Rodrigo Guilhen e Silva

Aspectos psicológicos do doador vivo no transplante hepático

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento

Orientadora: Profaª Drª Eda Marconi Custodio

São Paulo

2012

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Silva, Rodrigo Guilhen e.
Aspecto psicológico do doador vivo no transplante hepático / Rodrigo Guilhen e Silva; orientadora Eda Marcone Custódio. -- São Paulo, 2012.
115 f.
Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Transplante de fígado 2. Doação entre vivos 2. Avaliação psicológica 3. Mitos 4. Psicologia cognitiva I. Título.

RD546

Silva RG. Aspectos psicológicos do doador vivo no transplante hepático. [Dissertação]. São Paulo: Instituo de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2012.

Resumo: Os transplantes hepáticos com doadores vivos continuarão sendo uma saída eficiente enquanto a demanda social por fígados não for suprida pelos doadores mortos ou com alguma outra técnica como a engenharia de tecidos. Todavia, há que se considerar os aspectos psicológicos inerentes a esta situação. No presente estudo, que partiu da necessidade de se conhecer os aspectos psicológicos do doador na situação, foi feita uma entrevista aberta com cinco doadores. As análises feitas revelaram a presença de três momentos importantes vividos pelos sujeitos: a tomada de decisão – quero doar; sendo doador; experiências pós-doação. A decisão pelo ato de doar acontece automaticamente. Para esses sujeitos o ato é quase como um dever; nos relatos fica evidente o sentimento de que não existia outra possibilidade se não essa. Constatou-se que a preocupação maior desses sujeitos recai sobre o receptor e não com a própria vida, o que aponta uma inversão no instinto de sobrevivência na perspectiva evolucionista da perpetuação do gene. Com intuito de estudar esta e outras questões, considerando não só a razão, mas também a emoção no processo de tomada de decisão do sujeito optou-se pela utilização de um mito, que por estar sendo construído através dos tempos, foi e sempre será capaz de demonstrar como a civilização vem lindando com conflitos semelhantes desde sua origem. Apesar da complexidade do procedimento de doação envolver muitos riscos, os sujeitos não demonstram em sua subjetividade angustia frente à possibilidade de morte. Assim como Prometeu não se preocupou com a ira que Zeus quando entregou o fogo aos humanos, o doador também não se preocupa com a própria vida quando decide doar. Partindo-se dessa premissa, o presente estudo discute o papel do psicólogo como facilitador garantindo que a subjetividade dos indivíduos esteja sendo considerada dentro do processo, fazendo com que o sujeito vivencie a experiência da forma mais rica possível Discute também a importância de toda a equipe de saúde, pois é dela que o paciente obtém informações, confia e se reassegura. Outros achados como melhora da autoestima, alterações no sistema gástrico, perda de sensibilidade cutânea na região da incisão e a dor como sendo aspecto mais negativo da cirurgia, também estão descritos no trabalho.

Palavras-chave: Transplante de fígado, Doação entre vivos, Avaliação psicológica, Mitos, Psicologia cognitiva.

SUMÁRIO

1. **INTRODUÇÃO** **1**
2. **SISTEMA GÁSTRICO** **22**
3. **TRANSPLANTES** **25**
4. **QUESTÕES PSICOLÓGICAS DO DOADOR VIVO** **37**
5. **MÉTODO** **59**
6. **SUJEITOS E PROCEDIMENTOS** **65**
7. **RESULTADOS E DISCUSSÃO** **66**
8. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** **86**
9. **BIBLIOGRAFIA** **90**
10. **ANEXOS** **94**

- **Carta Sujeito.**
- **Comitê Einstein.**
- **Protocolo Claire.**
- **Questionário Coelho e Cols.**
- **Apostila de doadores Equipe Unidade de Fígado**

1-Introdução

Na Teogonia, poema mítico escrito por Hesíodo no século IIIV A.C., o Titã Grego Prometeu é condenado por Zeus a um castigo de 30.000 anos; Prometeu foi então acorrentado por Hefesto no monte Cáucaso e todos os dias uma águia dilacerava o seu fígado que invariavelmente se regenerava durante a noite, essa seria sua punição por conta de sua generosidade com os humanos. (Hesíodo, 1914)

Mais do que apenas ilustrar crenças metafísicas da cultura grega, o mito deixa claro que as propriedades de recomposição do órgão já eram conhecidas há muito tempo.

Neste intervalo que compreende o surgimento do poema Grego até a presente data, descobertas foram feitas e dentre elas a possibilidade de se extrair um pedaço de fígado de uma pessoa saudável deixando-a ainda saudável, e posteriormente enxertar esse pedaço de órgão retirado em outro individuo tendo a destreza de fazer com que dois corpos estranhos se aceitem e comecem a viver em harmonia.

Em muitos casos o transplante hepático torna-se a única terapêutica possível no tratamento do doente; na contra mão desta realidade, a quantidade de doadores mortos ainda não é suficiente para atender a demanda da população. Por este motivo, a utilização de técnicas alternativas que nem sempre é a melhor opção, mas sim a única possível, passa a ser realizada.

O transplante hepático com doador vivo envolve a participação de um doador com saúde perfeita em uma cirurgia de alto grau de complexidade, sem que este não tenha outro ganho se não o psíquico. Questões éticas sobre o procedimento ainda são muito discutidas, visto o risco alto que a cirurgia traz para o doador.

Inquestionável é o avanço, numa velocidade incrível, no desenvolvimento de técnicas e procedimentos médicos que aumentam cada vez mais a expectativa de vida das pessoas. Atualmente mais de oitenta por cento de pessoas submetidas a um transplante hepático apresentam sobre vida que ultrapassa dos cinco anos.

Todavia, as pesquisas que se proponham a investigar a subjetividade dos indivíduos que doam ou recebem um órgão não são realizadas com a mesma agilidade, e por isso ainda é possível perceber a falta de dados que auxiliem a nortear o psicólogo no exercício de sua função nesta situação especifica. A seguir faço um relato de minha própria experiência enquanto doador.

- **Relato Pessoal**

No dia cinco de maio de 2005 doei um pedaço do meu fígado para o meu pai. A cirurgia foi um sucesso e minha família está muito contente com os resultados. Reafirmo ainda que faria tudo de novo caso houvesse a necessidade.

Na época foi uma decisão importante, mas envolta em muitas incertezas, portanto este capítulo foi escrito com intuito de esclarecer os motivos que me levaram a realização da pesquisa e, além disso, contribuir para que o leitor consiga entender de que maneira minhas experiências podem ter influenciado na interpretação dos dados apresentados.

Quando iniciei este trabalho de pesquisa, a mesma pessoa que me ajudou a escolher este tema também me disse que seria um caminho tortuoso e que eu acabaria entrando em temas que de alguma maneira poderiam me afetar.

Essa pessoa me aconselhou a fazer terapia, não acreditei e resolvi fazer as coisas do meu jeito sem me preocupar em organizar “minha própria casa” antes de começar a explorar o tema.

Essa relutância em aceitar a necessidade de trabalhar conteúdos internos fez com que de certa maneira eu me afastasse dos reais objetivos do meu trabalho e com isso perdi muito tempo me preocupando com detalhes poucos relevantes.

Escrever esse relato significou explorar os motivos que me levaram a doar, só descobri que não sabia quais eram eles ao começar está etapa. Não quero dizer que consegui encontrar a resposta para essa charada, apenas que refleti sobre algumas coisas que podem ter influenciado a minha decisão.

Na primeira entrevista que fiz, não contei logo de inicio para o entrevistado que eu também havia sido doador. Entretanto, conforme a conversa se estendia ficava cada vez mais difícil omitir este dado, da mesma maneira que aquela era a primeira conversa com outro doador vivo, o entrevistado também estava passando por essa mesma situação.

Depois de algum tempo quando já havia se tornado insustentável omitir o dado contei para ele que tinha doado um pedaço do fígado para o meu pai, deste ponto em diante ganhamos maior proximidade e minha percepção é de que a conversa ficou mais fluida.

As curiosidades sobre uma serie de temas eram as mesmas tanto para mim como para ele. Ambos queríamos saber sobre possíveis mudanças depois da cirurgia e chegamos a discutir a possibilidade de formar um grupo de doadores para um encontro. Não era nada como medo ou arrependimento, mas sim como uma curiosidade.

Contudo, a decisão final de incluir um capítulo com o meu relato pormenorizado só surgiu durante o exame de qualificação. Fui questionado por um dos integrantes da banca sobre os motivos que me levaram a não expor no meu projeto a minha experiência como doador.

Sinceramente não soube responder. Mas de qualquer maneira esse questionamento me levou a uma profunda reflexão que me fez perceber que a grande riqueza do meu trabalho estava ligada a minha experiência como doador.

No inicio não pretendia revelá-la, acreditava na necessidade de buscar neutralidade a qualquer custo e por isso desconsiderei que inexoravelmente as análises de uma forma ou outra já estariam carregadas de conteúdos próprios que ao invés de negados, melhor seria, caso investigados.

Antes de começar a escrever especificamente sobre o transplante, gostaria de contar um pouco mais da minha história. Creio que apenas desta maneira o leitor irá conseguir entender com maior clareza as minhas conclusões.

Sempre me interessei pela vida acadêmica e desde minha graduação já sabia que queria fazer um mestrado em avaliação psicológica.

Durante a faculdade estagiei no núcleo de psicologia básica e aplicada da Universidade ajudando a organizar o empréstimo dos testes para os alunos

e dando monitoria das disciplinas ligadas a utilização de instrumentos de avaliação psicológica.

Depois de formado comecei a trabalhar em uma consultoria de Recursos Humanos fazendo avaliação de perfil por competências em organizações de grande porte.

Isso demonstra que sempre me interessei pelo tema avaliação psicológica e minha pesquisa reflete está vocação, visto que um dos objetivos do trabalho se refere à avaliação psicológica dos doadores.

Quando comecei a participar como aluno ouvinte em uma disciplina na USP sobre “O Desenho da Figura Humana” com a Professora Iraí Cristina Boccato Alves, tinha a intenção de apresentar um projeto para padronizar um instrumento de avaliação de personalidade, o teste palográfico.

A ideia de fazer um estudo sobre os aspectos psicológicos do doador vivo no transplante hepático só surgiu durante um almoço com a Doutora Lígia Furusawa, técnica do Laboratório Interdepartamental de Técnicas de Exame Psicológico (LITEP) do Programa de Pós Graduação em Aprendizagem e Desenvolvimento Humano do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Nessa conversa que tive com ela comentei sobre minha experiência como doador e a partir deste ponto começamos a dialogar sobre a importância de trabalhos que busquem explorar os aspectos psicológicos dos doadores. Depois deste almoço decidi que iria fazer uma pesquisa sobre o assunto.

A relevância do estudo ficou ainda mais evidente depois que o levantamento bibliográfico realizado apontou a necessidade de um número maior de trabalhos tratando especificamente dos aspectos psicológicos do doador vivo no transplante hepático.

No projeto que elaborei para o ingresso no curso às ideias ainda estavam germinando e por isso o método a ser utilizado não estava claro, eu e minha orientadora não tínhamos certeza sobre as variáveis que deveriam ser observadas e da minha parte as pretensões em relação aos resultados eram muitas.

Durante o primeiro ano do curso saí a campo com intuito de buscar sujeitos para a pesquisa. Fui então falar com o Doutor Sérgio Mies, cirurgião

que coordenava na época a Equipe de Saúde que salvou a vida do meu pai, ele se mostrou extremamente disposto a me ajudar neste processo.

Ele me pediu apenas que o trabalho tivesse uma linguagem acessível para não psicólogos, pois estas informações seriam muito relevantes para que a equipe fosse capaz de aprimorar ainda mais o atendimento dos pacientes. Depois de fazer o levantamento bibliográfico sobre o assunto, entendi o que ele estava querendo dizer. Digo que entendi o que ele estava querendo dizer, porque encontrei a tese de Maria Lívia Tourinho, psicanalista lacaniana que atuou em sua equipe no Hospital das Clínicas por mais de 10 anos.

Com a sua ajuda tive a oportunidade de conhecer o cotidiano de uma enfermaria de pessoas com problemas hepáticos em um hospital público da cidade de São Paulo.

Atuei durante oito meses como voluntario prestando suporte psicológico para pacientes com patologias hepáticas do hospital Dante Pazzanese, sob supervisão da psicóloga Doutora Ana Augusta. Os transplantes hepáticos haviam começado um ano antes neste hospital e por esse motivo o Departamento de Psicologia ainda não havia implantado um protocolo estruturado de atendimento psicológico como já acontecia para os receptores nos transplantes cardíacos.

Nos transplantes cardíacos o papel da psicologia entrava tanto na avaliação de candidatos a cirurgia, como também no suporte para os transplantados. A psicologia neste hospital tem inclusive competência para contra indicar candidatos para o transplante cardíaco.

Os motivos que podem levar a contra indicação de um candidato são muitos, por exemplo, a falta de estrutura para aguentar todo o procedimento, a dificuldade do doente em seguir o tratamento medicamentoso depois da cirurgia e até mesmo pessoas que não conseguem deixar o álcool ou o tabaco mesmo sendo transplantadas.

Acompanhando meu pai em uma consulta certa vez, conversei com um homem de condição econômica precária que havia recebido um fígado. Ele me relatou que estava tendo dificuldade para chegar ao hospital de ônibus e também para seguir uma dieta mais controlada por causa da falta de dinheiro.

O Sistema Único de Saúde foi muito eficiente para minha família tanto no transplante como na distribuição dos remédios que meu pai precisou e

precisa até hoje. Fiquei pensando que para aquele senhor talvez isso não fosse suficiente. Neste sentido, o trabalho do psicólogo torna-se importante não só no atendimento, mas também em uma avaliação mais completa do individuo.

No transplante hepático as necessidades são as mesmas e tudo se torna ainda mais complexo com o incremento da modalidade de transplante com doador vivo.

Não tive a chance de conversar com doadores vivos de fígado no Dante Pazzanese, ainda sim a experiência foi muito rica. A partir dela consegui adquirir maior clareza sobre em que contexto surge à possibilidade do transplante com doador vivo.

Atendi pessoas que estavam na fila de espera para o transplante, pessoas que já haviam recebido o órgão e pessoas que estavam doentes, mas que por algum motivo não poderiam fazer o transplante.

Também participei das reuniões da equipe que na época eram coordenadas pelo Doutor Sergio. Nestes encontros os casos dos pacientes eram discutidos e os procedimentos futuros decididos.

O nível de desgaste da equipe devido a uma serie de fatores era extremamente alto. Descobri que os médicos além de precisarem lidar com toda a parte técnica do transplante, ainda precisavam fazer o trabalho burocrático que insere o candidato na fila de espera para receber o órgão.

A falta de enxertos disponíveis para ajudar os pacientes era evidente, a maioria das pessoas na enfermaria estava apenas recebendo cuidados paliativos até que um fígado estivesse disponível. Caso o órgão não chegasse a tempo o paciente simplesmente morria.

O sentimento de impotência da equipe fica muito evidente com essa carência, tudo se resume a uma terrível espera e muitos dos pacientes não conseguem aguentar este tempo.

Os cuidadores, além de tratar o paciente também precisam lidar com a ansiedade da família que muitas vezes não consegue aceitar o sofrimento ou a perda do doente.

Durante este tempo que fiquei no hospital percebi que não apenas os doentes e familiares precisam de apoio psicológico, mas também a equipe de saúde. Nas conversas que tive, tanto com os enfermeiros como com os médicos, diversas vezes fui questionado se não existia algum tipo de

atendimento para eles que lidavam todos os dias com a perda e com o sofrimento de um numero enorme de pessoas.

Achei importante incluir este relato sobre o cotidiano dos receptores e dos cuidadores com objetivo de ajudar o leitor a perceber de que maneira uma gama enorme de dificuldade pode surgir, já que nem sempre as expectativas são as mesmas.

Nos atendimentos que realizei conversei muito com pessoas que queriam de fato viver e que estavam na fila de espera para um órgão. Também presenciei o sofrimento do meu pai e da minha família enquanto aguardávamos a sua vez; é uma situação extremamente angustiante e tanto o doente como os que estão a sua volta ficam muito aflitos.

Meu pai foi inscrito na fila do transplante de fígado com o número perto do número 2220 e dois anos depois ainda estava no número 880. Na época em que ele foi inscrito a fila era organizada por ordem de chegada e por isso apesar da gravidade do seu estado de saúde ele ainda estava longe de ser operado.

No mesmo ano em que fizemos a cirurgia, a ordem de organização da fila foi alterada e começou a ser organizada por ordem de gravidade. De qualquer forma, hoje em dia se eu fosse ajudar alguém a conseguir um órgão, saberia dar muito mais dicas. A legislação permite a inscrição do receptor em filas de estados diferentes, é possível procura um estado com a fila menor e montar residência, por esse motivo e outros não pode se dizer que a distribuição de enxertos acontece dentro os princípios de equidade.

Os sintomas decorrentes das doenças hepáticas trazem muito sofrimento para o enfermo e são muito impactantes para aqueles que estão por perto. Saber que o transplante traz chances de recuperação extremamente altas faz com que a esperança de todos permaneça viva, o difícil é quando o órgão não chega e em contrapartida a saúde do doente fica cada vez pior.

Nas conversas que tive com as pessoas internadas na enfermaria do Hospital Dante Pazzanese e também com meu pai, percebi que um dos sintomas que mais assusta os doentes com problemas hepáticos é a encefalopatia, tipo de demência temporária causada pelo acumulo de ureia no sangue.

Conforme o nível desta toxina diminui em quantidade na corrente sanguínea, a pessoa volta ao seu estado normal e algumas vezes consegue inclusive se recordar vagamente dos períodos de insanidade.

Em um dos atendimentos que realizei no Dante Pazzanese um senhor de quarenta anos de idade deu entrada no hospital com um quadro de hepatopatia aguda, estava tendo crises de encefalopatia e neste tempo que perdia a consciência ficava pronunciando palavras indianas de paz e fraternidade.

Depois fiquei sabendo que ele e seu irmão praticaram Yoga durante muito tempo juntos e segundo relatos deles essas palavras pronunciadas durante as crises eram provenientes dos treinos. O doente conseguia se recordar de algumas palavras que costumava pronunciar durante as crises e isso o deixava extremamente angustiado.

No caso relatado acima o irmão se predispôs a doar um pedaço do fígado, pois por algum motivo apesar do estado de saúde do enfermo estar bastante crítico seu MELD não o qualificava para o transplante.

Por fim o irmão não precisou doar graças à insistência da equipe médica que entrou com um requerimento pedindo análise em caráter especial devido às condições de saúde do paciente. Só desta maneira ele conseguiu receber um órgão de doador morto.

Ainda sobre a encefalopatia, para meu pai imaginar a possibilidade de alternar entre estados de lucidez e insanidade era assustadora. Por sorte ele não foi acometido por este sintoma em grau alto e não passou por isso.

Para ele esse sintoma só apareceu num grau bem baixo e depois que o fígado já estava muito comprometido. Um pouco antes da cirurgia ele se recorda de ter ido a uma churrascaria para comemorar a chegada do meu irmão que vinha do exterior, e de no dia seguinte se sentir estranho para dirigir.

Voltando do interior quase deixou o carro sair da estrada duas vezes. Era como se ele inesperadamente desligasse e entrasse em um estado de apatia.

Coincidentemente no dia seguinte foi a uma consulta com a sua médica, quando a encontrou antes que dissesse qualquer coisa ela já lhe perguntou, o que aconteceu? Você está estranho!

A doutora pediu então que ele erguesse e esticasse os braços na altura do ombro, e que depois mantivesse a palma das mãos levantadas e apontadas para frente. Ele conta que não conseguiu manter as mãos erguidas com a palma das mãos apontadas para a parede, estranhamente as mãos começavam a descer. Era um indicio de que alguma coisa estava errada.

Desde que soubera que estava doente tinha se decidido por manter uma dieta controlada com restrições à gordura e com eliminação total de bebidas alcoólicas. Depois de mais de um ano dentro deste regime rigoroso resolveu abusar e foi a uma churrascaria, descobriu na pele que deveria tomar cuidado e ficar atento com sua alimentação.

Mas para ele isso não foi problema, meu pai tomou a decisão pela vida logo depois de descobrir que tinha hepatite “C”. O médico responsável pela analise dos exames que apontavam seus problemas lhe disse: “você tem duas opções, tratar ou esperar as coisa piorarem”? Quando meu pai disse que escolhia pelo tratamento, o médico pegou do bolso dele um maço de cigarros e o arremessou no lixo. Depois o indicou para o Hospital das Clínicas.

Ele descobriu que seu fígado estava debilitado no dia em que precisou fazer uma cirurgia para retirada de um calculo. Era uma cirurgia simples e por isso não fez exames mais detalhados para saber sobre suas funções hepáticas. Alguma coisa falhou e meu pai acabou sofrendo uma hemorragia grave e quase não aguentou.

Meu pai, que durante uma boa parte da sua vida adulta utilizou o álcool de forma recreativa, parou completamente com essa prática quando descobriu que estava doente. Ele realmente queria viver e seguiu todas as recomendações que lhe foram passadas.

Essa mudança trouxe alguma dificuldade de adaptação no inicio, porque na verdade ele não estava apenas deixando de ingerir bebidas alcoólicas e sim tendo que mudar toda uma rede de relacionamentos. Ficar com um monte de pessoas bêbadas só é divertido quando você também está bêbado. Mas ele estava decidido e resolveu seguir em frente com o tratamento.

O caminho até ele começar a ser atendido foi muito desgastante. Primeiro procurou ajuda no Hospital das clínicas, onde era mandado de uma fila para outra e não conseguiu chegar nas pessoas certas.

Por sorte nesta mesma época em que ele procurava ajuda eu estava namorando uma jovem que coincidentemente conhecia uma especialista em patologias e transplante hepático, Doutora Margareth Pauli Lallée. Quando a indiquei ainda não imagina a complexidade do problema do meu pai, imaginava que a hepatite poderia ser tratada mais facilmente.

Depois da primeira consulta com a médica ele foi inscrito na lista de espera para o transplante e já deu entrada para receber gratuitamente do governo uma droga chamada Interferom Alpha. Esse remédio além de combater o vírus da hepatite C, também trouxe uma série de reações indesejáveis.

Nessa época resolvi interromper a faculdade de psicologia e me mudar para o interior com intuito de ajudá-lo a tocar sua empresa. Era impressionante vê-lo sentado em sua cadeira com os cotovelos apoiados na mesa e com o rosto nas mãos sem conseguir se concentrar para realizar atividades que anteriormente eram feitas com muito mais facilidade.

O mais difícil de entender era que antes da medicação ele se sentia bem, só começou a se sentir doente depois que começou com a droga.

