço: 2ª avaliação = (79%) acima da média, na 3ª avaliação = (94%) acima da média e na 4ª avaliação = (75%) (ver Gráfico 2 e 3).

Para avaliar os dados cognitivo-afetivos utilizou-se o Diagrama de Conceitualização Cognitiva (ver Quadro 2): parece que a paciente apresentou comportamentos de esquiva baseados na sua percepção / interpretação de ter falhado com o irmão, que passou a ter um significado de desvalia, de ser inadequada, má e não confiável. Desta forma, quando descartada para doação, pensamentos de incapacidade e auto-crítica ativaram sentimentos de tristeza e culpa, que contribuíram para comportamentos de esquiva.

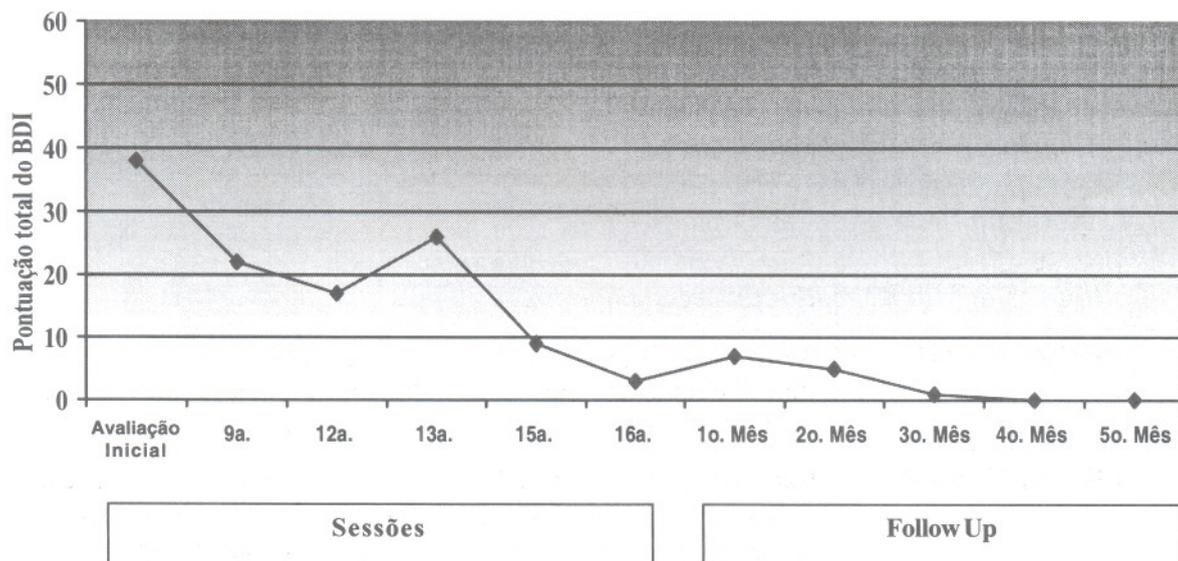
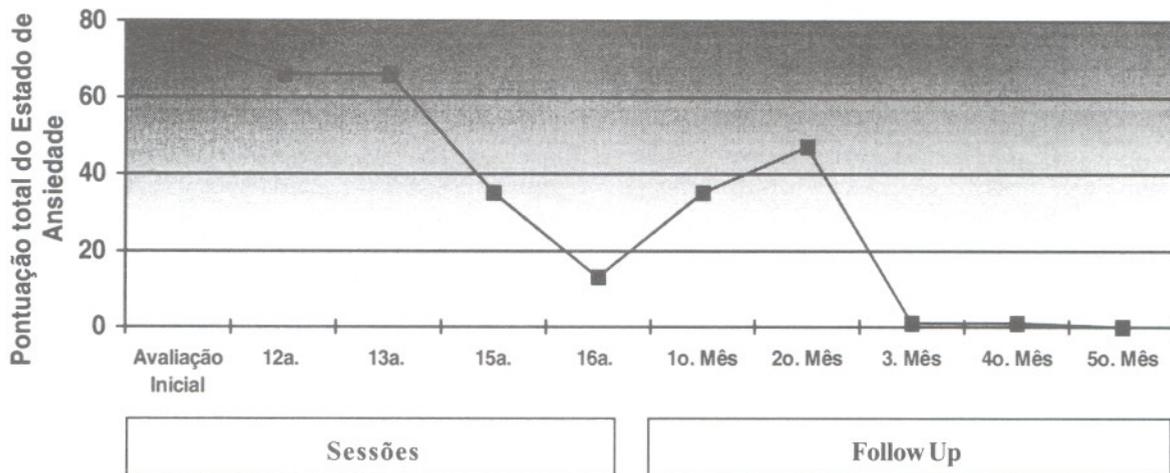
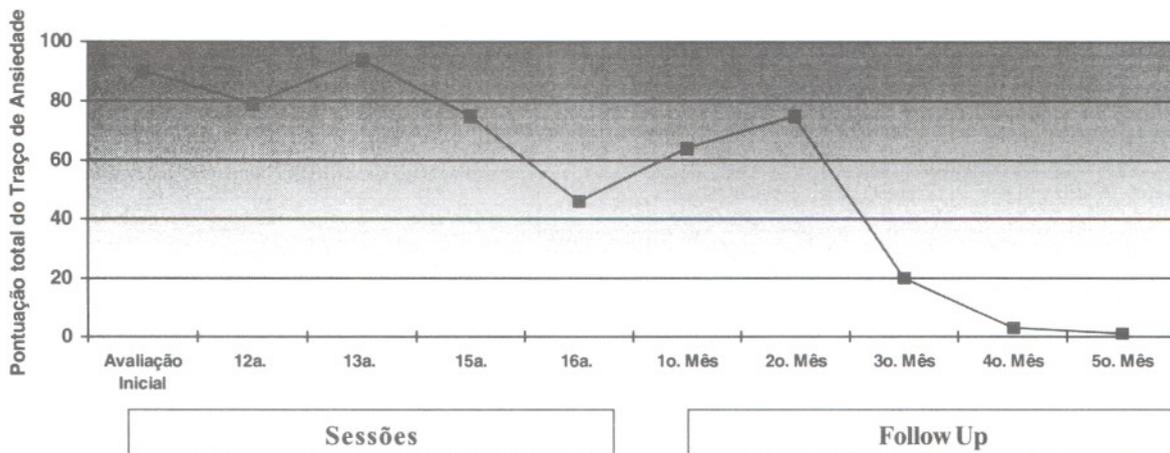


