

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LINHA DE PESQUISA: FAMÍLIA, INTERAÇÃO SOCIAL E SAÚDE

MARIA DO CARMO DE FARIAS ANDRADE

TRANSPLANTE HEPÁTICO: PERCEPÇÕES DA PESSOA IDOSA

RECIFE

2020

MARIA DO CARMO DE FARIAS ANDRADE

TRANSPLANTE HEPÁTICO: PERCEPÇÕES DA PESSOA IDOSA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como parte da obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cristina Maria de Souza Brito Dias

RECIFE

2020

A553t

Andrade, Maria do Carmo de Farias
Transplante hepático : percepções da pessoa idosa /
Maria do Carmo de Farias Andrade, 2020.
84 f.

Orientadora: Cristina Maria de Souza Brito Dias
Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco.
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Mestrado em
Psicologia Clínica, 2020.

1. Psicologia clínica. 2. Fígado – transplante – Aspectos psicológicos. 3. Idosos – Aspectos psicológicos. 4. Idosos - Relações com a família. I. Título.

CDU 159.964.2

Luciana Vidal - CRB-4/1338

*Dedico este trabalho a Telma, Luciano, Celia, Luciano Junior e Fagner: Minha paz, minha
fortaleza, fonte inesgotável de amor e energia.
SEMPRE acreditaram em mim, mesmo quando eu não acreditava.*

AGRADECIMENTOS

Certa vez, ouvi de uma pessoa a seguinte sentença: *Meu amor, você é uma excelente psicóloga, tem uma escuta clínica incrível, mas não serve pra escrever, não serve pra academia. Não fique triste, meu bem, a gente não pode ser boa em tudo!* Ainda não sei se sirvo para a academia ou não, mas agradeço imensamente a esta pessoa por ter me lançado o desafio... E cá estou!

Agradeço de todo coração à Prof^ª Dra Cristina Maria de Souza Brito Dias por ter me acompanhado neste desafio, pela parceria, paciência, orientação e apoio incondicionais.

Agradeço à Prof^ª Dra Marisa Sampaio que, em 2017, num momento de desmotivação extrema, foi o farol que me fez retomar os caminhos da Psicologia e redescobrir a alegria de ser psicóloga.

Agradeço às Prof^ªs Dras Cirlene Francisca Sales da Silva e Juliana Monteiro Costa pelas valiosas observações para enriquecer este trabalho.

Agradeço a Thereza Motta e Itaciana Ferreira por todo apoio, incentivo e flexibilidade... As melhores chefes que alguém poderia ter!

Agradeço aos demais colegas da Divisão de Psicologia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz por toda vibração positiva.

Agradeço ainda a todos que fazem a Unidade de Transplante de Fígado, terreno de grande aprendizado e crescimento profissional e pessoal, lugar onde vivi experiências fantásticas, cenário desta pesquisa.

Gratidão eterna à minha família por todo amor, companheirismo, apoio e paciência diante das minhas ausências em momentos importantes.

Agradeço a todos os participantes desta pesquisa, meus transplantados queridos, sem eles nada disso seria possível.

Agradeço a Deus e à espiritualidade amiga por estarem sempre comigo, iluminando meus pensamentos e inspirando esta construção.

*Precário, provisório, perecível
Falível, transitório, transitivo
Efêmero, fugaz e passageiro:
Eis aqui um vivo
Eis aqui um vivo*

*Impuro, imperfeito, impermanente
Incerto, incompleto, inconstante
Instável, variável, defectivo
Eis aqui um vivo
Eis aqui*

*E apesar
Do tráfico, do tráfico equívoco,
Do tóxico do trânsito nocivo;
Da droga do indigesto digestivo;
Do câncer vir do cerne do ser vivo;
Da mente, o mal do ente coletivo;
Do sangue, o mal do soropositivo;
E apesar dessas e outras,
O vivo afirma, firme e afirmativo:
“O que mais vale a pena é estar vivo”*

*Não feito, não perfeito, não completo,
Não satisfeito nunca, não contente,
Não acabado, não definitivo:*

*Eis aqui um vivo
Eis me aqui*

(Lenine)

*“Happiness can be found even in darkest of times,
If one remembers to turn on the light.”
(Alvo Dumbledore)*

RESUMO

Até meados do Século XX, a velhice era concebida como um período de declínio físico e cognitivo incompatível com o desenvolvimento. Com o envelhecimento da população, estudiosos se depararam com outra face do envelhecimento: ativo e saudável. A partir daí surge o Paradigma do *Life Span* que compreende que o desenvolvimento humano ocorre do nascimento à morte. No Brasil e no mundo a população de pessoas idosas está crescendo de modo acelerado em virtude da rápida redução da mortalidade em todos os países como consequência das descobertas científicas, desenvolvimento de novas tecnologias, melhores condições de saneamento básico, dentre outras, combinada à alta taxa de natalidade nas duas décadas após a Segunda Guerra Mundial. Estudos apontam que, nos últimos anos, também tem ocorrido um aumento no número de idosos transplantados de fígado. A transplantação de órgãos é considerada tratamento efetivo para doenças crônicas e progressivamente incapacitantes, objetivando prolongar e melhorar a qualidade de vida do doente. O êxito alcançado nesta técnica foi possível graças aos avanços da ciência médica. Muitos questionam a segurança e a eficácia da transplantação hepática em idosos. A literatura evidencia que os resultados não estão relacionados à idade cronológica, mas à idade biológica. Este estudo teve por objetivo investigar as percepções do idoso relacionadas ao transplante de fígado no que diz respeito a ele mesmo e à sua família. Os objetivos específicos foram: a) investigar as percepções dos idosos transplantados de fígado a respeito do diagnóstico da doença, passando pelo ato cirúrgico e até a vida atual; b) compreender as estratégias psíquicas de enfrentamento utilizadas pelo idoso desde o diagnóstico da doença até a vida atual; c) analisar a percepção do idoso transplantado a respeito da repercussão da vivência do transplante para a sua família; d) compreender como o idoso avalia a importância do suporte familiar no momento vivenciado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa da qual participaram seis idosos (duas mulheres e quatro homens), com idades variando entre 60 e 73 anos, que tivessem passado por transplante de fígado há, no mínimo, seis meses e, no máximo, um ano. O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico e a uma entrevista semidirigida focada nos objetivos da pesquisa. A análise de dados foi realizada por meio da análise de conteúdo temática. Emergiram seis categorias temáticas: 1) Descoberta da necessidade do transplante hepático e reações durante o processo em que a descoberta da doença e da necessidade de transplante foi uma situação inesperada e o elemento surpresa apareceu em algumas falas; 2) À espera do transplante hepático foi caracterizada pela ansiedade e perda da qualidade de vida; 3) Estratégias de enfrentamento durante a espera do transplante hepático em que a mais utilizada pelos sujeitos foi a espiritualidade; 4) Vivência do transplante para a família na perspectiva do transplantado em que estes revelaram que o transplante trouxe reflexos para toda a dinâmica familiar; 5) Percepção do papel da família durante todo o processo na perspectiva do idoso transplantado em que o grupo familiar foi tido como principal fonte de apoio para a pessoa idosa transplantada; 6) Vivência atual após o transplante hepático em que a maioria dos entrevistados reconhecem que, após o transplante, houve melhora na qualidade de vida, em que pese o fato de conviverem com algumas restrições.

Palavras-chave: Transplante hepático. Pessoa idosa. Família.

ABSTRACT

Until the middle of the 20th century, old age was seen as a period of physical and cognitive decline incompatible with development. With the aging of the population, scholars have come across another perspective on aging: active and healthy. From there, the *Life Span* Paradigm arises, which understands that human development occurs from birth to death. In Brazil and in the world, the population of elderly people is growing rapidly due to the accelerated reduction in mortality in all countries as a result of scientific discoveries, development of new technologies, better conditions of basic sanitation, among others, combined with the high birth rate in the two decades after World War II. Studies indicate that, in recent years, there has also been an increase in the number of elderly liver transplant recipients. Organ transplantation is considered an effective treatment for chronic and progressively disabling diseases, aiming to prolong and improve the patient's quality of life. The success achieved in this technique was possible thanks to advances in medical science. Many question the safety and effectiveness of liver transplantation for elders. The literature shows that the results are not related to chronological age, but to biological age. This study aimed to investigate the elderly's perceptions related to liver transplantation in regard to himself and his family. The specific objectives were: a) to investigate the perceptions of elderly liver transplant recipients regarding the diagnosis of the disease, going through the surgical procedure and up to current life; b) to understand the psychic coping strategies used by the elderly from the diagnosis of the disease to the present life; c) to analyze the perception of the transplanted elderly regarding the repercussions of the transplantation experience for his family; d) understand how the elderly assesses the importance of family support at the moment experienced. This is a qualitative study in which six elderly people (two women and four men) participated, aged between 60 and 73 years, who had undergone liver transplantation for at least six months and at most one year. The research project was approved by the University's Research Ethics Committee. The participants answered a sociodemographic questionnaire and a semi-directed interview focused on the research objectives. Data analysis was performed through Thematic Content Analysis. Six thematic categories emerged: 1) Discovery of the need for liver transplantation and reactions during the process in which the discovery of the disease and the need for transplantation was an unexpected situation and the element of surprise appeared in some statements; 2) Waiting for liver transplantation was characterized by anxiety and loss of quality of life; 3) Coping strategies while waiting for liver transplantation, in which the most used by the subjects was spirituality; 4) Transplant experience for the family from the perspective of the transplanted patient, in which they revealed that the transplant brought reflexes to the whole family dynamics; 5) Perception of the role of the family throughout the process from the perspective of the transplanted elderly person in which the family group was seen as the main source of support for the transplanted elderly person; 6) Current experience after liver transplantation in which most interviewees recognize that, after the transplant, there was an improvement in quality of life, despite the fact that they live with some restrictions.

Key-words: Livertransplant. Elderly. Family.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 – ENVELHECIMENTO: características e principais teorias	14
1.1. O envelhecimento ao longo dos tempos	15
1.2. Aspectos demográficos	16
1.3. Desenvolvimento psicológico e teorias que explicam o envelhecimento	18
1.3.1 <i>Paradigma Mecanicista</i>	19
1.3.2 <i>Paradigma Organicista</i>	19
1.3.3 <i>Paradigma Dialético</i>	19
1.3.4 <i>Paradigma do Curso de Vida</i>	20
1.3.5 <i>Paradigma Life Span</i>	20
2 – CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRANSPLANTE DE FÍGADO	24
2.1. Aspectos históricos do transplante de fígado	25
2.2. O transplante de fígado no idoso	28
2.3. Aspectos psicológicos do transplante de fígado	29
2.4. Atuação do psicólogo junto ao paciente no transplante hepático.....	32
3 – A FAMÍLIA NO CONTEXTO DO ADOECIMENTO DO IDOSO	33
3.1. Um recorte do Pensamento Sistêmico aplicado à família	33
<u>3.1.1. Algumas propriedades fundamentais do Pensamento Sistêmico</u>	34
3.2. Família no contexto do adoecimento	35
3.3. A tipologia psicossocial da doença	36
3.4. Adoecimento da pessoa idosa	38
4 – OBJETIVOS E MÉTODO	42
4.1. Objetivo geral	42
4.2. Objetivos específicos	42
4.3. Método	42
4.3.1 <i>Natureza da pesquisa</i>	42
4.3.2 <i>Participantes</i>	42
4.3.3 <i>Instrumentos de coleta de dados</i>	44

<i>4.3.4 Procedimento de coleta de dados</i>	45
<i>4.3.5 Procedimento de análise de dados</i>	46
<i>4.3.6 Cuidados éticos</i>	46
5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	47
5.1. Descoberta da necessidade do transplante hepático e reações durante o processo	48
5.2. À espera do transplante hepático	52
5.3. Estratégias de enfrentamento durante a espera do transplante hepático	56
5.4. Vivência do transplante para a família na perspectiva do transplantado ...	59
5.5 Percepção do papel da família durante todo o processo na perspectiva do idoso transplantado	63
5.6. Vivência atual após o transplante hepático	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICES	78
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO	79
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA	80
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	81
ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	83

INTRODUÇÃO

É notório que a população de pessoas idosas vem crescendo rapidamente no Brasil e no mundo. Este fato se dá em virtude da redução da mortalidade nos dias atuais (graças às descobertas científicas, desenvolvimento de novas tecnologias, melhores condições de saneamento básico, dentre outras) e da alta taxa de natalidade nas duas décadas seguintes à Segunda Guerra Mundial. Desde 2012, o Brasil ganhou 4,8 milhões de idosos. O dado mostra como este grupo etário vem se tornando representativo na atualidade, no país (Bentes, Pedroso & Falcão, 2020).

No período compreendido entre 1950 e 1960, o Brasil vivenciou as mais elevadas taxas de crescimento populacional. Sendo que em 1940 a população idosa do país era de 4%. Em 2010 esta proporção sobe 11%. Este fato é justificado pela alta fecundidade entre os anos de 1950 e 1960, juntamente com a diminuição da mortalidade infantil, originando o fenômeno conhecido como *baby boom*. Estas crianças beneficiaram-se também da redução da mortalidade nas idades subsequentes aumentando, assim, a população idosa (Camarano & Kanso, 2016).

É preciso celebrar o envelhecimento populacional, pois este é fruto do desenvolvimento do país. No entanto, observa-se que a população idosa está mais exposta a doenças e agravos crônicos, especialmente aos não transmissíveis. Muitos deles resultam em sequelas que limitam o bom desempenho funcional, o que acarreta situações de dependência e necessidades de cuidados (Louvison & Rosa, 2016).

Diante deste contexto, como consequência do rápido envelhecimento da população, bem como do aumento da qualidade e expectativa de vida, tem-se percebido o crescimento do número de realização de transplantes de fígado em idosos, já que esta faixa etária está adoecendo cada vez mais tarde.

O transplante de órgãos é considerado o tratamento mais efetivo para doenças crônicas e progressivamente incapacitantes. Ou seja, objetiva prolongar a vida do doente e melhorar sua qualidade de vida. Os resultados positivos deste procedimento ocorreram graças aos avanços científicos relacionados ao manejo do sistema imunológico humano, às técnicas cirúrgicas, aos cuidados intensivos, além das drogas imunossupressoras mais modernas e soluções de preservação de órgãos mais eficazes (Barros, Araújo & Lima, 2009; Biagi & Sugano, 2011).

Infelizmente, ainda há um descompasso entre a demanda e a oferta de órgãos para transplante. Por isso, alguns pesquisadores questionam se estes deveriam ser utilizados em pessoas idosas, pressupondo que os resultados não fossem tão satisfatórios quanto os realizados em pessoas mais jovens. Outros apontam haver um aumento do número de ocorrência deste procedimento em idosos. Sendo a hepatite pelo vírus C e o hepatocarcinoma as principais doenças que levam esta faixa etária ao transplante hepático. Quanto aos resultados, evidenciam que estes não se relacionam à idade cronológica, mas à idade biológica. As comorbidades prévias, como questões cardiovasculares, pulmonares e neoplásicas, é que podem impactar o resultado final do transplante. (Muñoz et al., 2015; Wilson et al., 2014).

Esta realidade mostra que mesmo na velhice é possível a pessoa ter qualidade de vida e beneficiar-se dos resultados de um transplante hepático. Tal afirmação coincide com o Paradigma do *Life Span* desenvolvido a partir de meados do século XX, especialmente por Paul Baltes. Antes deste período, a velhice era concebida como um período de declínio físico e cognitivo incompatível com o desenvolvimento. Porém, com o envelhecimento populacional, estudiosos deram-se conta de uma outra face do envelhecimento: ativo e saudável. Assim, considera-se o envelhecimento e o desenvolvimento humano como um processo multidimensional e multidirecional que se dá do nascimento à morte. (Neri, 2014).

Neste estudo utilizou-se também como referencial teórico o Pensamento Sistêmico que surgiu das ideias do biólogo austríaco Ludwig Von Bertalanffy, na década de 1920. Nesta concepção, o ser humano só pode ser compreendido sob a perspectiva da complexidade, realçando sempre o contexto em que ele vive e as relações que se estabelecem (Celestino & Bucher-Maluschke, 2015).

Diante disso, a presente dissertação de mestrado tem por objetivo investigar as percepções do idoso relacionadas ao transplante de fígado no que diz respeito a ele mesmo e à sua família. Os objetivos específicos foram: a) investigar as percepções dos idosos transplantados de fígado a respeito do diagnóstico da doença, passando pelo ato cirúrgico e até a vida atual; b) compreender as estratégias psíquicas de enfrentamento utilizadas pelo idoso desde o diagnóstico da doença até a vida atual; c) analisar a percepção do idoso transplantado a respeito da repercussão da vivência do transplante para a sua família; d) compreender como o idoso avalia a importância do suporte familiar no momento vivenciado.

Esta dissertação é composta por cinco capítulos: o primeiro versa sobre o envelhecimento, onde foi realizado um recorte histórico da velhice, os aspectos demográficos e as teorias que explicam o envelhecimento. No segundo, foram trazidas algumas

considerações a respeito do transplante de fígado, abrangendo aspectos históricos, a realização do procedimento na população idosa e os aspectos psicológicos deste transplante. O terceiro trata da família e do adoecimento do idoso. No quarto é apresentado o método da construção da pesquisa. No quinto capítulo, são apresentados os resultados e a discussão dos dados coletados, dialogando com os autores estudados. Finalizando, são tecidas algumas considerações sobre o trabalho realizado.

1. ENVELHECIMENTO: características e principais teorias

Pensar e questionar a respeito do envelhecimento humano e da velhice não é um fenômeno recente. Observa-se que tais reflexões estão presentes em toda a história da humanidade. Desde tenra idade, crianças já fazem questionamento aos seus responsáveis, sobre o que é envelhecer e por que envelhecemos. Ao longo do tempo, o modo de perceber e explicar este processo foi se modificando. Teorias emergiram e algumas decaíram na tentativa de responder a tais perguntas – desde os mitos na Antiguidade até o advento da Gerontologia dos dias atuais (Moreira, 2016).

O envelhecimento pode ser visto como um processo complexo e gradativo que engloba aprendizagem, desenvolvimento e amadurecimento, envolvendo ainda questões biológicas e sociológicas. Do ponto de vista biológico, ele é concebido como algo natural e universal a todos os seres humanos, que acontece ao longo do desenvolvimento. Relaciona-se com o declínio fisiológico que ocorre após a maturação sexual, resultando na diminuição gradual da probabilidade de sobrevivência do organismo. Já na concepção sociológica, observa-se que cada sociedade estabelece uma idade para o início da velhice, fase que dá início à mudança de *status* e papéis sociais, relacionando-se também com mudanças de identidade e na percepção da idade pelas próprias pessoas (Kreuz & Franco, 2017; Neri, 2014).

O processo de envelhecimento pode ser distinguido de diferentes formas: 1) *o envelhecimento satisfatório* corresponde a um equilíbrio entre as limitações e as potencialidades da pessoa; 2) *o envelhecimento bem sucedido*, diz respeito à competência adaptativa do indivíduo e sua capacidade de responder com flexibilidade aos desafios do corpo, mente e ambiente. Neste sentido, a velhice é um processo individualizado, vivenciado por cada pessoa de modo particular, sendo resultado da interação de fatores históricos, físicos, psicológicos, geográficos, sociais, econômicos, culturais, entre outros; 3) *a senilidade*, que acarreta patologias decorrentes da velhice, especialmente na fase avançada (Dias, 2013).

Neste capítulo será abordada a temática do envelhecimento humano em diferentes nuances. Será feito um recorte histórico sobre os modos de conceber o envelhecimento, os aspectos demográficos deste fenômeno, passando pelo desenvolvimento psicológico, adoecimento e como a família está inserida neste contexto.

1.1. O envelhecimento ao longo dos tempos

Na Antiguidade, entre os gregos, como evidencia Platão, velhice e sabedoria estavam intimamente ligadas. Os velhos ocupavam lugar de destaque e respeito social sendo considerados os mais capazes e, conseqüentemente, os responsáveis por adquirir sabedoria e passá-la a diante. Ser mais velho significava ser mais sábio. Consta que, no chinês antigo, a mesma palavra era utilizada para denominar “o velho” e “o sábio”. A velhice representava a possibilidade de acúmulo de experiência e aprendizado de vida. Essa experiência ajudava a viver melhor a própria velhice. Nesta época, o homem valorizava as tradições e voltava-se para o passado para resolver e dar conta das questões do presente (Medeiros & Carvalho-Feijó, 2011).

Na Idade Média, com a ascensão do Cristianismo, ser sábio ia além de alcançar o conhecimento que só a experiência de vida pode proporcionar. Ser sábio era, antes de tudo, ter fé e crer nas revelações bíblicas. Ou seja, crer que a salvação está no *post mortem*, quando a alma fica livre do corpo e do mundo pecaminoso. Desta feita, a sabedoria se tornou saber sofrer e saber morrer. Pode-se dizer que os mais velhos estão em vantagem, pois sabem melhor que os jovens o quanto de sofrimento e morte há no mundo e como enfrentá-los, pois já experimentaram inúmeras vezes a efemeridade das coisas e das pessoas amadas (Paula, 2016).