Ele prosseguiu com este tratamento por um ano e meio, a ação do remédio foi muito eficaz e a carga viral foi bastante reduzida a ponto da presença do vírus não ser detectada no exame. O desconforto é que além de diminuir a carga viral o remédio também trouxe uma serie de reações adversas.

Seus cabelos caíram, sua respiração ficava ofegante com pouco esforço, sentia dores de cabeça diárias, gosto ruim na boca, sentimento de incapacidade, dificuldade de concentração e uma sensibilidade emocional muito grande. Um aspecto bom é que assim que o tratamento chegou ao fim e ele parou de tomar a droga, a situação voltou ao normal.

Um dos grandes receios da Doutora Margareth era que talvez ele não estivesse forte o suficiente para resistir a este tratamento. Lembro-me dela dizer em uma consulta que estava com medo que o remédio destruísse a sua vida.

Meu pai considera que o grande sofrimento de todo este ciclo está relacionado ao uso dessa medicação. Seu fígado apesar de estar bastante comprometido por conta da doença, ainda assim era capaz de suprir as

necessidades do organismo relativamente bem e por isso ele só se sentiu efetivamente doente quando começou o tratamento.

Claro que durante muito tempo antes de saber que tinha hepatite “C” ele já sentia um cansaço excessivo, seus olhos eram amarelados e os inchaços e câimbras nos pés eram recorrentes, o problema é que ele não sabia que tinha cirrose e por isso nunca procurou um médico. Achava que tudo isto estava ligado ao cansaço do dia a dia e não imaginava que tinha um problema hepático.

Só percebeu que estes sintomas existiram depois que fez o transplante, pois sua saúde teve uma melhora sensível em diversos aspectos e já no hospital sentiu mudanças. Pouco depois da cirurgia foi no banheiro e ao se olhar no espelho percebeu que seu olho estava mais branco, tinha perdido aquele tom amarelado que o acompanhou durante muitos anos e isso lhe chamou a atenção.

Descrevi estes aspectos que envolvem o cotidiano de pessoas com problemas hepáticos com objetivo de fornecer subsídios para que o leitor entenda em que contexto paciente, família e equipe médica estão inseridos no momento em que se opta pela cirurgia de transplante com doador vivo.

Na minha família eu e meu irmão nos dispusemos a doar assim que soubemos da possibilidade. Lembro que um dia fui conversar com a médica do meu pai para saber como ele estava e então soube que o seu lugar na fila de espera para transplante com doador morto poderia se tornar um grande problema, visto a velocidade com que a fila se movia. Naquele dia descobri que teria que doar um pedaço do meu fígado para o meu pai.

Meu irmão que estava morando em Londres nesta época voltou para o Brasil e também se predispôs a ser doador. Além de nós dois, outras três pessoas se ofereceram: um primo, um funcionário da empresa e um amigo de meu pai.

Contudo, apenas eu e meu irmão fizemos os exames que apontaria o futuro doador, por sorte nós dois tínhamos a saúde perfeita e estávamos ambos aptos.

Diferente do meu irmão que sempre gostou dos livros e atividades intelectuais, sempre gostei de atividades esportivas que me ajudavam a ter uma “saúde de atleta”. Nesta modalidade de cirurgia com doador vivo, pessoas

com melhor condição de saúde são consideradas mais aptas. Naquele momento essa condição fez com que eu fosse considerado a pessoa mais indicada

Lembro nessa época com muita emoção da minha mãe, ele? que queria ter doado, mas por causa da idade não poderia. Ela ficou realmente preocupada, apenas dois anos antes ela havia perdido a sua mãe e isso já tinha sido muito difícil para ela.

Depois de definido que eu seria o doador fui enviado para realizar um exame de complexidade um pouco maior para ter certeza que o pedaço do meu órgão supriria as necessidades do receptor.

Fui submetido a uma angiografia que envolve a aplicação de um liquido de contraste pela virilha com intuito de verificar as medidas volumétricas e condições do órgão. Esse é o ultimo exame antes do transplante e só é realizado depois que o candidato já foi escolhido.

Tem objetivo de verificar se tudo está bem e serve para o planejamento cirúrgico. Esse cuidado de não expor pessoas desnecessariamente ao exame acontece devido ao risco do procedimento. Mais uma vez fui considerado apto.

Lembro-me de ter passado em consulta com três médicos e uma enfermeira antes de marcar a data da cirurgia, na primeira entrevista, a Doutora Bianca apresentou a possibilidade do transplante para eu e meu irmão, ela nos falou sobre os riscos envolvidos para o doador e nos pediu uma quantidade enorme de exames.

Sai desta consulta com a impressão de que caso tudo ocorresse conforme o planejado, a única coisa chata que não poderia ser evitada era a cicatriz. De alguma forma tudo já indicava que eu seria o escolhido, ninguém comentava, era velado. Meu irmão também tinha essa mesma percepção. Soube disso em uma conversa que tive com ele depois da cirurgia.

Nós então fomos informados que eu havia sido o escolhido. Fui então encaminhado para uma consulta com o Doutor Leonardo, especialista em análise de risco. Mais uma vez fui informado sobre todo o procedimento, ele me pediu mais alguns exames e me fez a seguinte proposta:

“Se você não quiser fazer o transplante e estiver sem jeito de falar isso para sua família, nós podemos dizer que houve incompatibilidades técnicas. Você realmente quer fazer a cirurgia?”

Respondi com muita certeza que sim e então recebi e assinei um termo de consentimento livre e esclarecido afirmando estar ciente de todos os riscos envolvidos e se caso quisesse continuar mesmo assim deveria assiná-lo.

Naquele dia sai de lá pensando como complexa poderia se tornar está situação. Se a pessoa aceita participar irá necessariamente enfrentar uma situação extremamente complexa, caso desista, poderá vir a experimentar sentimentos de culpa.

A escolha de não doar é totalmente legitima e precisa ser aceita por todos. Neste sentido, buscar mecanismos que preservem os indivíduos é muito importante e com certeza este é um dos objetivos deste trabalho.

Na terceira consulta conversei juntamente com meus pais, com a enfermeira Conceição, pessoa extremamente querida que de certa maneira preenchia o papel do psicólogo na equipe.

Ela nos apresentou uma moça que havia acabado de receber um pedaço de fígado do seu tio e estava no hospital passando em consulta. Foi a primeira vez que vi uma cicatriz de transplante de fígado ao vivo.

Nessa conversa com a enfermeira preenchemos os papeis para dar entrada nos procedimentos burocráticos necessários para o transplante intervivos pelo Sistema Único de Saúde.

Ela também nos falou mais detalhadamente sobre o tempo de recuperação, sobre a dieta no pós-cirúrgico e uma série de informações. Eu e meu pai recebemos uma apostila com as informações relevantes sobre o procedimento (anexo 5) e mais uma vez assinei um termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinei tantos termos desses que nem lembro quantos. Considero um tanto estranho isso, pois o sujeito está numa posição delicada e precisa ficar assinando um monte de papeis que e ao final pode ser que não tenha entendido o teor do material. Apenas concorda e assina.

Na quarta entrevista falei com o Doutor Sergio, fui questionado por ele se tinha certeza da escolha que tinha feito e mais uma vez fui pressionado a desistir. Conversamos durante algum tempo e ele me perguntou se como psicólogo não acreditava que, considerando os riscos de ser doador, eu não estava indo contra a lógica evolutiva. Respondi que não, pois acreditava que

comportamentos solidários com membros do bando poderia de certa maneira significar ganhos na história evolutiva da espécie.

Agora depois de ter feito a pesquisa descobri que de fato ele estava certo, comportamentos solidários com o bando não representam necessariamente o sentido de preservação da espécie, porque a preservação da espécie se dá através da perpetuação do gene do próprio individuo. Por fim, ele então me disse de forma bastante direta:

- Você está ciente do risco de morrer e todas as outras complicações e continua disposto?

Respondi que sim e de imediato recebi outro termo para assinar dizendo que estava consciente de todo o procedimento e riscos. Considero todos esses questionamentos necessários, visto que existem relatos de pessoas que se arrependem e aquelas que desistem no dia da cirurgia, depois que tudo já está preparado.

Pode parecer estranho, mas uma das minhas maiores preocupações era a cicatriz proveniente do corte feito para a retirada de um pedaço do órgão. Em nenhum momento pensei que poderia morrer ou sofrer algum dano grave decorrente da cirurgia, acreditei que tudo daria certo caso todas as exigências solicitadas fossem seguidas corretamente e fui em frente.

Lembro que nós chegamos ao hospital na noite anterior ao dia marcado para o transplante, me ofereceram remédio para dormir e eu decidi que não queria tomar nada, achava que precisava sentir tudo aquilo e utilizar essa experiência a meu favor. Talvez já desconfiasse do mestrado!

Fiquei durante muito tempo imaginando como seria ir para a sala de operações. Agora que tudo passou posso dizer que só lembro-me da anestesista perguntando o meu nome e de depois acordar na UTI com a gritaria de um idoso que sofria de Alzheimer.

No grande dia sai do quarto deitado em uma maca empurrada por um enfermeiro, olhei para o lado e minha mãe chorava angustiada. Meu pai que havia chegado a pensar em não aceitar o fígado com medo que algo desse errado, tentava esconder o desespero por traz de um sorriso que soava no mínimo falso.

Considerei minha responsabilidade manter a calma e ajudar meus pais a não entrarem em desespero. Talvez por isso, até começar o mestrado e

mesmo algum tempo depois, eu ainda não tivesse refletido com profundidade sobre tudo que tinha acontecido. Procurei não pensar no transplante antes da cirurgia.

Isso ficou claro no exame de qualificação. O único integrante da banca que sabia que eu tinha sido um doador era o Doutor Sérgio. Ele foi o primeiro a falar e começou sua fala dizendo o numero do meu prontuário médico usado na cirurgia. As outras duas integrantes da banca que não sabiam deste dado se surpreenderam com a informação.

Minha orientadora não pode estar presente na minha qualificação porque seu marido estava no hospital, inclusive, quero agradecer o carinho e paciência do senhor Alberto Custodio, que mesmo sentido dores incríveis sempre me acolheu muito bem, tanto em sua casa como no quarto de hospital. Salve Alberto, descanse em paz!

Voltando ao dia do transplante, foi preocupante acordar com uma serie de tubos ligados ao meu corpo, no braço, no pescoço e na uretra. O tubo no canal da uretra foi o mais difícil de ser retirado, foi desesperador ficar deitado enquanto a enfermeira retirava aquele tubo de dentro de mim com um balão preso na extremidade.

Uma vez um amigo médico me disse que depois de uma cirurgia era importante à primeira ida ao banheiro, mas para mim as aflições eram outras. Estava preocupado em saber se as coisas continuariam do mesmo jeito com minha namorada.

Foram poucas as restrições que me fizeram tanto para antes como para depois da cirurgia, não precisei fazer nenhuma dieta especifica ou tomar qualquer remédio. Fui proibido apenas de dirigir e ter relações sexuais por um mês, de não fazer exercício físicos por três meses e depois de um ano já teria alta completa.

Depois da cirurgia a única coisa fora do programado foi um acúmulo de líquido na região abdominal, por sorte não precisei de dreno visto que este acúmulo foi absorvido pelo próprio organismo.

Para ter certeza de que tudo estava bem resolvi fazer uma viagem para a Terra do Fogo depois de seis meses do transplante. Fui de ônibus de São Paulo ao Ushuaia e escalei uma montanha de nível básico. Depois disso tive a certeza de que estava recuperado.

Depois de três meses da cirurgia eu mesmo comecei a fazer um acompanhamento para saber se tudo estava indo bem. Todos os meses um médico amigo meu me dava uma solicitação de exame de sangue e outra para realização de uma ultrassonografia.

De posse destas guias, ia até o laboratório Biespe que fica no Hospital Oswaldo Cruz e fazia os exames por conta. Depois era só olhar os valores de referencia e saber se tudo estava bem.

Nos exames de ultrassonografia tive o prazer de ser atendido pela Doutora Ana Sueli, ela realizava o exame e redigia o diagnóstico. Eu apenas precisava ler para descobrir que estava tudo bem.

Parei de ir aos atendimentos por dois motivos, primeiro porque minha pretensão fez com que eu acreditasse ser suficientemente capaz de identificar se tudo estava indo bem ou não, e em segundo por não conseguir criar um vinculo de confiança com um dos médicos que estava me atendendo.

Decidi não ir mais às consultas depois de um episódio especifico. No último atendimento eu disse que estava sentindo uma sensação esquisita na região da incisão. Era como se meu corpo fosse se dividir ao meio, ele então me respondeu que eu estava louco e que isto não fazia nenhum sentido.

Achei essa resposta um tanto agressiva e naquele momento resolvi aceitar os riscos e fazer o acompanhamento sozinho. Não é objetivo apontar um culpado, mas sim mostrar como é delicada a interpretação que cada um dos envolvidos dá aos fatos.

O profissional que me disse isso com certeza é uma das pessoas mais qualificadas do país em transplantes hepáticos e eu já sabia disso antes de ser operado porque já tinha visto o seu currículo lattes. Tive uma grande sorte de ter sido operado por ele, e na verdade o inconveniente foi não ter recebido suporte de um psicólogo que me ajudasse com os meus medos e fantasias.

Depois de acompanhar o cotidiano destes profissionais percebi que eles acabam centralizando muitas atividades, inclusive aquelas com as quais não deveriam se preocupar, como a parte burocrática do procedimento e atendimento psicológico dos envolvidos.

Voltando às minhas percepções sobre o pós-operatório, como disse anteriormente não sinto muita diferença de antes da cirurgia. O que mais me incomodou no período de recuperação foi à dor, pois no primeiro mês era difícil

me locomover, dormir, comer e qualquer tipo de movimento que envolvesse o abdômen.

Mas com o tempo a dor vai passando e depois a única coisa que fica é uma sensação de que alguma coisa ainda está se encaixando. Os médicos me disseram que isso é normal, o órgão seccionado está se adaptando novamente às paredes internas do corpo.

Depois da cirurgia as pessoas me perguntavam o que eu estava sentindo e eu utilizava sempre a mesma resposta clichê: “Estou sentindo que falta alguma coisa”, essa fala provocava um número enorme de gargalhadas.

Essas dores que eu senti no pós-operatório eram facilmente combatidas com a utilização de Paracetamol. Tirando os momentos em que eu sentia vontade de tossir o resto pode ser manejado sem maiores complicações.

Hoje em dia ainda sinto certo desconforto na região do abdome e só recentemente voltei a sentir a pele na região do abdome do lado direito.

Na minha percepção as mudanças para mim foram muito mais psicológicas do que físicas. As dores não foram nada que eu não pudesse contornar considerando que meu pai está vivo e saudável! Continua reclamando como sempre e acho que isso é um bom sinal.

Não sei os motivos que fizeram imaginar que eu seria o doador mesmo antes dos exames iniciais começarem a ser feitos, de alguma forma alguma coisa me dizia que eu tinha que fazer isso e foi assim que eu encarei. Eu já tinha decidido que seria um doador antes mesmo dos médicos me informarem sobre os riscos e possíveis complicações inerentes ao processo.

Depois da cirurgia o comportamento do meu pai continuou exatamente o mesmo: se eu o considerava emburrado, ficou ainda mais por causa das dores; se eu considerava controlado em relação aos gastos, agora está ainda mais, pois teme alguma necessidade urgente; o ciúme que ele tem da minha mãe dividindo atenção com os filhos também só piorou porque depois da cirurgia precisou de atenção 24hs por dia por um bom tempo.

Essa experiência como doador me mostrou mais uma vez como as expectativas são perigosas, fiquei esperando um monte de coisas que não aconteceram.

Eu esperava duas coisas depois da cirurgia, primeiro que meu pai saísse bem e em segundo que minha relação com ele ficasse menos conflituosa.

Quando percebi que só a primeira das expectativas havia se concretizado não entendi porque, mas com o tempo percebi que as atitudes daquele homem que eu tinha ajudado a salvar eram muito nobres.

Para ele a família sempre foi algo muito importante e sempre esteve acima de tudo. Indiferente aos desentendimentos, ele sempre sacrificou a sua vida por nós. Quero dizer que em nenhum momento ele se fez de bom samaritano na tentativa de influenciar minha decisão. Seu comportamento nunca mudou e não mudaria caso eu não aceitasse ser doador.

O fato de nós sempre brigarmos muito não foi importante no momento em que ele precisou de mim e é assim que as coisas sempre foram lá em casa. Lembro-me inclusive que na última consulta com o Doutor Sergio para saber seu eu estava realmente certo da minha escolha, tive uma briga muito feia com meu pai minutos antes da consulta.

Pensando agora foi estranho entrar para a consulta extremamente bravo com o meu pai e responder com tanta segurança que eu estava bastante seguro em relação à minha decisão.

Este grande homem que eu tenho o orgulho de chamar de pai nunca esperou nada em troca e eu sempre soube disso. Talvez por este motivo indiferente dos desentendimentos eu nunca tenha vacilado em relação à minha decisão.

Eu sinto que ele faria o mesmo por mim. Uma vez fomos à Casa de Pedra que fica situada na Serra do Mar, trata-se de uma hospedagem que o Imperador Dom Pedro II usava como pouso em suas viagens de São Paulo a Santos, é um lugar muito bonito com cachoeiras e muita mata virgem preservada.

No caminho para uma dessas cachoeiras resolvi me arriscar e ir mais a frente sem esperar meu pai que vinha logo atrás com meu irmão. Lembro-me de ter chegado ao final de uma trilha que acabava numa cachoeira com uma queda de 60 metros de altura, me postei em cima de uma pedra bem perto da beirada do precipício e depois só lembro-me de acordar caído dentro da torrente de água que jorrava penhasco abaixo preso por uma pedra prestes a deslizar.

Quando ganhei consciência do que estava acontecendo comecei a chorar e a chamar meu pai, meu irmão então escutou uma voz pedindo socorro bem ao longe e disse para ele:

- *Eu acho que estou escutando a voz do Rodrigo pedindo socorro!*

Quando meu pai me viu pendurado prestes a despencar de uma altura enorme não teve dúvidas, se lançou em minha direção sem se preocupar com os riscos.

Pena que na ocasião ele estava usando botas com solado de couro e escorregou ao pisar naquelas pedras com limbo. Ele desceu junto com a água em minha direção e eu terminei encaixado no meio de suas pernas ainda mais perto do desfiladeiro. Meu pai, na época com uma ótima condição de saúde, conseguiu vagarosamente escalar por aquele caminho escorregadio comigo em seus braços e salvar as nossas vidas.

Na minha família as coisas sempre foram assim, por mais que os relacionamentos sejam conflituosos entre nós sempre existe espaço para ajudar o outro. Minha mãe fala que é porque ela tem ascendência espanhola, e quando ela se exalta fala gritando mesmo, não tem jeito!

A escolha por doar de alguma maneira influenciou minha autoestima que saiu mais fortalecida. Arriscar a vida para salvar meu pai fez com que eu me sentisse à vontade para assumir minhas convicções e desejos sem me sentir culpado por estar fazendo algo diferente.

Todos esses pensamentos e transformações não aconteceram de uma hora para outra e posso dizer com segurança que duas coisas influenciaram bastante para que eu conseguisse elaborar tudo isso que aconteceu tirando proveito, primeiro o tempo e em segundo a realização desta pesquisa.

Quando digo que o tempo me ajudou assimilar melhor todos os fatos não consigo afirmar ao certo se esse tempo está ligado a um ganho de maturidade ou ao tempo necessário para a poeira baixar e as coisas ficarem mais claras. A realização deste estudo mexeu em uma serie de feridas que já vinham de antes da cirurgia e que de alguma maneira eu precisava resolver.

Imaginar que um transplante cura magoa e ressentimentos formados antes da cirurgia é uma expectativa perigosa, mais fácil uma relação ruim ficar

pior ainda por conta desta relação especial que nasce por causa do enxerto. Confesso que se eu tinha alguma expectativa de beneficio para depois da cirurgia era realmente essa, conseguir me entender com meu pai.

A relação com ele hoje em dia é muito boa, mas logo depois da cirurgia continuamos tendo nossas brigas como sempre tivemos, não existe nenhum conflito em relação a cobranças porque as expectativas morais estão completamente alinhadas, da mesma forma tenho certeza que ele faria o mesmo para mim.

O fato de eu ter doado um fígado para ele exclui qualquer possibilidade de eu receber um órgão dele de volta, e beneficio financeiro tenho certeza que não, de outra forma seria melhor deixa-lo falecer e pegar a herança.

Não estou afirmando que não tive benefícios, só estou afirmando aquilo que eu sei que não foi motivador, mas também não consigo ser especifico ao dizer o que foi mais relevante na tomada de decisão. É realmente um enigma. Talvez o mestrado!

Assim fiquei perplexo ao saber que meu irmão se sentia de certa forma culpado sobre o fato de não ter sido o escolhido e isso nunca se quer havia passado pela minha cabeça.

Dentro de uma situação delicada como essa é importante que todos os envolvidos estejam alinhados em relação aos medos e expectativas. Evitar que as fantasias se transformem em traumas que dificultem a elaboração dos conteúdos é muito importante.

Pensando nisso procurei descobrir os avanços da Psicologia no que diz respeito ao suporte dado ao doador vivo no transplante hepático.

No mesmo ano que atuei como voluntario no Dante Pazzanese, também procurei o serviço de Psicologia do Hospital das Clínicas para saber se existia um protocolo de atendimento para avaliação de doadores vivos no transplante hepático.

Descobri que o serviço de transplante com doador vivo havia sido interrompido com a mudança da equipe médica responsável, mas consegui o trabalho da Doutora Maria Lívia Tourinho que ao discutir o papel do analista na equipe de transplante, comenta um pouco sobre a sua experiência com doador vivo.

Fui operado no Hospital Albert Einstein e lá fui muito bem atendido. A cirurgia foi realizada em um centro cirúrgico que acabava de ser inaugurado em um bloco recém-construído e tive apoio de fisioterapeutas, nutricionistas, enfermeiros e médicos. Mas infelizmente como esse tipo de procedimento ainda era recente naquele hospital, o serviço de Psicologia ainda não havia sido integrado.

Não solicitei atendimento psicológico quando fui doador, talvez porque antes da cirurgia eu não estivesse querendo pensar muito sobre o assunto e depois me lembro de que minha única vontade era voltar logo a vida normal.

No segundo dia no quarto depois da operação, a Doutora Margareth, médica do meu pai, passou para me visitar. Assim que a vi dei um pulo da cama e lhe disse:

- *Já estou ótimo Doutora, quero ir pra casa!* Nem pensei na possibilidade de um psicólogo.

No próximo tópico será abordado o sistema digestivo e o transplante de fígado intervivos para que o leitor possa compreender o processo aqui relatado como um todo.

