

Instituto Carioca de Gestalt-Terapia

A ABORDAGEM GESTÁLTICA NO PROCESSO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

Laís David Muller

Rio de Janeiro

2016

A ABORDAGEM GESTÁLTICA NO PROCESSO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

Monografia

Laís David Muller

Pós-Graduação em Gestalt-Terapia

Especialização Clínica

Rio de Janeiro

Março/2016

Laís David Muller

A ABORDAGEM GESTÁLTICA NO PROCESSO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

Pós-Graduação em Gestalt-Terapia
Especialização Clínica

Aprovada em

Prof^ª. Ma. Teresa Cristina Gomes Waismarck Amorim (Orientadora)

Prof^ª. Esp. Gabriela Maldonado Cavalcante

Dedico aos meus pais, minha fonte de força e perseverança.

E a Thiago, marido e companheiro.

AGRADECIMENTOS

A minha família, sobretudo, aos meus amados pais pelo constante apoio e investimento em meus sonhos, esta conquista também é de vocês.

Ao meu marido e eterno companheiro, quem escolhi para dividir sonhos, pelo incentivo e compreensão nos muitos fins de semana de aula e consequente ausência.

As companheiras de turma e amigas que a vida me deu, agradeço pelas preciosas trocas, companheirismo, encontros memoráveis e abrigo durante estes anos.

Sobretudo, agradeço aos meus queridos pacientes, por me confiarem seus sentimentos, dividirem o que há de mais genuíno e íntimo, e confirmarem em mim a certeza de que mesmo diante das adversidades, é possível encontrar afeto, construir sonhos e crescer emocionalmente.

"Sempre há outra chance,
uma outra amizade,
um outro amor.
Para todo fim, um recomeço."
Antoine Saint Exupery

RESUMO

MULLER, Laís David. **A abordagem gestáltica no processo de transplante hepático**. Rio de Janeiro, 2016. Monografia (Especialização em Psicologia Clínica em Gestalt-terapia) – Instituto Carioca de Gestalt-Terapia, Rio de Janeiro, 2016.

O transplante de órgãos é um procedimento cirúrgico recente, embora se saiba que a ideia de substituir um órgão doente por outro em melhor estado já fosse cogitada muito antes. Atualmente, o transplante consiste na única possibilidade de aumento na expectativa e qualidade de vida de muitos pacientes. A partir desta realidade, este trabalho tem como objetivo pensar a possibilidade de atuação da psicologia no processo de transplante hepático, através da abordagem gestáltica. Para tanto, utiliza a postura dialógica, aborda o processo de escolha pelo procedimento e a responsabilização do paciente, passando pelo existencialismo e pela fenomenologia, e propondo um olhar sobre as mudanças advindas do procedimento através do processo de ajustamento criativo. Conclui que cada etapa do processo de transplante hepático possui características específicas, sendo viável a atuação do psicólogo em todo o processo, através que a abordagem gestáltica, que fornece uma rica base conceitual e prática neste contexto.

Palavras-chave: Gestalt-terapia. Transplante hepático. Ajustamento criativo.

ABSTRACT

MULLER, Laís David. **A abordagem gestáltica no processo de transplante hepático**. Rio de Janeiro, 2016. Monografia (Especialização em Psicologia Clínica em Gestalt-terapia) – Instituto Carioca de Gestalt-Terapia, Rio de Janeiro, 2016.

Organ transplantation is a recent surgical procedure, although it is known that the idea of replacing a diseased organ on the other in a better state was already very entertained before. Currently, transplantation is the only possibility to increase the expectancy and quality of life of many patients. From this reality this work aims to think the possibility of psychology acting in the liver transplantation process by gestalt approach. To do so, use the dialogic approach, discusses the process of choosing the procedure and accountability of the patient, through existentialism and phenomenology, and proposing a look at the changes resulting from the procedure through creative adjustment. It concludes that each stage of liver transplantation process has specific characteristics, which suggests the psychologist's performance throughout the process, through the gestalt approach, which provides a rich conceptual and practical framework in this context.

Key words: Gestalt therapy. Liver transplantation. Creative adjustment.

SUMÁRIO

<u>1</u>	<u>INTRODUÇÃO</u>	9
<u>2</u>	<u>TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: HISTÓRICO E ESPECIFICIDADES</u>	12
<u>2.1</u>	<u>O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS NO MUNDO</u>	12
<u>2.2</u>	<u>O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS NO BRASIL</u>	13
<u>2.3</u>	<u>O TRANSPLANTE HEPÁTICO NO BRASIL E NO MUNDO</u>	14
<u>3</u>	<u>PSICOLOGIA NO CONTEXTO HOSPITALAR</u>	16
<u>3.1</u>	<u>A EXPANSÃO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR NO BRASIL</u>	16
<u>3.2</u>	<u>A PSICOLOGIA NOS CENTROS DE TRANSPLANTES</u>	18
<u>4</u>	<u>A ABORDAGEM GESTÁLTICA NO PROCESSO DE TRANSPLANTE</u>	21
<u>5</u>	<u>CONCLUSÃO</u>	28
	<u>REFERÊNCIAS</u>	30

1 INTRODUÇÃO

Esta monografia surgiu através da minha atuação como psicóloga em um centro de transplantes, situado no estado do Espírito Santo, onde é realizado acompanhamento psicológico a pacientes candidatos ao procedimento ou já transplantados de rim, fígado e coração.

É diante da prática, neste contexto, que o presente estudo tem como objetivo refletir sobre a possibilidade de atuação do psicólogo, no processo de transplante hepático com adultos, através da abordagem gestáltica, também mencionada como Gestalt-terapia, que consiste em uma vertente psicológica, de caráter humanista e existencial.

O transplante de órgãos é considerado um avanço da medicina moderna, que, na tentativa de tornar possível o aumento do tempo de vida, desenvolveu e aprimorou esta técnica, a tanto idealizada. Ele consiste em um procedimento cirúrgico, onde o “órgão danificado é substituído por outro saudável e capaz de realizar sua função adequadamente, de maneira a prolongar a sobrevivência do sujeito, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida, mesmo sem representar a cura definitiva para a doença de base” (NOBREGA; LUCENA, 2011, p. 966). É realizado através da doação do órgão de um doador falecido ou, quando possível, parte do órgão de um doador vivo.

O Brasil possui o maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo, sendo financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e administrado pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT). Os pacientes são inseridos na fila de espera, após avaliação e constatação médica da necessidade do procedimento, onde aguardam pela doação (MARINHO; CARDOSO; ALMEIDA, 2007).

Atualmente, no Brasil, o transplante de órgãos, com doador cadáver, só é viável após diagnóstico de morte encefálica do doador e autorização da família do mesmo, conforme estabelece a lei nº 10.211, de 23 de março de 2001, que alterou dispositivos da lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, onde vigorava a doação presumida, através da manifestação do desejo do potencial doador em vida, com registro nos documentos de Identidade e Carteira Nacional de Habilitação (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS, 2002).