A Modernidade inaugurou o conhecimento científico e impôs uma separação que antes não existia: conhecimento e erudição de um lado e sabedoria do outro, com um valor e lugar muito menor no mundo. Antes da Modernidade, todo o conhecimento era buscado por meio e de modo inseparável da sabedoria. Na Modernidade o conhecimento é fragmentado em especialidades, tornando-se mais técnico. Com o advento do Renascimento, a física se separa da cosmologia, a astronomia da astrologia, a matemática da numerologia e assim sucessivamente. Neste panorama, o saber se divide em diversas áreas especializadas e o conhecimento se torna cada vez mais assunto de cientistas pertencentes a áreas bem delimitadas de saber (Paula, 2016).

A Modernidade ainda rompeu com a tradição, produzindo sujeitos que se voltam, especialmente, para o futuro. Nele buscam referências normativas para a vida e o que interessa ao jovem é sua longa possibilidade de futuro. Desse modo, muitos deles desqualificam o idoso, sua sabedoria e experiência de vida, principalmente em virtude do surgimento do capitalismo e da necessidade/exigência de produção constante, que o idoso, na maioria das vezes, já não é mais capaz de atender. Vive-se em uma sociedade de consumo em

que apenas o novo tem valor, caso contrário, não existe produção e acumulação de capital. Nesta dura realidade, o velho passa a ser ultrapassado (Schneider & Irigaray, 2008).

Na Pós-Modernidade, houve um rompimento com o passado e o futuro. Houve uma supervalorização do agora. O futuro não é mais uma aposta e o passado deixa de ser um referencial. Neste momento, impera, de modo tirânico, o efêmero, o fugaz, o culto ao corpo jovem. Surge ainda o horror à velhice, agora associada apenas a uma fase de declínio do desenvolvimento (Moreira, 2012).

O interesse da Psicologia pelo envelhecimento é relativamente recente. Durante os primeiros 60 anos do século XX, esta fase era descrita como um período de declínio. Até então a Psicologia do Desenvolvimento dedicava-se apenas à infância e à adolescência que eram considerados os períodos marcados pela produtividade e autonomia física e cognitiva. Predominava a noção de declínio intelectual na vida adulta, o que tornou-se incompatível com a idéia de desenvolvimento na idade mais avançada. A partir dos anos 1960, acontecimentos socioculturais provocaram o início de estudos a respeito do envelhecimento pela Psicologia. Dentre eles, o envelhecimento da população mundial e dos estudiosos que continuavam a produzir em idade avançada. Houve também movimentos sociais americanos em defesa das minorias, nos quais idosos estavam incluídos. Iniciou-se então uma investigação sobre os elementos que contribuem para uma velhice saudável e ativa em que há possibilidade de desenvolvimento ao longo de toda a vida do indivíduo (Neri, 2006). Mais adiante, será explicitada a teoria que trata da possibilidade do desenvolvimento ao longo de toda a vida, incluindo a fase da velhice.

1.2. Aspectos demográficos

Em todo o mundo é possível perceber que a proporção de pessoas idosas¹ está crescendo de modo mais acelerado do que em qualquer outra faixa etária. Tal fato se deve à rápida redução da mortalidade em todos os países, incluindo aqueles com renda baixa e média, combinada à alta taxa de natalidade nas duas décadas após a Segunda Guerra Mundial. (Centro Internacional de Longevidade Brasil [CILB], 2015).

Esta inversão na pirâmide etária, colocando os idosos em maior quantidade, se deve à redução da natalidade, fazendo com que a população idosa cresça proporcionalmente e às descobertas da ciência, elaboração de novas tecnologias, melhores condições de saneamento

¹Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, conforme o Estatuto do Idoso (Lei 10.471/2003).

básico, substâncias farmacológicas que estendem a vida e confrontam as patologias de modo mais eficaz, dentre outras (Mendes, Silva, Silva & Santos, 2018).

Nosso país também acompanha essa tendência. O Brasil vivenciou as mais elevadas taxas de crescimento no período entre 1950 e 1970, chegando a 3% a cada ano. Em 1940, a população idosa representava 4% do total e, em 2010, passou a representar 11%. Em valores absolutos foi um aumento de 1,7 milhão para 20,6 milhões de idosos. Este fato é justificado pela alta fecundidade que ocorreu nos anos 1950 e 1960, somada à redução da mortalidade infantil, que originou o movimento *baby boom*. Esta geração beneficiou-se da redução da mortalidade em todas as faixas etárias subsequentes. Como resultado, tem-se o aumento da população idosa que os estudiosos chamam de *elderly boomers* (Camarano & Kanso, 2016).

Outro fator que resultou nesta realidade foi a transformação do perfil demográfico do Brasil a partir dos anos 1970. De uma sociedade predominantemente rural e tradicional, com famílias numerosas e, alto risco de morte na infância, tornou-se uma sociedade urbana e com menos filhos. Esta transição se inicia com a diminuição das taxas de mortalidade e, posteriormente, com a queda da natalidade, resultando em alterações na estrutura etária da população (Miranda, Mendes & Silva, 2016). Atualmente, a população brasileira de idosos já chega aos 30,2 milhões, dado que confirma o quanto este grupo etário vem se tornando cada vez mais representativo no país (Bentes, Pedroso & Falcão, 2020).

Ao se lançar luz sobre o processo de envelhecimento, pode-se concebê-lo como um fenômeno populacional e individual. O envelhecimento populacional é observado quando se tem um acréscimo da participação de idosos no total da população, quando há um aumento da idade média da população e quando por um período relativamente longo, há a manutenção de taxas de crescimento da população idosa superiores à população mais jovem. Por sua vez, este fenômeno pode ser revertido em virtude, por exemplo, do crescimento da fecundidade. Individualmente, acontece quando a idade de uma pessoa aumenta. Ou seja, a pessoa idosa é aquela com idade avançada que vive a última fase da vida. Observam-se ainda vulnerabilidades nos campos físicos, cognitivos e mentais, bem como agravamento de doenças crônicas e degenerativas. Além disso, a perda de papéis sociais, a retirada da atividade laborativa, a inversão dos papéis parentais e o surgimento de outros (de avós e bisavós, por exemplo) e a proximidade da morte também são vivenciados (Camarano & Kanso, 2016).

A ampliação do tempo de vida, o envelhecimento, foi um dos maiores feitos da humanidade. Esta foi resultado da melhora significativa dos parâmetros de saúde das populações, entre outras causas. Vale lembrar que essa conquista está longe de se distribuir de

forma equânime nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Antes, envelhecer era um privilégio de poucos. Hoje é um fenômeno comum, mesmo nos países mais pobres (Veras & Oliveira, 2018).

Em virtude do ritmo acelerado com que o envelhecimento populacional vem ocorrendo no Brasil, são vislumbrados alguns desafios. A pessoa idosa está mais exposta a doenças e agravos crônicos, especialmente aos não transmissíveis. Muitos acarretam sequelas que limitam o bom desempenho funcional, ocasionando situações de dependência e necessidades de cuidados. À medida que as sociedades envelhecem os problemas de saúde entre os idosos tendem a desafiar os sistemas de saúde e a seguridade social que não estão prontos para prestar-lhes assistência adequada. Faz-se necessária uma revisão das políticas públicas de cuidados que garantam os direitos e atendam às necessidades e preferências dessas pessoas. Ao pensar cuidado nesta perspectiva, torna-se necessário remeter à noção de cuidado integral. Ou seja, amplo e singular ao mesmo tempo, ultrapassando os cuidados com a saúde, adotando a perspectiva da intersectorialidade. Desse modo, ele envolve outras políticas públicas como a assistência social e a previdência, originando-se assim uma política mais ampla e holística de proteção social (Louvison & Rosa, 2016).

1.3. Desenvolvimento psicológico e teorias que explicam o envelhecimento

O envelhecimento humano é um processo complexo e, ao longo dos anos, os estudiosos tentam explicá-lo. Nesta empreitada, diversas teorias surgiram; algumas já foram superadas e outras ainda estão em vigor. O consenso existente entre os pesquisadores é o de que o envelhecimento não pode ser concebido por meio de uma única teoria em virtude de sua multidimensionalidade e complexidade que abrange aspectos biológicos, sociológicos, psicológicos, entre outros, conforme já foi referido.

As teorias psicológicas do desenvolvimento na velhice beneficiam-se da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade, da orientação por microteorias e modelos, e da perspectiva de desenvolvimento ao longo de toda vida – o *Life Span*. Este Paradigma é o mais atual e mais influente da Psicologia do Envelhecimento. Foi desenvolvido pelo psicólogo alemão Paul Baltes (1939-2006), no final dos anos 1960, e foi fortemente influenciado pelos paradigmas mecanicista, organicista, dialético e de curso de vida, surgindo como uma síntese destes (Neri, 2006, 2016). A seguir, será exposto um recorte dos princípios básicos de cada um dos paradigmas que deram origem ao Paradigma *Life Span*.

1.3.1. Paradigma Mecanicista

Na concepção do Paradigma Mecanicista, o ser humano é compreendido como uma máquina que reage a forças externas. Para ele, o desenvolvimento era fruto de uma história de relações ou de funções estímulo-resposta, sem a participação da mente interpretativa. Liberdade, decisões, pensamentos e o próprio eu são tidos apenas como constructos teóricos (Neri, 2016).

Teve como principais nomes: Watson (1878-1958), Tolman (1886-1959), Hull (1884-1952) e Skinner (1904-1990). Eles ajudaram a estabelecer o estatuto científico da Psicologia através de experimentos sobre aprendizagem e tempo de reação. Este pensamento vigorou até os anos 1960 (Neri, 2016).

1.3.2. Paradigma Organicista

A principal noção deste paradigma é a de que o desenvolvimento é um processo ativo de mudança ordenada visando um alvo superior. Haveria uma sequência de estágios regulados por princípios intrínsecos de mudança, levando em conta determinantes históricos, sociais e culturais (Neri, 2016).

Para exemplificar, tem-se a teoria do desenvolvimento de Erik Erikson que postulou o desenvolvimento como sequência de crises psicossociais e de tarefas evolutivas que se desdobram ao longo de toda a vida. As crises evolutivas e sua sequência seriam universais, pois integram a natureza humana (Neri, 2016).

1.3.3. Paradigma Dialético

Desenvolvido entre os anos 1950 e 1970, por Riegel, o Paradigma Dialético rejeitou as noções de: estágios desenvolvimentais; desenvolvimento linear de crescimento até um ponto de culminância e envelhecimento como um processo de declínio. O processo de desenvolvimento se daria durante toda a vida, sendo presidido por influências de natureza inato-biológicas, individual-psicológica, cultural-psicológica e natural-ecológica. Ele definiu como desenvolvimento normal os períodos em que tais fontes estão em sincronia. Acrescentou ainda que este processo pode ser descontinuado por eventos de transição ou de crises – do ponto de vista biológico, tem-se o climatério; do ponto de vista psicossocial, a aposentadoria, ou uma catástrofe climática (terremoto, furacão), do ponto de vista ecológico, por exemplo. Tais eventos criam novos pontos de influência que podem ser experimentados como positivos ou negativos. Após esses acontecimentos, a experiência não mais será a mesma e o processo de desenvolvimento integrará o novo elemento produzido pelo

enfrentamento do desafio que lhe foi posto. A assincronia causada pelas instabilidades e descontinuidades do desenvolvimento criam focos de tensão e conflitos. Os esforços adaptativos da pessoa conduziram a uma nova síntese, ou a um novo período de desenvolvimento normal e, assim, sucessivamente (Neri, 2014).

1.3.4. *Paradigma do Curso de Vida*

O indivíduo e o ambiente são concebidos como mutuamente influentes, sendo coparticipantes no processo do desenvolvimento. Nesta perspectiva o desenvolvimento é considerado um processo contínuo de adaptação que dura a vida toda. A sociedade constrói trajetórias desenvolvimentais na medida em que prescreve os comportamentos que são adequados para cada faixa etária, ensinando os indivíduos e as instituições a considerarem certas trajetórias normais e esperadas, como se isso fosse natural e não socialmente criado. Como exemplo, tem-se a metáfora de “relógio social” proposta por Neugarten (1969). Os indivíduos internalizam esse relógio, que regula o senso de ajustamento e pertencimento a uma geração (Neri, 2016).

1.3.5. *Paradigma Life Span*

Neste panorama, são considerados múltiplos níveis e dimensões do desenvolvimento. Este processo é concebido como interacional, dinâmico e contextualizado, ou seja, pluralista. Integra a noção organicista em que as mudanças evolutivas têm origem ontogenética, com a noção dos paradigmas do curso de vida e dialético (Neri, 2016).

Baltes, principal estudioso do *Life Span*, afirmou que, desde o século XVIII, a Psicologia do Desenvolvimento já dava indícios de ser considerada ao longo de toda vida, tendo como exemplo as obras de Tetens (1736-1807) e as ideias de Thomae (1915-2001) que já no século XX, desenvolveram o primeiro estudo longitudinal sobre a meia-idade e a velhice. Outro colaborador deste paradigma foi o alemão Warner Schaie com seu estudo sobre inteligência que iniciou em 1955 e dura até hoje (*Seattle Longitudinal Study*). Neste, elaborou estratégias que consideravam não só mudanças relativas à passagem do tempo do calendário, mas também as devidas ao tempo histórico, que envolvem mudanças socioculturais (citados por Neri, 2016).

Em meados do século XX, o Paradigma do *Life Span*, ou Paradigma do Desenvolvimento ao Longo de Toda Vida, foi aprimorado. A velhice, que era concebida como um período de declínio físico e cognitivo incompatível com o desenvolvimento, passa a ser vista, também, como um período saudável e ativo do ciclo de vida. Ou seja, o

desenvolvimento humano se daria do nascimento à morte. Considera o envelhecimento e o desenvolvimento como um processo multidimensional e multidirecional, incluindo variáveis biológicas, socioculturais e psicológicas, abrangendo os ganhos e as perdas de cada momento vivenciado. Influenciado pelo Paradigma do Curso de Vida, a perspectiva *Life Span*, identificou três classes de influências biossociais: graduadas por idade; graduadas por história; e não normativas ou idiossincráticas. (Neri, 2014).

As influências normativas *graduadas por idade*, também chamadas de ontogenéticas, dizem respeito aos eventos que tendem a ocorrer mais ou menos numa mesma época, com mais ou menos o mesmo período de duração para as pessoas de uma dada sociedade. Parte desses eventos é de natureza biológica, como por exemplo, a maturação durante a infância inicial ou o declínio biológico no envelhecimento. Outros eventos graduados por idade são de ordem sociológica, como a aquisição de papéis e de competências sociais ligadas à idade (Neri, 2014).

No tocante às influências normativas *graduadas por história* tratam dos eventos macroestruturais que atingem ao mesmo tempo todos os componentes de uma dada coorte, podendo variar de acordo com classe social, gênero e etnia. Guerras, crises econômicas, epidemias, terrorismo, são exemplos de eventos desta categoria (Neri, 2014).

Já as influências *não normativas ou idiossincráticas*, podem ser de origem sociológica ou biológica. Não abrangem todos os indivíduos de um mesmo grupo etário ao mesmo tempo. Ou seja, são independentes da ontogenia e do tempo histórico. Sua ocorrência é imprevisível: perder o emprego, ganhar na loteria, sofrer um acidente, adoecer. O impacto dessas influências é forte uma vez que interrompem a sequência e o ritmo do curso de vida esperado, bem como sua previsibilidade, trazendo à tona incertezas e desafios, impondo sobrecarga aos recursos pessoais e sociais do indivíduo. Seus efeitos variam de acordo com o significado do evento para a pessoa e sua capacidade de enfrentamento (Neri, 2014).

Baltes destacou ainda que o envelhecimento é concebido como multideterminado e heterogêneo, podendo ser caracterizado em três tipos: o *normal*, referindo-se às alterações típicas e inevitáveis do processo de envelhecer; o *patológico*, quando ocorrem doenças, disfuncionalidades e descontinuidade do desenvolvimento; o *ótimo ou saudável*, que se caracteriza por um ideal sociocultural de excelente qualidade de vida, funcionalidade nos âmbitos físico e mental, baixo risco de doenças e incapacidades e engajamento ativo com a vida. Aqui cabe uma ressalva: não se deve interpretar esta tipologia rigidamente, uma vez que estes estágios podem se sobrepor em algum momento da vida (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012).

O envelhecimento saudável está relacionado com a preservação do potencial de desenvolvimento durante todo o curso da vida do indivíduo, havendo um equilíbrio entre suas limitações e potencialidades. O desenvolvimento psicológico é um processo que se dá durante toda a vida. Ou seja, pode haver mudanças qualitativas na vida, mesmo no período da velhice. Tais mudanças qualitativas dependerão de questões biológicas e socioculturais, bem como da plasticidade da pessoa – potencial de mudança de um indivíduo e sua flexibilidade para lidar com situações novas (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012).

Dentro da perspectiva do *Life Span*, Baltes desenvolveu a Teoria da Seleção, Otimização e Compensação (Teoria SOC) que tem por objetivos descrever o desenvolvimento dos indivíduos e estabelecer como eles podem manejar as mudanças nas condições biológicas, psicológicas e sociais que se constituem como possibilidade ou restrição de desenvolvimento, de acordo com sua plasticidade, visando maximizar os ganhos e minimizar as perdas. Os ganhos e as perdas ocorridos no processo de evolução são resultados da interação dos recursos da pessoa com os recursos do ambiente. No decorrer de toda a existência do ser humano ocorre uma atuação sistêmica dos três mecanismos na produção do desenvolvimento e envelhecimento bem sucedido (Neri, 2006).

Neste sentido, a *Seleção* acarreta uma reorganização da hierarquia do investimento do tempo, da energia e da capacidade, dos recursos limitados em virtude do envelhecimento, orientando a pessoa à recuperação das perdas. A *Otimização* denota a aquisição, aplicação, coordenação e manutenção de recursos internos e externos para o alcance de níveis de funcionamento mais altos. A *Compensação* consiste na adoção de alternativas para manter o bom funcionamento físico, psíquico e social, como, por exemplo, a utilização de aparelhos auditivos ou cadeiras de roda (Neri, 2006).

É importante realçar também a Teoria da Seletividade Socioemocional, desenvolvida por Carstensen, que é uma derivação da Teoria SOC. Compreende o declínio das relações sociais e as mudanças no comportamento emocional dos idosos. Considera que a redução das relações sociais e da participação social na velhice reflete uma redistribuição de recursos socioemocionais pelos idosos. Ao se darem conta que têm menos tempo de vida pela frente, eles se tornam mais seletivos. Dessa forma, eles selecionam metas, parcerias e formas de interação social, por meio da otimização dos recursos que possuem. Neste sentido, passa a ser mais relevante, por exemplo, o envolvimento seletivo em relacionamentos sociais que possibilitem experiências emocionais significativas que lhes proporcionam um maior bem-estar subjetivo (Bentes, Pedroso & Falcão, 2016).

Esta perspectiva desmistifica a noção de que o idoso é um ser, necessariamente, doente e passivo, rompendo, assim, com a noção de desenvolvimento e envelhecimento que estava em voga até meados do século XX, e reforçando a ideia de que o idoso tem potencial de desenvolvimento até o fim da vida. O capítulo seguinte abordará questões relativas ao transplante de fígado.

2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRANSPLANTE DE FÍGADO

Atualmente, a transplantação de órgãos é considerada um tratamento efetivo e consagrado para as doenças crônicas e progressivamente incapacitantes, ou seja, doenças em seu estágio final, que acometem os órgãos vitais. Tem por objetivo prolongar a vida do doente e, principalmente, melhorar sua qualidade de vida. O êxito alcançado foi possível graças aos avanços da ciência médica no que diz respeito ao manejo do sistema imunológico humano, às técnicas cirúrgicas, aos cuidados intensivos, além das drogas imunossupressoras mais modernas e soluções de preservação de órgãos mais eficazes (Barros, Araújo & Lima, 2009).

No entanto, até se tornar uma terapêutica eficaz na medicina moderna, o caminho percorrido foi longo. Mitos e lendas, desde a Antiguidade, já tratavam do assunto que saiu do campo do imaginário popular e tornou-se realidade. Nas mitologias das civilizações antigas, especialmente nas greco-romana e egípcia, é possível observar imagens de heróis, deuses, sereias, centauros e demônios que são a junção do homem com animais. Como, por exemplo, o Minotauro que é retratado com a cabeça de touro e corpo humano, e as esfinges que são descritas como um ser com corpo de leão e cabeça de mulher. A Bíblia, no livro Gênesis, também sugere algum tipo de transplante ao retratar a história de Adão e Eva – que foi criada a partir de uma costela retirada de Adão (Biagi & Sugano, 2011).

