

A vida depois da vida: Reabilitação psicológica e social na transplantação de órgãos (*)

EDITE TAVARES (**)

«Fazer um transplante é nascer novamente sem ter morrido verdadeiramente.»
(Testemunho)

1. A PSICOLOGIA DO PRÉ-TRANSPLANTE

1.1. A adaptação à doença

O propósito de um transplante como terapia é o de proporcionar um melhoramento significativo na saúde do paciente, aumentando a sua produtividade, incrementando a sua auto-estima, fortalecendo em geral o seu nível de ajustamento e reduzindo a tensão na família.

(*) Baseado em Dissertação de Mestrado subjugada ao tema “Transplantação Pulmonar: Como se sobrevive a uma morte anunciada?”, Fevereiro de 2003.

O meu sincero agradecimento ao Prof. Doutor Rui Aragão pelo acompanhamento deste trabalho.

(**) Mestre em Psicopatologia e Psicologia Clínica e bolsista de Doutoramento em Psicologia Aplicada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Bunzel (1992), citando Shapiro, refere que a transplantação é um processo e não um acontecimento. É um processo que continua ao longo de toda a vida do receptor. Apesar do ênfase que se coloca no acto cirúrgico, é o que o precede e o que se lhe segue que é, para os pacientes e para aqueles que o rodeiam, o permanente foco de atenção. São profundos os problemas psicossociais a enfrentar antes e depois do transplante.

Tal como confirma Bohachick (1992) a transplantação é um processo que se conceptualiza numa série de etapas que envolvem stressores significativos. O reconhecimento da doença ameaçadora da vida é o primeiro grande confronto.

A vida do dia a dia anterior ao transplante é caracterizada por uma constante sensação física de estar doente. São frequentes os contactos com os médicos e hospitais, por forma a manter o melhor possível a condição do paciente, prevenindo a sua deterioração ou morte.

A constante ameaça de morte e a incerteza do prognóstico de vida, são desafios fundamentais. A alteração dos modelos de vida, a incapacidade para o trabalho, a alteração da auto-estima que advém do desempenho do papel de inválido, da alteração do seu papel no seio familiar, do aumento da dependência, poderão ser indutores de perturbação emocional significativa. Fonseca (1992,

p. 53) apresenta uma citação dramaticamente ilustrativa deste sentir:

«Somos uma espécie de Zombies... como que próximos da morte. Parece-me que somos a morte viva... alguém que devia estar morto mas não está.»

Na luta contra a angústia emergente são mobilizados os mecanismos de defesa do indivíduo, sobretudo a negação. Esta forma de organizar toda uma estrutura protectora perante a adversidade, é a mais comumente utilizada quando a ameaça à vida e a ansiedade daí resultante se tornam ameaçadores do equilíbrio do indivíduo. Bonisch, citado por Bunzel (1992), refere que quanto mais inesperada e brusca é a comunicação ao paciente da doença e das suas consequências, mais rápida e profundamente o processo de negação se instala. Traduz-se num repúdio consciente ou não, de parte ou da totalidade do significado, ansiedade, medo e outros aspectos negativos do adoecer.

A negação da doença e da necessidade de tratamento é frequente e útil dentro de determinados limites. Constitui um auxílio à manutenção do optimismo necessário à continuação do tratamento. O ultrapassar dessa fronteira pode contribuir para o estabelecimento de uma psico-rigidez nestes pacientes. O perigo permanente e a necessidade de controlo sobre a vida pulsional, contribuem para a inflexão do psiquismo no sentido de um desgaste da vida fantasmática e imaginária. Toda a modificação material e afectiva é reduzida. O indivíduo aproxima-se do pensamento operativo. O factual, o técnico são privilegiados. Instala-se então uma hiper-adaptação ao tratamento que lançará consequências para as etapas seguintes do exigente processo que é a transplantação de órgãos.

1.2. *Consentimento e motivação para o transplante de órgãos: Do consentimento à culpabilidade*

A confrontação com a existência de uma doença terminal a que se associa a necessidade de realização de um transplante como única forma de sobrevivência, e a forma como tal facto é transmitido pela equipa médica, é sentido pelos pacientes como o primeiro momento de grande dificuldade em todo o processo que envolve esta

terapêutica (Bunzel, 1992; Bohachick, 1992). Relatam este momento como o mais “esmagador” de toda a sua história de transplantação. Tal facto é testemunhado pelo estudo de Jalowiec et al. (1994), efectuado com 175 transplantados cardíacos que referiram como principal e mais intensa fonte de *stress* no período pré-transplante, o conhecimento da necessidade da sua realização.

Após a sua aceitação, a entrada numa lista de espera para transplante, é tida como o segundo momento mais difícil de todo o processo. Uma vez na lista de espera, os pacientes podem ser chamados para a cirurgia a qualquer hora do dia ou da noite, dada a imprevisibilidade inerente à disponibilidade dos órgãos. É o “terror do telefone” (Bunzel, 1992). Alguns pacientes relatam o isolamento que sentiram relativamente aos amigos e família, dado o receio que estes tinham em estabelecer contacto, pois teriam a noção de que qualquer toque de telefone seria perturbador, o seu familiar aguardava a todo o momento “Aquele toque do telefone”. Reduziam então ao mínimo as chamadas para não o assustar. O contributo da tecnologia permitiu a existência de *bips* e de telemóveis que iriam cumprir a mesma função. Mas a tensão sentida é relatada como equivalente. Estes dispositivos têm a vantagem de que tornam possível a saída de casa com mais tranquilidade, mas os toques frequentes (alarmes falsos) durante o dia e a noite transformam esses auxílios em igualmente stressantes.

A angústia inerente à procura de um dador é inevitável, bem como a que resulta do longo tempo de espera que advém do limitado número de órgãos disponíveis. Este, frequentemente longo, período de espera, é gerador de grande instabilidade física e psicológica. A espera é acompanhada de reflexões sucessivas sobre a decisão tomada, sobre a correcção ou incorrecção de se ter acedido à realização de um transplante, sobre a chegada do órgão doado que se receia mesmo que não venha a tempo. Estes altos e baixos são relatados como profundamente perturbadores.

O período de espera para o transplante não só afecta aquele que a aguarda, mas também todos os que fazem parte do seu tecido social, familiares, amigos, vizinhos, colegas de trabalho. Dos 47 pacientes transplantados cardíacos entrevistados no estudo de Bunzel (1992), 64% referem terem sido confrontados com comentários desen-

corajantes na sua rede social. Sentimentos de culpa e vergonha são também encontrados entre estes pacientes, sobretudo quando o tempo de espera pelo dador foi longo. Vivenciam pensamentos para eles difíceis de aceitar, tais como: «Pensei: é inverno, estamos nas férias de Natal e não há gelo nas estradas, portanto não ocorrerão acidentes graves. Que azar o meu!» (p. 310).