Conforme dados da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos - ABTO (2014), que realiza registro de doações e transplantes de órgãos no país, no ano de 2013, o Brasil já ocupava a segunda colocação mundial em número geral de transplantes renais e hepáticos, de forma que o transplante hepático é hoje o segundo procedimento de transplante mais realizado no país, alcançando a marca de 17.793, realizados entre 1997 e 2014.

Pesquisas indicam o crescimento no número de transplantes hepáticos realizados no Brasil, com aumento de 1,9% em 2014. Contudo, estima-se que, no mesmo período, enquanto foram realizados 1.755 transplantes de fígado, 4.769 pessoas aguardavam pelo procedimento, indicando que este número ainda é insuficiente diante da demanda (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2014).

À medida que a realização de transplantes hepáticos vem crescendo e tornando-se rotineira, avanços vão sendo incorporados e problemáticas surgem, incitando novas reflexões e estudos sobre o tema, sobretudo sobre os aspectos psicológicos envolvidos no processo. É neste contexto que a psicologia atualmente está inserida, enquanto parte da equipe multiprofissional, que atua no acompanhamento desses pacientes nos centros transplantadores.

Em recente estudo realizado sobre a atuação do psicólogo em unidades de transplante, constatou-se que o número de profissionais neste setor é pequeno, mas que, no entanto, sua prática se dá de forma humanizada por pautar-se no modelo de saúde biopsicossocial, distinto do modelo biomédico, pautado nas patologias e sintomas, utilizado até então (SILVA; ROCHA, 2014). Sobre isso, Keitel e outros (2015, p. 477), quanto à atuação de psicólogos em centros de transplantes, expõem que:

Enquanto o médico usa da racionalidade científica para compreensão e explicação do fenômeno clínico objetivando a doença, o psicólogo vê a doença como uma resposta do doente e de todos que o cercam ao seu mal-estar.

Assim, é de grande relevância a inserção da psicologia no processo de transplante, uma vez que este profissional direciona um olhar diferenciado sobre as questões que permeiam este processo, atuando para além de orientações sobre o procedimento e as mudanças advindas do mesmo, trabalhando os aspectos psicológicos que possam surgir.

A você, leitor, convido a conhecer, ao menos, uma pequena parte, diante da vasta possibilidade de atuação do psicólogo neste contexto, a fim de suscitar reflexões e novas possibilidades.

O presente trabalho está dividido em cinco capítulos, sendo esta introdução o primeiro.

No capítulo 2, apresento um breve histórico dos transplantes de órgãos, desde os primeiros relatos sobre a temática, passando pelas tentativas iniciais, o desenvolvimento e crescimento do procedimento no Brasil, e, chegando ao transplante hepático, foco deste trabalho, onde será abordado seu funcionamento.

O capítulo 3 aborda aspectos da psicologia no contexto hospitalar, uma vez que o processo de transplante e acompanhamento desses pacientes se dá neste local, levantando características inerentes da atuação neste espaço.

A Gestalt-terapia e sua interlocução com o processo de transplante hepático é apresentada no capítulo 4, com o processo de escolha pelo transplante e de ajustamento frente às mudanças advindas do procedimento.

Por fim, no capítulo 5, são apresentadas as conclusões do trabalho proposto.

2 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS: HISTÓRICO E ESPECIFICIDADES

2.1 O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS NO MUNDO

A doação e o transplante de órgãos é um tema que há muito tempo envolve o imaginário e promove reflexões e discussões que envolvem a ética e crenças religiosas em todo o mundo.

É possível encontrar na história passagens que indicam que há muito já se pensava sobre as possibilidades do transplante. Na mitologia grega, encontramos relatos de que o primeiro transplante teria ocorrido na ilha de Creta, onde Dédalo construiu asas com penas e cera para que seu filho Ícaro fugisse de um aprisionamento (GARCIA; VITOLA; PEREIRA, 2015).

Na Bíblia Sagrada, o transplante é mencionado ainda no livro de Gênesis, onde Adão é apontado como o primeiro doador de parte da costela para a então criação de Eva (SILVA NETO, 2004). No entanto, a referência aos gêmeos São Cosme e São Damião (285 a 305 da era cristã), com a realização de transplante de uma perna de um etíope falecido em um cristão, que se encontrava com uma perna necrosada, é a mais celebre menção neste contexto, sendo conhecida como “o milagre de São Cosme e Damião”, que atribui aos irmãos o posto de padroeiros da medicina e dos transplantes (GARCIA; VITOLA; PEREIRA, 2015).

Mais adiante, encontra-se a estória de 287 d.C., onde dois médicos chineses teriam transplantado a perna de um soldado em outro homem e, por conta dos atendimentos que realizavam, foram perseguidos e executados, tornando-se mais tarde, mártires e atuais padroeiros dos médicos cirurgiões (SILVA NETO, 2004).

O início dos transplantes, de fato, deu-se a partir de Gaspare Tagliacozzi (1545-1599), que utilizava técnicas para a substituição de tecidos, realizando correções de lesões nasais por um período. Contudo, em virtude do momento histórico na Europa Renascentista, com forte influência da Igreja Católica, esses procedimentos foram proibidos (GARCIA; VITOLA; PEREIRA, 2015).

No século XVIII, deu-se início aos transplantes de dentes, geralmente de doadores pobres para receptores ricos, e às tentativas de enxerto de pele de animais em humanos (xenoenxertos), ambos raramente bem sucedidos. Mas foi a partir da segunda metade do século XX que os transplantes de órgãos de fato iniciaram. Esse avanço é atribuído ao desenvolvimento da técnica de sutura vascular, desenvolvida pelo cirurgião Alexis Carrel (1873-1944) (GARCIA; VITOLA; PEREIRA, 2015).

Silva Neto (2004) aponta que um marco para a história e desenvolvimento dos transplantes foi o surgimento dos bancos de sangue durante a Guerra de 1914-1918. Já Garcia e

outros (2015) apontam o período da II Guerra Mundial como de grande importância para a história de transplantes, em virtude do crescente interesse e desenvolvimento de estudos sobre imunidade, bem como pelos transplantes de pele realizados em queimados.

Indubitavelmente, o século XX foi um importante momento histórico para a evolução e aprimoramento do processo de transplantes. A década de 20 foi marcada pelos transplantes de órgãos não vitais; no entanto, foi na década de 1950 que se iniciou o transplante de órgãos não regeneráveis, com o transplante renal, na cidade de Boston (SILVA NETO, 2004).

2.2 O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS NO BRASIL

No Brasil, o primeiro transplante renal ocorreu em 1964, abrangendo outros órgãos em 1968, com os transplantes de coração, fígado, intestino e pâncreas. No entanto, na década de 1970, assim como em outros países, os procedimentos foram suspensos, em decorrência dos resultados ruins, sendo retomados na década de 1980 (GARCIA et al, 2015).

A história dos transplantes no Brasil é dividida em três fases, conforme o momento e características de cada período, sendo nomeadas de heróica, romântica e profissional, como veremos a seguir (GARCIA et al, 2015).

A primeira fase (1964-1987), conhecida como heróica, é marcada pelos primeiros transplantes, onde havia pouco conhecimento e estrutura nos hospitais e todo o processo não era financiado ou fiscalizado pelo governo, ficando a cargo, geralmente, da equipe médica (GARCIA et al, 2015).

