



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**

**JANUCIA GOMES DA SILVEIRA**

**SERÁ QUE VAI DAR CERTO?**

**Um estudo sobre os fenômenos psicológicos identificados em familiares  
candidatos a doadores vivos de rim e que serão submetidos ao teste de  
compatibilidade.**

**Palhoça**

**2011**

**JANUCIA GOMES DA SILVEIRA**

**SERÁ QUE VAI DAR CERTO?**

**Um estudo sobre os fenômenos psicológicos identificados em familiares  
candidatos a doadores vivos de rim e que serão submetidos ao teste de  
compatibilidade.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de graduação em Psicologia da  
Universidade do Sul de Santa Catarina como  
requisito à obtenção de aprovação na disciplina  
de Trabalho de Conclusão de Curso – TCC II.

Prof./Orientadora: Maria do Rosário Stotz (Dr<sup>a</sup>.)

**Palhoça**

**2011**

## AGRADECIMENTOS

Que momento! Agradecer.

Primeiro porque é ocasião de reavivar aqueles que de uma forma ou de outra me fizeram perceber quem hoje me tornei, de reconhecer aqueles que comigo estiveram e me proporcionaram apoio, conforto e aprendizado nesta e noutras trajetórias da vida.

Segundo, porque é chegada a reta final. A meta está cumprida! É hora de novas metas rumo a compreensão do ser, rumo a ampliação do saber. É hora também de pôr a mão na massa.

À **Deus** - pra mim representado na natureza e na energia viva - porque gratuitamente me deu a vida, e em seguida me deixou novamente na vida. Por todas as chances de exercer tantas identidades, tantas emoções e de ter experimentado ser tantas “Janúcias”. Agora, a Janúcia psicóloga.

À **minha mãe** por ter sido minha mestre de um sólido legado moral e educacional, por ter sido minha orientadora nas vivências da vida, por ter sempre me dado a base para poder ir, me lançar, e por continuar sendo essa base, mesmo quando foi preciso recuar e recomeçar. Obrigada mãe! Sua didática, talvez involuntária de ser, me permitiram vislumbrar que eu chegaria aqui. O final desta reta, compartilho o mérito contigo. Abrir mão de si, foi a tua marca neste meu momento.

À **minha irmã Cássia**, minha fiel escudeira, quem nunca mediu esforços para demonstrar toda sua preocupação e apoio. Eu diria até uma devoção extrema, uma adoção – por aquela quem tanto lhe demandou antes mesmo do teu projeto de existir por nossos pais. Tua sublimação e tua paixão pela profissão que exerce pude admirar na prática com teus pacientes através da oportunidade de ida ao campo nesta pesquisa. Cássia me orgulho do teu tato e do teu trato para com àqueles que a ti depositam a esperança de desfrutarem de uma saúde melhor.

Ao **Alessandro**, meu amor, meu futuro marido. Homem nobre que em sua filosofia de cavar masmorras aos vícios e templo às virtudes fora aquele que mais guerreou contra minhas angústias e mais respondeu o questionamento que se apresenta no título deste trabalho: “ *Sim... vai dar tudo certo*”.

À **minha orientadora Rosário**, minha mestre “guru” que além de compartilhar o vasto conhecimento de sua biblioteca mental, também se propôs a compreensões em relação ao funcionamento desta aluna como sujeito no mundo. Tua segurança inabalável transmitida às tuas seguidoras, estabelece em mim, a credibilidade na capacidade de construir conhecimento. Provocando inquietações, conseguiste me aquietar!

Ao **meu grupo de orientação**: Deise “Maria” foste sem sombra de dúvida minha co-orientadora. Valeu minha amiga, pela parceria! Manuzinha, me surpreendi com o tamanho da tua força. Obrigada pelo carinho! Lene, tua objetividade e realismo me fazem lembrar que o controle emocional é, sem dúvida, fundamental. Obrigada também!

À **Prof. Simone Karmann**, por quem tenho grande admiração e respeito ao trabalho que desempenha, por se implicar tanto naquilo que a compete cuja conseqüência se demonstra na visibilidade reconhecida extra Unisul. Tua determinação e ao mesmo tempo tua doçura só podem mesmo resultar no sucesso de tuas ações.

Ao **Prof. Maurício Maliska**, por quem sou fã desde o grupo de estudos de Lacan onde tive a oportunidade de conhecê-lo. Maurício, realmente me encanta a forma com que consegues transmitir aos teus alunos o teu conhecimento, a tranqüilidade expressa em tuas verbalizações, a linguagem que utiliza para traduzir conteúdos complexos e ainda as conexões entre conceitos e a vida prática com que nos premia em suas exposições. Obrigada por aceitar meu convite neste trabalho.

Às **supervisoras de estágio** Alessandra, Maria Angela e Ana Lopes. Obrigada pela modelagem e lapidação. A culpa de eu perceber que minha atuação profissional em ambiente hospitalar se tornou um projeto de fato, também é de vocês. Novamente agradeço a ti “Mary Angel” por todos os ensinamentos da clínica que me fizeram ver que cada profissional tem o seu “tom” na intervenção com o outro, que na relação terapêutica precisamos identificar nossos limites para então compreender quem nos demanda. Obrigada também pelos momentos divertidos. Tu tens o dom de tornar qualquer ambiente leve e agradável. E principalmente, obrigada por sempre sinalizar: “*cuidado com as interpretações selvagens!*” Jamais esquecerei disso, nem daqui 30 anos quando os papéis de paciente/supervisor se inverterem (rssss).

A **todos os meus colegas** em todos estes anos que estivemos juntos. Estarão comigo na lembrança e tenho certeza que nos encontraremos numa esquina qualquer. Gurias! Na esquina que eu ei de encontrá-las, provavelmente a psicanálise estará pairando no ar, não é Mary?

A todos os **profissionais do HUEC**, a equipe do ambulatório , médicos nefrologitas, a enfermeira Vera, a equipe Psicossocial – em especial ao Marcos Kaminski por todo o empenho para viabilizar a permissão ao campo de pesquisa e principalmente pelas belas palavras e confiança em relação ao meu projeto. Obrigada também a toda a equipe pela paciência e empenho em minha experiência prática quando efetuei meu estágio de verão.

A grande **psicóloga Vera Barreto**, modelo de vida, de amizade, de dedicação às pessoas, de competência no seu trabalho, de disponibilidade em ensinar, de capacidade de transmitir que a humildade é a condição que nos faz aproximarmos do mundo do outro. “Verinha” obrigada por compartilhar tuas experiências comigo. Com certeza carregarei na minha identidade profissional e pessoal tua marca de ser o que és.

Enfim, obrigada **à todos** os sujeitos, seja de pesquisa, seja de intervenção, seja de aprendizado, seja de apoio, que foram atores junto comigo neste cenário.

Obrigada! Valeu muito a pena!

## RESUMO

Este trabalho trata dos fenômenos psicológicos que são identificados em familiares que se candidatam a doadores vivos de rim e que ainda não foram submetidos ao teste de compatibilidade. Por estarem no início do procedimento de avaliação clínica para a possibilidade de doação se objetivou investigar o relacionamento familiar e as características do vínculo afetivo entre doador e receptor, as expectativas com relação ao teste, os sentimentos frente a perda de um rim e as informações adquiridas sobre a condição de saúde após a doação. Esta é uma pesquisa exploratória e qualitativa que se utilizou de entrevistas semi-estruturadas à seis familiares doadores em potencial que acompanhavam pacientes renais em consulta médica do ambulatório de transplante renal do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, P.R. O conteúdo coletado foi organizado em categorias que foram analisadas e articuladas com a fundamentação teórica de embasamento psicanalítico. Os conceitos de narcisismo, imagem corporal e castração, assim como considerações sobre família, foram utilizados para compreender o sujeito doador referente a tomada de decisão por doar um órgão em vida. Apontamentos sobre bioética e o papel do psicólogo neste cenário também se fizeram presentes no corpo teórico deste trabalho. Com os resultados, foi possível constatar que neste momento em que os candidatos a doação ainda não possuem o resultado do teste de compatibilidade, não se apresentam receios, medos e fantasias quanto aos procedimentos cirúrgicos da remoção do rim, quanto a perda do órgão, nem mesmo da nova condição de saúde após este ato. Entretanto, se tornou evidente o desejo de salvar a vida do receptor. A satisfação de ter o que o outro precisa e poder doar ao outro que necessita, foi o que mais se destacou.

**Palavras-chave:** Sujeito doador, Perda de rim, Narcisismo

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
1.1 PROBLEMÁTICA / JUSTIFICATIVA .....	9
1.2 OBJETIVO .....	20
<b>1.2.1 Objetivo Geral</b> .....	20
<b>1.2.2 Objetivos Específicos</b> .....	21
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	22
2.1 A INSUFICIÊNCIA RENAL E A FAMÍLIA: A CRONICIDADE DE UMA DOENÇA .....	22
<b>2.1.1 Fisiologia do rim</b> .....	22
<b>2.1.2 Insuficiência Renal</b> .....	23
<b>2.1.3 Transplante Renal</b> .....	24
<b>2.1.4 Doação de órgãos: da compatibilidade ao procedimento de doar</b> .....	26
<b>2.1.5 A ética e a bioética: uma discussão sobre o doador vivo</b> .....	29
2.2 A FAMÍLIA E SUAS RELAÇÕES .....	34
2.3 ADOECIMENTO FÍSICO E O ADOECIMENTO PSÍQUICO .....	40
2.4 PERDER E DAR: O ATO DE DOAR .....	42
<b>2.4.1 O movimento narcísico</b> .....	42
<b>2.4.2 A imagem corporal</b> .....	47
<b>2.4.3 A castração como significado: seus significantes e suas implicações</b> .....	56
2.5 A INTERVENÇÃO DA PSICANÁLISE NO HOSPITAL: O OBJETO DOENÇA E O SUJEITO .....	61
<b>3 MÉTODO</b> .....	64
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	64
3.2 PARTICIPANTES .....	64
3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS .....	67
3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE .....	67
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	68
3.6 ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS .....	69
<b>4 DISCUSSÃO E RESULTADOS</b> .....	70
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	99
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	104
<b>APÊNDICES</b> .....	108

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada .....	109
APÊNCICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	111



## 1 INTRODUÇÃO

Este é um trabalho de pesquisa que busca contemplar as exigências curriculares do curso de graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, por meio da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso – TCC II. O intuito da disciplina é possibilitar a reflexão crítica sobre a importância da pesquisa, sua amplitude e complexidade, aprimorando a competência de atuação acadêmica e profissional.

O referido trabalho permitiu o aprofundamento das temáticas do Núcleo Orientado em Psicologia e Saúde desenvolvidas no grupo de estudos vinculado ao estágio curricular de Psicologia Hospitalar desenvolvido no Imperial Hospital de Caridade de Florianópolis, SC.

Além disso, por meio desta pesquisa, foi também possível relacionar as práticas psicológicas com a construção de novos campos de trabalho, ampliando o papel do psicólogo na sociedade, como propõe a disciplina de TCC I e II.

Contudo, para alcançar o objetivo da disciplina mencionada – que é elaborar um projeto de pesquisa científica sobre fenômenos psicológicos – e na tentativa de suprir motivações acadêmicas e pessoais, este estudo pretendeu, através do olhar da psicanálise, identificar quais são os fenômenos perceptíveis em familiares candidatos a doadores vivos de rim que seriam submetidos ao teste de compatibilidade.

Para tanto, foram abordados como marco teórico alguns conceitos psicanalíticos que nortearam a análise dos dados desta pesquisa.

Logo, este trabalho está organizado em sua primeira parte com: a estrutura do projeto de pesquisa contendo na introdução, apontamentos sobre a problemática e a justificativa que visam sustentar esta temática, seguido dos objetivos deste estudo, o referencial teórico que reúne fundamentos de conceitos psicanalíticos, de condições dos sujeitos frente a saúde e a doença e da prática do psicólogo no ambiente hospitalar, constando por fim os procedimentos metodológicos adotados. Na segunda parte do trabalho são apresentados: os dados coletados, como foram organizados, tratados e analisados, a articulação dos

mesmos com a teoria proposta, os resultados e a discussão dos mesmos, finalizando o estudo com as considerações da pesquisadora e algumas sugestões.

## 1.1 PROBLEMÁTICA / JUSTIFICATIVA

Para iniciar este estudo foi fundamental entender que um transplante de rim se torna necessário àqueles portadores de doença renal crônica que num estágio avançado da doença já não podem mais contar com os tratamentos substitutivos da função renal, àqueles que apresentam complicações na adesão do tratamento ou àqueles que demonstram impossibilidades de qualquer ordem para a efetivação do mesmo, já que este se faz imprescindível para a sobrevivência do organismo. Logo, convém aqui descrever, primeiramente, como se caracteriza o funcionamento sadio do rim e, por conseguinte, a insuficiência renal como uma doença crônica que acomete este órgão.

Conforme informa a Sociedade Brasileira de Nefrologia – SBN (2010), embora os rins sejam pequenos (cada rim tem o tamanho aproximado de 10 cm), a sobrevivência do corpo humano depende do funcionamento normal destes órgãos vitais. Os rins são responsáveis por quatro funções no organismo: a eliminação de toxinas do sangue por um sistema de filtração; a regulação da formação do sangue e da produção de glóbulos vermelhos; a regulação da pressão sanguínea e o controle do delicado balanço químico e de líquidos do corpo. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - SBN, 2010). De acordo com a mesma fonte, os rins recebem cerca de 1,2 litros de sangue por minuto, ou seja, cerca de um quarto do sangue bombeado pelo coração, filtrando todo o sangue de uma pessoa cerca de 12 vezes por hora.

Existem várias doenças que prejudicam o funcionamento do rim acarretando alguma disfunção. A insuficiência renal é uma delas, e ao acometer os rins – diagnosticada em até cinco estágios de evolução da doença – pode ser aguda (quando os rins param de funcionar de maneira rápida, mas por um período determinado) ou crônica (quando a perda da função renal é lenta, progressiva e irreversível), (CASTRO, 2005). Como a insuficiência renal crônica é uma doença em

que há a perda gradual e irreversível da função renal, em sua fase terminal, a terapia renal substitutiva ou o transplante renal tornam-se necessários, como aponta Luvisotto et al (2007).

Segundo as mesmas autoras, em pesquisa realizada em 2007, no Brasil, calculava-se que houvesse cerca de 120 pacientes/ano com insuficiência renal crônica em fase terminal, para cada milhão de habitantes. Com este dado, presume-se que cerca de mais de 22.000 mil pessoas encontravam-se neste estágio da doença até o período de realização da pesquisa. Já pelas informações divulgadas pela Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante – ABCDT1, em 2009 cerca de 2 milhões de brasileiros sofriam de algum grau de insuficiência renal crônica. Destes, 87 mil já atingiam a fase terminal da doença, contando com apenas 10% das funções dos órgãos. Como se percebe, a doença renal crônica se instaura em muitos sujeitos e este é um fenômeno que vem aumentando ao longo dos anos, já sendo considerado por muitos especialistas como a epidemia do século.

Para Ferreira (2005), o tratamento da insuficiência renal crônica é complexo, variado e representa um problema de saúde de ampla magnitude e relevância, especialmente, quando se reconhece sua complexidade, seus riscos, sua diversidade de opções e o seu custo.

As opções de tratamento da insuficiência renal variam entre o tratamento conservador (uso de medicamentos e dieta); dialítico com opções de Hemodiálise (HD), Diálise Peritoneal Intermitente (DPI), Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua (DPAC), Diálise Peritoneal Cíclica Contínua (DPCC) e o Transplante Renal. (ROMÃO Jr., 1995).

Inúmeros fatores devem ser avaliados na escolha do tipo de tratamento mais assertivo para a condição da doença de cada paciente. A condição do acesso vascular para a hemodiálise deve ser favorável como traz Paolucci (1998, apud Ferreira, 2005). Essa mesma autora ainda cita Paolucci (1998) quando menciona que os tratamentos dialíticos não chegam a substituir integralmente a função renal, mas representam a possibilidade de manter a sobrevivência da pessoa, permitindo o retorno inclusive das atividades sociais.

---

<sup>1</sup> Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante.

O procedimento de hemodiálise é iniciado com o acesso da circulação sanguínea, permitindo que o sangue do paciente seja impulsionado por meio do set arterial até o interior de um filtro (dialisador) e retorna ao set venoso, estabelecendo uma circulação extra corpórea contínua. (FERREIRA, 2005, p.32).

No entanto, são significativos os problemas apresentados em muitos pacientes durante o tratamento de hemodiálise. Como ressalta Ferreira (2005), o acesso vascular deve manter o fluxo sanguíneo adequado para promover a circulação sanguínea e quando ocorrem complicações na instalação ou manutenção de um acesso vascular, o tratamento é dificultado. Nestes casos, os pacientes se encontram nas situações mais eminentes da doença, estando então a mercê de um transplante de rim, aguardando um possível doador vivo ou doador falecido.

Ao visar os aspectos referentes às conseqüências da perda de um rim para o doador vivo, as estatísticas mostram – em sua totalidade – que mínimos são os riscos considerados no pós-operatório e quase nulos os riscos durante a sobrevida. Entretanto, para o receptor, dentre os tratamentos possíveis, o transplante renal é considerado a mais completa alternativa da substituição da função renal segundo a Sociedade Gaúcha de Nefrologia (2010).

O Ministério da Saúde aponta que em 2009 foram realizados em todo o Brasil, 1.237 transplantes de rim, sendo que o número de pacientes que aguardavam por um transplante ultrapassava trinta mil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Neste mesmo ano o número de pacientes na fila de espera por um transplante de rim era de 34.640 em todo o Brasil, sendo que muitos estão há mais de 10 anos à procura de um doador como ainda ressalta a ABCDT (2009). Para traçar um comparativo das demandas por transplante, em segundo lugar estão os pacientes à espera por um transplante de córneas num total de 23.756 no país. Logo, com estes números do Ministério da Saúde (2009), é possível constatar que o transplante renal se coloca em primeiro lugar apresentando a maior demanda dentre os demais transplantes de órgãos e tecidos efetuados.

Os dados da Central de Transplantes divulgados pela Sociedade Gaúcha de Nefrologia – SGN (2010) apontam para a realização de 320 transplantes renais em 2009, sendo 85 com rins de doador vivo e 235 com rins de doadores falecidos. Mas ainda, há um número grande de candidatos ativos na lista de espera para transplante renal: 1687 (dados de Janeiro de 2010). Para Castro (2005), os

pacientes transplantados têm uma expectativa de vida prolongada em comparação com pacientes em diálise e/ou hemodiálise.

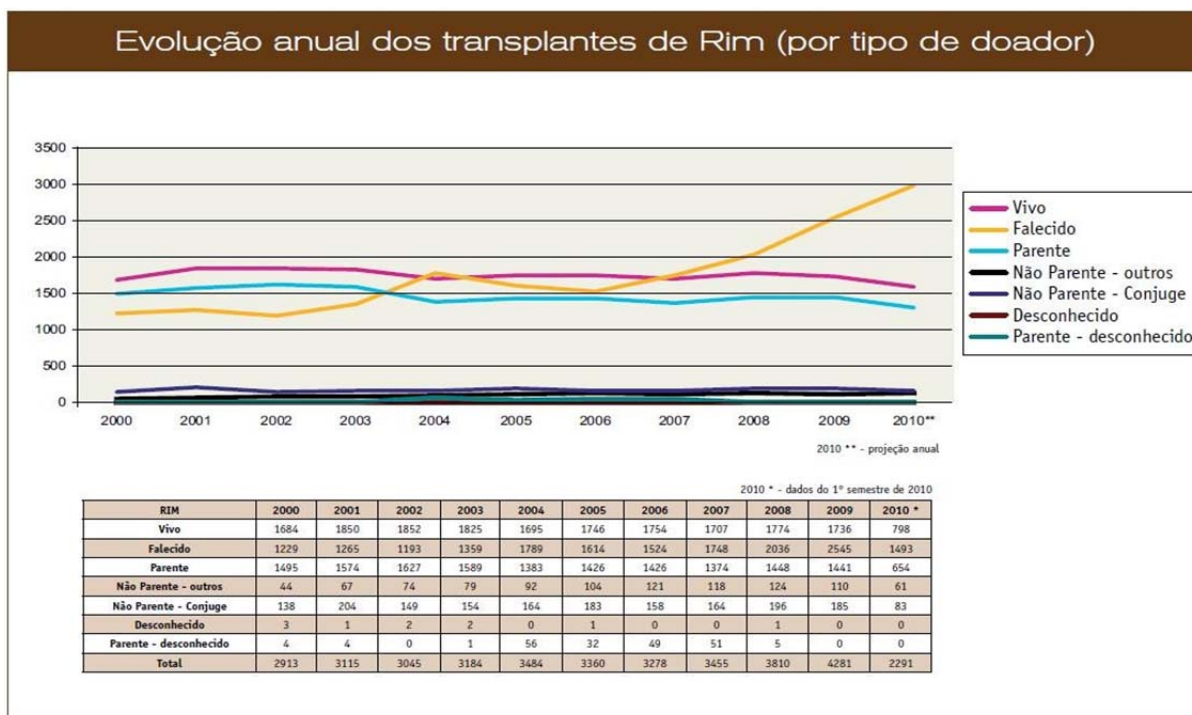
A SGN (2010) esclarece que existem duas fontes de rins para transplante: doador vivo ou doador falecido.

O doador vivo corresponde a um indivíduo que decide doar um de seus rins ao paciente, e que faz toda a avaliação para submeter-se a esta cirurgia, objetivando (1) a demonstração de compatibilidade com o receptor, (2) o menor risco cirúrgico possível, (3) a inexistência de doenças infecciosas graves passíveis de transmissão pelo enxerto, e (4) a maior segurança possível a respeito do risco de doença renal futura neste doador. O risco para o doador costuma ser muito baixo uma vez que a investigação tende a excluir pacientes com doenças que levem a maior risco peri-operatório. (SOCIEDADE GAÚCHA DE NEFROLOGIA – SGN, 2010, p.2)

Segundo Luvisotto *et al* (2007) em relação aos doadores vivos, a legislação aceita doação de cônjuges ou parentes de até quarto grau, enquanto outros possíveis doadores necessitarão de autorização judiciária. Já, em relação aos doadores cadáveres, é necessário o diagnóstico de morte encefálica por médico que não pertença à equipe envolvida no transplante (LUVISOTTO *et al* 2007, pg. 118).

Embora o transplante renal de doador falecido, em 2007, tenha aumentado 17,5%, segundo o Registro Brasileiro de Transplantes – RBT (2010) da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, o mesmo procedimento com doador vivo caiu 8,3% até este determinado período. Também outro dado importante apresentado nesta mesma pesquisa é que a sobrevida em seis meses do paciente que recebeu o órgão de doador vivo foi de 99% enquanto que órgãos transplantados de doador falecido fora de 93% (RBT, 2010). Tal índice vem demonstrar que o transplante renal por doador vivo, além de diminuir a espera dos pacientes renais que necessitam de um tratamento mais efetivo, é também mais favorável para a condição de vida dos receptores após a cirurgia.

Nos últimos dez anos, a evolução anual, referente a tipos de doador de rim divulgado no primeiro semestre deste ano pelo RBT (2010), demonstra um declínio significativo nos transplantes de rim efetuados por doador vivo, como demonstrado na tabela abaixo:



\*Registro Brasileiro de Transplantes – RBT (2010)

Em uma pesquisa realizada recentemente nos Estados Unidos, Segev (2010) enuncia de forma generalizada, contribuições científicas descritas a partir do primeiro estudo longitudinal de sobrevivência que investigou toda a população de doadores vivos dos EUA, durante um período de 15 anos. “Nós mostramos que a doação de rim ao vivo é segura e livre de excesso de longo prazo de mortalidade significativa”<sup>2</sup> (SEGEV, 2010). Este autor demonstra também que os critérios de seleção para candidatas a doador têm mudado ao longo do tempo. Mais adultos de 50 anos estão doando, e ainda assim não foram encontradas evidências de que estes adultos estão em maior risco de mortalidade operatória, sendo que não há e nenhuma evidência de que a mortalidade cirúrgica está mudando ao longo do tempo. Para Segev (2010), isto sugere que as práticas atuais da seleção, mesmo em grupos etários mais velhos tem resultado em um grupo bem-selecionado de adultos saudáveis.

[...] as alterações fisiológicas podem ocorrer de forma saudável no adulto após a doação do rim [...] nossos resultados de longo prazo mostram semelhante sobrevivência entre doadores e pacientes saudáveis e essa comparação sugere que estas mudanças fisiológicas não resultam em morte prematura [...] Embora estudos adicionais se façam claramente necessários para entender melhor as alterações fisiológicas após a doação do rim, a

<sup>2</sup> Tradução livre.

prática atual da doação de rins por doadores vivos deve continuar a ser considerada de razoável segurança, pois essa modalidade pode combater a penúria profunda à espera de um doador falecido de órgãos. (SEGEV, 2010, p.11).<sup>3</sup>

No Brasil, ainda são raros os estudos longitudinais que avaliem o processo de transplante de rim, como demonstra Machado *et al*, (2005). No entanto, há uma tendência da ciência pelo aprimoramento da tecnologia para que seja cada vez menos necessário doadores vivos de rim, para preservar a integridade física dos mesmos. Mesmo assim, ainda se faz necessário que doadores vivos se disponibilizem para doar seu órgão em prol daqueles pacientes que apresentam muitas complicações nos tratamentos substitutivos enquanto aguardam na lista de espera para o transplante.

Para que possa ocorrer um transplante de órgãos entre doador vivo e receptor, é preciso que ambos passem pela “prova cruzada” (crossmatch), que consiste em um exame de sangue específico para verificar a que nível se dá a compatibilidade entre eles. (URYN *in* MELLO FILHO,1992). Segundo constata a autora, há uma grande expectativa neste momento, pois o resultado é decisivo para a realização ou veto do transplante.

A questão da compatibilidade sanguínea costuma suscitar dúvidas e angústias nos pacientes. Buscam respostas coerentes sobre o porquê de não terem células idênticas correndo em seus corpos, e o risco iminente de rejeição, mesmo no caso de estreito grau de parentesco, como entre pais e filhos e entre irmãos. “Há desejo de poder viver com uma parte de um ente querido”, dizem os pacientes. (URYN *in* MELLO FILHO, 1992, p. 281).

Assim sendo se pode evidenciar a relevância de analisar os fenômenos psicológicos do doador vivo além das avaliações médicas que demandam o processo de transplante. Conforme coloca Ferreira *et al* (2009) ao citar (HIDALGO, GARCIA, PINTO, VACCAREZZA, MARTINEZ & MARTINEZ, 1988), as variáveis psicológicas e sociais relacionadas a esse procedimento têm um papel significativo

---

3 Tradução livre

para o doente e sua família. O transplante renal está vinculado a uma situação extremamente conflitiva que é encontrar um doador adequado e vem somar-se à crise já vivenciada na família, pela presença de um enfermo altamente grave. (HIDALGO, GARCIA, PINTO, VACCAREZZA, MARTINEZ & MARTINEZ, 1988 apud FERREIRA, 2009).

Um indivíduo pode oferecer-se voluntariamente para doar um rim e, ainda assim, tal ato pode resultar em problemas psicológicos de intensidade variável em um momento posterior. Portanto, os riscos do doador não são apenas aquelas seqüelas imediatas ou tardias da cirurgia, mas também relativos à sua saúde mental (CAIUBY, LEFÈVRE & SILVA, 2004; VARMA & COLS., 1992 apud FERREIRA, 2009, p. 185).

Segundo a ABCDT (2009), a doença renal crônica não tem cura e a perda das funções renais é permanente e gradual. Presume-se que muitos podem ser os fatores que venham influenciar um familiar a se oferecer a doador vivo de rim. Segundo Ferreira *et al* (2009), ao referenciar Lazaretti (2006), há uma combinação de impulsos e motivos para a doação, como por exemplo: não existir outro doador e o desejo de melhorar a qualidade de vida do receptor. Estes fatos, segundo os autores, podem surgir como cobranças pessoais e/ou familiares. Nesta perspectiva, a escuta clínica de um psicólogo pode intervir no sentido de que o doador reflita quanto aos seus anseios e conflitos no momento prévio da decisão de doar.

Com relação ao familiar candidato a doador, é possível também que visualize na ação de doar o fortalecimento do vínculo afetivo com o receptor e, sobretudo, seu reconhecimento na família devido a sua atitude altruísta.

A relação doador-receptor envolve compromissos que vão além da mera solidariedade e altruísmo tão louváveis em nossa cultura. O mito do sacrifício do herói é aqui reeditado, mas de forma bastante humana e particular. (MATTA & BORBA 1993 citados por FERREIRA *et al*, 2009, p.193).

Os autores mencionados acima ainda ressalvam que, quando o transplante assume estas outras funções, crescem as possibilidades de frustração



diante de eventuais insucessos ou intercorrências do transplante, assim como das expectativas de melhora no relacionamento doador-receptor e mudanças pessoais após o transplante.