Neste período de espera o paciente sobretudo regride a estádios anteriores do seu desenvolvimento, tendo necessidade de aceitar uma relação de profunda dependência com o meio que o rodeia. Tal facto toca profundamente o seu ser nas mais variadas áreas. É a auto-estima que se entristece, o auto-conceito que se lamenta, a imagem corporal que se desgosta, a identidade sexual que se fragiliza...

Enquanto que o medo e a angústia acompanham as primeiras referências à transplantação, alívio e motivação para continuar são vivenciadas quando finalmente é encontrado um dador (Bunzel, 1992).

A transplantação de órgãos, é um sistema interactivo paciente-família-equipa de transplante que funciona numa zona de interface, de vida possível para o receptor e de certeza de morte para o dador. Mas os candidatos a receptores de um órgão não são apenas receptores passivos de uma tecnologia. São antes de tudo pessoas que vão viver antecipadamente com ansiedade, com medo mas também com a emoção e expectativa de melhorarem e de poderem vir a aceder a uma vida plena. Representará uma experiência transcendente na existência do próprio, impregnada também pela significação fantasmática do órgão, fonte da vida física e afectiva.

2. A PSICOLOGIA DO PÓS-TRANSPLANTE

2.1. *O pós-operatório e suas emoções: Da cirurgia à alta hospitalar*

A concretização cirúrgica do transplante mobiliza grande e profunda atenção, está-se nada menos nada mais que a restaurar vida. Porém o acto médico bem sucedido não põe fim a todas as preocupações. Muitas delas apenas aí começam. Findo o acto médico e resgatada a vida, sobem ao palco com todo o seu protagonismo os

aspectos psicológicos do pós-operatório. O fim da anestesia faz acordar o ser e com ele o seu sentir.

O período pós-operatório imediato é um tempo de grandes implicações emocionais. Tomando como referência um evoluir clínico normativo, os primeiros três a oito dias são passados na Unidade de Cuidados Intensivos. É um momento de paradoxo. É um momento de grande desconforto físico, inerente à cirurgia, mas é ao mesmo tempo um momento de profunda emoção para a pessoa transplantada. É a consciência de ter dobrado o “Cabo das Tormentas”, de se ter afastado daquela percentagem de 15% de insucessos no pós-operatório imediato, de ter dado um grande passo a caminho da vida.

Após uma cirurgia bem sucedida, sentimentos de extremo bem estar e euforia podem estar presentes. O grau de independência da pessoa transplantada aumenta rapidamente, ela é encorajada a começar o mais cedo possível a sua reabilitação física. São descritos sentimentos de “começar uma nova vida, renascer saudável”, sentimentos que podem ser interrompidos abruptamente aquando das primeiras complicações pós-operatórias (Bunzel, 1992). Acontecem então, frequentemente, os primeiros momentos de depressão.

Durante a hospitalização após a cirurgia, as reacções depressivas são frequentes, alternando ou não com períodos de euforia associados aos medicamentos corticóides necessários à terapêutica pós-transplante. Estes parecem potenciar alterações de humor bruscas provocadas por pequenos acontecimentos (Mai, 1993; Dew, 1994; Bourgois et al., 1990; Allilaire, 1990).

Sintomas delirantes são também encontrados no pós-operatório numa incidência que varia consoante os autores entre 20% e 35% de acordo com Mai (1993). Factores cirúrgicos, farmacológicos, metabólicos e ambientais associados à cirurgia, podem determinar a ocorrência de tal sintomatologia, apresentando maioritariamente remissão sem tratamento.

A par da depressão, as perturbações ansiosas constituem um dos quadros clínicos mais frequentes no período posterior à transplantação. Observam-se em geral múltiplas manifestações de ansiedade, taquicárdia, falta de ar, pressão no peito, etc., num espectro que pode ir do nervosismo transitório aos episódios de pânico (Mai, 1993;

Dew, 1994; Allilaire, 1990). Estes sintomas têm tendência a diminuir a sua intensidade ao longo de tempo (Dew, 1994).

Paralelamente, um número significativo de problemas médicos são igualmente geradores de preocupação e ansiedade para o indivíduo, complicações pós-operatórias como hemorragias, infecções resultantes dos imunossuppressores, episódios de rejeição do órgão transplantado bastantes frequentes nos primeiros meses de pós-transplante. Estes indícios são vividos como um corte brutal que cai no meio de um caminho de bem estar progressivo. É um período de desencorajamento e angústia. Quando um episódio de rejeição ocorre é sentido como a passagem «do céu para o inferno» (Bunzel, 1992), especialmente durante a fase pós-operatória de euforia. Qualquer passo atrás parece impossível de acontecer. Mesmo a simples confrontação com um episódio de rejeição de outro paciente aproxima a ideia de morte e ameaça a auto-confiança, reaviva medos próprios. Os episódios de rejeição provocam na pessoa transplantada o confronto com o facto de que o sucesso não está completamente garantido e de que os obstáculos à vida não acabaram completamente. O paciente torna-se consciente da sua própria mortalidade que tentou reprimir após um transplante bem sucedido. O episódio depressivo sequente à rejeição cessa, de uma forma geral, com o fim do episódio de rejeição.

Qualquer modificação ao esquema corporal, envolve uma experiência de perda de uma parte ou função do corpo (Castelnuovo-Tedesco, 1981). Na transplantação, a essa perda associa-se ainda a adição de uma nova parte do corpo. Quando se está perante uma situação de perda, vivencia-se uma restrição da imagem corporal à qual se associam os sentimentos que lhe são próprios ou seja, depressão e luto. Quando, pelo contrário, é uma nova parte que é adicionada, a imagem corporal expande-se e um novo lugar psicológico tem que ser encontrado para essa nova entidade que o corpo antigo agora contém. Há que integrar psicologicamente o novo esquema corporal. Esta integração é lenta e gradual e faz parte de um longo processo que por vezes é difícil ser completado.

A questão central quando se fala da alteração da imagem corporal no indivíduo transplantado é a questão da afectação do narcisismo, o que inevitavelmente tem implicações na auto-estima. A

perturbação narcísica aqui envolvida, ameaçadora da coesão do eu, é um fenómeno psicológico complexo, cujas características dependem sobretudo da natureza da alteração ocorrida e das características do ego e das relações de objecto do indivíduo (Castelnuovo-Tedesco, 1981). Uma nova distribuição do investimento emocional no corpo acontece de acordo com o mesmo autor. Algumas partes do corpo deixam de ser investidas e em compensação outras passam a sê-lo, ao ponto de poder ocorrer um hiperinvestimento compensatório nas partes do corpo consideradas sãs e que portanto não foram afectadas. E porque a integridade e estabilidade do eu estão em risco, grandes quantidades de energia são investidas em comportamentos compensatórios, onde se vai procurar uma valorização narcísica tão necessária. A fantasia pode ser vista como um elo vital entre a perturbação narcísica e a resposta adaptativa a ela.