2- Sistema Digestivo

A sobrevivência do organismo humano depende de um suprimento constante de material nutritivo, e este é obtido pela alimentação. A grande parte do alimento que ingerimos precisa se tornar solúvel e sofrer modificações químicas para que possa ser absorvido e assimilado pelo nosso corpo, nisto consiste a digestão. (Tortora, 2007)

O sistema digestivo, também conhecido como digestório, ou gástrico, dos seres humanos é composto de dois grupos de órgãos: *Canal Alimentar ou Trato Gastrointestinal* e *Órgãos Anexos.* (Drake, Vogl & Mitchelll, 2005).

O canal alimentar está situado na cabeça, pescoço, tórax, abdome e pelve, dele fazem parte a cavidade da boca, fauces, faringe, esôfago, estômago, intestinos (delgado e grosso) e o reto que se abre no anus. Portanto, está aberto nas duas extremidades, boca e anus (Drake, 2005).

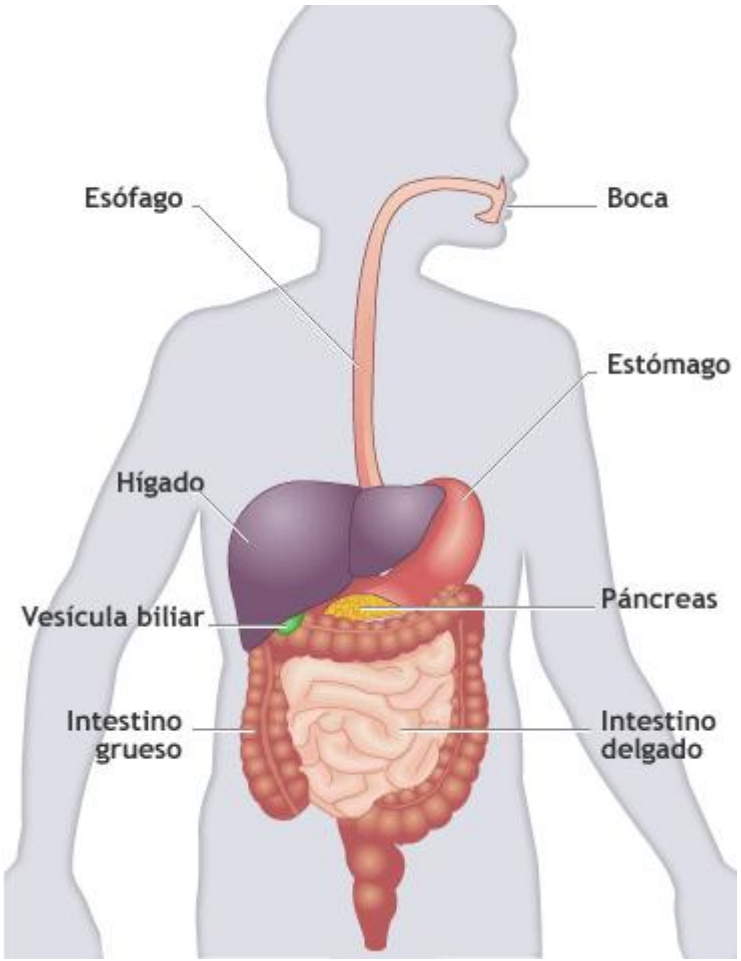
Já os órgãos anexos incluem os dentes, a língua, as glândulas salivares, o fígado, a vesícula biliar e o pâncreas. Os dentes auxiliam na ruptura mecânica do alimento e a língua auxilia na mastigação e deglutição. Os outros órgão anexos da digestão nunca entram em contato direto com o alimento – produzem ou armazenam secreções, que fluem para o trato gastrointestinal pelos ductos e auxiliam na decomposição química do alimento. O sistema digestório realiza seis funções básicas:

1- **Ingestão:** Introdução de líquido e alimentos na boca.
2- **Secreção:** Todos os dias, as células no interior das paredes do trato gastrointestinal e dos órgão anexos à digestão secretam um total de aproximadamente sete litros de água, acido, tampões e enzimas no lúmen (espaço interior) do trato.
3- **Mistura e propulsão:** A contração e o relaxamento alternado do músculo liso nas paredes do trato gastrointestinal misturam o alimentos e as secreções, empurrando-os em direção ao anus. Essa capacidade do trato gastrointestinal de misturar e mover material ao longo de sua extensão é denominada motilidade.
4- **Digestão:** Mecânica ou química.

   Na digestão mecânica os dentes cortam e trituram o alimento antes de ser deglutido, em seguida, os músculos lisos do estomago e do intestino delgado misturam vigorosamente o alimento. Como resultado, as moléculas de alimentos são dissolvidas e completamente misturadas com enzimas digestivas.

   Já a digestão química diz respeito à decomposição de grandes moléculas de carboidrato, lipídio, proteína e acido nucléico. Poucas substâncias presentes nos alimentos são absorvidas sem a digestão química: são os aminoácidos, o colesterol, a glicose, a vitamina, os minerais e a água.
5- **Absorção:** Os líquidos secretados e as pequenas moléculas e íons, que são produtos da digestão, entram nas células epiteliais que revestem o lúmen do trato gastrointestinal. As substancias absorvidas passam para o liquido intersticial e, em seguida, para o sangue, ou para a linfa, e circulam para as células de todo o corpo.

6- Defecação: Resíduos**,** substancias indigestas**,** bactérias, células desprendidas do revestimento do trato intestinal, e materiais digeridos que não foram absorvidos deixam o corpo pelo anus em um processo chamado defecação. O material eliminado é chamado de fezes. (Dangelo & Fattini, 2007)



3- Fígado e vesícula biliar

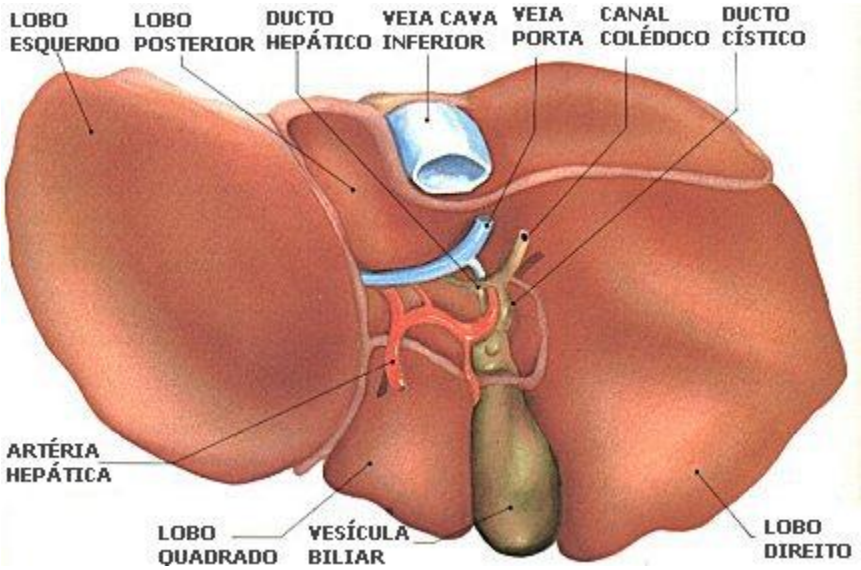
O fígado é o maior órgão interno e a glândula mais pesada do corpo humano, chegando a pesar aproximadamente 1,4 kg em um adulto médio. Localiza-se abaixo do diafragma e à direita, embora uma pequena porção ocupe também a metade esquerda do abdome (Drake, Vogl & Mitchelll, 2005).

Trata-se de uma glândula que desempenha importante papel nas atividades vitais do organismo, seja interferindo no metabolismo dos carboidratos, gorduras e proteínas, seja excretando a bile e participando de mecanismos de defesa.

O fígado é dividido em lobos direito e esquerdo pela fossa da vesícula biliar e pela veia cava inferior. O fígado recebe sangue de duas fontes. Da artéria hepática, obtém o sangue oxigenado, e da veia porta recebe o sangue desoxigenado contendo nutrientes recém-absorvidos, fármacos e, possivelmente micróbios e toxinas, provenientes do trato gastrointestinal. (Drake, Vogl & Mitchelll, 2005)

O fígado é responsável pela produção da bile, um líquido amarelo, verde-oliva ou acastanhado. Esse líquido, é responsável pela digestão de gorduras e microorganismos, e também pela absorção de certas substancias.

A vesícula biliar é um saco em forma de pêra e funciona como um reservatório alongado, situado na face visceral do lobo direito do fígado na fossa entre os lobos direito e quadrado. A vesícula biliar recebe, concentra e armazena a bile oriunda do fígado. (Drake, Vogl & Mitchelll, 2005)



Além disso, o fígado também realiza muitas outras funções vitais: metabolismo dos carboidratos, metabolismo dos lipídios, metabolismo proteico, processamento de fármacos e hormônios, excreção de bilirrubina, síntese dos sais biliares, armazenamento, fagocitose e ativação da vitamina D.

4- Transplantes

A evolução cientifica trouxe a possibilidade de transplantar órgãos entre seres humanos e consequentemente aumentar o tempo de vida de pessoas enfermas.

Em 1955, Murray e Merril transplantaram com êxito o rim de irmãos gêmeos univitelinos; em 1967, Barnard surpreendeu o mundo cientifico com o transplante de coração; no Brasil, em 1968 Okamura realizou o transplante de intestino delgado e Teixera de pâncreas (Okamura, 2005).

Entretanto, a grande revolução nos transplantes de órgãos só veio em 1979, com o lançamento da Ciclosporina, droga imunossupressora potente que aumentou a sobre vida do receptor no pós-operatório (Okamura, 2005).

O transplante de fígado representa o avanço terapêutico mais espetacular ocorrido no campo da hepatologia. Antes do seu advento, o arsenal disponível para tratamento de doenças hepáticas crônicas incluía apenas medidas paliativas; atingida uma determinada fase, as doenças evoluíam inexoravelmente para o óbito.

O primeiro transplante de fígado foi realizado por Thomas E. Starzl em 1963, mas apenas em 1967 a mesma equipe obteve sucesso e o paciente transplantado alcançou uma sobre vida de 13 meses (Bacchella ET al., 2004). Vale disser que ele foi contra o transplante de fígado com doador vivo na época em que ele foi feito, por achar que os riscos para o doador eram muito altos.

Apesar do primeiro transplante hepático com órgão de cadáver bem sucedido ter sido realizado em 1967 nos Estados Unidos, apenas no ano de 1983 um consenso realizado na conferência organizada pelo Instituto Nacional de Saúde Americano, definiu o procedimento como modalidade terapêutica de caráter definitivo e não mais experimental (Mies, 2005).

Tudo indica que em 1968, Marcel Cerqueira Cesar Machado realizou o primeiro transplante clínico de fígado no país, realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o paciente alcançou sobre vida de uma semana (Okamura, 2005).

As indicações para o transplante hepático seguem critérios objetivos baseados no grau de insuficiência hepática e critérios subjetivos que levam em

consideração a qualidade de vida do paciente. De modo geral, o transplante está indicado nas hepatopatias terminais não passíveis de tratamento clínico e que apresentam deterioração progressiva da função hepática (Bacchella, Figueira, Machado & Machado, 2005).

Indicações para o transplante de fígado adulto e infantil (Roca)
Doenças não colestáticas
Cirrose por vírus C
Cirrose por vírus B
Cirrose alcoólica
Hepatite auto-imune
Cirrose criptogênica
Hepatopatias colestáticas
Atresia de vias biliares
Cirrose biliar primaria
Cirrose biliar secundaria
Colangite esclerosante primária
Doenças metabólicas
Deficiência de 1 alfa-antitripsina
Doença de Wilson
Hemocromatose hereditária
Esteato-hepatite não alcoólica (Nash)
Tirosinemia hereditaria tipo 1
Paramiloidose familiar
\Protoporfiria eritropoiética
Fibrose cística*
Glicogenoses tipos I e IV*
Oxalose hereditária*
Síndrome de Crigler-Najar*
Sindrome de Allagile*
Hepatite fulminante
Qualquer causa
Tumores

Tumores malignos primários
Tumores neuroendócrinos metásticos
Outras
Sindrome de Budd-Chiari
Doença venoclusiva
Doença polisistica*

Indicações incomuns de transplante de fígado*

Determinada a doença e feita a indicação para o transplante, começa uma batalha que quase cinquenta por cento das pessoas não consegue vencer, a fila de espera para receber o órgão. Com intuito de discutir o aspecto da distribuição de órgãos nos pais, a seguir a apresentação do estudo realizado pelo pesquisador **Fabio de Barro Correia Gomes** (2007), intitulado "**Critérios legais e equidade no acesso a órgãos para transplante no Brasil**".

O decreto nº 2.268, de 1997, estabeleceu uma combinação de vários princípios éticos e de equidade para a alocação de órgãos, subordinados a necessidade terapêutica. Dentre os princípios éticos presentes no Decreto destacam-se: o de igualdade (ordem de inscrição), o da distribuição eficiente (a compatibilidade biológica e o privilégio do nível estadual da distribuição, para evitar perda de órgãos, que poderia ocorrer com a demora nos deslocamentos necessários a realização de transplantes) e o principio da compaixão (iminência de óbito). Além desses princípios éticos, utilizou-se o principio da equidade, expresso na possibilidade de aproveitamento de órgãos não utilizados em um estado de acordo com uma lista nacional (Gomes, 2007).

Embora a legislação seja taxativa ao afirmar a universalidade na distribuição de órgãos e tecidos, o autor relata que esse processo pode ser ainda mais transparente e que ainda existem algumas falhas.

Os critérios legais de acesso aos órgãos da legislação brasileira são abrangentes e orientados para a justiça social, embora situações que ameaçam a equidade de acesso também tenham sido detectadas: quebra de hierarquia entre normas de estabelecimento de critérios de gravidade e omissão na regulamentação dos pesos de alguns critérios usados para a alocação dos órgãos (Gomes, 2007).

A dificuldade em estabelecer critérios que organizem a ordem de prioridade para o transplante e a logística na alocação dos enxertos constituem-se como problemas que precisam de maior atenção das autoridades.

Até 2005 a fila de espera para o transplante hepático era organizada por ordem cronológica de chegada à lista de inscrição, a partir de 2006 a lista é organizada conforme o grau de gravidade daquele que aguarda pelo órgão e, cada estado continuou dispondo de uma lista única.

> A Portaria n° 3.407, de 1998, definiu que o sistema de lista única, para cada tipo de órgão, parte ou tecido, possui três níveis de integração expressos nas listas nacionais, estaduais e regionais (Gomes, 2007, p. 40).

O critério de gravidade da doença é estabelecido pela pontuação do sujeito no MELD (Model for End-stage Liver Disease). Calculado a partir dos exames de Bilirrubina INR e Creatinina, essa formula determina a gravidade da patologia com estimativa de mortalidade em três meses (Teixeira e cols., 2006, pag. 12).

Além disso, esse escore permite pontuação diferenciada em situações especiais. Pacientes com carcinoma hepatocelula, por exemplo, têm sua pontuação aumentada com o passar do tempo em lista de espera levando ao alcance de MELD suficientemente alto para que possam ser transplantados antes da progressão da doença neoplásica. A utilização deste critério reduziu a mortalidade nos centros de transplante nos quais foi adotado (Ducatti e cols., 2009; pag. 312).

Esse modelo ainda está se ajustando às condições brasileiras, pois nem sempre o resultado do MELD representa com exatidão o estado de saúde do sujeito e por não garantir a equidade ao acesso dos órgãos.

> Por exemplo, a Portaria n°1 1.160, de 2006, estabeleceu períodos de validade para os exames usados no calculo do MELD e do

> PELD, que variam entre sete dias e doze meses, de modo que qualquer atraso na realização desses exames prejudicará a situação do inscrito na lista de espera e poderá ser fonte de desigualdade (Gomes, 2007; p. 47).

Os critérios e procedimentos para transplante são regulamentados pelas câmeras técnicas.

> Na estrutura do SNT (Sistema Nacional de Transplantes), foram criadas por portaria, a partir de 2004, varias câmaras técnicas para apoiar o processo de definição de normas (Gomes, 2007; p. 45).

Atualmente treze países da América Latina realizam o transplante hepático. Desde o ano de 1968 até 2009 foram realizados 15.329 procedimentos incluindo doadores vivos e doadores mortos (Associação Brasileira de Transplantes, [ABTO], 2011).

No Brasil, desde o ano de 1968 até março de 2011 foram realizados 10.781 procedimentos, destes 1.586 com a utilização de doador vivo. O país conta com 57 equipes realizando o transplante hepático, notadamente mais concentradas na região sul e sudeste (ABTO, 2011).

Atualmente a média de sobre vida dos transplantados supera os 80% no primeiro ano depois da cirurgia. Esse fator contribuiu com o aumento na fila de espera para o transplante, e consequentemente com um aumento significativo no número de óbitos na fila visto a carência de enxertos disponíveis na sociedade.

A Unidade de Fígado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo registra uma média de 40% de óbitos entre os pacientes que esperam por um fígado (Raia, 2001). Existem autores que chegam a considerar uma mortalidade na fila de espera que chega a 50%.

Fica claro que a falta de órgãos continua sedo o maior entrave para que ainda mais pessoas desfrutem dos avanços das ciências médicas. Por esse

motivo técnicas complementaras foram desenvolvidas, atualmente um mesmo fígado pode ser dividido entre duas pessoas (Split Liver); ou até mesmo um fígado retirado de um receptor, que vai para outro sujeito que não tem a patologia que torna o órgão inviável para o primeiro sujeito, o dono biológico do fígado se torna doador e receptor na mesma cirurgia. Só falta esse primeiro receber de um doador vivo ainda por cima. Incrível!

Neste ponto do torna-se importante e citar o nome de dois cirurgiões que por conta de muita bravura e iniciativas, conseguiram diminuir o sofrimento de muitas pessoas não só no Brasil, mas em todo mundo. Doutor Silvano Raia e Doutor Sergio Mies, que juntamente com a sua equipe foram responsáveis pelo desenvolvimento de diversas técnicas utilizadas em larga escala atualmente.

Uma delas é o transplante com doador vivo, se por um lado essa técnica trouxe reconhecimento para esses médicos, por outro também poderia ter trazido muitas mazelas.

A demanda de órgãos no Brasil aumenta exponencialmente, com isso enormes filas de espera para o transplante hepático adulto tomam forma. A carência impulsiona o desenvolvimento de procedimentos alternativos que visam suprir essa necessidade. Neste contexto emergencial surge a possibilidade do transplante com doador vivo (Ducatti e cols., 2010).

Como já foi mencionado, o primeiro transplante de órgãos com doador vivo foi renal e não hepático. Realizado em 1955 entre dois irmãos gêmeos univitelinos, o procedimento foi um sucesso e o receptor faleceu apenas oito anos depois por outras causas que não o transplante.

O procedimento com doador vivo no transplante hepático foi realizado pela primeira vez no mundo em 1988 no Hospital das Clinicas de São Paulo em paciente pediátrico.

A equipe da Unidade de Fígado coordenada pelo cirurgião Silvano Raia, a despeito de muitas críticas, realizou pela primeira vez o procedimento que se expandiu e foi aceito em muitas sociedades, tornando possível praticamente extinguir a lista de espera de candidatos a transplantes pediátricos no Brasil (Mies & Lallée, 2010).

A primeira tentativa de transplante hepático intervivos entre adultos foi realizada por Haberal em 1991, mas apenas em 1993 a equipe da Universidade de Shinshu no Japão, coordenada por Makuuchi, conseguiu obter

sucesso no procedimento utilizando o lóbulo esquerdo do doador (Okamura, 2005).

O transplante com doador vivo para adultos só se tornou mais comum com a utilização do lóbulo direito do parênquema hepático, resolvendo assim questões de ordem volumétrica (Fan, 2007).

Contudo, uma das grandes dificuldades do transplante com doador vivo para o receptor adulto continua sendo a dificuldade em se estabelecer a quantidade ideal a ser retirada do doador sem causar prejuízos para este, e que seja suficiente para suprir as necessidades do receptor (Mies & Lallée, 2010).

Vale mencionar que o transplante com doador vivo traz benefícios não apenas para aquele que vai receber o órgão, mas também para outros pacientes que esperam na fila de espera para o transplante com doador morto, pois aquele que recebe o enxerto do doador vivo consequentemente é retirado da fila (Strong & Lynch, 2000).

No transplante hepático com doador vivo, questões éticas ainda são discutidas. A utilização de um doador sem que este tenha nenhum beneficio se não o psíquico, contraria de certa forma princípios éticos das ciências médicas: “Primum non nocare” - primeiro não machuque (Strong & Lynch, 2000).

Aqui no Brasil a lei permite a doação com doador vivo sem autorização judicial apenas entre parentes. Casos que fogem a essa regra devem necessariamente ser avaliados judicialmente.

A doação de órgãos e tecidos deve ser feita por livre e espontânea vontade do doador, sendo a venda de órgãos considerada ilegal e passível de punição. A decisão do doador deve ser tomada sem influencia externa e o mesmo tem o direito de desistir de participar do processo a qualquer momento até a realização da cirurgia (Costa, 1998).

O maior número de transplantes com doador vivo tem sido observado em países asiáticos por conta de questões culturais; mais especificamente, a dificuldade em aceitar a morte encefálica faz com que o procedimento de transplante com cadáver seja quase inexistente nesses países, por isso a escolha por procedimentos alternativos (Strong & Lynch, 2000).

Os sintomas de doenças hepáticas agudas são extremamente desgastantes e dolorosos, o doente sofre tanto fisicamente como

psiquicamente. Dentre a sintomatologia da doença hepática constata-se a presença de alguns sintomas recorrentes tais como: a encefalopatia que causa demência temporária, a icterícia caracterizada pela amarelidão nos glóbulos oculares e na pele e o inchaço abdominal causado pelo acumulo de líquidos.

O paciente começa literalmente a definhar por conta da falência hepática; o sentimento de incapacidade toma conta das pessoas próximas ao enfermo, pois tudo se resume a uma sofrida espera na fila. É neste momento que surge á possibilidade do procedimento com doador vivo. A equipe médica expõe a possibilidade para o enfermo, ou para a família caso o paciente esteja inconsciente, resta então que alguém se predisponha a fazer a doação.

Nos casos em que existe candidato a doação, as informações sobre o procedimento são transmitidas. A decisão cabe única e exclusivamente ao sujeito, e seja qual for à escolha ela deve ser apoiada integralmente pela equipe médica, além disso, constantemente durante este processo de avaliação é oferecida ao candidato a possibilidade de desistir.

Caso haja recusa, o candidato tem inclusive o direito de escolher que a família seja informada pela equipe que houve incompatibilidades técnicas que impossibilitaram a realização da cirurgia (Figueira, Bacchella, Machado & Machado, 2005).

Se o candidato depois disso tudo ainda continuar certo de sua decisão, necessita assinar um termo de participação voluntária. A partir deste momento começam os procedimentos de avaliação: exames laboratoriais, de imagem e psicológicos.

