



## **A EXPERIÊNCIA DO TRANSPLANTE HEPÁTICO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: A FRÁGIL VIDA FORTE**

### **THE EXPERIENCE OF LIVER TRANSPLANTS IN CHILDREN AND TEENAGERS: THE STRONG FRAGILE LIFE**

**Yadja do Nascimento Gonçalves**

Mestra em Saúde da Criança e do Adolescente/Universidade Estadual do Ceará  
Psicóloga da Pediatria do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará  
Professora da FANOR/DeVry  
E-mail: [yadjaufc@yahoo.com.br](mailto:yadjaufc@yahoo.com.br)  
Fortaleza, Ceará, Brasil

**Annatália Meneses de Amorim Gomes\***

Doutora em Ciências da Saúde/Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Professora na Pós-graduação da Universidade Estadual do Ceará  
Consultora da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde  
E-mail: [annataliagomes@secrel.com.br](mailto:annataliagomes@secrel.com.br)  
Fortaleza, Ceará, Brasil

---

\*Endereço: Annatália Meneses de Amorim Gomes

Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Coordenadoria de Apoio Ao Desenvolvimento da Atenção Em Saúde.  
Rua Almirante Barroso, 600, Praia de Iracema, CEP: 60.060-440 - Fortaleza, CE - Brasil

**Editora-chefe: Dra. Marlene Araújo de Carvalho/Faculdade Santo Agostinho**

**Artigo recebido em 09/05/2013. Última versão recebida em 02/06/2013. Aprovado em 03/06/2013.**

**Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review (revisão de admissão) pela Editora-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).**

## RESUMO

Estudo de abordagem qualitativa visando compreender a experiência do transplante hepático na óptica de crianças e adolescentes, por meio de entrevista semiestruturada e do desenho-estória com tema. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Categórica e dos desenhos-estórias, sendo identificadas três categorias: caracterização sociodemográfica dos sujeitos; ser transplantado (a): “*E realmente não é como era antes*” e enfrentamentos no transplante: “*Dizem que eu sou forte (...) e dão muita atenção a gente*”. Os resultados mostraram o perfil dos sujeitos participantes; as mudanças e limitações na condição pessoal e no modo de vida cotidiano; o sentir-se “diferente”; os sentimentos vivenciados e as estratégias de enfrentamento. Conclui-se que a experiência do transplante de fígado constitui-se como uma vivência difícil e ameaçadora, pois requer adaptações contínuas. O estudo poderá subsidiar informações aos profissionais de saúde que favoreçam um cuidado integral à clientela infanto-juvenil.

**Palavras-chave:** transplante hepático; criança; adolescente; humanização da assistência.

## ABSTRACT

Using a qualitative approach to understand the effect of liver transplants through the experience and viewpoint of children and teens, utilizing semi-structured interviews and themed story-drawings. The data was analyzed through Categorical Content Analyses and story-drawings, three categories were identified: social-demographic characterization of the subjects to be transplanted: “*And indeed it isn’t like it was before*” and facing the transplant: “*People say that I am strong (...) and give us a lot of attention*”. The results show the profile of the participant subjects; the change and limitations of personal conditions on their daily way of life; Feeling “different”, the feelings felt and the strategies employed. In conclusion, the experience of a liver transplant constitutes a challenging and difficult lifestyle which requires a transplant subject to continually adapt and overcome. The study can subsidize information to health professionals that support complete care of the child-teen clientele.

**Keywords:** liver transplantation; child; teenager; humanization.

## 1. INTRODUÇÃO

Com o progresso da ciência médica, diversas patologias crônicas sem tratamento eficaz e um bom prognóstico, receberam uma alternativa: o transplante. Esta evolução abarcou o transplante de fígado (KELLY, 2008; MESQUITA et al., 2008; GARCIA et al., 2005; FERREIRA; VIEIRA; SILVEIRA, 2000) que tem se firmado como a única terapêutica capaz de garantir a sobrevivência e a qualidade de vida dos pacientes com condição avançada de doenças hepáticas (GARCIA et al., 2005) nos diversos ciclos de vida.