Na transplantação de órgãos, à medida que o paciente evolui clinicamente, as doses de esteroídes vão sendo reduzidas, diminuindo também todos estes efeitos secundários, apesar de nunca desaparecerem completamente. A necessidade inicial de análises de sangue e visitas ao hospital semanais, são também gradualmente reduzidas.

A saída do hospital, sempre desejada, é frequentemente associada a sentimentos ambivalentes. Deseja-se o regresso a casa, a uma nova vida, mas é quase sempre inevitável a vivência de sentimentos de abandono. De facto deixar o ambiente protector oferecido pela proximidade imediata da equipa de saúde e de toda a equipa de apoio hospitalar, resulta numa apreensão, inquietude e receio consideráveis.

A alta hospitalar e o regresso a casa implicam o retorno ao tecido social há muito desinvestido ou mesmo abandonado. No seio dos pacientes que foram atingidos por problemas de saúde muito graves, que sofreram em consequência um isolamento social prolongado, apresenta-se difícil o restabelecimento do contacto interpessoal. É frequente, nos primeiros dias de reabilitação, observar-se a necessidade de estar sozinho, de prolongar o isolamento ao qual o indivíduo se habituou, situação que é posteriormente ultrapassada (Bunzel, 1992). Atinge-se progressivamente a capacidade de olhar para as situações do quotidiano com um prazer renovado, não sentido até então, tem-se a impressão de viver cada instante com uma

plenitude que não existia mesmo antes do estar doente acontecer (Allilaire, 1990).

Porém, a vida parece estar de novo em perigo, quando se tem conhecimento da morte de uma outra pessoa transplantada. São vivenciados sentimentos de intensa instabilidade, ansiedade e medo. Muitos pacientes começam a ser mais vigilantes sobre o seu próprio corpo, consultando o médico com maior frequência. A questão da expectativa de vida torna-se um tópico central entre os sobreviventes. O apoio e acompanhamento constantes por parte da equipa médica, dos psicólogos e familiares, assume aqui um papel fundamental.

Assim, a constante ameaça de rejeição, a incerteza do prognóstico a longo prazo, a aceitação psicológica de uma parte do corpo de outro indivíduo, são potenciais fontes de perturbação emocional, fazendo com que os primeiros tempos pós-transplante sejam de grande exigência psicológica.

No fundo, é a ideia de morte que não desaparece nunca. Ela veste roupagens diferentes mas aparece a cada etapa. A transplantação mostra-nos que a morte e a vida estão indissolúvelmente associadas no plano simbólico, mas também no plano real e sobretudo que é a morte que governa a vida (Estenne, 2001). Isto faz da pessoa transplantada um sobrevivente, tal como todos os que escaparam a uma morte prometida. Porém é um sobrevivente particular. Para os sobreviventes em geral, o tempo que passa afasta-os da ideia de morte, afasta-os do perigo que pertence cada vez mais ao passado. Mas para a pessoa transplantada, a morte permanece possível a cada etapa, fazendo dela um eterno sobrevivente.

A grande alquimia, e por isso a mais difícil de construir, será a transformação desse frágil existir, num sentimento pleno e profundo de direito à vida, onde se deixam cair os marcadores do tempo, e onde interessa unicamente a plenitude de cada dia. Cada dia será então uma vida. É a qualidade dessa vida, é o sentido que se conseguir construir em cada vida da vida que fará a magia que transformará o sobrevivente num vivente pleno.

2.2. Representação fantasmática do órgão transplantado e do dador.

Um transplante de órgãos acontece em alguém que transporta consigo uma história pessoal pre-

enchida com memórias, sentimentos, pensamentos, gostos, cheiros, enfim com uma identidade. Um transplante traz também uma parte de um outro que não sendo o outro propriamente dito tem vida e vai dar vida. O que resulta deste encontro, como se constrói esta integração do outro em mim? O Eu continua a existir, mas idêntico ou modificado?

A representação cognitiva e fantasmática dos órgãos internos adquire, na transplantação, uma dinâmica de aceitação-rejeição bio-psicológica. O órgão doente é aparentemente desfigurado, como que perdendo o seu valor emocional, para adquirir uma forma mecânico-funcional. Seabra Gomes (1992, p. 221), situando-se na transplantação cardíaca denomina esse coração doente de “músculo bomba eficaz”. É a denegação ao serviço da preparação emocional e afectiva para que o paciente possa enfrentar e melhor lidar com as angústias inerentes a todo este processo de mudança. Com a denegação, o transplante pode ser experienciado como uma substituição de uma bomba que funciona mal, por outra que funciona bem (Mai, 1993). A aceitação e integração do novo órgão na imagem corporal, dependerá da qualidade do funcionamento do processo primário e secundário do pensamento e do significado específico do próprio órgão. O processo de integração vai depender ainda do impacto emocional que terá no paciente o acto cirúrgico, pela personalidade dos pacientes, pela experiência dos cuidados intensivos, pelo sentimento de bem-estar físico (Seabra Gomes, 1992). Viver com um órgão de outrem incorporado exige poder perder-se um pouco de si próprio para mais tarde se reencontrar. Apesar de não se poder estabelecer uma relação directa entre a rejeição/aceitação psicológica do transplante e a rejeição/aceitação fisiológica do mesmo, alguns dados clínicos parecem apontar para alguma influência sobre o sucesso ou o insucesso do transplante. O paciente pode reagir intra-psiquicamente de uma forma que suscita condutas negativas, pondo em causa o sucesso do transplante.

O anonimato obrigatório sob a doação obriga o paciente a uma representação imaginária, a uma representação mental daquele graças ao qual ele vai continuar a viver. Em todas as situações de transplante, o paciente terá de fazer o luto da parte de si que se tornou doente e que foi substituída por uma outra igual e estranha ao mesmo tempo:

o órgão do dador (Pericchi, 1992). A origem desta nova parte de si, o outro, o dador desconhecido e anónimo, aviva as angústias, apela a sentimentos de reconhecimento misturados com culpabilidade. É uma “estranheza inquietante”.

Estudos efectuados delineiam em traços gerais dois grandes grupos que se distinguem no sentido do trabalho psíquico que efectuam relativamente à construção da representação do dador (Tavares, 2003): a Simbolização do Dador e a Incorporação do dador.