Já na segunda fase (1987-1997), conhecida como romântica, dispõe-se de maior estruturação do transplante de órgãos no país, com maior conhecimento sobre imunossupressão¹; há o início da regulamentação de transplantes de órgãos, a fundação da ABTO; ocorre a criação de organizações para procura e alocação de órgãos; e, por fim, um dos feitos de maior importância no período é o uso mais disseminado da ciclosporina² (GARCIA et al, 2015).

A terceira e última fase, dita profissional, compreende o período de 1997 até o momento atual, onde há a criação da lei dos transplantes³, do Sistema Nacional de Transplantes (SNT) e das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) nos estados. Também é nesta fase, recente, que o governo passa a ser responsável pelo controle de

¹ Redução da eficiência do sistema imunológico, através de medicamentos, visando evitar a rejeição do transplante.

² Medicamento imunossupressor utilizado para se evitar a rejeição do órgão transplantado.

³ Lei Federal nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997.

transplantes no país, tomando novas medidas referentes ao financiamento, legislação, organização e educação sobre o tema (GARCIA et al, 2015).

2.3 O TRANSPLANTE HEPÁTICO NO BRASIL E NO MUNDO

O transplante hepático consiste em um procedimento cirúrgico de alta complexidade, em ascensão, que conforme dados de estudos realizados, apresenta benefícios e aumento na qualidade e sobrevida dos pacientes submetidos, sendo indicado quando da não possibilidade de outros tratamentos, como a única alternativa.

O transplante de fígado pode ser realizado através da doação deste órgão por um paciente falecido, em situação de morte encefálica, ou intervivos, onde parte do fígado de um doador vivo é transplantada, sendo doada por pessoas em vida, cônjuges e familiares até o 4º grau de parentesco ou amigos, mediante autorização judicial, como preconiza a legislação vigente (KIOROGLO; LIMA; SILVA, 2012).

A quantidade de pacientes que realizam transplante em razão de doença hepática alcoólica e por infecção por VHC⁴ vem crescendo, enquanto os casos de transplantes por carcinoma hepatocelular (CHC) e por doença colestática vem reduzindo (BRANDÃO et al, 2015).

O transplante de fígado iniciou em 1963, através de Thomas Starlz, em Denver, EUA, que transplantou uma criança de 3 anos, que sofria de atresia de vias biliares. Desde então, novos estudos vem surgindo a fim de aperfeiçoar as técnicas cirúrgicas e evitar as complicações após o procedimento (GOTARDO, 2007).

Atualmente, no Brasil, o transplante hepático é realizado em pacientes que aguardam na lista de espera, conforme aspectos previstos na legislação, após avaliação de indicação e encaminhamento da equipe multiprofissional dos centros transplantadores. Brandão e outros (2015) ressaltam a importância de se atentar a alguns fatores que justifiquem a indicação dos pacientes, sendo estes:

- “A ausência de outras formas terapêuticas que possam reverter o quadro clínico e adiar a necessidade de transplante;
- As contraindicações ao procedimento;
- A expectativa de adesão ao tratamento no pós-transplante;
- Os custos financeiros inerentes ao procedimento.” (p.358)

⁴ Vírus da Hepatite C.

Assim, buscou-se estabelecer critérios para ordenar os pacientes em fila para transplante hepático. Primeiramente, avaliava-se o nível de complexidade dos cuidados que o paciente recebia. Posteriormente, utilizava-se o escore de Child-Turcotte-Pugh (CTP)⁵. Contudo, tais critérios apresentaram problemas em sua aplicabilidade, sendo o Model of End-Stage Liver Disease (MELD)⁶ o considerado mais adequado e utilizado no país atualmente (BRANDÃO et al, 2015).

O MELD consiste em um “escore de gravidade de pacientes com cirrose e robusto preditor de morte em curto prazo” (BRANDÃO et al, 2015, p.358), que busca alcançar os pacientes com maior urgência pelo transplante, resultando na redução da mortalidade dos que estão na lista de espera. No entanto, o índice de mortalidade em lista de espera continua alto, já que a demanda ainda é maior do que as doações realizadas (BRANDÃO et al, 2015).

No transplante hepático, assim como no transplante de outros órgãos, após o procedimento, é necessário que o paciente faça uso de medicamentos imunossupressores, que possuem a função de “induzir tolerância ao enxerto, mantendo a capacidade do sistema imune de neutralizar micro-organismos patogênicos” (BRANDÃO et al, 2015, p.378), evitando a rejeição do órgão transplantado.

Assim, o transplante não se configura como a cura, mas como uma medida que promove melhoria da qualidade de vida do paciente e que requer acompanhamento constante. Conforme Martins (2008), a qualidade de vida em pacientes com cirrose hepática tende a ser empobrecida, em virtude dos sintomas pertinentes à doença, de forma que estudos apontam que a qualidade de vida em pacientes candidatos a transplante hepático está associada à gravidade da doença hepática.

Em estudo comparativo da qualidade de vida em pacientes antes e após o transplante hepático, constatou-se que enquanto a qualidade de vida em pacientes acometidos por doença hepática terminal é afetada negativamente, após o procedimento, observa-se melhora em todos os aspectos (GOTARDO, 2007).

⁵ Classificação utilizada para avaliar o prognóstico da doença hepática crônica.

⁶ Modelo para doenças terminais do fígado.

3 PSICOLOGIA NO CONTEXTO HOSPITALAR

3.1 A EXPANSÃO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR NO BRASIL

A psicologia é uma profissão relativamente nova no Brasil, regulamentada na década de 60, ocasião em que inicia sua expansão a outros contextos que não a clínica tradicional. É neste momento que a prática psicológica adentra aos hospitais, já que situações que não de doença e medicamentos extrapolavam o saber médico e de outros profissionais de saúde. Assim, a psicologia corroborou para o surgimento de um modelo biopsicossocial, que visa um olhar integrado sobre o doente, abrangendo outros aspectos de sua existência, em detrimento ao modelo biomédico que era utilizado (TOREZAN et al, 2013).

Conforme Melo (2015), alguns acontecimentos no Brasil contribuíram para a ascensão da psicologia na saúde, destacando a mudança no conceito de saúde pela Organização Mundial da Saúde, que passa a concebê-la de forma mais abrangente, o estabelecimento do Sistema Único de Saúde como política nacional, a expansão dos serviços na rede básica de saúde, a compreensão da saúde como direito e as reformas nas instituições médicas, assistenciais e previdenciárias. Tais acontecimentos culminaram para a expansão das equipes multiprofissionais, sendo a psicologia a profissão de maior crescimento, no contexto de saúde, entre 1976 a 1984.

Melo (2015) aponta que a denominação “Psicologia Hospitalar” é oriunda do Brasil, surgida nos encontros realizados na área, e refere-se ao local de atuação deste profissional, pois em outros países, utiliza-se o termo “Psicologia da saúde”.

Conforme Angerami-Camon (2009), a psicologia hospitalar iniciou no Brasil em 1954, através de Mathilde Neder, com seu trabalho de preparação e acompanhamento de pacientes submetidos à cirurgia de coluna na Clínica Ortopédica e Traumatológica da USP. Sendo que, no ano 1957, a mesma passa a atuar no Instituto de Reabilitação do Hospital das Clínicas da USP, onde seu trabalho tomou notoriedade, contribuindo para a história da Psicologia Hospitalar, bem como da Psicologia no país.