Gráfico 1. Evolução das Avaliações de Depressão de acordo com o Inventário Beck de Depressão (BDI)



* média: 27,31 a 53,85.

Gráfico 2. Variação do Estado de Ansiedade (A-Estado), de acordo com o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)



* média: 27,31 a 53,85.

Gráfico 3. Variação do Traço de Ansiedade (A-Traço), de acordo com o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)

Quadro 2. Diagrama de Conceitualização Cognitiva



Beck, J.S. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*, p. 148.

Todo seu processo cognitivo disfuncional parece também intimamente relacionado a sua história de vida e desenvolvimento de suas crenças centrais (“não ser amada”; “ser incapaz”), e suas estratégias compensatórias ligadas a suposições como: 1) “se não ajudo, sou incapaz, portanto faço tudo o que as pessoas pedem”; 2) “se não agrado as pessoas, não sou amada, portanto, diminuo meus comportamentos e evito situações sociais”; 3) “se não consigo doar, não sou digna de manter contato com meu irmão”.

A partir da identificação dos pensamentos automáticos, emoções e comportamentos disfuncionais e checagem da realidade pode-se formular novas regras e reduzir sintomas de depressão e ansiedade.

As seguintes verbalizações são sobre as dificuldades relatadas pela paciente no processo de intervenção:

- “Não consigo ter contato com P. (irmão), parece que falhei com ele (**pensamento automático**) que alguma coisa me impede, me sinto culpada, sinto que não ajudei, não apoiei”

- “Sem querer parece que trato mal as pessoas: dou respostas sem saber o resultado, parece que não consigo cativar as pessoas, não estou conseguindo conversar e as pessoas estão cobrando isso” (**estratégia compensatória relacionada à crença irracional: “se não faço tudo pelos outros, então não sou amada”**).

- “Estou me sentindo uma criança quando começa a andar”

- “Já desejei a morte. Tinha vontade de agredir todo mundo”

- “Para ser uma doadora precisa de um apoio financeiro muito grande”

- “Parece que fiquei devendo (**pensamento automático**), me culpo, no começo tentei culpar meu marido”

3) Avaliação Final

De acordo com avaliação final nota-se que foi possível reduzir os sintomas de depressão e ansiedade. No BDI a paciente obteve 03 pontos na última avaliação (ver Gráfico 1), enquanto que no IDATE, na escala A-Estado = (13%) abaixo da média e na escala A-Traço = (46%) dentro da média, como pode ser visto nos Gráfico 2 e 3.

Verbalizações

- “Depois que comecei a analisar acho que comecei a descobrir que não ia conseguir (ter feito a doação), por mais que eu o ame, eu não ia conseguir, faltou mais eu do que qualquer outra coisa, mas só sei que serviu de experiência” (**mudança de crença**)

- “Se eu tivesse doado eu teria ajudado ele, mas teria me prejudicado” (**nova crença**)

- “Diminuí meu medo de encontrar alguém da família, a vontade de chorar e o negativismo” (**redução de pensamentos e comportamentos disfuncionais**)

4) Follow Up

Após alta foi estabelecido junto com a paciente encontros mensais para verificação do humor e acompanhamento da generalização dos comportamentos aprendidos. No BDI a paciente obteve no primeiro mês de follow up = 07 pontos, no 2º mês = 05 pontos, no 3º mês = 01 ponto, 4º mês = 0 ponto e no 5º mês = 0 ponto.

No IDATE os dados obtidos foram: na Escala A-Estado: 1º mês = (35%) na média; 2º mês = (47%) na média; 3º mês = (1%) abaixo da média; 4º mês = (1%) abaixo da média e 5º mês = (0%) abaixo da média, enquanto na Escala A-Traço: 1º mês = (64%) acima da média; 2º mês = (75%) acima da média; 3º mês = (20%) abaixo da média; 4º mês = 3% abaixo da média e 5º mês = (1%) abaixo da média.

Verbalizações

- *"Na vida não dá pra concertar tudo ao mesmo tempo"*

- *"Tinha época que eu olhava no espelho e tinha medo de mim"*

- *"Voltei a fazer planos; ... quero ir em tal lugar e me vestir" (mudança de atitude)*

- *"Não me sinto mais deprimida, aquela ansiedade acabou, já faz dois meses que eu estou me sentindo bem"*

- *"Estou tão fortalecida que não me machucou não (Ter passado o natal na casa da mãe, sem a presença do marido e do irmão receptor), ...o tempo é que vai se encarregar dos fatos"*

- *"Eu sentia que as pessoas não gostavam de mim, eu não sinto mais isso. Eu tinha uma carência, falta de alguma coisa"(mudança da crença)*

- *"Agora eu levanto fazendo plano, eu faço e consigo naturalmente, se fica pra traz não fico cobrando" (mudança de atitude)*

- *"Eu vou procurar não reforçar mais meu marido"(compreensão de comportamentos inadequados)*

- *"Agora eu sei dar respostas, eu não conseguia dar respostas"*

- *"Eu estou procurando ver o que gosto, antes só fazia aquilo que os outros queriam e isso estava me prejudicando e eu não estava vendo" (mudança de atitude e crença)*

- *"Eu estou vendo as coisas de um outro lado, me sentia inferior, hoje eu me vejo com as qualificações" (mudança de crença)*

CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram remissão do quadro depressivo, melhora dos sintomas de ansiedade e forma ansiógena de lidar com situações (A-Traço) e desenvolvimento de

pensamentos e comportamentos funcionalmente adequados em relação às situações.