2.2.1. A Simbolização do Dador

Constitui-se na possibilidade de construção de uma imagem de um dador, que tem os seus contornos, as suas características e que é uma outra pessoa que não o próprio. Cresce-se aqui no sentido de uma representação estável do dador. O anonimato, obrigatório por lei, joga um papel fundamental neste processo de elaboração psíquica. O vazio sempre foi qualquer coisa de muito inquietante para nós humanos, rapidamente temos de atribuir sentido às coisas, fenómenos e acontecimentos como forma de fazer desaparecer essa angústia que advém do desconhecido. Ora, aqui a página em branco é a figura de um dador que para além da sua morte gerou vida. Para aquele que a recebeu é intolerável aceitar uma dádiva que não é possível mensurar, de tão profundo que é o seu significado, de uma página em branco. A pessoa transplantada obriga-se, por necessidade absoluta, à construção de uma imagem daquele que foi o seu dador. Nessa obra utiliza três ferramentas essenciais, a idealização do dador, a curiosidade sobre o dador e a identificação ao dador. 1) *A idealização do dador*, das suas características morais, a valorização do gesto de altruísmo. Permite tais traços sentir este dador como especial e portanto também especial a doação. Valorizando o objecto, valorizo a dádiva que me é doada por esse objecto. Dando ao objecto toda a sua integridade, há a garantia de um objecto plenamente bom e estável, cuja introjecção reforça o ego. 2) Construída a idealização do dador, há que lhe retirar a identidade de Ser Estranho, de Ser Desconhecido. É-se habitado por algo que não sendo do próprio é de um outro que não tem rosto, não tem idade, não tem sexo, é-se habitado por um anónimo e isso é ser habitado por um vazio. Sendo vazio, a pessoa transplantada não tem como

fazer pontes de identificação por forma a apaziguar esse fantasma de intrusão, esse fantasma persecutório de um outro que me invadiu e está comigo sempre. É como resposta a essa angústia subjacente decorrente da existência de fantasmas destruidores em relação ao objecto invasor, mas que se deseja objecto de amor, que surge a idealização do dador por um lado, e por outro uma *intensa curiosidade* em relação a este. Curiosidade acerca das suas características físicas, do seu sexo, das suas origens geográficas, da sua família, curiosidade sobre a vida e a morte desta personagem no fundo, para o poder amar. 3) Só assim, através deste processo de reparação se consegue a vitória das pulsões de vida sobre as pulsões de morte, abrindo-se as portas para a *identificação ao dador*, cuja representação evolui de um objecto parcial agressivo e persecutório para um objecto total amado. É a alquimia da representação do dador.

Entre aqueles que constroem a representação do dador pela sua simbolização, o processo de elaboração da imagem do dador, é gerador de dois sentimentos principais, culpa e gratidão. A culpa e a gratidão surgem por vezes em conjunto ou como o corolário uma da outra, ou como dois extremos de um eixo evolutivo. A culpa advém da fantasia de haver danificado o objecto amado, através do desejo inconsciente da sua morte. O dador precisa de morrer para que a vida do próprio prossiga. É forçoso que ao longo do processo do transplante este pensamento seja formulado, pois que aí assenta a concepção da transplantação como acto médico. Assim, via um pensamento mágico é como se o desejo inconsciente se tivesse transformado em realidade e a pessoa transplantada por isso se sentisse responsável por essa morte. É um sentimento que não cede à prova da realidade de que o dador por definição científica se encontra já em morte cerebral anteriormente à remoção dos órgãos. A culpa não desaparece, é atenuada ao longo do tempo graças às defesas postas em jogo pelo processo de reparação, mas este não é completamente bem sucedido. Estaciona-se na ambivalência. Mesmo quando se observa uma evolução na compreensão da culpabilidade própria, através do tempo, através de ajuda técnica, há sempre um voltar de quando em vez a esse sentimento, parecendo que o padrão de sentimentos que se instala nos primeiros tempos de transplantação permanece com intensidades e

formas que evoluem, mas permanece e volta-se lá de quando em vez.

Quando a “culpa original” consegue ser elaborada, dependendo do processo primário e secundário do pensamento, e portanto o processo de reparação é bem sucedido em plenitude é possível a emergência de gratidão. Esta resulta da capacidade de amar e acha-se estreitamente relacionada com a interiorização de bons objectos. Se o indivíduo se sente habitado de bons objectos internos, a angústia resultante do pensamento onipotente, consegue ser acolhida sem perturbar significativamente o indivíduo pela existência de um ego que é capaz de conter o conteúdo do pensamento, sem recear fragilizar-se. Não é que estas pessoas não refiram a ideia de morte do seu dador, pois tal significaria a impossibilidade de poisar na ideia. O fantasma agressivo do dador está presente, mas é rapidamente transformado em sentimento de gratidão e amor, sendo esta a tonalidade que permanece. De uma forma ou de outra, vivenciando gratidão ou culpa, a elaboração fantasmática do dador neste grupo de indivíduos conserva a imagem da figura do dador, mantém com ele um relacionamento simbólico, relacionamento este que é alheio ao tempo. Transforma-se o seu sentir, mas permanece com contornos próprios, mantém-se uma figura que pode ser sempre pensada, com quem se está sempre em relação. O órgão que ele doou não é da pessoa transplantada é do dador e conserva a sua propriedade ao longo dos tempos.

2.2.2. A Incorporação do Dador

Mas casos há em que a imagem do dador não é tolerada. O fantasma de intrusão de um Outro em si próprio é gerador de angústias de tal forma maciças que esse outro tem que ser o mais possível neutralizado, se não mesmo anulado. É a incorporação do dador. Parece aqui ser importante esbater o mais possível a ideia do dador enquanto figura em si. Tolera-se o reconhecimento inevitável de que foi um dador de vida, mas não se elabora mais esse pensamento. Permanece-se aí. É como se “enquistassem” a representação do dador. Por um lado a imposição superegóica de render homenagem a alguém que fez uma dádiva de vida cuja importância é muito difícil contornar e por outro a impossibilidade de egóica de suportar a agressão, a intrusão, a culpa vividas,