Angerami-Camon (2009) também aponta Bellkiss Wilma Romano Lamosa como uma importante figura para a história da psicologia hospitalar no Brasil, com a implantação do Serviço de Psicologia do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, que iniciou suas atividades em 1977 e onde a psicóloga trabalhou a interlocução entre a cardiologia e a psicologia. Ministrando o primeiro curso de psicologia

hospitalar em uma graduação de psicologia, na PUC de São Paulo, contribuiu para inserção da modalidade em outras faculdades.

Em 1979, a criação de um programa que se propunha a integrar a família e a equipe médica ao paciente terminal, em Brasília, e o início do Programa de Estudos e Pesquisas em Tanatologia, no Rio de Janeiro, contribuíram para reflexões sobre a morte, embasando a atuação do psicólogo no contexto hospitalar (ANGERAMI-CAMON, 2009).

Angerami-Camon (2009) aponta como marcos, na década de 80, no âmbito acadêmico: o início do primeiro curso de especialização em psicologia hospitalar, coordenado pelo próprio autor (1981); a abertura do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar (1983); o lançamento dos livros “Psicologia Hospitalar. A atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar” (1984) e “A Psicologia no Hospital” (1988), bem como a defesa da tese de doutorado “O Psicólogo Clínico em Hospitais no Brasil” (1988). Há, ainda, a implantação/normatização dos setores de Psicologia do Serviço de Oncologia Ginecológica da Real e Benemerita Sociedade Portuguesa de Beneficência (1982) e do Serviço de Pediatria do Hospital Brigadeiro (1982); além da criação do Departamento de Psicologia da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (1984), da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da USP (1987) e do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Tanatologia, na UFRJ (1989). É importante ressaltar também a realização de eventos na área hospitalar, tais como os I, II e III Encontros Nacionais de Psicólogos da Área Hospitalar (1983, 1985 e 1988) e os I, II, III e IV Simpósios de Psicologia Hospitalar (1984, 1986, 1987 e 1988) (ANGERAMI-CAMON, 2009).

Mais adiante, nos anos 90, destaca-se o lançamento da Revista de Psicologia Hospitalar (1991) e da Revista Epistemossomática (1991), bem como dos livros: “Psicologia Aplicada à Cardiologia” (1990), “A Prática da Psicologia nos Hospitais” (1994) e “Psicologia Hospitalar, Teoria e Prática” (1994). Há, ainda, os seguintes eventos: IV, V e VI Encontros Nacionais de Psicólogos da Área Hospitalar (1991, 1993 e 1995); I, II e III Congressos Brasileiros de Psicologia Hospitalar (1992, 1994 e 1996); e, V Encontro Nacional da Área Hospitalar, com maior participação da Psicologia (1993) (ANGERAMI-CAMON, 2009).

Tais fatos integram a história da psicologia hospitalar no Brasil e influenciam no crescimento e reconhecimento da prática, que possibilita a manifestação do enfermo, dando voz ao sofrimento encontrado no contexto do hospital (ANGERAMI-CAMON, 2009).

3.2 A PSICOLOGIA NOS CENTROS DE TRANSPLANTES

O acompanhamento psicológico está presente em todo o processo de transplante, desde o pré-operatório, no perioperatório e no pós-transplante (KIOROGLO; LIMA; SILVA, 2012).

Lazzaretti (2006) ressalta que o processo de transplante consiste em etapas, de acordo com o momento vivido pelo paciente e pelas condições emocionais envolvidas, sendo a atuação da psicologia viável em cada uma dessas, cuja duração pode variar, apesar de se observar certa semelhança na ordem dos eventos para os pacientes submetidos ao processo. Assim, ressalta que:

Desde o contato inicial para avaliação pela equipe responsável, os pacientes passam por uma série, relativamente padronizados de etapas do processo de transplante: avaliação para ser aceito como um potencial receptor de transplante; a espera de um órgão satisfatório de doador; a cirurgia e os ajustes a longo prazo do pós- transplante. (p 36)

No período pré-transplante, faz-se importante a atuação do psicólogo, uma vez que o paciente está diante do medo e das incertezas desse processo até então desconhecido, desde a espera por um órgão compatível, com todas as possibilidades de rejeição e problemas advindos do procedimento, até a culpa pelo desejo de um órgão decorrente do óbito de uma pessoa. Após o transplante, onde a literatura existente refere à possibilidade de ocorrência de quadros de isolamento, dependência, depressão e ansiedade, a presença do profissional é igualmente importante (ABRUNHEIRO; PERDIGOTO; SENDAS, 2005).

Kioroglo, Lima e Silva (2012) apontam que, no período pré-transplante, é realizada a avaliação psicológica do paciente (tal como estabelece a Portaria n° 3.407, de 05 de agosto de 1998), um processo científico que pode dispor de entrevistas e testes psicológicos com o objetivo de:

- Coletar dados para instrumentalizar um preparo eficiente que reforce as estratégias adaptativas;
- Avaliar as estratégias de enfrentamento e compreender percepção do paciente sobre o processo de adoecimento e tratamento;
- Detectar quadros psicológicos que possam interferir no tratamento;
- Identificar possíveis comportamentos desadaptativos no pós-transplante;
- Analisar o nível de expectativas e o grau de adesão ao tratamento;
- Verificar o conhecimento do paciente sobre o procedimento, assim como identificar possíveis distorções, crenças e fantasias;
- Avaliar a qualidade da rede de apoio familiar e social;
- Mediar as relações estabelecidas entre paciente-família, paciente-equipe e equipe-família, auxiliando-os para uma

comunicação clara, verdadeira, efetiva e afetiva nos períodos que se sucedem: pré-transplante, perioperatório e pós-transplante. (p. 204)

Através da avaliação psicológica, também se pode verificar aspectos psicológicos que sejam relevantes para a equipe decidir pela indicação ou não da realização do transplante, apesar dos critérios e da relevância poderem ser distintos de acordo com a equipe e com o centro transplantador e da contra-indicação pautada em aspectos psicológicos ter sido e ainda seja alvo de discussões na comunidade mundial. Ela permite também identificar aspectos que requerem melhor orientação do paciente e ou de seus familiares, bem como os pacientes que necessitam de acompanhamento psicoterapêutico (LAZZARETTI, 2006).

No pré-transplante, observa-se que alguns pacientes chegam com sentimentos de esperança e otimismo de realizar o transplante e ter melhores condições de saúde, enquanto outros, geralmente quando não possuem sintomas ou maior agravamento da doença, acreditam não precisar realizar o procedimento. Percebe-se, ainda, a presença de sentimentos contraditórios, como esperança de melhora e medo da cirurgia, receio de não ser aceito como receptor, preocupação de não conseguir transplantar a tempo e esperança de que sejam descobertas novas formas de tratamento (LAZZARETTI, 2006).