A seleção dos doadores ocorre segundo protocolos rígidos de cada instituição, com pequenas variações entre si. O doador deve ter entre 18 e 55 anos, tipo sanguíneo ABO idêntico ou compatível, ter no mínimo 80% do peso do receptor e IMC (Índice de Massa Corpórea) > 17 e ≤ 28. São critérios de exclusão: obesidade, diabetes, hipertensão grave ou mal controlada, cirurgia previa em abdômen superior, tabagismo (contraindicação relativa), doença psiquiátrica e outras doenças.

No serviço de transplante e cirurgia do fígado do Hospital das Clínicas de São Paulo o protocolo para seleção e avaliação do potencial doador é dividido em quatro fases (Figueira, Bacchella, Machado & Machado, 2005):

Fase 1

- Primeiro consentimento informado: relativo ao protocolo de avaliação;
- Esclarecimento quanto à morbidade, mortalidade, técnica operatória, tempo de internação e outras duvidas do potencial doador. Abordagem de aspetos emocionais relacionados ao transplante com doador vivo.
- História e exame físico detalhados nos quais devem constar: antecedente de doença hepática, possibilidade de gestação atual, antecedentes tromboses venosas, uso de medicamentos contraceptivos (critério de exclusão caso não possa ser suspenso por um mês da data do transplante), abuso de álcool ou drogas, doença psiquiátrica (exclusão)
- Exames laboratoriais.

Fase 2

- Segundo consentimento informado;
- Análise dos resultados da fase 1;
- Iniciar vacinação para hepatite B, se anti-HBc e anti-HBs negativos, e para hepatite A, se sorologia negativa;
- Ressonância magnética ou tomografia computadorizada multislice de abdome com quantificação de volume hepático. Angiorresonância ou angiotomografia hepática com avaliação de veias hepáticas, veia porta e artéria hepática. Colangioressonância.
- Sulfato ferroso 200mg, duas vezes ao dia.

Fase 3

- Avaliação cardiológica: radiografia de tórax, ECG, ecocardiograma, teste de esforço para candidatos acima de trinta anos ou se houver outra indicação.
- Avaliação psiquiátrica;
- Prova de função pulmonar;

- Biopsia hepática se existir suspeita de esteatose. Excluem-se pacientes com esteatose maior que 5%.
- Arteriografia, quando indicado;
- Coleta de sangue para transfusão autóloga (duas unidades com intervalos semanais);
- Repetir testes de gravidez.

Fase 4

- Terceiro consentimento informado;
- Discussão do caso com todos os exames;
- Agendar cirurgia.

Os riscos de óbito para o doador variam entre 0,4 e 1,0 %. Até hoje já foram registradas três mortes no Brasil de doadores decorrentes de complicações cirúrgicas. A morbidade associada aos casos da hepatectomia direita varia de 0 a 60%, incluindo todos os tipos de complicações: maiores e menores (Figueira, Bacchella, Machado & Machado, 2005).

Entre as complicações menores, geralmente subestimadas, destacam-se: íleo prolongado, atelectasia pulmonar, dor abdominal, derrame pleural pequeno, ascite pequena e flebite. Complicações maiores incluem fístula biliar, infecção de parede, hérnia incisional, encefalopatia, colestase importante, neuropraxia, trombose de veia porta, trombose mesentérica, tromboembolismo pulmonar e sepse (Figueira, Bacchella, Machado & Machado, 2005).

O doador em média já sai da UTI no primeiro dia depois da cirurgia e em uma semana volta pra casa. O retorno ao trabalho acontece em 1 mês e as atividades físicas mais desgastantes são retomadas em três meses.

O órgão secionado cresce sozinho e depois de um ano volta ao seu volume normal. Durante todo este tempo o doador passa apenas por acompanhamento e sua alimentação não é restringida, solicita-se apenas moderação.

Apenas um detalhe técnico, fígado não se regenera no stricto senso da palavra, pois a atividade de reconstrução ocorre a partir dos lobos hepáticos

residuais. O segmento hepático ressecado durante a hepatectomia parcial não se forma de novo, o fígado recupera sua massa (peso e volume), mas não recupera a sua forma original (Godoy, Matias & Coelho, 2006, p. 535).

O grande número de equipes realizando o transplante intervivos pode fazer com que os números de óbitos aumentem ainda mais, segundo depoimento de Margareth Lallée, integrante da equipe médica que mais realizou transplantes deste tipo no Brasil, a equipe médica que se dispõe a fazer este tipo de procedimento com doador vivo precisa ter muita experiência com o transplante com órgão proveniente de cadáver, caso contrário as consequências podem ser catastróficas. Segundo a autora, até a publicação da obra em questão sua equipe ainda não tivera nenhum caso de óbito entre os 180 transplantes com doador vivo (Mies e Lallée, 2005).

Tudo indica que o procedimento com doador vivo ainda vai continuar sendo utilizado por um bom tempo, visto que outras alternativas bastante pesquisadas no momento como o transplante de hepatócitos e células tronco, o xenotransplante e a engenharia de tecidos ainda estão longe de alcançar o seu fim (Ducatti e cols., 2009).

Significativas pesquisas utilizando células tronco hepáticas têm sido desenvolvidas. São do ponto de vista funcional, uma reserva para a produção de hepatócitos (Ducatti e cols., 2009).

O transplante hepático utilizando-se de enxerto de suínos é particularmente interessante, sobretudo por conta da morfologia semelhante entre o fígado do animal e do homem. Entretanto, o transplante entre espécies filogeneticamente distantes do homem, como o porco, resulta em um processo de rejeição imediata e fulminante. Existem dados disponíveis demonstrando que, provavelmente, a barreira da rejeição hiperaguda no xenotransplante com órgãos suínos será superada com emprego de animais transgênicos (Ducatti e cols., 2009).

A engenharia de tecido pode ser uma ferramenta importante na solução do problema de escassez de órgãos no transplante de fígado. O emprego de soluções proteolíticas, que digerem as células e mantém um arcabouço de colágeno, onde células do receptor vão preencher os espaços, promove a confecção de um novo tecido funcional (Ducatti e cols., 2009).

O problema na quantidade de órgãos disponíveis para transplantes gera um problema social muito grave, o mercado negro de órgãos e tecidos e o turismo para transplante, ambos problemas relacionados a mercantilização do corpo humano.

Em 2008, um grupo de líderes médicos de todo o mundo, preocupados com o desespero de muitos pacientes que necessitam de um transplante, reuniram-se em Istambul, na Turquia, para desenvolver estratégias de prevenção ao tráfico de órgãos e ao turismo para transplante (ABTO, 2011).

Esse grupo de profissionais elaborou um documento que propõe um conjunto de princípios e propostas destinadas a promover os transplantes com doador vivo e falecido em todo o mundo, de uma forma segura para proteger a saúde e o bem-estar de ambos, receptores e doadores, e com objetivo de acabar com a exploração de pessoas mais vulneráveis. Esse documento foi denominado como “A Declaração de Istambul” (ABTO, 2011)

Em 2010 foi constituído o Grupo de Apoio à Declaração de Istambul (Declaration of Istambul Custodian Group - DICG) com a finalidade de promover internacionalmente os princípios da Declaração. O DICG é patrocinado por duas grandes organizações científicas internacionais, a Sociedade Internacional de Transplantes (The Transplantation Society - TTS) e a Sociedade Internacional de Nefrologia (International Society of Nephrology - ISN). Mais de 80 associações científicas internacionais e agências governamentais subscreveram a Declaração de Istanbul. Trata-se de uma medida paliativa, porém muito importante.

Por outro lado, intervenções que considerem o problema mais a fundo precisam ser realizadas. O Brasil registrou em 2011 uma média de transplantes de 10,7 doadores por milhão de habitantes, enquanto que foram registrados 37,9 chamados de possíveis doadores (ABTO, 2011).

Passando agora para os números absolutos, isso significa dizer que das 7.238 notificações de possível doador morto, apenas 1.915 se concretizaram realmente. Dentre os motivos da inviabilidade, 1.937 vezes se deveu à recusa da família (ABTO, 2011).

Alguns autores apontam que o motivo para esse número de registros de famílias que se recusam a doar muitas vezes acontece por conta da falta de informação. Segundo Lima e cols. (1997), impera a necessidade de melhor

conscientização sobre a doação de órgãos, tanto no que diz respeito, quanto aos riscos, às vantagens e ao custo social.

Parece haver um desconhecimento por parte das famílias sobre o conceito de morte cerebral e isto pode de alguma maneira influenciar na decisão de não disponibilizar os órgãos do familiar morto.

Os familiares dos doadores muitas vezes desconhecem o que é morte encefálica e não entendem as informações fornecidas pelos profissionais da saúde, ou ainda, apresentam orientação inadequada sobre esse conceito. A não percepção do paciente como morto leva os familiares a crerem na reversibilidade do quadro ou então manifestarem duvida em relação a real condição de morte do parente por ocasião da retirada dos órgãos. (Moraes & Maassarolo, 2008)

Além da necessidade de aumentar a oferta de órgãos para transplante, é preciso controlar a propagação do vírus da Hepatite C, causador de uma das hepatologias que mais indicam sujeitos para o procedimento e que atualmente representa 1,2 por cento da população brasileira (www.hepatcentro.com.br, 2012).

Enquanto estes problemas não forem solucionados o transplante com doador vivo vai continuar sendo uma saída eficiente. Mas por ser entre pessoas que muitas vezes se conhecem, e podem ter até um vínculo parental muito próximo, muitos questionamentos podem ser feitos sobre aspectos emocionais, inseguranças, fantasias como o medo da mutilação, o medo da morte. Diante disto, no próximo tópico iremos abordar algumas questões de ordem psicológica que podem elucidar esta experiência.

5- Questões psicológicas na doação intervivos

A literatura internacional referente ao tema tenta desvelar os fatores motivacionais que impelem um doador a se prontificar para o ato. Fox e Swazey (1992), também exploraram estes fatores bem como a relação entre doador e receptor depois da cirurgia. Seus resultados se aproximam aos obtidos por Wolff (1992) e Baskin (2009) se posicionam afirmando ser necessário avaliações psicológicas mais cuidadosas que busquem explorar mais a subjetividade dos sujeitos. Eles também questionam até que ponto o ato

de doar é totalmente altruístico. Sobre o órgão, dizem que para o receptor a sensação de um corpo estranho está presente e pode causar algum tipo de fantasia persecutória. Afirmam que supor que a relação entre doador e receptor irá melhorar depois do transplante não é correto, pois pode ser uma fantasia que não se realiza e no pós-cirúrgico essa relação pode até piorar.

Entre os autores brasileiros pesquisados de diferentes visões teóricas propiciou a criação de um espaço fértil para explorar o fenômeno da doação de órgãos com doador vivo, e consequentemente pensar na atuação do psicólogo.

Na maior parte das vezes as conclusões convergiram no mesmo sentido, o que mais variou foram às interpretações atribuídas aos dados. De qualquer maneira, três pesquisas que versam sobre o tema foram abordadas mais exaustivamente. Uma tese de Doutorado defendida no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e dois artigos publicados em revistas científicas indexadas.

O trabalho intitulado, **O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do "outro em si"**, foi realizado a partir da experiência de mais de quinze anos de uma psicanalista atendendo/negociando com receptores, doadores, família e equipe de saúde no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.

Trata-se de uma tese defendida pela psicóloga **Maria Lívia Tourinho** em **2006**, como requisito parcial para obtenção do titulo de Doutora. A autora revela, em seu texto, conteúdo importante escrito em um estilo de escrita leve e bem articulado, que em alguns momentos traz certo ar cômico ao tratar de situações emblemáticas.

A seguir um pouco do trabalho árduo de uma psicanalista que ousou transitar por temas considerados "tabus" dentro de uma instituição, com intuito de definir o papel do serviço de psicologia em uma equipe médica de transplantes hepáticos.

A autora começou a integrar a equipe de transplantes no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo em 1990, um ano após o primeiro transplante com doador vivo ter sido feito no mundo por essa mesma equipe.

> "O convite para trabalhar na disciplina de transplante hepático veio da então diretora da divisão de psicologia do instituto central do HCFMUSP, Profª. Dra. Mathilde Neder, que me informou da

> necessidade de colocar um psicólogo na disciplina de transplante de fígado a pedido dos professores Sergio Mies e Silvano Raia, que desenvolviam suas atividades cirúrgicas na área de transplante de fígado com abordagem multiprofissional, e por razões para mim desconhecidas naquela ocasião, não conseguiam acertar um psicólogo que se mantivesse no programa de forma, para eles, satisfatória" (Tourinho, 2006, p. 43)

O objetivo específico da pesquisa de Tourinho foi à formalização teórica no processo de inserção e construção do lugar do psicanalista na equipe.

> "Na primeira oportunidade "social", a uma pergunta do tipo "como está indo?", respondi com uma pergunta: "Para onde?" (Tourinho, 2006, p. 45)

Em seu texto ela deixe evidente que quando ingressou na equipe não existiam demandas para o seu trabalho, mas sim pelo cargo, sua função não estava definida e ela precisou conquistar seu espaço negociando com o grupo quais seriam as suas funções. Entende-se que a equipe de alguma maneira sabia da importância do psicólogo, mas por algum motivo até aquele momento ainda não havia conseguido encontrar um profissional que se adaptasse ao setor.

Argumenta que depois de algum tempo conseguiu entender o porquê desta dificuldade. Uma serie de contradições éticas e subjetivas que envolvem o trabalho, acabam dificultando o surgimento de discussões e análises que realmente buscam esclarecer o fenômeno e talvez por isso a dificuldade para o psicólogo se firmar na equipe.

Como é possível pensar nas demandas do psicólogo, se os responsáveis pelo procedimento estão confusos sobre questões de ordem subjetivas, que são especificamente o campo de estudo da psicologia.

No momento Iremos nos cercar apenas das contradições que versam sobre a modalidade de cirurgia com doador vivo, visto ser esse o objetivo da presente pesquisa.

Ao assumir o papel de cirurgião no procedimento com doador vivo, o médico é convidado de certa maneira a assumir o papel de Zeus, visto que a segurança do doador deve ser preservada a qualquer custo e subjetivamente não se espera em hipótese alguma a sua morte.

Mesmo que concretamente o fato de haver risco para o doador tenha sido explicitado exaustivamente tanto para o sujeito, como para a família e autoridades, é difícil para o médico pensar na possibilidade de perder um individuo completamente saudável.

Caso um doador venha a falecer devido a alguma complicação, mesmo que o médico não tenha sido nem imprudente, nem negligente e nem imperito, ainda assim é provável que ele venha experimentar uma série de sentimentos angustiantes e se considerar responsável pela morte de um individuo.

No presente estudo, o processo de doar não deve ser considerado um ato heroico apenas do sujeito, mas também do médico que coloca muita coisa em jogo.

Esse profissional pode até estar assumindo um risco em troca de benefícios, mas e o doador, não espera nada em troca? Essa pergunta vai ser respondida mais a frente, mas antes disso vamos nos concentrar na posição do médico.

> "O que há de tão incomodo para a equipe a partir da presença de doadores vivos? Vimos o compromisso com a não morte de mortal, em primeiro lugar. Depois o enigma da doação e sua relação com o amor" (Tourinho, 2006, p. 87).

Segundo a autora o médico fica em uma posição subjetiva complicada, porque as mensagens se confundem. Relata que chegou um momento no período em que trabalhava na equipe que os médicos começaram a lhe pedir ajuda para lidar com estas questões subjetivas. Descoberto o lugar do psicólogo!

> "...e qual não é nossa surpresa quando escutamos um médico solicitar de nós a ajuda para detectar o amor como meio de segurança de seus próprios atos!" (Tourinho, 2006, p. 87).

A autora estabelece que a equipe acreditava no amor como sendo força motriz para a decisão de doar, bastaria classificar esse amor e assim definir se o sujeito está apto ou não para ser doador. Esse modelo de avaliação não é o ideal na opinião de Tourinho.

> "Mas o que nos interessa aqui é que estamos diante de pacientes que agem como se amassem – então, por isso devem ser reprovados? Não. Cabe a equipe na medida em que oferece o transplante intervivos, suportar o que vier, e nunca sabemos a priori o que virá. De novo estamos no campo da ética" (Tourinho, 2006, p. 90).

Para a autora, muitas vezes os motivos explicitados em um primeiro momento pelo doador nem sempre são os que representam da melhor maneira aquilo que o sujeito sente verdadeiramente, o analista pode ajudar o doador a perceber os significados que estão por traz dos discursos manifestos.

Ela relata que normalmente o doador já chega decidido e não espera ser convencido do contrário, por esse motivo e outros, as pessoas não se sentem confortáveis para questionar esse o ato.

> "Os doadores, por sua vez, apresentam-se quase que unanimemente dispostos a provar que a sua declaração de que pretendem doar parte de seu fígado é absolutamente verdadeira e inquestionável, e imediatamente passam a relatar que, ao saberem da possiblidade de salvar a vida daquela determinada pessoa que precisa de transplante, se sentiram impelidos a doar, porque a omissão ou a recusa seria algo da ordem do insuportável. Seria como dar a sentença de morte a alguém, fazendo, com frequência, referencia ao que chamam ética: Salvar a vida de alguém é uma obrigação ética, portanto, isso não está em questão. Não há o que decidir, é um fato" (Tourinho, 2006, p. 78).

Todos os trabalhos sobre o tema, incluindo o presente estudo, revelam que a decisão do sujeito acontece antes mesmo dele saber os riscos e consequências que implicam no processo de doação.

Como já foi afirmado anteriormente, esse processo de decisão automático costuma fazer com que as pessoas considerem apenas o altruísmo como força motriz para a tomada de decisão do doador. A força do ato heroico acaba por isentar o sujeito de maiores questionamentos.

Entretanto, a partir de sua experiência a autora demonstra que considerar apenas o amor e o altruísmo como fatores preponderantes na tomada e decisão do doador não é viável, já que muitas vezes questões morais também tem um papel importante na tomada de decisão do individuo.

> Embora a questão seja colocada pelos pacientes como pertencente ao campo da ética, parece que, a bem da verdade, eles falam de questões morais relacionadas aos conceitos e preconceitos de vida e a própria visão de mundo e crenças religiosas de cada um, dificilmente colocando o ato de receber ou de doar como atos decorrentes de sua posição subjetiva, no campo do desejo, portanto, no campo da ética (Tourinho, 2006, p. 80).

Explorar os motivos que vão além da ética, significa muitas vezes mexer em temas considerados “tabus” e isso traz implicações que podem gerar angustia num primeiro momento, mas que podem evitar ruídos em relação às expectativas do procedimento e trazer benefícios.

Uma análise mais profunda sobre a relação entre doador e receptor é importante para que os posicionamentos não apenas manifestos, mas também subjetivos desta relação estejam alinhados. Muitas vezes as relações entre doador e receptor podem piorar depois da cirurgia.

.

> “A intervenção do psicanalista no Serviço tem sido no sentido que vai da moral à ética; na direção do desejo de cada um; na tentativa de permitir tanto ao receptor quanto ao doador um melhor posicionamento subjetivo em relação ao seu ato, fazendo com que passe do “não tenho escolha” do campo da moral ao “essa é escolha que faço” do campo da ética do desejo, assim podendo lidar de forma mais responsável com as consequências de seu ato” (Tourinho, 2006, p. 81).

Considerar que os indivíduos estão conscientes de suas escolhas a partir de uma análise superficial é um equivoco, visto que temas traumáticos quando não elaborados adequadamente podem gerar conflitos e arrependimentos.

> “Um paciente que havia doado parte de seu órgão motivado por questões morais, ao falar com o psicanalista na primeira sessão após a cirurgia, ainda internado, conta de um sonho no qual pedia a seu vizinho de leito, o receptor, que devolvesse o troco, ao mesmo tempo em que lhe colocava uma faca no pescoço. Ao acordar, não o faz, mas imediatamente fantasia que, ao amanhecer, brincara com ele: ”Como vai meu fígado? Trate bem dele, senão dou um jeito de toma-lo de volta.” Angustiado, pois sabe que não há troco, relata que tem medo de se arrepender. Claramente, já arrependido” (Tourinho, 2006, p. 81).

Os seres humanos muitas vezes não são capazes de se decidir por coisas triviais, como a cor de um carro ou pelo tamanho da prótese em uma plástica, porque então supor que um tema delicado como a decisão de doar possa ser elaborado assim tão facilmente. A autora considera a necessidade de analisar cada caso para permitir a cada um a tomada de consciência de seu desejo e a responsabilização pelas consequências.

O psicanalista na equipe pode ocupar o papel de interlocutor, garantindo que a subjetividade dos indivíduos seja considerada tanto em processos de avaliação, como no suporte.

> “Para nós é de fundamental importância que esses pacientes possam enfrentar o procedimento cirúrgico a partir de outra posição subjetiva, dado que as consequências desses atos sustentados pela questão moral promovem a omissão do sujeito – que ignorante de seu desejo, não consegue suportar seu próprio ato. Em função disso ele termina produzindo, especialmente no pós-transplante, reações psíquicas graves, tais como depressões e melancolias ou o estabelecimento de relações marcadas por extrema agressividade, nas quais se vê impedido de falar, e com isso enfrenta uma dificuldade significativa de lidar com

seus afetos, atuando de forma sintomática e chegando, por vezes, a passar a ato o que não pode ser dito” (Tourinho, 2006, p. 80).

A autora propõe que o papel do psicanalista na equipe precisa ser balizado a partir da experiência do outro em si, isto é, o discurso só se constrói na presença do outro. Propõe ainda que as demandas só devem ser sugeridas a partir das relações que se estabelecem no momento presente.

> “No discurso do analista, o outro não é objeto de seu saber; o outro é o sujeito, que a partir de sua própria produção coloca o seu saber no lugar da verdade. Quando se trata do saber sobre o que é melhor, nos sabemos que entre o universal e o particular, está cada sujeito” (Tourinho, 2006, p. 74).

Um discurso já construído que traz suas próprias demandas antes do contato com o próprio sujeito dificulta a expressão de historias de vida que não podem ser generalizadas aleatoriamente dentro de um protocolo rígido, o prejuízo termina refletido no turvamento de questões subjetivas, particulares e inerentes à consciência humana, que quando desprezadas ou exploradas por modelos que não consideram a individualidade acabam por gerar desgaste.

Especificamente na situação do doador vivo, tornar claras questões subjetivas que muitas vezes dificultam as relações, e explorar os verdadeiros significados do discurso não se prendendo naquilo que é manifesto, contribui para que situações de arrependimento sejam evitadas.

O sujeito ao adquirir maior clareza sobre os fatos que estão motivando a sua decisão, consequentemente estará mais preparado para fazer suas escolhas e se sentir satisfeito com elas. Essa afirmação deixa claro que a intenção não é desmerecer o ato, mas sim contribuir para que o indivíduo passe por essa experiência simbólica extraindo o melhor significado possível.