Na medicina antiga de tradição chinesa, constam registros que, 300 anos antes de Cristo, ocorreram os primeiros transplantes de órgãos entre irmãos. Além disso, estudos arqueológicos desenvolvidos no Egito, na Grécia e na América pré-colombiana registraram transplantes de dentes (Catão, 2010).

Com o advento da Era Cristã, as lendas e os mitos cederam espaço para os milagres, menos influenciados pela imaginação e fantasia das pessoas, por estarem permeados pelo conhecimento hipocrático sobre o homem e o universo em volta dele. A exemplo disto há a descrição do milagre realizado por São Cosme e São Damião, médicos, que substituíram a perna gangrenada de um doente pela de outro que havia morrido naquele mesmo dia (Biagi & Sugano, 2011; Catão, 2010).

Ao longo do tempo, na Medicina, o transplante de órgãos foi objeto de várias tentativas sem sucesso. Há relatos sobre o tema já na Medicina Ayurvédica, na Índia e na Grécia. Durante a Segunda Guerra Mundial, Medawar e Gibson realizaram os primeiros transplantes de pele em combatentes queimados. Nesta ocasião, descreveram o processo de rejeição e de não-rejeição quando utilizado enxerto de outro indivíduo e do mesmo indivíduo,

respectivamente (Barros, Araújo & Lima, 2009). As primeiras experiências com transplante de órgãos foram realizadas em animais e, após aperfeiçoamento da técnica, começou a se transplantar seres humanos, sendo o rim o primeiro órgão transplantado no homem (Biagi & Sugano, 2011).

O fígado, no imaginário popular, é um órgão que é afetado e sofre pelo desequilíbrio das paixões, desejos, impulsos, raiva, mágoa e ressentimentos. Sendo assim, precisa sempre estar harmonizado para que a pessoa não adoça como um todo. Este órgão em sofrimento representa a desarmonia pessoal. O fígado tem funções múltiplas e complexas, que vão desde a depuração à desintoxicação de uma série de produtos e à síntese de inúmeras substâncias. Ainda não é possível enumerar com precisão quantas e quais são todas essas funções, mas é de conhecimento que ele auxilia na absorção de nutrientes, fabricação de bile e uréia, armazenamento e distribuição de energia, além de destruir bactérias. Pode ser considerado o grande laboratório do corpo humano. É o único órgão que tem a capacidade de regenerar uma parte, caso ela precise ser retirada (Iamamura, 2015; Medeiros, 2008).

Esta capacidade hepática é representada na mitologia grega no mito de Prometeu: Zeus acorrenta o titã Prometeu, no Cáucaso, após ele ter roubado o fogo dos deuses do Olímpo, entregando-o aos homens sem que estes estivessem preparados. Dia após dia, uma águia bicava e comia parte do seu fígado. Como Prometeu era imortal, seu órgão se regenerava constantemente e o ciclo destrutivo reiniciava a cada dia (Medeiros, 2008). Outra particularidade do fígado, é que ele é um órgão que sofre em silêncio. Sua sintomatologia evidencia-se tardiamente, sendo a doença diagnosticada, geralmente, já em estado avançado (Iamamura, 2015). Diante disto, o transplante hepático torna-se a única opção terapêutica.

2.1. Aspectos históricos do transplante de fígado

O transplante de fígado, a maior agressão cirúrgica que uma pessoa pode suportar, revolucionou a expectativa e qualidade de vida de pessoas com doença hepática em estágio avançado, sendo esta, muitas das vezes, a única modalidade terapêutica eficaz para uma série de enfermidades hepáticas crônicas ou agudas irreversíveis/terminais (Fonseca-Neto, 2013).

As primeiras tentativas de transplante hepático experimental descritas foram realizadas em cães, por Welch, em 1955. Foi Thomaz Starlz, em 1º de março de 1963, na Universidade do Colorado em Denver, Estados Unidos, que realizou o primeiro transplante de fígado em

humanos. Tratava-se de um garotinho de três anos de idade com atresia biliar². O menino evoluiu para óbito durante a cirurgia em virtude de um distúrbio de coagulação e hemorragia incontrolável. Os primeiros cinco transplantes hepáticos não obtiveram sucesso. Nenhum paciente chegou a viver mais de 23 dias em consequência da rejeição que evoluía para insuficiência hepática e sepse³. Nesta época, os pacientes transplantados recebiam a mesma imunossupressão prescrita para o transplante renal (Meirelles Júnior et al., 2015).

No entanto, apesar do insucesso inicial, Starlz continuou a aperfeiçoar as técnicas cirúrgicas e experimentar outros imunossupressores. O primeiro transplante realizado em humanos que logrou sucesso foi realizado em 1967, em uma criança de um ano e meio com carcinoma hepatocelular⁴. Este paciente sobreviveu mais de um ano, indo a óbito em consequência da recidiva da doença. Até 1977, cerca de 200 transplantes de fígado haviam sido realizados no mundo (Meirelles Júnior et al., 2015).

Em 1979, Calne utilizou pela primeira vez a ciclosporina em pacientes transplantados de fígado, dando início a uma nova fase da história do procedimento em que houve grande diminuição dos níveis de rejeição do órgão transplantado. Porém, foi somente em 1983 que o transplante hepático deixou de ser uma técnica experimental, após o Ministério da Saúde dos Estados Unidos avaliar o resultado de 531 casos e aprovar o procedimento como uma terapêutica reconhecida e indicada para o tratamento de doenças hepáticas terminais. (Mies, 1998).

Após mais de 40 anos do primeiro transplante de fígado, são realizados mais de 10.000 por ano ao redor do mundo. A sobrevivência destes pacientes no primeiro ano pós-transplante é de 80% a 90%. Houve melhora progressiva nos resultados, em virtude da resolução de problemas cirúrgicos, de tratamento da rejeição e dificuldade no controle da sepse. (Meirelles Júnior et al., 2015).

O Brasil entrou precocemente na era dos transplantes de fígado. Em 1965, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o grupo de metabiologia cirúrgica fez as primeiras pesquisas experimentais sobre transplante hepático em cães. Em 1968 foi realizado, com sucesso, o primeiro transplante da América Latina em humanos, também na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no Hospital das Clínicas, em um

² Trata-se de um processo inflamatório destrutivo, que acomete os ductos biliares intra e extra-hepáticos de recém-nascidos e lactentes, ocasionando fibrose e obstrução das vias biliares.

³ Conjunto de manifestações graves em todo o organismo produzidas por uma infecção.

⁴ Tipo de câncer mais comum que acomete o fígado.

paciente de 52 anos, com diagnóstico de carcinoma hepatocelular e cirrose hepática⁵. O mesmo faleceu após sete dias do procedimento em decorrência de rejeição. Outro ponto a ser ressaltado é que, em 1989, o Brasil entrou na vanguarda de transplantes de fígado em nível mundial. Os professores Silvano Raia e Sérgio Mies realizaram, na Universidade de São Paulo, o primeiro transplante hepático com doador vivo no mundo (Pacheco, 2016).

O primeiro transplante de fígado de Pernambuco foi realizado em 1993. No entanto, a retomada da história do transplante de fígado no estado teve início em agosto de 1999, no Recife, no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, com a equipe do Prof. Dr. Cláudio Lacerda. Até então, as pessoas da região que necessitavam do procedimento, pobres, em sua maioria, precisavam se deslocar para o Sudeste do país na expectativa de conseguir um fígado novo. Lá enfrentavam longas filas de espera, sendo que a mortalidade era superior a 50%. Chama a atenção que enquanto isso, potenciais doadores nordestinos estavam sendo desperdiçados, por falta de um centro transplantador (Lacerda et al., 2003).

Os últimos 20 anos foram marcados por um aumento expressivo do número de equipes e centros transplantadores no país, havendo assim uma descentralização das instituições que realizam transplantes, embora ainda haja uma maior concentração nas regiões Sul e Sudeste. O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por 95% dos transplantes de fígado realizados no país, garantindo, assim, o acesso universal ao tratamento e aos imunossuppressores, como preconizam a Lei 8080/90 e o Decreto Presidencial 7508/2011 (Rezende et al., 2015; Ministério da Saúde, 2019).

Atualmente, o Brasil está em segundo lugar no mundo em números absolutos na doação de órgãos sólidos em geral, estando atrás apenas dos Estados Unidos. Provavelmente este fato se deve à conscientização da população sobre transplante de órgãos e tecidos, bem como à identificação eficaz de potenciais doadores pelas equipes de saúde. Apesar disto, vale realçar que ainda há um descompasso entre a oferta de órgãos para transplante e o número de pacientes em listas de espera, gerando um aumento no tempo de permanência na fila e da mortalidade em lista (Pacheco, 2016; Ministério da Saúde 2019).

O Sistema Nacional de Transplantes e as Centrais de Notificação e Distribuição de Órgãos foram criados em 1997, que implantou uma fila única de espera através do Cadastro Técnico Único. Nesta fase, o critério utilizado para a realização de transplante era o cronológico. Porém, foi constatado que a mortalidade na fila não estaria relacionada somente

⁵ Resultado de diversas doenças crônicas do fígado, que levaram à destruição gradual das células com a formação de cicatrizes, que foram se acumulando até que a estrutura do fígado esteja deformada, com a formação de nódulos.

ao tempo de espera. A partir de 2006, para a transplantação de fígado, passou-se a utilizar o critério de gravidade através do *MELD score* americano: Model for End Stage Liver Disease – Sistema de pontuação para graduar a gravidade da doença hepática crônica utilizando-se de valores séricos de bilirrubina, creatinina e INR. Com essa mudança, reduziu-se em 3,5% da mortalidade em lista de espera, houve aumento de 10,2% de transplantes com doadores cadáveres e redução de 12% de pacientes que foram incluídos para o transplante (Moraes, Oliveira & Fonseca-Neto, 2017). Trata-se de:

um cálculo logarítmico realizado com os valores de creatinina sérica, bilirrubina e *International Normalized Ratio* obtém-se o valor do MELD para receptores acima de 12 anos de idade, ou seja, $[0,957 \times \text{Log e (creatinina mg/dl)} + 0,378 \times \text{Log e (bilirrubina mg/dl)} + 1,120 \times \text{Log e (INR)} + 0,643 \times 10]$. Dessa forma é possível conseguir um bom preditor de mortalidade, cujo valor mais próximo de 40 se traduz em mínimas chances de sobrevivência em três meses. (Moraes, Oliveira & Fonseca-Neto, 2017, p. 65).

Ou seja, quanto maior a pontuação, maior a gravidade do paciente e maior a prioridade do mesmo na lista de transplante hepático.

2.2. O transplante de fígado no idoso

Em virtude da escassez de órgãos disponíveis para transplante, muitos questionam a segurança e a eficácia da transplantação em idosos. Uma revisão sistemática aponta que, nos últimos anos, tem ocorrido um aumento no número de idosos transplantados de fígado, em consonância com o crescimento da população desta faixa etária. As principais doenças que levam à necessidade de transplante de fígado são a hepatite pelo vírus C e o hepatocarcinoma (Muñoz et al., 2015).

Em relação à segurança e à eficácia do transplante hepático nos pacientes mais velhos, a literatura evidencia que os resultados não estão relacionados à idade cronológica, mas à idade biológica. Trata-se de comorbidades prévias, como doenças cardiovasculares, pulmonares e neoplásicas, que podem impactar o resultado final do transplante; Sendo assim, o que irá influenciar o sucesso da cirurgia será uma boa seleção de receptores: se o candidato ao transplante for cuidadosamente selecionado e se ele estiver em boas condições para se submeter ao procedimento, independentemente de sua idade cronológica (Wilson et al., 2014).

É possível perceber ainda uma lacuna de pesquisas no que se refere aos aspectos psicossociais relacionados aos idosos transplantados de fígado. Niazi, Schneekloth e Taner (2017) realizaram revisão na literatura buscando compreender como os aspectos psicossociais dos idosos influenciavam os resultados do transplante de fígado. No entanto, não foi encontrado nenhum artigo que versasse sobre a temática especificamente. Os autores encontraram algumas pesquisas que abordavam questões predominantemente médicas e que traziam apenas alguns aspectos como tabagismo e a presença de ansiedade e depressão, como características destes transplantados, porém não se aprofundaram nestes quesitos.

Diante desta constatação, não se encontram na literatura estudos que tratem dos aspectos psicológicos do transplante hepático no idoso. Por este motivo, recorreu-se aos escritos que se referem à dimensão psicológica do transplantado de fígado adulto.

2.3. Aspectos psicológicos do transplante de fígado

Apesar da ênfase dada ao ato cirúrgico, é importante considerar o transplante, não só de fígado como de qualquer outro órgão sólido, como um processo e não um acontecimento. É um processo que se inicia no momento da inscrição na lista de espera e só termina com a morte do receptor. No decorrer de toda sua vida, ele precisará estar em acompanhamento médico, com consultas e exames constantes e fazer o uso das medicações imunossupressoras para evitar a rejeição do enxerto. Além disto, em alguns momentos, o transplantado necessita ser reinternado em virtude de alguma intercorrência, como efeitos colaterais das medicações ou infecções oportunistas. É um tratamento complexo e rigoroso que leva o paciente a enfrentar uma série de desafios psicossociais que envolvem questões emocionais, familiares, econômicas, jurídicas e éticas (Tavares, 2004).

O diagnóstico de uma doença crônica e irreversível traz repercussões emocionais ao indivíduo, deixando-o instável do ponto de vista emocional e vulnerável quanto à sua expectativa de vida. Ao descobrir-se doente, é natural emanarem sentimentos de estar em perigo, provocando alterações de comportamento e reações emocionais que podem ou não evoluir para uma condição patológica. No entanto, inevitavelmente, afetam o sujeito. Quando o adoecimento hepático se agrava a ponto de ser necessário um transplante, e o sujeito está na fase da lista de espera, observa-se uma qualidade de vida pobre para este paciente. A enfermidade provoca diversas debilidades, altera o esquema corporal, o condicionamento físico, incapacitando-o para o exercício das atividades cotidianas. Ele exige do paciente mudança de hábitos e readaptações em vários aspectos de sua vida (afetiva, social, familiar,

profissional, sexual, entre outras). Os sintomas da doença hepática levam à incapacitação progressiva do paciente, perdas na sua autonomia e modificação no seu modo de vida (Silva, 2017).

Em alguns momentos, o candidato ao transplante precisa mudar de cidade ou até mesmo de estado para estar mais próximo ao centro transplantador ou buscar centros transplantadores com menores filas e perspectivas de transplante mais rápido, passando a viver longe de seus familiares e do seu lar. Esta necessidade promove um maior distanciamento das atividades sociais e restrições nos relacionamentos interpessoais (Lima, Martins, Almeida & Faria, 2011).

Nesta fase, descrita como o momento de maior estresse em todo o processo, são vivenciadas muitas emoções e conflitos. Medo, dúvida, preocupação, angústia, tristeza e esperança, por exemplo, são presenças diárias na rotina dessas pessoas, além do preconceito e vergonha experimentados pelos que têm o esquema corporal alterado. A sensação de vulnerabilidade e desamparo, a incerteza do prognóstico, a ameaça de morte e a imprevisibilidade do tempo de espera pelo procedimento também estão sempre presentes. Este é o contexto em que está inserida a pessoa que recebe a notícia da necessidade do transplante de fígado como única alternativa capaz de reverter seu quadro clínico. Além de lidar com todos esses sentimentos e conflitos, a presença da culpa também precisa ser destacada. Culpa pelo desejo consciente ou inconsciente da morte de outra pessoa para ser seu doador e assim possibilitar o transplante (Biagi & Sugano, 2011).

O modo como cada um reage a este momento e à espera pelo órgão é muito particular e sofre influências de sua história pessoal e de seus modos de estar no mundo. Pode ser vivenciado como momento de esperança de vida e possibilidade de reorganização psíquica e social, em lugar da ameaça de morte e desesperança. Ou, ao contrário, confirmação do agravamento da doença, “ausência de alternativa” ou um imperativo “tem que fazer” mesmo não querendo ou se sentindo preparado para isso, tornando a experiência ainda mais traumática. Muitas vezes não se dá espaço para o conflito vivenciado pelos que estão nesta situação no momento da tomada de decisão de realizar ou não o procedimento. De um lado há o desejo de estar vivo e aceitar a proposta de submeter-se à cirurgia que “salva vidas”. Do outro, o receio de se arriscar e enfrentar a possibilidade real de morte que ela envolve (Silva, 2017).

Neste cenário, emergem as “estratégias de enfrentamento” da situação. Estas têm papel importante neste processo, pois moderam o impacto e a percepção do estresse emocional vivenciado ou aceleram o desenvolvimento de sintomas. Também conhecidos

como “mecanismos psíquicos de defesa”, essas estratégias de enfrentamento são acionadas quando o aparelho psíquico sofre uma sobrecarga de emoção, positiva ou negativa, e necessita escoar este excesso de alguma maneira. Algumas pessoas têm mais reservas de enfrentamento e conseguem resolver seus conflitos de modo menos danoso e mais adaptativo. Para outras, a via de saída possível é o sintoma que precisa ser cuidado por meio de ajuda psicológica (Silva, 2017).

O transplante de órgãos traz a discussão e a necessidade de uma mudança paradigmática: do curar para o cuidar. Em sentido amplo, cuidado deriva do latim *cogitatus*, é sinônimo de desvelo, vigilância contínua, diligência, zelo e solicitude. Heidegger considera que o cuidado está na essência da existência humana. É a fundamental tarefa existencial do homem. Cuidar de si e cuidar do outro de modo responsável (Ballarin, Farigato & Carvalho, 2010). É necessário realçar que, com o procedimento, não se pretende curar, mas fazer com que os pacientes saiam de uma situação crítica, em que estão sob constante risco de vida, e tenham a possibilidade de retomar as atividades cotidianas e o convívio social. Ou seja, o transplante objetiva ajudar o paciente e sua família a lidar com a situação que passa a ser de cronicidade, em que a qualidade de vida será resultado da convivência delicada entre os limites e as possibilidades da condição de ser uma pessoa transplantada. (Biagi & Sugano, 2011). Paciente e família precisarão estar atentos e vigilantes para qualquer situação que possa sinalizar intercorrências ou evitar situações que resultem nelas.

É importante pensar também no significado da “troca de órgão”, no caso, o fígado. É um processo de internalização que se inicia com a percepção do órgão como um elemento estranho que está sendo incorporado e depois como fazendo parte da imagem corporal do sujeito. Este processo exige um esforço psíquico e tem significados particulares para cada um. Pode ser revigorante, sendo percebido como momento de renascimento e vitalização ou, ao contrário, tendo um sentido de destruição. Estes significados se darão a partir dos modos como o paciente elabora o luto pelo órgão perdido, as fantasias a respeito do novo e a resposta à terapia imunossupressora. O transplante ainda mobiliza afetos e sensações físicas que implicam na modificação da autoimagem do paciente, seja pelos efeitos colaterais das medicações (ganho de peso, por exemplo) ou pela fantasia de herdar características de personalidade do doador (Biagi & Sugano, 2011).

Após o transplante, além da necessidade da continuidade do tratamento, de manter-se mais vigilante em relação a qualquer alteração em sua saúde, a possibilidade de novas internações, o uso das drogas imunossupressoras configura-se também um grande desafio em virtude dos efeitos colaterais que provocam, como oscilação de humor, distúrbios do sono,

problemas gastrointestinais, tremores, dores de cabeça, entre outros. No entanto, a literatura aponta que com o passar do tempo esses efeitos tendem a diminuir e ocorre a recuperação física do indivíduo. Nesta fase, o transplantado poderá retomar suas atividades e responsabilidades, retomando sua autonomia tendo uma postura mais ativa. Estas mudanças podem proporcionar a revisão e a renegociação dos papéis no âmbito familiar e social. Entretanto, apesar da melhora na esfera física, algumas vezes, o funcionamento psíquico do transplantado continua sendo afetado. Podem ocorrer alterações psicológicas como imagem corporal distorcida, baixa autoestima, transtorno de ansiedade e depressão (Biagi & Sugano, 2011).

Deste modo, é necessário que toda a equipe de cuidados, em especial o profissional da psicologia, atente para esta situação e intervenha o mais rapidamente possível objetivando a recuperação da qualidade de vida e retomada de planos e projetos existenciais da pessoa idosa transplantada de fígado.

2.4. Atuação do psicólogo junto ao paciente no transplante hepático

O psicólogo está envolvido em todas as fases do processo do transplante ajudando o paciente e rede social de apoio a passarem por este momento. A condição de cronicidade e a necessidade do procedimento trazem transformações e limitações com as quais o paciente necessitará se adaptar em diversos âmbitos – social, físico, emocional e outros. (Aguilar et.al, 2018).