Por outro lado, as necessidades e limitações do portador da doença renal – relacionados à sua rotina – podem incidir sobre o relacionamento familiar desencadeando atitudes e sentimentos diversos. Para Uryn (*in* Mello Filho, 1992), pacientes receptores de órgãos, em sua grande maioria, se queixam da perda ou troca do papel familiar, que ocupavam antes de adoecer, sentindo-se relegados a uma posição menos importante no meio em que vivem. A autora ainda pontua alguns destes fatores da doença renal crônica que interferem direta e indiretamente nas relações familiares:

Há pacientes que são realmente abandonados por seus familiares. Seus maridos ou suas esposas cansam-se de cuidar, de dar remédios, de preparar dietas alimentares, das restrições de líquidos, de levá-los para fazer transfusões de sangue. Também se cansam das suas queixas de dores musculares e ósseas, do hálito desagradável [...] de não poder viajar, de não conseguir relacionar-se sexualmente (impotência física por medicação e psíquica por insegurança), de sua decadência física e psíquica como parceiro. (URYN *in* MELLO FILHO, 1992, p 283).

O fato de existir a presença de uma doença crônica no ambiente familiar exige uma série de alterações na estrutura familiar, de forma que a família possa adaptar-se para conviver com as novas necessidades decorrentes do problema de saúde, diz Uryn (*in* Mello Filho, 1992). Cita ainda a autora que as mudanças decorrentes da presença da IRC e de seu tratamento não atingem apenas o doente, mas todas as pessoas que compõem sua rede social.

Pesquisadores no Renal Week 2009: Encontro Anual de 2009 da American Society Nefrology desenvolveram um estudo piloto realizado em Rotterdam, na Holanda com pacientes e seus familiares. O intuito era descrever os aspectos básicos da DRC<sup>4</sup> incluindo as consequências médicas, sociais e psicológicas, as opções de tratamento como a diálise e o transplante de doadores vivos e falecidos, e fornecer as informações necessárias para as dúvidas que surgissem. Neste estudo, foi ressaltado pelo autor, Dr. René Van den Dorpel MA,

---

<sup>4</sup> Doença Renal Crônica

PhD que: "... o objetivo principal não era recrutar rins... o objetivo principal era o de educar pacientes e familiares" ( DORPEL apud MACREADY, 2009, p. 1).

Ainda neste estudo da American Society Nefrology (2009), ficou evidente para os pesquisadores que a maioria dos familiares estavam dispostos a ajudar seus entes queridos. Entretanto também foi constatado que em muitas vezes a população em geral não percebe a gravidade da doença renal ou o que a diálise realmente significa, e a idéia de doar um rim pode não ocorrer a eles.

Vale também lembrar que, como menciona Uryn (*in* Mello Filho 1992), muitos são os doadores que nunca freqüentaram ou estiveram internados em um hospital. Nestes casos, é possível concordar com a autora que aponta que este fato pode favorecer o aparecimento de fantasias claustrofóbicas, podendo desenvolver angústias por estarem isolados, sentindo-se aprisionados e solitários (URYN *in* MELLO FILHO 1992). Assim sendo, um candidato a doador vivo, não somente tenderia a se deparar com estes fenômenos citados em relação a futura internação para a remoção de um rim, mas o que estes representam em sua subjetividade com relação a perda de um órgão.

Quando Uryn (*in* Mello Filho 1992) reflete sobre os aspectos psicológicos dos doadores, constata:

O recebimento da aprovação final significa que o doador foi considerado saudável e que é chegado o momento esperado. De modo geral todos temem a cirurgia, a anestesia, a cicatriz, a mutilação corporal, a invalidez, o sofrimento e a morte [...] Há aqueles que não superam o medo, entram em pânico e não se sentem capazes de ir adiante, desistindo no meio da jornada. (URYN *in* MELLO FILHO, 1992, p. 280).

Neste sentido, se demonstra a necessidade de mais estudos que venham identificar o que ocorre no psiquismo daqueles familiares que se dispõem a serem doadores, em especial, doadores vivos relacionados<sup>5</sup>, uma vez que em certos casos, existe a compatibilidade sanguínea para a doação, mas sua efetivação não ocorre.

Assim sendo, se pode pensar num problema de pesquisa que busque explorar, *quais são os fenômenos psicológicos identificados em familiares*

---

<sup>5</sup> Doador vivo relacionado (parente consanguíneo) ou não relacionado com o paciente (Lazzaretti, 2006; Quintana & Müller, 2006).

*candidatos a doadores vivos de rim que serão submetidos a teste de compatibilidade?*

Em se tratando do campo de atuação do psicólogo com sujeitos que já se submeteram ao transplante, segundo Uryn (*in* Mello Filho 1992) a prática profissional já vem demonstrando espaço nos hospitais gerais junto a equipe de saúde, quando os pacientes receptores de órgãos são encaminhados ao atendimento psicológico por se demonstrarem ansiosos e deprimidos. Contudo, neste cenário é possível refletir também sobre a necessidade do psicólogo de atuar junto aos familiares candidatos à doadores vivos de rim que saem das consultas médicas com a informação da possibilidade de ser um doador em potencial ou que chegam aos ambulatórios de hospitais e/ou aos laboratórios de análises clínicas para se submeterem a teste de compatibilidade. Na situação prévia de um transplante de rim, a intervenção psicológica pode estabelecer condições para que o familiar candidato a doador - sujeito que enuncia o foco desta pesquisa - reflita sobre os aspectos do seu ato, associando à sua subjetividade quais as questões e inquietações que possam vir engendrar um conflito interno.

Segundo Rezende 2007 (citado por Cunha, 2010) o profissional de psicologia deve ser mais um profissional da equipe de saúde que atua, junto com a equipe multiprofissional, no relacionamento com os pacientes e nas dores emocionais que rondam o ambiente hospitalar.

O psicólogo deverá atuar com o intuito de minimizar o impacto da doença na vida dos pacientes e da família, tentando impedir os efeitos iatrogênicos na busca de garantir a direção do tratamento junto com a equipe multidisciplinar. (REZENDE 2007 citado por CUNHA 2010, p.41).

Para Angerami-Camon (2004), a psicologia hospitalar vem renovar a esperança de que a dor seja entendida de forma mais humana. Pela competência técnica e habilidades do psicólogo, presume-se que seja possível analisar a situação que envolve a perda de um rim em prol de outro, os procedimentos cirúrgicos que se fazem necessários para a remoção do rim e a internação hospitalar que demanda.

Vale ressaltar, que nas pesquisas efetuadas neste estudo – no período de 20 de setembro à 12 de outubro de 2010 – não se observou vasto conteúdo referente a especificidade da questões psicológicas relacionadas aos sujeitos

candidatos a doadores vivos de rim, principalmente quando o doador encontra-se, **ainda**, frente a tomada de decisão ou a real possibilidade de doar. Essa questão ainda demanda novas pesquisas científicas pois a ênfase percebida nos estudos realizados, além de ter demonstrado consistência mais voltada ao receptor de órgãos, não encontrou estudos fundamentalmente sustentados à luz da psicanálise para os fenômenos mencionados.

Embora as pesquisas sobre a doação de órgãos já estejam avançando, o que se encontra sobre o assunto são alguns estudos psicológicos que mostram discussões em torno do portador da doença renal crônica e do transplantado renal, privilegiando o olhar para aquele que aguarda na fila de espera por um rim, aquele que recebeu um rim de outrem e aquele que sofrerá mudanças de vida após o recebimento do novo órgão.

O panorama atual das produções encontradas nas bases de dados científicas – Cielo, Bireme, Redalyc, Google Acadêmico, e outras bases de dados científicas norte-americanas – que pouco demonstram estudos que investiguem o que acontece com o familiar que **cogita a possibilidade de doar** uma parte de si a alguém, disponibilizou alguns artigos relacionados ao tema deste trabalho, mas que pouco dispuseram de conteúdo específico para esta problemática.

Algumas das publicações científicas que contribuiram para este trabalho, no que diz respeito ao doador vivo de rim, foram: “Educação da família de pacientes com insuficiência renal crônica encoraja doação de rim” (MACREADY, 2009); “Fatores Associados ao Tempo de Espera até o Transplante Renal: Uma aplicação do modelo de cox para riscos competitivos” (MACHADO, 2005); “O paciente renal crônico e o transplante de órgãos no Brasil: aspectos psicossociais”, (CASTRO, 2005); “ Da mortalidade e sobrevivência a longo prazo após doação de rim” (SEGEV, 2010); Orientações para a avaliação psicossocial de doadores vivos de rim independentes nos Estados Unidos (DEW MA, 2007). Entretanto, somente em “Aspectos psicológicos de doadores de transplante renal” (FERREIRA *et all*, 2009) e “Transplantes Renais” de URYN (*in* MELLO FILHO, 1992, p. 279-286) foi que se pode obter conteúdo que diretamente abrangesse o debate proposto neste trabalho. Ou seja, estas últimas produções tratam dos fenômenos psicológicos de familiares doadores vivos de rim, mas, não contém especificamente, dados que se referem, a tomada de decisão do doador frente ao teste de compatibilidade para a doação de rim que irão ser submeter.

Ainda na busca para viabilização e articulação deste projeto de pesquisa, pode-se identificar da mesma forma, a ausência de trabalhos acadêmicos que abordassem a temática que se propõe, o que vem demonstrar relevância epistemológica.

Esta pesquisa pode ser compreendida também na sua relevância social, pois o tema requer maior exposição, investigação e exploração de inovações na prática do profissional da saúde. O familiar de um portador de doença renal crônica, mesmo indiretamente envolvido no processo de adoecimento ou diretamente envolvido como os candidatos a doadores de rim está também sujeitado ao cuidado (avaliação / compreensão) de sua condição de saúde, e passível de intervenções que visem seu bem estar biopsicossocial.

E por fim, é também, com interesse na prática hospitalar que se aprende no campo de estágio obrigatório específico, que este projeto se estrutura. A possibilidade de efetuar um trabalho de intervenção no setor de Transplantes Renais de um hospital geral de Curitiba – PR fez com que esse projeto de pesquisa se concretizasse, ressaltando as motivações acadêmicas concomitantemente com uma futura colocação profissional que venha possibilitar a intervenção com sujeitos candidatos a doadores vivos de rim no campo de atuação.

## 1.2 OBJETIVO

### 1.2.1 Objetivo Geral

Identificar os fenômenos psicológicos em familiares candidatos a doadores vivos de rim que serão submetidos ao teste de compatibilidade.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar quais são os critérios estabelecidos para que familiares vivos sejam ou não considerados aptos como doadores de rim a um paciente e como ocorre o procedimento para doar;

Investigar características do vínculo afetivo entre o familiar candidato a doador vivo de rim com o receptor, através de sua história familiar;

Reconhecer as expectativas dos familiares frente a resposta de compatibilidade para serem ou não doadores vivos de rim a um paciente;

Identificar os sentimentos de familiares candidatos a doadores vivos de rim quanto a possível perda do próprio órgão;

Verificar as informações que o familiar candidato a doador de rim possui quanto a sua condição de saúde (após a cirurgia de remoção do rim) em caso de ocorrer a doação.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

No capítulo a seguir são trazidas considerações teóricas que diante da temática caracterizada neste trabalho, supostamente dão embasamento às premissas que compõe a problemática desta pesquisa.

## 2.1 A INSUFICIÊNCIA RENAL: A COMPLEXIDADE DE UMA DOENÇA

### 2.1.1 Fisiologia do rim

O rim é considerado um dos mais importantes órgãos do corpo humano, e seu funcionamento desempenha um papel imprescindível para a saúde. Como descreve Zatz (2002), além da óbvia função de eliminar os produtos indesejáveis do metabolismo, os rins são essenciais à própria homeostase: mantêm constantes o volume extracelular, a concentração de eletrólitos, o pH e a pressão osmótica do meio interno, além de desempenhar um papel decisivo no controle da pressão arterial e de influenciar outras funções importantes ao organismo, como a produção de eritrócitos e da forma ativa de vitamina D.

Embora os rins sejam indispensáveis à sobrevivência do organismo, sua capacidade funcional é vastamente superior ao mínimo necessário a esse fim. Segundo Zatz (2002), seres humanos podem manter-se vivos com 10% ou menos de sua função renal normal quando sua massa renal é drasticamente reduzida por processos mórbidos ou mesmo por retirada cirúrgica.

Ao trazer algumas características da fisiologia do rim para este estudo, podem ser ressaltadas as considerações do mesmo autor quando assinala que a manutenção dos níveis funcionais apropriados deve-se a outra propriedade básica – os néfrons remanescentes são capazes de adaptar-se a nova condição biológica, multiplicando em várias vezes seu ritmo de trabalho. Ou seja, o exemplo mais óbvio desta adaptação é o da uninefrectomia, frequentemente necessária por exemplo em casos de tumores renais ou em **doadores de rins para transplante entre vivos** (ZATZ, 2002).

O rins podem ser acometidos por várias patologias, em decorrência de causas congênitas, orgânicas ou provocadas por fatores ambientais provenientes de

maus hábitos de vida. Entre as doenças que ocorrem com mais frequência e gravidade, está a insuficiência renal.

### 2.1.2 Insuficiência Renal

A insuficiência renal é uma doença que pode ocorrer de forma aguda – que rapidamente ocasiona a falência do funcionamento renal – ou crônica – estado da doença em que pode se apresentar de forma gradativa em estágios de evolução até a fase terminal da doença.

Ainda que os rins executem diversas funções no organismo, Draibe & Ajzen (2005) descrevem que a insuficiência renal crônica conceitua-se como uma síndrome complexa consequente à perda, geralmente lenta e progressiva, da capacidade excretora renal.

Segundo os autores, nada se pode dizer sobre a prevalência e etiologia de disfunções renais discretas que são freqüentes e constituem risco para a progressão renal até estágios avançados, e ainda reiteram que, a doença renal pode progredir independentemente da presença do fator causal inicial (DRAIBE & AJZEN, 2005, p. 185). A especificidade da Insuficiência Renal Crônica é que seu diagnóstico não marca uma expectativa de cura, a devolução do estado de saúde, mas uma passagem irreversível ao mundo dos doentes, como traz Lima *et all* (*in* Romano, 1994).

Durante a evolução da doença, Draibe & Ajzen (2005) indicam que um número progressivamente menor de néfrons segue funcionando adequadamente. Conforme estes autores, didaticamente, pode-se dividir o curso da insuficiência renal em três fases: perda de função assintomática<sup>6</sup>, insuficiência renal compensada<sup>7</sup> e insuficiência renal descompensada com síndrome urêmica manifesta<sup>8</sup>.

Em fases avançadas da doença deve-se informar cuidadosa e detalhadamente ao paciente a perda quase total da função renal como salienta Draibe & Ajzen (2005). Para Zatz (2002), com maior ou menor rapidez, a totalidade dos pacientes com insuficiência renal crônica progride inevitavelmente à fase

---

<sup>6</sup> Perdas de filtração glomerular de até 50 a 60%.

<sup>7</sup> Perdas de filtração entre 60 e 90%.

<sup>8</sup> Perdas de filtração > de 90%.



terminal, quando passam a necessitar de terapêuticas como diálise crônica ou transplante renal.

Sobretudo, o transplante renal pré-diálise crônica (realizado antes que o paciente entre em programa dialítico crônico) constitui hoje a primeira alternativa para aqueles que possuem doadores vivos (DRAIBE & AJZEN, 2005, p. 196). Sendo assim, em seguida serão abordados alguns pontos relevantes sobre a terapêutica do transplante de rim.

### 2.1.3 Transplante Renal

Conforme abordado na problemática deste trabalho, dos vários programas substitutivos da função renal no tratamento da insuficiência renal crônica (IRC), o transplante renal é o mais efetivo para a reabilitação socioeconômica do paciente urêmico de acordo com as afirmações de Pestana *et all* (2005).

Como trazem os autores, com o aumento dos transplantes renais houve progressiva melhora na sobrevida do paciente e do enxerto<sup>9</sup>, relacionado ao declínio na incidência, ao melhor diagnóstico e tratamento de processos infecciosos, ao menor índice de complicações cirúrgicas entre outros fatores benéficos ao portador de insuficiência renal crônica. Outro dado importante é que não existe limite de idade definido para receber um transplante renal.

Os transplantes com doadores vivos e cadáveres é uma realidade marcante em no meio em que se vive, alternativa de tratamento esta que proporciona boa qualidade de vida e sobrevida prolongada tanto do enxerto como do paciente (DRAIBE & AJZEN, 2002, p. 196). As informações dos maiores centros de transplantes demonstram que a doação de órgãos é mais frequente quando proveniente de cadáveres por morte encefálica. Contudo, este fato tem retardado a efetivação dos transplantes em função da vasta lista de espera por um órgão compatível com organismo do receptor, enquanto que o mesmo procedimento com doador vivo tem ocorrido ainda em números significativamente inferiores.

Outro ponto relevante com relação ao transplante é que muitas são as complicações que podem ocorrer ao receptor de órgão após o procedimento, como

---

<sup>9</sup> Novo rim transplantado no receptor.

por exemplo, a necrose tubular aguda<sup>10</sup>. No entanto, como menciona Pestana *et al* (2005) este problema é considerado raro em transplantes renais com doador vivo, porém ocorre em até 60% dos receptores de rim de cadáver. Vale dizer que, embora hajam inúmeros outros fatores complicadores no pós-transplante, quanto maior a compatibilidade HLA com o doador – e as condições de saúde do mesmo, sendo quem doa parente cosanguíneo ou não do receptor - menor é esse risco.

No mundo, o primeiro transplante renal com doador vivo foi realizado entre gêmeos idênticos em 1955, segundo lembra Ferreira *et al* (2009), ao citar Morris, George & Waring, (1987). Este dado reafirma que desde então, esse tipo de transplante com doadores vivos relacionados tem sido um recurso muito eficiente no tratamento pela sobrevida do enxerto e pela maior sobrevivência de pacientes com IRC (VARMA, YADAV & SHARMA, 1992 apud FERREIRA *et al*, 2009). Ferreira *et al* (2009) também resgatam as considerações de Lazzaretti (2006) e Riether & Mahler (1995) quando tratam das demais vantagens em receber um rim de doador vivo relacionado como: compatibilidade imunológica superior entre o doador e o receptor, tempo de isquemia reduzido, melhores condições de saúde do doador, diminuição da lista de espera, menor tempo em diálise e um aumento do senso de controle por parte dos pacientes (FERREIRA, 2009).

Uma questão que vem sendo debatida é que para o transplante renal também é possível a doação de órgãos por doadores independentes que se voluntariam a esse procedimento. Em estudos da Sociedade Americana de Cirurgiões de Transplante e da Sociedade Americana de Transplantes por DEW MA *et al* (2007), pesquisas buscaram desenvolver diretrizes para a avaliação psicossocial entre prospectivos doadores vivos de rins que não têm nem um fator biológico ou relação afetiva de longa data com o candidato ao transplante. Como apontam estes autores, a expansão do transplante de rim de doadores vivos para incluir um número significativo de doadores com pouca ou nenhuma relação pré-existente para o candidato receptor tem causado preocupação na comunidade médica norte-americana sobre os fatores psicossociais, tais como o estado psicológico dos doadores, motivação, conhecimento sobre doação e do potencial de pressões indevidas para doar em algumas circunstâncias. (DEW MA *et al*, 2007).

---

<sup>10</sup> A necrose tubular aguda (NTA) é causada pela isquemia dos rins (falta de oxigênio nos tecidos) ou pela exposição a materiais tóxicos para o rim (agentes nefrotóxicos) que causam lesão ou destroem as estruturas internas do órgão, em particular os tecidos do túbulo renal

De fato é visto que a realidade da doação de órgãos envolve muitas diretrizes e discussões em diversos âmbitos. Este é um procedimento que por sua complexidade exige controle rigoroso de critérios clínicos e de avaliações assertivas para a sua realização. Também não se pode deixar de considerar o fator da ética pela vida que muitas vezes enunciam as decisões de proceder ou não com o transplante, tanto por parte de profissionais especializados, da representação que este ato tem na sociedade e principalmente, o sentido da doação tanto para quem recebe quanto pra quem doa.

#### **2.1.4 Doação de órgãos: da compatibilidade ao procedimento de doar**

Após a breve explanação sobre transplante, se pode perceber a relevância deste tratamento substitutivo da função renal, e que envolve a doação de órgãos. Neste momento, são abordados alguns fatores que permeiam esta questão, mais precisamente no que tange quando este ato é feito por doador vivo.

Como reitera Pestana *et all* (2005), o transplante renal foi admitido como terapia eficaz após a década de 60. Desde então, o número de centros transplantadores se expandiu a partir de 1965, com a utilização da tipagem de antígenos de histocompatibilidade HLA na seleção do doador, e com o reconhecimento da associação entre a prova cruzada e a rejeição hiperaguda.

No Brasil, as leis n. 9.434/97 e 10.211/01, do Congresso Nacional, estabeleceram os critérios para a doação de órgãos de cadáver e de doador vivo. A procura de órgãos no país está sendo estruturada com base na criação de centros de transplantes nas secretarias estaduais de saúde e na coordenação pelo Ministério da Saúde e o principal obstáculo a doação continua sendo a não-identificação do doador e a ausência de sua notificação às centrais de captação. (PESTANA *et all*, 2005, p. 302).

A seleção de doadores vivos parentes para tratamento do receptor, segundo Pestana *et all* (2005), é feita pela escolha daquele com maior compatibilidade HLA, obtendo-se para o enxerto sobrevida de um ano superior a 95%, com doador HLA idêntico, superior a 85% para haploidêntico, e superior a 75% para HLA distinto. Estes autores ainda colocam que a idade inferior para a doação entre vivos é de 21 anos e a idade superior, depende da avaliação clínica do doador,

podendo-se, ocasionalmente, serem utilizados doadores com idade superior a 80 anos.

Segue tabela dos procedimentos clínicos para doador vivo:

<b>SEQUÊNCIA NA AVALIAÇÃO DO POSSÍVEL DOADOR VIVO PARENTE</b>
Tipagem ABO
Tipagem HLA e prova cruzada com o receptor
Avaliação clínica
Depuração de creatinina, urina tipo I, proteinúria de 24 horas, sorologia para hepatites B e C, Chagas, HIV, lues e CMV, glicemia, hemograma, Na <sup>+</sup> , K, AST + ALT, colesterol com frações + triglicérides, raios x de tórax, ECG
Ultra-sonografia completa de abdome
Urografia excretora
Artografia abdominal ( artérias renais) ou angioressonância

\*\* (Pestana *et al*, 2002, p. 302 - Tabela 23.1)

Após a resposta das avaliações clínicas do possível doador e uma vez o mesmo ter decidido por doar – ato este complexo quando se pensa no sujeito que doa como um ser biopsicossocial – ocorre o ato cirúrgico.

Ao doador vivo é administrada anestesia geral inalatória com isoflurano. No intra-operatório, o doador deve manter a diurese entre 200 e 400 mL/hora às custas de uma hidratação adequada. A analgesia é realizada com injeção peridural de bupivacaína a 0,5% e morfina. A nefrectomia é realizada por incisão subcostal transperitoneal ou por lobotomia, retroperitoneal. Após a ligadura e secção de artéria e veia renais, o rim é perfundido com solução de Collins II a 4º C, adicionada de 2.500 unidades de heparina sódica e mantido a 4º C submerso nessa solução, até seu implante no receptor. (PESTANA *et al*, 2005, p. 305).

Porém, mesmo após o doador ser submetido à cirurgia de retirada do rim e o receptor estiver apto para o enxerto do órgão, é importante ressaltar que o procedimento de doação de órgãos para transplantes renais pode promover resultados desfavoráveis ao tratamento de insuficiência renal e por isso se mostra como uma possibilidade – com mais chances de sucesso – mas que não garante certeza alguma.

Como menciona Pestana et all (2005), a rejeição ao órgão transplantado ocorre pela resposta imune contra antígenos presentes na superfície do tecido transplantado. Pensando no fator da rejeição pós transplante, se pode supor que muitas expectativas de cura parte de ambos os envolvidos no processo e podem ser transformadas em frustrações frente a uma nova realidade de desesperança que se estabelece, desencadeando além de consequências fisiológicas, conflitos psíquicos que estavam eminentes na confirmação de um quadro negativo ao tratamento.

É necessário portanto, que para haver uma doação de órgãos por doador vivo, que todos os resultados prováveis desta alternativa de tratamento – mesmo sendo esta a melhor opção pra quem vem sobrevivendo nas máquinas de hemodiálise – sejam expostos e reiterados aos sujeitos que se submeterão ao procedimento de transplante.

O desejo sublimado da boa ação do doador, a ânsia pelo reestabelecimento da saúde e por maior autonomia de vida por parte do receptor, bem como a avaliação e decisão médica de realizar o procedimento – ambicionada pela promoção da cura derivada da competência e habilidade do conhecimento técnico – não devem ultrapassar os limites de cada envolvido como um todo, uma vez que se compreenda o sujeito como biopsicossociocultural.

Existem, entretanto, questionamentos que devem ser pautados como premissas para prosseguir ou não, na evolução de um transplante de órgãos intervivos. Pois, o fato é que: por um lado existe a crença da “melhor saída” para o receptor, mas por outro, há apenas a possibilidade mais indicada – e como certo mesmo só existe o fato de que após retirado o rim do doador, uma ação irreversível se instaura. Para Feijoo (*in* Angerami-Camon, 2002), agir éticamente é agir da melhor forma dentro das possibilidades de ação. E é nesta discussão que se avança a seguir.

### **2.1.5 A ética e a bioética: uma discussão sobre o doador vivo**

Como não se pode negar, as situações de alta complexidade no âmbito da saúde se apresentam muitas vezes como dilemas éticos que suscitam um traçado de como se deve proceder.

Ao se pensar que ética constitui um espaço de liberdade dentro daquilo que se deve e se pode fazer, como refletir as indagações de Feijoo (in Angerami-Camon, 2002) quanto ao significado de agir eticamente: ética segundo a razão ou ética segundo a paixão? Como atuar quando a ambiguidade da angústia humana está presente na decisão que implica contradições? Entretanto, o homem ético se dá conta de que não é possível ignorar as exigências, as normas e convenções do externo, estando ele aprisionado aos limites estabelecidos pelo social, complementa a autora.

Resgatando a história da filosofia moral, Sócrates, após ter ignorado a ética absolutista em prol do ato pela paixão se justificou com o seguinte raciocínio:

não devemos permitir que nossas decisões sejam afetadas pela nossa emoção. Importa que equacionemos o problema e em face dele nos definamos com ponderação. Devemos tratar de reunir os fatos e de conservarmos claro o espírito[...] não é cabível solucionar os problemas recorrendo ao consenso, Devemos pensar em nós mesmos[...] cabe-nos indagar se aquilo que nos propomos é moralmente certo ou errado e não quais as consequências que teremos que arrastar, o que pensarão a nosso respeito ou como nos sentiremos (SÓCRATES apud FEIJOO, 2002, p. 16).

De fato decidir por uma conduta que se está em dúvida, principalmente quando se trata da promoção da saúde a um sujeito adoecido, ainda assim, talvez seja menos difícil quanto a tomada de decisão do fazer em relação àquele que é saudável em sua integralidade mas que em prol de outro, se submete a perda desta condição. Kierkegaard – em *O Desespero Humano* – é citado por Feijoo (in Angerami-Camon, 2002, p. 18) quando faz a seguinte afirmativa que se relaciona com tal discussão:

aos olhos do mundo, o perigo está em arriscar pela simples razão de poder perder. Evitar os riscos, eis a sabedoria. Contudo, não arriscar, que espantosa facilidade de perder aquilo que arriscando só dificilmente se perderia, a si próprio (KIERKEGAARD).

Todavia, na era da filosofia da ética, Feijoo relembra que desde a Idade Moderna que a racionalidade se sobrepõe a emoção e a vontade, passando a ética a ser uma questão de razão e tornando-se necessária a distinção entre fato e valor, ou seja, entre natureza e julgamento. A autora comenta que decidir pode implicar em justiça ou injustiça e como há sempre esses dois possíveis, daí a angústia no ato de julgar e decidir sobre os rumos da vida do outro ( FEIJOO *in* ANGERAMI-CAMON, 2002).

Chiattonne e Sebastiani (*in* Angerami-Camon, 2002) ressaltam que, em se tratando da medicina, ao longo do tempo, a influência da divisão cartesiana fez com que sua atenção passasse a concentrar-se à máquina corporal, negligenciando os aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença. Os autores apontam que o reducionismo que fixou-se no corpo doente, transformou-o em máquina que deve ser analisada em termos de suas peças e engrenagens alteradas, e que considerando o corpo como uma máquina com peças desfuncionantes, a medicina perdeu de vista o paciente como ser humano.

Por essa vertente, se reflete nesta pesquisa a questão da doação de um rim – uma peça – de um corpo que, sim, continuará funcionando, mas corpo este que é também composto de uma subjetividade que viverá esse processo e que cada vez menos deve ser compreendida fora de sua globalidade.