O processo de doação renal parece ter funcionado como fator "desencadeante" do segundo episódio depressivo da paciente. A situação de não doação parece ter ativado sua crença central de não ser amada, gerando conseqüências negativas sobre suas emoções e comportamentos. O bom relacionamento anterior com o irmão pode ter contribuído para o sentimento de culpa e os comportamentos de esquiva, também, na sua interpretação de ter falhado com ele ("sou incapaz").

A paciente em psicoterapia passou a compreender essas dificuldades e a identificar crenças e pensamentos disfuncionais que interferiam nos relacionamentos interpessoais e em relação a não doação. A reestruturação cognitiva, ou seja, a formulação de novas crenças foi verificada, quando esta demonstrou percepção positiva acerca da situação de não doação, discriminação dos sentimentos das pessoas em relação a ela, passou a compreender e manifestar seus desejos e aprendeu a se auto-reforçar. Além disso, desenvolveu assertividade como um dos ganhos terapêuticos e apresentou mudanças de atitudes baseadas nessas novas crenças.

A intervenção cognitivo-comportamental, portanto, apresentou impacto positivo no tratamento do Transtorno Depressivo Maior, auxiliando a paciente a compreender melhor seu funcionamento psicológico, bem como possibilitando a reestruturação do repertório comportamental e modificação da crença central.

Foi acompanhada após alta (follow up), no período de 5 meses, e pode-se constatar generalização e manutenção dos ganhos terapêuticos.

Outras pesquisas são necessárias, principalmente com este tipo de população, para se avaliar a eficácia de intervenções, utilizando delineamentos de pesquisa que dêem suporte para tais conclusões.

REFERÊNCIAS

- American Psychological Association (1994). *Publication manual of the American Psychological Association* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Beck, A.T.; Steer, R.A. e Garbin, M.G. (1988). *Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation*. *Clinical Psychology Review*, (8), 77-100.
- Beck, J.S. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Binet, I., Bock, A. H., Vogelbach P., Gasser, T., Kiss, A., Brunner, F. e Thiel, G. (1997). Outcome in emotionally related living kidney donor transplantation. *Nephrology Dialysis Transplant*, (12), 1940-1948.
- Jacobs, C., Johnson, E., Anderson, K., Gillingham, K., & Matas, A. (1998). Kidney transplants from living donors: how donation affects family dynamics. *Advances in Renal Replacement Therapy*, (5), 89-97.
- Johnson, E.M., Anderson, J.K., Jacobs, C., Such, G., Humar, A., Suhr, B.D., Kerr, S.R. e Matas, A.J. (1999). Long-term follow-up of living kidney donors: quality of life after donation. *Transplantation*, (15), 717-721.
- Kasiske, B.L. (1998). The evaluation of prospective renal transplant recipients and living donors. *Surg Clin North Am*, (78), 27-39
- Kasiske, B.L., & Bia, M.J. (1995). The evaluation and selection of living kidney donors. *Journal American Kidney Diseases*, (26), 387-398.
- Riether, A. M., & Mahler, E. (1995). Organ Donation: Psychiatric, Social, and Ethical Considerations. *Psychosomatics*, (36), 336-343.
- Schover, L.R., Stroom, S.B., Boparai, N., Duriak, K., & Novick, A. C. (1997). The psychosocial impact of donating a kidney: long-term follow-up from a urology based center. *Journal of Urology*, (157), 1596-1601.
- Spielberger, C.D.; Gorsuch, R. L. e Lushene, R. E. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Paolo Alto, Califórnia.
- Wicks, M.N., Milstead, E.J., Hathaway, D.K., & Cetingok, M. (1998). Family caregivers' burden, quality of life, and health following patients' renal transplantation. *Journal Transplant Coord*, (8), 170-176.