A autora comenta que, num determinado momento, o efeito de suas intervenções lhe garantiu um lugar especifico na equipe, como alguém que poderia alertá-los quanto aos perigos de se fazer o que a Ciência impõe, mas excluindo o sujeito, conquanto fosse em nome do seu próprio bem.

A seguir serão expostas algumas ideias expostas por **Claire Terezinha Lazzaretti** no artigo intitulado: **Transplantes de órgãos: avaliação psicológica**, publicado na revista *Psicologia e Argumento* em **2006**.

A autora conta com mais de dez anos de experiência em unidades de transplantes de órgãos no Hospital das Clínicas do Paraná, mais precisamente nos serviços de transplante renal e hepático.

Assim como Tourinho, Lazzaretti relata a sua vivencia buscando extrair significados que vão além do discurso objetivo, e discutindo a necessidade da inserção do psicólogo dentro de um atendimento multidisciplinar em todas as etapas do procedimento de transplante.

A autora descreve um protocolo de avaliação psicológica que vem sendo utilizado com os doadores (anexo 3); o instrumento é interessante, pois permite obter uma melhor compreensão do individuo e um registro da história pregressa e atual de cada participante, sua saúde mental, uso de drogas e a compreensão do procedimento de transplante a que vai se submeter.

Ela defende que a condição do transplante trás por si só temas muito delicados, que precisam ser abordados e resolvidos antes da cirurgia. Deixar de trabalhar estas questões não só deixa de trazer benefícios, como pode de alguma maneira também trazer malefícios.

> O transplante pode provocar inúmeras implicações psicológicas que afetam o doador e o receptor do órgão. A atitude diante do transplante depende das características subjetivas de cada paciente. A motivação tanto do doador como o receptor para o transplante atualiza conflitos psicológicos que devem ser reconhecidos e abordados antes da cirurgia (Lazzaretti, 2006, p. 35).

Convida-se agora o leitor a refletir sobre a seguinte citação de Lazzaretti tomando como ponto de comparação o trabalho de Tourinho (2009). Pretende-se om isso deixar ainda mais clara a coerência entre os dois trabalhos, mas evidenciando sutilizas que garantem interpretações que trazem a discussão mais para um lado ou outro.

> “As respostas para está inquietação requerem a avaliação das características psicológicas do doador e do receptor, os vínculos emocionais ou a existência de outro tipo de relação entre eles, à posição deles na família e as características básicas das redes de relações sociais” (Lazzaretti, 2006, p. 38).

No discurso de Lazzaretti o foco continua voltado para as questões subjetivas, contudo o sujeito e os seus atos são investigados dentro de uma perspectiva mais psicossocial.

A soma do conhecimento adquirido nestas duas pesquisas foi fundamental para as conclusões alcançadas no presente estudo, pois as informações se completaram e isso gerou um ótimo campo de análise.

As duas autoras são taxativas ao afirmar que as relações se constroem a partir do outro e por isso nenhuma delas se prende a discursos prontos quando se pensa em intervenção. Apesar de Lazzaretti propor um protocolo básico de avaliação, a autora se mostra avessa a qualquer tipo de rigidez que possa de alguma maneira vir a desconsiderar a subjetividade inerente ao processo.

> “As transformações das relações emocionais que permeiam todo o procedimento de transplante são causadas pela imprevisibilidade da dinâmica das relações existentes e dificilmente podem ser diagnosticadas por meio de protocolos clássicos” (Lazzaretti, 2006, p. 39).

Depois de toda esta análise, novamente voltamos a seguinte questão: O que faz o doador se predispor ao ato? A autora responde a essa pergunta com a seguinte proposta:

> Considera-se como meio para alcançar este objetivo as entrevistas psicológicas, por meio da escuta clínica voltada para as determinações inconscientes deste querer de doação. Para entender a relação atual estabelecida no ambiente familiar é necessário saber a sua dinâmica interna, suas características e modelos de funcionamento. Os

membros da família do paciente estão em um estado ansioso especifico, carregado com dilemas e frustrações que são constituídas em ambos os níveis, consciente e inconsciente, e são manifestos por vários comportamentos (Lazzaretti, 2006, p. 39).

Assim como Tourinho (2009), a autora afirma que muitas vezes se supõe o altruísmo como fator preponderante na tomada de decisão do doador sem que uma analise, em suas palavras, mais profunda dos ”impulsos inconscientes” seja realizada, possibilitando assim um melhor entendimento para o sujeito sobre a razão de seus atos.

> “Os doadores muito raramente estão prontos para expressar suas dúvidas e sentimentos íntimos. A maioria dos doadores tende a tomar a decisão sobre a doação de um órgão impulsivamente, sem consideração racional, sob influência de um forte afeto, frequentemente até mesmo sem adquirir algum conhecimento preliminar sobre as sutilezas do procedimento” (Lazzaretti, 2006, p. 39).

Depois que o transplante é realizado, doador e receptor estabelecem uma relação muito própria e delicada, o órgão acaba se tornando o símbolo de um laço. Segunda a autora isso não significa que esse laço caminhe para o lado dos aspectos positivos:

> “Um senso exagerado de responsabilidade e obrigação por parte do receptor e a necessidade emocional de um individuo de propriedade sobre o presente doado pode mudar a qualidade da relação e pode criar um vínculo hostil entre eles” (Lazzaretti, 2006, p. 39).

A autora conclui seu artigo afirmando que o papel do psicólogo clínico é introduzir e respeitar a dimensão subjetiva do paciente durante todo o processo.

> “O psicólogo clínico oferece uma escuta e trata as condições psicopatológicas com a ideia básica de possibilitar ao paciente um lugar

para falar e se possível elaborar a situação que a doença lhe submeteu, dando significado à existência dele apesar de limitantes significações." (Lazzaretti, 2006, p. 40).

O terceiro artigo a ser apresentado foi publicado em 2005 na revista **Arquivos de Gastrenterologia** por **Júlio Cezar Uili Coelho, Mônica Beatriz Parolin, Giorgio Alfredo Pedroso Baretta, Silvania Klug Pimentel, Alexandre Coutinho Teixeira de Freitas e Daniel Colman** com sujeitos atendidos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, sob o titulo **Qualidade de vida do doador após transplante hepático intervivos**.

Os sujeitos entrevistados nesta pesquisa fizeram o transplante e são atendidos no mesmo hospital em que os autores da pesquisa atendem. Para diminuir a importância deste fado, foi solicitada a colaboração de um médico não vinculado ao serviço de transplantes para que realizasse as entrevistas dos doadores submetidos ao processo cirúrgico.

Trinta e sete sujeitos foram submetidos a um questionário fechado de vinte e oito perguntas (anexo 4). Trinta e dois sujeitos são parentes de primeiro ou segundo grau do receptor.

A seguir está descrito um trecho do artigo que relata os resultados quantitativos que foram alcançados. Os dados foram manipulados a partir de tratamentos estatísticos que consideraram fatores de correlação e coerência interna do instrumento.

"O esclarecimento do caráter voluntario da doação foi adequado para todos os pacientes. Apenas um (2%) não doaria novamente. A dor no pós operatório foi pior do que esperado para 22 pacientes (59%). O retorno das atividades normais ocorreu em menos de três meses para 21 doadores (57%). Vinte e um doadores tiveram perdas financeiras (57%) com a doação devido a gastos com medicamentos, exames, transportes ou perda de rendimentos. Trinta e três (89%) não tiveram modificação ou limitação na sua vida após a doação. Os aspectos mais negativos da doação foram a dor pós-operatória e presença da cicatriz pós-cirúrgica. A maioria das complicações pós-operatórias foi resolvida

com o tratamento clínico, mas complicações graves ou potencialmente fatais ocorreram em dois pacientes" (Coelho e cols., 2005, p. 83).

Está pesquisa com enfoque experimental, foi muito importante para a confirmação das conclusões que foram alcançados no presente estudo, já que os dados objetivos seguiram a mesma direção daquilo que está sendo postulado.

> "No que diz respeito aos principais motivos que levaram o sujeito a doar, os autores relatam que salvar a vida do receptor apareceu em 22 depoimentos (59%) Mas outros motivos também foram registrados tais como, a vontade de ajudar o receptor (5%), diminuir o sofrimento do receptor (11%), vinculo familiar com o receptor (8%) além de outros motivos (8%)" (Coelho e cols., 2005, p. 84).

De certa maneira, os dados corroboram o que já vem sendo dito. Num primeiro momento, a explicação por parte do doador sobre os motivos que o levaram a doar, continuou se concentrando na afirmação "salvar a vida do receptor".

As duas categorias seguintes, "vontade de ajudar o receptor" e "diminuir o sofrimento do receptor", poderiam constituir uma única categoria juntamente com a primeira, pois coexistem em harmonia se o critério ética for utilizado, isto é, ser solidário com o próximo indiferente aos benefícios que isso possa trazer.

A penúltima categoria, vínculo familiar com o receptor, revela posicionamentos que ultrapassam a questão da ética e envolvem o individuo em um conflito diferente, o da moral. Essa categoria juntamente com a última foi a que apresentou o menor número de sujeitos, pode-se relacionar este fato ao dado que já foi relatado pelas outras autoras sobre analises muitas vezes superficiais que não consideram aspectos morais.

Tudo indica que uma quantidade menor de indivíduos reflete com cuidado sobre as verdadeiras razões que motivaram a decisão de doar. Talvez porque quando isso acontece e a barreira dos "tabus" cai, motivos ligados a questões morais surgem no discurso do doador e isso pode ser doloroso.

As pessoas procuram evitam situações que trazem sofrimento, decidir ser doador significa explorar a mente sem conceitos e preconcebidos e trilhar

um caminho de aventuras num mundo desconhecido, o resultado pode ser a consagração do herói, ou da falácia da ciência.

A ultima categoria, outros motivos, não trouxe dados suficientes que possibilitassem analise mais profundas, de qualquer maneira, ela indica que nem sempre os motivos estão claros para as pessoas.

O estudo também investigou quais foram os aspectos mais positivos na percepção do doador sobre o transplante:

> "Nove (24%), não relataram nenhum aspecto negativo, O aspecto mais positivo foi à recuperação do receptor em 19 (51%) dos casos, sensação de ter ajudado (12 32%), melhora da autoestima em três (8%) e melhora do relacionamento com o receptor em 1 (2,7 %). Dois pacientes negaram qualquer aspecto positivo da doação." (Coelho e cols., 2005, p. 86).

Mais uma vez uma interpretação mais aprofundada pode ser realizada a partir dos dados apresentados. A maior parte dos sujeitos continua se referindo apenas a questões éticas de caráter altruístico como aspecto mais positivo da doação, apenas a menor parte da amostra percebeu algum tipo de beneficio e isso pode estar ligado à dificuldade de aceitar a possibilidade de ganhos com a doação.

As duas primeiras categorias, melhora do receptor e sensação de ter ajudado, poderiam ser aglutinadas caso o critério de classificação fosse à ética. Essa informação era esperada, pois como já foi dito anteriormente é esperado que em um primeiro momento o sujeito se refira apenas à vontade de ajudar o próximo. Não existe demérito nenhum nisso, trata-se apenas de um dado.

Três doadores se referiram a uma melhora na autoestima, isso evidencia a possibilidade que o doador tem de passar pela experiência e de alguma maneira se transformar no sentido melhor da palavra.

Esse trocadilho com, "sentido melhor da palavra" / "melhor sentido da palavra", não surgiu intencionalmente, mas de qualquer forma reflete a dificuldade de encontrar significado para o desejo do outro.

A experiência adquirida no presente estudo após analise dos dados sugere que, descrições de comportamento superficiais e declarações objetivas

do tipo sim / não, são insuficientes para investigar um traço tão subjetivo como melhora da autoestima.

Na verdade a melhora já pressupõe uma condição anterior, neste sentido o estudo só pode ser feito comparativamente, e isso implica em algo em função de outro algo, necessariamente. O que se quer provar com isso é que talvez um número maior de sujeitos provavelmente fosse alocado nesta categoria que revela benefícios para o doador, caso análises mais minuciosas fossem realizadas.

Todo este realce para a questão da autoestima tem um motivo, o leitor mais a frente irá descobrir que a tese do presente estudo reside justamente na possibilidade de demonstrar ao sujeito doador que um número imenso de vivências atribuídas a experiências similares vem sendo construídas através do tempo, e que muitas delas levam ao crescimento pessoal.

Um número menor de sujeitos se referiu sobre questões morais ligadas a possibilidade de benefícios próprios. Isso era esperado, pois quanto maior a representação nas questões éticas, maior o afastamento das questões morais.

Não se pretende postular uma fórmula de proporcionalidade inversa, até porque os pesquisadores do presente estudo acreditam que coexistem forças que influenciam o individuo e não apenas duas variáveis dicotômicas.

As categorias, “melhora na relação com o receptor”, “aumento de autoestima” e “sensação de ter ajudado”, poderiam ter sido agrupadas em uma mesma categoria caso o critério de definição tivesse como base indicadores que considerassem a moral. Mas mesmo assim a quantidade de sujeitos ainda é bem menor daquilo que está descrito nas duas primeiras categorias ligadas à ética.

Muitas considerações puderam ser feitas a partir deste estudo, não apenas considerações convergentes, mas também conclusões divergentes. A seguir serão expostas algumas possíveis críticas, levantadas no presente estudo, sobre a interpretação atribuída aos dados que foram coletados pelos autores do artigo ora discutido.

Está analise não deve perder de vista a diferença de método empregado pelos pesquisadores, pois enquanto as duas autoras apresentadas anteriormente trouxeram uma análise qualitativa do fenômeno, o artigo em questão se utiliza de métodos quantitativos, buscado responder às perguntas

de uma forma direta, mais próxima daquilo que é esperado pelo médico, profissional especialista em métodos experimentais.

Os dados foram dados coletados por meio de um questionário fechado, aplicado por um entrevistador neutro, numa boa quantidade de sujeitos e por fim, um tratamento estatístico que possa garantir uma correlação significativa entre as variáveis do estudo. Os resultados apurados permitiram aos autores as seguintes conclusões:

> "A qualidade de vida não muda após a doação. A quase totalidade dos doadores apresenta boa recuperação e retorna completamente as suas atividades normais poucos meses após a doação. O aspecto mais negativo da doação é a dor pós-operatória. Complicações operatórias são frequentes e complicações fatais podem ocorrer" (Coelho e cols., 2005, p. 87).
>
> .

A transformação dos dados da esfera quantitativa para a qualitativa, também é um resultado que um pesquisador busca, e algumas vezes exige uma interpretação que ultrapassa os limites do discurso manifesto. Buscar o significado daquilo que está por traz do discurso, significa lidar com questões contraditórias e posicionamentos subjetivos conflituosos. O objetivo de um trabalho pode residir na tentativa de se trazer outra luz ao fenômeno.

Uma pesquisa com um número razoável de sujeitos, conduzida sob forma de delineamento experimental ou correlacional, nos dá uma segurança quanto aos dados obtidos e sua ocorrência na população estudada. Todavia Turato (2005) nos alerta para a possibilidade de se buscar uma compreensão mais ampla sobre os dados obtidos, principalmente quando estão em jogo características de comportamento de risco e de proteção à saúde. Temas subjetivos podem necessitar de análises próprias com vistas a uma generalização mais comedida do fenômeno estudado. Desta maneira, o trabalho de atendimento aos pacientes feito pela equipe de saúde, incluindo-se nela o psicólogo, será mais eficiente.

Tanto aspectos positivos como a melhora na autoestima, como negativo tipo dor e prejuízos de diversas ordens, nem sempre são suficientemente abordados para que os pesquisadores e profissionais possam construir um

canal entre o discurso manifesto restrito ao sim ou não, em comparação a outros indícios trazidos pelo sujeito.

A partir das discussões destes três artigos, conclui-se que o processo de tomada de decisão do doador vivo no transplante hepático não pode ser explicado com análises que consideram o processo decisório como uma ponderação de variáveis por meio da razão lógica, como propõe a teoria da economia, que postula a razão como ferramenta única no processo de tomada de decisão.

Foi provado que as verdadeiras razões que fazem com que um sujeito se candidate a doação podem estar além da consciência. A exposição feita até agora deixou claro que a decisão não se restringe ao altruísmo e que tampouco não existem expectativas de benefícios por parte do doador. Mas não é o objetivo do presente estudo se contentar com a explicação da moral agregada à questão do amor para explicar os motivos que levam um sujeito a se propor ao ato, pois se concentrar neste dado por si só não agrega valor no sentido de buscar ferramentas que promovam intervenções adequadas que auxiliem o doador na travessia.

Partindo-se do pressuposto da impossibilidade de acessar todos os dados que influenciam a tomada de decisão dos sujeitos, chegou-se a conclusão que seria necessário algum tipo de análise que de alguma maneira considerasse o caráter subjetivo do fenômeno.

A partir deste ponto, a exposição deixa de tratar especificamente da doação de órgãos e entra no campo das ciências cognitivas para tentar entender como acontece o processo de Tomada de Decisão Complexa nos seres humanos.

Se desbravar nesta busca significou primeiramente tentar entender o que significa dizer que um sujeito agiu por impulso, intuição, com o coração, ou de qualquer outra maneira que deixe claro que a razão não foi o meio preponderante no processo decisório. Um neurologista português chamado Antônio Damásio (Damásio, 1996) defende a ideia dos “marcadores somáticos” para explicar essa lacuna.

Em sua teoria argumenta ser inviável dissociar a emoção da razão no processo de tomada de decisão, e que se isso por algum motivo acontece, as consequências podem não ser boas para o sujeito.

A palavra inviável foi escolhida para se referir a essa questão, ao invés do termo impossível, justamente porque o “fio da meada” proposto pelo autor se inicia com a descrição do caso de um sujeito que após sofrer uma lesão no córtex cerebral, começa a tomar decisões desacertadas tanto na esfera pessoal como social, e a proposta é que está alteração está ligada a perda de estruturas carregadas com memorias “afetivas”, denominadas pelo autor como “marcadores somáticos”. Essas estruturas são responsáveis por gerar respostas adaptativas do organismo com vistas à adaptação ao meio, a partir de experiências passadas.

As reações tanto de ordem física como psíquica que foram mencionadas no texto acima, podem ser desencadeadas tanto por estímulos internos quanto externos, e essas alterações constituem o conceito de emoção para o autor.

Nem sempre as respostas são geradas a partir dos estímulos conscientes, pois dentro de uma perspectiva evolucionista as razões muitas vezes estão além do entendimento do próprio sujeito.

Bussab e Ribeiro (2006) afirmam que nem sempre as funções adaptativas das estruturas simbólicas existentes nas culturas são nítidas. Isso significa dizer que o processo de ensino e aprendizagem está além de movimentos conscientes, e que de alguma maneira estruturas culturais são selecionadas e transmitidas geneticamente.

A emoção então teria função de auxiliar o individuo a lidar com o meio encontrando as melhores respostas adaptativas possíveis, entende-se que as melhores respostas são aquelas que segundo a psicologia evolutiva trazem os melhores benefícios no que diz respeito à sobrevivência e reprodução.

Considerar as emoções como ferramentas que promovem adaptação ao meio exige uma reflexão sobre as relações sociais que o sujeito desenvolve durante a existência, já que essencialmente o ser humano se constitui em um animal gregário.

Os estudos apresentados demonstram que a tomada de decisão do doador está relacionada tanto a questões éticas quanto morais. A seguir será discutido o capitulo de um livro intitulado “The moral emotions” de Jonathan Haidt:

> *“The puzzle of the moral emotions is that Homo Sapiens, far more than any other animal, appears to devote a considerable portion of its emotional life to reacting to social events that do not directly affect the self* “(Haidt, 2003, p. 853).

A teoria propõe que os sujeitos equalizam suas relações por meio de reações físicas e psíquicas (emoções), que influenciam e são influenciadas pelas reações físicas e psíquicas (emoções) de outros sujeitos. Supõe-se que durante a fase inicial da civilização esta característica teria ocupado um papel ainda mais evidente.

Quando a comunicação ainda era pouco refinada, as mensagens precisavam ser transmitidas por expressões corporais geradas por esse conjunto de reações físicas e psíquicas chamadas de emoções, e isso foi o que ajudou a modelar comportamentos que possibilitaram o homem viver em sociedade.

Um sujeito, quando age de forma moralmente contrária as suas convicções, se sente envergonhado ao refletir sobre a impressão que isso causará, assim como uma mãe ao comprar um presente para o filho também se sente feliz só de vislumbrar a alegria da criança.

> *“Once people (or earlier hominids) began reacting with contempt, anger, and disgust to social violations, it became adaptive for individuals to monitor and constrain their own behavior* “(Haidt, 2003, p. 859).

O autor propõe que as emoções morais podem ser classificadas em duas famílias maiores e duas famílias menores. Isso não significa que essas quatro categorias englobam todas as denominações possíveis para as emoções morais, mas pelo menos evidencia algumas delas.

“Uma das famílias maiores é composta pelos sentimentos de raiva, desprezo e nojo (*contempt, anger and disgust*); a outra família maior é composta pelos sentimentos de vergonha, embaraço e culpa (*shame, embarrassement and guilt*). Uma das famílias menores é composta pelo sentimento de compaixão *(compasssion*); e a outra família menor é composta

pelos sentimentos de gratidão e transcendência (*gratitude e elevation*)" (Haidt, 2003, pag. 855).

Postula ainda que as emoções morais são simultaneamente produto da evolução e roteiro cultural modelado pelo meio, pois agem simultaneamente num imbricado jogo em que não se determina uma ordem de ação para essas forças.

Também afirma que nos comportamentos humanos muitas vezes há muito mais moralidade do que altruísmo. Esse dado corrobora algumas contribuições alcançadas no estudo sobre a tomada de decisão do doador, pois significa dizer que sempre existem benefícios mesmo que estes não sejam aparentes.

Importante dizer que a corrida evolutiva que garante a preservação da espécie se move no sentido do gene e não do grupo, em termos de resultados finais o sujeito de uma forma ou outra estará sempre olhando para si. Se pensarmos no fenômeno da doação nessa perspectiva, torna-se importante identificar quais seriam esses benefícios.

Vale ressaltar que quando se fala em evolução, as análises são feitas nos campos ontogenético, filogenético e funcional, e isso envolve o logo prazo, quer dizer, milhões de anos. É ontogenético porque considera a historia de vida do individuo, filogenético porque considera a historia da espécie e funcional porque significa voltar ao conceito de resposta adaptativa.

Pesquisadores que se preocupam com questões ligadas a evolução supõe que as estruturas simbólicas podem ser consideradas como promotoras de sobrevivência em sociedade pela facilitação de coadaptarão entre os indivíduos (Rinos, 1996).

Sendo assim, conclui-se que de alguma maneira os indivíduos são dotados de estruturas carregadas de informações transmitidas de geração para geração. Essas estruturas são recicladas a partir de outros estímulos provenientes do meio em que o sujeito está inserido e assim essa estrutura se transforma e caso esse indivíduo procrie as estruturas que lhe foram transmitidas por seus antepassados acrescidas de suas próprias experiências, irão ser passadas para os seus descendentes.