É de se admitir que embora existam muitas regras de conduta que regem as profissões, mais precisamente os profissionais da saúde, essas podem se mostrarem insuficientes frente a realidades específicas do cotidiano e que vão interferir na tomada de decisão, inclusive uma sociedade que possui direito de escolha quanto o que “fazerem com sua saúde”.

Segundo Amorim (*in* Urban, 2003) o Relatório Belmont foi criado em 1978/1979 a fim de instituir princípios bioéticos relacionados à experimentação com seres vivos. Mais à frente, com o intuito de que a bioética respaldasse a prática clínica e assistencial, e analisando os princípios morais a serem aplicados à biomedicina, em 1979 Beauchamp e Childress (apud Amorim *in* Urban, 2003) constituíram o princípalismo norte-americano - e que a partir de então passou a ser utilizado em muitos países da América - composto por: princípio da beneficiência; princípio da não maleficiência; princípio do respeito à autonomia e princípio da justiça.

Como descreve Amorim (*in* Urban, 2003) o princípio da beneficência refere-se primeiro a promoção do bem e segundo a evitar o mal, buscando numa situação de conflito, a maior porção possível de bem em relação ao mal. Uma ação que deve ser feita em benefício de outros como uma obrigação moral, visto no contexto médico como no sentido de agir no interesse do paciente.

Ao se supor que o médico que avalia as condições de saúde de um doador de rim e que verifica a compatibilidade clínica para efetuar o procedimento cirurgio de retirada do órgão para enxerto no receptor, de certa forma, estaria exercendo o princípio da beneficência. Presume-se que a promoção do bem ao receptor, seria proceder com a melhor alternativa de tratamento, o transplante, ao mesmo tempo evitando o mal que seria a permanência do doente renal crônico em alternativas de tratamento ineficazes caso já estivesse apresentando dificuldades de adesão à hemodiálise. Assim, a conduta médica se pautaria na avaliação risco/benefício. Seu compromisso seria, em primeira instância, com a saúde de seu o paciente.

No princípio da não-maleficiência há a obrigação de não causar danos intencionais. Envolve abstenção e não ação. Mas em se tratando deste princípio, como se pensar a situação da retirada de um órgão de um sujeito que está vivo, que consente o ato, mas que em seu psiquismo podem haver conflitos, medos e fantasias – em relação à decisão de doar – possivelmente comprometedores de saúde mental? Estaria este sujeito às vésperas de sofrer um mal eminente, permitido conscientemente por si, mas talvez, não como esse sujeito se reconheceria frente a seus conflitos psíquicos após o ato realizado? Se este princípio ético corresponde a evitar o mal e sendo este princípio comum à todos como menciona Amorim (*in* Urban, 2003), neste caso, a não evitação da maleficiência estaria posta. Uma vez que o sujeito pode sim tomar a decisão de doar em decorrência de motivações sociais ou deliberações familiares, mesmo que esteja ele alienado de suas representações subjetivas quanto à perda de um rim e que não vão de encontro com sua própria ética.

Aspectos inconscientes, tanto de profissionais como dos usuários clientes; dimensões culturais, fatores ontológicos e filogenéticos, irão constituir complexas contingências que irão se traduzir em atos e condutas. Uma vez que é impossível a vigência de um esperanto científico, a solução para o



manejo de ambientes e comportamentos tão complexos indica o exercício profissional realizado em equipe (AMORIM *in* URBAN, 2003, p.14).

Das habilidades e competências exigidas, a avaliação psicológica não corresponde às práticas médicas, assim como tantas outras atribuições que competem aos vários profissionais da equipe de saúde e que justificam a importância da sua multidisciplinariedade. Para que possa ser minimizada as situações que presumem conflitos psíquicos presentes e/ou futuros, cabe a atuação do psicólogo através do seu conhecimento técnico, e que dentro das possibilidades poderá sinalizar evidências para a causação do menor dano psíquico. Como Amorin (*in* Urban, 2003) salienta, tanto o princípio da beneficência e da não-maleficência faz uso de dados objetivos e científicos, mas também valida e coloca em plano de igualdade a dimensão subjetiva dos humanos envolvidos na situação.

Lepargneur (*in* Urban, 2003) descreve que o princípio da autonomia exprime a capacidade da pessoa em ser autora da norma moral que ela dever seguir, o que na bioética contemporânea exprime a capacidade da autodeterminação, sendo que “ nenhum ato médico pode ser praticado sem o consentimento do paciente, fora o caso em que seu estado torna necessário este ato ao qual ele não está em capacidade de consentir”<sup>11</sup>.

É possível perceber que no caso do doador de órgãos - por ser este um sujeito que dispõe de boa saúde física e mental em que é considerado apto a responder por seus atos - este princípio é obrigatoriamente respeitado, uma vez que sua autorização para o procedimento cirúrgico é indispensável para a efetivação da doação. Como sublinha Lepargneur (*in* Urban, 2003) o paciente pode recusar o ato, pedir prazo de reflexão ou solicitar parecer de outro profissional. Assim sendo, essas premissas equivalem refletir que um doador tem plenos direitos de decidir por doar e também voltar atrás, o que garante o respaldo médico em relação à sua ética profissional, mas não significa, que esteja sendo considerada a ética do sujeito para consigo mesmo frente a seu ato.

Na tentativa de traçar um conceito sobre justiça, Braga Filho (*in* Urban, 2003) menciona que dentro de tantas concepções possíveis, todas incluem a não distinção arbitrária entre as pessoas nos seus direitos e deveres básicos. Contudo, o

---

<sup>11</sup> Escritos da Carta Francesa do Paciente Hospitalizado de 1995.

autor enfatiza que a bioética passou a ser o paradigma na luta pela justiça na saúde, devendo o princípio da justiça ser oferecido como bem imaterial a todos, em todos os momentos da vida, independente de quaisquer discriminações ou privilégios que possam estar presentes. “Temos de partir do estado natural do homem, sem conceber superioridade ou inferioridade, seja ela física, cultural ou emocional” (BRAGA FILHO *in* URBAN, 2003, p. 35). Como sinaliza Martins (*in* Urban, 2003):

A lei deve contemplar os princípios da beneficência e não-maleficência para os receptores. Minimizar a não-maleficência para o doador vivo. Respeitar a autonomia das pessoas que em vida declinaram o desejo de ser ou não o doador de órgãos. Deve ainda respeitar a autonomia de familiares e distribuir os órgãos disponíveis de forma mais justa possível (princípio da justiça), (MARTINS *in* URBAN, 2003, p. 475).

Quando se relaciona a questão da escolha do familiar doador vivo, esta deve partir dos próprios envolvidos que se dispõe a tal ação. Quando existem algumas opções entre doadores da mesma família que possui o mesmo perfil de compatibilidade para a doação, caberia a decisão àquele que estivesse mais esclarecido e motivado - salvo suas razões e seus afetos que constituem cada sujeito - para seguir com os procedimentos, assegurando assim o princípio da autonomia em sua escolha e o princípio da justiça em que todos tem o mesmo direito de ir e vir. É portanto que, aos doadores vivos, Emed & Emed (*in* Urban, 2003) afirmam:

Deve receber toda a orientação, desde os riscos com referência aos exames até as complicações durante o per e pós-operatório e outras intercorrências decorrentes da doação. Consciente da plenitude da morbidade e da mortalidade, poderá decidir livre de todo o tipo de pressão (EMED & EMED *in* URBAN, 2003, p. 481).

Contudo, Braga Filho (*in* Urban, 2003) sintetiza a questão dos princípios da bioética ressaltando que estes não obedecem a qualquer relação hierárquica e,

existindo conflito, o fato e as circunstâncias definem a opção por um dos princípios. Para a questão que se debate nesta pesquisa, qualquer medida que venha aumentar o número de transplantes mas que não tenha compromisso ético é reprovável; este tem de ser um preceito fundamental (EMED & EMED *in* URBAN, 2003, p.483).

Sobre as pontuações feitas sobre a discussão da bioética, é preciso ressaltar a implicação dos familiares nesta questão. As decisões, as motivações e até a própria intenção da doação de um órgão se originam desta primeira instituição que se está intimamente ligado, a família. Em vista disso e de tudo o que abarcam as relações consangüíneas, mostra-se ser tão importante o debate mais amplo sobre a constituição dos laços familiares não somente sobre os aspectos do portador da doença renal crônica **que se esperança por** uma nova vida. Nesta pesquisa, se faz essencialmente necessário compreender aqueles que estão ao entorno do doente, que se relacionam numa proximidade de maior envolvimento, a família.

## 2.2 FAMÍLIA: E SUAS RELAÇÕES

Cabe então ressaltar que não se pode deixar de visar quem está ao redor De cada humano no mundo. O pai da psicanálise contribuiu para este entendimento ao fazer algumas considerações sobre o psiquismo do sujeito na relação com o outro. Para Freud (1920-1922)<sup>12</sup>, a psicologia individual refere-se ao homem tomado individualmente e explora os caminhos pelos quais ele busca encontrar satisfação para seus impulsos pulsionais; apenas raramente e sob certas condições excepcionais, a psicologia se acha em posição de desprezar as relações desse indivíduo com os outros. Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do sujeito, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado, mas inteiramente

---

<sup>12</sup> Das obras psicológicas de Freud publicadas entre os anos de 1920 e 1922, vol. XVIII denominado como “Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupo e outros Trabalhos. Editora IMAGO- 2006.

justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social (FREUD, 1920-1922).

As relações de um indivíduo com os pais, com os irmãos e irmãs, com o objeto de seu amor e com seu médico, na realidade, todas as relações que até o presente constituíram o principal tema da pesquisa psicanalítica, podem reivindicar serem consideradas como fenômenos sociais, e, com respeito a isso, podem ser postas em contraste com certos outros processos, por nós descritos como 'narcisistas', nos quais a satisfação das pulsões é parcial ou totalmente retirada da influência de outras pessoas. (FREUD, 1920-1922, p. 44).

O respeitável teórico ao citar Le Bon na obra "Psychologie des foules" [1855 – tradução de 1920] em seu texto Psicologia de Grupo e outros trabalhos (1920) concorda que a vida consciente da mente é de pequena importância, em comparação com sua vida inconsciente. Para Le Bon os atos conscientes são o produto de um substrato inconsciente criado na mente, principalmente por influências hereditárias. Esse substrato consiste nas inumeráveis características comuns, transmitidas de geração a geração, que constituem o gênio de uma raça. Por detrás das causas confessadas desses atos jazem indubitavelmente causas secretas que não são confessadas, mas por detrás dessas causas secretas existem muitas outras mais secretas ainda, ignoradas pelo próprio eu. "A maior parte de nossas ações cotidianas são resultados de motivos ocultos que fogem à nossa observação" (LE BON - Ibid., 30 -1920 citado por FREUD, 1920 - 1922).

Outra colocação Leboniana (1920) sobre os sujeitos e suas relações é trazida por Freud (1920-1922). Le Bon acredita que eles – os sujeitos – também apresentam novas características que não possuíam anteriormente e o autor busca a razão disso em três fatores diferentes: num grupo, todo sentimento e todo ato são contagiosos, e contagiosos em tal grau, que o indivíduo prontamente sacrifica seu interesse pessoal ao interesse coletivo, ou seja, trata-se de aptidão bastante contrária à sua natureza e da qual um homem dificilmente é capaz, exceto quando faz parte de um grupo. Corroborando com Le Bon, Freud complementa: "Aludo àquela sugestibilidade, da qual, além disso, o contágio acima mencionado não é mais do que um efeito" (FREUD, 1920-1922, p. 46)

[...] um indivíduo pode ser colocado numa condição em que, havendo perdido inteiramente sua personalidade consciente, obedece a todas as sugestões do operador que o privou dela e comete atos em completa contradição com seu caráter e hábitos.[...] um indivíduo imerso por certo lapso de tempo num grupo em ação, cedo se descobre - seja em consequência da influência magnética emanada do grupo, seja devido a alguma outra causa por nós ignorada - num estado especial, que se assemelha muito ao estado de 'fascinação' em que o indivíduo hipnotizado se encontra nas mãos do hipnotizador. [...] A personalidade consciente desvaneceu-se inteiramente; a vontade e o discernimento se perderam. Todos os sentimentos e o pensamento inclinam-se na direção determinada pelo hipnotizador (FREUD, 1920-1922, p. 46).

Quando aqui é exposto o pensamento de Freud com relação ao sujeito em grupo, seja este grupo familiar, social ou de trabalho, se pode compreender a dinâmica de funcionamento do psiquismo diante do externo que lhe afeta. Freud (1920-1922) diz que sob a influência da sugestão, os grupos também são capazes de elevadas realizações sob forma de abnegação, desprendimento e devoção a um ideal. Ao passo que com os indivíduos isolados o interesse pessoal é quase a única força motivadora, nos grupos ele muito raramente é proeminente. O autor novamente reitera Le Bon (1920) quando menciona que os grupos nunca ansiaram pela verdade. Exigem ilusões e não podem passar sem elas. Constantemente dão ao que é irreal precedência sobre o real; são quase tão intensamente influenciados pelo que é falso quanto pelo que é verdadeiro. Possuem tendência evidente a não distinguir entre as duas coisas (LE BON 1920 - *ibid.*, 77 citado por FREUD, 1920-1922, p.49).

Sendo a família o grupo social primário do sujeito e sendo esta uma instituição a qual seus membros são, de uma forma ou de outra, relacionados diretamente as primeiras experiências de afetividade que se estabelece, se pode refletir não somente quanto a influência de concepções de vida que é passada de geração em geração, mas do abalo inevitável que os laços afetivos evocam nesta relação.

No entanto, é relevante trazer para um melhor entendimento do que move internamente o sujeito em suas ações, o conceito de Freud sobre a libido. O autor ressalta em sua obra que libido é uma expressão extraída da teoria das emoções.

Damos esse nome à energia, considerada como uma magnitude quantitativa (embora na realidade não seja presentemente mensurável),

daqueles instintos [pulsões] que têm a ver com tudo o que pode ser abrangido sob a palavra 'amor'. O núcleo do que queremos significar por amor consiste naturalmente [...] no amor sexual, com a união sexual como objetivo. Mas não isolamos disso - que, em qualquer caso, tem sua parte no nome 'amor' -, por um lado, o amor próprio, e, por outro, o amor pelos pais e pelos filhos, a amizade e o amor pela humanidade em geral, bem como a devoção a objetos concretos e a idéias abstratas. [...] essas tendências constituem expressão dos mesmos impulsos instintuais [pulsionais]; nas relações entre os sexos, esses impulsos forçam seu caminho no sentido da união sexual, mas, em outras circunstâncias, são desviados desse objetivo ou impedidos de atingi-lo, embora sempre conservem o bastante de sua natureza original para manter reconhecível sua identidade [...] (FREUD, 1920-1922, p.56).

Segundo Freud (1920-1922) a psicanálise dá a essas pulsões o nome de pulsões sexuais, em razão de sua origem, mas, adverte que qualquer pessoa que considere o sexo como algo mortificante e humilhante para a natureza humana está livre para empregar as expressões mais polidas 'Eros' e 'erótico'. O autor expõe que não poderia ver mérito algum em se ter vergonha do sexo; a palavra grega 'Eros', destinada a suavizar a afronta, ao final nada mais é do que tradução de nossa palavra alemã *Liebe* [amor], e finalmente, aquele que sabe esperar não precisa fazer concessões. (FREUD, 1920-1922, p. 57)

De uma forma mais amena diante das considerações acerca da expressão acima discutida, Freud supõe no mesmo texto que as relações amorosas (ou, para empregar expressão mais neutra, os laços emocionais) constituem também a essência da mente grupal.

As provas da psicanálise demonstram que quase toda relação emocional íntima entre duas pessoas que perdura por certo tempo - casamento, amizade, as relações entre pais e filhos - contém um sedimento de sentimentos de aversão e hostilidade, o qual só escapa à percepção em consequência da repressão (...) Quando essa hostilidade se dirige contra pessoas que de outra maneira são amadas, descrevemo-la como ambivalência de sentimentos e explicamos o fato, provavelmente de maneira demasiadamente racional, por meio das numerosas ocasiões para conflitos de interesse que surgem precisamente em tais relações mais próximas. (FREUD, 1920-1922, p.63).

É, portanto, diz o autor, que enquanto uma formação de grupo persiste ou até onde ela se estende, os indivíduos do grupo comportam-se como se fossem uniformes, toleram as peculiaridades de seus outros membros, se igualam a eles e

não sentem aversão por eles. Seria, para Freud (1920-1922) uma tal limitação do narcisismo, e só pode ser produzida por um determinado fator, um laço libidinal com outras pessoas. O amor por si mesmo só conhece uma barreira: o amor pelos outros, o amor por objetos. (FREUD, 1920-1922, p.63). Assim, a libido se liga à satisfação das grandes necessidades vitais e escolhe como seus primeiros objetos as pessoas que têm uma parte nesse processo.

E mais uma vez fica claro o quão carregado de envolvimento involuntários - se assim poderia se denominar as demonstrações da paixão e da razão - se percebe nas relações familiares. Seria talvez, em função desta inevitável dinâmica que entrelaça os membros de uma família que se poderia compreender o motivo, por exemplo, de haverem tolerância e sacrifícios nas situações entre consangüíneos.

Em se tratando da doação de órgãos entre familiares, talvez possa-se atrever a fazer uma analogia com os escritos de Freud através da contribuição de Uryn (*in* Mello Filho, 1992) que aponta que o doador tem sempre motivos latentes e manifestos para expressar o desejo de doar, que são objetos propulsores da realização deste ato. (URYN *in* MELLO FILHO, 1992, p. 279).

Sobretudo, se faz pertinente frizar o sábio pensamento de Freud na obra teórica aqui mencionada o qual entende que no desenvolvimento da humanidade como um todo, só o amor irá atuar como fator civilizador, no sentido de ocasionar a modificação do egoísmo<sup>13</sup> em altruísmo<sup>14</sup>. Para Freud, nos grupos, o amor a si mesmo narcisista está sujeito a limitações que não atuam fora deles, isso é prova irresistível de que a essência de uma formação grupal consiste em novos tipos de laços libidinais entre os membros do grupo. (FREUD, 1920-1922, p.64).

Quando se pensa em familiares que se disponibilizam a doar um de seus órgãos para um parente, poderia ser compreensível que este ato se dá em função do amor existente entre esses sujeitos. Neste caso, quem doa não relutaria em não permanecer em si, pois sua satisfação pulsional é destinada em fazer uma

---

<sup>13</sup> Investimento libidinal em si próprio como forma de satisfação pulsional o que configura o narcisismo.

<sup>14</sup> Investimento de libido objetal em que a ação do sujeito se destina ao bem da sociedade e que conscientemente apresenta-se desprovida de interesse próprio; onde a satisfação narcísica se demonstra quando há o reconhecimento dos outros pela ação realizada; mecanismo de defesa denominado sublimação.

boa ação àquele que recebe uma parte do seu corpo, àquele que fora eleito como seu objeto de amor.

Após essa importante contribuição que Freud deixou em sua obra sobre como se dão os laços emocionais entre sujeitos que convivem por um determinado vínculo ou objetivo, serão abordados agora aspectos relacionais de grupos, mais precisamente, do grupo familiar que se defronta com a necessidade de dispensar cuidados de saúde permanentes para um de seus entes.

Não se pode deixar de ressaltar que um portador de doença crônica na família demanda certos cuidados que venham de algum familiar, geralmente próximo, que se dispuser a essa sistemática e rotineira tarefa. Ao sujeito adoecido, além dos cuidados necessários em função de seu quadro clínico, presume-se que seu psiquismo tende a estar por vezes regredido e desejante ainda mais daquilo que lhe falta. Uma mulher que o alimento - tipo anaclítico de escolha de objeto de amor mencionado por Freud (1914) - talvez fosse a principal busca da saciação de seu eu, pois supõe-se que de sua condição debilitada, advém uma necessidade maior de afeto, zelo e segurança. Uma espécie de função de maternagem onde aquele que reúne estas aptidões remeteria o sujeito às experiências de satisfação que ocorrem nos primeiros dias da vida.

Segundo Laham (*in* Quayle e Souza de Lucia, 2007) nos escritos sobre cuidadores, a maioria destes é do sexo feminino e, quanto ao parentesco existente entre elas e os pacientes, são com maior frequência esposas e filhas. A autora relata que a mulher assume os cuidados ainda que trabalhe fora, acumulando funções mas que os homens que se engajam nessas atividades, apesar de representarem um número menor, prestam cuidado com muita eficiência. Quando assumem esse papel, a pessoa tem uma série de tarefas a cumprir, de acordo com o grau de dependência que o doente se encontra.

Laham *in* Quayle e Souza de Lucia (2007) atenta que diante de tantos afazeres o cuidador fica sobrecarregado, ainda alega que estudos assinalam que algumas das doenças encontradas entre os cuidadores são: depressão, ansiedade e outros quadros psiquiátricos além de queixas somáticas. Como a autora bem coloca, muito da insatisfação do cuidador deve-se à sobrecarga de tarefas que experimenta e que pode traduzir em intolerância com o paciente, principalmente para os portadores de doenças crônicas, em que não há previsão de término na administração de cuidados e na maioria das vezes evoluem para o aumento da



necessidade de cuidado. Outro fator que é considerado pelo mesmo autor, é de que a forma como ocorreu a relação entre paciente e cuidador anteriormente à instalação do quadro da doença, influencia na qualidade da prestação de cuidados, havendo uma tendência a que estes sejam mais bem administrados quando o relacionamento foi satisfatório.

Portanto, há de se ponderar a possibilidade eminente do fator iatrogênico – alterações de novas doenças em decorrência da medicação ou terapêutica utilizada na doença atual - principalmente quando se trata de uma doença crônica como a insuficiência renal e suas alternativas de tratamento, dentre as quais nesta pesquisa, se dá ênfase àquela que demanda a doação de um rim daquele que é supostamente sadio a um outro adoecido.

### 2.3 ADOECIMENTO FÍSICO E O ADOECIMENTO PSÍQUICO

Entre os fenômenos desencadeados frente à instauração de uma doença e a alteração da condição integral da saúde, deve-se considerar o sujeito em sua esfera biopsicossocial. Tanto nas patologias agudas quanto crônicas, em procedimentos médicos superficiais até os mais invasivos, podendo incidir consequências orgânicas como desencadear processos psíquicos mais complexos, que antes do ocorrido estavam latentes.

Quando se trata de uma intervenção médica de ampla magnitude, geralmente não há certezas quanto a garantia de sucesso pós-procedimento. Na sobrevivência de pacientes com doenças graves, os riscos sempre estarão eminentes. Mas, se de fato há uma **única melhor** alternativa para tentar reestabelecer ao máximo a qualidade de vida na saúde de um paciente, os esforços, por vezes transcendem a equipe de profissionais, abrangendo principalmente os familiares e pessoas com vínculo afetivo significativo com o paciente, como por exemplo, no caso da necessidade de transplante e da doação de órgãos.

Para Moretto, quando se trata de um transplante de órgãos, há por parte do receptor um conflito diante da oferta de um transplante, pois, como se refere a autora; “é um favor que é também esperança, é uma estranheza que é

também gratidão, é um alto risco que é também uma grande chance, é uma possibilidade de morte que é também a via do renascimento” (MORETTO *in* Quayle e Souza de Lucia, 2007, p.120).

A mesma autora chama este conflito de impasse e o define assim por ser uma “situação difícil de que parece impossível boa saída” (ibid. p.121). Desta forma, aceitar um transplante é uma boa saída, pelo menos do ponto de vista racional por parte do receptor, porque não se pensar também na situação conflituosa do doador vivo de órgãos, sendo que seu ato de doar não garante resultados positivos no organismo de quem recebe? Conforme a autora menciona, o impasse só é impasse porque não é puramente racional e que só existe porque há um psiquismo que é soberano e que faz com que as pessoas sejam assaltadas por aquilo que, ainda que sendo delas, e estando nelas, jamais tinha chegado à esfera do pensamento (MORETTO *in* QUAYLE e SOUZA DE LUCIA, 2007).

Em se tratando desta pesquisa em que os sujeitos estudados são aqueles que se candidatam a doadores vivos de rim, estes por sua vez, devem se encontrar, em princípio, numa condição relativa de integridade de saúde física. Entretanto, vale salientar que estes mesmo sujeitos, quando aptos a doarem seu órgão - neste caso, o rim - necessitarão passar por um procedimento cirúrgico chamado de nefrectomia, logo, por procedimentos de intervenção médica e internação hospitalar. Mas e os aspectos psicológicos destes sujeitos frente a esta nova situação?

Moretto (*in* Quayle e Souza de Lucia, 2007) aponta que não se deve afastar o psiquismo do corpo, pois o corpo humano nunca é para o próprio sujeito puramente um corpo, livre de representações psíquicas dele mesmo. A autora ainda ressalta que há uma distância entre o corpo tal como ele é e o corpo representado.

É esta a distância entre o corpo real e o corpo simbólico que faz com que compreendamos um fenômeno muito comum que ocorre com um grande número de pessoas que “passam mal” ao assistirem uma cirurgia ou a uma intervenção médica no corpo humano aberto. Embora os fenômenos do corpo humano sejam a mais fantástica expressão de natureza, o fato de o corpo real ser investido de representações simbólicas faz com que a relação do homem com o seu corpo seja desnaturada. (MORETTO, *in* QUAYLE e SOUZA de LUCIA, 2007, p. 122).

Somadas a estas colocações, a mesma autora lembra que é no momento que a distância entre o corpo real e o corpo simbólico fica ameaçada, que o homem vivencia um impacto que é nomeado de angústia. Menciona ainda que enquanto o sujeito não lembra de seus órgãos, vai tudo bem pra ele, mas quando o órgão dá sinais que chamam a atenção, eis o impacto, a estranheza, a angústia.

Logo, se pode pensar que a doença implica em perda; perda da condição de saúde a qual se reconhecia anteriormente. Neste trabalho, a pesquisa não se foca nos sujeitos que possuem a doença renal crônica e que sofrem de um adoecimento contínuo, mas no familiar que ao se candidatar a **doar** uma parte de seu corpo para o outro, experencia **perder** algo de si e **dar** algo de si.

## 2.4 PERDER E DAR: O ATO DE DOAR

### 2.4.1 O movimento narcísico

São abordadas agora, as considerações de Freud sobre o termo narcisismo, um dos conceitos que compõe o cerne da teoria psicanalítica, e cuja compreensão apresenta fundamentos pertinentes as ações e motivações do sujeito consigo próprio e com suas relações objetais. Segundo Freud (1914-1916) o termo narcisismo deriva da descrição clínica e foi escolhido por Paul Näcke em 1899 para denotar a atitude de uma pessoa que trata seu próprio corpo da mesma forma pela qual o corpo de um objeto sexual é comumente tratado. Mas Freud usa o termo de forma diferente, o narcisismo é o complemento libidinal do egoísmo da pulsão de autopreservação, que, em certa medida, pode justificavelmente ser atribuído a todos os sujeitos. (FREUD, 1914).

Como considera o autor em seu texto “Sobre o narcisismo: uma introdução” de 1914, há uma catexia libidinal original do ego, parte da qual é posteriormente transmitida a objetos, mas que fundamentalmente persiste e está relacionada com as catexias objetais. Tudo que se pode observar são emanações dessa libido - as catexias objetais, que podem ser transmitidas e retiradas novamente. Freud (1914) também descreve a existência de uma antítese entre a libido do ego e a libido objetal, pois quanto mais uma é empregada, mais a outra se

esvazia. No tocante à diferenciação das energias psíquicas, o autor diz que se pode chegar à conclusão de que, para começar, durante o estado de narcisismo, tanto a libido do ego quanto a libido objetal existem em conjunto, sendo uma análise demasiadamente tosca para estabelecer uma distinção entre elas nesse momento. Somente quando há catexia objetal é que é possível discriminar uma energia sexual - a libido - de uma energia das pulsões do ego. (FREUD, 1914).

O autor ressalta que se tende a supor que o ego não pode existir no indivíduo desde o começo; o ego tem de ser desenvolvido. As pulsões auto-eróticas, contudo, ali se encontram desde o início, sendo, portanto, necessário que algo seja adicionado ao auto-erotismo - uma nova ação psíquica - a fim de provocar o narcisismo, ou seja, algo a se investir de libido e então retornar, mesmo que seja ao próprio eu (FREUD, 1914).

Ao avaliar a influência da doença orgânica sobre a distribuição da libido – energia sexual - o autor aceita de forma natural uma sugestão que lhe fora feita verbalmente por Sándor Ferenczi de que, uma pessoa atormentada por dor e mal-estar orgânico deixa de se interessar pelas coisas do mundo externo, na medida em que não dizem respeito a seu sofrimento.