Antes do transplante, na fase da lista, o referido profissional deve escutar e acolher o candidato ao procedimento do transplante e sua disponibilidade emocional para submeter-se à cirurgia. Além disso, deve-se observar a motivação para viver e a adesão a tratamentos medicamentosos anteriores. É importante também trabalhar possíveis fantasias relacionadas ao doador e sentimento de culpa por desejar que alguém morra para salvá-lo. Outro fator importante no pré-transplante é trabalhar os sentimentos que surgem como ansiedade, tristeza, medo, dentre outros, evitando, assim, que se instale uma doença mental. Após o procedimento, quando necessário, dá-se continuidade ao acompanhamento do paciente, agora transplantado, no sentido de ajudá-lo a elaborar a experiência vivenciada e cuidar de possíveis sentimentos que possam surgir e se tornar transtorno mental (Tavares, 2004).

Tendo abordado os temas do envelhecimento e do transplante de fígado, iremos nos deter agora na principal rede de apoio social do ser humano que é a família.

3. A FAMÍLIA NO CONTEXTO DO ADOECIMENTO DO IDOSO

Diversos autores tentam desenvolver um conceito para família. Porém, diante da complexidade desse grupo social, têm-se dificuldades para empreender esta tarefa. Dentre esta diversidade teórica, pode-se considerar a família como um sistema, ou seja, um grupo de pessoas que interagem por meio de vínculos afetivos, consanguíneos, políticos, entre outros, estabelecendo, assim, uma rede de comunicação infinita e influência mútua. Trata-se de um sistema dinâmico e submetido a um processo de estabelecimento de regras, marcada pela busca de um acordo entre seus membros. Os comportamentos e as ações de um membro influenciam o funcionamento do sistema e a dinâmica familiar como um todo. Por sua vez, ela é formada de subsistemas, que são reagrupamentos dos membros do sistema geral que estabelecem uma comunicação diferente da utilizada no sistema principal. Cada um deles possui demandas e funções específicas, destacando-se o conjugal, parental e o fraterno. Estes buscam o equilíbrio ou homeostase e fazem trocas constantes com o ambiente. Neste contexto, surgem as adversidades, como o adoecimento, que podem afetar o equilíbrio familiar, comprometendo todos os membros (Passos, Pereira & Nitschke, 2015; Wagner, Tronco & Armani, 2011).

3.1. Um recorte do Pensamento Sistêmico aplicado à família

A palavra *Sistema* tem origem grega “*synhistanai*” que significa colocar junto. Ou seja, uma compreensão sistêmica requer um entendimento do contexto, das relações dos elementos que o compõe. Cada um dos sistemas forma um todo com relação a suas partes e também é parte de um todo (Vasconcellos, 2010).

O pensamento sistêmico surgiu a partir da década de 1920, influenciado pelas ideias do biólogo austríaco Ludwig Von Bertalanffy, que criticava o enfoque mecanicista da ciência vigente na época. Para o autor, a Teoria Geral dos Sistemas está enraizada na noção organísmica da biologia. Nos anos 1940, tentou elaborar uma teoria geral dos sistemas vivos. Ele combinou conceitos do pensamento sistêmico com os advindos das ciências biológicas – iniciou seus estudos com o sistema endócrino, passou para os sistemas sociais mais complexos, criando o modelo da Teoria Geral dos Sistemas (Silva, 2014).

Sendo assim, o pensamento sistêmico, em toda sua complexidade, é utilizado nas mais diversas áreas, tais como, biologia, administração, engenharia, física, turismo, entre outros seres vivos e sistemas sociais. Esta concepção tem como principal axioma: **o todo é maior**

que as partes e substituí, desta forma, o modelo de causalidade linear por um modelo circular, um padrão causa-efeito por um padrão interativo (Celestino & Bucher-Maluschke, 2015).

Partindo desta concepção sistêmica, nada existe isoladamente, nem mesmo o ser humano. O homem está inserido em vários sistemas, dentre os quais se destaca a família. Assim, o idoso que adoece do fígado e tem a necessidade de submeter-se a um transplante hepático, pode ser considerado um subsistema inserido numa família, que, por sua vez, está inserido na comunidade – um supra sistema.

3.1.1 – Algumas propriedades fundamentais do Pensamento Sistêmico

A seguir, são expostos alguns princípios do pensamento sistêmico que auxiliarão na compreensão do fenômeno estudado nesta pesquisa, segundo a perspectiva de Bertalanffy (2008).

Globalidade – Todas as partes que compõem um sistema estão inter-relacionadas, sendo o sistema constituído por um todo único. Deste modo, uma mudança em uma das partes, afetará todas as partes e o sistema geral como um todo.

Interdependência ou não somatividade – Um sistema não pode ser concebido como uma simples soma de suas partes. Estas encontram-se em constante interação. Suas partes são interdependentes e constituem padrões de interação que ultrapassam as qualidades dos componentes individuais.

Hierarquia – Os sistemas mais complexos são constituídos por subsistemas organizados em níveis de complexidade crescente. Tomando como exemplo a família, cada membro possui um papel a ser desempenhado, um lugar a ser ocupado. Em razão de um adoecimento, por exemplo, esses papéis e lugares podem ser modificados, invertendo a hierarquia do grupo.

Autorregulação e controle ou retroalimentação – Todo sistema é orientado para alcançar suas metas e propósitos. Garante o funcionamento circular pela troca de informações pelo *feedback* negativo que trabalha para manter a homeostase do sistema e pelo *feedback* positivo que possibilita mudanças, quando necessário, e crescimento dos sistemas. Ambos os *feedbacks* são importantes e deveriam ser incorporados pela família, uma vez que proporcionaria crescimento e equilíbrio nas relações do sistema.

Intercâmbio com o meio ambiente – Um sistema aberto está em constante troca com o ambiente, afetando-o e sendo afetado por ele. Este intercâmbio é essencial para a

sobrevivência no ambiente. As trocas acontecem por meio das fronteiras que separam o interior do sistema do seu entorno. As fronteiras precisam ser fluidas e permeáveis de modo a permitir entradas e saídas.

Equilíbrio ou homeostase – Tendência que os sistemas têm para manterem-se funcionando e não se desfazer.

Mudança e adaptabilidade – O meio ambiente está em constante mudança, por isso o sistema deve estar em constante adaptação. Ele ser capaz de efetuar mudanças e reorganizar-se a partir das pressões ambientais.

Equifinalidade – Diferentemente das máquinas, os organismos vivos têm a capacidade de atingir um mesmo objetivo final por diversos meios e pontos de partida diferente.

3.2 Família no contexto do adoecimento

Na perspectiva sistêmica, o homem está inserido em diversos sistemas, sendo o primeiro e o principal deles a família. Desta forma, ele só pode ser compreendido dentro de um universo interacional. Numa situação de doença de um de seus membros, toda a família passa pelas repercussões desta, o que pode gerar diversos impactos no sistema familiar, com prejuízos funcionais, emocionais e sociais. (Oliveira & Sommermam, 2011). Ou seja, quando um membro da família adoece, há uma desorganização familiar em que todos são afetados e todos enfrentam as adversidades advindas do adoecimento. Surgem, então, necessidades específicas decorrentes de uma situação que não foi escolhida (Vicente, 2004). Diante deste contexto, buscando a homeostase para não se desfazer, o grupo familiar procura, por meio da autorregulação, uma reorganização. Por vezes esta se dá por meio da inversão da hierarquia, em que um de seus membros precisa ocupar o lugar e o papel de outro.

Considera-se a família a primeira e mais importante unidade de saúde do indivíduo. A proximidade e a convivência favorecem o acompanhamento do processo saúde-doença. Se a estrutura e a dinâmica familiar, seu modo de funcionamento, beneficiam a saúde física e emocional de seus membros, ela é capaz de oferecer a continuidade do suporte de cuidados, adicionado à segurança, ao afeto e a qualidade de vida, prevenindo recidivas e agravos à condição de saúde do doente (Fratezi, Gutierrez & Falcão, 2010).

Deste modo, surgem novas formas de interação entre a pessoa doente, seus familiares da pessoa doente e o ciclo de vida de todos os componentes da família atravessadas pela doença. Como resultado dessas novas interações, surge um novo sistema familiar que sofrerá influências da subjetividade de cada componente da família, da forma como cada um enfrenta

a doença, das consequências positivas e negativas que a doença trouxe para cada um deles, da cultura, dos hábitos e da condição financeira do grupo (Hoch, Costa & Oliveira, 2015).

Cuidar de uma pessoa com enfermidade requer adaptações de todos os componentes da família. As crises recorrentes e a sobrecarga emocional, física e financeira levam os familiares a conviver com inseguranças e dilemas éticos, individuais, sociais, profissionais e culturais, além de elevados gastos financeiros que afetam toda família. Essas alterações ocorrem, especialmente, em virtude das constantes idas aos serviços de saúde, do uso de medicamentos, de cuidados específicos, de recidivas e reinternações hospitalares. Algumas vezes a incapacidade de lidar com esta situação afeta as relações familiares, podendo exacerbar as dificuldades de relacionamento. Por outro lado, a doença pode ter a função de unir, chegando até em alguns casos a família reatar relações (Fratezi, Gutierrez & Falcão, 2010).

Inevitavelmente, ocorre um desequilíbrio no sistema familiar como um todo, desencadeando, na maioria das vezes, a necessidade de mudanças de papéis. Algumas famílias conseguirão se reorganizar naturalmente. Outras necessitarão de ajuda profissional, como de um psicólogo, para elaborar as vivências e perdas decorrentes do momento. A família tem um papel fundamental no processo de adaptação do paciente ao adoecimento e ao tratamento, ao prestar apoio ao enfermo. Daí a importância de a família estar emocionalmente compensada para dar o suporte ao ente adoecido. As respostas da família nestes momentos dependem da história familiar, das normas sociais vigentes, dos comportamentos e papéis esperados, das crenças compartilhadas com relação à doença, à sua duração e às fases da vida (Oliveira & Sommermam, 2011; Rabelo, 2016).

3.3. A tipologia psicossocial da doença

O surgimento de uma doença num contexto familiar pode ser comparado com a chegada de um novo membro na família, fazendo com que todo o sistema se modifique. As mudanças de papéis, perdas, exigências, medos, são acréscimos à doença que levam os familiares a mudarem o foco e modificarem o sistema familiar, passando a integrar o sistema da doença e do indivíduo doente (Hoch, Costa & Oliveira, 2015).

A este respeito, Rolland (1995) pontua que é necessário compreender o relacionamento entre a dinâmica familiar ou individual e a doença. Além disto, é preciso considerar as seguintes características da enfermidade: o início, o curso, as consequências e o

grau de incapacidade. Estas variáveis irão ocasionar alterações no ajustamento da estrutura, nos papéis, no modo de solucionar problemas e manejo na dimensão afetiva da família.

O início de uma doença pode ser agudo ou gradual e traz diferentes estressores para a família ou para o indivíduo. No início *agudo*, as mudanças afetivas e instrumentais ficam comprimidas em um curto espaço de tempo. A família precisa mobilizar as energias muito rapidamente para administrar a crise. As que têm melhor capacidade de ajustamento trocam de papéis com mais flexibilidade, resolvem os problemas mais eficientemente. Já com as doenças de início *gradual*, as famílias têm um período de ajustamento mais lento e prolongado (Rolland, 1995).

No que concerne ao curso da doença, ela pode ser *progressiva*, *constante* ou *episódica*. A doença *progressiva*, geralmente é continuamente sintomática e progride severamente. A família se depara com uma pessoa perpetuamente sintomática, em que a incapacidade aumenta de modo gradual ou progressivo, exigindo contínua adaptação e mudança de papéis. Na doença de curso *constante*, ocorre um evento inicial, após o qual o curso biológico se estabiliza. Após esta estabilização, na fase crônica, é possível perceber algum *déficit* ou uma limitação residual. Podem ocorrer recorrências, mas a família se defronta com uma mudança semipermanente, estável e predizível durante um tempo considerável. A doença de curso *episódico* caracteriza-se pela alternância de períodos assintomáticos e sintomáticos. Muitas vezes as famílias mantêm sua rotina “normal”, no entanto, o “fantasma” da recorrência paira sobre suas cabeças. As doenças episódicas exigem um tipo diferente de adaptação do grupo familiar. Demandam menos cuidados contínuos ou redistribuição de papéis. Requer, porém, uma flexibilidade que permita um movimento entre as duas formas de organização familiar (Rodrigues, 2010).

A família precisa estar pronta para reestabelecer a estrutura da crise para lidar com a exacerbação da doença. Há uma tensão no sistema familiar causado pela frequência das transições entre crise e não-crise e pela incerteza de quando ocorrerá a próxima crise (Rodrigues, 2010).

Em relação às consequências das doenças, estão as que não costumam afetar a duração da vida como uma hérnia de disco, por exemplo, e as que são claramente fatais, como um câncer metastático. No caso destas, a pessoa doente teme que sua vida termine antes de executar seus planos de futuro e teme estar sozinho na morte. Já a família teme sobreviver sozinha no futuro. Ambos passam por um processo de tristeza e separação antecipatória que estão presentes em todas as fases de adaptação. O grupo familiar pode chegar ao impasse

entre desejo de intimidade, aproximação com o ente adoecido e um impulso para afastar-se, emocionalmente do mesmo (Rolland, 1995).

O adoecimento pode ainda trazer incapacitações: na cognição, na sensopercepção, no movimento, na produção de energia, dentre outras. Os diferentes tipos de incapacitação implicam em ajustamentos específicos para o indivíduo e sua família. O efeito da incapacitação vai depender da interação de seu tipo com o papel familiar do doente pré-enfermidade, bem como dos recursos psíquicos da família (Rolland, 1995).

É importante ainda considerar a interface dos ciclos de vida da doença, da pessoa e da família. Combrinck-Graham (1985) desenvolveu os conceitos de fases centrípetas e centrífugas que incidem sobre o ciclo de vida familiar. Considera um modelo espiral do ciclo de vida em que o sistema familiar oscila em períodos de aproximação familiar (fase centrípeta) e períodos de afastamento (fase centrífuga). De modo geral, a doença exerce uma força centrípeta sobre o sistema familiar em que a família aciona um processo centrípeta de socialização com a enfermidade. A família cria um novo foco interno em virtude dos sintomas, da perda de função e do medo da perda através da morte (Rodrigues, 2010).

3.4. O adoecimento da pessoa idosa

O aumento da longevidade humana faz com que os muitos idosos convivam com enfermidades crônicas por um longo período de tempo. Autores apontam que as pessoas estão envelhecendo com mais autonomia e independência, mesmo diante da fragilidade de seu estado de saúde (Dias, 2013; Gonçalves, Leite, Hildebrand, Bisogno, Biasuz, & Falcade, 2013).

A pessoa que adoecer deixa de ser dona de si e passa a vivenciar as limitações impostas pela enfermidade. A doença traz em seu bojo a quebra do *continuum* vital, do cotidiano e das atividades desempenhadas no dia a dia. Rompe-se com a previsibilidade que se tem do amanhã. O impacto da doença imobiliza e congela a existência e, conseqüentemente, a relação da pessoa com o mundo. Os sentimentos vivenciados são permeados por medo, impotência, desproteção e desagregação. Sendo assim, observa-se que adoecer traz repercussões para a pessoa em todos os âmbitos, seja físico, psíquico ou social. Adoecer na velhice acarreta aos idosos sentimentos de fragilidade, acentuando ainda mais o sentimento de dependência. Muitas vezes o idoso se sente indefeso, frustrado e impotente para tomar suas decisões e enfrentar as demandas do cotidiano (Botega, 2012; Tavares, Scalco, Vieira, Silva & Bastos, 2012).

Ao receber o diagnóstico de uma doença, a vida do paciente e de sua família tende a mudar. A hospitalização, caso haja necessidade, também é geradora de estresse. Seus membros confrontam-se com a fragilidade de suas certezas e precisam aprender a lidar com a sensação de falta de controle no decorrer da enfermidade, considerando as possibilidades de recuperação ou finitude de seu ente querido. Dependendo do papel que o doente exerce dentro da dinâmica familiar, deparar-se com esta realidade pode ser desorganizador para toda a família. A depender da fragilidade provocada pelo processo do adoecimento, mudanças na imagem e na representação que o enfermo tinha poderão ocorrer (Oliveira & Sommermam, 2011).

A família é a fonte primária de suporte e principal recurso favorecedor da saúde física e mental dos idosos uma vez que atua como potencializador da busca de ajuda nos serviços de saúde, acelerando os processos de cuidado (Rabelo, 2016).

O adoecimento traz consigo o rompimento com o trabalho formal, o vislumbre da perda de independência/autonomia, a proximidade com a morte, a vivência do luto pela perda do cônjuge, parentes e amigos. Por outro lado, há a possibilidade de reencontro com o cônjuge, de reestruturação de papéis familiares, revisão de vida, de busca de integridade e de significado/sentido de vida (Rabelo, 2016). Quando o idoso adoece, é natural ocorrer o que o pensamento sistêmico concebe como inversão na hierarquia. Ou seja, inversões de papéis em que as gerações mais novas se responsabilizarão pelos cuidados dos mais velhos – os mesmos que no passado lhes garantiram cuidado, proteção e segurança. (Tavares, Scalco, Vieira, Silva & Bastos, 2012).

Há ainda peculiaridades e diferenças quanto à natureza da doença e o impacto causado na família. Quando a doença é aguda, tem um início inesperado e abrupto, o enfermo e sua família se deparam com a ameaça à vida em um curto espaço de tempo, se vendo necessitados de tomar uma série de decisões para enfrentar a situação da melhor maneira possível. A doença crônica é de duração indeterminada e seu curso é imprevisível. Exige contínua adaptação e alteração mais ou menos permanente dos papéis familiares. Diante da possibilidade de estender-se por muitos anos, pode gerar uma sobrecarga de trabalho, especialmente para os cuidadores, que em sua grande maioria, são os próprios membros da família (Oliveira & Sommermam, 2011; Rolland, 1995).

Apesar das limitações impostas pelo adoecimento, a família exerce papel fundamental ao contribuir para a autonomia das pessoas idosas em relação ao seu tratamento e sua própria vida, fortalecendo os recursos de enfrentamento da situação. É necessário ainda compreender o ser humano como detentor de capacidade de organizar sua existência a partir das situações

que lhes são postas, mesmo as adversas. A velhice e a doença se manifestam como momentos de reflexões, de olhar para si mesmo e ressignificar as experiências (Campos & Pecora, 2015).

O adoecimento implica em perdas, especialmente a perda do *status* de ser saudável. Sendo assim, pode-se considerar o adoecimento um processo de luto. Kübler-Ross (1998) propõe algumas etapas pelas quais as pessoas passam durante o luto. Apesar de elencar cinco estágios, pontua que não necessariamente a pessoa tenha que passar por todos eles ou que exista uma ordem pré-determinada de ocorrência. Didaticamente falando, são eles: (1) *Negação* – Quando a pessoa toma conhecimento de um adoecimento grave, mas nega esta realidade com frases do tipo “não, comigo não, não pode ser verdade.” A autora considera a negação como uma forma saudável de lidar com uma situação dolorosa. Funciona como um para-choque que permite que a pessoa se recupere do impacto causado pela notícia e utilize medidas menos radicais mais adiante. (2) *Raiva* – Quando não é mais possível negar o enfrentamento, surge sentimentos de raiva, revolta e ressentimento. Geralmente é representada pela pergunta “por que eu?” (3) *Barganha* - Compreendida como uma promessa que o enfermo faz numa tentativa de ser recompensado, de sair do sofrimento ou adiar sua morte. A maioria das barganhas é feita com Deus e geralmente mantidas em segredo. (4) *Depressão* - Já nessa fase a pessoa se retira para seu mundo interno, se isolando, melancolicamente e se sentindo impotente diante da situação. (5) *Aceitação* - da perda com tranquilidade, já não há mais negação, revolta e negociação. O estado de depressão foi substituído pela aceitação, mudando a perspectiva e preenchendo o vazio. Ou seja, a pessoa que está doente, não experimenta mais o desespero e nem nega sua realidade.

No tocante, especificamente, à enfermidade abordada nesta dissertação, o adoecimento hepático no idoso que leva à necessidade de transplante de fígado, e em virtude da escassez de órgãos para transplante, muitos questionam a segurança e a eficácia da transplantação nesta camada da população. Estudos apontam que, nos últimos anos, tem ocorrido um aumento no número de idosos transplantados de fígado o que está em consonância com o crescimento da população, como já foi referido no primeiro capítulo. Em relação à segurança e à eficácia do procedimento nos pacientes mais velhos, a literatura evidencia que os resultados não estão relacionados à idade cronológica, mas à idade biológica. São comorbidades prévias que podem impactar o resultado final do transplante; especialmente as cardiovasculares, pulmonares e neoplásicas. Sendo assim, o que irá influenciar o sucesso da cirurgia será uma boa seleção de receptores, ou seja, se o candidato ao transplante está em boas condições para se submeter ao procedimento, independente de sua idade cronológica, ou seja, de ser jovem ou idoso (Muñoz et al., 2015; Wilson et al., 2014).