Este momento anterior ao transplante envolve os anseios, medos e angústias vivenciados pelos pacientes na espera pelo órgão, mas também mostra-se importante para aceitação, elaboração e escolha pelo transplante, isto porque é “um momento de impasse: ‘situação difícil de que parece impossível uma saída favorável’, mas precisam autorizar a inscrição de seu nome na lista para um transplante” (LAZZARETTI, 2006, p.38).

Já no período pós-transplante, o paciente pode despontar sentimentos de culpa, insegurança e desproteção, ou ainda de medo de uma possível rejeição do órgão transplantado, influenciando suas ações, o que aos poucos pode reduzir, vislumbrando a liberdade e possibilidade de realizar planos para o futuro. No entanto, em alguns casos, o paciente pode ver no transplante a restauração da saúde total, produzindo comportamentos de “promiscuidade, abuso de várias substâncias, principalmente o álcool, e a evitação do acompanhamento terapêutico, médico, psicoterápico e outros” (LAZZARETTI, 2006, p. 40).

Neste sentido, quando o paciente está diante dessa nova realidade pós-transplante, que envolve a liberdade e os benefícios advindos do procedimento, mas também a necessidade de acompanhamento e adesão ao tratamento, “cabe ao psicólogo hospitalar construir mentalmente com ele esta nova realidade imposta à sua condição clínica” (KIOROGLO; LIMA; SILVA, 2012).

Nóbrega e Lucena (2011) abordam que, após a realização do transplante, o paciente deve ter cuidados com a alimentação, uso correto dos medicamentos imunossupressores e cuidados específicos em decorrência destes, bem como acompanhamento com a equipe multiprofissional. No entanto, alguns pacientes não seguem as orientações e os cuidados necessários, configurando a não adesão ao tratamento.

Kioroglo, Lima e Silva (2012) ressaltam a necessidade do acompanhamento à família dos pacientes em preparo ou já transplantados, já que se configuram como rede de apoio e cuidadores dos mesmos, que muitas vezes ficam limitados em realizar atividades e cuidados básicos, dependendo de auxílio, preconizando o bom convívio familiar.

É importante entender que esse momento de enfermidade, com todos os elementos desagradáveis apontados, pode ser uma oportunidade para que o indivíduo perceba-se e realize escolhas mais saudáveis (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014).

4 A ABORDAGEM GESTÁLTICA NO PROCESSO DE TRANSPLANTE

A Gestalt-terapia consiste em uma vertente psicológica, idealizada por Frederick Perls, juntamente com outros colaboradores, como Lore Posner, Paul Goodman, Isadore From, Paul Weiz, Elliot Shapiro e Sylvester Eastman. Perls, como era conhecido, foi um médico alemão, judeu, que após tornar-se um psicanalista bem sucedido, rompeu com a teoria freudiana e elaborou uma nova abordagem, divulgando-a na América do Norte, onde se propagou e começou a dar seus primeiros passos (KIYAN, 2006).

O nascimento da Gestalt-terapia ocorre em 1951, período em que surgia, nos Estados Unidos, um movimento da psicologia intitulado “Terceira Força” (em contrapartida à Primeira Força, com o Behaviorismo; e à Segunda Força, com a Psicanálise), também conhecido como Movimento Humanista, onde o homem passa a ser visto como sujeito responsável por suas escolhas (QUEIROZ, 2005).

A Gestalt-terapia tem suas raízes fincadas neste movimento, pautado em uma visão antropocêntrica do homem, onde o mesmo é tido como elemento central, com capacidade de autogerir-se e regular-se, e ainda com potencial transformador (KIYAN, 2006).

A abordagem gestáltica utilizou-se de correntes filosóficas e terapêuticas com as quais seu idealizador, com grande experiência, deparou-se no decorrer da vida. Assim, têm-se como pressupostos filosóficos o humanismo, existencialismo e a fenomenologia, teorias de fundo que fundamentam a abordagem, tais como a psicologia da gestalt, teoria de campo e teoria organísmica, e algumas teorias que influenciaram Perls, como a psicanálise, a dimensão corporal de Wilhelm Reich, e, as religiões orientais – taoísmo e zen-budismo (RIBEIRO, 1985).

É a partir dessa vertente psicológica, que aqui abordaremos uma reflexão sobre o acompanhamento psicológico em centros transplantadores. O processo terapêutico, quando conduzido através da abordagem gestáltica, é pautado na relação dialógica, que propõe um novo significado para as relações, sobretudo no encontro terapêutico. A dialógica destaca-se como um diferencial desta abordagem, dentre outras linhas teóricas, uma vez que vai além da relação cliente-terapeuta. “A terapia dialógica, entretanto, [...] fundamenta-se de modo direto na cura pelo encontro como ponto central, em vez de tomá-lo como aspecto secundário” (HYCNER, 1995, p.11).

A relação dialógica, proposta por Martin Buber, foi mencionada como uma influência para a teoria gestáltica. A obra de Buber passou a ser explorada a fundo por autores

contemporâneos, que mergulharam em seu material, passando a descrever a Gestalt-terapia como uma abordagem dialógica (CARDELLA, 2002, p. 36).

A relação dialógica consiste no encontro entre cliente e terapeuta, pautado na confiança e no respeito, mas acima de tudo em uma relação de troca, onde “o terapeuta e seu cliente são dois ‘parceiros’ envolvidos numa relação dual autêntica” (GINGER; GINGER, 1985, p. 145), uma vez que ambos se doam inteiramente e espontaneamente ao momento e ao processo psicoterápico.

A postura dialógica é, então, um ideal almejado pelos terapeutas, que para tanto visam manter-se atentos e entregues exclusivamente ao cliente naquele momento, no aqui e agora, para que através do encontro genuíno seja possível construir uma relação autêntica e conseqüentemente um ambiente propício para o processo de cura. Ela não se trata de um momento específico, mas de uma postura e forma de condução constante. Sendo assim, deve ser utilizada durante todo o processo de transplante, ainda que as características estruturais e de funcionamento da atuação hospitalar difiram da clínica convencional.

Conforme Cardella (1994), o terapeuta em estado de amor coloca-se a serviço do cliente e se dispõe a funcionar como instrumento para seu crescimento pessoal, de forma que o amor terapêutico envolve a aceitação e a confirmação do cliente tal como ele é.

A postura dialógica é atravessada pelas polaridades EU-ISSO e EU-TU. O EU-ISSO, relação na qual a outra pessoa é considerada um “objeto”, um “meio para atingir o fim” (HYCNER, 1995, p. 24), é imprescindível à existência. É por meio dela, inclusive, que o sujeito reorganiza-se, possibilitando uma relação saudável com o mundo. O problema ocorre quando esse tipo de relação está presente em situações que exigem um encontro dialógico. É o EU-TU a entrega dos dois sujeitos (cliente e terapeuta) para o processo psicoterápico, onde ambos acolhem-se inteiramente e mutuamente, em um processo de reciprocidade e valorização de sua alteridade. (HYCNER, 1995).

É através do diálogo que o processo terapêutico se estabelece. No contexto do transplante, é preciso que o terapeuta conheça o paciente que ali chega, identifique junto a ele quais seus anseios e expectativas, bem como o que aquele indivíduo entende como transplante de órgãos. Este momento requer do terapeuta a suspensão de idéias pré-concebidas, pois cada paciente que ali adentra trás consigo concepções distintas, o que se torna possível através do olhar fenomenológico.