sem perigo de desorganização importante. Há então que esbater quanto possível a importância e o valor desse Outro, há que construir a quase não existência do dador. Várias estratégias são observadas: 1) *Anonimato protector*. Inversamente à simbolização do dador, o indivíduo não deseja a curiosidade sobre o dador, esta é ameaçadora. Receiam-se as características do outro como potencialmente perigosas para a própria identidade. Desta forma o anonimato estipulado por lei é bastante conveniente, funcionando como uma justificação para esse não querer. 2) *Apropriação do órgão doado*. O órgão doado parece seguir o mesmo destino de tudo aquilo que pode atribuir identidade ao dador, é um testemunho da existência de quem se receia que tenha existido. O órgão deixa de ser propriedade de alguém para ser do próprio, é incorporado, funde-se psicologicamente no todo do indivíduo, esbatem-se desta forma as fronteiras entre o eu e o outro, continuando esse outro discretamente inexistente. 3) *Desvalorização da doação*. Em alguns casos parece existir a necessidade de transformar em banal e corriqueiro a forma grandiosa e quase heróica com que mais frequentemente é tida a doação. Noutros casos neste grupo de indivíduos, a retirada de importância à doação e por consequência ao gesto do dador tem como alvo a gratuitidade dessa mesma doação. Ela é geradora de um sentimento de dívida que tem que ser reequilibrado a todo o custo. Com frequência encontra-se nesse sentido a referência à própria doação de órgãos como forma de saldar uma dívida, de fazer descer o acto de doação do pedestal que se ergue aos heróis mostrando que ela é bem terrena, e por consequência a pessoa do dador. Isto apesar de fazer parte do conhecimento geral que objectivamente a maioria das pessoas transplantadas não poderá ser um futuro dador devido aos medicamentos que toma para a preservação do seu estado de saúde ou devido à doença prévia ao transplante. Independentemente do caminho percorrido na construção da representação desse dador de vida, urge que a harmonia se instale entre o transplante físico e o “transplante psicológico”.

2.3. Matriz familiar e social

Uma doença grave representa um processo de crise intensa que não toca apenas o indivíduo mas também todo o seu sistema familiar e social. Em

conjunto enfrentam o ajustamento emocional inevitável perante um Eu sonhado e um Eu real.

A doença obriga a adaptações de grande nível de exigência. Os papéis sociais do indivíduo são muito restritos se a doença é longa ou severamente alterados se a sua emergência se fizer a média ou curto prazo. A intenção de manter os relacionamentos sociais e familiares surge como difícil. A estrutura da família nuclear, apesar de incluir em si a capacidade de absorver grande parte da perturbação resultante da doença de um dos seus elementos, poderá ver o seu equilíbrio alterado se forem ultrapassados os limites dessa capacidade (Simmons, Marine, & Simmons, 1987). Para a manutenção deste equilíbrio, é fundamental, para os familiares prestadores de cuidados, que encontrem em si ou no exterior, uma fonte realimentadora de auto-estima, de apoio financeiro e social, benefícios esses que podem compensar e equilibrar os efeitos negativos da responsabilidade por um doente.

Também a vida social do futuro transplantado se vê modificada. Tornam-se limitadas a possibilidade de participação em actividades exteriores e a possibilidade de prosseguir uma trajectória profissional com todas as questões económicas daí resultantes. A perda de uma situação profissional activa pode conduzir a uma outra perda, a do sentimento de *status* no interior da família. Planos para o futuro e mesmo actividades lúdicas tornam-se difíceis de concretizar. Instala-se a impossibilidade e imprevisibilidade na matriz familiar e social do paciente.

Desta forma, o anúncio de um transplante acontece num contexto de grande dependência familiar, conjugal, dependência quase total, onde o paciente sentiu drasticamente modificada a totalidade da sua situação profissional ou social.

Uma vez efectuado o transplante, o período pós-operatório é tido como o mais difícil psicologicamente para a matriz familiar do paciente. Começam a acreditar na possibilidade de construção de projectos para um futuro que se tornou possível, sem que ao mesmo tempo possam ignorar os riscos de insucesso da intervenção ou de morte súbita. É nos 15 dias que se seguem à intervenção que se exprimem nos interlocutores do paciente, em graus diferentes, sinais de grande cansaço físico e emocional. Neste período estabelecem-se laços muito fortes entre o paciente e o seu suporte social, relacional, quer se trate de

sentimentos de gratidão dirigidos à família ou de reconhecimento perante a equipa médica (Allilaire, 1990).

Assim, depois do transplante, o regresso a casa é acompanhado pelo desejo de se ser de novo envolvido nas actividades familiares. Esta plena reintegração na estrutura da família é uma etapa complexa. A resposta da família a esta atitude de recuperação do seu estado de independência é com frequência extremada, variando entre a hiperprotecção à pessoa transplantada e a diminuição radical de apoio e ajuda. É um período em que a família da pessoa transplantada precisa de encontrar em si conteúdos psíquicos fortes e sólidos.

Rapidamente após a operação, as famílias sentem necessidade de redesenhar o seu futuro e a reorientar-se entre si. O homem, que é de novo forte e saudável, quer reconquistar a sua masculinidade tomando o controlo do quotidiano familiar, o que não era mais possível antes do transplante. Agora, qualquer tipo de controlo exercido sobre si próprio é sentido como intolerável. Um novo equilíbrio tem que ser estabelecido no seio da família. Os papéis sociais têm de novo que ser revistos e adaptados. O indivíduo transplantado tem que abandonar o seu papel de pessoa doente, o que traz vantagens e inconvenientes. Este período é muito difícil para qualquer casal e a ajuda psicoterapêutica aos membros da família pode ser vital para a diminuição da distância entre a esperança e a realidade (Bunzel, 1992; Mai, 1993).

Surge desta forma com clareza que a reabilitação familiar e social é complexa. Como facilitador deste processo, podemos considerar os outros pacientes já transplantados. A sua vitalidade, humor, dinamismo e exemplo de vida trazem para aquele que inicia um caminho equivalente, um conforto considerável.

Debray (1990) sublinha a importância que assumem os grupos de transplantados que podem a forma de organizações formalmente estruturadas. Estes grupos permitem uma troca de informação, uma partilha entre aqueles que já passaram pelas diferentes etapas psicológicas do processo e os que estão a dar os primeiros passos, promovendo a adaptação individual à transplantação. É uma realidade presente e uma realidade futura que se encontram. Estas associações podem ainda ajudar a resolver questões de ordem administrativa e financeira.

Duas atitudes são possíveis por parte da pessoa transplantada em relação à participação activa nestas organizações:

- 1) Muitos, para re-encontrar o seu equilíbrio, para re-existir socialmente associam-se e participam activamente. A vida associativa dá-lhes força e coerência bem como lhes proporciona uma razão de viver ajudando-se mutuamente, bem como as respectivas famílias.
- 2) Contrariamente, outros retomam a sua vida profissional e isolam-se, tentando em certa medida esquecer que são transplantados, não querendo de forma nenhuma encontrar-se com outras pessoas que tenham vivido essa mesma experiência.

A reintegração familiar, a implicação da rede social do transplantado nos seus projectos de vida são pontos essenciais aos quais deve ser dada uma importância particular, pois são elementos que parecem envolver um prognóstico considerável.