Diante deste contexto, observa-se que é possível também nesta fase buscar melhorias na qualidade de vida do idoso e compreendê-lo como um ser de possibilidades que traz em si um potencial de desenvolvimento ao longo de toda sua vida, coincidindo com os estudos realizados pelos autores que elaboraram a Teoria *Life Span*.

4. OBJETIVOS E MÉTODO

4.1. Objetivo geral

Investigar as percepções do idoso relacionadas ao transplante de fígado no que diz respeito a ele mesmo e à sua família.

4.2. Objetivos específicos

- Investigar as percepções dos idosos transplantados de fígado a respeito do diagnóstico da doença, passando pelo ato cirúrgico e até o momento atual.
- Compreender as estratégias psíquicas de enfrentamento utilizadas pelo idoso desde o diagnóstico da doença até o momento atual.
- Analisar a percepção do idoso transplantado a respeito da repercussão da vivência do transplante para a sua família.
- Compreender como o idoso avalia a importância do suporte familiar no decorrer do transplante até o momento atual.

4.3. MÉTODO

4.3.1. Natureza da pesquisa

A pesquisa realizada foi de natureza clínico-qualitativa que tem por objetivo compreender os sentidos e significações dos fenômenos estudados para a vida das pessoas. Ou seja, o interesse do pesquisador está centrado na busca do significado das “coisas”, pois este tem um papel organizador para os seres humanos. Estes significados passam a ser partilhados culturalmente e assim, organizam o grupo social em torno destas representações e simbolismos. Nesta perspectiva, o pesquisador é tido como o principal instrumento de coleta e registros de dados em campo, uma vez que sua percepção é que apreende o fenômeno estudado e sua consciência o representa e elabora. Os roteiros de entrevista são instrumentos auxiliares (Turato, 2005; 2008).

4.3.2. Participantes

Como critério de escolha dos participantes foi utilizada a amostragem proposital, intencional ou deliberada. Nesta perspectiva, o autor da pesquisa delibera quem serão os

sujeitos que a comporão, de acordo com os objetivos do trabalho, desde que possam promover informações pertinentes a respeito do objeto de estudo.

Sendo assim, participaram da pesquisa, seis idosos, com idades variando entre 60 e 73 anos, de ambos os sexos, sendo quatro homens e duas mulheres, sem distinção de nível socioeconômico, estado civil ou religião, que estavam em condições cognitivas⁶ de responder às perguntas e que tivessem passado por transplante de fígado há, no mínimo, seis meses e, no máximo, um ano⁷. As cirurgias foram, obrigatoriamente, realizadas pela equipe da Unidade de Transplante de Fígado de Pernambuco que se localiza no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (Recife – PE).

No que se refere aos critérios de elegibilidade, foram excluídos da amostra os idosos que estavam ou já estiveram, em algum momento, em acompanhamento psicoterapêutico com a pesquisadora, a fim de evitar conflitos de interesse e confusão de papéis (psicoterapeuta-pesquisadora) ou constrangimentos e sentimentos de “obrigatoriedade” na participação na pesquisa por parte dos pacientes. Também foram excluídos os pacientes em lista de espera para re-transplante ou re-transplantados.

A seguir, será apresentada uma breve caracterização dos participantes da pesquisa. Ressalta-se que os nomes atribuídos aos mesmos são fictícios, a fim de resguardar sua identidade e intimidade. Tais nomes são de personagens da série de livros preferida da pesquisadora. A nomenclatura foi atribuída aleatoriamente. No entanto, após a análise de dados, percebeu-se que os participantes e os personagens possuíam características em comum: *coragem para enfrentar os desafios que a vida os colocou*.

Severo: 60 anos, solteiro, mas coabita com uma companheira há 30 anos. Além da companheira, reside em Campina Grande-PE, com duas irmãs e duas filhas. Possui Ensino Médio completo, é Engenheiro de Fábrica (sic). No momento estava sem renda, dependendo financeiramente das irmãs e das filhas. Não soube informar a renda familiar. Não possui religião. Informou ter sido transplantado por cirrose alcoólica há nove meses. Em seu prontuário consta diagnóstico de cirrose pelo vírus da hepatite C e carcinoma hepatocelular. Esperou pelo procedimento durante seis meses.

Sirius: 66 anos, casado há 41 anos. Além da esposa, reside com o filho único de 30 anos (deficiente físico e cognitivo em virtude de sequelas de meningite), na cidade do Recife-PE. Possui ensino superior, é Engenheiro Elétrico, trabalha em empresa própria. A renda

⁶Minimamente observada nos primeiros contatos com o paciente.

⁷ Este período de tempo foi assim determinado, pois após 6 meses o paciente, na maioria das vezes, já chegou a uma estabilidade clínica e o período mais crítico de intercorrências já passou. Um ano como período máximo para que a experiência ainda esteja viva na memória do entrevistado.

familiar é de 40 salários mínimos. É kardecista. Transplantado há um ano por carcinoma hepatocelular e cirrose por *Nash* (cirrose hepática gordurosa não alcoólica). Esperou seis meses pelo procedimento.

Minerva: 62 anos, divorciada há 25 anos. Antes da necessidade do transplante, morava sozinha em Aracaju-SE. Atualmente, está morando no Recife-PE, na casa de um filho, juntamente com a nora e uma filha que veio de São Paulo, exclusivamente, para cuidar dela. Possui ensino superior em Relações Públicas. Trabalhou a maior parte da vida como governanta de hotel no Brasil, na Alemanha e Suíça. Atualmente está em auxílio doença pelo INSS e a renda familiar é de quatro salários mínimos. Diz-se católica espiritualista. Afirmou que a esteatose hepática foi o motivo do transplante, porém em seu prontuário consta cirrose biliar primária como causa da necessidade do procedimento. É transplantada há seis meses e aguardou em lista por cinco meses.

Gina: 73 anos, viúva há 23 anos. Reside, sozinha, em Maceió-AL. É aposentada (comerciante), possui ensino fundamental, tem quatro filhas e um filho. Possui renda de um salário mínimo. É católica. A necessidade do transplante hepático veio da hepatite pelo vírus C e do carcinoma hepatocelular. Transplantada há um ano, esperou dois meses na lista para a realização do procedimento.

Olívio: 60 anos, casado há 25 anos, dois filhos, reside em Jaboatão dos Guararapes-PE, com a esposa, uma filha e uma neta (estas duas voltaram pra casa após a separação). Possui ensino superior (Administração de Empresas), está aposentado das Lojas Americanas, onde era gerente. É evangélico. Informou que o motivo da necessidade do transplante foi cirrose de etiologia alcoólica e hepatite pelo vírus C. É transplantado há seis meses e esperou em lista por vinte dias.

Rony: 69 anos, recasado há 20 anos, sete filhos do primeiro casamento (sendo duas mulheres e cinco homens), residem em Maceió-AL, com a esposa. É funcionário público aposentado do estado de Alagoas, possui ensino médio completo. A renda familiar é de 24 salários mínimos. Não possui religião, mas acredita em Deus. Informou que a hipertensão portal levou à necessidade de transplante. Esperou quinze dias em lista.

4.3.3. Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados um questionário sociodemográfico (APÊNDICE A) e um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE B), conduzido de forma semidirigida, composta de questões que atendem aos objetivos propostos pela pesquisa. A entrevista é uma técnica privilegiada de comunicação para coleta de dados no campo. É uma conversa a dois ou entre

mais interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, tendo por objetivo construir informações sobre dado objeto de pesquisa (Minayo, 2013).

Neste sentido, realizou-se a primeira pergunta **“Como se sentiu ao receber o diagnóstico da doença hepática?”** e foi permitido que o participante discorresse livremente sobre a sua experiência no processo de transplante de fígado.

4.3.4. Procedimento de coleta de dados:

Após autorização da instituição para realização da coleta de dados e da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, foi solicitado à coordenação de transplantes da Unidade de Transplante de Fígado situada no Hospital Universitário Oswaldo Cruz, a lista de pacientes transplantados entre Março de 2018 e Novembro de 2018. Neste período, foram realizados 53 transplantes.

Foram checados todos os 53 prontuários a fim de selecionar os que atendiam aos critérios de inclusão e buscar os contatos telefônicos dos mesmos. Destes, foram encontrados 25 idosos, dos quais dois foram excluídos (um por ser acompanhado sistematicamente pela pesquisadora e o outro por ter sido submetido ao um re-transplante). Dos 23 restantes, oito foram a óbito em seguida ao transplante, ficando apenas 15 para serem entrevistados. Destes 15, um foi excluído por morar em Suzano-SP e não falar português, pois é japonês. Dos 14 restantes, 11 do sexo masculino e três do sexo feminino, conseguiu-se contato com seis (quatro homens e duas mulheres) que aceitaram colaborar com a pesquisa.

Os participantes foram convidados por meio de contato telefônico, buscando coincidir a data da entrevista com alguma consulta médica, visto que apenas três estavam na Região Metropolitana do Recife.

Após serem informados dos objetivos da pesquisa e da gravação das entrevistas, sendo também garantido o sigilo das informações coletadas e aceitarem participar da pesquisa, assinaram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (APÊNDICE C). As entrevistas ocorreram em sala apropriada, devidamente separada para a pesquisa, na Unidade de Transplante de Fígado de Pernambuco. Cada participante foi entrevistado individualmente, uma única vez, por um período médio de duração de uma hora. As entrevistas foram gravadas e transcritas, tentando-se manter o máximo de fidelidade sobre o que foi dito. Os entrevistados receberam um nome fictício, de forma a manter o sigilo sobre sua identidade.

4.3.5. Procedimento de análise de dados

Os dados coletados nas entrevistas foram analisados por meio da Análise de Conteúdo descrita por Minayo (1999) passando por três fases: (1) *pré-análise*: em que foi realizada uma leitura flutuante do material coletado para apropriação do mesmo por parte da pesquisadora visando a constituição do *corpus* da pesquisa. (2) *exploração do material*: fase em que foram destacados os núcleos de sentido a serem discutidos. (3) *tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: baseados na literatura pesquisada.

4.3.6. Cuidados éticos

O projeto de pesquisa, sob o número CAAE 03012318.8.0000.5206, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco. Antes da realização da entrevista, foi apresentado e assinado pelos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram ainda obedecidas as orientações da Resolução nº 466/2012 da Comissão Nacional de ética em Pesquisa, que assegura os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado. O TCLE assegurou aos participantes, a qualquer momento, o direito de desistirem da pesquisa, sem sofrer nenhum prejuízo. Caso houvesse desconforto por parte dos idosos, as entrevistas seriam interrompidas e os mesmos encaminhados para atendimento psicológico, o que não foi necessário.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Nesta seção são apresentadas as informações coletadas durante as entrevistas com os participantes da pesquisa. A análise foi realizada em três etapas, como descrito no método. Sendo assim, iniciou-se com uma leitura flutuante das entrevistas, objetivando a constituição do *corpus* da pesquisa. A seguir, etapa da exploração do material coletado, em concordância com os objetivos da pesquisa, foram definidas seis categorias para serem discutidas. Por fim, na etapa da análise e interpretação dos resultados foram discutidos os dados obtidos, a partir das categorias definidas e relacionando-as com a literatura.

A primeira categoria trata da descoberta da necessidade do transplante hepático e das reações emocionais durante o processo; a segunda do período da espera do transplante; a terceira versa sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos entrevistados durante a espera. Na quarta categoria foi explorada a percepção da vivência do transplante para a família do ponto de vista do transplantado. A quinta categoria visou compreender a percepção da importância da família durante todo o processo; a sexta categoria buscou compreender como o transplantado se percebe no momento atual.

Assim como o aumento da população idosa em geral, Muñoz (et. al. 2015) relataram haver nos últimos anos, um crescimento no número de idosos transplantados de fígado, sendo a hepatite pelo vírus C e o carcinoma hepatocelular as principais doenças que levam à necessidade do procedimento. Este fato pôde ser constatado nesta pesquisa. Dentre os seis entrevistados, quatro deles (Severo, Sirius, Gina e Olívio), tiveram diagnóstico de carcinoma hepatocelular. Destes, dois (Severo e Gina) tiveram também diagnóstico de hepatite pelo vírus C. Destoando da literatura, Minerva foi diagnosticada com cirrose biliar primária e Rony com hipertensão portal.

Atualmente, questiona-se a segurança e a eficácia do transplante hepático na pessoa idosa. A literatura evidencia que os resultados do procedimento não estão relacionados à idade cronológica, mas à idade biológica; ou seja, são as comorbidades prévias que afetam o resultado final do transplante. O que influenciará no sucesso da cirurgia será uma boa seleção do receptor, independente de sua idade cronológica, seja jovem ou idoso (Wilson et al., 2014). Medeiros (2008) acrescenta que os idosos estão mais longevos e produtivos, contribuindo ativamente para a sociedade. Sendo assim, merecem um olhar ampliado a respeito da idade, que ultrapasse os limites da cronologia.

5.1. Descoberta da necessidade do transplante hepático e reações durante o processo

Na prática clínica da pesquisadora é comum escutar os seguintes questionamentos dos candidatos idosos acerca do transplante hepático: “*Será que ainda vale a pena passar por esta situação, nesta altura da vida?*” ou “*Eu já vivi demais, não seria melhor doar este órgão a alguém mais jovem? Alguém que poderá aproveitá-lo melhor e por mais tempo?*” Tais indagações, reforçam a antiga concepção de velhice: um período de declínio físico e cognitivo incompatível com o desenvolvimento. No entanto, tais questões não ocorreram entre os participantes desta pesquisa. Recorrendo ao Paradigma *Life Span* para refletir sobre esta questão é possível observar que os entrevistados estão afinados com o pensamento de Paul Baltes no sentido que a velhice passa a ser vista, também, como um período saudável e ativo do ciclo de vida e que o desenvolvimento humano se dá do nascimento à morte (Neri, 2014).

Ainda sob a perspectiva do Paradigma *Life Span*, pode-se considerar o envelhecimento e o desenvolvimento como um processo multidimensional e multidirecional, que inclui influências biológicas, socioculturais e psicológicas, abrangendo os ganhos e as perdas de cada momento vivenciado. Dentre estas influências pode-se considerar o adoecimento como uma *não normativa ou idiossincrática*, aquela que tem origem sociológica ou biológica. Ela pode incidir em vários grupos etários ao mesmo tempo. Sua ocorrência é imprevisível, como, por exemplo, perder o emprego, ganhar na loteria, sofrer um acidente, entre outras situações. Elas causam forte impacto na vida da pessoa, pois interrompem a sequência e o ritmo do curso de vida esperado, bem como sua previsibilidade, trazendo à tona incertezas e desafios, impondo sobrecarga aos recursos pessoais e sociais do indivíduo. Seus efeitos variam de acordo com o significado do evento para a pessoa e sua capacidade de enfrentamento (Neri, 2014).

Conforme Medeiros (2008), o fígado é um órgão que sofre em silêncio, sendo sua reação sintomática tardia. Por vezes, a descoberta da hepatopatia ocorre antes da existência dos sintomas, por meio de investigação de outras doenças, através de *check-ups* de saúde geral ou exames periódicos do trabalho, como foi o caso de alguns dos entrevistados. Diante deste cenário, a descoberta da doença e da necessidade de transplante é uma situação inesperada e o elemento surpresa apareceu em algumas falas.

Gina pontua: *Foi uma surpresa! Eu não sentia nada, minha filha, não tinha cólica, empachamento, gases... Nada. Eu sabia da schistosoma, mas o câncer e o transplante foi uma surpresa!*

O discurso de Olívio também vai nessa mesma direção: *Foi uma surpresa! Eu não esperava isso de mim. Eu sempre fui um cara que me alimentei bem, dormia bem, andava muito na praia.*

Sirius revela que descobriu a doença através do exame periódico na empresa:

Eles sempre pedem uma ultrassom de abdomen. Eu fiz e a médica do trabalho quando viu o resultado, pediu que eu fizesse uma ressonância. Minha esposa (médica) que viu o resultado da ressonância entrou em pânico e marcou para a endocrinologista que me acompanhava há tempos. Eu não sentia nada no fígado, foi surpreendente.

A este respeito, a literatura realça que a descoberta da doença traz o inesperado para a vida da pessoa, uma quebra do “planejamento” para o dia seguinte. Há uma espécie de congelamento da existência, em que a pessoa rompe com sua rotina cotidiana, passando a vivenciar as limitações impostas pela doença (Botega, 2012).

Apesar de assintomática, pode-se comparar a descoberta da necessidade do transplante hepático ao que Rolland (1995) chama de doença de início agudo, pois traz o elemento surpresa e exige do enfermo e sua família muitas mudanças em um curto período de tempo. O transplante precisa ocorrer o mais brevemente possível objetivando inibir a progressão e o agravamento da doença ao ponto de não ser mais possível realizar o procedimento.

Severo apresentou em sua fala uma naturalidade diante da situação: *Foi normal, tudo normal. (...) Continuei fazendo minhas atividades em casa, sem pensar nisso (transplante).* Por trás dessa naturalidade, pode-se supor a existênciado mecanismo de negação, que foi também evidenciado nos estudos de Kubler-Ross (1998). Nesse caso, ele consiste na recusa a pensar e na necessidade de evitar falar do procedimento, agindo como se não estivesse acontecendo nada.

Minerva e Rony vivenciaram a necessidade do transplante com esperança, pois, diante da natureza de sua doença hepática estavam sofrendo bastante:

Eu realmente estava sofrendo muito nos últimos meses (...). Era como uma esperança renovada. Muita esperança, muita, muita, muita. (Minerva).

Quando me falaram do transplante, eu estava sofrendo muito na UTI, passando muito mal depois de uma cirurgia que não foi bem sucedida, eu encarei como uma esperança de sair de todo o sofrimento que eu vinha carregando. (Rony).

Nestas duas falas, pode-se perceber as propriedades da *mudança e adaptabilidade*, características do Pensamento Sistêmico, para responder às pressões do ambiente (adoecimento) quando aceitam a necessidade da cirurgia.

Silva (2017) evidencia que o modo como cada um reage a este momento é particular, influenciado pela sua história pessoal e seus modos de estar no mundo. Pode ser vivenciado como esperança, como no caso de Minerva e Rony ou como ameaça, sentença de morte e desesperança que foi o caso de Sirius:

Não achava que ia dar certo, por isso tratei de resolver coisas materiais relacionadas à minha empresa. Não entrei na cirurgia achando que ia dar certo. (...) Tive um impacto emocional quando recebi o chamado, mas não era uma coisa boa. Pensei: chegou a minha sentença, chegou a minha hora (de morrer)!

Este posicionamento de Sirius é justificado pela sua história e experiência pessoal:

Por conta disso (adoecimento hepático) e eu cheguei a perder dois irmãos. Uma irmã minha por conta de ter perdido o baço, na época o conhecimento era pequeno, ela teria que ficar tomando uma medicação e na época não se sabia disso. Complicou muito o fígado e naquela fase... o transplante ainda era experimento e ela veio a óbito. Posteriormente, outro irmão, consumiu água contaminada e pegou uma hepatite... C e não cuidou. Quando veio abrir os olhos já estava num estágio muito avançado. Ele também tinha que entrar num processo de transplante e não houve tempo. Então eu já tinha essa experiência e não acreditava.

Para Sirius, Gina, Olívio e Rony o período do pós-operatório imediato foi marcado por sofrimento e dores inerentes ao processo de hospitalização:

Agora o pós-operatório... pense numa coisa terrível! Terrível, terrível, terrível... Não dá nem pra explicar de tanta coisa ruim. Eu tive muita complicação no pós-operatório. Uma experiência muito ruim, ruim danada. Eu estava entubado e quando foram me desentubar. No final da cânula tem feito um balão... quando veio a cânula o balão ficou... E eu estava morrendo sufocado, fazendo gestos, sinalizando... O pessoal não estava entendendo. Uma experiência horrível. (Sirius).

Cuidado não faltava, enfermeiro não faltava, médico aparecia toda hora. Muito medicamento, mas também era muita picada de injeção, muita dor nos braços, nas veias, incomodava, mas tinha que ser assim mesmo, né? (Gina).

Foi ruim porque, é como eles dizem lá que, mulher aguenta mais dor que homem, elas parem, têm filho, aguenta dor demais. O médico queria que eu andasse por dentro do hospital. Eu disse: Vou andar nada, dói demais. Eu todo costurado. (...)Me chamavam de frouxo, me comparavam com a mãe dos meus filhos que teve menino normal, fez cesárea, amamentou. Não... dor não é comigo não.(Olívio).