Em crianças e adolescentes, as doenças hepáticas são responsáveis por uma parcela das causas de óbitos, apesar de não serem tão frequentes (KIELING, 2003). No caso desta população, o transplante hepático é indicado nas situações de progressão deteriorativa da doença do fígado, antes de maiores comprometimentos deste órgão (MESQUITA et al., 2008). Assim, a determinação da condição ideal a um infante ser submetido ao transplante é uma tarefa difícil, pois a evolução da doença resulta ser imprevisível e a dificuldade de encontrar doadores compatíveis pode acarretar em longo tempo na fila de espera (KIELING, 2003).

Apesar destes avanços tecnológicos da Medicina, a racionalização científica tem desvalorizado a dimensão social, psicológica e cultural da relação saúde-doença (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). No Brasil, embora exista um contexto marcado por incomensuráveis diferenças e diversidades culturais, há um despreparo dos trabalhadores da saúde em lidar com a dimensão subjetiva e social na relação de cuidado (BRASIL, 2008; NATIONS; GOMES, 2007), o que tem levado a debates sobre a necessidade de humanização na saúde em geral (BENEVIDES; PASSOS, 2005; DESLANDES; MITRE, 2009) e de assistência integral a crianças e adolescentes (ANTON; PICCININI, 2011; CASTRO; MORENO-JIMÉNEZ, 2004; CECCIM; CARVALHO, 1997).

Diversos estudos brasileiros e internacionais consideram as vivências das crianças e adolescentes transplantados de fígado, porém abordam a perspectiva dos familiares neste contexto (ANTON; PICCININI, 2010a, 2010b; URIBE et al., 2007), o impacto do diagnóstico, da hospitalização e os aspectos psicossociais (ANTON; PICCININI, 2011; KROENCKE et al., 2006; NOBILI et al., 2009; PEREIRA, 2008). Outros tratam de pesquisas realizadas em vários centros de transplante, centradas na explicação de fatores biomédicos que determinam a doença hepática (CIRIA; DAVILA; HEATON, 2011; KELLY, 2008; MESQUITA et al., 2008; KIELING, 2003; SILVA Jr. et al., 2002) e da atuação da Psicologia

na relação de cuidado com estas crianças e adolescentes (CASTRO; MORENO-JIMÉNEZ, 2004; ULLRICH et al., 1997).

Embora o enfrentamento da condição de transplante hepático, especificamente na clientela infanto-juvenil, envolva aspectos emocionais, sociais e de desenvolvimento humano (ANTON; PICCININI, 2010b, 2011; CASTRO; MORENO-JIMÉNEZ, 2004), há escassez de pesquisas que busquem diretamente as percepções desses sujeitos sobre a experiência vivida com o transplante, destacando-se, no entanto, o estudo de Anton e Piccinini (2011) com a aplicação do Teste das Fábulas com crianças submetidas ao transplante de fígado.

Assim, compreender aspectos como os sentidos e significados das crianças e adolescentes, a situação social e as condições de realização do transplante hepático podem contribuir para superar o modelo biomédico (CAPRA, 1987) vigente baseado na fragmentação (CECÍLIO; MERHY, 2003), deslegitimação dos diferentes saberes, desconsideração da dimensão subjetiva e social (BRASIL, 2008; 2009; NATIONS; GOMES, 2007) e baixa autonomia destes pacientes e familiares no processo do cuidar de sua saúde (BRASIL, 2008; 2009).

Além disto, torna-se relevante a realização deste estudo, pois, segundo dados estatísticos da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos, o estado do Ceará é, por milhão de habitantes, o maior do País em número de transplante de fígado, com 18,2 transplantes realizados somente no primeiro semestre de 2011 (ABTO, 2011a), incluídas as crianças e os adolescentes.

Diante do exposto, interroga-se: qual o perfil das crianças e dos adolescentes que realizam o transplante hepático? O que significa para esses sujeitos a experiência de ser transplantado? Quais estratégias desenvolvem para adaptar-se na vida cotidiana à sua nova condição de transplantado? Baseada nestas perspectivas, a presente pesquisa visou compreender a experiência do transplante hepático na óptica infanto-juvenil.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, realizada em um hospital universitário em Fortaleza, Ceará, no Nordeste brasileiro, no período de maio a agosto de 2011. Participaram 11 sujeitos, sendo três crianças e oito adolescentes, com idades entre 11 e 17 anos, segundo os critérios: ser criança e adolescente, de ambos os sexos, com idade entre sete e 18 anos, acompanhadas pela equipe de transplante hepático, aceitar participar do estudo e ter o consentimento do responsável. O critério utilizado para essa faixa

etária baseou-se no pressuposto de que as crianças com idade igual ou acima de sete anos e os adolescentes por estarem na fase de desenvolvimento do período operatório concreto e operatório formal, seriam mais capazes em utilizar o pensamento lógico e abstrato (PAPALIA; OLDS, 2000), podendo comunicar verbalmente sua experiência, atribuindo significados (VIEIRA; LIMA, 2002) às suas emoções, vivências, sentimentos, crenças e percepções (BOSI; MERCADO, 2004).