> Concebe-se a estrutura sociocultural como produto de cérebros moldados pela seleção e, portanto, ligada as propensões comportamentais, atitudes, medos e ansiedades dos indivíduos. Por isso práticas culturais, rituais e crenças não podem ser entendidos sem que a natureza desses indivíduos também o seja. Os mitos devem ser vistos como um processo de criação continua, elaborados coletivamente, representando as maneiras de lidar com as cognições e emoções vividas pelo individuo, com o sexo, com o ambiente natural e com a morte e vida (Bussab & Ribeiro, 1988, p. 190).

Postular que a cultura vem perpetuando e selecionando comportamentos por meio de estruturas simbólicas passadas de geração para geração ainda não esclarece o significado da doação para cada indivíduo. Particularmente, na tentativa de encontrar essa resposta, o leitor será convidado neste momento a ingressar no universo dos símbolos. O dicionário de símbolos de Chevalier & Gheerbrant publicado em 1982, traz a seguinte definição para o conceito de símbolo:

> "O símbolo tem precisamente essa propriedade excepcional de sintetizar, numa expressão sensível, todas as influencias do inconsciente e da consciência, bem como das forças instintivas e espirituais, em conflito ou em vias de se harmonizar no interior de cada homem" (Chevalier & Gheerbrant, 1982, p. XIV).

Para a psicanálise o símbolo pode ser considerado justamente a ferramenta que favorece o trânsito entre os níveis de consciência, entre o conhecido e o desconhecido, o manifesto e o latente, o ego e o superego. O símbolo tem a função de desvendar aquilo que só pode ser desvendado pelo próprio sujeito.

A partir destas considerações, o leitor já deve ter suposto que o presente estudo propõe a utilização do símbolo como uma ponte que auxilie o doador a fazer sua travessia extraindo da experiência de ser doador o melhor significado possível. Como fazer isso?

> “Mas a imagem não toma valor de símbolo a menos que o expectador aceite uma transferência imaginaria, simples na realidade, mas complexa para a análise, transferência essa que o coloca no interior do símbolo e que coloca o símbolo no interior do homem, cada um participando da natureza e do dinamismo do outro numa espécie de simbiose. Essa identificação ou essa participação simbólica abole as fronteiras das aparências e conduzem a uma experiência partilhada. Realizam uma unidade.” (Chevalier & Gheerbrant, 1982, p.XXII).

O sucesso nesta tarefa de desvendar o símbolo está intrinsicamente ligado à capacidade que o sujeito tem de intuir sobre os possíveis e inesgotáveis significados.

> “O símbolo existe somente no plano do sujeito, mas com base no objeto. Atitudes e percepções subjetivas invocam uma experiência sensível, e não uma conceptualização. É próprio do símbolo permanecer indefinidamente sugestivo: nele, cada um vê aquilo que sua potencia visual lhe permite perceber. Faltando intuição, nada de profundo é percebido.” (Chevalier & Gheerbrant, 1982, p. XIV).

Antes de passarmos para a próxima etapa, objetivo e método, finda-se esse capitulo introdutório com o seguinte lembrete: quanto maior a capacidade de abstração do sujeito, maior será a quantidade e qualidade de significados extraídos de um símbolo.

O objetivo do presento do estudo é dar continuidade a pesquisas que possam contribuir para o conhecimento dos aspectos psicológicos envolvidos no processo de transplante de fígado intervivos.

6- Método

A realização deste estudo foi balizada a partir de uma perspectiva qualitativa e o instrumento de pesquisa utilizado foi à análise de conteúdo

> "...a análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos. Essa análise, conduzindo a descrições sistemáticas, qualitativas ou quantitativas, ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum". (Moraes, 2009, p. 8)

Gomes (2007) afirma que através da análise de conteúdo podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação. A outra função diz respeito à descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado. As duas funções podem, na prática, se complementar e podem ser aplicadas a partir de princípios da pesquisa quantitativa ou da qualitativa.

Neste sentido, a análise de conteúdo ultrapassa os limites da simples leitura dos conteúdos manifestos da mensagem, e funciona na verdade como uma ferramenta que auxilia o investigador a encontrar significados que se camuflam dentro de um intrincado jogo cognitivo que pode ou não estar sendo jogado de forma consciente pelo sujeito.

Atenta para a necessidade de se estabelecer essa característica fundamental na análise de conteúdo, Minayo (2009) propõe que a diferença entre a linguística e a análise de conteúdo reside do fato de que na segunda, o que se procura conhecer está por trás das palavras sobre as quais se debruça. A linguística é um estudo da língua, enquanto que a análise de conteúdo é uma busca de outras realidades através das mensagens.

Essa metodologia de pesquisa faz parte de uma busca teórica e prática, com um significado especial no campo das investigações sociais. Durante muito tempo

a academia considerou apenas os métodos advindos das ciências naturais como válidos na pesquisa cientifica, outras formas de apreensão do conhecimento eram muito questionadas e por isso dificilmente os métodos qualitativos eram aceitos para generalizações ou afirmações de teorias.

Com o passar do tempo a sociedade e comunidade acadêmica começam a perceber que se prender a velhos paradigmas não ajuda no desenvolvimento de novos saberes, desta maneira começam a surgir métodos que propõe outra forma de se fazer pesquisa.

Para Moraes (1999), a análise de conteúdo constitui-se em bem mais do que uma simples técnica de análise de dados, representa uma abordagem metodológica com características e possibilidades próprias.

Torna-se apenas importante esclarecer que o presente estudo e seu respectivo método aqui apresentado poderiam ser realizados a partir de uma perspectiva quantitativa, caso o numero de sujeitos investigados fosse maior. De qualquer maneira um trabalho como esse é fundamental para ser pensar as bases de uma pesquisa que envolva um número maior de participantes.

Optou-se utilizar um número menor de sujeitos com a intenção de explorar os dados coletados com maior profundidade. Essa decisão surgiu conforme as entrevistas começaram a ser realizadas. Constatou-se que as historias de certa maneira seguiam um padrão, e apesar de cada relato ser muito particular e único, ficou evidente que muitos aspectos estavam se repetindo.

Foi tomada a decisão de elaborar categorias - conceito a ser apresentado posteriormente - buscando entender os conteúdos que de alguma maneira ficaram mais significativo na fala destes sujeitos. Esta iniciativa nos deixou mais seguros para classificar e fazer inferências sobre o tema.

Nada impede que outras pesquisas com um número maior de sujeitos sejam feitas a partir das categorias a serem descritas neste estudo, pois uma pesquisa quantitativa pode servir para corroborar as considerações aqui apresentadas e quem sabe ainda generalizar as respostas para uma população maior.

Depois desta apresentação sobre algumas das possibilidades deste tipo de análise, importa estabelecer as bases que definem esta estratégia tão utilizada atualmente. A citação a seguir foi apresentada por Bardin em 1977. Essa autora se tornou um clássico para aqueles que trabalham com esta metodologia. Sua

notoriedade é tanta que os mais leigos chegam a mesclar erroneamente a criação da teoria com o seu nome:

> “O que é análise de conteúdo atualmente? Um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos – conteúdos e continentes - extremamente diversificados. O fator comum destas técnicas múltiplas e multiplicadas – desde o calculo de frequência que fornece os dados cifrados, até a extração de estruturas traduzíveis em modelos – é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução: a inferência. Enquanto esforço de interpretação, a análise de conteúdo oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Estes saberes deduzidos dos conteúdos podem ser de natureza psicológica, sociológica, histórica, econômica...” (Bardin, 1977).

Ainda que diferentes autores proponham diversificadas descrições das etapas que descrevem os processos de construção da análise de conteúdo, decidiu-se seguir as diretrizes apresentadas por Gomes (2007) por achar que sua proposta engloba de maneira geral todos os aspectos necessários para uma análise de qualidade: preparação das informações, transformação do conteúdo em unidades, categorização, descrição e interpretação.

Pensando na preparação do material, os pesquisadores responsáveis pela presente pesquisa optaram pela entrevista individual aberta para a coleta dos dados. Essa decisão foi tomada partindo-se do pressuposto de que a experiência sobre o tema por parte do pesquisador que saiu a campo seria importante para transpor as dificuldades intrínsecas a uma entrevista sem deixar que a coleta de dados ficasse prejudicada.

As entrevistas foram gravadas e o sigilo dos dados que possibilitassem a indicação dos colaboradores está assegurado. Posteriormente esses relatos foram transcritos e só então começaram os trabalhos de análise.

Na segunda etapa da pesquisa procedeu-se a codificação. Para isso fez-se uma análise exaustiva das entrevistas, para selecionar os trechos que na interpretação dos pesquisadores poderiam estar relacionados a aspectos psicológicos presentes no transplante de fígado intervivos.

Holsti (1969) define a codificação como um processo pelo qual os dados em bruto são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo. Segundo Gomes (1999), a natureza das unidades de análise deve ser definida pelo pesquisador. As unidades podem ser tanto as palavras, frases, temas ou mesmo os documentos em sua forma integral.

A codificação evidencia uma das possíveis críticas para aqueles que utilizam a análise de conteúdo como método. Para Bardin (1977), o analista no seu trabalho de poda é considerado como aquele que delimita as unidades de codificação, ou as de registro.

Isto significa que um pesquisador mais descuidado pode facilmente deixar se levar por interpretações particulares e codificar os dados a partir de concepções próprias e não a partir dos dados coletados. Na tentativa de diminuir esse possível viés, foi incluído o tópico sobre a experiência pessoal do pesquisador com as motivações que o levaram à escolha deste tema.

Com as unidades de registro já devidamente definidas, passou-se para a próxima etapa que se refere à categorização dos dados. A categorização é um processo do tipo estruturalista e comporta duas etapas: isolar os elementos e classificá-los tentando impor certa organização às mensagens.

Segundo Gomes (2007), a categorização é o procedimento de agrupar os dados considerando a parte comum existente entre eles. Classifica-se por semelhança ou analogia, segundo critérios previamente estabelecidos ou definidos no processo. Estes critérios podem ser semânticos, originando categorias temáticas; sintáticos definindo-se categorias a partir de verbos, adjetivos, substantivos; léxicos quando a ênfase é sustentada nas palavras e expressivos quando o foco recai sobre os problemas de linguagem.

Considerando os objetivos a que este trabalho se propõe, antes do inicio da coleta de dados já estava definido que está seria uma análise de conteúdo que utilizaria como classificação as “bases temáticas”.

Para Bardim (2009), fazer uma análise temática consiste em descobrir – núcleos de sentido – que compõe a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido. A análise temática é transversal, isto é, recorta o conjunto das entrevistas através de uma grelha de categorias projetadas sobre os conteúdos. Não se tem em conta à

dinâmica e a organização, mas a frequência dos temas extraídos do conjunto dos discursos, considerados dados segmentáveis e comparáveis.

Antes de expor as categorias que emergiram a partir das entrevistas com os doadores, será feita uma breve apresentação dos critérios utilizados na classificação das unidades.

Segundo Bardim (1977), um conjunto de categorias boas deve possuir as seguintes qualidades: a exclusão mútua, esta condição estipula que cada elemento não pode existir em mais de uma divisão; homogeneidade, um único princípio de classificação deve governar a sua organização; pertinência, uma categoria é considerada pertinente quando está adaptada ao material de análise escolhido, e quando pertence ao quadro teórico definido; objetividade e a fidelidade, o organizador da análise deve definir claramente as variáveis que trata, assim como deve precisar os índices que determinam a entrada de um elemento numa categoria e por fim, a produtividade, um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados férteis.

Para definir as unidades de registro que iriam compor cada uma das categorias, um detalhado trabalho de leitura e releitura foi realizado. Nomes provisórios para os títulos das categorias foram criados a partir das hipóteses, e depois disso, essas categorias começaram a ser preenchidas considerando os critérios previamente definidos.

A partir desse ponto iniciou-se a tarefa de testar cada uma das unidades de registro que compunham a categoria. A dificuldade surgiu nos momentos em que um mesmo item de alguma maneira também podia se encaixar em outra categoria. A solução que se buscou dar para essa dificuldade está ligada ao refinamento cada vez mais preciso utilizado para compor os critérios que organizam a unidade dentro de uma categoria ou outra.

Para Gomes (1999), em geral quanto mais subdivididos os dados e quanto maior o número de categorias, maior a precisão da classificação.

Mesmo depois de um imenso esforço da nossa parte, ainda sim convém explicar que dependendo da interpretação dada à determinada unidade de registro, essa pode facilmente se deslocar para outra categoria. Sendo assim, mais uma vez explicitamos a importância do papel do investigador quando decide fazer uma pesquisa usando como molde está técnica de análise.

Nos relatos dos doadores, os aspectos que mais ficaram evidentes nos discursos disseram respeito a: tomada de decisão; a relação com a equipe médica e as transformações tanto físicas como psíquicas depois da cirurgia.

A abordagem indutiva-construtiva foi a escolhida para lançar luz sobre o fenômeno. As categorias foram construídas com os relatos dos doadores e a partir disto a teoria, isto é, não pensando primeiro na teoria, mas sim no fenômeno que se pretendia investigar. Para concluir esta parte do texto, traz-se à baila uma última referencia:

Para Gomes (2007), a ênfase na subjetividade não é inconciliável com o rigor científico. Este não exclui nem substitui sentidos latentes e intuições não quantificáveis. A análise de conteúdo, numa abordagem qualitativa, ultrapassa o nível manifesto, articulando o texto com o contexto psicossocial e cultural.

7- Sujeitos e procedimentos

Foram entrevistados cinco doadores, na época da entrevista todos eles residentes no estado de São Paulo. Os cinco sujeitos foram operados pela mesma equipe médica. O primeiro contado foi feito via telefone e teve como objetivo convidar e esclarecer em linhas gerais o que se pretendia com a pesquisa.

Antes de começar as entrevistas os sujeitos foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos e fins do estudo, e posteriormente convidados a ler e assinar um termo que assegurava a participação livre, esclarecida e por espontânea vontade. (Anexos 1 e 2).

Após esse momento os sujeitos foram convidados a falarem livremente sobre a experiência vivida. Em geral os sujeitos se colocavam espontaneamente sobre a tomada de decisão, mas necessitaram de um tempo maior para falarem sobre as transformações advindas.

Foi previsto um plano emergencial de suporte psicológico caso algum dos participantes viesse a se sentir sensibilizado com o tema, todavia, apesar de o assunto suscitar emoções extremamente delicadas não houve a necessidade de intervenções emergenciais.

As entrevistas foram realizadas em lugar calmo e reservado, possibilitando desta maneira um espaço propício para que os entrevistados trouxessem suas histórias sem o risco de interrupções que pudessem causar constrangimento ou interferir na coleta de dados.

As entrevistas foram gravadas pensando na necessidade de utilizar os relatos da maneira mais fidedigna possível, contudo, o sigilo das informações foi assegurado e os sujeitos não poderão ser identificados.

8- Resultados e Discussão

Os relatos coletados durante as entrevistas deixam claro que o individuo deve ser considerado na sua totalidade, pois as histórias de cada um são únicas e de certa forma nem sempre podem servir para generalizações que mascarem a diversidade inerente ao ser humano. Contudo, também foi possível constatar que as pessoas de alguma maneira trazem padrões de respostas semelhantes quando vivenciam determinado fenômeno.

A elaboração das categorias não foi um trabalho simples e de alguma maneira traz o crivo do pesquisador em sua essência, já que outro investigador com outra ótica, poderia possivelmente alocar determinado item em uma categoria diferente.

Não obrigatoriamente esse outro pesquisador estará errado, pois a elaboração destas categorias precisa ser balizada a partir dos objetivos a que se quer alcançar. Considerar um único caminho como correto para todos os objetivos, pode determinar um erro metodológico no tratamento dos dados.

Neste sentido, caso o leitor encontre a necessidade de fazer perguntas de pesquisa diferentes das que foram aqui apresentadas, espera-se que o material disponibilizado seja suficiente. Para os fins desta pesquisa foram elaboradas três grandes categorias, a saber: a tomada de decisão: quero doar; vivenciando a experiência: sendo doador; e experiências pós-doação.

A primeira categoria descrita foi nomeada com o titulo, “A tomada de decisão - Quero Doar”, justamente por englobar aspectos que de alguma maneira se relacionaram com o momento da decisão do individuo. Refletir sobre a escolha pelo doar significou explorar as expectativas, fantasias e relações do doador com as pessoas a sua volta, conhecer as reações de familiares e amigos diante da tomada de decisão.

No segundo agrupamento foram evidenciados relatos que descrevem a relação entre doador e equipe de saúde. A categoria foi nomeada como “A relação com a equipe” por explorar o universo de pessoas que por uma situação de urgência são levados a ingressar no sistema de saúde e consequentemente começam a se relacionar com uma série de profissionais da saúde responsáveis pelo tratamento.

A terceira e ultima categoria elaborada reuniu dados que de alguma maneira descrevem mudanças físicas ou psíquicas para o doador. A categoria foi nomeada com o titulo, “experiências pós-doação”, porque os relatos deixam claro que uma pessoa quando decide por doar assume um desafio que inexoravelmente lhe trará transformações, podendo essas ser positivas ou negativas.

Os sujeitos foram descritos por S1, S2, S3, S4 e S5 para facilitar o manuseio e interpretação dos dados. As falas dos sujeitos estão expostas em itálico e os comentários do pesquisador no paragrafo normal.

- **A tomada de decisão: Quero doar!**

Essa categoria abrange relatos que corroboram a proposição de que as decisões do doador não ocorrem apenas por meio de processamentos cognitivos básicos, e que excluir o papel dessas outras forças atuantes apenas porque elas ainda são pouco conhecidas desconsidera a subjetividade do fenômeno. Como Damásio já havia proposto em seu livro o Erro de Descartes (1996) o sujeito vai além da razão ao escolher suas respostas, e isso o ajuda a lidar de forma mais adaptativa com o meio em que ele está inserido.

Caso as entrevistas pudessem ser prolongadas por mais tempo ou mesmo considerando esses mesmo sujeitos em um processo de análise, outros significados sobre os sentidos da decisão de doar poderiam surgir. Contudo, mesmo com entrevistas de aproximadamente uma hora já foi possível encontrar dados que se referem a questões morais e não éticas.

Um dos doadores citou o sacrifício que Jesus fez para os homens como um dos motivos que o levou a doar, justificou a decisão afirmando que assim como ele também se sentiu responsável por salvar outra pessoa.

Outro sujeito religioso também citou Jesus como fator preponderante que garantiu a segurança da sua decisão em momentos de incerteza em que as pressões do meio eram grandes.

O sujeito se sentiu responsável pela ação, foi questionado por suas próprias crenças e como resposta trouxe o ato solidário; talvez não de forma consciente, mas por de meio de algum mecanismo que foge a nossa compreensão.

Um dos sujeitos é Católico e o outro Protestante, ambos praticantes, fato que corrobora a literatura exposta no capitulo de introdução que afirma que o

doador não parente normalmente pertence a alguma agremiação religiosa cristã. Os motivos estão parecem estar ligados a necessidade de retribuição, que de certa maneira pode aliviar algum sentido de culpa inerente a esse credo.

Outra situação que pode ser classificada no campo da moral e não da ética é percebida no discurso de doadores que estão mais certos sobre a decisão de doar, do que o receptor de querer receber. O doador é que não suporta a perda do receptor, mesmo que este se sinta preparado para enfrentar o ritual de passagem.

Os relatos não são suficientes para esclarecer se existe a predominância de um fator sobre outro (ética – moral), e essa também não é a pergunta. A hipótese de que fatores morais influenciam parece pertinente.

O ato continua nobre indiferente dos motivos terem caráter ético ou moral, não se tratam de benefícios materiais que mercantilizam o corpo humano e sim de benefícios que só engrandecem a raça. Empatia com o sofrimento do outro é uma emoção moral adaptativa importante para se viver em sociedade.

Nada muda o fato de que o indivíduo não está preocupado com a própria vida quando decide doar, a aflição é gerada pelo estimulo físico e psíquico (receptor), e não pelo estimulo físico e psíquico (morte). Por isso dizer que a atribuição dada pelo sujeito se concentra no símbolo da transcendência, e não no símbolo da morte.

Na travessia que o doador percorre, o significado está na posição de “Prometeu” e não no mundo de “Hades” como a de se supor. A referência está no mito do herói que se sacrifica pelo bem da humanidade, mesmo sabendo de todos os perigos inerentes a caminhada. Esperava Prometeu alguma coisa em troca? Quem sabe? Na perspectiva do presente estudo, isso só aquele que vivencia o significado do símbolo pode dizer!

> “A divinização final de prometeu seguiu-se à sua libertação por Héracles, isto é, o rompimento das correntes e a morte da águia devoradora; ela estaria também condicionada à morte do centauro, isto é, a sublimação do desejo, esse será o triunfo do espirito, no final de uma nova fase da evolução criadora, que se inclinará no sentido do ser, e não mais no sentido do poder” (Chevalier, 1982, p. 746).

Como já se discutiu, quando se toma a suposição da transcendência como verdadeira, a hipótese do altruísmo como fator preponderante na tomada decisão se desqualifica. É como se o sujeito doador desfrutasse uma possível posição de Herói.

Esta foi uma das percepções constatadas no presente estudo, o doador se percebe como alguém confiante frente aos riscos de um caminho desconhecido, parecendo sugerir uma intervenção adversa da que é prestada em situações de crise. O medo por si só, pode ser entendido como um mecanismo de seleção que já define aqueles que irão participar do processo ou não, então é de se supor que os que ficam estão aparentemente seguros do ato.

S1 *Um dia meu pai chegou em casa depois de uma consulta dizendo que sua saúde estava debilitada e que ele não aguentaria esperar a sua vez para receber um fígado. Eu como já sabia da possibilidade de transplante com doador vivo me ofereci para ser doador. Ninguém nunca me perguntou se eu queria doar, a decisão foi só minha. Na próxima consulta que meu pai teve fui junto e disse que eu queria doar.*

S2 *Minha mãe estava muito doente no hospital e a equipe médica tinha avisado que ela não aguentaria muito mais tempo. Fiquei desesperado e fui conversar com os médicos sobre o que mais poderia ser feito, então eles me disseram que existia a possibilidade do transplante com doador vivo. Não quis saber de mais nada, nem esperei eles falarem se eu poderia ou não doar, me ofereci na mesma hora.*

S3 *O fígado do meu marido já estava bem mau quando eu vi na televisão uma reportagem sobre a possibilidade do transplante com doador vivo. Na segunda feira nós já viemos para São Paulo falar com o médico que deu a entrevista para perguntar o que eu precisava fazer para doar para o meu marido, já estava decidida. Assim como Jesus se sacrificou na cruz por nós eu achei que também deveria me sacrificar por outro ser humano e foi isso que eu fiz.*

S4 *Eu estava no vestiário da fabrica me trocando para ir embora e ai o meu patrão chegou chorando. Quando perguntei para ele o que tinha acontecido ele me disse*

que não tinha mais saída e que iria morrer, pois havia acabado de descobrir que nenhum de seus filhos era compatível. Na mesma hora eu falei que doava.