O estudo de (Dew et al., 1994) com 72 transplantados cardíacos, corrobora a ideia de que a existência na rede social do indivíduo de figuras preferenciais prestadoras de cuidados (esposa, mãe, etc.), potencializa a adaptação psicológica aos acontecimentos que se constituem como uma ameaça à vida, onde se inclui a transplantação de órgãos. A solidez da relação entre estas figuras e o bem estar do paciente sublinha a importância de que a intervenção neste domínio deve envolver essas figuras preferenciais do suporte social na educação e aconselhamento perante quer os aspectos de saúde física, quer os aspectos de ordem emocional implicados na situação.

Estudos epidemiológicos efectuados apontam para o suporte social como um factor de protecção do indivíduo. Este efeito benéfico manifesta-se a dois níveis: a) a relação entre a existência de suporte social e menor mortalidade; b) a relação entre a existência de suporte social e uma melhor recuperação da doença (Wills, 1997).

As pessoas que apresentam melhor integração social parecem manifestar menor risco de mortalidade do que aquelas que manifestam sinais de isolamento social. De notar que o isolamento deverá ser definido como uma falta de relações satisfatórias, onde existe uma discrepância entre a

percepção dos recursos sociais e a situação pretendida ou idealizada (Oliveira, 2001). Pode resultar directamente da quantidade de suporte social oferecido ao paciente ou da dificuldade em o reclamar ou ainda numa deformação da percepção que dele se tem (Wendy Samter, citado por Oliveira, 2001).

Nos indivíduos com um baixo suporte social surgem geralmente uma maior incidência no agravamento da doença, com conseqüente aumento da incapacidade ou redução da recuperação. Parece pois que o suporte social funciona como um mecanismo amortecedor perante situações particularmente difíceis como é o caso de problemas de saúde graves (Oliveira, 2001)

A procura de suporte social é uma estratégia possível de adaptação à situação, da qual o paciente não é o único beneficiário. Entre ele e seu suporte social há um conjunto de interacções em que cada um pode dar e receber, cada um tem um papel importante a desempenhar. É um sistema que funciona nos dois sentidos. Assim transparece na definição de suporte social como um processo interactivo no qual acções e comportamentos particulares podem ter um efeito positivo sobre o bem estar social, físico ou psicológico do indivíduo.

A luta pela vida pode ter sido ganha com o transplante, mas a luta por viver plenamente, a luta pela qualidade de vida continua (Rogers, citado por Bunzel, 1992).

2.4. *Qualidade de vida*

Se sobreviver é importante, não é para viver não importa como. A qualidade de vida associada à saúde representa um denominador final comum de terapêuticas tão complexas como o transplante de órgãos, havendo autores que a designam como a “prova de fogo” de um programa de transplantação (Mai, 1993). Como refere Degos (1993) a interferência na vida só se justifica se houver uma melhoria para o ser. É o sentido do significado de melhoria que se procura, pois que a felicidade e a infelicidade são existenciais e o valor da vida não se mede pela capacidade de execução biológica.

Neste sentido, será importante analisar a qualidade de vida alcançada após a transplantação, bem como os níveis de ajustamento conseguido, em comparação com o período pré-transplante. Pa-

ra analisar a qualidade de vida são classicamente abordadas as seguintes grandes áreas:

- 1) A percepção que o paciente tem do seu nível de reabilitação física e os seus sentimentos sobre o seu bem estar físico.
- 2) O seu ajustamento psico-social geral, incluindo a sua satisfação com o tipo de relacionamentos interpessoais estabelecidos, o nível de integração da auto-imagem, os seus sentimentos de felicidade ou depressão e o seu nível de ansiedade.
- 3) A sua capacidade de desempenhar os seus papéis profissionais ou escolares.

1. A qualidade de vida como conceito envolve em si simultaneamente componentes objectivos e subjectivos. De facto, o que é primordial para uma pessoa não o é necessariamente para outra.

As investigações efectuadas relativamente à qualidade de vida, centram-se sobretudo sobre quatro variáveis – saúde mental, adaptação social e sexual, retorno ao trabalho e saúde física. Os resultados obtidos apontam para duas grandes tendências. Um grupo de investigações revela resultados reservados e menos favoráveis no que se refere à qualidade de vida relatada por pacientes transplantados. Nestes casos, o sentimento de que a vida depois do transplante é menos favorável que anteriormente, está associado a percepções negativas relacionadas com as finanças, com a ocorrência de disfunção sexual (impotência, diminuição da libido) e dificuldades de integração da alteração da aparência física (inchaço devido ao tratamento corticóide) e ainda com a existência de complicações frequentes pós-operatórias (episódios de rejeição, infecções, hospitalizações frequentes). Dificuldades familiares e de reintegração profissional são também encontradas (Bernimolin, 1995).

Porém, a grande maioria dos estudos sobre a qualidade de vida no transplante de órgãos, é unânime ao afirmar que maioritariamente os pacientes, um ano após a intervenção, percebem a transplantação de uma forma bastante positiva (Sears, 1995; Mai, 1993; Bohachick, 1992). O bem estar físico sofre uma melhoria significativa, referindo os pacientes que se sentem bem, fazendo a maior parte das actividades que faziam antes de adoecer. Relatam menor dificuldade em executar as actividades do dia a dia, sentindo-se mais

saudáveis e de uma forma geral fisicamente bem. Relatam uma qualidade de vida adjectivada de boa a excelente, considerando ter alterado de uma forma significativamente positiva a imagem de si mesmos, a capacidade de projecção no futuro, a qualidade do suporte social e também a sua independência.

Num estudo comparativo entre diferentes tipos de transplantes, coração, fígado e pulmões (Littlefield, 1996), relativamente à qualidade de vida percebida, constatou-se que eram as pessoas transplantadas pulmonares que relatavam melhores resultados em todos os domínios da qualidade de vida, físico, psíquico e social. Foi encontrado um sentido para esta constatação no profundo contraste vivido pelos pacientes que sofreram uma insuficiência respiratória grave prolongada que foi removida repentina e completamente através da transplantação pulmonar. Este contraste por talvez ser vivido com maior sofrimento psíquico, conduz posteriormente a uma percepção muito positiva da nova situação alcançada, o que se generaliza para as outras áreas da vida.

2. A literatura mostra (Mai, 1993), que os problemas psiquiátricos e psicológicos podem afectar a adaptação da pessoa transplantada e por consequência os resultados da cirurgia. Observa-se concordância entre a presença de saúde física e psicológica. Um ano após a realização do transplante a maioria das pessoas apresenta um ajustamento psico-social favorável, sentindo-se mais felizes, menos ansiosos e, sobretudo descrevendo um nível de satisfação que, quando comparada com a que é sentida por um grupo de controlo (sem doença), é significativamente superior. É a referência a uma sensação de renascimento (Mai, 1993; Bohachick et al., 1992).