Sebastiani (2010) pontua que o pós-operatório imediato não é um momento fácil para a pessoa. Ao acordar do sono anestésico, atordoada e tomando consciência de seu estado e de si mesma, ela se percebe literalmente amarrada ao leito por meio de sondas, cateteres, drenos, cânulas de intubação. É comum as pessoas entrarem num estado de agitação, querendo arrancar os aparelhos que tanto incomodam. Além disto, muitas vezes, a vivência do processo de recuperação é mais dolorosa que o pré-operatório. Tomamos como exemplo Rony: *A minha recuperação foi um pouco complicada, mas agora eu estou bem. Após a cirurgia começou a aparecer ascite novamente. (...) Aí fiz outra cirurgia que tá hoje com 40 dias, pra colocar um stent, agora tá tudo bem.*

Segundo Agerami-Camon (2010), muitas situações durante a hospitalização serão consideradas pelo paciente invasivas e abusivas, especialmente porque a pessoa perde a

sensação de controle de si mesma e não consegue impor limites sobre seu próprio corpo, trazendo desconforto físico e emocional para os mesmos. Porém, para Minerva, esse período foi marcado por alegria e rápida recuperação:

Foi muita felicidade, eu fui pro hospital (emociona-se bastante... chora). Quando eu fui pro centro cirúrgico, eu fui numa felicidade, que eu não pensei em, em tomar anestesia, em não voltar, eu tinha certeza que tudo ia dar certo, e deu! Até o pessoal mesmo que tava no centro cirúrgico, a anestesista, Dra. Ana Paula, ela ficou muito feliz, Dr. Olival também, ele falou que eu sou uma pessoa que tem uma recuperação muito rápida e não é muito normal não, porque as pessoas se entregam, né? E eu não me entreguei, em momento nenhum! Desde a primeira vez que eu tive aqui.

Sebastini (2010) complementa expondo que o pós-operatório imediato é vivido de maneira singular por cada pessoa. Assim, para Minerva, ele pôde ser vivenciado de modo positivo, pois experimentou o alívio de ter passado pelo ato cirúrgico e ter sobrevivido.

Pode-se perceber diante das reações positivas e negativas relatadas pelos pacientes, diante do mesmo fenômeno, a propriedade da *equifinalidade*, que caracteriza que uma mesma causa pode eliciar diferentes resultados e vice-versa.

5.2. À espera do transplante hepático

Para a maioria dos entrevistados, o momento da espera na lista para receber o fígado foi marcado pela pobreza em sua qualidade de vida e percebido de modo negativo. A este respeito, Aguiar et. al. (2018) apontam que esta queda na qualidade de vida está especialmente relacionada aos sintomas físicos e às implicações psicológicas e sociais. Ser incluído numa lista de espera para transplante hepático, favorece o aparecimento de dificuldades subjetivas como: desesperança, ansiedade, diminuição da autoestima, entre outras.

Nas falas dos entrevistados pode-se destacar o sofrimento e o medo de não conseguir o órgão a tempo, como foi o caso descrito por Minerva; susto e tensão apontados por Gina; dificuldades com os sintomas físicos sinalizados por Rony; percepção do momento como terrível na concepção de Sirius.

Aí foi muito sofrimento, muito mesmo. Eu sentia que não ia chegar a tempo (chora). Os sintomas iam afunilando, afunilando, intensificando, eram muito fortes. (...) Eu só pensava pra mim: Nossa, não vai chegar um fígado a tempo. (Minerva).

Eu fiquei dois meses na fila, muito assustada. (Gina).

Fiquei ruim na UTI, passando muito mal. (Rony).

Terrível! A espera é terrível! (Sirius).

Em conformidade com Medeiros (2008), percebe-se que para esses participantes, a espera do transplante de fígado foi vivenciada como um período de ansiedade, tensão e angústia permeado de incertezas e imprevisibilidade da vida. É como se a pessoa vivesse num constante estado de alerta, oscilando de humor, com perda da energia interna, que gera desesperança.

O participante Olívio, em virtude de seu quadro clínico, afirmou não saber como foi esse período, mas ainda assim foi possível perceber que sua qualidade de vida foi prejudicada no que diz respeito aos aspectos físicos, precisando ser hospitalizado, e nos aspectos psicológicos, pois estava com encefalopatia: *Nem sei dizer como foi. Fiquei mais no hospital com crise de encefalopatia, meio lelé da cuca.*

Apenas Severo não percebeu essa fase como negativa: *Normal, tudo normal! Não tive desespero não. (...) Eu continuei meu trabalho em casa. Agora sem pensar nisso. (...) Sou uma pessoa muito calma, muito tranquila.*

Outra possibilidade que levantamos para a tranquilidade de Severo é a presença da propriedade da autorregulação, que garante que os elementos dos sistemas busquem alcançar suas metas, mantendo a homeostase do funcionamento do sistema.

Ainda a este respeito, Silva (2017) aponta que cada pessoa passa por esta situação de modo muito particular. No entanto, essa é a fase mais estressante do processo para a maioria das pessoas. Ela é marcada pela perda da qualidade de vida, em virtude dos sintomas da doença, estando presentes sentimentos de tristeza, medo e ansiedade. Segundo a mesma autora, pode ainda ser encarada como uma sentença de morte, como se observa no discurso do entrevistado Sirius:

Aí nessa hora realmente a pessoa tem um certo impacto emocional. Pra mim não era nem de coisa boa. Porque uma coisa é você esperar, por exemplo, feito o retorno de alguém, né? Ai quando diz ‘chegou’ aí você explode de alegria. Como eu não acreditava que ia dar certo, então quando chegou, eu digo ‘bom... chegou a minha sentença.

Em contrapartida, a mesma autora ainda pontua que pode ocorrer o aparecimento da esperança como possibilidade de melhora, como pode ser constatado nas falas de Rony: *Apostei que seria uma alternativa pra sair daquele sofrimento.* E de Minerva:

Eu recebi com muito carinho essa notícia, porque pra mim era um retorno de qualidade de vida. Porque, realmente eu tava sofrendo muito, eu tinha muita disenteria (...). Eu tinha muito vômito, eu entrava em encefalopatia pra internar, então assim, quando falou assim: ‘Você pode ter uma segunda chance’, pra mim foi um céu!

Dada à imprevisibilidade do surgimento de um doador, a cirurgia pode ocorrer a qualquer hora do dia. Este fato geralmente intensifica a ansiedade que a pessoa em lista de transplante experimenta e pode evidenciar um fenômeno conhecido como “terror do telefone” significando que qualquer toque do referido aparelho gera tensão no candidato ao transplante, pois ele pensa que pode ser o chamado tão esperado para a realização do procedimento (Tavares, 2004). Pode-se constatar esta vivência em alguns entrevistados:

Você é orientado para o seguinte... não desligue o telefone, 24 horas, e esteja por perto, porque não existe hora pra isso. Ai você fica naquela expectativa (Sirius).

Quando o telefone tocava, o coração gelava, eu me assustava. Recebi quatro chamados. Fiquei meio decepcionada também. Quando eu pensava que ia... Não ia (Gina).

Nesta última fala observa-se ainda a frustração e o impacto emocional negativo dos chamados ‘alarmes falsos’.

Biagi e Sugano (2011) referem que o período de espera pode ainda exigir mudança de cidade, por parte do paciente e sua família, para que possam estar mais próximos ao centro transplantador a que estão ligados. Foi o que ocorreu com Minerva que se mudou de Aracaju-SE para o Recife-PE:

Estamos morando na casa do meu filho aqui no Recife desde que fui listada, para estar mais perto de tudo, nos sentimos mais seguros, mas estou com saudade de casa. Assim que as consultas forem mensais, volto para Aracaju.

No Brasil, ainda há uma disparidade na distribuição de centros transplantadores. Determinadas regiões concentram maior número de serviços aptos à realização de transplantes, enquanto em outras a pessoa necessita deslocar-se em busca do tratamento. Deste modo, como pode ser observado na participante Minerva, frequentemente os candidatos ao transplante de fígado são obrigados a migrar para outras cidades. A migração de pacientes também ocorre quando, mesmo com o procedimento disponível nas proximidades, buscam menores filas e perspectivas de transplante mais rápido que em seu local de origem (Lima, Martins, Almeida & Faria, 2011).

Em virtude das constantes idas ao serviço de saúde do uso de medicamentos e cuidados específicos, Fratezi, Gutierrez e Falcão (2010), acrescentam ainda que cuidar de uma pessoa enferma requer adaptações de todos os componentes da família, como pode ser observado também na fala de Minerva. Além da mudança cidade, ela foi morar na casa do filho, o que acarretou a necessidade de readaptação de todos os envolvidos nessa situação.

Tomando como base o pensamento sistêmico, pode-se constatar neste movimento duas das propriedades dos sistemas: a mudança e a adaptabilidade. Elas dizem respeito à capacidade dos sistemas efetuarem mudanças e adaptações a partir das pressões ambientais. Sendo assim, o adoecimento e a distância do local de tratamento, levaram a uma mudança, literal, de endereço e exigiu adaptabilidade não só de Minerva, mas também de todo o seu sistema familiar.

A literatura aponta ainda que no período de espera, é natural que o candidato se sinta culpado pelo desejo de que alguém morra para tornar-se seu doador (Biagi & Sugano, 2011). Tal panorama pode ser constatado também na prática clínica da autora. No entanto, este

sentimento não foi revelado pelos entrevistados desta pesquisa quando questionados sobre o período da espera.

5.3. Estratégias de enfrentamento durante a espera do transplante hepático

Em face da espera do transplante, pacientes e familiares estão expostos a mudanças significativas em suas vidas que exigem uma reorganização e reconfiguração do contexto familiar e pessoal. Sendo assim, surge a necessidade do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da situação (Bravin, Trettene, Andrade & Popim, 2019).

Conforme Costa (2013), todo adoecimento denota ruptura com a vida no que concerne aos projetos e perspectivas de futuro. Neste contexto, a pessoa busca novas formas de enfrentamento da situação, no caso, o adoecimento em si e a espera do transplante. Estas novas formas de enfrentamento têm a ver com a história de vida da pessoa e atrelada à sua condição sociohistórica.

O enfrentamento ou *coping* é um importante aspecto da saúde mental. É o pensamento ou comportamento que tem por objetivo reduzir ou aliviar o estresse resultante de condições prejudiciais ou ameaçadoras. As estratégias de enfrentamento são responsáveis pela moderação do impacto e da percepção do estresse emocional vivenciado pelas pessoas. Elas são acionadas quando o aparelho psíquico sofre uma sobrecarga de emoção, que pode ser positiva ou negativa, e auxilia no escoamento deste excesso (Silva, 2017).

Os participantes desta pesquisa utilizaram diversos destes mecanismos sendo os mais frequentes a *fé em Deus e a família*. Bravin, Trettene, Andrade e Popim (2019), apontam que a fé em Deus se relaciona positivamente a uma variedade de indicadores de saúde mental no processo de enfrentamento de doenças. Isso pode ser observado nos seguintes excertos:

Eu só rezava! Só orava e pedia a Jesus pra dar tudo certo. Pedia força, que me protegesse, que me guardasse (...) Deus é maior, os médicos são muito por mim e Deus tá a frente de tudo também e eu to guardada por Ele (...). Minha família é uma benção. Sem eles não tinha aguentado (Gina).

Sou uma pessoa que sou muito grata a Deus, se não fosse Ele, não sei como teria passado por tudo isso. Eu digo que eu sou a menina dos olhos Dele. Porque Ele me deu quatro filhos maravilhosos, deu noras

e genros maravilhosos, netos maravilhosos. O que é que eu tenho pra reclamar da vida? (Minerva).

A espiritualidade e a religiosidade podem ser utilizadas como estratégias de enfrentamento para situações críticas da vida, como no momento da espera de um órgão para transplante, aumenta o senso de propósito e significado da vida, que são associados à maior resistência ao estresse advindo das doenças (Rocha & Ciosak, 2014).

Espiritualidade e religiosidade têm sentidos distintos e cabe aqui uma diferenciação: *espiritualidade* é definida como busca pessoal para entender questões da vida, sobre seu sentido, sobre as relações com o sagrado e o transcendente, que podem ou não levar ao desenvolvimento de práticas religiosas; *religiosidade* se define como seguir e praticar uma religião (Barvin, Trettene, Andrade & Popim, 2019).

Ambos, espiritualidade e religiosidade trazem bem estar além de reduzir níveis de angústia, depressão e mortalidade (Dias 2013). O mecanismo pelo qual a religiosidade e a espiritualidade interferem na saúde e no bem estar ainda não é bem compreendido. No entanto, pesquisadores acreditam haver conexões importantes entre religiosidade e espiritualidade e saúde (Rocha & Ciosak, 2014).

Na entrevista de Olívio, também foi possível constatar um discurso centrado em Deus e na espiritualidade:

Aí foi quando eu basicamente me tornei evangélico, porque eu tava indo na igreja de evangélico, mas eu ainda não tinha me convertido. Aí eu cheguei na cama que eu tava, olhando para o céu, porque na UTI que eu tava tem um janelão assim...Aí eu olhei pra cima assim e disse: Pai, eu sei que o Senhor é o médico dos médicos. Só o Senhor cura. (...)Tá nas Suas mãos!

Rony também faz uso da fé e gratidão a Deus(espiritualidade) e à família: *Eu não tenho religião definida, mas eu agradeço muito a Deus (...). Depois agradeço demais à minha esposa... (emociona-se), pois sem ela nada disso seria possível, sem ela eu não sei como estaria agora.*

Na pesquisa realizada por Szczepanik, Marques, Maftum, Muños-Palm, Mantovani e Kalinke (2018) sobre as estratégias de enfrentamento utilizadas durante o tratamento por pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas, o apoio familiar foi

apontado como o principal recurso de enfrentamento dos pacientes. Tal constatação corrobora com as falas dos entrevistados deste estudo.

No que diz respeito ao apoio familiar, pode-se observar a propriedade dos sistemas do *intercâmbio com o meio ambiente* em que as trocas são essenciais para a sobrevivência. Um sistema aberto está em constante troca com o ambiente e com seus membros constituintes, afetando-os e sendo afetado por eles. Quando um membro da família adoece, isso afeta os demais membros, pois o sistema é uma totalidade. Estes, por meio da propriedade do *equilíbrio ou homeostase* organizam-se de tal forma que se mantenham funcionando adequadamente, dentro do possível.

Na fala de Olívio é possível perceber também outro mecanismo de enfrentamento do adoecimento/hospitalização: a barganha. Este conceito foi desenvolvido por Kübler-Ross (1998) para compreender os modos como as pessoas enfrentam o luto. Adoecer é luto pela perda da saúde e possibilidade da perda da vida. Segundo a autora, a barganha pode ser compreendida como uma promessa que o enfermo faz numa tentativa de ser recompensado, de sair do sofrimento ou adiar sua morte. A maioria das barganhas é feita com Deus e geralmente mantidas em segredo.

Se o Senhor vai me dar mais uma chance, que me tire dessa logo. Eu tô sofrendo muito. Se não vai, me leve logo, me leve, porque o Senhor tira meu sofrimento e tira o sofrimento da minha família e daqueles que estão ao meu redor. Aí Pai, se eu sair dessa, eu nunca mais vou me meter com esse negócio de bebida (Olívio).

Rony destacou sua força interior e a vontade de viver como modos de enfrentamento:

Vontade de viver. Eu dizia que não era minha hora. Ainda tenho um bocado de tempo pela frente. Estou por aí tranquilo, contando a história. (...) Depois disso tudo eu tenho mais crença na coisa, sabe? Numa coisa que eu não sei se é Deus, ou se é a força de vontade de viver, de não ir embora agora.

Sirius acredita também que o que o ajudou a enfrentar a situação foi sua força interior proveniente da criação que recebeu de seus pais (resiliência):

Eu acredito que tem o fator criação. Lá em casa era muita gente, 13 pessoas, 13 irmãos,(...) os pais não têm muito tempo pra dá muita atenção, ficar paparicando, joga muito você pra vida. E você aprende que a vida é feita de coisas boas, de coisas más, enfim... Tudo que você vai sentir fisicamente ou mentalmente vai depender de suas atitudes. Então quando tem um problema, você vai tentar resolver e enfrentá-lo da melhor maneira possível, da forma que menos lhe machuque. Eu sabia que tinha isso, então vou tentar passar da melhor maneira possível. Querendo ou não... Vou tentar reduzir o dano.

Rocha e Ciosak (2014) apontam que a força interior, a força de vontade, a resiliência, como observados nas falas de Rony e Sirius, são mecanismos fundamentais para o manejo do adoecimento e seus desdobramentos em idosos. Evidenciam que cada um tem um potencial interior para enfrentar as adversidades. Aqueles que estão mais preparados para encarar quaisquer situações de crise que podem ocorrer na vida possuem maior resiliência.

Outro fato importante a ser realçado é que Sirius inicialmente recuou o transplante, não aceitando a proposta da equipe, preferindo submeter-se a uma cirurgia que não obteve o resultado desejado. Precisou passar por esta experiência para poder enfrentar e aceitar o mesmo: *A primeira sugestão do médico foi entrar logo na fila do transplante, era a primeira opção. E eu não quis, eu digo, não vou fazer esse negócio não!* Diante desta atitude, é possível encontrar outro mecanismo de enfrentamento desenvolvido por Kübler-Ross (1998): a negação. Ela funciona como um ‘para-choque’ diante de notícias inesperadas e chocantes e permite que a pessoa se recupere com o tempo e seja capaz de mobilizar outras formas de enfrentamento menos radicais.

5.4. Vivência do transplante para a família na perspectiva do transplantado

A família pode ser concebida como um sistema, composta por unidades interdependentes e interligadas. O comportamento e as ações de um membro influenciam o funcionamento do sistema e a dinâmica familiar como um todo. Neste contexto, surgem as adversidades, como o adoecimento, por exemplo, que podem afetar o equilíbrio familiar, comprometendo todos os membros (Passos, Pereira & Nitschke, 2015). Ou seja, toda a família passa pelas repercussões deste, o que pode gerar diversos impactos no sistema familiar, como prejuízos funcionais, emocionais e sociais. (Oliveira & Sommermam, 2011). À

exceção do participante Sirius, todos os outros perceberam que o transplante hepático trouxe impactos e mudanças para a família, especialmente nos âmbitos emocional, financeiro e no cotidiano.

No que diz respeito ao impacto emocional, Severo relata: *Pra elas (esposa, filhas e irmã) é um choque, né? Não deixa de ser, né? Mas elas me confortam, eu conforto elas e a gente tem que levar a vida, né?*

Gina, por sua vez, revela:

Todos caíram de quatro, né? Todos que chorassem cada um mais que outro. Meu filho, Ave Maria! Essa daí (filha que estava na recepção) não dormia. E meus netos, um casal de netos que eu tenho dele, também... Era todo mundo preocupado demais!

Na fala de Rony também é possível observar a mesma preocupação por parte da família:

Os filhos ficaram muito apreensivos, (...) minha filha foi a que mais sentiu, mais demonstrou, mais se preocupou. Os homens não demonstram tanto. (...) mas quem sempre esteve comigo, do começo ao dia de hoje, foi minha esposa.

Nesses trechos é possível constatar a propriedade da *globalidade*, uma vez que o adoecimento de um membro familiar afeta todos os outros. Ou seja, todas as partes que compõem um sistema estão inter-relacionadas, sendo o sistema constituído por subsistemas que interagem entre si, afetando-se mutuamente. Deste modo, uma mudança em uma das partes, afetará todas as partes e o sistema geral como um todo.

Rodrigues (2010) realça as fases centrípetas e centrífugas que incidem sobre o ciclo de vida familiar. Compreende este ciclo como um espiral que oscila em períodos de aproximação familiar (fase centrípeta) e períodos de afastamento (fase centrífuga). Geralmente a doença exerce uma força centrípeta em que a família aciona um processo centrípeta de socialização com a enfermidade. A família cria um novo foco interno em virtude dos sintomas, da perda de função e do medo da perda do seu familiar doente.

Em conformidade com Hoch, Costa e Oliveira (2015), bem como Rodrigues (2010), o adoecimento acarreta novas formas de interação para o grupo familiar. Como resultado dessas

novas formas de relacionamento, surge um novo sistema familiar que será influenciado pela subjetividade de cada membro, ou seja, como cada um enfrenta a doença de seu ente. Algumas vezes a incapacidade de lidar com esta situação afeta as relações familiares, podendo exacerbar as dificuldades de relacionamento. Por outro lado, a doença também pode ter a função de unir, de intensificar os laços.

Minerva pontua: *Eu acho que a gente se uniu mais, se juntou mais. É... Porque é todo dia se falando, né? Uniu mais até geograficamente. Eu morava em Aracajú, minha filha em São Paulo, agora estamos todos na casa do meu filho em Recife.*

Olívio também traz esse aspecto de união em seu discurso: *Sempre junto, me acompanhando. Minha filha, meu filho veio de Belém, ele mora em Belém, veio muitas vezes e aperreado, agoniado.* Nestas duas falas, pode-se observar que o processo centrípeto foi acionado em que os membros da família uniram-se mais para enfrentar o momento da enfermidade (Rodrigues, 2010).