Para a obtenção das informações foram utilizadas as técnicas de entrevista semiestruturada e o desenho-estória com tema (COUTINHO, 2005). Ressalta-se que a técnica do desenho é um recurso amplamente utilizado com pacientes infanto-juvenis, devido ao seu caráter indireto, pois possibilita “evitar distorções oriundas das limitações dos sujeitos na comunicação do ponto de vista formal” (COUTINHO, 2005, p.90). Assim, após a solicitação dos dados, interação e *rapport* iniciais, foi solicitado às crianças e adolescentes elaborarem um desenho-estória livre, ou seja, um desenho de sua livre escolha e ao seu término que lhe atribuíssem um título. Em seguida foi requerido outro desenho, o desenho-estória com tema, desta vez, relacionado ao tema da pesquisa: o transplante. Ao término deste segundo desenho, o participante era levado a contar uma história sobre o desenho e dar-lhe um título (Coutinho, 2005). Após a conclusão dos desenhos e das histórias contadas, foi iniciada a entrevista semiestruturada partindo do roteiro de caracterização do sujeito seguida das questões norteadoras: *Como foi para você ficar doente? Conte-me a história do seu transplante hepático; Como é para você ser transplantado? Conte-me como está sendo seu tratamento no hospital, como você se sente? Gostaria de contar mais alguma coisa sobre o seu transplante que eu precise conhecer?* As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

No processo de análise foi utilizada de modo concomitante a técnica da Análise de Conteúdo, em particular, a análise categorial, proposta por Bardin (2010), e a análise dos desenhos-estórias, conforme os referenciais de Trinca (1997) e Coutinho (2005), procedendo-se à elaboração das categorias de significados. As categorias representadas foram analisadas criticamente, em busca do significado dos discursos, compreendendo esses significados e conteúdos explícitos e implícitos (COUTINHO, 2005). Os dados foram interpretados à luz da compreensão sobre a infância e a adolescência (ABERASTURY; KNOBEL, 1992; PAPALIA; OLDS, 2000) e de estudos relacionados ao transplante de fígado (ANTON; PICCININI, 2010a; 2010b; 2011; MORETTO, 2006, 2007; PEREIRA, 2008).

A pesquisa seguiu os preceitos éticos, de modo que o sigilo foi preservado, em todas as etapas do estudo e a identificação dos sujeitos preservada por meio de codinomes. Teve aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio, sob o

protocolo nº 001.01.11, anuência formal do responsável pelo Serviço de Transplante de fígado do hospital e dos pais ou responsáveis e dos sujeitos por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a Resolução CNS nº196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A experiência do transplante hepático é entendida como uma construção social e cultural, em que a criança e o adolescente, mediados pelo processo de socialização, internalizam os mais variados significados culturais e atribuem sentido a sua vivência de forma multidimensional. A partir das análises dos dados foram identificadas três categorias relevantes: A caracterização sociodemográfica dos sujeitos; Ser transplantado (a): “*E realmente não é como era antes*” e Enfrentamentos no transplante: “*Dizem que eu sou forte (...) e dão muita atenção a gente*”.

#### 3.1. Caracterização sociodemográfica

Os sujeitos do estudo foram três crianças e oito adolescentes, com idades que variaram entre 11 e 17 anos. Nas primeiras houve a totalidade do sexo masculino, com idade prevalente de 11 anos. Já nos adolescentes predominou o sexo feminino, com a maioria entre 15 e 17 anos. Preponderou em ambos a procedência do Estado do Ceará (Tabela 1). No que se refere à escolaridade, dos 11 participantes do estudo uma criança (CC1) e três adolescentes (AD2, AD6, AD8) interromperam as atividades escolares em decorrência do transplante.