A forma como o indivíduo se considera é de central importância para o seu sentimento de bem estar e de saúde mental. Um ano após a transplantação os pacientes revelam uma auto-estima marcadamente mais elevada, comparativamente ao período pré-transplante. A restauração da saúde tem uma repercussão imensa na evolução da auto-estima, na capacidade de se verem e sentirem seres independentes, possuidores do controlo sobre o seu destino.

3. A reabilitação profissional oscila e depende de múltiplas variáveis tais como a idade, os fa-

ctores culturais e socio-económicos. Littlefield et al. (1996), refere que o regresso ao trabalho, factor que é comumente utilizado para determinar o grau de sucesso da reabilitação, difere muito de centro para centro de transplante, situando-se numa média de 50%. Um estudo de Harvison (1988) envolvendo 51 transplantados cardíacos, mostra que 53% encontraram trabalho total ou parcial, actividades domésticas ou estudos a tempo completo; 28% receberam uma pensão, 9% optaram por uma reforma voluntária, 6% receberam subsídios de desemprego e 4% receberam uma licença paga. Mesmo para aqueles que retomaram uma actividade profissional, os obstáculos encontrados são os seguintes:

- encontrar um trabalho é difícil por causa do transplante
- a pessoa não é capaz de trabalhar tantas horas como antes do transplante
- depois do transplante existe uma maior dificuldade de gerir o stress geral proveniente do trabalho
- presença de conflitos com os superiores
- ausência de promoções.

Resultados no mesmo sentido foram apresentados por Mai, Bohachick e Houser (1992; 1993; Houser, Konstam, & Konstam, 1992). Este último autor refere que, por todas as condicionantes anteriormente apresentadas, muitos transplantados, apesar de desejarem voltar ao trabalho, sentem dificuldades e necessitarão ser ajudados no período de transição entre uma situação de restrições severas, prévia ao transplante, e o retorno a um estilo de vida semelhante ao que tinham antes dos problemas de saúde terem lugar.

Quanto mais longa foi a incapacidade de trabalho antes do transplante, mais difícil parece ser a reintegração neste contexto. Neste sentido, Caine et al. citado por Littlefield (1996), constataram que um melhor funcionamento no pré-transplante nas áreas de mobilidade, nível de energia, qualidade de sono e reacções emocionais eram preditores de menor período de tempo de hospitalização a seguir ao transplante e de um retorno mais rápido ao trabalho, com a retoma das actividades e ocupações várias por volta dos três meses de pós-transplante.

Trumper (2001) num estudo realizado com transplantados pulmonares observa que as pessoas que

se encontram na situação de desemprego manifestam maior morbidade psiquiátrica.

Três factores parecem então estar na base dos baixos níveis de retorno ao trabalho após o transplante, a extensão da incapacidade anterior ao transplante, a auto-percepção de ser incapaz de trabalhar e a perda da segurança económica que advém da atribuição de pensões de incapacidade ou de seguros de saúde. No mesmo sentido concorre a afirmação de Degos (1993) de que o medo de uma deficiência, a angústia de que tudo pare, a necessidade de tudo verificar e de regressar repetidamente ao hospital, incita alguns a viver num casulo e a não se lançarem na vida activa. Outros mergulham nela, retomam o seu trabalho e exibem o seu estado como um exemplo.

Coloca-se então a questão de que será que se pode prever que tipo de paciente se ajustará de uma forma mais eficaz e qual precisará de maior suporte psiquiátrico e social?

Os estudos que foram desenvolvidos até hoje parecem apontar para um melhor ajustamento por parte das mulheres que dos homens. Estas retomam melhor as suas actividades que fazem parte da sua vida. Um ano após o transplante, as mulheres apresentam menores níveis de ansiedade, maior estabilidade na auto-imagem e sentimentos de maior controlo sobre o seu próprio destino. Estes resultados são interessantes se comparados com os encontrados no seio de uma população adulta normal. Nesta são as mulheres que apresentam níveis de ansiedade mais elevados, bem como maior tendência para o adoecer mental. Contudo, quando confrontadas com a situação de transplante, parecem ter um ajustamento psicológico superior. Foram tentadas explicações várias, entre as quais a que se associa aos papéis sociais típicos dos géneros. Tradicionalmente não se espera da mulher uma actividade ocupacional tão activa, nem uma responsabilidade financeira tão grande para com a família. Para um homem, sentir-se bem sucedido envolve segurança no trabalho e manutenção de um elevado nível de *performance* ocupacional (Simmons, Marine, & Simmons, 1987).

Os mesmos autores referem que o contexto religioso em que a pessoa se insere, parece não ter influência significativa no processo de ajustamento pós transplante.

O nível de educação e a disponibilidade financeira, estão associados a uma auto-estima mais

elevada. Dinheiro e educação são aparentemente recursos que protegem o próprio contra o impacto do *stress* de vida, nomeadamente o que resulta de um problema grave de saúde. Os pacientes que um ano após o transplante, ainda se encontram preocupados com questões sobre os seus recursos financeiros, apresentam-se mais ansiosos e menos felizes em geral.

Os relacionamentos intra-familiares jogam também um papel decisivo. Seria de esperar que uma família chegada ajude a mediatizar o *stress* resultante da doença e da recuperação. Os pacientes que no pré-transplante sentem a família como mais próxima e disponibilizadora de maior apoio, um ano depois do transplante apresentam-se menos ansiosos, com maior estabilidade, e maior sentimento de controlo sobre a sua própria vida.

Naturalmente, e como seria de esperar, os pacientes que anteriormente ao transplante possuíam uma auto-estima mais favorável e um sentimento mais elevado de bem estar, têm maior probabilidade de se manterem melhor ajustados no período pós-transplante. Os estudos efectuados neste sentido salientam o facto de esta relação ser o melhor predictor do nível posterior de ajustamento emocional.

Assim, a noção de qualidade de vida e a sua análise em pacientes sujeitos a terapias exigentes quer a nível emocional, quer financeiro é vital. Os vectores utilizados para esse efeito mostram então que, em todas as dimensões, um ano após o transplante e, comparativamente com o período pré-transplante, constata-se uma evolução positivamente acentuada nos pacientes sujeitos a este tipo de intervenção. Acima de tudo a sensação de bem estar e felicidade e a auto-imagem, parecem ser os aspectos mais extraordinariamente afectados pelo retorno à saúde. A emergência bem sucedida de uma crise severa e a proximidade com a morte, parecem produzir uma apreciação da vida ainda maior do que o comum das pessoas, uma maior maturidade e uma noção de valores mais clara em relação a um bem que quase se perdeu. A “segunda oportunidade de vida” é olhada com grande apreciação.