No âmbito econômico/financeiro, é possível observar nas seguintes falas tal impacto: *Depender da família financeiramente não é fácil, das minhas duas irmãs e minha filha. Custo de viagem, remédio, exame, alimentação, vestiário, tudo elas que me dão.(...) E é a sorte minha. Minha mulher tá parada também.* (Sirius).

Minerva evidencia: *Eu senti muito com essa questão financeira, eu acho que foi o que mais mexeu com a parte da família. Porque era cada exame caro... Eu tinha uma pena... Mas mesmo assim, meus filhos não falavam uma palavra, se cotizavam e pagavam o que era necessário.*

Observa-se nos discursos de Sirius e Minerva, no que concerne ao âmbito financeiro e econômico, uma inversão da hierarquia. Antes do adoecimento, Sirius era o provedor de sua família. Com o agravamento dos sintomas, mudou-se para a casa das irmãs que passaram a sustentá-lo, juntamente com sua filha. Já Minerva, era uma mulher independente, que provia seu próprio sustento e por vezes ajudava os filhos. Em virtude do adoecimento, precisou deixar o mercado de trabalho e passou a depender, exclusivamente, dos filhos.

Em relação às mudanças cotidianas destacam-se as seguintes falas:

É... tá prejudicando ela (irmã). Ela é professora, dá aula particular, aula de reforço. Prejudica um pouco ela. Porque, às vezes, a gente fica aqui (Recife) dois, três dias. (...) Minha filha também já faltou trabalho pra me acompanhar aqui. (Severo).

Essa filha que tá aí, veio de São Paulo pra cuidar de mim, (...) pediu demissão, ela trabalhava na Nestlé. (...) O outro (filho) veio de Aracajú ficar comigo, na época da cirurgia. (Minerva).

Uma das filhas de Gina disse:

Mamãe, eu vou tirar uns dias de folga pra acompanhar a senhora. (...). Ela ficou comigo nos momentos mais críticos, logo depois da cirurgia.

Olívio revela que seus filhos estavam

Sempre junto. Me acompanhando. Minha filha, meu filho veio de Belém, ele mora em Belém, veio muitas vezes e aperreado, agoniado. (...) Ele (referindo-se ao filho) se sacrificava pra vir de Belém pra cá, pra ficar só uma semana comigo, dez dias, porque ele trabalhava, tinha que voltar (...). Minha filha também, às vezes, precisava faltar o trabalho pra ir ficar comigo no hospital e eu sempre procurando dispensar eles pra num dá trabalho.

Rony também coloca as mudanças no cotidiano de sua filha e sua esposa:

Eu tenho meus filhos espalhados pelo mundo. Tem em São Paulo, Rio Grande do Sul, Alagoas, Estados Unidos e tem uma em Buenos Aires. Essa foi a que mais sentiu, mais demonstrou, mais se preocupou. (...) No período mais crítico a filha de Buenos Aires ficou por aqui, mas teve que ir também por causa da faculdade. Ela ficou o quanto pode. Mas sempre nos comunicando por telefone, vídeo-chamada, a tecnologia ajuda um pouco nessa hora. (...)mas quem sempre esteve comigo, do começo ao dia de hoje, foi minha esposa, tirou licença do trabalho pra cuidar de mim. Se não fosse ela, eu estava sem caminho. Não dava pra seguir, não tinha aguentado o tranco.

É possível identificar, mais uma vez, nas falas anteriores a propriedade da *globalidade* em que o adoecimento de um dos membros da família afeta os demais. Além dela, observa-se também a propriedade dos sistemas *mudança e adaptabilidade* em que o sistema se adapta e reorganiza-se a partir das pressões ambientais. No caso, o adoecimento de um dos membros faz com que os demais se adaptem à nova realidade, buscando o *equilíbrio ou homeostase* para garantir o funcionamento e a existência do sistema.

Já para Sirius, não houve mudanças na sua família em nenhum aspecto, as mudanças ocorreram apenas para ele: *Nada vezes nada. Não mudou nada para minha família. Só afetou a mim, quando eu saí da sociedade e da minha profissão.* A este respeito Botega (2012) aponta que a pessoa que adoece deixa de ser dona de si e passa a vivenciar as limitações impostas pela enfermidade. Há uma quebra do *continuum* vital, do cotidiano e das atividades desempenhadas no dia a dia.

5.5. Percepção do papel da família durante todo o processo na perspectiva do idoso transplantado

Para Dias (2013), a família é o primeiro ambiente de interação e construção de significados para o indivíduo. O modo como a família lida com o idoso enfermo irá depender da forma como foram construídos os relacionamentos ao longo das gerações, bem como da capacidade desse sistema para adaptar-se às perdas e às novas exigências. Assim, o idoso que se sente mais seguro, em relação à família, vivenciará o adoecimento de modo mais tranquilo.

É possível observar nas falas da maioria dos participantes a importância do grupo familiar durante todo o processo de transplante hepático, desde a descoberta da doença até os dias atuais. Severo pontua:

Eu tive sorte de ter elas (filha e irmãs) pra cuidar de mim. (...) Custo de viagem, remédio, exame, alimentação tudo elas me dão. E fora isso, fora o lado material, foi o legado que minha mãe deixou pra nós, um cuidar do outro, apoiar, tá junto. Minha mãe era uma mulher sem estudo, mas muito sábia (emociona-se).

Na fala de Severo, chama atenção o que ele aponta como *legado*. As autoras Falcke e Wagner (2014), definem como *legado familiar* uma espécie de cápsula do tempo em que cada família coloca elementos que comunica às futuras gerações a essência da família atual. Ou

seja, é o fenômeno que revela para as próximas gerações aspectos da família atual e o que se espera que tenha continuidade. Neste sentido Severo evidencia que o ato de cuidar uns dos outros foi um legado deixado pela sua mãe.

O seguinte trecho de Olívio também evidencia a importância da família neste processo:

Não teria conseguido sem eles, sem dúvidas, me apoiaram muito. Especialmente meus filhos. As visitas da minha mãe, velhinha já, me animavam muito. Até minha esposa que a gente não tem mais nada, só mora junto, me ajudava muito. Cuidava das comidas, o que eu podia ou não comer, das minhas roupas, essas coisas.

A mesma temática pode ser percebida no discurso de Gina: *Eles foram e são um porto seguro para mim!* Para Rony também foi fundamental o apoio da família nesse momento:

Meus irmãos me deram muita força, sempre presentes, visitando e animando, meus filhos, mesmo à distância, apoiavam pelo telefone. A tecnologia ajuda muito nessas horas. Mas eu preciso ressaltar a importância da minha esposa. Se não fosse ela, não tinha aguentado o tranco! Ela brigou demais por mim... no hospital, atrás de uma coisa, outra, exame, chamar médico, insistir pra enfermeira aparecer no quarto. Até hoje!

Ainda sobre o apoio emocional e importância da família, é possível se observar na fala de Minerva: *A união faz a força! Eu e meus quatro filhos. (...) Minha família é realmente linda. Sem eles, eu já não estaria aqui te contando essa história.* É possível perceber outro fenômeno que comumente ocorre quando um idoso adoece: inversão na hierarquia familiar, mudança de papéis em que as gerações mais novas se responsabilizam pelos cuidados dos mais velhos, como proposto por Tavares, Scalco, Vieira e Bastos (2012).

Porque, querendo ou não, você tá dando trabalho pro outro. Trabalho financeiro, trabalho com uma série de coisas, mas é tranquilo. Tudo isso vai passar (emociona-se mais uma vez). Eles falam pra mim: Mãe, a senhora não tem que falar isso não. Porque a gente também quando era pequeno, era a senhora que cuidava da gente. Então... a

gente só tá dando um retorno. É o movimento da vida, então pronto!”
(Minerva).

Atualmente, cada vez mais as famílias assumem a responsabilidade dos cuidados do idoso com algum adoecimento. Este suporte é fundamental no processo de enfrentamento. A família protege os idosos de sentimentos negativos, depressão e ansiedade (Oliveira & Sommermann, 2011; Rolland, 1995).

Em todas as entrevistas, constata-se a prevalência de mulheres como principais cuidadoras dos participantes. Sirius foi cuidado pela antiga babá do filho; Severo, pelas irmãs e filha; Minerva foi cuidada pela filha, que inclusive pediu demissão de uma empresa multinacional em São Paulo para ficar, exclusivamente com a genitora. Gina também foi cuidada, principalmente, pelas filhas. O participante Rony contou com o apoio da esposa e de sua filha que veio de Buenos Aires para ajudar a madrastra nesta tarefa.

Olívio, além da filha, também recebeu apoio da esposa. Ele enfatiza que o casamento acabou, mas vivem na mesma casa e se cuidam sempre que necessário. Fica evidente neste relato a noção de cuidado que vai além do relacionamento amoroso. Em alguns casos, a parceria sexual transforma-se em companheirismo, carinho, demonstração de segurança, amizade e cuidado mútuo, que também se manifesta por meio de atitudes como limpar a casa, preparar o alimento, cuidar das roupas, entre outras (Silva, Nogueira, Labegalini, Correia & Baldissera, 2019).

De acordo com o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público, cuidar do bem estar e dos direitos da pessoa idosa. No entanto, o que se percebe nas entrevistas é que, majoritariamente, esse cuidado vem sendo desenvolvido pelas famílias, especialmente pelos membros do sexo feminino (Ferreira, Isaac & Ximenes, 2018). Existe uma expectativa social de que a mulher assuma esta função que é considerada “naturalmente” feminina. Neri (2014) ratifica esta ideia pontuando que há uma determinação velada às mulheres para as tarefas de cuidado com a prole, o lar, os doentes da família e os idosos que precisam de cuidadores.

5.6. Vivência atual após o transplante hepático

Para a maioria dos participantes o transplante de fígado trouxe melhoras físicas e emocionais. Nas palavras de Severo:

Eu não sinto baixa nenhuma, sabe? (...) Tem horas que eu nem me lembro que sou cirurgiado, entendeu? Só lembro da cirurgia quando venho aqui para as revisões. A mesma tônica é encontrada na fala de Rony: Hoje eu estou bem demais. Nem me lembro que fiz cirurgia, transplante, nada.

Minerva pontua o bem estar emocional ao dizer: *Eu me sinto muito feliz, sempre fui assim, antes de adoecer, depois do transplante. (...) A diferença maior é porque eu ainda estou parada, né? A questão profissional, né? Então isso mexe.*

Olívio expressa sobre esta questão:

Ah... Hoje eu estou bem, estou bem demais. Só tenho uma raivazinha de alguns que tratam você como se você fosse doente ainda. Hoje eu sou um cara normal, faço de tudo normal, menos álcool. O demais, como de tudo, faço de tudo. (...) Hoje eu fico abismado quando eu penso que tenho 60 anos. Eu não acredito, eu não me sinto com 60 anos. Eu acho que sou um cara de 40 anos, 45. (...) o corpo da gente envelhece um pouco, mas por dentro você não é um velho, você se acha novo, não tem diferença nenhuma. Embora que você fica mais maduro, mais preparado para a vida. Então eu me sinto bem à vontade para tudo. Graças a Deus.

Diante dessas falas, recorreremos à Teoria da Seleção, Otimização e Compensação (proveniente do *Life Span*) em que a Seleção dirige uma reorganização da hierarquia do investimento do tempo, da energia e da capacidade e dos recursos limitados em virtude do envelhecimento, orientando a pessoa à recuperação das perdas. A Otimização demonstra a aquisição, aplicação, coordenação e manutenção de recursos internos e externos para o alcance de níveis de funcionamento mais altos. A Compensação realça a adoção de alternativas para manter o bom funcionamento físico, psíquico e social, como por exemplo,

aparelhos auditivos ou cadeiras de. No decorrer de toda a existência do ser humano ocorre uma atuação sistêmica dos três mecanismos na produção do desenvolvimento e envelhecimento bem sucedido (Neri, 2006).

O adoecimento hepático irreversível é considerado como uma limitação que pode acometer a vida da pessoa idosa e o transplante de fígado surge como uma dessas intervenções que otimizam a superação de tais limitações e compensam a perda da saúde, favorecendo as potencialidades pessoais de cada um, desde que se reorganizem e selecionem onde irão investir os recursos internos e externos.

O participante Olívio, em seu depoimento, nos remete às noções de *idade cronológica* e *idade subjetiva*. Para Amor (2017), a *idade cronológica* é a subtração entre a data atual e a data de nascimento da pessoa. É a forma mais simples de obter o número de anos de vida de um indivíduo. Neste sentido a *idade cronológica* é reducionista, uma vez que é uma variável unidimensional diante da complexidade do ser humano – por não considerar fatores biológicos, psicológicos e sociais. Já a *idade subjetiva*, caracteriza-se pela discrepância entre a idade que o indivíduo sente que tem e a sua *idade cronológica*. O referido participante surpreende-se ao constatar que já tem 60 anos (*idade cronológica*), no entanto, sente-se mais jovem como se ainda tivesse 40-45 anos (*idade subjetiva*). Essa dialética traz a possibilidade de reflexão sobre o próprio envelhecimento e favorece o autoconhecimento, realçando ainda a relação existente entre suas capacidades e o funcionamento físico, social e psicológico.

Por outro lado, o cotidiano de uma pessoa submetida a um transplante hepático passa a ser permeado por situações/limitações antes não vividas, exigindo adaptações do transplantado no que diz respeito à necessidade de tratamentos, bem como de mudança de hábitos sociais e a restrições alimentares, por exemplo (Vanconcelos, Pessoa, Menezes, Florêncio & Frota, 2015). É possível observar tais situações/ limitações na fala a seguir:

Depois de cinco meses voltei a trabalhar e a dirigir. (...) Ainda sinto cansaço físico. Antes do transplante eu não sentia nada. Tem também o aspecto social. Você é limitado em algumas coisas. Eu tinha uma vida social muito ativa, intensa. Gostava de beber e hoje praticamente zerou, né? (Sirius).

Gina também pontua que, após o transplante, ficou mais medrosa, mais preocupada com os filhos. Fala ainda da falta de apetite e que teve que deixar de comer as frituras que gostava tanto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional na esfera mundial não é novidade. As pessoas estão ficando cada vez mais velhas, com melhor qualidade de vida, e, conseqüentemente, adoecendo mais tarde. Tal fato implica também em um aumento do número de doenças e entre elas desatacou-se, nesta dissertação, de transplante hepático no idoso.

Este trabalho, portanto, teve como objetivo geral investigar as percepções da pessoa idosa que realizou um transplante de fígado no que diz respeito a ela mesma e à sua família. Caracterizou-se como um estudo introdutório e exploratório, uma vez que são escassas as pesquisas sobre esse procedimento cirúrgico realizado em pessoas idosas. As que existem, abrangem, especialmente, a parte fisiológica e não as percepções do/a idoso/a que passou por este processo.

Na incipiente literatura existente, é comum questionar a eficácia do transplante de fígado em pessoas idosas. Neste sentido, observa-se que não é a idade cronológica que influenciará no resultado, mas uma boa escolha do candidato ao procedimento no que se refere a comorbidades prévias. Sendo assim, uma pessoa idosa pode ter êxito e uma pessoa mais jovem não.

Esta dissertação utilizou o pensamento sistêmico para compreender o fenômeno estudado, uma vez que não se pode conceber o ser humano isolado do seu contexto. Ele está inserido nos mais diversos sistemas, sendo a família o primeiro e o principal de todos eles. A família é capaz de oferecer suporte nos cuidados, além de segurança, afeto e qualidade de vida, especialmente nos momentos difíceis que seus membros atravessam como é o caso do adoecimento.

Dente as teorias que explicam o envelhecimento deu-se prioridade ao paradigma *Life Span*, pois concebe o desenvolvimento humano como multideterminado e heterogêneo que ocorre do nascimento à morte. Ou seja, mesmo em idades avançadas, é possível ao indivíduo desenvolver-se e superar as contingências que a vida apresenta. Por isso, é possível, quando necessário, que pessoas idosas se submetam ao procedimento e logrem sucesso.

O adoecimento surge como algo inesperado na vida do indivíduo, como algo que rompe com o “planejamento” e com a noção de continuidade vital. A literatura aponta que o modo como cada pessoa reage ao momento do diagnóstico é singular. Algumas vezes aparece

como um elemento surpresa, em virtude de o adoecimento geralmente ser assintomático. Para outros, o momento é percebido como ameaça, sentença de morte. Por outro lado, traz um aspecto positivo, pois representa uma esperança de cura e recuperação da qualidade de vida.

O pós-operatório também é vivido de modo muito particular, como realçaram as falas dos entrevistados. Em algumas ocasiões ele ocorre sem intercorrências, sendo encarado de modo positivo, em outras a pessoa não consegue lidar com os procedimentos invasivos, dores, tubos e cateteres. Nesta situação a pessoa perde a sensação de controle de si mesma, não conseguindo impor limites sobre seu próprio corpo.

A espera pelo transplante hepático é marcada, em sua maioria, pela queda da qualidade de vida sejam por sintomas físicos ou emocionais como ansiedade, desesperança, incertezas, dentre outros. A imprevisibilidade do aparecimento do doador também é algo que potencializa o surgimento destes sintomas. Os participantes desta pesquisa colocaram o grupo familiar como principal fonte de apoio (emocional, social e financeiro), desde a descoberta da doença até o momento atual. Do mesmo modo, perceberam que o processo pelo qual passaram, trouxe repercussões para a família, especialmente, no âmbito emocional e no cotidiano, quando membros da família deixaram de realizar suas atividades rotineiras para acompanhá-los em consultas ou ministrar os cuidados necessários, ou até mudaram de estado ou uma filha pediu demissão para cuidar do seu familiar transplantado. Assim, é possível observar como o adoecimento faz emergir novas formas de interação familiar podendo exacerbar dificuldades ou intensificar laços afetivos.

O momento atual dos participantes da pesquisa, em sua grande maioria, é marcado pela retomada da qualidade de vida, porém, algumas limitações no que diz respeito aos hábitos alimentares e à vida social foram percebidas. Daí a necessidade de adaptabilidade aos momentos que atravessam nas suas vidas.

Todo o processo do transplante hepático é permeado por uma sobrecarga de emoções. Diante disso, emergem algumas estratégias psíquicas para enfrentar a situação vivenciada. O apoio familiar e a espiritualidade/religiosidade apareceram como principais estratégias de enfrentamento utilizadas pela maioria dos idosos, desde a época da descoberta da doença, passando pela fase da espera em lista, o pós-operatório imediato até os dias atuais. Os participantes da pesquisa também evidenciaram o papel da família como essencial neste momento, trazendo segurança e tranquilidade para atravessar todo o processo.

Faz-se necessário repensar o envelhecimento humano, buscando romper com os preconceitos que ainda permeiam o imaginário social de que a pessoa idosa é um ser doente e passivo, incapaz de desenvolver-se mesmo em idades mais avançadas. Ou seja, precisamos compreender que o idoso é um ser de possibilidades e que tem potencial para o desenvolvimento até o último dia de vida, podendo, sim, beneficiar-se de um transplante de fígado.

Reconhece-se que o presente estudo tem suas limitações no que diz respeito à sua pequena amostra e à escassa literatura sobre o fenômeno estudado. Outro aspecto a ser levantado é que a presente dissertação apenas deu voz à pessoa idosa transplantada. Sendo assim, sugerem-se outros estudos sobre a temática abordando diferentes nuances do fenômeno. Por exemplo, estudar as percepções do grupo familiar da pessoa idosa transplantada ou compreender como os profissionais de saúde se posicionam a respeito da possibilidade de realização de transplante hepático em um idoso.