Uma observação mais detida nos ensina que ela (a doença orgânica) também retira o interesse *libidinal* de seus objetos amorosos: enquanto sofre, deixa de amar. A banalidade desse fato não justifica que deixemos de traduzi-lo nos termos da teoria da libido. Devemos então dizer: o homem enfermo retira suas catexias libidinais de volta para seu próprio ego, e as põe para fora novamente quando se recupera. [...] A maneira pela qual os sentimentos de quem ama, por mais fortes que sejam, são banidos pelos males corpóreos, e de súbito substituídos por uma indiferença completa, constitui um tema que tem sido consideravelmente explorado. (FREUD, 1914, p.89).

Aí então se pode concluir que o desinvestimento libidinal no mundo se torna muito previsível naqueles portadores de uma doença crônica como a insuficiência renal, principalmente nos momentos que o tratamento de hemodiálise já apresenta as amarguras rotineiras dos procedimentos, e quando estes, já no desgaste de sua ineficiência causam a dor no corpo, o resguardo narcísico, e supostamente a indisposição da alma. Numa situação como essa, talvez nem ao cuidador, nem ao doador – considerando-os como objeto de amor - se reserve alguma energia que esse sujeito adoecido possa investir.

Freud, em seus escritos de 1914, aborda a questão de saber o que torna absolutamente necessário para a vida mental do sujeito, ultrapassar os limites do narcisismo e ligar a libido a objetos. Essa necessidade surge quando a catexia do ego com a libido excede certa quantidade. Um egoísmo forte constitui uma proteção contra o adoecer, mas, num último recurso, o sujeito deve começar a amar a fim de que não adoça, pois se está destinado a cair doente se, em consequência da frustração, for incapaz de amar. O autor ainda ilustra sua obra ao trazer os versos do quadro que Heine traça sobre a psicogênese da Criação; “Imagina-te Deus dizendo”: ‘A doença foi sem dúvida a causa final de todo anseio de criação. Criando, pude recuperar-me; criando tornei-me saudável’<sup>15</sup>. (NEUE, ‘SCHOPFUNGSLIEDER VII’ citado por FREUD, 1914, p.92)

Com relação a dinâmica da libido, Freud relata que em pessoas cujo desenvolvimento libidinal sofreu alguma perturbação, há uma procura inequivocamente de si mesmas como um objeto amoroso, e exibem um tipo de escolha objetal que deve ser denominado ‘narcisista’. Nessa observação, o autor afirma ter o mais forte dos motivos que o levou a adotar a hipótese do narcisismo, o que fica esquematicamente demonstrado a seguir:

O que eu disse até agora à guisa de indicação pode ser concluído por um breve sumário dos caminhos que levam à escolha de um objeto. Uma pessoa pode amar:

- (1) Em conformidade com o tipo narcisista:
    - (a) o que ela própria é (isto é, ela mesma),
    - (b) o que ela própria foi,
    - (c) o que ela própria gostaria de ser,
    - (d) alguém que foi uma vez parte dela mesma.
  - (2) Em conformidade com o tipo anaclítico (de ligação):
    - (a) a mulher que a alimenta,
    - (b) o homem que a protege.
- (FREUD, 1914, pg. 97).

Ao se pensar que há uma estrutura psíquica formada no sujeito desde suas primeiras experiências de vida e que a reedição do funcionamento deste psiquismo se atualiza na forma como se lida com os acontecimentos do cotidiano, é possível supor o ato de doar como dar algo de si para o objeto amado retornando,

---

<sup>15</sup>Versão literal: Krankheit ist wohl der letzte Grund Des ganzen Schöpferdrangs gewesen; Erschaffend konnte ich genesen, Erschaffend wurde ich gesund. [Neue, ‘Schopfungslieder VII].

este ato, em satisfação narcísica para o eu que doa. Afinal, dar algo de si para àquele que possui a representação de um ideal de si - e por isso objeto de amor, amor ao que falta em si, amor ao que se queria ser, amor àquele que se acredita ter o que se precisa – seria dar amor a si mesmo.

Isto é percebido também, quando se presta a atenção na atitude de pais afetuosos para com os filhos, tem de se reconhecer que esta é uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo, que há muito abandonaram diz Freud (1914). O autor considera que o indicador digno de confiança constituído pela supervalorização, que já se reconhece como um estigma narcisista no caso da escolha objetal, domina sua atitude emocional. Assim eles se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho - o que uma observação sóbria não permitiria - e de ocultar e esquecer todas as deficiências dele. “O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior” (FREUD, 1914).

Contudo, o teórico atenta para que os impulsos pulsionais libidinais sofrem a vicissitude do recalçamento patogênico quando entram em conflito com as idéias culturais e éticas do sujeito. Para o ego, a formação de um ideal seria o fator condicionante do recalçamento, e ainda completa o autor:

Esse ego ideal é agora o alvo do amor de si mesmo (*self-love*) desfrutado na infância pelo ego real. O narcisismo do indivíduo surge deslocado em direção a esse novo ego ideal, o qual, como o ego infantil, se acha possuído de toda perfeição de valor. Como acontece sempre que a libido está envolvida, mais uma vez aqui o homem se mostra incapaz de abrir mão de uma satisfação de que outrora desfrutou. Ele não está disposto a renunciar à perfeição narcisista de sua infância; e quando, ao crescer, se vê perturbado pelas admoestações de terceiros e pelo despertar de seu próprio julgamento crítico, de modo a não mais poder reter aquela perfeição, procura recuperá-la sob a nova forma de um ego ideal. O que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal. (FREUD, 1914, p. 100).

Quando um ato de bem ao outro é realizado, e porque não dizer um ato de compaixão ao próximo, se pode novamente atrever-se a traçar um paralelo com a próxima afirmação de Freud (1914) quando diz que se é, naturalmente, levado a

examinar a relação entre essa formação de um ideal e a sublimação. A sublimação é um processo que diz respeito à libido objetual e consiste no fato da pulsão se dirigir no sentido de uma finalidade diferente e afastada da finalidade da satisfação sexual; nesse processo, a tônica recai na deflexão da sexualidade. Ou seja, a sublimação pode até, parecer conscientemente, um mecanismo desprovido de interesse de satisfação pra si, pois o ato do sujeito é destinado a um bem social. Entretanto, é o fato de estar fazendo algo pelo outro e o reconhecimento disso no mundo, que efetiva o ato sublimado investido de libido objetual em retorno a própria satisfação narcísica para o sujeito.

Laham (*in* Quayle e Souza de Lucia, 2007) enfatiza a existência da satisfação na administração dos cuidados com o familiar doente. Quando a autora cita seu próprio estudo anterior (2003), demonstra ser muito comum o ganho narcísico de cuidar, incluindo-se aí o se sentir útil, fazer o bem, perceber que a melhora e a sobrevivência do paciente dependiam dele, do cuidador. Aparece aí um reconhecimento e o despertar do narcisismo.

Retomando as contribuições do pai da psicanálise, Freud (1914) assinala que a auto-estima depende intimamente da libido narcísica. O autor diz ser fácil observar que a catexia objetual libidinal não eleva a auto-estima. A dependência ao objeto amado tem como efeito a redução daquele sentimento: uma pessoa apaixonada é humilde. Um sujeito que ama priva-se, por assim dizer, de uma parte de seu narcisismo, que só pode ser substituída pelo amor de outra pessoa por ele. Sob todos esses aspectos, a auto-estima parece ficar relacionada com o elemento narcísico do amor (FREUD, 1914, p.105). Nesse caso, se o transplante der certo, haverá o retorno da libido em forma de saúde e de reconhecimento.

Na tentativa de mais uma articulação com o fenômeno de doar algo de si - neste caso um pedaço de mim no outro, na comunhão carnal, o ego emite as catexias objetuais libidinais, tornando-se empobrecido em benefício dessas catexias. Do mesmo modo que o faz em benefício do ideal do ego, se enriquece mais uma vez a partir de suas satisfações no tocante ao objeto, do mesmo modo que o faz, realizando seu ideal. Freud (1914) menciona que uma parte da auto-estima é primária (o resíduo do narcisismo infantil) e a outra parte decorre da onipotência que é corroborada pela experiência (a realização do ideal do ego) - se pode então supor que aqui se engrandece no ato de doar; o ideal de ser bom para o próximo. Logo,

quando o autor diz que uma terceira parte provém da satisfação da libido-objetal – portanto - que se doa porque o outro é amado.

Outra observação interessante que Uryn (*in* Mello Filho, 1992) menciona em seus escritos sobre transplantes renais e que possibilita uma reflexão que corrobore com o postulado de Freud - sobre a falta de satisfação na medida em que um ideal não se realiza e assim transformando-se em sentimento de culpa – é que o sofrimento do doente renal crônico é intenso e então o doador propõe-se a ajudá-lo. A generosidade unida aos demais fatores, encobre motivações reais e decisórias que, quando não realizadas, podem trazer grandes frustrações ( URYN *in* MELLO FILHO, 1992, p. 280). A autora ainda completa ao constatar que um dos fatores de motivação para oferta de órgãos pode ser a **reparação**, quando o doador busca expiar alguma culpa, sentindo-se compensado ao ajudar alguém.

Contudo, entre tantos fatores possíveis que podem engendrar fenômenos psíquicos diante da situação da doação de órgãos, não se deve deixar de considerar as alterações da **imagem corporal** que possam ser vivenciadas pelo doador após os procedimentos de retirada do órgão. Mesmo que o rim - que é um órgão interno - não expresse visivelmente uma falta, o sujeito pode desencadear algumas sensações com relação ao corpo que tinha antes da nefrectomia<sup>16</sup> e após esse procedimento invasivo.

#### 2.4.2 A imagem corporal

Para falar deste tema, Shilder (1999) diz ser importante estudar a estrutura libidinal da imagem corporal pois ela é parte integrante da história vital interna do indivíduo, e para melhor compreender, é preciso considerar o desenvolvimento libidinal desde o início da infância.

Desde que a criança começa a ter uma impressão clara do mundo externo, surge uma percepção total de seu corpo, como sendo algo oposto ao mundo externo. Neste momento a figuração do corpo é reestruturada na forma de

---

<sup>16</sup> Cirurgia para remoção do rim.



um narcisismo secundário<sup>17</sup>. O narcisismo é visto como um grande reservatório que empresta parte de seu conteúdo para os objetos” (SHILDER, 1999, p. 134).

Ledoux nos escritos sobre a *Introdução à Obra de Françoise Dolto* (1991) explicita que a imagem inconsciente do corpo não é o corpo fantasiado, mas um lugar inconsciente de emissão e recepção das emoções, inicialmente focalizado nas zonas erógenas de prazer (LEDOUX, 1991, p. 84). A imagem inconsciente do corpo, individual, está ligada a história pessoal, a uma relação libidinal marcada por sensações erógenas eletivas, e se utiliza o autor: “a imagem do corpo, é aquilo em que se inscrevem as experiências relacionais da necessidade e do desejo, valorizadoras e/ou desvalorizadoras” e complementa que: “se o lugar, a fonte das pulsões, é o esquema corporal, o lugar de sua representação é a imagem do corpo” (DOLTO, 1984 apud Ledoux, 1991, p. 85).

Sublinhado isto, Shilder (1999, p. 139) destaca como as zonas erógenas são representadas na imagem corporal.

A importância psicológica de todos os orifícios do corpo é óbvia, já que, através deles, temos nosso contato mais íntimo com o mundo. Através, deles ingerimos ar, alimento e produtos sexuais; por meio deles ejetamos urina, produtos sexuais, fezes e ar (SHILDER, 1999).

Segue o autor ao distinguir os pontos no modelo postural do corpo, sendo estes pontos, ao mesmo tempo, locais de importância erótica. O sujeito em que um desejo parcial se encontra aumentado, sentirá determinado ponto do corpo, a zona erógena particular pertencente ao desejo, no centro de suas imagens corporais. É como se a energia fosse acumulada em determinados pontos. Há linhas de energia conectando os diferentes pontos erógenos, promovendo variações na estrutura da imagem corporal segundo as tendências psicosexuais do indivíduo (SHILDER, 1999).

---

<sup>17</sup> O narcisismo primário é o processo que ocorre no início da vida na célula mãe/bebê em que não a diferenciação para a criança entre o que é ela/dela e o que é o outro. No narcisismo secundário o sujeito não se vê mais como uma unidade junto ao objeto de investimento libidinal, percebendo que é um outro separado e que a libido investida no objeto retorna pra si.

O autor coloca que quando determinado órgão adocece, prepara o terreno para aqueles conflitos psíquicos que, por outro lado, servem para influenciar este mesmo órgão. O fato de sofrer uma doença orgânica modificará não somente o lado perceptivo do modelo postural do corpo, como também sua estrutura libidinal. Essa estrutura por sua vez, é construída não apenas do interesse que o sujeito tem pelo corpo, mas também através do interesse demonstrado pelos outros, através de ações ou simplesmente por meio de palavras e atitudes.

Uma outra questão explicada por Silder (1999) é a do sadismo. Segundo ele, este mecanismo de funcionamento psíquico é o ponto de união entre tendências libidinais e egóicas, que ainda tentam preservar o corpo. O autor reforça que o indivíduo sabe que, para sua própria preservação, para seu próprio significado e existência, o *tu* é necessário e a tendência à autopreservação é então imediatamente ligada à tendência à preservação dos outros. Portanto seria supostamente compreensível se alguém – quando no ato de doar um órgão como alternativa de restabelecimento da saúde alheia – estivesse mantendo a sobrevivência do outro cuja continuação da vida sustenta a preservação da sua própria existência.

Qualquer libido ou energia dos desejos do ego só pode aparecer em conexão com o objeto. Quando vivemos estamos sempre voltados para esse mundo. Há sempre uma pessoa e as atitudes dessa pessoa. Uma atitude é uma atitude para algo. Uma energia não pode existir isoladamente (SHILDER, 1999, p. 137).

Mas, como traz o autor: qual seria o objeto para qual a pulsão é dirigida? A libido narcisista tem como objeto a **imagem corporal**. Logo, nosso corpo é percebido da mesma forma que percebemos os objetos no mundo. O corpo e o mundo são experiências interconectadas, estão em constante intercâmbio, embora afirme ser mais fácil perceber uma parte do corpo no mundo do que uma parte do mundo no corpo. Conforme Capisano (*in* Melo Filho & Buro, 2010), o indivíduo estaria sempre voltado para o mundo externo, na expectativa da aquisição de novos dados, para a construção de sua imagem corporal através de erros e acertos guiados pela experiência.

Contudo, aquilo que as pessoas que o cercam fazem com seu próprio corpo também tem enorme importância, reitera o autor, que diz estar aí a primeira alusão ao fato de a imagem corporal se estruturar nos contatos sociais. “A construção da imagem corporal se baseia não apenas na história individual da pessoa, como também em suas relações com os outros. A história interna é também a história de nossas relações com outros seres humanos” (SHILDER, 1999, p.153).

Como a imagem corporal está sempre em constante mudança quando novos acontecimentos pautam a vida do sujeito, presume-se que ao se perder um órgão por motivo da salvação de um ente querido, esta imagem possa ser reestruturada como um corpo útil tanto na própria percepção corporal de quem doa como para a percepção do corpo daquele que compõem suas relações sociais. Eis um ato que teria um efeito de exemplo bom já que aquilo que os demais fazem com seu corpo também influencia a imagem corporal de si próprio.

A imagem do corpo é portanto, segundo Ledoux (1991), em sua própria essência relacional apoiada no outro. É corporalmente ordenada no corpo, no sentir e no dito da mãe em que sua fala e sua proibição limitam, invalidam e promovem. “A partir do momento em que há uma testemunha humana, real ou memorizada, o esquema corporal, lugar da necessidade, que constitui o corpo em sua vitalidade orgânica, entrecruza-se com a imagem do corpo, lugar do desejo” (DOLTO, 1984 apud LEDOUX, 1991, p. 89).

Capisano (*in* Mello Filho & Buro, 2010) anota que a imagem do corpo é unidade passível de transformação, onde todos os sentidos entram em colaboração. Esta que nunca será sempre a mesma, que é lábil, mutável, incompleta e que depende do uso que fazemos dela, de nosso pensamento, de nossas percepções e das relações objetais.

Do ponto de vista psicanalítico, o mesmo autor salienta que a imagem corporal é construída através da interação entre o ego e o id, em interjogo contínuo das tendências egóicas com as tendências libidinais. A imagem corporal seria estruturalizada com mudanças contínuas anatômicas, fisiológicas, etc., de que todos os sentidos participam, sob primado do aparelho psíquico, pois a imagem do corpo não é mera sensação ou imaginação e sim, a figuração do corpo em nossa mente. “Corpo é expressão do ego, de uma personalidade” (CAPISANO, *in* MELO FILHO & BURO, 2010, p. 261).

A imagem corporal provavelmente não existe *per se*; é parte do mundo externo e, por essa razão, é estrutura mais ou menos vaga. Nunca é estática. Tem sempre tendências à ruptura. Com as alterações fisiológicas habituais e com as mudanças no fluxo libidinal, face aos desvios das situações da vida, pode-se inferir da contínua modificação da imagem corporal. (CAPISANO *in* MELLO FILHO & BURO, 2010, p. 260).

Outro ponto a ser considerado no que se refere às alterações do modelo postural do corpo, é a despersonalização. Nestes casos, reforça o autor, o sujeito sente-se inteiramente diferente do que era antes, e esta modificação se apresenta tanto no ego quanto no mundo externo e o sujeito não se reconhece como uma personalidade, pois o mundo externo parece-lhe estranho, novo, e menos real do que antes.

A modificação do *self* não decorre da mudança em nenhum grupo de elementos psíquicos, isto é, nas sensações, sentimentos, recordações e processos intelectivos [...] mas baseia-se no fato de que o ego central não vive nem seu presente e nem suas expectativas anteriores (SHILDER, 1999, p.155).

Os pacientes com tal sintoma não apenas sentem uma modificação em sua percepção do mundo externo, como também sofrem mudanças nítidas em relação ao seu próprio corpo. Essa tal estranheza em relação ao mundo externo, geralmente se refere, de modo especial, à esfera visual, ressalta-se assim a enorme importância do elemento visual na construção da imagem corporal.

Na despersonalização, o sujeito perde o interesse pelo mundo externo e não ousa colocar sua libido, nem em seu próprio corpo, sendo a alteração da imagem corporal resultante da retirada da libido da imagem corporal (SHILDER, 1999).

Ao se pensar no doador vivo de órgão após a cirurgia de retirada de um rim, este presenciará além do desconforto orgânico decorrente do procedimento cirúrgico, a imagem de uma cicatriz que a partir daí ficará em seu corpo. Além disso, na patologia observa-se repetidamente o paralelismo entre o organismo e as funções psíquicas específicas que têm uma relação definida com órgãos específicos. Shilder (1999) em seus escritos cita Weizäcker que frisou diversas

vezes que cada órgão traz em si um conjunto específico de vida emocional, e que a doença orgânica estimula este conjunto específico que se conecta com um determinado órgão.

A despersonalização é, para o autor, por assim se caracterizar, uma fuga ainda mais importante do mundo e do corpo ou, analiticamente falando, do ego e da imagem corporal.

Por outro lado, Shilder anuncia que sintomas hipocondríacos também são comuns nesta situação. Estes por sua vez, referem-se a um aumento da libido narcisista e que pode ocorrer em uma estrutura cuja função esteja prejudicada do ponto de vista somático (SHILDER, 1999, p. 159). O órgão hipocondríaco é genitalizado, e frequentemente simboliza os genitais sendo que a libido narcisista é transposta para o órgão e aparece sob forma de genitais, já que, como o autor se utiliza das colocações de Freud (1914), durante a fase narcisista o corpo todo é tratado como um genital e como a dor tem um elemento narcisista o corpo então se torna o alvo das atenções.

Portanto, se na despersonalização há uma tentativa de expelir o órgão, na hipocondria há uma luta contra a libido narcisista e o sujeito tenta isolar o órgão doente para tratá-lo como um corpo estranho na imagem corporal, sendo que o corpo e o órgão continuam sendo o centro das atenções.

Shilder (1999) ainda se atém das contribuições de Freud e Firenzi que trazem que quando se traumatiza um órgão, este irá imediatamente se comportar como um órgão hipocondríaco. “Traumatizar-se é, frequentemente, um método utilizado pelo indivíduo para transferir mais facilmente a libido para um órgão que, antes do acidente, era um objeto de atenção narcisista” (ibid, p. 160).

Logo, ao se fazer uma analogia com algum sintoma provocado por alguma alteração fisiológica Shilder (1999) relata que quando o sujeito sofre uma dor orgânica, a estrutura libidinal do modelo corporal se modifica imediatamente. Segundo Freud e Firenzi (citados por Shilder, 1999), neste momento todas as energias fluem para o órgão doente. O modelo postural do corpo fica sobrecarregado de libido narcisista na parte dolorida e com a alteração erótica, dá-se uma mudança na percepção.

Quando o indivíduo é vítima de dores, a mão procura a região dolorida que ganha maior erogeneidade, transformando-se em novo centro libidinal, como salienta Capisano (*in* Melo Filho & Buro, 2010). O autor pontua que a estrutura da

distribuição da energia libídica se modifica, pois o centro de atenção do indivíduo se volta para a parte do corpo atingida e os movimentos das mãos, por exemplo, registram as diferenças entre as partes do corpo que podem ou não serem vistas.

Assim, a dor, [...] as ações de nossas mãos sobre o corpo, as ações dos outros em relação a nosso corpo, o interesse dos outros em relação a nosso corpo e a dor providada pelas funções de nosso corpo são fatores importantes para a estruturação final da imagem do corpo (SHILDER, 1999, p.141).

Em clínica médica ou cirúrgica, consciente ou inconscientemente, Capisano aponta que o corpo é tratado como objeto externo e que o paciente além de se imaginar como tal, deseja também que seu corpo seja cuidado como algo de fora (CAPISANO *in* MELLO FILHO & BURO, 2010, p. 261).

Para Ledoux (1991) a imagem do corpo apresenta um nível estrutural de uma imagem básica – desejo de sobrevivência, que comporta uma dimensão fundadora do ser, do narcisismo fundamental; imagem funcional – tensão do sujeito que almeja a realização do desejo como meta; e imagem das zonas erógenas – que focaliza o prazer e o desprazer.

A dinâmica com a qual essa estrutura se constrói e reconstrói pode explicar a patologia da imagem do corpo. Conseqüentemente, Ledoux (1991) enfatiza que quando a imagem de base é tocada, há uma desvitalização que vai até uma reação lesional. Quando se trata da imagem funcional, o autor coloca que há uma reação funcional, neuromuscular, e que, quando é a imagem erógena, há uma anulação ou, ao contrário, uma superexcitação transbordante do desejo. (LEDOUX, 1991, p. 93).

Capisano (*in* Mello Filho & BURO, 2010) menciona que não há imagem corporal sem personalidade, pois ambas mantêm relação íntima e específica. A imagem corporal não se modifica apenas pela maturação, dor doença e mutilação, mas também por toda a insatisfação que está ligada ao distúrbio libidinal. O autor continua ao frisar que a vida psíquica confere mudanças contínuas de imagens, ora, deformando-as, ora agigantando-as, ora diminuindo-as como pequeninos seres, levando a número infinito de imagens corporais. Se mudamos de modo contínuo o nosso psiquismo, também alteramos o nossos modelos de corpo.

O indivíduo pode excluir do seu corpo certos órgãos, como incluir em sua imagem corporal anéis, penduricalhos e até um automóvel [...] que encontram suas representações intrapsíquicas porque recebem um montante específico de energia libídica. Os órgãos excluídos também tem representações intrapsíquicas, pois sem estas, não seriam aliados do corpo (CAPISANO in MELO FILHO & BURO, 2010, p. 262)

No modelo postural do corpo, comenta Capisano (*in* Mello Filho & Buro, 2010), não há apenas contornos e superfície, mas há o interior do corpo, do qual se pode ter percepção de algo estar acontecendo dentro dele, pelo menos em fantasia. Em vista disso, se poderia deduzir que ao doador vivo - embora no caso do rim ser imperceptível à sensibilidade humana tanto de sua existência como funcionalidade – a condição do vazio local após a remoção do órgão poderia engendrar falsos sintomas na postura do corpo ou então ilusões quanto a engrenagem de um corpo que agora conta com menos um componente. Também em relação ao receptor, poderia ocorrer estas situações pois a que integrar um pedaço do corpo de outrem.

Outra consideração que é trazida por Santos (*in* Quayle e Souza de Lucia, 2007) é que para muitos sujeitos, somente no momento em que o corpo é marcado por uma enfermidade que ele deixa de estar para a morte como um mero espectador. Ou seja, é quando o estado doentio se instaura que a ameaça do findar-se aparece como um perigo eminente, reativando essa certeza que se tem da vida. O corpo real se manifesta trazendo à tona o que, num primeiro momento, não tem lugar no psiquismo do homem. É o impacto do doente frente às manifestações de sua doença pois não sabe o que fazer com isso que, nesse momento, funciona como um *estranho* que habita nele mesmo (MORETTO *in* QUAYLE e SOUZA de LUCIA, 2007)

Para tanto, é trazida aqui as colocações de Freud, quando citado por Santos (*in* Quayle e Souza de Lucia, 2007) de que cada indivíduo deseja viver para sua própria morte e gastar a energia da vida de sua própria maneira. Em referência a dinâmica do investimento libidinal.

Capisano (*in* Melo Filho & Buro, 2010), ressalta que em cada momento, cada atitude emocional, confere determinado modelo postural e que o esquema do corpo é dinâmico, obedecendo ora as correntes construtivas da vida, ora as correntes destrutivas, em contínuo movimento de construção e autodestruição

CAPISANO (*in* MELO FILHO & BURO, 2010, p. 257). O autor complementa que esse conceito justifica-se a partir das pulsões de vida e morte, base das percepções, influenciando na consecução da estrutura do modelo do corpo.

Pode-se então pensar no olhar da psicanálise junto às situações que demandam uma hospitalização. No caso dos candidatos a doadores vivos de rim que efetivarem a doação, estes terão de passar não só por qualquer procedimento médico, mas sim pela retirada de um órgão que implicará em cirurgia, internação, na modificação de sua imagem, na perda de uma parte de seu corpo. A forma como todos estes fatos são subjetivados pode configurar o limiar entre o sujeito saudável e o sujeito em doença, ou pelo menos, na instauração da ausência da integralidade da saúde e como essa situação é internalizada.

O homem considerado “normal” mantém a unidade do corpo em virtude do predomínio de tendências construtivas (CAPISANO *in* MELO FILHO & BURO, 2010). A modelagem, embora vaga e nunca definitiva, acompanha as necessidades da vida. O autor destaca ainda em seu raciocínio que, às vezes, o ódio parece destruir a imagem do corpo, mas logo depois o amor pode reconstruí-la e reorganizá-la.

Uma hipótese a se pensar é que, pelo fato do rim ser um órgão que não se vê e não se sente e, uma vez passada a barreira dos procedimentos de internação, o doador - no primeiro momento em que é a tomada de decisão em doar – talvez não se atenha a ponderar visualizações sobre sua vida após a doação, já que deve acreditar que seu organismo irá continuar na mais fluída homeostase da função renal mesmo com existência de um só rim. Seguindo esta linha, o sentimento de amor que é investido no receptor poderia justificar a predominância das motivações que sustentam a intenção de seu ato.

Para Santos (*in* Quayle e Souza de Lucia, 2007, p.21) a frase “A saúde é o silêncio dos órgãos” define um estar bem pela via da não-percepção do que está funcionando no corpo. Assim, o ser humano vive numa espécie de adormecimento, esperando nunca ser acordado para aquilo que evita desde o momento em que se inscreveu na civilização e na ordem simbólica: a finitude, a impotência diante da morte, ou, para utilizar um termo psicanalítico, a castração. A ameaça implícita de perder o que se tem. Tal pode ser o modo de entendimento inicial deste termo, em que se tentará compreender melhor a seguir.



### 2.4.3 A Castração como significante: seus significados e suas implicações

Inicialmente, é preciso lembrar que não se almeja para esta pesquisa, abordar a forma muito abrangente o conceito de castração, assim como especifica a psicanálise há muitos anos. Em respeito a um conceito cuja complexidade requer de qualquer leitor um alto empenho para seu entendimento, se pretende apenas, pontuar uma breve explanação sobre castração a fim de que não deixe de ser considerada como fundamento das compreensões que supostamente podem suscitar em análise dos fenômenos estudados nesta pesquisa.

Para se propor a falar do conceito de castração em psicanálise não há como dissociá-lo de outro conceito que concebeu tal propositura. A partir dos escritos Freudianos sobre a Teoria do Complexo de Édipo<sup>18</sup> este se definiu como o fenômeno central do período sexual da primeira infância. Dentre os consideráveis fatores que durante a passagem do Édipo constituem a criança, é no momento da dissolução deste complexo que já está posta de forma simbólica, o prenúncio da castração, e que estará para o sujeito, sempre como um perigo exímio a se atualizar.