A fenomenologia se consolida como o estudo do fenômeno, propondo-se a estudar a experiência como ela ocorre, buscando conhecê-la através da descrição, de forma a analisá-la como foi percebida e compreendida pelo sujeito, se abstendo de falsas hipóteses e

interpretações (FRAZÃO, 2010). É uma corrente filosófica que nasce com alguns pensadores do existencialismo, que integravam o movimento fenomenológico-existencial, como Kierkegaard, Nietzsche, e, principalmente, Husserl, que ajustou o método. (KYIAN, 2006).

Lazaretti (2006) aborda a inviabilidade em se traçar um perfil psicológico dos pacientes a espera do transplante hepático, uma vez que cada indivíduo concebe o processo de doença de forma distinta e singular, enquanto Kioroglo, Lima e Silva (2012) ressaltam que um fator de importância no momento de avaliação psicológica pré-transplante é identificar quais são as percepções do paciente acerca de seu adoecimento, já que não é possível estabelecer um padrão universal, uma vez que cada indivíduo é único, com sua história de vida e forma de conceber o mundo e a si mesmo.

É neste sentido que o olhar fenomenológico se faz necessário diante da grandiosidade da subjetividade do ser humano, uma vez que concebe o fenômeno tal como ele é e sendo distinto e peculiar a cada indivíduo, corroborando com o ideal de que a “contribuição do psicólogo clínico é introduzir e respeitar a dimensão subjetiva do paciente durante todo o processo de transplante” (LAZZARETTI, 2006, p.40).

Ribeiro (1985) destaca que o fenômeno “é o que se revela ou que se faz patente por si mesmo, revelar-se só é possível ‘a uma luz’, de outro modo, não poderia ‘ver-se’. O fenômeno é, pois, o que se revela por si mesmo na sua luz” (p. 43).

As expectativas e planos que os pacientes constroem para o momento após o transplante, bem como todo conteúdo trazido nos atendimentos, podem ser trabalhados, conforme os preceitos da Gestalt-terapia, no momento presente, no aqui e agora, pois o “*Agora* engloba tudo que existe. O passado já foi e o futuro ainda não é. *Agora* inclui o equilíbrio de estar aqui, é o experienciar, o envolvimento, o fenômeno, a consciência” (PERLS, 1977, p.69, grifo do autor).

O transplante configura-se como a única possibilidade para aumento da qualidade e de tempo de vida de muitos pacientes com doenças hepáticas. Contudo, a decisão pela realização ou não do procedimento cabe ao paciente, tal como preconiza o artigo 10 da lei nº 10.211, de 23 de março de 2001, que institui que o “transplante ou enxerto só se fará com o consentimento expresso do receptor, assim inscrito em lista única de espera, após aconselhamento sobre a excepcionalidade e os riscos do procedimento.”

Assim, faz-se necessário que o gestalt-terapeuta disponha de conhecimentos para a orientação do paciente quanto ao processo pré, intra e pós-transplante, bem como de seus familiares. No entanto, para além de conhecimento técnico sobre o processo, é imprescindível

ao profissional acolher, ouvir e conhecer as expectativas junto com o paciente, para então auxiliá-lo a realizar uma escolha consciente.

A abordagem gestáltica concebe o processo de escolha através da perspectiva existencial, no qual “o homem é concebido como um ser livre e responsável por construir a própria existência” (CARDOSO, 2013, p.60). Assim, entende que o homem leva sobre si a responsabilidade de realizar escolhas e construir-se enquanto protagonista da própria existência.

O existencialismo nasce, como corrente filosófica, em meados do século XIX, inspirado por grandes pensadores (RIBEIRO, 1985). Conforme Kiyon (2006), para a atualidade, um dos maiores representantes desta escola foi Sartre. Tal filósofo partia da premissa de que “a existência precede a essência” (CARDOSO, 2013, p.60).

Conforme D’Acari, Lima e Ogler (2007, p.97), “o termo existencialismo se refere a um marcante movimento, na filosofia e em vários ramos da cultura, que se caracteriza por uma compreensão e concepção particulares da existência.”; de forma a trazer para o sujeito a impreterível tarefa de escolha com responsabilidade, como aponta Sartre (apud RIBEIRO, 1985, p. 39): “Sozinho e sem desculpas, o homem está condenado a ser livre”. A liberdade implica em escolher a todo o momento.

Desta forma, Queiroz (2005) ressalta que:

Para a Gestalt terapia o homem é um ser de escolha. Ao dar-se conta de que a existência é construída por si mesma, fruto das suas próprias escolhas, se estabelece no ser humano a noção de responsabilidade: de “personagem”, ou ator, passa a ser autor da sua própria história, sendo livre a cada momento para trilhar um outro caminho (p.102).

É neste sentido que Ginger e Ginger (1995) esclarecem que a Gestalt-terapia, “além de uma simples psicoterapia, apresenta-se uma verdadeira filosofia existencial, uma ‘arte de viver’, uma forma particular de conceber as relações do ser vivo com o mundo” (p. 17).

No momento pré-transplante, cabe ao terapeuta possibilitar o conhecimento de todo processo, fornecendo o suporte necessário para que o paciente reflita sobre a situação e realize uma escolha consciente, suspendendo suas próprias convicções, pois “o psicoterapeuta não pode e não tem de decidir nada para o cliente, mas pode decidir com o cliente, num encontro profundo que de fato contamine a totalidade da relação” (RIBEIRO, 1999, p.29).

Assim, é possível trabalhar a responsabilidade do paciente, levando-o ao exercício de pensar sobre suas escolhas, já que a liberdade implica em realizar escolhas constantes. Desta forma, o sucesso da relação terapêutica não está em escolher pelo cliente, mas em conduzi-lo a

refletir sobre suas possibilidades de escolha e as consequências advindas destas, para que então possa decidir pela que considera mais adequada.

Ciornai (1995) aponta que, através da perspectiva existencial, a Gestalt-terapia concebe o ser humano como capaz de recomeçar e renovar-se, podendo escolher re-organizar sua vida, ainda que existam elementos que dificultem este processo, pois possui a capacidade de escolha e de lidar criativamente com as situações.

Partindo desta premissa, o paciente em processo pré-transplante está diante de adversidades impostas pela enfermidade e sintomas resultantes desta, bem como no período pós-transplante lida com uma nova rotina e necessidade de cuidados. No entanto, possui autonomia, ainda que seja para escolher como lidar internamente com tal fato.

A Gestalt-terapia concebe o homem, como um ser criativo, capaz de ajustar-se as mudanças. De forma que a criatividade é algo inerente ao organismo, não se tratando de um “talento” possuído por alguns (LIMA, 2009). Conforme Cardella (2014), a criatividade e o ajustamento são polaridades, que dependem um do outro, acrescentado que:

Ajustar-se criativamente é viver a vida como fluxo, na interação com os outros e os acontecimentos, apropriando-se e criando recursos, assumindo a responsabilidade e a cocriação do próprio destino – pois, se não podemos determinar integralmente *o que* nos acontece, somos livres para escolher e responsáveis por *como* vamos viver as experiências, ofertando ou não a elas um sentido (p.114).