REFERÊNCIAS

- Agerami-Camon, V. A. (2010). O psicólogo hospitalar. In Agerami-Camon, V. A. (Org.), *Psicologia hospitalar: Teoria e prática* (pp.15-28). 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning.
- Aguiar, M. I. F., Alves, N. P., Braga, V. A. B., Souza, Â. M. A., Araújo, M. Â. M., & Almeida, P. C. (2018). Aspectos psicossociais da qualidade de vida de receptores de transplante hepático. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(2), e3730016. Epub May 03, 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180003730016>.
- Amor, A. M. M. (2017). “Velho por fora, novo por dentro”: a idade subjetiva e o impacto na sintomatologia da depressão.(Dissertação de Mestrado), Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Ballarin, M.L.G.S., Ferigato, S.H.& Carvalho, F. (2010). Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. *O Mundo da Saúde*, 34(4), 444-450.
- Barros, P. M. B, Araújo, E. C. & Lima, L. S. (2009). Transplante de órgãos e tecidos: aspectos históricos, ético-legais, emocionais e repercussão na qualidade de vida. *Revista de Enfermagem UFPE OnLine*, 3(4), 1192-1201. doi: 10.5205/revolt.581-3802-1-RV.0304200952.
- Bentes, A. C. O., Pedroso, J. S., & Falcão, D. V. S. (2016). Vivências de idosos não dependentes em instituições de longa permanência. *Psicologia em Estudo*, 20(4), 563-573.
- Bentes, A. C. O., Pedroso, J. S., & Falcão, D. V. S. (2020). A família no estágio tardio da vida: refletindo crenças sobre a velhice e o relacionamento entre pais idosos e filhos adultos. In Mendes, J. A.A. & Bucher-Maluschke (Org.), *Perspectiva sistêmica e práticas em psicologia: temas e campos de atuação*(pp. 245-267). Curitiba: CRV.
- Bertalanffy, L. V. (2008). *Teoria Geral dos Sistemas*. 3ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Biagi, A. U & Sugano, C.F. (2011). Transplante de órgãos. In Romano, B.W. (Ed.), *Manual de psicologia clínica para hospitais* (pp. 145-208). 6ª. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Botega, J. N. (2012). Reação à doença e à hospitalização. In Botega, J. N. (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência* (pp. 46-61). 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Bravin, A. M., Trettene, A. S., Andrade, L. G. M. & Popim, R. C. (2019). Benefícios da espiritualidade e/ou religiosidade em pacientes renais crônicos: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 541-551. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0051>.
- Camarano, A. A., & Kanso, S. (2016). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In Freitas, E. V. & Py, L. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 52-64). 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Campos, K. B. & Pecora, A. R. (2015). Envelhecer adoecendo: relatos de pacientes idosos internados no Hospital Universitário Júlio Muller, Cuiabá, MT. *Estudos*

Interdisciplinares do Envelhecimento, 20 (2), 625-643. Recuperado de <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/40918/35462>.

- Catão, M. Ó. (2010). A moderna tecnologia médica dos transplantes e o ordenamento jurídico brasileiro. *Revista Dataveni@* 2(1), 26-45. doi: 10.20887/rdtv.ccj.2010.17.503.
- Celestino, V. R. R., & Bucher-Maluschke, J. S. N. F. (2015). Um novo olhar para a abordagem sistêmica na psicologia. *FACEF Pesquisa - Desenvolvimento e Gestão*, 18(3), 318-329.
- Centro Internacional de Longevidade Brasil - CILB. (2015). *Envelhecimento ativo: Um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro: ILC BRASIL.
- Costa, J. M. (2013). *HIV/AIDS na velhice: a fala dos idosos soropositivos na cidade do Recife*. (Tese de Doutorado) Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.
- Dias, C.M.S.B. (2013). Velhice: vulnerabilidade e possibilidades. In Moreira, L.V.C. (Org.), *Psicologia, família e direito* (pp. 259-271). Curitiba: Juruá.
- Falke, D. & Wagner, A. (2005). A dinâmica familiar e o fenômeno da transgeracionalidade: definição de conceitos. In: Wagner, A. (Org.) *Como se perpetua a família? A transmissão dos modelos familiares*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Ferreira, C. R., Isaac, L., & Ximenes, V. S. (2018). Cuidar de idosos: um assunto de mulher? *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(1), 108-125. Recuperado em 15 de setembro de 2019, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Fonseca-Neto, O.C. L. (2013). Evolução das técnicas de transplante de fígado: o papel da veia cava inferior. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 101(6) Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2013/v101n6/a4013.pdf>.
- Fratezi, F. R., Gutierrez, B.A.O. & Falcão, D. V. S. (2010). Doença crônica: o processo de morrer e a morte do idoso na família. In Falcão, D. V. S. (Org.). *A família e o idoso: desafios da contemporaneidade* (pp. 191-210). Campinas: Papirus.
- Gonçalves, L. T. H., Leite, M. T., Hildebrandt, L. M., Bisogno, S. C., Biasuz, S., & Falcade, B. L. (2013). Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(2), 315-325. <https://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232013000200011>
- Hoch, A. L., Costa, E. P. & Oliveira, M. A. M. (2015). A vivência da família de pacientes hospitalizados com doença crônica: a perspectiva do principal cuidador. *RIES*, 4(1), 39-55. Recuperado de <https://periodicos.uniarp.edu.br/ries/article/view/333/321>
- Imamura, K. (2015). Estado emocional e o fígado: uma sugestão na patogênese das hepatopatias. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 17(4), 240-241.
- Kreuz, G. & Franco, M. H. P. (2017). O luto do idoso diante das perdas da doença e do envelhecimento - Revisão Sistemática de Literatura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(2), 168-186.

- Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para dizer a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes*. 8ª. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Lacerda, C. M., Melo, P. V. de, Lucena, O., Amorim, A., Almeida, H. M., & Pereira, L. B. (2003). Transplante de fígado em hospital universitário do Recife: Resultados iniciais. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 30(1), 29-35. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912003000100006>.
- Lima, A. S., Martins, K.P.M.P., Almeida, F. C.&Faria, L.C. (2011). Migração de pacientes para transplante hepático. *Revista Médica de Minas Gerais*, 21 (4), 413-421. Recuperado de <http://rmmg.org/artigo/detalhes/144>
- Louvison, M.C.P., & Rosa, T.E.C. (2016). Redes de atenção e gestão de cuidado ao idoso. In Freitas, E. V. & Py, L. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1563-1569). 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Medeiros, C. R. (2008). *Aprendendo a redesenhar a convivência conjugal a partir da expectativa do transplante hepático*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Recife.
- Medeiros, S., & Carvalho-Feijó, M. (2011). A sociedade histórica dos velhos e a conquista de direitos de cidadania. *Revista Kairós: Gerontologia*, 14 (1), 109-123.
- Meirelles Júnior, R. F., Salvalaggio, P., Rezende, M. B. de, Evangelista, A. S., Guardia, B. D., Matielo, C. E. L., Neves, D. B., Pandullo, F. L., Felga, G. E., Alves, J. A. da S., Curvelo, L. A., Diaz, L. G. G., Rusi, M. B., Viveiros, M. de M., Almeida, M. D. de, Pedroso, P. T., Rocco, R. A., & Meira Filho, S. P. (2015). Transplante de fígado: história, resultados e perspectivas. *Einstein (São Paulo)*, 13(1), 149-152. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082015RW3164>.
- Mendes, J. L. V., Silva, S. C.; Silva, G. R., & Santos, N. A. R. (2018). O aumento da população idosa no Brasil e o envelhecimento nas últimas décadas: uma revisão da literatura. *REMAS - Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde*, 8(1), 14-26.
- Mies, S., (1998). Transplante de fígado. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44 (2), 127-134. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-42301998000200011>
- Minayo, M. C. S. (1999). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 6ª. ed., São Paulo: Hucitec.
- Minayo, M. C. S. (2013). Trabalho de campo: Contexto de observação, interação e descoberta. In Minayo, M. C. S. (Org.), *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade* (pp. 61-77) 33ª. ed. Petrópolis: Vozes.
- Ministério da Saúde. (2019). Doação de órgãos: transplantes, lista de espera e como ser doador. Recuperado em 02 de fevereiro de 2020, de <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/doacao-de-orgaos>.
- Miranda, G. M. D., Mendes, A. da C. G., & Silva, A. L. A. da. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3), 507-519.

- Moraes, A. C. O., Oliveira, P. C. & Fonseca-Neto, O. C. L. (2017). O impacto do Score MELD na alocação de fígados e nos resultados dos transplantes hepáticos: uma revisão integrativa. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, 30(1), 65-68.
- Moreira, J. O. (2012). Mudanças na percepção sobre o processo de envelhecimento: reflexões preliminares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(4), 451-456. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722012000400003>.
- Moreira, V.G. (2016). Biologia do envelhecimento. In Freitas, E. V. &Py, L. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 14-26).4ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Muñoz, O., Ovadía, L., Saavedra, Y., Restrepo, J. C., Yepes, C., Santos, Ó., Marín, J. I., Hoyos, S., Guzmán, C., Mena, Á., & Correa, G. (2015). Trasplante hepático en mayores de 65 años de edad: experiencia en el Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia 2004-2010. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 30(1), 19-23. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572015000100004&lng=en&tlng=es.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Neri, A. L. (2014). *Palavras-chave em gerontologia*. 4ª. ed., Campinas: Alínea.
- Neri, A. L. (2016). Teorias psicológicas do envelhecimento: Percurso histórico e teorias atuais. In Freitas, E. V. &Py, L. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 28-39). 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Niazi, S., Schneekloth, T., Taner, C. B. (2017). Elderly recipients of liver transplantation: Impacto of age and psychosocial variables on outcome. *Curr Opin Organ Transplant*, 22(6), 588-592. doi: <https://dx.doi.org/10.1097/MOT.0000000000000469>.
- Oliveira, E. B. S. &Sommermam, R. D. G. (2011). A família hospitalizada. In Romano, B.W. (Ed.), *Manual de Psicologia Clínica para Hospitais* (pp. 117-143). 6ª. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pacheco, L. (2016). Transplante de fígado no Brasil. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 43(4), 223-224. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912016000400223&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0100-69912016004014>.
- Passos, S. da S. S., Pereira, Á., &Nitschke, R. Gonçalves. (2015). Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6), 539-545. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500090>.
- Paula, M. F. (2016). Os idosos do nosso tempo e a impossibilidade da sabedoria no capitalismo atual. *Serviço Social & Sociedade*, (126), 262-280. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n126/0101-6628-sssoc-126-0262.pdf>. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.068>.

- Rabelo, D. F. (2016). Os idosos e as relações familiares. In Freitas, E. V. &Py, L. (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1519-1525).4ª.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rezende, M. B., Saidneuy, A. E. K. T. de, Diaz, L. G. G., Rusi, M. B., Viveiros, M. M., Barros, L. C. A. L., Evangelista, A. S., Lonzoni, J. M., Moura, L. C. (2012). Transplante hepático: História, panorama atual perspectivas. *Revista Ciências em Saúde*, 5 (3). Recuperado de http://200.216.240.50:8484/rcsfmit/ojs-2.3.3-3/index.php/rcsfmit_zero/article/view/540.
- Rocha, A. C. A. L. da, &Ciosak, S. I. (2014). Doença crônica no idoso: espiritualidade e enfrentamento. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(Esp2), 92-98. <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800014>.
- Rodrigues, R. T. S. (2010). Trabalhando com famílias no hospital gera. In Bruscato, W. L., Beneditti, C. & Lopes, S. R. A, (orgs). *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rolland, J. (1995). Doença crônica e ciclo de vida familiar. In Certer, B. &McGoldrick, M. (Orgs). *As mudanças no ciclo de vida familiar, uma estrutura para a Terapia Familiar* (pp. 373-392). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Scoralick-Lempke, N. N. & Barbosa, A. J. G. (2012). Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29 (Suppl.1), 647-655. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500001>.
- Sebastiani, W. Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. In Agerami-Camon, V. A. (Org.), *Psicologia hospitalar: Teoria e prática* (pp. 29-72). 2ª. ed. São Paulo: Cengage Learning.
- Silva, C. F. S. (2014). *Violência contra idosos: uma proposta de intervenção psicoeducativa junto a familiares envolvidos com a justiça*.(Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica), Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.
- Silva, J. D. (2017). *O impacto da doença hepática e do transplante de fígado na qualidade de vida*. (Dissertação de Mestrado na Faculdade de Medicina), Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Silva, E. P., Nogueira, I. S., Labegalini, C. M. G., Carreira, L., &Baldissera, V. D. A. (2019). Percepções de cuidado entre casais idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(1), e180136. Epub 19 de junho de 2019. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180136>
- Schneider, R. H., &Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585-593.
- Szczepanik, A. P., Marques, A. C. B., Maftum, M. A., Muños-Palm, R. C., Mantovani, M. F. &Kalinke, L. P. (2018). Estratégias de enfrentamento utilizadas durante o tratamento por pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*(19), 29-37. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV18055>

- Tavares, E. (2004). A vida depois da vida: reabilitação psicológica e social na transplantação de órgãos. *Análise Psicológica*, 22(4), 765-777. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000400010&lng=es&tlng=pt.
- Tavares, k., Scalco, J., Vieira, L., Silva, J. & Bastos, C. (2013). Envelhecer, adoecer e tornar-se dependente: a visão do idoso. *Revista Kairós Gerontologia*, 15 (2), 105-118. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8979/10186>.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 3ª. ed., Petrópolis: Vozes.
- Vasconcellos, M. J. E. de. (2010). *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. 9ª. ed. Campinas: Papyrus.
- Vasconcelos, A. G., Pessoa, V. L. M., Menezes, F. W. P., Florêncio, R. S., & Frota, M. X. F. (2015). Repercussões no cotidiano dos pacientes pós-transplante cardíaco. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6), 573-579. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500094>
- Veras, R. P., & Oliveira, M. (2018). Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1929-1936. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
- Vicente, R. M. P. S. (2004). Família e mudança. In Cerveny, C, M. O. (Org.). *Família e...* (pp. 39-52). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wagner, A., Tronco, C., Armani, A. B. (2011). Os desafios da família contemporânea. In Wagner, A. (Org.), *Desafios psicossociais da família contemporânea: pesquisas e reflexões*.(pp. 19-35) São Paulo: Artmed.
- Wilson, G. C., Quillin, R. C., Wima, K., Sutton, J. M., Hoehn, R. S., Hanseman, D. J., Paquete, I. M., Paterno, F., Woodle, E. S., Abbott, D. E. & Shah, S. A. (2014). Is liver transplantation safe and effective in elderly (≥ 70 years) recipients? A case-controlled analysis. *HPB: The Official Journal of the International HepatoPancreato Biliary Association*, 16(12), 1088-1094. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4253332/>.

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO**Data da Entrevista:** _____

Idade:	Sexo:
Estado Civil:	Tempo de casamento?
Filhos? Quantos?	Religião:
Escolaridade:	Profissão:
Renda familiar em salários:	
Pessoas com as quais reside:	
Doença hepática que levou ao TX:	
Tempo em lista de TX:	
Data do transplante:	

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da Entrevista: _____

1. Como se sentiu ao receber o diagnóstico da doença hepática?
2. Como se sentiu ao receber a notícia de que era necessário realizar um transplante de fígado?
3. Como se sentiu durante o tempo na lista espera pelo órgão para transplante?
4. Como se sentiu no período da hospitalização (pós-operatório imediato)?
5. Como se sente hoje em relação ao transplante
6. Quais as repercussões do transplante para sua vida?
7. O que a/o ajudou a enfrentar a situação do transplante?
8. O seu adoecimento/transplante de fígado afetou a vida da sua família? Como?
9. No decorrer do processo do transplante, sua família a/o ajudou de alguma forma? Na sua opinião, qual a importância dessa ajuda?
10. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa a respeito desta experiência?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

	<p align="center"> UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO PRÓ-REITORIA ACADÊMICA PROGRAMA DE POSGRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA </p>
---	--

PREZADO(A) PARTICIPANTE:

1. Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “DA INDICAÇÃO AO PÓS-TRANSPLANTE: PERCEPÇÕES DO IDOSO TRANSPLANTADO DE FÍGADO”.
2. A seleção ocorreu através do método intencional e a sua participação não é obrigatória.
3. Você poderá, a qualquer momento, desistir de participar e retirar seu consentimento.
4. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Universidade Católica de Pernambuco.
5. Os objetivos deste estudo são: Investigar as percepções do idoso relacionadas ao transplante de fígado no que diz respeito a ele mesmo e à sua família. Caracterizar as percepções dos idosos transplantados de fígado a respeito do diagnóstico da doença, passando pelo ato cirúrgico e até a vida atual. Compreender as estratégias psíquicas de enfrentamento utilizadas pelo idoso desde o diagnóstico da doença até a vida atual. Caracterizar a percepção do idoso transplantado a respeito da repercussão da vivência do transplante para a sua família. Compreender como o idoso avalia a importância do suporte familiar no momento vivenciado.
6. Sua participação consistirá em responder a uma entrevista sobre as referidas questões.
7. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
8. Salientamos ainda que não pretendemos, através de sua participação, causar nenhuma espécie de dano ou perda, seja ela pessoal ou profissional, podendo interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo de qualquer ordem. Os dados ficarão guardados, em local seguro, com a pesquisadora. Todos os informes que possam identificá-lo serão alterados, de forma a não possibilitar sua identificação.
9. Caso sinta ou haja necessidade, a pesquisadora irá encaminhá-lo para a clínica escola da instituição para acompanhamento psicológico.
10. Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL (ORIENTADOR)

Nome: CRISTINA MARIA DE SOUZA BRITO DIAS

Assinatura

Endereço completo: RUA ALMEIDA CUNHA, 245, SANTO AMARO,
BLOCO G4 | Telefone: (81) 2119-4172 (Departamento de Psicologia)

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

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP que funciona na Rua do Príncipe, 526, Boa Vista, Bloco C – 3ºAndar, Sala 306, Recife – PE – Brasil. TELEFONE (81). 2119.4004 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep_unicap@unicap.br

Recife, _____ de _____ de 2019.

Participante da pesquisa

ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DA INDICAÇÃO AO PÓS-TRANSPLANTE: PERCEPÇÕES DO IDOSO TRANSPLANTADO DE FÍGADO

Pesquisador: Cristina Maria de Souza Brito Dias

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 03012318.8.0000.5206

Instituição Proponente: Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.085.272

Apresentação do Projeto:

A transplantação de órgãos é considerada tratamento efetivo e consagrado para as doenças crônicas, progressivamente incapacitantes e em estágio final. Objetiva prolongar a vida do doente e melhorar sua qualidade de vida. Como consequência do rápido envelhecimento da população, bem como do aumento da qualidade e expectativa de vida, tem-se percebido o crescimento do número de realização de transplantes de fígado em idosos. Este projeto tem por objetivo geral investigar as percepções do idoso relacionadas ao transplante de fígado no que diz respeito a ele mesmo e à sua família. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa da qual participarão idosos transplantados de fígado, que responderão a uma entrevista conduzida de forma semidirigida.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar as percepções do idoso relacionadas ao transplante de fígado no que diz respeito a ele mesmo e à sua família.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar as percepções dos idosos transplantados de fígado a respeito do diagnóstico da doença, passando pelo ato cirúrgico e até a vida atual.
- Compreender as estratégias psíquicas de enfrentamento utilizadas pelo idoso desde o

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 3º Andar - Sala 306

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.050-900

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2119-4041

Fax: (81)2119-4004

E-mail: cep@unicap.br



Continuação do Parecer: 3.085.272

diagnóstico da doença até a vida atual.

- Caracterizar a percepção do idoso transplantado a respeito da repercussão da vivência do transplante para a sua família.
- Compreender como o idoso avalia a importância do suporte familiar no momento vivenciado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de interesse científico e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão redigidos de maneira clara e coerente. O retorno ao sujeito da pesquisa será feito através de entrevista devolutiva.

Recomendações:

Não há recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou lista de inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acompanha o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1253211.pdf	01/12/2018 14:42:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.doc	01/12/2018 14:41:00	Cristina Maria de Souza Brito Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Corrigido.pdf	01/12/2018 14:34:33	Cristina Maria de Souza Brito Dias	Aceito
Outros	Curriculo_Orientadora.pdf	16/11/2018 20:24:55	Cristina Maria de Souza Brito Dias	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_Maria.pdf	14/11/2018 16:13:19	Cristina Maria de Souza Brito Dias	Aceito
Parecer Anterior	DocumentoAvaliacaoProjeto.pdf	14/11/2018 16:07:07	Cristina Maria de Souza Brito Dias	Aceito

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 3º Andar - Sala 306

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.050-900

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2119-4041

Fax: (81)2119-4004

E-mail: cep@unicap.br



Continuação do Parecer: 3.085.272

Outros	Curriculo_Maria_do_Carmo_Andrade.pdf	14/11/2018 15:57:47	Cristina Maria de Souza Brito Dias	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.pdf	11/11/2018 23:10:49	Cristina Maria de Souza Brito Dias	Aceito
Outros	Questionario_sociodemografico.pdf	11/11/2018 23:09:56	Cristina Maria de Souza Brito Dias	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_Cristina.pdf	11/11/2018 23:08:22	Cristina Maria de Souza Brito Dias	Aceito
Outros	Carta_anuencia_Maria.pdf	11/11/2018 23:07:22	Cristina Maria de Souza Brito Dias	Aceito
Outros	Carta_Aceite_UTF.pdf	11/11/2018 22:45:48	Cristina Maria de Souza Brito Dias	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	11/11/2018 22:40:36	Cristina Maria de Souza Brito Dias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 14 de Dezembro de 2018

Assinado por:

**Nadia Pereira da Silva Gonçalves de Azevedo
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 3º Andar - Sala 306

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.050-900

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2119-4041

Fax: (81)2119-4004

E-mail: cep@unicap.br