Em relação ao complexo de Édipo, Freud descreveu em 1924 que quando o interesse da criança do sexo masculino se volta para seus órgãos genitais, ela revela o fato manipulando-os freqüentemente, e então descobre que os adultos não aprovam este comportamento. Na compreensão dessa dinâmica, Freud (1924) aponta que é geralmente de mulheres que emanam sua contrariedade ao fato e a ameaça e que elas buscam reforçar sua autoridade por uma referência ao pai ou ao médico, os quais levarão a cabo essa punição, ameaça esta de castração. Quando o menino observa a ausência de pênis na menina – uma criatura semelhante a ela própria – percebe que as mulheres eram castradas e a possibilidade de castração se firma sendo a masculina como punição resultante e a feminina como condição. Daí em diante o que ocorre segundo Freud, é que as catexias de objeto (energia

---

<sup>18</sup> Entre outras possibilidades de descrever o conceito por sua magnitude de considerações, de um modo geral, o Complexo de Édipo implica a fase do desenvolvimento infantil em que a menina gosta de considerar-se como aquilo que seu pai ama acima de tudo o mais, porém chega a ocasião em que tem de sofrer parte dele uma dura punição e é atirada para fora de seu paraíso ingênuo. O menino encara a mãe como sua propriedade, mas um dia descobre que ela transferiu seu amor e sua solicitude para um recém-chegado. (FREUD, *A dissolução do Complexo de Édipo*, 1924, p. 193).

sexual depositada no objeto de desejo) são abandonadas e substituídas por identificações onde a autoridade do pai ou dos pais é introjetada no ego formando o núcleo do superego, o que irá proibir o incesto e defender o ego do retorno a catexia libidinal. Este processo, no menino, por um lado preservou o órgão genital afastando o perigo de sua perda, mas também, paralisou-o removendo sua função, como concluiu Freud.

“[...] a organização fálica, o complexo de Édipo, a ameaça de castração, a formação do superego e o período de latência [...] justificam a afirmação de que a destruição do Complexo de Édipo é ocasionada pela ameaça de castração” (FREUD, 1924, p. 197).

Em Laplanche e Pontalis (1992) é na fantasia da castração, que o Complexo de castração proporciona um enigma que a diferença anatômica do sexo (presença ou ausência de pênis) coloca para a criança. Os autores ressaltam que essa diferença é atribuída à amputação do pênis na menina, sendo então a estrutura e os efeitos do complexo de castração são diferentes no menino e na menina.

O menino teme a castração como a realização de uma ameaça paterna em resposta às suas atividades sexuais, surgindo daí uma intensa angústia de castração. Na menina, a ausência do pênis é sentida como um dano sofrido que ela procura negar, compensar ou reparar [...] Abre para a menina a busca que a leva a desejar o pênis paterno; constitui, pois, o momento de entrada no Édipo. No menino, marca, pelo contrário, a crise terminal do Édipo, vindo interditar à criança o objeto materno; a angústia de castração inaugura para ele o período de latência e precipita a formação do superego. (LAPLANCHE e PONTALIS, 1992, P.73 - 74)

Para compreender como ocorre a passagem da fase edípica na menina, Freud anuncia em seu texto de 1924 que ela não entende sua falta de pênis como sendo um caráter sexual e se explica presumindo que em alguma época anterior, possuíra um órgão igualmente grande e depois perdera por castração. Como destaca Stotz (2011) na fase fálica, a antítese que existe é entre possuir um órgão genital e ser castrado. Freud (1924) ressalvaria que esta seria a diferença essencial de que a menina aceita a castração como um fato consumado, ao passo que o menino teme a possibilidade de sua ocorrência. É por isso que na menina, devido ao

crescimento retardado de seu pênis, torna-se mais fácil que suas tendências sexuais diretas sejam inibidas quanto ao objetivo, de tipo afetuoso. Freud complementa em seu texto de 1925 que nas meninas, o Complexo de Édipo é uma formação secundária. As operações do complexo de castração o precedem e preparam. Enquanto, nos meninos, o complexo de Édipo é destruído pelo complexo de castração, nas meninas ele se faz possível e é introduzido através do complexo de Castração (FREUD, 1925, p. 285).

Como sinalizam Laplanche e Pontalis (1992), uma segunda característica teórica a ser considerada sobre o Complexo de castração é o ponto de impacto no *narcisismo*: o falo é considerado pela criança uma parte essencial da imagem do ego; a ameaça a ele põe em perigo, de forma radical, essa imagem; ela tira sua eficácia da conjunção entre esses dois elementos: predominância do falo, ferida narcísica.

Por ser então, como já disse Freud em 1925, o complexo de Édipo uma coisa tão importante que o modo por que o indivíduo nele se introduz e o abandona, não pode deixar de ter seus efeitos, para Ward (2005) assim como no complexo de Édipo, os efeitos da angústia de castração misturam-se a vida de cada pessoa de um modo singular e a maneira como a criança lida com a idéia da castração tem implicações profundas no seu futuro.

Estas afirmativas permitem justificar o motivo de ambos os conceitos serem citados esquematicamente no corpo teórico desta pesquisa, já que a mesma trata do sujeito que é possuidor de um corpo vivo e que se apresenta como desejante de doar um órgão próprio à suprir a falta do outro.

Segundo os escritos de Stotz (2011) sobre Lacan a ocorrência do complexo de Édipo se dá pela submissão do sujeito significante. O Édipo em Lacan é articulado em torno da Metáfora Paterna, metáfora esta que institui algo que é da ordem do significante para outro significante. A autora explica que é a partir da metáfora paterna, com a inclusão do nome do pai, que o infans ingressa na dimensão simbólica, afastando do assujeitamento imaginário à mãe e constituindo-se enquanto sujeito desejante.

A Metáfora Paterna, o Nome do Pai, ocupa o lugar do desejo da mãe [...] O pai não é o falo, mas seu representante, e a função Nome do Pai possibilita que a significação fálica incida sobre o sujeito. A partir da inscrição do

simbólico, o eu se faz elemento significativo, a função paterna possibilita as identificações e constitui-se o ideal do eu [...] o desejo do sujeito que representará a masculinidade ou a feminilidade (STOTZ, 2011, p. 156 – 157).

Para Lacan (1995) a castração está essencialmente ligada a uma ordem simbólica instituída, que comporta toda uma longa coerência, da qual em caso algum um sujeito poderia ser isolado. Conforme menciona o teórico, a ligação da castração com a ordem simbólica é evidente e segue na observação de que para Freud, desde o início, a castração foi ligada à posição central atribuída ao complexo de Édipo, como o elemento essencial de toda a evolução da sexualidade.

Contudo, Lacan em 1995 se utiliza do termo privação como referência para demarcar a noção de castração. Para o autor, não é possível articular o que quer que seja sobre a incidência da castração sem isolar a noção de privação, na medida em que ela é aquilo que o mesmo chamou de um furo real; e segue:

Em lugar de ficar *cozinhando* o peixe, vamos tentar, ao contrário, isolá-lo. A privação é a privação do peixe. É, em especial, o fato de que a mulher não tem pênis, que ela é privada dele. A castração, que tentamos definir, toma por base a apreensão no real da ausência de pênis na mulher. Na maioria dos casos, é esse o ponto crucial, na experiência do sujeito masculino, o fundamento que se apoia, de um modo especialmente eficaz, e angustiante, a noção da privação[...] uma parte dos seres da humanidade que é [...] castrada [...] Eles são castrados na subjetividade do sujeito. No real, na realidade, naquilo que é invocado como experiência real, eles são privados (LACAN, 1995, p. 223-224).

Diz Lacan (1995) que para Freud, a experiência da castração gira em torno da referência do real. Contudo, complementa que a própria noção de privação implica a simbolização do objeto no real, já que no real, nada é privado de nada e tudo o que é real basta a si mesmo. Este autor salienta que ao introduzir no real a noção de privação, é na medida em que já está simbolizado bastante, e mesmo plenamente. Indicar que alguma coisa não está ali é supor sua presença possível, isto é, introduzir no real, para recobri-lo e perfura-lo, a simples ordem simbólica.

No momento e no nível em que Lacan (1995) fala de privação, o pênis é o objeto que é dado em estado simbólico. Quanto à castração, na medida em que ela é eficaz, experimentada, presente na gênese de uma neurose, incide sobre um

objeto imaginário, mas nenhuma castração, daquelas em jogo na incidência de uma neurose, é jamais uma castração real. O autor enfatiza que ela só entra em jogo, na medida em que atua no sujeito sob a forma de uma ação incidindo sobre um objeto imaginário.

Trazendo as últimas considerações teóricas seria possível se questionar, se a *castração* – uma vez que os autores deixam subentendido que sempre fora não mais que uma **ameaça** de perigo inscrita na ordem simbólica do sujeito e que após esse feito não haveria como se deparar com sua forma imaginária, já que nunca ocorreu no real – em relação ao doador, poderia a perda real de um rim ser o objeto imaginário a atrelar-se a significantes de castração. A falta do rim se assentaria como uma nova falta a remeter-se àquela falta impossível de completar já simbolizada.

Ainda na questão da castração, a causa do desejo é sempre uma falta, há uma falta na origem, sendo o objeto que simboliza esta falta, o falo e o nome fundamental da falta é castração (STOTZ, 2011). Entretanto a autora vem sinalizar que as relações que aparecem no complexo de castração referem-se ao significante falo, em torno de ser ou ter o falo (LACAN, 1957 *in* 1988 apud STOTZ, 2011).

Conforme Stotz (2011) reúne em seus escritos, a autora cita Lacan (1958 *in* 1988) para mencionar que o falo em sua função não é uma fantasia, um objeto ou um órgão. Mas sim, que o falo é o significante destinado a designar no seu conjunto, os efeitos de significado, no que o significante os condiciona por sua presença de significante. A autora ainda elucida que:

O falo, enquanto significante, vem marcar o falo imaginário no complexo de Édipo. Falo imaginário que apontaria para a completude. O falo, enquanto uma imagem de falta, uma imagem negativa, é o falo simbólico. É enquanto imagem negativa que opera como elemento simbólico (STOTZ, 2011, p. 143).

Para Lacan (1995), pode-se dizer que a castração é o signo do drama do Édipo, como também dela é ele o pivô implícito. De fato, seria possível estabelecer uma relação analógica de que; um conceito está para o outro assim como a morte está para a vida e vice-versa. Todos os seres humanos inevitavelmente se

estruturam na dialética de existir e deixar de existir, condição esta que está sempre presente no momento em que se faz notada. Freud enquanto discorria sobre a dissolução do complexo de Édipo, pontuou:

[...] mesmo no nascimento, o indivíduo está inteiramente destinado a morrer, e talvez sua disposição orgânica já possa conter a indicação daquilo que deve morrer [...] continua ser de interesse acompanhar como esse programa inato é executado e de que maneira nocividades acidentais exploram sua disposição (FREUD, 1924, p. 194).

Entretanto, na citação acima se pode refletir quanto aos penosos acontecimentos durante a vida do sujeito adulto. Excessos de vida, malefícios, perdas e adoecimentos se atravessam no curso da existência e podem delinear a antecipação da finitude. É portanto, que nas situações de ameaça a integridade do sujeito não se pode deixar de considerar que significantes de perda estejam postos. A falta de algo se associa a castração, ao passo que a possibilidade de perder também remete a uma ferida narcísica, ou seja, ao ser que não é completo.

Na temática desta pesquisa, se poderia sinalizar que mesmo que tênue ou não comprometedor da saúde orgânica, uma doação de órgãos implica a perda de um pedaço funcional de si e pode vir a se atribuir a um significante de morte – mesmo que da morte não se tenha idéia, mesmo que a morte como fenômeno não seja acessível ao imaginário, mesmo que a morte recaia como um raio sobre o sujeito, como o Real inevitável.

## 2.5 A INTERVENÇÃO DA PSICANÁLISE NO HOSPITAL: O OBJETO DOENÇA E O SUJEITO

Por parte do profissional da saúde, a prática do psicanalista no espaço hospitalar leva à constatação para Moura (2003) de que este se depara com a coexistência de discursos diferentes, e o seu fio é sustentar a sua especificidade quando isso for possível. A autora afirma ser um desafio interessante porque

comprova a necessidade de o psicanalista abrir mão do seu narcisismo e “se oferecer” diante da demanda inespecífica, onde ainda não há demanda específica ao analista.

O ato de assumir a doença é um ato psíquico, que independe de argumentação lógica e racional como traz Moretto.

O fato de o doente aceitar as condutas médicas e aderir sem resistência ao tratamento não quer dizer que está numa posição psíquica de sujeito doente, pelo contrário, pode estar totalmente identificado, por alguma razão particular, a um objeto doença que requer cuidados intensivos e atenção de familiares, o que talvez jamais conseguisse estando fora desse lugar. (MORETTO *in* QUAYLE e SOUZA de LUCIA, 2007, p.124).

Na maioria das vezes os pacientes chegam impactados pela percepção e nomeação de sua doença, num nível de sofrimento e angústia importante, o que decorre não só da consciência da gravidade da situação, mas do fato de estranharem a doença ou pelo fato de não conseguirem lidar com a diferença do corpo real e o corpo simbólico, e terem toda sua estrutura mental afetada por algo que não estava previsto. (MORETTO *in* QUAYLE e SOUZA de LUCIA, 2007).

No caso do doador de órgão, mesmo que haja o reconhecimento da ausência de doença em seu organismo – por não apresentar patologias e por isso a existência da possibilidade de doar - sua condição de saúde será alterada. No entanto, mesmo ao se constatar que este sujeito esteja ciente dos procedimentos que irá se submeter a partir da decisão de doar, não se pode pensar em consciência no que tange as manifestações de seu psiquismo frente às conseqüências que pode implicar uma doação de rim.

O hospital é um espaço privilegiado onde o psicanalista se depara com pessoas diante de acontecimentos inesperados em suas vidas, acontecimentos estes que, pelo fato de serem inesperados podem destituir o sujeito do seu ancoramento significativo se partirmos do pressuposto que o sujeito é efeito de significativo: “Eu sou...” (MOURA, 2003).

Pelo fato da destituição aguda que pode ocorrer nessas situações, os acontecimentos se tornam traumáticos e diante da falta de bordejamento significativo o sujeito se vê imerso na angústia. As situações de perda [...] se caracterizam na urgência por rupturas e descontinuidades que levam a pessoa a se perguntar: *Quem sou eu agora?* E ao mesmo tempo a se depararem com a quebra de certezas e ilusões que a sustentavam [...] A urgência para a psicanálise vem do Outro e a pergunta: *Por que comigo?* É uma pergunta dirigida ao Outro, localizando aí, a clínica psicanalítica na urgência. (MOURA, 2003 apud SANTOS *in* QUAYLE e SOUZA de LUCIA, 2007, p.24 ).

Seria como se, de repente, o sujeito se visse perdido em si mesmo, e em busca de se re-constituir de si para poder compreender o que agora é. Esse movimento desencadeado pelo estranhamento da ausência de denominações de como ele se vê e se sente, ao mesmo tempo que pode parecer desesperador, também é uma espécie de *brecha* que pode vir a *quebrar* a resistência à um outro que, a partir de sua intervenção, vem proporcionar a tentativa de reorganização de suas idéias relacionadas ao foco daquela vivência de perda da saúde.

Neste sentido, Moura (2003) reitera que trabalhar com estes pacientes é afirmar e sustentar a dimensão do sujeito como assujeitado. O psicanalista vai estar diante da clínica da urgência sustentado pelos conceitos da clínica da demanda a ser formulada em palavras, pois se trata de uma aposta no sujeito: a de transformar a urgência onde o sujeito não tem palavras, a partir de uma construção do analista, reintroduzindo-o na cadeia significativa.

Segundo Santos (*in* Quayle e Souza de Lucia, 2007, p. 24), o “ encontro ou o tropeço com o Real” pode levar o sujeito a uma condição de paralisação, principalmente no âmbito hospitalar, mas também pode impulsionar o sujeito a um querer viver, como se a marca no corpo tivesse um efeito de causação em seu desejo e que, conforme o autor, este é um momento igualmente oportuno para a escuta e intervenção do analista.



### 3 MÉTODO

Durante muito tempo a ciência buscou eliminar incertezas, dúvidas, imprecisões, a fim de dominar e controlar o mundo; contraditoriamente, o resultado foi a organização de uma ciência que hoje trabalha com o aleatório, o incerto, o indeterminado, o complexo (PÁDUA, 1996, p. 27). Embasado nessa última afirmação, este capítulo visa apresentar como foi realizada esta pesquisa científica e qual o procedimento metodológico utilizado para o alcance dos objetivos propostos, na tentativa de articular o conteúdo que foi coletado com a fundamentação teórica – de base psicanalítica – norteadora deste trabalho.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este trabalho científico é caracterizado como uma pesquisa do tipo exploratória de natureza qualitativa. Para Gil (1991) este tipo de pesquisa possibilita uma maior proximidade com o problema em questão, o que permite torná-lo mais claro bem como construir hipóteses acerca do conteúdo a ser explorado. O mesmo autor ainda discorre sobre a pesquisa exploratória com relação ao seu objetivo de aprimorar idéias ou descobrir intuições.

Foi utilizado o estudo de campo como delineamento de pesquisa com o intuito de identificar quais os fenômenos psicológicos de familiares candidatos a doadores vivos de rim que e serão submetidos a teste de compatibilidade.

#### 3.2 PARTICIPANTES

Foram participantes desta pesquisa seis familiares candidatos a doadores vivos de rim que foram informados em consulta médica quando acompanham o

familiar receptor de rim, da possibilidade clínica de doar seu órgão e que ainda não foram submetidos ao teste de compatibilidade para doação. A indicação dos sujeitos foi proporcionada pela equipe de médicos nefrologistas do ambulatório de consultas de pré-transplante renal do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba – HUEC, onde os sujeitos familiares candidatos a doadores de rim - quando acompanhados do paciente a ser transplantado - procedem com a retirada de senhas para atendimento por ordem de chegada, para serem submetidos à triagem antes da consulta que é efetuada pela enfermeira responsável do serviço para verificações clínicas sobre o estado de saúde dos sujeitos. As consultas estabelecidas pelo local, aos familiares acompanhantes dos pacientes acontecem nas manhãs de terças-feiras e quartas-feiras com frequência semanal.

Importante ressaltar, que, somente após o encaminhamento deste projeto, em sua primeira fase de TCC I ao Comitê de Ética da instituição proponente da pesquisa – Unisul ocorrido em 2010/1, e já na segunda fase deste projeto em que se concretizou o estudo de campo, é que fora possível obter a informação pelo ambulatório do HUEC de que nos últimos quatro meses, acompanharam os pacientes renais em consulta médica, onze familiares candidatos a doadores de rim em dezembro de 2010, sete familiares em janeiro de 2011, sete em fevereiro e quatorze em março deste ano.

A informação do número/mês de familiares que procuram o serviço do ambulatório para informações médicas quanto aos procedimentos da doação do órgão, se fez necessária para que fosse possível calcular o número da amostra de sujeitos que participaram desta pesquisa conforme parecer consubstanciado emitido pelo CEP da Unisul, que em pendência registrada no mesmo, observou a ausência do número de sujeitos descrita no método por parte da pesquisadora. Vale registrar que os dados referentes da quantidade de familiares que acompanham o paciente renal em consulta, somente foi possível após a solicitação da pesquisadora a instituição co-participante, sendo então que a unidade ambulatorial do HUEC providenciou um levantamento retroativo ao último trimestre pois a mesma não efetuava este tipo de controle. Assim sendo, se torna justificada a relativa espera pela acadêmica em obter tais dados e efetuar o cálculo de sujeitos para esta pesquisa - como já informado ao Comitê de Ética – o qual recentemente no mês de abril do corrente ano, emitiu novo parecer aprovando este projeto de pesquisa.

Portanto, baseando-se no fluxo de sujeitos que procuram o serviço de saúde da instituição escolhida para este estudo, pretendeu-se a participação nesta pesquisa, de seis familiares candidatos a doadores de rim, onde foram planejadas para a coleta de dados a utilização das terças-feiras e quartas-feiras de duas semanas seguidas para a efetivação do estudo de campo. Entretanto, em função da espera pelas devidas autorizações pelo responsável da instituição, as entrevistas puderam ser efetuadas, em sua totalidade, apenas na última semana do período acima estipulado.

Quanto aos participantes, foram então entrevistados na seguinte ordem: “João”, sexo masculino, 29 anos, candidato a doador de rim para seu pai; “Maria”, sexo feminino, 36 anos, candidata a doadora de rim para seu esposo; “Rosa”, sexo feminino, 38 anos, candidata a doadora de rim para seu cunhado; “Moranguinho”, sexo feminino, 55 anos, candidata a doadora de rim para sua irmã; Cleverton, sexo masculino, 26 anos - deficiente visual - candidato a doador de rim para seu pai; e “Natasha”, sexo feminino, 36 anos, candidata a doadora de rim para seu pai. Os nomes dos participantes da entrevista foram mantidos em sigilo e nesta pesquisa denominados de forma fictícia – nomenclatura escolhida pelos próprios participantes, exceto o entrevistado Cleverton quem declarou interesse em manter sua verdadeira identidade divulgada.

Estando a pesquisadora no campo da pesquisa a indicação dos sujeitos candidatos a doadores ocorreu através da informação dos próprios médicos nefrologistas do ambulatório de consultas pré-transplante renal do HUEC, os quais já mencionavam em suas consultas a existência de uma pesquisadora na sala de espera que iria abordá-los sobre o interesse de participarem ou não de uma entrevista com os familiares candidatos a doadores de rim. Contudo, a pesquisadora foi convidada por uma das médicas nefrologista a observar uma consulta de pré-transplante renal - caso tivesse interesse e o que de fato ocorreu - sendo nesta ocasião o surgimento da primeira oportunidade de convite a um sujeito participante, o qual aceitou participar e que se auto-denominou “João”. Para as demais entrevistas, após o término de cada consulta realizada com paciente e familiar acompanhante, os mesmos eram encaminhados novamente a enfermeira-chefe que os apresentavam a pesquisadora e que por sua vez, efetuava o convite para a participação na pesquisa. Todos os sujeitos convidados aceitaram participar das entrevistas as quais foram realizadas em uma sala de consultas médicas

disponibilizada pelo ambulatório especialmente para que a pesquisadora desenvolvesse este trabalho.

Sendo assim, a amostragem dos sujeitos desta pesquisa foi por conveniência e intencional conforme descrição de Gil (1991). O autor considera que a amostragem é uma parte conveniente que o pesquisador seleciona de uma população, escolhe os sujeitos crendo que estes representam o universo daquela população, sendo a amostragem intencional caracterizada como um subgrupo da população, a ser estudada, onde esta é julgada pelo pesquisador como representativa de toda população.

### 3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Nos materiais utilizados constaram cadeiras para a pesquisadora e o entrevistado, o roteiro de entrevista semi-estruturada, um gravador de voz para registrar as informações obtidas, o consentimento livre e esclarecido do teor da pesquisa constando o consentimento e que fora assinado pelo entrevistado para a permissão da gravação.

### 3.4 SITUAÇÃO E AMBIENTE

Para que fosse permitida a entrada da pesquisadora ao campo de pesquisa, foi necessário que a mesma entrasse em contato com o Comitê de Ética da Instituição co-participante. Este fato ocorreu pois, quando no início deste projeto, a pesquisadora - ao procurar a instituição para obter a ciência e concordância para efetuar sua pesquisa e enviar os documentos solicitados pelo CEP da Unisul e gerar o protocolo nacional de registro de pesquisa com seres humanos - obteve a autorização apenas do representante responsável pela unidade de transplante renal, cujo ambiente se efetuou a coleta de dados, sendo que a instituição co-participante, em seu nível macro, estabelece que a autorização de entrada no ambiente seja dada pelo Diretor Técnico de toda a instituição. Essa informação, por sua vez,

somente foi possível após o Comitê de Ética do HUEC manifestar-se alegando que não seria necessário a aprovação também do respectivo comitê já que havia sido aprovado pelo CEP Unisul e que o procedimento correto era então enviar a cópia do parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Unisul, cópia do Projeto de Pesquisa e Termo de autorização constando os dados da razão social da instituição co-participante.

A fim de dirimir quaisquer dúvidas e evitar uma demora mais prolongada na autorização de entrada ao campo, a pesquisadora se dirigiu pessoalmente a equipe ao HUEC com os respectivos documentos, portando o parecer final de aprovação do CEP Unisul, e recebeu a informação de que teria de aguardar a avaliação para então obter a autorização. Após o término da mesma semana, já na segunda quinzena do mês de abril deste ano, a autorização foi concluída o que tornou a pesquisadora apta para a imediata coleta de dados que ocorreu na última quarta-feira de abril de 2011.

Foi proporcionado um ambiente tranquilo e adequado, livre de ruídos ou interrupções que pudessem ocorrer, a fim de que a cada sujeito da pesquisa se sentisse confortável para responder individualmente as perguntas. No entanto, durante duas entrevistas ocorreram duas interferências da enfermeira-chefe para informar que o próximo participante já aguardava na sala de espera.

### 3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como coleta de dados foram efetuadas entrevistas individuais semi-estruturadas para posterior análise do conteúdo. Segundo Minayo (2000), a entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Como aponta Gil (1999) esta técnica permite que o entrevistado fale livremente sobre um tema específico.

O conteúdo coletado foi armazenado em um gravador, com autorização dos sujeitos no momento da entrevista e as respostas provenientes a partir das perguntas elaboradas foram transcritas literalmente. Para verificar se tal instrumento pôde contemplar os objetivos desta pesquisa, foi aplicada previamente uma

entrevista piloto, com um sujeito do sexo feminino, pertencente a rede de relacionamentos da pesquisadora e que informou não estar vivenciando o fenômeno deste estudo. Logo, este ensaio se propôs observar a clareza da comunicação e a validação dos critérios do instrumento de coleta de dados que foram contemplados da mesma forma na aplicação aos sujeitos desta pesquisa.

### 3.6 ORGANIZAÇÃO, TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Após a realização das entrevistas semi-estruturadas com os participantes, o conteúdo obtido foi transcrito na íntegra, categorizado e organizado para que fosse possível a análise e articulação com a fundamentação teórica estabelecida nesta pesquisa. Como salientam Marconi e Lakatos (2005) a análise tem como propósito esclarecer de forma sistemática o conteúdo, a fim de ampliar os conhecimentos sobre o fenômeno coletado.

Foi utilizada a análise de conteúdo para os dados coletados a fim de evidenciar a fecundidade da subjetividade do sujeito da pesquisa, como aponta Minayo (2000). Segundo a autora, a grande importância desta técnica tem sido a de impor um corte entre as intuições e as hipóteses que caminham para interpretações mais definitivas. Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos, (MINAYO, 2000, p. 203).

Contudo, para maior especificação dos fenômenos identificados e facilitação da análise, esta técnica consistiu em: pré-análise do material coletado determinando unidades de registro específicas para cada questão da entrevista sendo que as respostas dos participantes foram agrupadas e categorizadas; exploração do material realizando a classificação e agregação dos dados já indexados em categorias e sub-categorias em outras unidades de registro relacionadas à cada objetivo específico visando contemplar os temas deste estudo; Em seguida foi realizada a discussão dos resultados obtidos permitindo interpretações, a realização de inferências e a constatação das possibilidades do surgimento de novas deduções em torno das dimensões teóricas estabelecidas neste trabalho.

#### 4 DISCUSSÕES E RESULTADOS

Primeiramente, serão demonstrados os dados de identificação dos sujeitos participantes desta pesquisa a fim de que seja possível visualizar a configuração familiar de cada candidato doador e seu receptor:

Nome /Doador	Idade	Profissão	Parentesco/Doador	Parentesco/Receptor
João	29	Recepcionista	Filho	Pai
Maria	36	Operadora de caixa	Esposa	Marido
Rosa	38	Do lar	Cunhada	Irmão do marido
Moranginho	55	Trabalhadora rural	Irmã	Irmã
Cleverton	26	Técnico de informática	Filho	Pai
Natasha	36	Babá	Filha	Pai

\* Tabela de características dos sujeitos da pesquisa

A seguir serão apresentados os dados coletados no campo de estudo estabelecido nesta pesquisa. A organização e tratamento do conteúdo obtido se dividiu em diferentes tabelas dispondo de categorias criadas *a posteriori* durante a pré-análise do material. Seguindo cada tabela serão citados os resultados das categorias que se formaram, ao mesmo passo que serão articulados com a base teórica fundamentada neste trabalho. Por conseguinte, ao final de cada grupo de tabelas, será realizada a discussão em concordância com o objetivo específico que se refere, a fim de se obter conclusões decorrentes da analogia.