Lima (2009, p.88) aborda a criatividade “como um dos recursos fundamentais ao processo da auto-regulação organísmica”. Tal processo advém da Teoria Organísmica, desenvolvida pelo neurologista Kurt Goldstein, e consiste em “uma forma do organismo interagir com o mundo, segundo a qual o organismo pode se atualizar, respeitando a sua natureza do melhor modo possível” (LIMA, 2009, p. 88).

Assim, o processo de auto-regulação ocorre com o objetivo de satisfação das necessidades, onde a emergente seria atendida, sendo a figura⁷ naquele momento. As outras permaneceriam como fundo, emergindo posteriormente como figuras a fim de serem satisfeitas (LIMA, 2009).

⁷ Conceito da abordagem gestáltica que consiste na satisfação de necessidades, onde “... na luta pela sobrevivência, a necessidade mais importante torna-se figura e organiza o comportamento do indivíduo até que seja satisfeita, depois ela recua para o fundo (equilíbrio temporário) e dá lugar à próxima necessidade mais importante agora.” (D’ACRI, LIMA, ORGLER, 2007, pág. 112)

Ciornai (1995) relaciona o funcionamento saudável do indivíduo com a formação de figura-fundo e ocorrência de *awareness*, também nomeando como funcionamento criativo, tal como define:

Funcionamento saudável vai ser então o fluxo contínuo e energizado de *awareness* e formação perceptual de figura-fundo, onde através de fronteiras permeáveis e flexíveis o indivíduo interage criativamente com seu meio ambiente, desenvolvendo recursos novos para responder às dominâncias que se lhe afigurem e usando suas funções de contato para poder avaliar e apropriadamente estabelecer contatos enriquecedores e interrompê-los quando tóxicos e intoleráveis. Saúde seria a prevalência e relativa constância deste tipo de funcionamento (s.p.).

O funcionamento não saudável se caracteriza, então, pelo processo oposto ao dito saudável, ou seja, pela descontinuidade de tal processo de *awareness*, resultando em figuras “mal formadas”, que dificultam o acontecimento de contatos criativos. A doença então seria a forma crônica deste funcionamento (CIORNAI, 1995).

O gestalt-terapeuta atua como agente de mudança e, acima de tudo, acredita nela, no potencial do ser humano. Ele é quem conduz o cliente a dar-se conta, a efetivar a tomada de consciência, o que conhecemos como *awareness*.

Awareness é um caminho de mudança, um processo de integração harmoniosa de tal modo que fica na pessoa a sensação de fim de linha, de chegada de uma longa e difícil jornada, e, sobretudo, uma sensação de completude, de um chão fecundo em que as sementes já podem germinar. (RIBEIRO, 2006, p. 76)

O período pós-transplante é marcado pela concretização de algo que, geralmente, o paciente muito espera, mas também pelas mudanças necessárias em função do sucesso do procedimento.

Ainda que tais cuidados sejam necessários para a saúde e manutenção do órgão transplantado, é sabido, tal como abordado anteriormente, que alguns pacientes, ditos “não aderentes”, não seguem o tratamento como o orientado. Quando isso ocorre, o paciente está propenso à possibilidade de rejeição do órgão transplantado, o que configura um risco à sua vida.

Assim, o tratamento caracteriza-se como uma nova necessidade do organismo para manutenção do enxerto e da vida do paciente transplantado. Ciornai (1995, s/p) aponta que “quanto maior for a *awareness* de uma situação, maior as possibilidades de que o ser humano possa ser realmente sujeito de sua história [...]”. Desta forma, o gestalt-terapeuta pode conduzir

o processo terapêutico com vista a ampliar o contato com a situação atual e a consciência sobre as necessidades do organismo.

O acompanhamento após o transplante, quando necessário, pode utilizar-se dos recursos que a abordagem gestáltica disponibiliza. Ciornai (1995) aborda que a Gestalt-terapia permite que o processo terapêutico também seja criativo, pois dispõe de diversos experimentos e técnicas que possibilitam ao terapeuta a liberdade de utilizá-los, reinventá-los e de criar novos instrumentos, pautado nas premissas da teoria.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo corrobora a afirmativa da necessidade do psicólogo não apenas no contexto hospitalar, mas, sobretudo, nos centros de transplantes, uma vez que as situações de adversidades, decorrentes do adoecimento, inferem em grande possibilidade de sofrimento psíquico.

Assim, o psicólogo é um profissional habilitado para tratar questões pertinentes à condição humana, possibilitando a expressão do que emerge. Na abordagem gestáltica, esse processo é conduzido de maneira dialógica e no momento presente, trabalhando o conteúdo manifesto no aqui e agora.

No processo pré-transplante, cabe ao gestalt-terapeuta conhecer a forma como o paciente concebe o transplante de órgãos, seus anseios e fantasias, e, através deste material, trabalhar visando ampliar a consciência da totalidade do processo. Conhecer o exposto pelo paciente, tal como ele o concebe, só se faz possível, através de um olhar fenomenológico.

A espera pelo transplante pode ser um momento de elaboração para o paciente, desde a descoberta da doença, a evolução do adoecimento, até as mudanças necessárias após o transplante. Também é um momento importante de preparação, com a devida orientação sobre o procedimento, o conhecimento dos riscos e benefícios, bem como sobre a necessidade de cuidados e acompanhamento constante após a realização.

O período após a constatação da necessidade e do encaminhamento para o transplante pode ser um momento de impasse para o paciente, diante da precisão de escolher realizá-lo ou não. Neste sentido, o acompanhamento terapêutico permite que o paciente reflita e promove a responsabilização sobre suas escolhas, e, conseqüentemente, sobre sua existência.

Após a realização do transplante hepático, inicia um período de grande importância para o sucesso do procedimento, uma vez que o paciente depara-se com mudanças em sua rotina e a necessidade de seguir os cuidados, aderindo ao tratamento.

Quando da não adesão ao tratamento, o terapeuta pode intervir no sentido de tornar o paciente *aware* de sua condição atual e da necessidade dos cuidados para a manutenção do órgão transplantado.

Diante dos dados apresentados neste estudo, observa-se que o acompanhamento psicológico antes, no intraoperatório e após o procedimento é não apenas viável, mas de extrema importância, pois contribui para um melhor entendimento do método e das implicações de tal escolha, sendo ainda um facilitador para adaptação nesta nova condição.

O suporte psicológico, ainda que breve, pode proporcionar ao paciente maior reflexão sobre suas escolhas e as consequências advindas destas, em outros contextos de sua vida, culminando assim, em crescimento pessoal.

À medida que novos estudos sobre a temática vão sendo realizados, observa-se a necessidade de estudos no contexto psicológico, que venham contribuir para a ampliação do conhecimento de aspectos emocionais e psíquicos relacionados ao transplante de órgãos.