Determinante nesta apreciação é a referência passada na definição do momento presente. De acordo com as teorias desenvolvidas, o nível de satisfação absoluto do indivíduo é dependente do ponto de comparação que este estabelece com o momento anterior que viveu. Para a pessoa trans-

plantada, a memória de como se sentia quando a doença tornava a morte uma realidade muito próxima, parece ser fundamental. São a gratidão constante, os elevados níveis de satisfação, que se sentem pois que não mais se está a sofrer, porque não mais se está doente, regressando o vigor para a vida.

A transplantação pulmonar é na sua essência um veículo de esperança, esperança que urge ser harmonizada com o indivíduo, seu protagonista. Aquele que sobrevive é aquele que é biologicamente mais forte, ou que o Mistério, que é a vida, abraçou. Mas é também e, sobretudo, aquele que abandona a crisálida de sobrevivente para mergulhar profundamente na vida, é aquele que a ama, que se ama, por isso ama os outros, mesmo o Outro anónimo. Só um ser humano, abraçado no seu todo, se constitui plenamente num veículo transformador de uma morte “anunciada”, numa vida prometida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allilaire, J. (1990). Les Greffes Cardiaque: Aspects Psychopathologique et Troubles Psychiatriques. *Annales Medico-Psychologiques*, 148 (85), 113-116.
- Bernimolin, D. (1995). *Transplantation Cardiaques et Cardio-pulmonaire: Aspects Psychologiques Post-Operatoires*. Louvain-La-Neuve: Université Catholique de Louvain, Faculté de Psychology et des Sciences de l'Education.
- Bohachick, P. et al. (1992). Psychosocial outcome six months after heart transplant surgery: A preliminary Report. *Research in Nursing & Health*, 15, 165-173.
- Bunzel, B., Wollenek, G., & Grundbock, A. (1992). Psychological Problems of Donor Heart Recipients Adversely Affecting Quality of Life. *Quality of Life Research*, 1, 307-313.
- Bunzel, B. et al. (1992). Does Changing Heart Mean Changing Personality? A Retrospective Inquiry on 47 Heart Transplant Patients. *Quality of Life Research*, 1, 251-256.
- Castelnuovo, P. (1981). Psychological Consequences of Physical Defects: A Psychoanalytic Perspective. *International Revue of Psycho-Analyses*, 8, 145-154.
- Debray, Q., & Plaisant, O. (1990). Les Greffes Pulmonaires. Aspects Psychologiques, Context Médical et Indications. *Annales Medico-Psychologiques*, 148 (85), 105-116.
- Degos, L. (1993). *Os Enxertos de Órgãos*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Dew, M. A. et al. (1994). Psychosocial Predictors of Vulnerability to Distress in the Year Following Heart Transplantation. *Psychological Medicine*, 24, 929-945.
- Dew, M. A. et al. (1996). Prevalence and Predictors of Depression and Anxiety-Related Disorders During the Year After Heart Transplantation. *General Hospital Psychiatry*, 18, 48s-61s.
- Fonseca, A. (1992). Estudo da Ansiedade em Hemodialisados e Transplantados. In *Actas do VII Seminário A.E.I.S.P.A.*, Núcleo de Investigação Universitária.
- Etenne, M. (2001). *Séminaire de Psychiatrie*. Documento não publicado.
- Harvison, A. et al. (1988). Rehabilitation after heart transplantation: The Australian experience. *The Journal of Heart Transplantation*, 7, 337-341.
- Houser, R., Konstam, V., & Konstam, M. (1992). Transplantations: Implications of the Heart Transplantation Process for Rehabilitation. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 23 (1), 38-43.
- Jalowiec, A. et al. (1994). Stressors in Patients Awaiting a Heart Transplant. *Behavioral Medicine*, 19, 145-154.
- Littlefield, C. et al. (1996). Quality of Life Following Transplantation of the Heart, Liver, and Lungs. *General Hospital Psychiatry*, 18, 36s-47s.
- Mai, F. (1993). Psychiatric Aspects of Heart Transplantation. *British Journal of Psychiatry*, 163, 285-292.
- Oliveira, R. (2001). *Psicologia Clínica e Reabilitação Física*. Lisboa: ISPA.
- Pericchi, C. (1990). Les Transplantations Cardiaques: de l'Insupportable au Miracle. *Le Journal des Psychologues*, 73, 29-31.
- Pericchi, C. (1992). Insuffisance de la Transmission, Nécessité de la Rencontre. *Le Journal des Psychologues*, 102, 51-52.
- Seabra Gomes, R., & Machado Nunes, J. (1992). Enfoque Psicocardiológico das Transplantações Cardíacas. *Psicologia*, 8 (2), 219-227.
- Sears, S. et al. (1995). Predicting Quality of Life With a Pretransplantation Assessment Battery: A prospective Study of Cardiac Recipients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2 (4), 335-355.
- Simmons, R. G., Marine, S. K., & Simmons, R. L. (1987). *Gift of Life. The Effect of Organ Transplantation on Individual, Family, and Societal Dynamics*. New Jersey: Transation Books.
- Tavares, E. (2003). *Transplantação Pulmonar: Como se Sobrevive a Uma Morte Anunciada?*. Dissertação de Mestrado não publicada. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Trumper, A., & Appleby, L. (2001). Psychiatric Morbidity in Patients Undergoing Heart, Heart and Lung, or Lung Transplantation. *Journal of Psychosomatic Research*, 50 (2), 103-105.
- Wills, T. (1997). *Social Support and Health. Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.

RESUMO

O transplante de órgãos constitui-se como uma profunda transformação física e psicológica do indivíduo, o que lhe exige recursos de adaptação e reequilíbrios profundos. Uma reflexão teórica é levada a cabo sobre essa que é a realidade da transplantação de órgãos na sua dimensão de reabilitação psicológica e social. Caminha-se pela adaptação à doença, pelo consentimento e motivação para o transplante, aflora-se o pós-operatório e suas emoções, a construção da representação fantasmática do dador e do órgão doado, enquadra-se a pessoa transplantada na sua matriz familiar e social. Pretende-se chegar por fim à reflexão sobre a qualidade de vida alcançada e portanto sobre esse processo bio-psico-social de vir a Ser de novo.

Palavras-chave: Transplante de órgãos, dador, auto-estima, suporte social, qualidade de vida.

ABSTRACT

Organ transplant is undoubtedly a deep physical and psychological change in any person's life, which requires adaptation resources and a profound reequilibrium. This paper undertakes a theoretical reflection about the reality of organ transplant in its psychological and social rehabilitation dimensions. We trace the path of adaptation to the disease and through the consent and motivation stages of a transplant. We touch also on the post-surgery and associated emotions, the construction of a phantasmatic representation of the donor, and provide a framework for the transplanted person in its family and social settings. We intend to reach some reflections about the gained quality of life and the bio-psycho-social process of becoming a new being again.

Key words: Organ transplant, donor, self-esteem, social support, quality of life.