Antes de iniciar a exposição detalhada acima, será apresentado o fluxograma de procedimentos clínicos referentes ao doador vivo de rim do serviço de transplante do ambulatório do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba - HUEC:

ROTINAS DO SERVIÇO DE TRANSPLANTE RENAL HUEC
<b>1º Pré-Transplante Renal</b>
- Pacientes com Insuficiência Renal Crônica são encaminhados pelas Regionais de Saúde e Unidade de Saúde com código de transação, ou pelas unidades de hemodiálise com código de transação gerado a partir da Autorização de Produção Ambulatorial de Alta Complexidade - APAC da hemodiálise;
- É realizado inscrição na Central de Transplantes do Paraná (CET-PR). Preenche-se um formulário de inscrição que é enviado via fax e anexado ao prontuário do paciente, o qual é confeccionado neste momento;
- Durante a consulta, são solicitados exames pré-operatórios laboratoriais e de imagem, que são

realizados no HUEC ou em outro serviço, decisão tomada pelo paciente;		
- Se o paciente tiver doador vivo: é agendado exame de histocompatibilidade, prova cruzada e painel de reatividade a anticorpos (PRA), via telefone, junto ao Laboratório de Imunohistocompatibilidade da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)/ Hospital Cajuru;		
- Se o paciente não tiver doador vivo: Coleta-se sangue para envio ao Laboratório de Imunohistocompatibilidade da PUC/Cajuru, a fim de realizar fenotipagem de Human Leucocyte Antigen (Antígenos leucocitários humanos) - HLA sorológica e biologia molecular, além do PRA;		
- Quando todos os exames estão prontos e a avaliação médica permite a realização do transplante, paciente e doador são encaminhados ao Ministério Público ou à Defensoria Pública do estado para obter a autorização judicial da doação.		
- Após, o paciente retorna ao ambulatório para agendamento da data do transplante e do internamento hospitalar.		
<b>2º Transplante Renal</b>		
- É realizado internamento com solicitação de AIH dois dias antes do transplante renal no caso de doador vivo para o receptor (com o objetivo de início das drogas imunossupressoras) e um dia antes para o doador. No caso de doador falecido, o receptor é internado imediatamente ao resultado da prova cruzada. Não há necessidade de autorização prévia;		
- Realizada a cirurgia, a equipe médica preenche formulário de notificação de transplante até 24 hs depois do procedimento cirúrgico. Tal formulário é transmitido a CET-PR, via fax, junto com a autorização judicial;		
- A CET-PR registra o transplante renal e libera a Autorização de Internamento Hospitalar - AIH para a Secretaria de Saúde, com conseqüente repasse do procedimento ao hospital e ao corpo clínico.		
<b>3º Pós-Transplante Renal</b>		
- Após a alta hospitalar, em dois a três dias, o paciente fará consulta no ambulatório de transplante renal, quando é aberta a APAC de paciente transplantado.		
- A partir de então, os pacientes entram na rotina de exames e consultas do acompanhamento de pós-transplante renal: no 1º mês de Tx renal, os pacientes realizam exames (Creatinina, Hemograma, Parcial de Urina e Glicemia) 2 x semana e consultam 1 x semana, quando além dos exames de rotina também coletam nível de droga imunossupressora, que sempre será coletado no dia das consultas. Após completar 1 mês até 3 meses pós-Tx renal, os pacientes realizam os mesmos exames 1 x semana e consultam a cada 15 dias. A partir do 3º mês até o 1º ano, os exames são realizados a cada 15 dias e as consultas a cada mês. Do 1º ao 2º ano pós-tx renal, os exames passam a ser mensais e as consultas trimestrais. Do 2º ao 3º ano, a cada 45 dias realizam-se os exames e as consultas permanecem a cada 3 meses. A partir do 3º ano de Tx renal, consultas e exames serão realizados trimestralmente, salvo se houver intercorrências nesse intervalo de tempo.		
Tempo de Tx	Laboratório	Consulta + Lab/Nível Droga
< 30 dias	2 x semana	1 x semana
30-90 dias	1 x semana	15/15 dias
90 dias – 1 ano	15/15 dias	30/30 dias
1- 2 anos	30/30 dias	90/90 dias
2 - 3 anos	45/45 dias	90/90 dias
> 3 anos	90/90dias	90/90 dias

\*HUEC, 2010. Tabela do Fluxograma do Ambulatório de Transplante Renal



Com efeito, a tabela acima descreve o fluxograma dos procedimentos clínicos adotados ao doador de rim e que fora disponibilizada pelo próprio serviço de transplante renal do ambulatório do HUEC. Assim sendo, as informações que se intencionava obter para contemplar o primeiro objetivo específico deste trabalho correspondente a: *Caracterizar quais são os critérios estabelecidos para que familiares vivos sejam ou não considerados aptos como doadores de rim e como ocorre o procedimento para doar* - ficam aqui apresentadas. Portanto, se acredita não mais ser necessário demais esclarecimentos ou discussões.

Seguem agora as tabelas que corresponderão a análise do segundo objetivo específico da pesquisa, cuja instrução foi: investigar as características do vínculo afetivo entre o familiar candidato a doador vivo de rim com o receptor, através de sua história familiar.

*Como é o seu relacionamento familiar com o receptor?*

Categoria	Subcategorias	UCE	Nº
RELACIONAMENTO FAMILIAR	- Bom	(Cleverton) "A gente se dá muito bem. A gente nem parece muito pai e filho, parece mais dois amigos".	5
	- Amor	(Maria) "Nossa, ele é o amor da minha vida e o nosso dia-a-dia é muito amor..."	1
	- Aceitação	(Maria) "as vezes ele fica irritado, mas eu aguento... ele tem ficado direto assim, mas isso é o de menos perto da saúde dele que importa".	1
	- Mestre/Aluno	(João) "Ele sempre me ensinou coisa boa... nunca posso dizer que apanhei dele... só na conversa"	1

\*Tabela A

Foi possível constatar que no relacionamento familiar entre doador e receptor, predominam as relações harmônicas e favoráveis como vislumbradas na subcategoria; bom. Na tabela acima a afetuosidade foi desatacada na relação em que receptor/doador se configuram marido e mulher respectivamente como apresentado nas subcategorias; amor e aceitação. O reconhecimento de boa

educação obtida também fora vinculado ao relacionamento familiar constituído por pai receptor e filho doador como na subcategoria; mestre-aluno.

Ao citar Freud (1920-1922) na página 38 deste trabalho, se pode analisar, como demonstrado na tabela, que o relacionamento **bom** entre membros do mesmo grupo, neste caso a família, ocorre no convívio, pois sujeitos se relacionam de modo uniforme, toleram as particularidades, se igualam entre si e não desenvolvem aversão uns aos outros. Freud (1920-1922) ainda salienta que isso tudo é possível pelo laço libidinal existente entre as pessoas o que limita o narcisismo (em si) de cada um.

Com relação a subcategoria **amor** da tabela acima - constatada no relacionamento familiar entre marido e mulher – Freud (1920-1922) na página 37 deste, acrescenta que a palavra amor pode ser denominada a tudo que esteja relacionada a energia libidinal das pulsões e que o núcleo do significado de amor consiste no amor sexual como objetivo mas sem desconsiderar a parte do amor próprio nem do amor pelos familiares, amigos entre outros objetos de amor. O amor por si mesmo só conhece a barreira do amor pelos outros, o amor por objetos, disse Freud (1920-1922) apresentado na página 38.

Como já dito também na página 38 e possível de se evidenciar na fala aparente desta tabela: “ *as vezes ele fica irritado, mas eu aguento ... isso é o de menos perto da saúde dele que importa*”, que é na dinâmica libidinal que envolve os membros de uma família que se pode compreender a tolerância de certas atitudes e adversidades do cotidiano. Freud (1921) pontua que traços de humildade, de limitação do narcisismo e de danos causados a si próprio ocorrem em todos os casos de estar amando (FREUD, 1921 in 1996, p. 123).

Noutro dado exposto na tabela: “ *Ele sempre me ensinou coisa boa... nunca posso dizer que apanhei dele, só na conversa*” se pode trazer as considerações de Lacan (2002) que se referem ao relacionamento familiar quando relata ser de fácil observação os traços essenciais da estrutura hierárquica da família em que há o órgão privilegiado de coação do adulto sobre a criança e cuja coação o homem deve a base arcaica de sua formação moral.

Entretanto, também apareceram outras variações categóricas como; ausência de brigas e padrão pai e filha, o que fortaleceu a constatação de que as relações conflituosas não prevalecem nos relacionamentos aqui descritos, ou então

estão recalçadas por conta de inúmeros fatores, podendo ser um deles o fato do receptor estar doente.

*Você desempenha algum papel ou responsabilidade sobre o receptor?*

Categoria	Subcategorias	UCE	Nº
RESPONSABILIDADE SOBRE O FAMILIAR RECEPTOR	- Demanda sobre a doença	(Rosa) "Carregar ele para baixo e para cima, agora ele não pode dirigir direito e aí eu fico correndo pra ele".	3
	- Cuidador	(Maria) "Tudo é muita dependência né... é eu que cuido. Eu que... então tipo assim, eu fiquei muito dele e ele de mim".	1
	- Resoluções de problemas familiares	(Cleverton) "Ah! Geralmente qualquer problema que tenha os meus irmãos, ele liga pra mim e eu que vou resolver... Eu procuro dar suporte pra ele não se estressar mais do que a hemodiálise já ajuda pra isso né".	1

\*Tabela B

Conclui-se que na categoria referente a responsabilidade sobre o familiar receptor, a maioria dos sujeitos doadores desempenham algum papel no relacionamento familiar. Dentre as atividades que desprendem os doadores, aquelas relacionadas às consequências da doença renal do familiar são predominantes entre consanguíneos. Contudo as responsabilidades referente ao cuidado - esposa com o marido - e resoluções de problemas - de filho com o pai - se apresentaram como a própria dinâmica das relações e não somente relacionadas ao fato do adoecimento do receptor.

Como coloca Moretto (2007), por aceitar o tratamento, não significa que o doente esteja em uma posição psíquica de doente, mas que pode estar identificado a um objeto doença que solicita cuidados e atenção constantes dos familiares, o que não conseguiria se não estivesse nesta condição. Ainda em se tratando das **demandas do familiar adoecido** que solicitam um cuidador, Laham (2007) mencionado na página 39 diz que a maioria dos cuidadores são mulheres, sendo estas filhas ou esposas. Entretanto, considera-se novamente Laham (2007) a partir da fala exposta acima: *"Ah! geralmente qualquer problema que tenha com meus irmãos, ele liga pra mim e eu que vou resolver... eu procuro dar suporte pra ele não*

*se estressar mais do que a hemodiálise já ajuda pra isso né*”, que diz que o homem (neste caso o filho doador) apesar de ser em número menor, quando engajado, presta cuidado com muita eficiência. É possível também concluir com Laham (2007) ainda na página 39 que há satisfação na realização dos cuidados com o familiar adoentado por parte de quem cuida. O sentimento de utilidade, de bondade e o pensamento de atrelar a melhora da saúde do enfermo ao seus cuidados, garantem um ganho narcísico.

Na subcategoria; **cuidador**, exposta na tabela acima, se pode inferir através da fala da doadora/esposa “ ... *eu fiquei muito dele e ele de mim...*” que como disse Freud (1914) na página 44, em pessoas que sofreram perturbação libidinal há a procura de si mesmas num objeto de amor como uma escolha narcísica. Ou seja, neste caso se deduz que a doadora esteja amando alguém como ela é, como ela foi, ou como ela gostaria de ser. Se pode citar ainda Freud em seu texto “Estar amando e hipnose” de 1921, onde o autor salienta haver com o objeto de amor, uma idealização sendo que este objeto é tratado da mesma maneira que o próprio ego. Quando se está amando uma grande quantidade de libido narcísica é trasbordada para o objeto (FREUD 1921 *in* 1996, p. 122). Freud ressalta que, quando se está amando ao extremo, o ego introjeta o objeto a si próprio.

Analisando o dado obtido para a subcategoria **resolução de problemas**, a condição de querer fazer pelo outro, se mostra como postura ativa e primordial ao mesmo passo que passiva em relação a si. Também é possível inferir que neste caso o sujeito se coloca no lugar do outro, uma identificação com pai como o objeto anaclítico de amor - o homem que o protegeu, já que a história de abandono da mãe do sujeito quando muito novo fora relatada em entrevista, e que nas situações atuais se reverte no seu papel de cuidador como o mesmo revelou.

Para citar o totalizante dos resultados obtidos nesta tabela, fica registrado que apenas um sujeito informou não ter nenhum tipo de responsabilidade com o receptor.

*Tem algum fato na história do relacionamento entre você e o familiar que será transplantado que foi significativo (marcou) pra você?*

Categoria	Subcategorias	UCE	Nº
	- Pai carinhoso	(João)“nós somos em quatro irmãos...outros amigo dele e amigo meu falava que ele sempre me elogiava... eu até me lembro...que	1

FATOS SIGNIFICATIVOS NA HISTÓRIA DO RELACIONAMENTO		ele sempre falou.	
	- Doença pregressa do receptor	(Moranguinho) “É que sempre que ela ganhava as criancinha né ... ela ficava sempre mal né...daí ela ganhava e eu ia lá, eu que ia atender ela...”	1
	- Lições de Vida	(Cleverton) “Quando eu me acidentei com 12 anos e perdi a visão... que na época eu achei que foi ruim que foi me colocar pra trabalhar, me forçar a estudar...mas hoje eu vejo que foi pro meu bem...”	1
	- Inviabilidade de Projetos de Vida	(Maria) “É, acho que foi marcante quando a gente foi fazer um tratamento de saúde pra mim engravidar né, e agora... porque eu não engravidei por causa do problema dele...agora o importante é ele né, ele sarar, ele ficar bom.”	1
	- Aproximação com a doença	(Rosa) “Ele era assim, um homem bem distante da gente...quando ele ficou doente se aproximou mais de nós... e com os irmãos assim sempre afastado, metido assim sabe...depois que ele ficou doente achei que ele ficou tão carente...”	1
	- Pai não carinhoso	(Natasha) “...o que me marca assim, é que meu pai não é aquele pai carinhoso, aquela coisa assim normal de ser né. Ele é antigo, do tipo grosseiro...”	1

\*Tabela C

Os resultados obtidos nesta tabela demonstram que os fatos significativos na história do relacionamento familiar se baseiam em presença ou ausência de afetividade; aproximação no relacionamento tanto do receptor quanto do doador nas situações de adoecimento; fatos marcados pelo aprendizado adquirido em relação a conduta do receptor; bem como impossibilidade de realizações pessoais do doador devido a situação clínica do receptor.

Com relação as lembranças de expressão do afeto, que neste caso se apresentam em relação ao pai/receptor, os dados demonstram que tanto a característica de ser um **pai carinhoso** como de **não ser carinhoso** remetem a dinâmica constituinte do sujeito na fase edipiana. A instauração no psiquismo de como fora simbolizado a economia libidinal entre pais e filhos seguido da identificação derivada desta mesma fase da vida, merece ser considerado aos sujeitos que mencionaram a dedicação paterna como fato significativo de seus relacionamentos familiares. Entretanto, Freud (1914) citado na página 45 destaca que em relação a atitude afetuosa dos pais para com os filhos, estes estão a reviver

e reproduzir seu próprio narcisismo que já fora abandonado mas que agora está transformado em amor objetal. Segundo Freud (1914), os pais acabam por supervalorizarem os filhos, percebendo-os como perfeições e ocultando seus defeitos.

Na subcategoria **lição de vida** ressaltada pela fala “... *na época eu achei que foi ruim, que foi me colocar pra trabalhar, me forçar a estudar...*”; se faz uma leitura em que tal conteúdo pode ser deduzido como significantes que remetem a experiência de castração, que como expresso na página 56, é a posição central atribuída ao complexo de Édipo e articuladora essencial da evolução da sexualidade. Lacan (1995) destaca que a castração está ligada com uma ordem simbólica instituída pela qual o sujeito não poderia se isolar conforme consta na página 59. Assim sendo, se pode inferir ao dado apresentado acima que a forma como o sujeito passou pela angústia da castração, remete a forma com a qual o sujeito lida com as situações de frustração. Como coloca Ward (2005) na página 58 os efeitos da angústia de castração misturam-se a vida de cada pessoa de um modo singular e a maneira como a criança lida com a idéia da castração tem implicações profundas no seu futuro. A castração remete a perda de algo.

Em relação a; impossibilidade de projeto de vida – “...*eu não engravidei por causa do problema dele...*” se pode conjecturar sobre este dado, significante de privação. Na página 59 a noção de privação é citada como aquilo que Lacan chamou de um furo real, a ausência do falo. O autor complementa que a própria noção de privação implica a simbolização do objeto no real, já que no real, nada é privado de nada e tudo o que é real basta a si mesmo.

Referente aos dados apresentados nas categorias; **aproximação com a doença** – em que o receptor se aproxima da cunhada doadora que antes lhe fora afetuosa - e nos dados apresentados na subcategoria **doença pregressa do receptor** - em que a doadora se refere a presteza de cuidados anteriores a receptora - é possível concordar com Lahan (2007) citado na página 40 que aponta que quanto mais satisfatório fora o relacionamento entre paciente e cuidador antes da doença, mais bem administrados serão os cuidados após o adoecimento.

*Você imagina que haverá alguma mudança no relacionamento entre você e o familiar que receberá o rim após a doação?*

Categories	Subcategorias	UCE	Nº
SEM MUDANÇAS		(Rosa) "Eu acho que não...que não vai mudar nada".	3
MUDANÇAS NO RELACIONAMENTO APÓS A DOAÇÃO	- Melhora no relacionamento após a doação	(Cleverton) "Olha, eu acredito que se mudar será pra melhor, porque daí vai ter uma parte minha lá com ele né... apesar que como filho já tem uma parte dele comigo né".	3

\*Tabela D

Nesta tabela relacionada às possíveis mudanças no relacionamento após o ato de doar, concluiu-se que metade dos sujeitos intuem não haver mudanças, o que se deduz o pensamento dos mesmos de que suas relações familiares independem do ato da doação. Os demais sujeitos acreditam na melhora da relação após a doação devido a própria condição favorável, tanto física quanto psíquica, do receptor.

Freud (1914) na página 46 relaciona um ato do bem ao outro como a relação entre a formação de um ideal e a sublimação - que é um processo em que a pulsão da libido objetual se dirige no sentido de uma finalidade diferente da satisfação sexual. Ou seja, a sublimação aparentemente aparece desprovida de interesse próprio, pois o ato do sujeito é destinado a um bem social, mas seria o reconhecimento disso no mundo, a satisfação narcísica para o sujeito.

Na fala da tabela acima *"...vai ter uma parte minha lá com ele né... apesar que como filho já tem uma parte dele comigo"* se pode relacionar o fato de doar algo de si como um pedaço de mim no outro. Freud (1914) na página 46 esclarece que o ego emite as catexias objetuais libidinais, tornando-se empobrecido em benefício dessas catexias, fazendo em benefício do ideal do ego, e assim, se enriquece mais uma vez a partir de suas satisfações no tocante ao objeto, realizando seu ideal. Também, se pode pensar que ao doar um rim para o outro, esse órgão compartilhado representaria o retorno a célula narcísica onde **"eu e ele somos um só"**.

Assim sendo, nas tabelas A, B, C e D foram apresentados os resultados que em sua análise, buscaram contemplar o objetivo específico de investigar as características do vínculo afetivo entre o familiar candidato a doador vivo de rim com o receptor, através de sua história familiar.

Para tanto, pôde se concluir que: no relacionamento familiar entre doador e receptor predominam as relações favoráveis em que são consideradas também a afetividade e a boa educação. Responsabilidades sobre o receptor desempenhadas pelo familiar doador se apresentaram na maioria dos casos nas demandas relacionadas a doença renal além de outros papéis da dinâmica da própria relação. Os fatos significativos na história do relacionamento familiar se basearam em lembranças onde houve ausência ou presença de afeto e fatos que marcaram a aproximação dos familiares em situações de doença. Os sujeitos entrevistados se dividiram na opinião de haverem ou não mudanças no relacionamento familiar após o ato da doação do rim.

Seguem agora as tabelas a serem analisadas em seu conteúdo com relação ao terceiro objetivo específico da pesquisa: *“Reconhecer as expectativas dos familiares frente a resposta de compatibilidade para serem ou não doadores vivos de rim a um paciente”*:

*Em que momento foi cogitada a possibilidade de ser um candidato a doador de rim?*

Categories	Subcategorias	UCE	Nº
MOMENTO DA POSSIBILIDADE DE DOAR	- Necessidade de Transplante	(Rosa) “Eu mesma que quis... eu até me ofereci antes do que meu marido... eu vou porque a minha mãe já passou por isso e se alguém tivesse doado pra ela, ela estaria viva até hoje, então pra mim isso tem um sentido de ajudar...”  (Natasha) “...minha irmã esses dias chegou do hospital e falou que a gente tinha sido convocada pelo médico pra fazer uns exames né...daí eu me assustei...e acabei me pegando que eu não to ainda preparada pra doação... e também a gente sabe que pode rejeitar no dia seguinte...daí perder o órgão e não dar certo...”	4
	- Depois de um transplante fracassado	(Moranguinho) “...Porque toda a vida eu tava com ela, ia na hemodiálise com ela... daí o marido dela doou só que daí rejeitou e não funcionou...daí o médico falou da família, quem tá mais perto, daí nós fizemos os	1



		exames... que nem tem uma irmã que tem pressão alta...outra trabalha muito e tem que ficar com o marido”	
	- Percepção de sofrimento do pai	(Cleverton) “... acredito que foi quando minha mãe saiu de casa, eu tinha 15 anos e ela foi embora, daí meu pai assumiu toda a responsabilidade... aí eu vi que ele tava sofrendo e o que mais tava castigando mesmo era a hemodiálise, lá eu já tinha decidido que eu iria ser o doador...”	1

\*Tabela E

Os resultados relativos ao surgimento da possibilidade de doar mostram que os candidatos a doadores se remetem ao momento em que o transplante se fez necessário ao familiar com doença renal. Entretanto, a situação de um transplante fracassado já ocorrido com o familiar e seu sofrimento com a doença crônica também foram mencionados pelos entrevistados em suas falas.

No dado coletado; “... *eu vou porque minha mãe já passou por isso e se alguém tivesse doado pra ela, ela estaria viva até hoje, então pra mim isso tem um sentido de ajudar...*” se faz possível uma analogia em concordância com o que diz Uryn (1992) na página 47 deste trabalho ao apontar que um dos fatores de motivação para oferta de órgãos pode ser a reparação, quando o doador busca expiar alguma culpa, sentindo-se compensado ao ajudar alguém.

Ao trazer a fala apresentada: “... *a gente tinha sido convocada pelo médico pra fazer uns exames ... daí eu me assustei ... e acabei me pegando que eu não to ainda preparada pra doação...*” se pode relacionar as discussões da bioética acerca da doação de órgãos intervivos. Na página 31 se faz uma reflexão quanto a princípio da não-maleficiência que tem como obrigação não causar danos intencionais. Contudo, uma vez se tratando da atuação multiprofissional da equipe de saúde, poderia se fazer uma inferência ao pensar no doador vivo como aquele que consente o ato, mas que em seu psiquismo podem haver medos e fantasias em relação a essa decisão. Nesta situação seria possível presumir, pela avaliação de um psicólogo, que este sujeito uma vez alienado das representações subjetivas da perda de um rim poderia estar às vésperas de um mal eminente diante dos conflitos psíquicos quando realizada a doação. Assim sendo, a não evitação da não-maleficiência estaria posta.

Na página 30, Chiattonne e Sebastini (2002) mencionam que o corpo, após a influência da divisão cartesiana, transformou-se em máquina por ser analisada por suas peças e se estas assim são consideradas pela medicina, o paciente deixa de ser tratado como humano.

O princípio da autonomia descrito na página 32 exprime a capacidade da autodeterminação do paciente o que garante que nenhum ato médico pode ser praticado sem seu consentimento a menos que o paciente perca esta capacidade de consentir. Entretanto como na doação de órgão o sujeito se mostra apto a autorizar seu ato, a autonomia se faz respeitada o que não garante que esteja sendo respeitada a própria ética do sujeito para consigo em se tratando de sua real vontade de doar. É portanto que Emed & Emed (2003) na página 33 ressaltam que o doador deve receber toda a orientação quanto aos riscos e complicações possíveis pois só assim poderá decidir livre de todo o tipo de pressão. Ou seja, pelo menos livre das pressões externas que não correspondem a sua dinâmica psíquica.

Na subcategoria que refere-se ao momento de doar após um transplante fracassado, vale trazer as informações que constam na página 25 que consideram ao transplante as complicações que podem ocorrer ao receptor de órgão após o procedimento, como a necrose tubular aguda. Pestana et all (2005) enfatiza que esse risco é maior quando proveniente de doador cadáver e, ao contrário, quando maior a compatibilidade HLA com o doador vivo, dentre outras vantagens – parente cosanguíneo - menor é esse risco.

No resultado demonstrado sobre a percepção do sofrimento do pai , se pode concluir que a mobilização do filho doador em praticar tal ato se dê pela questão que sublinhou Zatz (2002) na página 24 de que com maior ou menor rapidez, a totalidade dos pacientes com insuficiência renal crônica progride inevitavelmente à fase terminal e a necessidade de terapêuticas como diálise crônica ou transplante renal se tornam urgentes. Também na página 24, Draibe & Ajzen (2005) enfatizam que o transplante proporciona boa qualidade de vida e sobrevida prolongada tanto do enxerto como do paciente. O fato de haver uma alternativa que abrande o sofrimento da doença renal mostra-se como mobilizador da decisão do ente doar seu próprio rim. Além do que, em se tratando do objeto afetivo de investimento libidinal estar sofrendo e ainda havendo identificação com o sujeito em sofrimento seria também como um retorno deste mesmo sentimento pra si próprio.

*Como foi pra você saber que poderá ser um doador de rim?*

categorias	Subcategorias	UCE	Nº
SE COLOCAR COMO DOADOR	- Satisfação	(Cleverton) "...eu achei muito bacana essa questão assim de poder ajudar uma outra pessoa a ter uma vida melhor, e isso é bem satisfatório, digamos assim!"	4
	- Causalidade	(Natasha) "...foi descartado alguns irmãos aí só sobrou duas pessoas na família que poderia fazer esse teste... que seria eu e minha irmã que ta aqui...mas ainda não tem garantia de nada que eu vou poder mesmo doar".	2

\*Tabela F

Os resultados da tabela acima demonstram que os sujeitos da pesquisa atribuem o fato de serem doadores de rim como satisfatório. A causalidade de ser o sujeito, o familiar doador, também se apresentou nas respostas.

A satisfação renascida no ato de promover uma vida melhor a outra pessoa se relaciona ao que Freud (1914), na página 45, esclarece sobre o ego ideal. Depois que o ego real é desfrutado na infância, o ego ideal passa a ser o alvo do amor a si mesmo, onde o narcisismo do sujeito se desloca em direção a esse novo ego ideal significante de perfeição de valor. Através da doação de um rim essa dinâmica se mostra novamente como uma busca de satisfação própria, simbolizada na infância, e que o sujeito não se dispôs em abrir mão. Com a doação de uma parte de seu corpo a um necessitado, ainda mais tendo um destino de libido objetal, seu julgamento crítico juntamente aos valores sociais de ideais de conduta desencadeariam o ideal de ser agora substituindo o narcisismo a qual era seu próprio ideal. Outro ponto a ser considerado é que o mecanismo de sublimação – ajudar o outro como desprovido de interesse próprio e sim do social - aparece com a finalidade de reconhecimento social engrandecendo o ato de doar como ideal de ego, retornando como satisfação narcísica.

*Quais são suas expectativas com relação ao resultado do teste de compatibilidade?*

categorias	Subcategorias	UCE	Nº
	- Resultado Favorável	(Rosa) "Eu acho que sim, mostrando assim pelos exames que eu sempre faço, eu sou saudável, eu acho que eu tenho	4

EXPECTATIVA FRENTE AO RESULTADO DO TESTE DE COMPATIBILIDADE	- Entrega à Deus	chance sim de doar...”  (Moranguinho) “... eu acredito muito em Deus e se ele achar que tem que ser, tudo vai ser muito maravilhoso. Eu acho que desta vez a bronquite não vai interferir, pode ser né? Difícil né?”	1
	- Ansiedade e Dúvida	(Natasha) “ eu fico ao mesmo tempo ansiosa, tenho medo do resultado de eu ser compatível e daí eu ter... tipo assim, me sentindo na obrigação de doar ... pro meu pai, que ta precisando muito, mas ao mesmo tempo de não poder doar, não querer doar e desistir da doação e aí fica aquela culpa.”	2
		(Cleverton) “...eu to numa expectativa bem grande, to bem ansioso, eu queria assim, que se pudesse fazer todos os exames hoje pra amanhã já saber se vai dar certo ao não...”	1

\*Tabela G

Os resultados demonstram que a expectativa frente a resposta do teste de compatibilidade se apresenta como favorável na percepção da maioria dos sujeitos dos sujeitos. Dados relacionados a “entrega à Deus” como determinante do resultado do teste, assim como ansiedade e dúvida quanto a compatibilidade também foram relatados.