Foi por causa do transplante... parei de ir a escola. (Wagner, CC1)

Por que tinha a cirurgia, pro transplante... não dava pra estudar. (Daniela, AD2)

Um adolescente (AD1), contudo, referiu interrupção nos estudos desde o período anterior ao transplante.

Já era pra eu ter terminado... Eu fiquei só um ano (na escola). A doutora dizia que eu não podia estudar, aí eu não ia, a mãe não me botava. (Tadeu, AD1)

Estudos realizados por Vieira e Lima (2002) com crianças e adolescentes portadores de doença crônica apontam que os sinais/sintomas da doença, as sucessivas hospitalizações, o tratamento da doença e suas exigências contribuem para que estes pacientes se ausentem da escola, ocasionando prejuízos e, conseqüentemente, o abandono da vida estudantil.

O acompanhamento pedagógico durante a internação, no entanto, e a orientação sobre dificuldades e necessidades relacionadas aos estudos, poderiam contribuir para uma melhor assistência, minimizando, inclusive, os efeitos negativos da internação e aproximando-se de uma prática de cuidado integral à saúde (HOLANDA; COLLET, 2011), o que não ocorre na organização hospitalar pesquisada.

Com relação à renda média familiar, predominou entre um e três salários mínimos, corroborando o perfil socioeconômico de pacientes atendidos em outro centro de transplante hepático infantil brasileiro, pelo sistema público de saúde (GROSSINI, 2009).

Foi observado na fala de uma criança (CC1) que o transplante pode ter contribuído para o acesso a gêneros alimentícios que antes não faziam parte de sua dieta alimentar.

[...] mudou só as comidas, antes comia fruta, aquelas sopinhas e só... hoje como carne moída, pão. Como melhor. (Wagner, CC1)

Devido à situação da maioria das famílias deste estudo estar em desvantagem social, podem ter ocorrido dificuldades na aquisição de alimentos variados para as suas crianças. É preciso refletir, portanto, sobre as condições de vida e iniquidades nesta população, pois paradoxalmente o transplante agiu como um ganho para este sujeito, de uma vez que passou a ter acesso a outros tipos de alimentos devido à condição de transplantado. Além disso, a baixa renda familiar pode comprometer a adesão ao tratamento no período pós-transplante, sendo um dos critérios de avaliação a fim de sustentar o direito às necessidades básicas das crianças e adolescentes através de ações junto à sociedade e ao poder público (GROSSINI, 2009).

A média de tempo de realização do transplante foi de um ano e oito meses e houve diferença quanto ao período nas crianças e nos adolescentes. Nas crianças, o tempo de pós-transplante ficou entre um e seis meses, e nos adolescentes a superioridade foi acima de dois anos. Destaca-se ainda que todos os participantes realizaram o procedimento cirúrgico no hospital pesquisado, sendo acompanhados pela equipe durante todo o período do transplante hepático.

### 3.2. Ser transplantado (a): “*e realmente não é como era antes*”

A possibilidade de realização do transplante foi experienciada pelas crianças e adolescentes como um marco em suas existências, e determinou sentimentos de vitória e gratidão, porém, com responsabilidades e limitações que, para eles, representaram um alto custo à sua sobrevivência. Ao prevalecer a noção de que “realmente não é como era antes”, estes sujeitos precisaram encarar os desafios de viver a vida, a partir daquele momento, adaptando-se às mudanças desta nova etapa.

Diante disso, múltiplos significados da experiência vivida com o transplante hepático foram descobertos: as mudanças e limitações na condição pessoal e no modo de vida cotidiano; a experiência de sentir-se “diferente”; e os sentimentos vivenciados.

Na percepção de duas crianças e cinco adolescentes terem sido transplantados apresenta duas faces complementares: um “lado bom”, o que garante uma nova “chance de viver”, e um “lado ruim”, aquele que exige mudanças no modo de viver.

Por um lado é bom, por outro é ruim, né? Porque eu posso continuar minha vida. Por outro lado, tem algumas restrições, sabe? (Daiane, AD8)

Para ambos, crianças e adolescentes, as percepções positivas se relacionam com o recebimento de um novo órgão (o fígado) que garantiu sua sobrevivência, maior atenção recebida por familiares e amigos, além de ganhos materiais e sociais.