S5 *Estávamos todos reunidos quando meu irmão pediu a palavra e disse que tinha algo triste para contar. Falou que estava com hepatite C, que seu fígado já estava muito ruim e a única coisa a fazer seria esperar na fila para fazer o transplante. Sem querer ele acabou soltando que talvez o tempo que ele tinha para esperar não fosse suficiente, eu então me desesperei e fui saber o que mais poderia ser feito, foi quando descobri que dava para fazer o transplante com doador vivo, aquele dia eu decidi que ia doar um pedaço do meu fígado para o meu irmão.*

Sobre os medos do doador em relação à cirurgia e o procedimento, todos os indivíduos demonstraram estar mais preocupados com o sucesso para o receptor, do que com o próprio bem estar.

S1 *O pai no começo ficou meio esquisito, ele não queria, tinha medo que alguma coisa de ruim acontecesse. Ele foi aceitando a ideia aos poucos, mas dava pra perceber que ele estava desesperado. Eu nunca me preocupei com o que poderia acontecer comigo, sempre tive certeza de que tudo daria bem. Só queria voltar para casa junto com o meu pai e retomar a vida normal.*

S2 *Eu não conseguia ver minha mãe morrendo naquela cama de hospital, me coloquei como responsável para tirar ela daquela situação e não pensei no que poderia acontecer pra mim. Tinha que pensar em outra coisa naquele momento, estava 20 kg acima do peso e precisei perder isso em 3 meses. Pensava em comer um chocolate ai vinha mãe na cabeça, sofri muito com isso. Te digo que foi a coisa mais difícil para mim.*

S3 *Meu marido disse que não queria porque se alguma coisa acontecesse comigo ele não iria se perdoar. Quando eu tive as complicações no pós operatório ele ficou muito preocupado. Já eu estava preocupada em saber se o pedaço de fígado que eu tinha doado estava sendo suficiente para ele se recuperar.*

S4 *Não tive medo, eu confio em Deus e sabia que ele tinha guardado o melhor para mim. Tinha decidido e ninguém me tirava isso da cabeça, eu inclusive sabia que o estado de saúde dele já era bem crítico e não me importei. Ele mesmo depois de receber o fígado ainda demorou um pouco para se recuperar, agora está ótimo só que no começo foi difícil.*

S5 *Meu irmão não queria que eu doasse, ele tentou recusar e ai eu disse para ele que se ele não aceitasse eu doaria para outro porque minha escolha já tinha sido feita. Eu não me preocupei comigo, sabia que tudo daria certo e bola pra frente.*

Sofrimento e morte evidenciam o quanto "um alguém" se predispõe a ajudar o próximo, esses contextos com forte conteúdo afetivo parecem contagiar e motivar atos de indivíduos consanguíneos ou não. Tanto emoções ditas positivas quanto negativas, demonstram a capacidade para contagiar e influenciar comportamentos.

Segundo relato de alguns dos doadores a etapa mais assustadora no pré-operatório é uma última entrevista que acontece com o coordenador da equipe médica antes que o doador seja definitivamente escrito no programa de transplantes.

É delicada porque o médico precisa ter certeza de que a pessoa está consciente de todos os riscos tanto para o doador como para receptor, e que ela não vai se arrepender de nada no futuro.

As falas dos sujeitos entrevistados sugerem desconforto nesse encontro com a figura do médico envolta por protocolos e rituais; fazendo uma analogia ao "mito de prometeu", podemos fazer uma relação com a figura de Zeus interpelando Prometeu pelo seu ato. Mas os doadores reconhecem como um momento importante e necessário.

S2 *A ultima entrevista para saber se eu poderia ser doador foi fogo, nessa hora parece que ele te força ao máximo para você desistir. Ah, eu aguentei a bronca falei que queria e não iria ter quem mudasse a minha ideia. Eu apelidei essa etapa de entrevista da morte. O médico chega bem sério fala que você pode morrer e que sua mãe também pode morrer e depois te pergunta: você tem certeza que quer fazer isso. Nossa senhora, esse foi o dia que eu fiquei mais assustado. (risos) Mais eu não acho que está errado não, ele tem que fazer mesmo, vai que o cara desiste*

na mesa. E isso já aconteceu porque ele me contou! Pessoas que desistem na mesa de cirurgia, imagina só.

S4 *O médico me perguntou se eu estava a par de todos os riscos e depois disse que a coisa ali era muito séria. Questionou-me se eu não estava ganhando nada em troca para doar, se de fato eu estava doando por vontade própria mesmo e sem qualquer tipo de compensação financeira. Quando eu olhei no olho dele e disse que eu sabia que esse era o caminho que estava reservado para mim, ele me disse que eu realmente era um homem de Religião e me desejou boa sorte.*

S5 *O médico perguntou para mim se eu tinha certeza do que estava fazendo, disse que sim e que faria qualquer coisa para salvar o meu irmão. Era só isso que me importava e era só isso que eu queria. Ele então me perguntou se eu não iria ficar envergonhada por causa da cicatriz, ai eu falei que eu sempre fui gordinha e que isso nunca foi um problema e que a cicatriz também não seria.*

Pensar no formato da avaliação ideal para o doador equilibrando as necessidades orgânicas e psicológicas de todo o processo, é tema que merece um número maior de estudos. De qualquer forma, na percepção dos doadores o processo de avaliação parece completo e minucioso, revelando a preocupação da equipe com detalhes importantes.

Podemos considerar que no mito encontramos situações semelhantes às possíveis experiências que o doador terá de enfrentar. Quanto maior for à capacidade de abstração, maior o número de significados que poderemos conseguir extrair do mito.

Os mitos estão mergulhados em dilemas morais que refletem situações cotidianas. Por meio de paralelos o sujeito pode transpor os conflitos e tentar entender as soluções encontradas pelo herói pensando em solucionar o próprio conflito.

O mito de Prometeu vem sendo construído durante séculos e continuará a ser construído por toda existência da raça humana, ele não foi escolhido pela similaridade concreta existente entre Prometeu e o doador, mas sim pela representação do ato heroico. Algum outro mito pertencente à outra cultura também pode estar ligado à experiência do herói.

Mas se algumas vezes a dificuldade está em encontrar um herói, em outras pode estar justamente no fato da escolha de quem será o herói dentro de uma família com um número maior de possibilidades de sucesso. A seguir foram extraídos trechos de relatos de doadores que de alguma maneira exemplificam algumas das situações possíveis durante o processo de seleção dos candidatos.

S1 *Nossa, minha a mãe ficou muito preocupada, ela que queria ter doado, só que por causa da idade ela não podia. Na verdade ela ficou mais preocupada que eu sobre alguma coisa que pudesse dar errado.*

Essa mãe além de experimentar a angústia relacionada à possibilidade de perder o marido, também precisou lidar com o medo de perder o filho. Seu instinto de mãe a fez querer arriscar a própria vida para preservar seu filho do risco.

S2 *Eu e meu irmão nos candidatamos para a doação, só que no meio da fase de avaliação ele ficou com medo de prosseguir e desistiu. Já tem família, filhos e por causa disso teve medo de entrar para a cirurgia e não voltar. Eu não tinha filhos na época, mas mesmo que já tivesse filhos acho que não teria desistido. Ele tem o porte atlético e provavelmente teria sido o escolhido*.

Em casos como este é interessante pensar no trabalho do psicólogo no sentido de encontrar a melhor forma de atendimento para uma pessoa que de alguma maneira está demonstrando estar receosa em participar do processo, e que por algum motivo não está conseguindo se posicionar.

O psicólogo pode apresentar o problema para a equipe, e talvez o médico chegue à conclusão que é melhor repensar a participação do sujeito, poupando-o de ter que dizer “não quero” conscientemente até mesmo para si mesmo, pois em uma situação delicada como essa a recusa pode gerar conflitos éticos e morais. Se o sujeito aceita participar se dispõe a vivenciar uma experiência transformadora, quando se recusa pode se sentir culpado por conta de cobranças morais.

O relato seguinte traz uma particularidade em relação aos outros, por se tratar de uma doação entre pessoas que não apresentam laços de parentesco, o doador enfrentou a resistência de pessoas que normalmente se colocam como apoiadores. Pensar em razões morais nessa situação exige uma nova ótica, o sujeito não está pensando apenas no bem de sua família e por isso não pode se

dizer que ele sofre pressões morais familiares que de alguma maneira o fazem com que se sinta obrigado. Como já mencionado anteriormente, talvez outras pressões, de ordem muito mais interna.

S4 *Todos os filhos do meu ex-chefe fizeram os exames, mas nenhum deles podia por causa de uma doença congênita, só tinha eu mesmo ou ele morria. Minha mãe não queria de jeito nenhum que eu doasse e só depois que ela viu o resultado é que ela entendeu. Minha vó chegou a disser que eu estava querendo me matar, foi difícil essa parte. Eu precisei ir até falar com o juiz para dizer que eu não estava doando por dinheiro ou outra coisa.*

Na percepção deste doador, o ato de doar indiferente de quem vai receber o órgão já é uma atitude muito nobre, para ele não era importante quem estava recebendo o órgão, pois os ensinamentos bíblicos estabelecem a necessidade de estender a mão ao próximo, existindo laço de parentesco ou não.

O significado da doação para esse sujeito talvez estivesse ligado à redenção e transcendência, num rito de passagem que lhe garantiria o status de divindade, pois o ato de doar envolve uma questão supra-humana.

Porém para sua família a percepção era outra, esse ato estava mais perto da insanidade ou traição, pois arriscar a própria vida em defesa de uma pessoa de fora do grupo foi considerado ilógico, Como ficariam as coisas no caso de alguma complicação cirúrgica, quem responderia pelas consequências? A família do doador passa também a responder as consequências do ato, precisando cuidar do sujeito caso ele necessite de cuidados, A seguir uma tentativa de explicação para o conflito acima citado a partir do mito de Prometeu.

A entrega do “fogo” aos humanos não aconteceu sem suas consequências, Hesídio em seu poema descreve a ira de Zeus quando descobriu a desobediência de Prometeu. Assim como Prometeu, os mortais também sofreram as consequências dessa ira. No mito, como castigo pela indolência de Prometeu os mortais passaram a trabalhar bem mais durante o ano e, além disso, Zeus também enviou Pandora á civilização, ela foi responsável por abrir a caixa que liberou os males para o mundo.

O ato de Prometeu apesar de nobre, também trouxe mazelas dependendo da perspectiva que se usa para interpretar o feito. Um professor de literatura Grega

do Sul da Itália e também outros autores, propõe uma possível interpretação para o mito de Prometeu com a combinação de outra figura mitológica, o trapaceiro “Trickster”, conhecido por quebrar as regras dos Deuses ou da natureza.

O ato de roubar o fogo mesmo que com boas intenções, qualifica Prometeu como um Herói Trickster. Essas diversas variações propiciam uma visão dialética extremamente rica do mito, possibilitando um número enorme de possíveis significações.

A família do sujeito que relatou ter sido persuadido a desistir do ato de doar pelos parentes estava com outra perspectiva dos benefícios e malefícios do ato. O universo de sentidos possíveis a partir da subjetividade de cada um talvez tenha colocado o sujeito em uma condição de “Herói Trickster” para essa família, enquanto ele percebia como um dever salvar a vida de seu chefe e amigo, para a família significava a exposição ao risco sem benefícios em troca.

Essa mesma situação conflituosa pode acontecer com o doador; os estudos de Lazzaretti (2006) apontam que existe a possibilidade da relação entre doador e receptor piorar depois da cirurgia. Parece que a doação algumas vezes acaba criando um vínculo baseado em uma dívida, onde aquele que doa termina com um crédito eterno, enquanto que aquele que recebe termina com uma divida eterna.

No mito, o fogo trouxe a luz para os homens, mas cobrou seu preço. Dependo da relação subjetiva entre receptor e doador, a dádiva de doar acaba como ato que um quer cobrar e que o outro nunca vai poder pagar.

No relato seguinte, uma mulher precisa lidar com os anseios do marido em relação aos riscos da cirurgia.

S5 *Toda a minha família foi fazer os exames e só eu era compatível mesmo. Antes da cirurgia meu irmão foi perguntar para o meu marido o que ele achava de eu ser doadora, ele então respondeu para nós dois: - Eu concordo que ela doe, só que nós temos filhos pequenos e eu não vou conseguir criar eles sozinhos, se acontecer alguma coisa e vou precisar de ajuda*.

Mais uma vez fica claro que a preocupação com o risco de vida não vem necessariamente daquele se submete a doação, mas sim daqueles que estão ao entorno, pois as consequências se expandem e toda a família fica envolvida.

- **Vivenciando a experiência: Sendo Doador!**

A partir do momento em que a pessoa assume sua escolha por doar e começa a passar pelo processo de avaliação, inexoravelmente ela se insere numa série de rotinas e procedimentos médicos, sem que esteja doente ou buscando algum tipo de melhoria das condições físicas ou estéticas.

De maneira geral, em todos os relatos os doadores estão satisfeitos com o atendimento que receberam. Nas falas fica evidente que essa percepção tem relação mais com a qualidade do vínculo com o profissional que faz o atendimento do que outros fatores como qualidade do espaço físico de atendimento.

Todos os entrevistados revelaram carinho pelos profissionais da equipe médica os quais são considerados por eles como verdadeiros salvadores. A gratidão se expressa tanto pela ajuda prestada ao receptor, como pelo apoio na recuperação do próprio doador. Ficou evidente que a equipe foi suficientemente capaz de transmitir a segurança necessária para que os doadores se sentissem acolhidos e assistidos em qualquer emergência que pudesse surgir.

Há que se pensar também que em meio a uma possibilidade de alguma intercorrência é importante se reassegurar junto à equipe que atende doador e receptor. E é importante que as equipes estejam preparadas para atender esta necessidade de acolhimento, de aliança terapêutica inerente a uma situação ainda pouco comum.

S1 *Eles me responderam tudo que eu perguntei e me explicaram tudo o que eu precisava saber. Graças a Deus meu pai tá bem e a gente deve isso a eles, antes do transplante meu pai estava muito mau e logo depois da cirurgia ele já era outra pessoa.*

S2 *Eu sou muito grato à equipe, se eu te contar o estado da minha mãe antes e depois da cirurgia você chora. Eu devo a vida dela a eles, claro que eu me dava melhor com alguns médicos do que com outros e eu acho isso tranquilo. Gostava muito de ser atendido sempre pela mesma pessoa, acho que era esse o ponto.*

S3 *Eu considero uma benção eu e meu marido termos sido tratados por esses médicos excelentes, só acho que o doador precisa ter um acompanhamento mais*

prolongado, a gente recebe a alta muito rápido. Eu ainda fiquei sendo atendida por um tempo um pouco maior porque eu tive um problema no pós cirúrgico e quase morri, não foi na cirurgia o problema, mas sim nos dias seguintes a cirurgia em que estava me recuperando no hospital. E por isso que eu falo, acho que se eu estivesse sendo acompanhada na hora do problema por profissionais tão experientes quanto os que me operaram a complicação teria sido resolvida sem maiores dificuldades. Hoje em dia eu continuo tomando remédio por causa desta complicação no coração, mas já recebi alta do fígado; queria que o acompanhamento da parte hepática se prolongasse por mais tempo também, eu iria me sentir mais segura.

S4 *Eu me dei muito bem com todos os médicos e por causa de um dreno que eu tive que colocar demorei mais para ter alta, ai numa consulta acabei sendo atendido por uma médica que só cuidava dos receptores porque minha medica estava de férias. Só que ai a gente se dão tão bem que ela acabou me atendendo até o final.*

S5 *O trabalho que eles fazem é fantástico, eles ajudam uma quantidade enorme de pessoas e dá pra perceber que eles se importam com quem eles estão atendendo. Eu me senti muito bem acolhida, claro que existe sempre maior empatia com um ou com outro, mais isso é normal. Quando era atendida por outra pessoa que não o meu médico torcia o nariz, uma vez cheguei a dizer que preferia esperar o meu médico voltar de férias para ser atendida. (risos)*

Os doadores se sentem melhores quando atendidos pelo mesmo médico. As pessoas preferem um atendimento personalizado e gostam de sentir que suas necessidades estão sendo atendidas. Pensar na qualidade do vinculo entre médico e paciente torna-se importante quando se almeja um atendimento mais humanizado.

Nos relatos dos doadores um mesmo médico foi considerado ideal por um, enquanto que para outro esse mesmo perfil não era o mais indicado. Isso não significa pior, ou melhor, e sim que o grau de empatia entre ambos, médico e paciente, foi maior ou menor por um motivo ou outro.

Existem outras situações ainda, em que um médico pode ser extremamente bom tecnicamente em assuntos relacionados à sua área de especialidade e não necessariamente a pessoa mais adequada para lidar com os anseios e aflições dos sujeitos. Por isso o atendimento deve necessariamente acontecer dentro de uma perspectiva multidisciplinar que garanta a participação de profissionais especializados nas diversas esferas em que o doador necessita ser assistido. Sobre a experiência com o psicólogo:

S1 *Eu conversei com uma psicóloga, ela é legal. Falei com ela só uma vez, não estava precisando.*

S2 *Não tive muito tempo pra pensar em psicólogo, tinha que perder vinte quilos e esse era o meu problema. Talvez se alguém viesse falar comigo poderia ser legal, mas naquela hora não acho que era o caso.*

S3 *Nem pensei na possibilidade de falar com o psicólogo, já são tantas coisas pra resolver que não dá muito tempo pra pensar nisso. Ainda mais que estávamos indo para a cirurgia eu e meu marido juntos, nossa vida estava muito corrida.*
S4 *Eu estava muito tranquilo, não precisei. Se eu estivesse preocupado ai podia até ser. Não me ofereceram e eu nem pensei nisso.*

S5 *Eu fui falar com um psicólogo, só que ai eu cheguei para a consulta e ele ficou olhando pra minha cara e eu fiquei olhando pra dele. Sinceramente não vi vantagem nenhuma. Só comecei a dar mais valor para o trabalho do psicólogo agora que meu filho foi diagnosticado com dislexia e das graves. Queimei minha língua né!*

A partir dos relatos foi possível constatar que os doadores não percebem de que forma o psicólogo pode ajudar numa situação como essa. E se, caso esse sujeito venha a ser atendido por um psicólogo e esse não for capaz de entender toda a subjetividade que envolve o transplante com doador vivo, é possível que nem mesmo ele saiba as demandas e isso gera um atendimento vazio que não traz significado nenhum para o sujeito.

Estabelecida à necessidade de um profissional capacitado na equipe, apto para identificar e trabalhar com o doador sobre uma série de questões subjetivas inerentes ao processo, surge então à próxima questão: qual a melhor maneira de abordar esse sujeito para que ele perceba a psicologia como um investimento e não como um gasto de tempo?

Essa questão será respondida na categoria seguinte que trata sobre as transformações percebidas pelo receptor. .Assim como as autoras Tourinho (2009) e Lazzaretti (2006), o presente estudo não considerou viável a utilização de protocolos rígidos, pois assim como as autoras, também se acredita que a demanda se constrói na relação.

Contudo, espera-se que a discussão tenha sido suficiente para evidenciar que a travessia que o doador realiza, vem sendo feita por outros sujeitos há muito tempo e que por isso existem indicativos que assinalam os vários dilemas que uma pessoa pode vir a enfrentar em uma situação como essa. Neste sentido, optou-se refletir, mesmo que de forma um pouco prematura, uma tentativa de entender as demandas a partir das transformações ocorridas no sujeito a do ponto em que ele se envolve na situação.

- **Experiências pós doação**

Todos os indivíduos relataram algum tipo de transformação decorrente do transplante. Evidente que o ser humano se renova a cada minuto indiferente da experiência de ser doador ou não, mas nesse caso as pessoas entrevistadas foram capazes de apontar relações diretas entre a cirurgia e mudanças no funcionamento psicológico e físico.

Apesar do titulo da pesquisa frisar que a investigação recai sobre os aspectos psicológicos, as percepções dos doadores sobre as alterações na parte orgânica também foram incluídas visto que essa dicotomia entre o psicológico e orgânico só serviria para dificultar o trabalho de interpretação dos dados.

Na leitura dos trechos a seguir o leitor será capaz de perceber que os cinco sujeitos apresentaram padrões de comportamento muito parecidos em diversos aspectos.