Foi possível concluir que neste momento em que se inicia a avaliação do familiar candidato para o processo de doação, e que não existem ainda respostas clínicas que viabilizam o ato, que a expectativa de que vai dar certo prevalece. A maioria dos entrevistados atrelam sua percepção favorável ao seu bom estado de saúde e a motivação existente em serem doadores.

Ao analisar o dado referente à “entrega a Deus”, conclui-se que a doadora se exime de percepções próprias e atribui ao Outro o destino a que lhe couber, àquele que sabe o que é melhor pra si.

No dado apresentado na categoria **ansiedade e dúvida**: “... *tenho medo do resultado de ser compatível e daí eu ter... obrigação de doar... mas ao mesmo tempo de não poder doar, não querer doar e desistir da doação e aí fica aquela culpa.*” Neste caso a ambivalência de sentimentos se mostra evidente. Para Freud (1920-1922) na página 37 quase toda a relação emocional, como a de pais e filhos contém um sentimento de aversão e hostilidade, o qual só escapa à percepção em

consequência da repressão. Como mencionado por Moretto (2007) na página 41, um impasse só é impasse porque não é puramente racional e que só existe porque há um psiquismo que é soberano e que faz com que as pessoas sejam assaltadas por aquilo que, ainda que sendo delas, e estando nelas, jamais tinha chegado à esfera do pensamento. É portanto que, como articulado na página 33, a escolha do familiar doador vivo deve partir dos próprios envolvidos que se dispõe a tal ação. Em caso de haver opções de doadores compatíveis na mesma família, caberia a doação àquele que estivesse mais esclarecido e motivado (salvo razões e afetos do sujeito) assegurando assim o princípio da autonomia em sua escolha e o princípio da justiça em que todos tem o direito de ir e vir.

Já na fala da mesma subcategoria: “...eu to numa expectativa bem grande, to bem ansioso, eu queria assim, que se pudesse fazer todos os exames hoje pra amanhã já saber se vai dar certo ao não.” o sujeito demonstra ansiedade por saber se poderá ser o doador de seu pai como demonstra tanto desejar.

Em vista disso, se pode supor então que a ansiedade em ser ou não um doador de rim apresentada nos dados acima, tanto pode estar vinculada negativamente aos conflitos de não querer doar, por talvez suscitar a angústia de castração, quanto associada de modo positivo pela espera da realização do ato que proporcionará satisfação a si próprio e ao outro, portanto, duas vezes satisfatório.

#### *O que significa pra você doar um rim?*

Categorias	Subcategorias	UCE	Nº
SIGNIFICADO DA DOAÇÃO	- Retorno pra si	(Rosa) “... e amanhã também, pode ser eu que precise e quem sabe tenha uma pessoa que eu nem conheça que pode vir me ajudar.”	3
	- Dar a vida	(Natasha) “Ah, eu taria ajudando o meu pai, dando uma chance pra ele de vida, de viver mais anos...”	2
	- Receio com a própria saúde	(João) “Pois é, aí que entra outra coisa na cabeça da gente...porque numa dessa pode ter problema de saúde pra frente né... mas eu já perguntei ali pra médica e ela me respondeu que eu vou ser sempre acompanhado por médico né, e eu acho que agora vai ser normal... pode estranhar alguma coisa, mas acho que depois vai ser tudo bem”.	1
	- Colocar-se no lugar do outro	(Maria) “eu sempre dizia que eu queria dar o rim...porque eu preferia eu passar né, do que ele,	

		de saber né que ele tá sofrendo... porque tudo é dependência sabe? Ele não faz nada sem eu...daí eu me lembro como foi duro saber que a pessoa que você ama tanto ta doente.”	1
	- Auxílio	(Rosa) “Ah! Eu sempre falei assim, que quando eu morrer podem tirar tudo e doar pros outros entendeu? Eu não vou levar nada pra ninguém. Se eu posso doar, se dois meus funciona bem, porque eu não posso ajudar meu cunhado?”	1
	- Dever	(Natasha) ...na verdade não parei pra pensar no que significa né, pensei mais no meu dever de filha.”	1

\*Tabela H

Pode-se concluir que os resultados que prevaleceram como significado de doação foram; o ato de dar a vida e o retorno deste ato pra si numa hipótese de futura necessidade de transplante para o doador. Alguns sujeitos demonstraram atribuir mais que um sentido para a significação da doação, entre estes o receio com a própria saúde, colocar-se no lugar do outro, bem como a prestação de auxílio e o dever para com o receptor.

Lacan, citado por Stotz (2011), ressalta que é na cadeia do significante que o sentido insiste, mas que nenhum destes significantes se refere à essência da coisa mesma naquele momento. Talvez se possa compreender desta forma a diversidade de respostas para o significado de doação. Aparece no sujeito a possibilidade de eco através do pensamento coletivo, o conteúdo posto no mundo que o sujeito toma pra si como sentido atribuído, mas que se mistura com o do grupo. Para Freud (1920-1922) sob a influência da sugestão os grupos também são capazes de elevadas realizações sob forma de abnegação, desprendimento e devoção a um ideal.

Na subcategoria **dar a vida**, poderia se considerar então, que os sujeitos que aqui declaram o ato de doação como algo a salvar a vida, sintam-se com o poder de salvar ao outro, o significante de ser o falo do desejo do outro, de ser a vida que o outro precisa. Ao mesmo passo que noutra apreciação desta dinâmica o ato da doação seria como algo a cobrir a falta que se imagina no outro.

O movimento narcísico, com um capítulo dedicado a esse tema no item 2.4.1, pode ser contemplado na análise dos seguintes dados apresentados: quando se trata da subcategoria de **retorno pra si**, percebe-se que a intenção de doar um rim não se mostra isenta de interesse próprio. O fato de se dispor a tal atitude para

com o outro implica para o sujeito uma expectativa declarada de, uma vez que necessite, a mesma concessão alheia lhe seja concedida, o que denota o movimento narcísico que não se limita em si. Tal movimento é possível de visualizar também na subcategoria; **colocar-se no lugar do outro**. Nesta o sujeito doador demonstra na relação dependente de marido e mulher, uma escolha objetual de amor em que há a procura de si mesmo no outro que, ao mesmo tempo, torna-se seu ideal de ego e é introjetado. Fato este que poderia explicar a condição de sentir o que o outro sente em relação ao sofrimento com a doença. É possível perceber na subcategoria: **auxílio** que o sujeito se demonstra solidário ao outro na medida em que reflete que pode ajudar quem necessita já que não terá prejuízo. Esta justificativa pode ser deduzida como ato sublimado em que o prazer próprio estará no reconhecimento do mundo pela doação realizada, ou seja, denota também uma ação de interesse narcísico, uma ação não gratuita.

Já na subcategoria: **receio com a própria saúde**, se pode concordar com Moretto (2007) na página 42 que menciona que enquanto o sujeito não lembra de seus órgãos, vai tudo bem pra ele, mas quando o órgão dá sinais que chamam a atenção, eis o impacto, a estranheza, a angústia. Embora o doador ainda não tenha se submetido a vivência da retirada o rim e suas consequências, quando o sujeito relata que *“... numa dessa pode ter problema de saúde lá pra frente né... pode estranhar alguma coisa...”* está atribuindo ao significado da doação a perda da condição da saúde, algo adverso de como se reconhece atualmente.

Ao apresentar a subcategoria **dever** se pode inferir que ao sujeito – neste caso filha doadora<sup>19</sup> e pai receptor – suscita-se que há uma dívida, embora não perceptível pelo sujeito. *“...na verdade não parei pra pensar no que significa né, pensei mais no meu dever de filha.”* Neste caso, seria no dever da boa filha que doa para seu pai, o lugar que se formata. Em relação a esta última suposição, se pode arriscar a corroborar com Stotz (2011) quando ressalva a fase edipiana em que o sujeito abandona o investimento libidinal no objeto proibido e o substitui por identificações. Como consequência há a introjeção da autoridade dos pais com juízos de valor que forma o superego, como lei que a partir daí o psiquismo pode dispor contra o retorno do que já fora abandonado, ou pelo menos reprimido. Assim sendo, para não se sentir culpada em dar vasão a um desejo seu, talvez o de não

---

<sup>19</sup> O sujeito Natasha apresentou dados ambivalentes referente ao SIGNIFICADO DA DOAÇÃO, os quais se dividiram nas subcategorias: salvar vidas e dever.

doar, a instância psíquica do superego da doadora forma reativamente através do não pensar o significado de doar, e sim, cumprir o dever do que julga ser certo.

Enfim, a análise dos dados apresentados acima nas tabelas E, F, G e H se propôs contemplar o objetivo específico desta pesquisa que buscava reconhecer as expectativas dos familiares frente a resposta de compatibilidade para serem ou não doadores vivos de rim a um paciente. No entanto, pôde se concluir que: a possibilidade de ser um doador surgiu no momento em que o transplante se fez necessário ao familiar para a maioria dos entrevistados; o fato dos sujeitos serem doadores de rim se mostrou como satisfatório em sua maioria; as expectativas frente ao resultado do teste de compatibilidade se apresentam, de um modo geral, como favoráveis na percepção dos sujeitos pois neste primeiro momento do processo de doação em que não há resultados clínicos que autorizam o ato, a confiança de que vai dar certo prevalece; e, embora alguns sujeitos tenham apresentado mais que uma resposta para o significado da doação, o que se demonstrou fora a diversidade e a particularidade de sentidos atribuídos por cada sujeito.

Abaixo, as tabelas que correspondem os resultados referentes a análise do quarto objetivo específico : *“Identificar os sentimentos de familiares candidatos a doadores vivos de rim quanto a possível perda do próprio órgão”*:

*Você já passou por algum tratamento de saúde, procedimento cirúrgico ou internação hospitalar? Se sim, qual foi e como foi pra você?*

Categorias	Subcategorias	UCE	Nº
PROCEDIMENTOS DE SAÚDE DE ALTA	- Não	(Moranguinho) “Não, cirurgia não... eu vivo nos médicos por causa do colesterol, é a bronquite que ataca de vez em quando, mas cirurgia não.”	3
COMPLEXIDADE EFETUADOS	- Sim	(Natasha) “Já, operação pra miomas e endometriose, mas correu tudo bem, tranquilo, fiz a cirurgia tudo normal”.	3

\*Tabela I

Os resultados na tabela acima demonstram que a metade dos sujeitos desta pesquisa nunca se submeteu a procedimentos invasivos de saúde os quais requeressem cirurgia e internação. A outra metade dos entrevistados relata já ter



passado por procedimentos de alta complexidade e que as experiências anteriores foram vivenciadas com tranquilidade e dentro da normalidade.

Conforme menciona Uryn (1992) na justificativa deste trabalho - página 17 - muitos são os doadores que nunca freqüentaram ou estiveram internados em um hospital. A autora aponta que, este fato pode favorecer o aparecimento de fantasias claustrofóbicas, podendo desenvolver angústias por estarem isolados, sentindo-se aprisionados e solitários quando estiverem hospitalizados. Embora neste momento não apareçam relatos que se remetam a tais aspectos, devido a ausência de experiências anteriores, presume-se que os sujeitos possam vir a enfrentar tal condição ao chegarem no momento da remoção do rim. Este episódio poderia justificar, por exemplo, um dos fatores determinantes das inúmeras desistências que ocorrem por doadores entre o período da internação e a cirurgia de nefrectomia, como apontado na problemática deste trabalho.

Por outro lado, aos sujeitos que relatam ter efetuado procedimentos de alta complexidade cujas experiências anteriores foram referidas como positivas, se pode citar Ledoux (1991) na página 48 deste trabalho - autor utilizado no capítulo sobre imagem corporal – em que explicita que a imagem inconsciente do corpo não é o corpo fantasiado, mas um lugar inconsciente de emissão e recepção das emoções, inicialmente focalizado nas zonas erógenas de prazer. O autor também salienta que a imagem inconsciente do corpo é individual e está ligada a história pessoal, a uma relação libidinal marcada por sensações erógenas eletivas, e que, a imagem do corpo, é aquilo em que se inscrevem as experiências relacionais da necessidade e do desejo, valorizadoras e/ou desvalorizadoras.

*O que você sente ao pensar nos procedimentos médicos em que será submetido para a retirada do rim, em caso de ser compatível para a doação?*

Categorias	Subcategorias	UCE	Nº
SENTIMENTOS DESPERTADOS FRENTE A RETIRADA DO RIM	- Situação Irrelevante	(Moranguinho) "Eu só quero que dê tudo bem na cirurgia... mas assim não tem, eu não to apavorada com aquelas coisas não sei porque."	3
	- Negação de sentimentos e uso de racionalização	(João) "... aí se pensa não pela doença, mas ficar longe da família, perder não sei quantos dias de trabalho..."	2

	- Relação custo-benefício	(Natasha) "... eu também já tive parando pra pensar a respeito do meu pai ...ele não é uma pessoa assim que segue os médicos né, que toma os remédios direitinho e realmente to em dúvida que se eu tiver que... se eu tiver que dar, fazer a cirurgia, se eu vou fazer mesmo. E também tem o risco né, no momento que vai internar, fazer a cirurgia, correr o risco de pegar uma infecção..."	1
--	---------------------------	---	---

\*Tabela J

Nesta tabela, os dados indicaram que a metade dos sujeitos desta pesquisa, até o momento, não denominam sentimentos despertados frente a retirada do rim, seja por não terem refletido sobre o que sentem, seja pela conclusão de que a retirada do rim é situação irrelevante perto do benefício que será dado ao receptor. Outros sujeitos demonstraram a negação de sentimentos utilizando-se de racionalização relacionada a retirada de autonomia e alteração da rotina de vida em função da hospitalização para a remoção do rim. A dúvida de doar também apareceu na fala de um sujeito que atribui uma relação de custo-benefício da doação à falta de cuidados do receptor com a própria saúde, sendo que tal funcionamento é presumido mesmo após a realização do transplante.

Assim sendo em função do rim ser um órgão o qual não se faz notado quando em sua homeostase – situação indispensável para um candidato doador – por existir este em duplicidade no corpo humano e pela motivação de *poder* prorrogar a vida do outro com uma parte de si, se supõe que tais motivos, por considerar sua relevância para os sujeitos, não despertaram nos sujeitos entrevistados sentimentos referentes a perda de um rim.

Pela condição da ausência do corpo doente nos candidatos a doadores é possível fazer uma comparação com os ditos de Schilder (1999) na página 52 que aponta que cada órgão traz em si um conjunto específico de vida emocional, e que este fato estimula, com a doença orgânica, a conexão de emoções em um determinado órgão. Para Moretto (2007) – página 41 - o corpo humano nunca é para o próprio sujeito puramente um corpo, livre de representações psíquicas, mesmo havendo uma distância entre o corpo tal como ele é e o corpo representado, sendo que as representações simbólicas fazem com que a relação do homem com o seu corpo seja desnaturada. Logo, neste caso, poderia se presumir que os rins dos sujeitos doadores não estariam investidos de carga emocional ou então não estariam simbolicamente atribuídos de representações ideativas de perda.

De outra forma, é também possível deduzir ainda a partir de Moretto (2007) – página 41 - que é no momento que a distância entre o corpo real e o corpo simbólico fica ameaçada, que o homem vivencia um impacto que é nomeado de angústia. Em vista disso, pelo fato do procedimento de remoção do órgão ainda ser uma etapa futura que dependerá da resposta do teste de compatibilidade e de toda uma condição clínica exigida para a doação, neste momento, não tende a ser sinalizado o prenúncio do perigo da desintegração da imagem corporal.

Outra subcategoria que se demonstrou a partir dos dados coletados na tabela acima foi a **negação de sentimentos pelo uso de racionalização**. A negação é o processo pelo qual o sujeito, embora formulando um dos seus desejos, pensamentos ou sentimentos até então recalcado, continua a defender-se dele negando que lhe pertença (Laplanche e Pontalis, 1992, p. 293). Os autores ressaltam que a idéia de que a tomada de consciência do recalcado se assinala vezes no tratamento pela negação situa-se no ponto de partida do artigo que Freud lhe consagra em 1925: “ Não há prova mais forte de que conseguimos descobrir o inconsciente do que vemos reagir o analisando com estas palavras: ‘Não pensei nisso’, ou ‘não (nunca) pensei nisso’.” (Laplanche e Pontalis, 1992, p. 294). Já a racionalização é o processo pelo qual o sujeito procura apresentar uma explicação coerente do ponto de vista lógico, ou aceitável do ponto de vista moral, para uma atitude, uma ação, uma idéia, um sentimento, etc., cujos motivos verdadeiros não percebe. A racionalização encontra sólidos apoios nas ideologias constituídas, moral comum, religiões, convicções políticas, etc, pois a ação do superego vem aqui reforçar as defesas do ego (LAPLANCHE e PONTALIS, 1992, p. 424).

No dado apresentado que definiu a subcategoria: **relação custo-benefício**, se evidenciou na fala do sujeito seu questionamento para a decisão de doar um rim pois a forma com que o receptor lida com o tratamento renal atualmente não demonstra implicações com sua própria saúde. Este fato faz com que a candidata a doadora questione a resiliência de seu ato e reflita até que ponto seria viável pra si e para o receptor os procedimentos de transplante que requer a remoção de um rim em prol de um outro que é negligente aos cuidados consigo mesmo. Talvez este dado poderia ser explicado conforme menciona Silder (1999) na página 49, em que destaca que qualquer que seja a libido do ego aparece em conexão com o objeto, pois há sempre uma pessoa e as atitudes dessa pessoa. Para o autor se há uma atitude, é porque é uma atitude para algo, a energia não

existe isoladamente, reiterando que, em se tratando da libido narcisista, esta tem também como objeto a imagem corporal. Segundo complementa Capisano (2010) na mesma página, o sujeito estaria sempre voltado para o mundo externo, na expectativa da aquisição de novos dados, onde através de erros e acertos de sua experiência estaria a construir sua imagem corporal.

*Como é pra você a possibilidade de não ter mais de um de seus rins?*

Categorias	Subcategorias	UCE	Nº
AUSÊNCIA DE UM RIM	- Vida normal	(Rosa) “...eu já escutei tanto. A Minha mãe ficou 3 anos quase internada... e eu não sei se é porque eu sempre escutei os médicos falarem que a outra pessoa vive tão tranqüila com um rim só... pra mim eu acho que é normal.”	5
	- Cuidado com a saúde	(Natasha) “Eu tava pensando se tem alguns limites, algumas restrições pra viver depois...”	1

\*Tabela K

Foi possível concluir que em relação a ausência do rim, para a maioria dos sujeitos, a vida é percebida como normal após haver a doação. Apenas um sujeito menciona a noção de certos cuidados com a saúde após a retirada de um dos rins.

Com referência a subcategoria: **vida normal** se pode trazer as considerações de Zatz (2002) na parte deste trabalho que trata da fisiologia do rim - página 22, que descreve que os néfrons remanescentes são capazes de adaptar-se a nova condição biológica, multiplicando em várias vezes seu ritmo de trabalho, o que se exemplifica nos casos de uninefrectomia de tumores renais ou em doadores de rins para transplante entre vivos.

Em relação a imagem corporal, como destaca Capisano (2010) na página 54, o indivíduo pode tanto excluir do seu corpo certos órgãos como também incluir novos adereços, desde que em ambos os casos se tenha alguma representação intrapsíquica devido a energia libidinal que recebem. Talvez seja possível deduzir que o rim, por ser imperceptível em sua existência e funcionamento, ou, por o sujeito possuir duas unidades em que apenas uma se faz necessária para a manutenção da saúde do organismo, se tendo aí uma representação psíquica que permita que o

órgão seja alijado do corpo. Talvez a alteração da imagem corporal possa ser mais frequente no receptor que terá um órgão do outro dentro do seu corpo.

Entretanto, ainda na página 54 deste trabalho é possível corroborar com Capisano (2010) em se tratando do dado da tabela acima que se refere ao **cuidado com a saúde**. Para o autor no modelo postural do corpo não há apenas contornos e superfície, mas há o interior do corpo, do qual se pode ter percepção de algo estar acontecendo dentro dele, pelo menos em fantasia. Quando os sujeitos entrevistados mencionam as restrições que imaginam haver em suas vidas – mesmo que em decorrência de informações obtidas - após a retirada do rim, também se possibilita pensar que a condição do vazio local após a remoção do órgão poderia engendrar falsos sintomas na postura do corpo ou então ilusões quanto a engrenagem de um corpo que agora conta com menos um componente, conforme pressuposto no marco teórico desta pesquisa.

Por fim, os dados apresentados nas tabelas I, J e K buscaram contemplar o objetivo específico desta pesquisa que visava identificar os sentimentos de familiares candidatos a doadores vivos de rim quanto a possível perda do próprio órgão.

Nos resultados obtidos percebeu-se que: a metade dos sujeitos desta pesquisa nunca se submeteram a terapêuticas invasivas de saúde as quais requerem cirurgia e internação, enquanto que os demais relataram já ter passado por procedimentos de alta complexidade e que suas experiências foram vivenciadas tranquilamente; os sentimentos despertados frente a retirada do rim não foram denominados, seja porque os sujeitos relatam ainda não ter refletido sobre, seja pela conclusão de que a retirada do rim é situação irrelevante perto do benefício que será dado ao receptor, seja pelos sujeitos demonstrarem a negação de sentimentos utilizando-se de racionalização frente as implicações da hospitalização para a remoção do rim, ou ainda, seja pela relação custo-benefício da doação atribuída a falta de cuidados do receptor com a própria saúde; em relação a ausência do rim, para a maioria dos sujeitos, a vida é percebida como normal após haver a doação, enquanto outros pontuam para a possibilidade de não ter mais um rim, os cuidados com a saúde após a retirada de um do órgão.

Em seguida as tabelas que contem os resultados pesquisados, totalizando os grupos de tabelas, o qual contempla o objetivo específico quinto: *“Verificar as informações que o familiar candidato a doador de rim possui quanto a*

*sua condição de saúde (após a cirurgia de remoção do rim) em caso de ocorrer a doação”.*

*Você possui informações médicas sobre como fica a condição de saúde da pessoa após a remoção do rim? Quais?*

Categories	Subcategorias	UCE	Nº
INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE DO DOADOR APÓS A CIRURGIA	Não possui	(Maria) “Não. Depois assim eu nunca me informei”.	3
	Insuficiente	(Rosa) “... a Dra. tava comentando e ela explica as coisa tudo bem certinho... se bem que eu acho que a gente vai ficar sabendo de tudo na próxima semana depois do teste né, quando todos os irmãos que vão fazer o teste estiver juntos.”	2
	Possui	(Moranguinho) “ Ah... a gente tem que se cuidar tudo direitinho né, poder trabalhar e tudo depois...os médicos já falaram isso da primeira vez que eu desisti por causa da bronquite.”	1

\*Tabela L

Os resultados na tabela acima indicam que a maior parte dos sujeitos não possuem informações sobre sua saúde após a cirurgia de remoção do órgão ou são insuficientes. Apenas um sujeito informa possuir informações em decorrência de avaliação para a doação que já se submetera anteriormente.

Pode se deduzir que as informações referentes a nova condição de vida após a remoção do rim acontece, por parte da equipe médica, após a validação da resposta positiva para a doação através dos exames e testes clínicos realizados. No entanto, parece que a insuficiência ou inexistência de informações quanto ao prognóstico de vida após a perda de um rim, não evidenciam fantasias despertadas pela possibilidade de viver com um só rim e nem determinam a tomada de decisão em se submeter às avaliações de saúde em que os candidatos a doadores se propõem.

Pelo que se apresenta no fluxograma do ambulatório de Transplante Renal do HUEC (2010) – caracterizado no primeiro objetivo desta pesquisa - é provável que tais informações a condição de vida do doador vivo sejam emitidas ao término da fase de Pré-transplante Renal que ocorre após a avaliação e permissão

médica para a realização do transplante, o encaminhamento ao Ministério Público para as devidas autorizações e o retorno do paciente doador para o agendamento do internamento hospitalar, ou, no início da fase de Transplante Renal em que o doador vivo é internado dois dias antes do procedimento para dar início as drogas imunossupressoras para a preparação do transplante, ou ainda, após a alta hospitalar e o retorno dos pacientes ao ambulatório para consulta pós-operatória.

*Você conhece alguém que já passou pelo mesmo procedimento médico de remoção do rim? Se sim, como é a vida dessa pessoa?*

Categorias	Subcategorias	UCE	Nº
CASOS DE TRANSPLANTE REALIZADOS EM CONHECIDOS	- Histórico positivo de transplante	(Maria) “ Tem uma moça...que ela fez, uma conhecida, eu conversei esses tempos com ela... daí ela me contou que a irmã dela doou...e que agora ela já ta se sentindo bem melhor, que a irmã dela já tá trabalhando, já ta levando a vida normal de novo...”	4
	- Histórico negativo de transplante	(Moranguinho) “... sim, o marido dela também, então a gente vê né, tem uns que não passam bem, lá perto de casa tem uma moça que doou e a mãe dela faleceu... e ela também não ta muito bem...”	1
	- Nenhum histórico	(Natasha) “Não conheço ninguém. Não que eu saiba”	1

\*Tabela M

Em relação ao conhecimento de transplantes realizados por outras pessoas, a maioria dos sujeitos desta pesquisa, admitiu exemplos de situações similares em que doador e receptor tiveram sucesso no procedimento e que a qualidade de vida mudou significativamente para melhor. Um sujeito informou ter ciência de um caso de transplante mal-sucedido e outro sujeito relatou não ter conhecimento de nenhum caso.

*Como você imagina que será sua vida depois da cirurgia?*

Categorias	Subcategorias	UCE	Nº
VIDA DO DOADOR APÓS A CIRURGIA	- Vida normal	(Rosa) “N-o-r-m-a-l. Claro que vai ser normal! Do jeito que vai ser a minha, vai ser a dele”.	5
	- Não sabe	(Natasha) na minha cabeça eu tenho algumas restrições, não sei porque não tenho	1

		conhecimento ao certo..."	
--	--	---------------------------	--

\*Tabela N

Nesta tabela foi possível verificar que a maioria dos sujeitos imaginam que sua vida após a remoção do rim será normal, sendo que apenas um sujeito relata possuir a crença de algumas restrições quanto ao modo de vida após a doação.

É possível pensar que as fantasias positivas em relação ao futuro dos sujeitos doadores depois da perda de um rim se relacionam ao corpo visto como funcional mesmo possuindo apenas um rim. Para Capisano (2010), na página 55, o homem considerado "normal" mantém a unidade do corpo em virtude do predomínio de tendências construtivas e que a modelagem, embora vaga e nunca definitiva, acompanha as necessidades da vida. Outro ponto a ser levantado pelo autor é que às vezes, o ódio parece destruir a imagem do corpo, mas logo depois o amor pode reconstruir e reorganizar essa imagem. Seguindo esta linha, o sentimento de amor que é investido no receptor poderia justificar a predominância das motivações que sustentam a remoção de um rim, bem como a imago - neste momento que ainda não fora removido o órgão - de que sua personalização, enquanto imagem corporal, não será alterada.

*Como você imagina que será a vida do receptor a pós o transplante?*

Categorias	Subcategorias	UCE	Nº
VIDA DO RECEPTOR APÓS O TRANSPLANTE	- Mudança de vida	(Rosa) "... acho que vai mudar muito, porque ele tá assim, tão ansioso na espera desse rim que eu acho assim, ele vai ser o homem mais feliz ... no dia que ele ganhar esse rim, eu acho que o dia mais feliz da vida dele será este."	4
	- Exemplo para outras pessoas	(Moranguinho) "Nossa, eu imagino que muito bem... porque daí... as pessoas vão ver que dá certo e acabam doando mais. Deus é lindo e poderoso né... que daí as pessoas vão doando... é isso que a gente quer."	1
	- Com restrições	(João) Eu imagino que a vida dele vai ter uns cuidados né ainda mais do que eu... ele outros problemas de saúde não tem, que dá pra complicar, é só mesmo que aceite bem.	1

\*Tabela O



Os dados acima que se referem a imagem que os sujeitos da pesquisa possuem quanto a vida do receptor após o transplante, demonstram que a mudança de vida para melhorar é considerada pela maioria. Um sujeito supõe que haverá restrições na vida do receptor e outro sujeito relaciona o fato da melhora da saúde do transplantado como a conseqüência que servirá de exemplo para que outras pessoas venham a praticar a doação de rim.

Relativo a subcategoria apresentada: **mudança de vida**, é possível inferir a projeção do sujeito doador de como seria a vida pós transplante pra si e como deseja que seja para o receptor. Ao perceber que os sujeitos prevêem a mutação da condição atual de saúde do receptor para uma situação muito mais benéfica, se utiliza novamente do que diz Capisano (2010) na página 50, que a imagem do corpo é unidade passível de transformação, onde todos os sentidos entram em colaboração, já que esta nunca será sempre a mesma, pois é lábil, mutável e incompleta, e que, depende do uso que se faz dela, do pensamento, das percepções e das relações objetais.