REFERÊNCIAS

- ABRUNHEIRO, Lídia M. Martins; PERDIGOTO, Rui; SENDAS, Sandra. Avaliação e acompanhamento psicológico pré e pós-transplante hepático. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 6, n. 2, p. 139-143, 2005.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2007-2014). **Registro Brasileiro de Transplantes: Veículo Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**, São Paulo, v. XX, n. 4, 2014. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2014/rbt2014-lib.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2016.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Entenda a doação de órgãos:** decida-se pela vida. [S.l.], 2002. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/entendadoacao.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2016.
- BRANDÃO, Ajacio Bandeira de Mello et al. Transplante de fígado. In: GARCIA, Clotilde Druck; PEREIRA, Japão Dröse; GARCIA, Valter Duro (Orgs.). **Doação e transplante de órgãos e tecidos**. São Paulo: Segmento Farma, 2015. p. 357-384.
- BRASIL. Lei nº. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da lei nº 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de tratamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 mar. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10211.htm#art1>. Acesso em: 28 set. 2015.
- CARDELLA, Beatriz Helena Paranhos. **A construção do psicoterapeuta:** uma abordagem gestáltica. São Paulo: Summus, 2002.
- CARDELLA, Beatriz Helena Paranhos. Ajustamento criativo e hierarquia de valores ou necessidades. In: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima (Orgs.). **Gestalt-terapia:** conceitos fundamentais. São Paulo: Summus, 2014, p.104-130.
- CARDOSO, Claudia Lins. A face existencial da Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima (Orgs.). **Gestalt-terapia:** fundamentos epistemológicos e influências filosóficas. São Paulo: Summus, 2013. p. 59-75.
- CIORNAI, Selma. Relação entre criatividade e saúde na Gestalt-terapia. **Revista do I Encontro Goiano de Gestalt-terapia**, Goiânia, v. 1, 1995. Não paginado. Disponível em: <<http://www.ccggt.com.br/artigos/criatividadeesaude.doc>> Acesso em: 11 fev. 2016.
- COSTA, Virginia Elizabeth Suassuna Martins. Temporalidade: aqui e agora. In: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima (Orgs.). **Gestalt-terapia:** conceitos fundamentais. São Paulo: Summus, 2014, p.131-146.
- D'ACRI, Gladys; LIMA, Patrícia; ORGLER, Sheila. **Dicionário de Gestalt-terapia:** Gestaltês. São Paulo: Summus, 2007.

ESTEVIÃO, Adriana Ludmila Pereira; SILVEIRA, Teresinha Mello da. A Gestalt-Terapia no contexto hospitalar: compreensão, postura e possibilidades. **Revista IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 21, p. 282-296, 2014. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/ojs/printarticle.php?id=502&layout=html>>. Acesso em: 14 fev. 2016.

GARCIA, Valter Duro et al. Situação atual dos transplantes no Brasil. In: GARCIA, Clotilde Druck; PEREIRA, Japão Dröse; GARCIA, Valter Duro (Orgs.). **Doação e transplante de órgãos e tecidos**. São Paulo: Segmento Farma, 2015. p. 43-60.

GARCIA, Valter Duro; VITOLA, Santo Pascual; PEREIRA, Japão Dröse. História dos transplantes. In: GARCIA, Clotilde Druck; PEREIRA, Japão Dröse; GARCIA, Valter Duro (Orgs.). **Doação e transplante de órgãos e tecidos**. São Paulo: Segmento Farma, 2015. p. 1-22.

GINGER, Serger.; GINGER, Anne. **Gestalt: uma terapia do contato**. São Paulo: Summus, 1995.

GOTARDO, Daniela Rosa Magalhães. **Qualidade de vida e transplante hepático: avaliação comparativa em diferentes fases pré e pós cirurgia**. 2007. 127 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-01082007-164024/en.php>>. Acesso em: 9 mar. 2016.

HYCNER, R. **De pessoa a pessoa: uma psicoterapia dialógica**. São Paulo: Summus, 1995.

KEITEL, Elizete et al. O papel da equipe multidisciplinar no pós-transplante. In: GARCIA, Clotilde Druck; PEREIRA, Japão Dröse; GARCIA, Valter Duro (Orgs.). **Doação e transplante de órgãos e tecidos**. São Paulo: Segmento Farma, 2015. p. 473-486.

KIYAN, Ana Maria Mezzarana. **E a gestalt emerge: Vida e obra de Frederick Perls**. São Paulo: Editora Altana, 2006.

KIOROGLO, Paula da Silva; LIMA, Pryscilla Xavier de Brito; SILVA, Andréa Cristina da. Atendimento psicológico em transplantes e doação de órgãos, células e tecidos. In: BRUSCATO, Wilze Laura; FREGONESE, Adriana Aparecida; MELLO, Ana Paula Sabatini de. (Orgs.). **A psicologia na saúde: da atenção primária à alta complexidade**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p 199-215.

LAZZARETTI, Claire Terezinha. Transplante de órgãos: avaliação psicológica. **Psicologia Argumento**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 45, p. 35-43, 2006. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=439&dd99=view&dd98=pb>> Acesso em: 14 fev. 2016.

LIMA, Patrícia Albuquerque. Criatividade na Gestalt-terapia. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 87-97, 2009. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n1/artigos/pdf/v9n1a08.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

MARINHO, Alexandre; CARDOSO, Simone de Souza; ALMEIDA, Vivian Vicente de. Os transplantes de órgãos nos estados brasileiros. **Texto para Discussão**, Rio de Janeiro, n. 1317,

2007. Disponível em:
<http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/TDs/td_1317.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2016.

MARTINS, Patrícia Duarte. **Avaliação da qualidade de vida e do estado psicológico de pacientes candidatos a transplante de fígado**. 2008. 131 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeiro Preto, 2008. Disponível em:
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-10062008-105727/pt-br.php>>. Acesso em: 09 mar. 2016.

NÓBREGA, Rafaela Tavares; LUCENA, Marineuza Monteiro da Silva. Para além do transplante hepático: explorando a adesão ao tratamento. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 965-982, 2011. Disponível em:
<<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8346/6145>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

PERLS, Frederick. **Gestalt-terapia explicada**. São Paulo: Summus, 1977.

QUEIROZ, Lika. Gestalt Terapia. In: RIBEIRO, Ana Rita; SOUZA, Fátima Andrade; MAGALHÃES, Romero (Orgs.), **Catálogo de Abordagens Terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 101-105.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Gestalt-terapia: Refazendo um caminho**. São Paulo: Summus, 1985.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Gestalt-terapia de curta duração**. São Paulo: Summus, 1999.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Vade-mécum de Gestalt-terapia: Conceitos Básicos**. São Paulo: Summus, 2006.

SILVA NETO, Manoel Lemes da. **História dos transplantes**. [S.l.], 2004. Disponível em:
<http://www.ucg.br/ucg/institutos/nepss/monografia/monografia_02.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2015.

SILVA, Vanderlúcia Felix Amorim; ROCHA, José Rodrigues. A atuação do psicólogo junto a equipe de saúde em unidades de transplantes. **Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 153-164, 2014. Disponível em:
<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/1782/1051>>. Acesso em: 28 set. 2015.

TOREZAN, Zeila Facci et al. A graduação em Psicologia prepara para o trabalho no hospital? **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.33, n.1, p. 132-145, 2013. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100011>. Acesso em: 7 mar. 2016.