S1 *Eu não sinto muita diferença não, bom, diferença tem, mais nada que atrapalha. É muito estranha essa sensação de não sentir a barriga, a médica falou que é normal e com o tempo passa. Percebo que tem alguma coisa de diferente, mas não é que dói, é como se alguma coisa estivesse se encaixando. Na parte da cabeça acho que a única coisa que mudou é que seu era bastante apegado com meu pai, agora sou ainda mais. Acho normal essa coisa de ter doado, é pai né, não existe outra coisa a se fazer. Eu continuo comendo da mesma maneira e indo no banheiro com a mesma frequência, minha vida sexual também não mudou.*

S2 *Eu me sinto muito bem por ter ajudado a minha a mãe. Eu acho que fica aquela coisa do eu ajudei a salvar uma vida. Eu vejo que mudou um pouco o jeito como eu me encarava antes e depois da cirurgia, me sinto mais confiante em alguns aspectos. Depois da cirurgia eu comecei a ir ao banheiro muito mais vezes por dia, os médicos já tinham me falado que isso poderia acontecer, é o preço que se paga por ter tirado a vesícula. Antes da cirurgia o ato de comer era mais prazeroso para mim, não sei por que mais hoje em dia eu sinto um pouco menos de graça na hora de devorar uma picanha ou algo que eu goste bastante. A parte engraçada dessa coisa de comer é que pra poder fazer a cirurgia eu precisei perder 20 kg em três meses e esses mesmos quilos que eu perdi, pouco tempo depois eu já tinha ganhado tudo de novo. Imagina só se eu continuasse gostando de comer igual antes da cirurgia, já ia ter engordado o dobro (risos). No pós-operatório eu tinha a sensação que o meu corpo ia descolar, era horrível. Qualquer tossida já era motivo de desespero, qualquer movimento no abdômen causava uma sensação horrível. A dor é mais nesse momento de recuperação, depois fica só aquela sensação de que tem algo de diferente, mas nada que doa ou incomode. É muito esquisita a sensação de não sentir a barriga, acredita que só depois de quase cinco anos que eu fui sentir a pele na região do corte, e que até hoje eu não sinto o meu umbigo. A cicatriz eu gosto, acho que da um charme, não me incomodo nem um pouco quando as pessoas me perguntam o que aconteceu, tem tanta gente que faz tatuagem e que fura o corpo por ai de graça, pelo menos essa marca significa que eu ajudei a salvar alguém. Minha vida sexual continua a mesma, continuo o mesmo sem vergonha de sempre (Risos).*

S3 *Eu me sinto muito feliz porque o Senhor me deu forças para enfrentar essa dificuldade. O meu maior ganho foi ver o meu marido vivo. Sinto-me muito bem por ter ajudado, é reconfortante para mim. Eu tive um problema muito sério nó pós-operatório, um coágulo quase me matou. Por conta deste problema tomo um remédio até hoje. Em relação a minha digestão, eu acho até que ela melhorou. Antigamente eu tinha problema de intestino preso e agora vou ao banheiro muito mais facilmente. Também engordei um pouco depois da cirurgia e talvez tenha ficado um pouco mais ansiosa por conta da complicação nós pós-operatório. Bom, pode ser que uma coisa tenha influenciado a outra né.*

S4 *Estou muito feliz de ter ajudado um amigo, não só porque ele agora está com saúde e podendo aproveitar sua vida, mas porque dentro de mim ficou uma coisa muito forte! Saber que eu sou capaz de uma atitude como essa fez com que eu me sentisse um ser humano mais próximo de Deus. Eu não acho que minha via tenha mudado, sinto-me igual. Ah é, a única coisa é que agora eu vou ao banheiro direto, acabo de comer e já me dá vontade. Só que isso não atrapalha não, é só se acostumar.*

S5 *Eu acho que a grande transformação da minha vida depois da cirurgia foi justamente o fato de eu ter começado a dar mais valor à vida, comecei a aproveitar mais os pequenos momentos, a trabalhar menos e curtir mais o crescimento do meu filho. Por causa do meu irmão me toquei que em um momento a gente está aqui e no outro pode já não estar mais. A relação com o meu irmão já era muito legal, agora então nós estamos ainda mais amigos. Sei lá né, parece que a gente desenvolveu um vinculo ainda maior! E desenvolveu mesmo né, ele tem um pedaço de mim junto com ele. Como eu já disse, sempre fui gordinha e nunca tive problema com isso. Na praia quando eu caminho, sem camiseta claro, todos olham para a minha cicatriz, ai às vezes vem alguma velhinha e pergunta o que aconteceu, ai eu conto e fica todo mundo impressionado (risos). Numa das consultas o médico me disse que eu tinha engordado novamente o que eu tinha perdido para fazer a cirurgia, e que isto estava errado. Eu olhei bem pra barrigona dele e disse: que é isso doutor, você falando isso! (risos). Ele olhou pra minha cara, falou que eu era fogo mesmo e depois disso nunca mais tocou no assunto.*

Os relatos revelam a presença da dor apenas no período de recuperação. No longo prazo o que fica é uma alteração nos sentidos proprioceptivos próximos a região da incisão, isto é, a sensação de alguma coisa se encaixando e perda de sensibilidade cutânea.

Essa perda da sensação tátil na região da incisão permanece por algum tempo, alguns dos entrevistados não sentem o umbigo mesmo depois de cinco anos depois da cirurgia. Em suma, fora situações excepcionais em que acontece algum imprevisto no procedimento, a dor crônica não é relatada no discurso dos doadores.

Todos os doadores apesentaram algum tipo de alteração no sistema gástrico, o interessante é que não necessariamente para pior. Esse tipo de mudança é comum para pessoas que extraem vesícula e não pode ser considerada uma transformação decorrente dos transplantes, mas de qualquer maneira vale ser relatada.

Um dos entrevistados também relatou sentir alterações no paladar, ele considera que atualmente o prazer de saborear os alimentos é menor. Esse mesmo entrevistado ainda revela com tom cômico que, em tese, seu fígado é novo e por isso aguenta abusos com gordura e álcool melhor do que antes da cirurgia.

Avaliando aspectos relacionais, percebeu-se em quatro dos relatos que a relação com o receptor melhorou em qualidade depois da cirurgia. Nessas quatro situações o vinculo que já era estreito entre o doador e receptor, se estreitou ainda mais.

Mais estudos que indiquem se a qualidade da relação entre doador e receptor antes da cirurgia, serve de certa maneira para presumir como será está relação depois do ato. A seguir algumas suposições envolvendo a inter-relação de fatores éticos e morais.

Um sujeito pode se sentir moralmente forçado a doar, e não transpõe essa escolha para a esfera ética, consequentemente, fica implícita a expectativa de beneficio. Se esse for dirigido ao receptor, e não para o bem social como um todo, é mais provável que surjam conflitos. Quando o sujeito espera muita coisa especificamente do receptor as coisas podem ser mais problemáticas.

Nem as expectativas do receptor e nem as expetativas do doador podem estar ligadas a soluções magicas decorrentes do vinculo criado a partir da doação.

É mais indicado que essas diferenças sejam resolvidas antes da cirurgia, desta maneira é mais provável imaginar uma possível melhora no relacionamento.

A escolha não precisa necessariamente acontecer na esfera ética, mas as expectativas de ambas as partes precisam sair do campo da subjetividade e ganhar espaço no campo do real e concreto. Expectativas são perigosas, porque caso as coisas não aconteçam conforme o esperado existe uma chance enorme de decepção. O sujeito precisa estar preparado para assumir a sua escolha.

No presente estudo não se refuta a possibilidade de que a escolha possa acontecer apenas no campo da ética, nada do que foi exposto até aqui prova necessariamente que o individuo tenha alguma expectativa em troca.

O que continua claro, é que não existem dados que provem quais são os fatores preponderantes na tomada de decisão do sujeito. Por isso novamente, reitera-se a necessidade de outras ferramentas que possibilitem análises mais fecundas do fenômeno, visto que a razão lógica está ainda muito distante de trazer alguma resposta sobre este tema.

No presente estudo decidiu-se não incluir doadores que tenham se arrependido, pois o ganho científico entrevistando estas pessoas talvez não agregasse relevância suficiente que compense o risco de suscitar, nestas situações, angustias que podem ainda não estar elaboradas adequadamente. Esse trabalho só poderia ser feito dentro de uma perspectiva de atendimento mais prolongado, que considere um trabalho de intervenção que ajude o sujeito a se colocar em uma posição subjetiva mais favorável.

Se pensarmos no titulo da pesquisa, “Aspectos Psicológicos do Doador Vivo no Transplante Hepático”, as considerações a seguir são as mais alinhadas com a proposta. Assim como foi relatado em outros trabalhos, foram percebidas mudanças ligadas à autoestima dos sujeitos.

Em todos os relatos fica evidente que o ato de doar passa a ser mais que um procedimento médico e se torna um símbolo. Viver a experiência de ser doador significa se lançar numa travessia que de brinde garante a possibilidade do individuo entrar em contato com o sentido da vida e experimentar emoções muito primitivas.

Nessa travessia, é possível que a pessoa reflita o seu valor e sua capacidade para ser solidaria em se tratando de ajudar outra pessoa. Essa constatação de alguma maneira pode gerar modificações e fazer com que a

pessoa comece a se sentir mais confiante, segura e preparada para estabelecer suas relações.

No relato dos entrevistados, quando não de forma direta, é possível perceber indícios de que as pessoas começam a dar valor maior aos momentos felizes da vida depois que se recuperam. Dois fatores foram considerados para tentar explicar este fenômeno, primeiro pelo fato da pessoa ter sido exposta em um procedimento complexo com alto grau de risco, e em segundo por normalmente acompanhar toda a trajetória de sofrimento do receptor e assim perceber que a vida pode ser muito frágil e que a existência é extremamente efêmera.

Quando se discute qual poderia ser a função do psicólogo constata-se que a maior parte dos sujeitos não se arrepende e que são claros ao afirmar que fariam tudo de novo caso houvesse necessidade. Isto define a linha de ação para a potencialização dos benefícios psíquicos que podem ser trazidos a partir do ato de doar.

Essa atitude que demonstra um grau máximo de devoção e amor ao próximo, pelos menos na maior parte das vezes, pode gerar um sentimento de divindade no doador como já foi mencionado e isso gera a transformação. O psicólogo deve se colocar na posição de acolhimento aos sentimentos apresentados pelos doadores, mas atento para perceber se não há perigo de uma formação reativa. O sujeito poderia entrar em depressão caso o sucesso para o receptor não fosse alcançado.

Observou-se que os sujeitos, além de se sentirem muito bem internamente pela atitude de salvar a vida de uma pessoa, também passam a receber palavras de apoio advindas das mais diversas esferas sociais em que estão inseridos ou até mesmo de pessoas desconhecidas que ficam sabendo da atitude de alguma outra forma.

Na família eles se tornam heróis, no trabalho as pessoas os cumprimentam pelo ato, os amigos reafirmam a nobreza da atitude e muitas outras possibilidades de reforço social podem surgir. E a cicatriz vai estar sempre lá para lembra-los.

O que se pretende demonstrar é que o ato de doar pode significar para o sujeito atingir um objetivo que lhe garante uma posição diferenciada. Mas assim como esse fenômeno, muitos outros ligados a questão da superação podem fazer com que o individuo se sinta mais confiante de si. Os motivos que levam um sujeito

a doar precisam ser desmistificados para que se tenha uma compreensão clara do fenômeno

Apesar de todos os boatos envolvendo seu nome, Prometeu ainda assim ganhou status de herói e até hoje é considerado o responsável por trazer a luz para a humanidade.

8 - Considerações finais

Atos de bondade e solidariedade humana são influenciados por conteúdos biológicos e culturais. Ao fazermos nossas escolhas levamos em conta uma bagagem regressa que dita nossas preferências, por isso, nem sempre conseguimos ter total entendimento dos motivos que nos conduzem a determinados caminhos, mas não significa que eles não existam.

Politicas públicas mais eficazes em relação à doação de órgãos e o manejo mais estratégico dos mesmos são necessários para que a demanda seja atendida.

Está provado que sujeitos infectados pelo vírus da hepatite C constituem a maior razão de indicação para transplante hepático no mundo; trata-se de uma epidemia muito maior do que a de AIDS. Por esse motivo, são necessários mais programas de prevenção e mapeamento dos portadores, mesmo que isso implique em um aumento enorme nos custos para o governo.

Enquanto a sociedade não se conscientizar sobre este problema como um todo, os transplantes hepáticos com doador vivo serão realizados e continuarão cobrando o seu preço; a cada cem, morre um. Para quem tem um ente querido sofrendo não é uma aposta ruim.

Pelo menos até que a engenharia de tecidos humanos seja de capaz de criar órgãos e tecidos, esse cálculo proporcional precisará continuar sendo feito. Por esse motivo, o presente estudo se propôs a investigar a situação do doador e refletir sobre os significados inerentes a este processo, e em decorrência, pensar na participação do psicólogo na equipe de transplantes e as possíveis intervenções.

Chegou-se a conclusão que o significado da doação para a maior parte dos doadores está ligado a salvação da figura do receptor, os sujeitos não estão preocupados com a possibilidade de morte ou as possíveis sequelas pós-cirúrgicas.

Está afirmação não estabelece que a atitude do doador tenha sido altruística, mas sim que teve foco no receptor, se existe ou não a perspectiva de benefícios é outro assunto que também foi tratado.

Essa percepção norteou a busca de uma ferramenta capaz de lidar com a impossibilidade de acessar todas as variáveis envolvidas no processo de tomada

de decisão experimentalmente, mas ainda sim ser capaz de trazer luz aos conflitos existentes.

O mito de Prometeu foi escolhido para cumprir a função de guia na análise dos dados, pois afora as similaridades concretas entre Prometeu e o Doador, as possibilidades de significados que podem ser extraídas por conta da semelhança de conflitos é impressionante. O doador assim como Prometeu percorre um caminho que lhe conduz para uma dimensão que está além do humano.

O ato de Prometeu trouxe benefícios, mas também consequências negativas para a civilização, fazendo um paralelo com a situação do vinculo receptor-doador, uma relação que antes da cirurgia já era de admiração e respeito, tende a ficar ainda melhor. Numa situação em que antes da cirurgia havia conflitos que não foram solucionadas adequadamente, é possível que surja o mesmo sentimento de divida eterno observado no mito que só gera ressentimentos.

Detalhe-se que também existe a possibilidade de doador e receptor nunca terem tido uma boa relação e continuar não tendo uma boa relação depois da cirurgia, e isso não é necessariamente um problema. Se moralmente os sujeitos se sentem obrigados e estão confortáveis com essa situação não tem nada de errado, contando que não fique nada sem ser esclarecido antes da cirurgia.

Contanto que os sujeitos estejam conscientes das implicações de suas decisões, não há problema algum nos motivos de suas escolhas, porque caso aconteça algum problema o sujeito é capaz de se responsabilizar pelas consequências de seu ato, e não transpor essa responsabilidade para o receptor, que já tem muitos problemas para resolver.

O psicólogo pode ter um papel importante como facilitador, auxiliando o sujeito a perceber que a travessia do herói implica em desafios, e a melhor maneira de se preparar é estar ciente destes perigos.

Um sujeito doador pode ter alguma complicação cirúrgica e ficar com uma sequela para o resto da vida e ter trilhado o caminho do herói, enquanto que outro que não teve nenhuma complicação pode não ter conseguido vivenciar o sentido de transcendência que esse ato traz.

Se tudo acontecer conforme o esperado, o doador é escolhido porque foi considerado apto para assumir a responsabilidade e terá de ser forte o suficiente para lidar com a sua ansiedade e de sua família, que agora passa a ter duas preocupações.

Se a pessoa não estiver preparada para tanto, nem deve se inscrever, pois se trata de uma situação emergencial e a insegurança por parte do suposto doador pode dificultar ainda mais um procedimento que já é bastante complexo.

As interferências que impedem que a subjetividade das relações fique evidente colocam os sujeitos em posicionamentos confusos; tanto doador como receptor precisam estar se sentido confortáveis para discutir estes conflitos antes da cirurgia, pois o caráter definitivo e suas consequências não aceitam arrependimento. A cicatriz que fica pode se tornar uma chaga ou o estigma do herói, depende da significação dada pelo sujeito.

O psicólogo não vai ajudar no processo de escolha, essa decisão já está tomada antes mesmo que o sujeito fale com o médico, resta ao psicólogo dar suporte e auxiliar o sujeito a ter maior clareza sobre o porquê de sua escolha, e eventualmente pode ser que alguém desista depois disso. Eventualmente...

As pessoas entrevistadas estão felizes com o resultado da cirurgia e se referem ao beneficio de salvar a vida da pessoa como o maior ganho. No campo da moral, o sujeito doador assegura para si e para a comunidade que é capaz de cumprir sua função social e parece que isso gera uma melhora na autoestima do sujeito.

Não foi objetivo deste estudo, afastar a ética como variável presente na tomada de decisão do sujeito, mas sim apontar que existe uma confluência de fatores subjetivos atuando no processamento cognitivo que levam a decisão de doar.

O estudo apontou que os aspectos mais negativos da cirurgia estão relacionados ao tempo de recuperação no pós-cirúrgico, e com exceção de um dos sujeitos que por conta de uma complicação mais grave permaneceu por um período mais longo na recuperação, todos os outros sujeitos relataram que depois de pouco tempo a sensação que resta é a de que algo ainda está se encaixando na região do abdômen, e a perda de sensibilidade cutânea em algumas regiões próximas à incisão.

Todos os sujeitos relataram algum tipo de alteração gástrica, não necessariamente para pior. Também não houve mudanças na vida sexual dos sujeitos entrevistados e por fim a cicatriz deixada pela incisão não foi um problema nos relatos coletados para o presente estudo, apesar de a literatura indicar que

pode haver algum desconforto nesse aspecto por parte de algumas pessoas, principalmente do sexo feminino.

Ao final desse ensaio constata-se a percepção de que todos os doadores fariam tudo de novo caso houvesse necessidade, sendo assim, apesar de muitas controvérsias as famílias vão continuar preferindo percorrer este caminho simbólico que leva ao nascimento de um herói.

9 – Bibliografia

Associação Brasileira de transplante de órgãos http://abto.org.br

Bardin, L. “Análise de conteúdo.” Lisboa” Edições 70, 1977.

Baskin, J.H. “Giving until it hurts? Altruistic donation of solid organs” .*Journal American Academic Psychiatry Law*. 2009;37(3):377-9.

Bussab, V.S. & Ribeiro, F. *“*Biologicamente cultural*”* In: *Psicologia: Reflexões Impertinentes*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1988.

Bonomini, V. “Ethical aspects of living donor.” Transplant proc. (23), 2497-2499

Bacchella, T., Figueira, ERR., Machado, MAC. & Machado, MCC. (2005). Tranplante de Fígado. *In* IN. Moraes. *Tratado de clínica cirúrgica.* (pp. 2103 – 2115). São Paulo: Roca.

Chevalier J., Gheerbrant, A. “Dicionário de símbolos” José Olympio: 19ª ed., São Paulo, 1982.

Coelho, J.C.U., Parolin, B. M., Baretta, G.A.P., Pimentel, S.K., Freitas, A. C. T. & Colman, D. “Qualidade de vida do doador após transplante hepático intervivos” *Arq. Gastrenterol: v.42, nº2, São Paulo, 2005.*

Damásio, A*. “O erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano”* São Paulo, Companhia das Letras, 1996.

Ducatti, L., Moura, F., Andraus, W. & D’Albuquerque, LAC. (2010). Transplante Hepático: Onde Estamos e para Onde vamos. *In* I. Cecconello, LAC D’Albuquerque, CJC. Bresciane, AB. Garrido, B. Zilberstein, RAA. Sallum, SC. Nachas, T. Bacchella, P. Herman, WM. Pollara. *Atualização em Cirurgia do Aparelho Digestivo e Coloproctologia.* (pp. 309 – 317). São Paulo, SP: Gastrão.

Fan, S. (2007).*Living Donor: Liver Transplantation*. (1º ed). Hong Kong: Takungpao Publishing.

Figueira, ERR., Bacchella, T., Machado, MAC. & Machado, MCC. Transplante de fígado intervivos. Em IN. Moraes. *Tratado de clínica cirúrgica*. (pp. 2115 – 2121). São Paulo: Roca.

Fox, C.R., Swazey, J.P. "Spare parts: organ replacement in American Society" Oxford University Press: 1992.

Godoy, J.L., Matias, J.E.F. 7 Coelho, J.C.U. "Regeneração hepática: o mito de prometeu revisitado" Jornal Brasileiro dos Transplantes, 2006; 9:535-539.

Gomes, F.B.C. "Critérios legais de equidade no aceso a órgãos para transplante no Brasil" Cadernos ASLEGIS: nº 32, São Paulo, 2007.

Gomes R. "Análise e interpretação de dados em pesquisa qualitativa." In: Minayo MCS, org. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007. p.79-108.

Haidt, J. *"The moral emotions"* In: R.J. Davidson, K.R. Scherer, & H.H. Goldsmith (Eds.) Handbook of affective sciences (pp. 852-870) Oxford University Press. (2003)

Hesiod, "Homeric Hymns, Epic Cycle, Homerica." Translated by Evelyn-White, H G. Loeb Classical Library Volume 57. London: William Heinemann, 1914.

Hepcentro http://hepecentro.com.br

Lazzaretti, C. T. Dádiva na Contemporaneidade: doação de órgãos em transplantes intervivos. *Revista Epistemo-Somatica* v. IV, p. 50-61, 2007.

Lazzaretti, C. T. Transplante de Órgãos: avaliação psicológica. Revista Psicologia Argumento v. 24, nº45, p.35-43.

Lima, E.D.R.P., Magalhães, M.B.B. & Nakamae, D.D. "Aspectos éticos-legais da retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano" Revista. Latino-am, enfermagem – Ribeirão Preto – v.5, nº4, p. 5-12, 1997.

Moraes, E., Massarolo, M.C.K. "Estudo bibliométrico sobre a recusa familiar de doação de órgãos e tecidos para transplante no período" jornal Brasileiro de Transplantes: 2008.

Mies, S. "Liver transplantation at Hospital Israelita Albert Einstein". *Einstein*, 2005, v. 3, 179 – 184.

Mies, S. & Lallée, MP. "Transplante hepático intervivos" *Prática Hospitalar,* nº 72, 2010, pp. 30 – 36.

Minayo, M. C. *"O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1992.

Moraes, Roque. *"'Análise de Conteúdo. Educação."* Porto Alegre: Pontifícia Universidade. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

Raia, S., Nery, J., Mies, S., "Liver transplantation from live donors." Lancet 1989; 2:497

Rindos. D. *"The evolution of the capacity for culture: Sociobiology,*

Structuralism, and Cultural Selections." Current Antropology, 27 (4), 315:327

Strong, RW. & Lynch, SV. (2000). Live related donors in liver transplantation. *In* LH Blumgart & Y. Foung. *Surgery of the Liver and the Biliary Tract* (pp. 2129 -2140). United Kingdom:W.B. Sauders Company.

Turato, E.R. (2005), "Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definição diferenças e sues objetos de pesquisa." Rev. Saúde Pública, 39, (3), (versão eletrônica em PDF, scielo, acesso em 10 jan. 2007).

Teixeira, A.C., Souza, F.F., Mota, G.A., Martinelli, A.L.C., Sankarankutty, A.K. &

Silva, O.C. "Transplante hepático. Expectativas com escore MELD para alocação de fígado no Brasil." Acta Cirúrgica Brasileira: vol.21, 2006.

Torinho, M. L."O psicanalista num programa de transplante de fígado: a. experiência do "outro em si". 2006. 262p Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2006.

Wolff, G. "Ethical and psychological aspects of living donorship and life with a donated organ" European Journal of Pediatrics. 1992;151 Suppl 1:S76-80.

10 - Anexos

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Cara(o)_____, você está sendo convidado a participar da pesquisa "Aspectos psicológicos do doador vivo no transplante hepático", a seleção da amostra utilizou como critério de exclusão ter sido doador ou não.

Sua participação não é obrigatória e existe a possibilidade de desistência. Seu consentimento livre e esclarecido pode ser retirado a qualquer momento e caso haja recusa em participar isso não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a equipe médica responsável pelo tratamento.

Esse estudo tem como objetivo investigar processos cognitivos - sentimentos, emoções, tomada de decisão, fantasias e percepções - de indivíduos que participam do transplante hepático como doadores. Para coletar as informações utilizaremos a técnica de grupos focais como método, esses grupos consistem na reunião de um número determinados de indivíduos que buscam um objetivo comum, que neste caso será discutir como foi o processo decisório para torna-se doador no transplante hepático intervivos. Caso haja necessidade de suporte psicológico aos participantes, este será disponibilizado pelo pesquisador.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação, os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. O áudio do encontro será gravado para posterior análise, mas também aqui está assegurado o sigilo das informações.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço eletrônico pesquisador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

_____

Rodrigo Guilhen - CRP 06/87.682

guilhen@usp.br

11 9507-2313

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

_____

Sujeito / RG