Em se tratando do dado demonstrado na subcategoria: **exemplo pra outras pessoas** se pode trazer Shilder – página 50 – que explica que aquilo que as pessoas que o cercam fazem com seu próprio corpo também tem enorme importância, e é portanto que a imagem corporal se estrutura nos contatos sociais. Para Ledoux (1991), também na página 50, a imagem do corpo é, em sua própria essência, relacional apoiada no outro, pois já vem corporalmente ordenada no corpo, no sentir e no dito da mãe em que sua fala e sua proibição limitam, invalidam e promovem. O autor ao se fazer das palavras de Dolto salienta que a partir do momento em que há uma testemunha humana, real ou memorizada, o esquema corporal, lugar da necessidade do corpo orgânico, entrecruza-se com a imagem do corpo, lugar do desejo. Desta forma, poderia aqui aludir o fato de que o dado exposto pelo sujeito doadora permite uma compreensão de que a identificação eliciada na fase edipiana com a mãe, se reedita por meio de outros significantes introjetados de boa educação, ensinamento de coisas boas e virtudes, os quais já foram verbalizados pelo próprio sujeito em outros dados. Tudo isso pode estar relacionado também à sublimação e ao narcisismo.

Após a análise dos dados obtidos nas tabelas L, M, N e O que se propôs verificar as informações que o familiar candidato a doador de rim possui quanto a

sua condição de saúde (após a cirurgia de remoção do rim) em caso de ocorrer a doação, concluiu-se que: a maior parte dos sujeitos não possuem informações sobre sua condição de saúde pós-operatório ou são insuficientes o que se deduz que estas sejam esclarecidas pelos médicos após a resposta positiva do teste e exames, sendo que a ausência de informações parece não engendrar fantasias quanto ao prognóstico de vida após a perda de um rim, e tão pouco determina a tomada de decisão em se submeter às avaliações de saúde em que os candidatos doadores se propõem neste momento; a maioria dos sujeitos desta pesquisa, admitiu ter conhecimento de transplantes realizados com sucesso por outras pessoas e afirmam já terem trocado informações com os ex-pacientes doadores e receptores; quase a totalidade dos sujeitos imaginam que sua vida após a remoção do rim será normal, o que se presume que a crença positiva em relação ao futuro dos sujeitos doadores depois da perda de um rim se relaciona ao corpo visto como funcional mesmo possuindo apenas um rim; e, a imagem que os sujeitos da pesquisa possuem quanto a vida do receptor após o transplante, demonstram que a mudança de vida para melhorar é considerada pela maioria, sendo que a suposição de algumas restrições para o transplantado e o fato da melhora da saúde do receptor como a consequência que servirá de exemplo para que outras pessoas venham a praticar a doação de rim, também foram mencionadas.

Finalizando, pode se perceber nos dados que se relacionaram a este último objetivo específico da pesquisa que os sujeitos que se candidatam em serem doadores vivos de rim, embora não possuam informações em relação ao que muda em suas vidas após a cirurgia, aparentam representar sua imagem do corpo como funcional e saudável no que se refere ao órgão renal. Como aponta Santos (2007) na página 54, para muitos sujeitos, somente no momento em que o corpo é marcado por uma enfermidade que ele deixa de estar para a morte como um mero espectador. Tais sujeitos também parecem não demonstrar sinais de uma provável despersonalização do modelo postural do corpo – como pressuposto na fundamentação teórica deste trabalho - o que pode ser em decorrência de que neste momento ainda não haja resposta de compatibilidade e a doação seja somente uma possibilidade. Shilder (1999), na página 51 aponta que em caso de despersonalização o sujeito sente-se inteiramente diferente do que era antes, e esta modificação se apresenta tanto no ego quanto no mundo externo e o sujeito não se reconhece como uma personalidade, pois o mundo externo parece-lhe estranho,

novo, e menos real do que antes. Silder (1999) ainda destaca que essa tal estranheza, geralmente se refere à esfera visual que tem enorme importância na construção da imagem corporal. Portanto, esta seria uma situação que não ocorreria a partir da remoção de um rim, já que é um órgão interno.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo identificar os fenômenos psicológicos em familiares candidatos a doadores vivos de rim que serão submetidos ao teste de compatibilidade. Para tanto, buscou-se caracterizar os critérios e procedimentos estabelecidos para que familiares vivos sejam ou não considerados aptos a doar. Investigar as características do vínculo afetivo entre doador e receptor através da história familiar se fez indispensável para a compreensão dos fenômenos que abarcam esta problemática. Assim como, a identificação dos sentimentos quanto a possível perda do próprio órgão, o reconhecimento das expectativas frente a resposta de compatibilidade com o receptor e a verificação sobre as informações adquiridas sobre a condição de saúde dos candidatos doadores após a cirurgia, também se percebeu como necessário para a exploração deste estudo.

Das conclusões que se pôde obter, com relação a caracterização dos procedimentos clínicos adotados a doadores de rim, se constatou tres fases: a primeira de pré-transplante renal em que é efetuada toda a avaliação clínica para verificar se o candidato é ou não apto a doar e, sendo este o caso, encaminhado às autorizações judiciais do ministério público para legitimação da doação; a segunda que se refere ao transplante renal propriamente dito – internação e cirurgia; e a terceira fase de pós transplante em que o doador e receptor retornam após a alta ao ambulatório para avaliações pós-operatória.

Para que fosse possível coletar os dados da pesquisa foram efetuadas entrevistas semi-estruturadas à seis sujeitos candidatos doadores de rim que acompanharam o familiar/paciente renal crônico em consulta pré-transplante do ambulatório do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. O procedimento de coleta de dados foi realizado ao término de cada consulta médica. Mediante a indicação dos médicos nefrologistas, de qual sujeito era ou não familiar candidato a doação, a enfermeira chefe do serviço intermediou a apresentação da pesquisadora com cada entrevistado. A entrevista ocorreu individualmente em uma sala de consultório disponibilizado pelo ambulatório.

Ao investigar as características do vínculo afetivo entre o familiar candidato a doador e receptor se concluiu o predomínio das relações favoráveis em que são consideradas também a afetividade e a educação recebida pelo receptor. Já os fatos significativos na história do relacionamento familiar foram marcados por lembranças relacionadas a ausência ou presença de afeto, assim como fatos de aproximação dos familiares em situações de doença. As responsabilidades que desempenham os candidatos doadores ao familiar a ser transplantado apresentaram, em sua maioria, demandas relacionadas a doença renal além de outros papéis da própria dinâmica relacional. Os sujeitos se dividiram da opinião de que haverá mudanças no relacionamento familiar após o ato da doação.

Sobre as expectativas dos candidatos a doadores vivos de rim em relação ao teste de compatibilidade, constatou-se de um modo geral, a percepção favorável dos sujeitos em que a confiança de que vai dar certo prevalece. Para a maioria dos sujeitos observou-se, que a possibilidade de ser um doador surgiu quando o transplante se fez necessário ao doente renal e a hipótese de serem os entrevistados, os possíveis doadores, se evidenciou como satisfatória. Quanto ao significado da doação, o que se demonstrou fora a diversidade e a particularidade de sentidos atribuídos por cada entrevistado.

Na identificação dos sentimentos de candidatos doadores quanto a perda de um rim, percebeu-se que os sujeitos ainda não refletiram sobre isso, seja por considerarem que a importância está em salvar a vida do receptor, seja por apresentarem negação de sentimentos pela racionalização dos procedimentos cirúrgicos, seja pela relação custo-benefício da doação atribuída a falta de cuidados do receptor com a própria saúde. A ausência do rim após a doação implica na percepção de que a vida será normal mesmo nesta condição para a maioria dos sujeitos. Em se tratando de já terem se submetido a procedimentos de saúde de alta complexidade, observou-se que a metade dos entrevistados já vivenciaram experiências anteriores, as quais foram favoráveis.

Ao verificar as informações que os sujeitos da pesquisa possuem quanto a condição de vida após a doação, se concluiu que os mesmos ainda não obtinham tais informações em relação ao pós-operatório ou eram insuficientes, fato este que levou a deduzir que as informações relativas ao doador deve ser comunicada quando se efetiva a possibilidade de doação após o resultado clínico. No entanto, a falta de informação parece não engendrar fantasias negativas quanto ao prognóstico

clínico após a remoção do rim nem ser determinante na tomada de decisão dos sujeitos que se submetem ao teste de compatibilidade. A maioria dos sujeitos da pesquisa tem conhecimento de casos de transplantes bem sucedidos com outras pessoas e mencionaram já terem obtido informações com ex-pacientes. Praticamente a totalidade dos candidatos doadores imagina que sua vida após a remoção do órgão será normal o que se presume uma representação da imagem do corpo como funcional em relação a viver com um rim só, assim como a imagem que a maioria dos sujeitos tem em relação ao receptor após o transplante, é a de melhora de vida.

Em síntese, foi possível concluir com esta pesquisa que:

A maioria dos sujeitos relatou existir um relacionamento favorável e afetivo com o receptor cujo formato se demonstrou ao longo da história de vida entre ambos. Com este fato se possibilitaria inferir que a motivação da maioria dos sujeitos em doar, pode estar relacionada ao fato de que os receptores estariam no lugar de seus objetos de amor, alvos de grande proporção de investimento libidinal. Em contrapartida, na relação que demonstrou ausência de afeto, o sujeito doadora não se mostrou mobilizado a doar, a não ser pelo fato do dever de filha, seja pelas cobranças sociais seja por suas próprias cobranças internas. Com relação aos entrevistados mencionarem como satisfatória a possibilidade de doar e que suas expectativas seriam a de possuir compatibilidade com o receptor se faz compreender o movimento narcísico de energia objetal que retorna como satisfação pra si, e/ou sublimação, seja pelo próprio ato de salvar o outro com a doação, seja pelo reconhecimento disso no mundo em forma de sublimação.

O significado da doação que é atribuído de modo muito singular por cada sujeito, permite a constatação de que ato implica na peculiaridade de cada sujeito, a partir de suas representações instauradas no psiquismo.

A crença de que a vida do sujeito doador será normal após a remoção do rim faz deduzir que, em se tratando do órgão renal, que é interno, se pressupõe que este seja desinvestido de libido e erotização, o que não implicaria em alteração da imagem corporal por não haver representação simbólica de sua existência e funcionamento.

A ausência de receio e sentimentos de angústia frente a perda de um rim e o relato dos sujeitos de que este fato seria irrelevante em relação ao ato de salvar a vida do receptor, possibilita pensar que, neste momento do processo de avaliação

clínica em que ainda não há resposta de compatibilidade, o que se valida é novamente a satisfação narcísica de investimento no outro como retorno pra si.

Contudo o fato de se intuir que os receptores sejam objetos de amor, se pode arriscar a concluir, de modo mais amplo neste trabalho, que: nesta fase do procedimento da doação, quem doa não apresenta ansiedade em doar, pois este ato não é representado como uma perda de uma parte de si. O sujeito que doa, doa também pra si mesmo e desta forma não sente como uma ameaça de castração. Mas sim, o ato da doação remeteria ao fato do sujeito significar que ele possui algo que o outro precisa - a completude de si mesmo; quanto algo narcísico que sai de si e vai para o outro (que como introjetado está em seu ego) retorna pra si próprio. Ou seja, doar o rim para o objeto de amor, não seria perder um órgão, mas, transferi-lo para o outro que é parte de si mesmo. **Seria o eu recebendo algo do mim mesmo.** Tudo isso, implicado no tipo de relacionamento familiar em que se desenvolvera entre doador/receptor.

Das facilidades encontradas na realização da pesquisa se pode citar a estrutura disponibilizada pelo ambulatório do hospital tanto como: o espaço físico propício a individualidade de cada entrevista; a equipe de profissionais engajados na indicação dos sujeitos; como também o fato do número total da amostra de sujeitos sugerido para a pesquisa, ter surgido em apenas uma manhã de estada no campo.

Já das dificuldades que foram encontradas estão: a demora da liberação pela instituição co-participante para a permissão de ida ao campo, cuja situação se deu em função de concepções divergentes quanto a burocracia de autorização para pesquisadores que vem de outras instituições de ensino já portando aprovação do comitê de ética local, que não da referida instituição correspondente ao campo da pesquisa. Os inúmeros contatos da pesquisadora que se fizeram necessários com o local da instituição co-participante – situado na cidade de Curitiba/P.R – até que fosse possível obter a autorização final para a coleta de dados também deve ser considerado. E por fim, o fato deste trabalho ter sido fortemente motivado pela pesquisadora a se fundamentar em conceitos psicanalíticos – os quais consideram o sujeito como *reeditor* e *atualizante* de seu funcionamento psicodinâmico estruturado desde as primeiras experiências de satisfação e frustração da tenra infância – exigiu um esforço mais exaustivo sobre o estudo da teoria e os fenômenos identificados. A ciência da proporção e complexidade da teoria, mesmo que enfrentada pelo fascínio, empenho e escolha da pesquisadora a essa abordagem, não mais do que tentou,

humildemente, se aproximar de uma compreensão do dar e do perder um rim a luz da psicanálise.

Na continuação deste estudo para futuras pesquisas, fica sugerida a investigação de mecanismos de defesa a serem verificados em candidatos a doadores de rim durante o processo pré-transplante. A existência desta forma de enfrentamento frente as situações importantes da vida, fora possível de ser observada, porém não foram ressaltadas por não fazer parte dos objetivos deste estudo. Ainda assim, esta sugestão se justifica, pois, neste momento de início de avaliação clínica para saber se será possível ou não ser doador, os sujeitos apontam, em sua maioria, para o desejo de doar, de salvar vidas.

No entanto, sabe-se que, conforme demonstrada na problemática desta pesquisa, somado a dados atuais, o número de doadores que desistem do ato durante a internação e às vésperas da cirurgia, continua sendo cada vez mais considerável. Como consequência, não só o sofrimento que se presume haver nos sujeitos envolvidos no transplante que não mais acontecerá, mas a própria rede pública de saúde que desprende gastos com internação, medicação pré-operatória, leitos ocupados, reserva de bloco cirúrgico para os procedimentos que, não ocorrem, e que não há como transferir para outro paciente que na mesma situação, aguarda sua vez.

Logo, seria de grande relevância pesquisar o que acontece com o sujeito após o resultado do teste de compatibilidade até que seja efetuada a cirurgia de remoção do órgão, quando o candidato passa a ser o real doador vivo de rim?



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. (Org). **Tendências em Psicologia Hospitalar**. São Paulo: PioneiraThomson Learning, 2004.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS CENTROS DE DIÁLISE E TRANSPLANTE – ABCDT. **O drama da doença renal**. 2009. Disponível em: [http://www.abcdt.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=360:o-drama-da-doenca-renal-&catid=46:saude-em-destaque&Itemid=105](http://www.abcdt.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=360:o-drama-da-doenca-renal-&catid=46:saude-em-destaque&Itemid=105)

CARREIRA, L. MARCON, S. S. **Cotidiano e Trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares**. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.11 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692003000600018&script=sci\\_arttext&tlng=s](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692003000600018&script=sci_arttext&tlng=s)

CASTRO, E. K. **O paciente renal crônico e o transplante de órgãos no Brasil: aspectos psicossociais**. Rev. SBPH v.8 n.1 Rio de Janeiro. jun. 2005. Disponível em: [http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582005000100002&lng=pt&nrm=is](http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582005000100002&lng=pt&nrm=is) . Acessado em 23 de setembro de 2010 às 00:45 h

CUNHA, R. S. **“ENTRE O CÉU E O INFERNO”**: a percepção dos pacientes renais crônicos acerca da adesão ao tratamento. Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia. Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. Palhoça. 2010.

**DEW MA, Jacobs CL, Jowsey SG, Hanto R, Miller C, Delmonico FL; Guidelines for the psychosocial evaluation of living unrelated kidney donors in the United States** (Orientações para a avaliação psicossocial de doadores vivos do rim independentes nos Estados Unidos). *United Network for Organ Sharing (UNOS); American Society of Transplant Surgeons; American Society of Transplantation*. Department of Psychiatry, University of Pittsburgh School of Medicine and Medical Center, Pittsburgh, PA, USA. PUBMED.gov. *Am J Transplante*. Maio de 2007, 7 (5) :1047-54. Epub 2007 12 de março. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17359510> . Acessado em 23 de setembro de 2010 às 23 e 10 h.

DRAIBE, S. A. & AJZEN, H. - AJZEN, Horácio & SCHOR, Nestor (Ed.). **Insuficiência Renal Crônica**. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. UNIFESP / Escola Paulista de Medicina. Nefrologia. 2ª Ed. Barueri, SO: Manole, 2005.

FEIJOO, A. M. L. C. ANGERAMI-CAMON, V. A. (org); **A ética na saúde: A vivência da Ética Numa Dialética de Paixão e Razão**. CHIATTONE. H. B. C; SEBASTINI, R. W. *A Ética em Psicologia Hospitalar*. São Paulo: pioneira Thomson, 2002.

FERREIRA, V. M. A. P.; ALMEIDA, I. G; SABER, L. T. S.; CASEIRO, J. GORAYEB, R. **Aspectos psicológicos de doadores de transplante renal**. Redalyc Sistema de Información Científica. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2009. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1150/115013591015.pdf>

FERREIRA, V. *Acesso Venoso Central para a hemodiálise: avaliação prospectiva da ocorrência de complicações*. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2005. Disponível em:

FREUD, Sigmund. *Além do Princípio de Prazer, Psicologia de grupo e outros Trabalhos*. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. V. XVIII. 1920-1922. Imago Editora. 2006.

\_\_\_\_\_. *A História do Movimento Psicanalítico, Artigos sobre Metapsicologia e outros Trabalhos*. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. V. XIV. 1914-1916. Imago Editora. 2006.

\_\_\_\_\_. *O Ego e o Id e Outros Trabalhos*. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud: edição standart brasileira. V. XIX. 1923-1925. Imago Editora. 1996.

GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3. Ed. São Paulo: Atlas, 1991.

\_\_\_\_\_. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LACAN, J. O seminário: Livro 4. *A relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995

\_\_\_\_\_. *Os Complexos Familiares na formação do indivíduo: ensaio de análise de uma função em psicologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2002.

LAZZARETTI, C. T. *Transplantes de órgãos: avaliação psicológica*. Psicologia Argumento. (2006).

LEDOUX, M. H. *Introdução à obra de Françoise Dolto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda. 1991.

LUVISOTTO, M. M., CARVALHO, R., GALDEANO, L. E. *Transplante renal: diagnósticos e intervenções de enfermagem em pacientes no pós-operatório imediato*. Publicação Oficial do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. 2007; 5(2):117-122. Disponível em: [http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/441-Einstein5-2\\_Online\\_AO441\\_pg117-122.pdf](http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/441-Einstein5-2_Online_AO441_pg117-122.pdf). Acessado em: 22 de setembro de 2010 às 21:05 h.

MACHADO, E. L.; Gomes, I, C.; César, C. C; Almeida, M. C. M.; Acúrio, F.A; Cherchiglia, M. L. **FATORES ASSOCIADOS AO TEMPO DE ESPERA ATÉ O TRANSPLANTE RENAL: Uma aplicação do modelo de Cox para riscos competitivos**. GPES - Grupo de Pesquisa em Economia da Saúde UFMG. Projeto TRS – Avaliação das Terapias Renais Substitutivas, 2005. Disponível em: <http://www.eventoexpress.com.br/cdemr/trabalhos/T218.PDF>. Acessado em: 27 de setembro de 2010 às 21 e 40 h

MACREADY, N. *Educação da família de pacientes com insuficiência renal crônica encoraja doação de rim*. Renal Week 2009: American Society of Nephrology (ASN) 2009 Annual Meeting: Poster TH-PO1025, 2009. Disponível em: <http://www.medcenter.com/medscape/content.aspx?id=24283&langType=1046>

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2005

MELLO FILHO, J. **Psicossomática Hoje**. URYN, M. B. *Transplantes Renais*. Porto Alegre. Artes Médicas Sul, 1992. Cap. 27, pg. 279 – 285.

\_\_\_\_\_. e BURO, M. **Psicossomática Hoje**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.) **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. In.: \_\_\_\_\_. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 17. Ed. Petrópolis. RJ. Vozes, 2000. P. 16-27.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. Ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Transplantes. Lista de Espera (Ativos e semi-ativos) - Total 2009*. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lista\\_de\\_Espera\\_2009.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lista_de_Espera_2009.pdf). Acessado em: 23 de setembro de 2010 às 00:57.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **O outro em si: o Transplante como Risco e Renascimento**. *Adoecer: As interações do Doente e sua Doença / organizadoras:*

MOURA, Marisa Decat (org.). **Psicanálise e Urgência Subjetiva**. *Psicanálise e Hospital*. 2ª edição. Belo Horizonte. Livraria e Editora ReinteR Ltda. 2000.

QUAYLE, Julieta e SOUZA de LUCIA, Maria Cristina. 2ª edição. São Paulo. Editora Atheneu, 2007.

QUINTANA, A. M., & Müller, A. C. *Da saúde à doença: representações sociais sobre a insuficiência renal crônica e o transplante renal*. *Psicologia Argumento*. (2006).

PÁDUA, Elizabete Matallo Marchesini de. **Metodologia da Pesquisa: Abordagem teórico-prática**. Campinas, SP: Papirus, 1996

PESTANA, J. O. M.; SILVA FILHO, A. P.; MELARAGNO, C.S. - DRAIBE, S. A. & AJZEN, H. - AJZEN, Horácio & SCHOR, Nestor ( Ed.). **Transplante Renal**. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar*. UNIFESP / Escola Paulista de Medicina. Nefrologia. 2ª Ed. Barueri, SO: Manole, 2005

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. *Veículo Oficial da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Semestral. Ano XVI – nº 2 – Janeiro / Junho 2010*. Disponível em: [http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/anoXVI\\_n2/index.aspx](http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/rbt/anoXVI_n2/index.aspx). Acessado em: 22 de setembro de 2010, 19:32 h.

ROMÃO Jr., J. E. **Insuficiência renal crônica**. In: CRUZ, J.; PRAXEDES, J. N.; CRUZ, H. M. M. *Nefrologia*. São Paulo: Sarvier, 1995. Cap. 17

ROMANO, Bellkins Wilma (org). LIMA et all. **Insuficiência Renal – A trajetória de uma prática**. *A Prática da Psicologia nos Hospitais*. São Paulo. Pioneira Ciências Sociais e Psicologia Clínica. 1994.

SANTOS, Nivaldo de Oliveira. **Quando o Corpo (se) Despertar**. *Adoecer: As interações do Doente e sua Doença* / organizadoras: QUAYLE, Julieta e SOUZA de LUCIA, Maria Cristina. 2ª edição. São Paulo. Editora Atheneu, 2007.

SEGEV L. Dorry, MD, PhD; Abimereki D. Muzaale, MD, MPH; Brian S. Caffo, PhD; Shruti H. Mehta, PhD; Andrew L. Singer, MD, PhD; Sarah E. Taranto; Maureen A. McBride, PhD; Robert A. Montgomery, MD, DPhil. **Perioperative Mortality and Long-term Survival Following Live Kidney Donation** (Da mortalidade e da sobrevivência a longo prazo após a Doação de Rim) *JAMA*. 2010; 303 (10) :959-966. Disponível em: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/303/10/959?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Dorry+Segev&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>. Acessado em: 26 de setembro de 2010 às 15 h

SOCIEDADE GAÚCHA DE NEFROLOGIA – SGN. **Transplante Renal**. 2010. Disponível em: <http://sgn.org.br/tema-imprimir.php?id=14>

STOTZ, M. R. **Teoria Psicanalítica. A construção do Sujeito** – (escritos e aulas). Palhoça: Ed. Unisul, 2011.

URBAN, C de A. (org); AMORIN, C. **Bioética Clínica. Princípio da Beneficência e da Não-Maleficência**. LEPARGNEUR, H. **Princípio da Autonomia**. EMED & EMED. **Aspectos Éticos da Doação de Órgãos**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Reivinter, 2003.

ZATZ, Roberto. Maurício Costa e Silva (Ed.). **Fisiopatologia Renal**. Série Fisiopatologia Clínica. São Paulo. Editora Atheneu, 2002.

WARD, I. **Castração**. *Conceitos de Psicanálise*. Tradução; Carlos Mendes Rosa. – Rio de Janeiro: Relume Dumará: Ediouro; São Paulo: Segmento Duetto, 2005.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

### **Dados de identificação do entrevistado:**

1. *Nome Fictício:*
2. *Sexo:*
3. *Idade:*
4. *Escolaridade:*
5. *Profissão:*
6. *Estado Civil:*
7. *Você tem filhos? (sexo, idade)*
8. *Você tem irmãos? (sexo, idade)*
9. *Quais as pessoas que moram com você?*
10. *Qual seu parentesco com o familiar a ser transplantado?*

### **Informações referentes aos objetivos específicos da pesquisa:**

*“Investigar características do vínculo afetivo entre o familiar candidato a doador vivo de rim com o receptor, através de sua história familiar”*

- 11 Como é o seu relacionamento familiar com o receptor?
- 12 Você desempenha algum papel ou responsabilidade sobre o receptor?
13. Tem algum fato na história do relacionamento entre você e o familiar que será transplantado\* que foi significativo (marcou) pra você? Qual?
14. Você imagina que haverá alguma mudança no relacionamento entre você e o familiar que receberá o rim após a doação?

*“Reconhecer as expectativas dos familiares frente à resposta de compatibilidade para serem ou não doadores vivos de rim a um paciente”*

15. Em que momento foi cogitada a possibilidade de você ser um candidato a doador de rim?
16. Como foi pra você saber que poderá ser um doador de rim?
17. Quais são suas expectativas com relação ao resultado do teste de compatibilidade para a doação de rim?

---

\* Durante a entrevista, será utilizado o nome do paciente receptor de órgãos.

18. O que significa pra você doar um rim?

*“Identificar os sentimentos de familiares candidatos a doadores vivos de rim quanto a possível perda do próprio órgão”*

19. Você já passou por algum tratamento de saúde, procedimento cirúrgico ou internação hospitalar? Se sim, qual foi e como foi pra você?

20. O que você sente ao pensar nos procedimentos médicos em que será submetido para a retirada do rim, no caso de ser compatível para a doação?

21. Como é pra você a possibilidade de não ter mais, um de seus rins?

*“Verificar as informações que o familiar candidato, a doador de rim, possui quanto a sua condição de saúde (após a cirurgia de remoção do rim) em caso de ocorrer a doação”*

22. Você possui informações médicas sobre como fica a condição de saúde da pessoa após a remoção do rim? Quais?

23. Você conhece alguém que já passou pelo mesmo procedimento médico de remoção de rim? Se sim, como é a vida dessa pessoa?

24. Como você imagina que será sua vida depois da cirurgia?

25. Como você imagina que será a vida do receptor após o transplante?

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**  
**COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP UNISUL**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,

declaro estar ciente da minha participação na pesquisa intitulada “SERÁ QUE VAI DAR CERTO? *um estudo sobre os fenômenos psicológicos identificados em familiares candidatos a doadores vivos de rim e que serão submetidos ao teste de compatibilidade*”, a ser realizada pela acadêmica Janúcia Gomes da Silveira orientada pela professora Maria do Rosário Stotz.

A pesquisa em questão tem como objetivo geral identificar os fenômenos psicológicos de familiares candidatos a doadores vivos de rim que serão submetidos ao teste de compatibilidade.

É de minha livre e espontânea vontade responder às perguntas feitas na entrevista, que terá duração de trinta minutos a uma hora, realizada uma única vez no ambulatório do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, logo após o término da consulta médica de pré-transplante renal em que estive presente. Compreendo que tal procedimento não trará prejuízos ou desconforto para mim, e assim:

- autorizo que a entrevista seja gravada com gravador de voz;
- não autorizo que a entrevista seja gravada com gravador de voz.

Entendo que os dados da entrevista serão transcritos posteriormente, e utilizados no relatório da pesquisa. Estou ciente de que minha identidade será preservada pelo uso de um nome fictício, e que os dados a meu respeito serão mantidos em sigilo.

Tenho clareza que as informações referentes á pesquisa, guardado meu anonimato, serão divulgadas por meio de trabalhos e publicações científicas que poderão colaborar com a produção de conhecimento referente àqueles familiares que se candidatam a doar um de seus rins, como alternativa de tratamento eficaz a pacientes portadores de doença renal crônica.

Desta forma, o conteúdo a ser coletado nesta pesquisa possibilitará que os profissionais da área da saúde bem como estudantes possam vislumbrar novas compreensões acerca dos fenômenos psicológicos referentes ao teste de compatibilidade para a doação de um rim em que o sujeito irá se submeter. Contudo, equipes de saúde que compõe os centros de transplante renal das instituições de alta complexidade poderão, a partir do conhecimento adquirido, planejar novas propostas de intervenção que tenham cada vez mais como objetivo, a compreensão do sujeito como um ser biopsicossocial.