[...] colocado outro fígado, porque o meu não tava mais funcionando. Com certeza, por um lado você fica feliz, né? (Jamile, AD6)

Uma renovação de vida. Ganhava mais atenção, né? (Daiane, AD8)

Por que eu tenho vida nova [...] Eu tenho um celular... Porque eu não tinha um videogame, agora eu tenho [...] Eu não tinha amigos quando eu era pequeno, antes do transplante, agora eu tenho. (Elano, CC2)

A possibilidade de uma vida nova foi uma questão fundamental para os infanto-juvenis na experiência do transplante de fígado, encontrada também no estudo de Moretto (2007): “é uma possibilidade de morte iminente que é também a via do renascimento” (p.120).

A adolescente Daiane (AD8) expressou que com o transplante de fígado começou a perceber o mundo de outra maneira, foi “uma nova descoberta”.

Figura 1 – Desenho Daiane, AD8 (Título: Uma nova descoberta).



Fonte: dados primários da pesquisa.

As transformações na condição pessoal e no modo de conduzir-se no cotidiano afetaram profundamente o “jeito de viver” das crianças e dos adolescentes, no tocante às mudanças nos hábitos alimentares, nas atividades diárias e lúdicas.

Porque quando eu era pequeno, antes do transplante, eu podia comer o que eu quiser e agora não posso mais não [...] Porque eles dão (pulo) mortal aí eu não posso. Eles brincam de bola e eu não brinco. (Elano, CC2)

Muita coisa mudou... a alimentação... Na hora de brincar, na rua não podia mais ter contato, com sujeira, né? Porque não pode ter gripe direto, essas coisas. Muita coisa que eu podia, não podia mais fazer, muita coisa que eu gostava. E realmente não é como era antes. (Daiane, AD8)

Agora, eu não posso mais andar à pé à tarde pra casa dos amigos, andar de bicicleta... Tem a comida que é diferente, não pode comer oleoso, com pimenta ou muito salgado [...] Mudou meu jeito de viver [...] Não posso fazer muita arte! A arte é não brigar, não pegar peso. (Eduardo, AD7)

Todos esses sujeitos relataram dificuldades em conviver com as mudanças em suas rotinas de vida decorrentes do transplante hepático, ao ponto de considerarem “cruel” ter que lidar com essas mudanças. Assim, alguns comportamentos que estas crianças e adolescentes tinham como hábitos e prazeres próprios de suas idades, como liberdade para “comer o que quiser”, “andar de bicicleta”, “ir à casa de amigos”, e outros, tornaram-se nocivos para elas. Após o transplante, as coisas que “gostavam de fazer” precisaram ser modificadas, instaurando um novo modo de viver. Segundo Castro e Piccinini (2002), mudanças ocasionadas por doenças crônicas podem comprometer o desempenho da independência e da autonomia nesta fase da vida.

Para alguns adolescentes (AD1, AD2, AD3, AD5, AD6, AD8) a convivência com o controle dos pais, dos vizinhos e dos médicos; as rotinas do tratamento e as idas ao hospital tornam esse processo ainda mais complexo, vivenciado como uma limitação para eles.

As pessoas ficam gritando no meio da rua me matando de vergonha: “chama a mãe dele, ele tá comendo um hambúrguer”. As pessoas falam porque se preocupam comigo, mas às vezes passa do limite. Depois do transplante tem que tomar esse remédio na hora, às vezes é um pouco complicado, tem que ficar quatro horas sem comer, todo dia, todo dia, pro resto da vida. (Joel, AD5)

O medicamento, agora eu tenho que tomar muito... Para poder controlar direitinho... Quem controla é os médicos e a minha mãe em casa. (Daniela, AD2)

Tomar remédio? Eu acho a parte mais chata... O mais ruim é de tarde, um que tem que tomar até quatro horas, tem passar duas horas, depois só pode comer às sete. Tomo o remédio seis, aí fico duas horas sem comer aí tomo remédio, aí mais uma hora. (Tadeu, AD1)

Como é que eu posso falar? É muita coisa que eu preciso no hospital. Remédio, consulta, remédio, consulta. Retorno. (Daiane, AD8)

Segundo Anton e Piccinini (2011), a situação de doença crônica e o transplante podem levar a um cuidado excessivo e protetor com a criança/adolescente pelos familiares, ocasionando uma diminuição do estímulo ao desempenho da independência e autonomia desses sujeitos.

Observou-se, neste estudo, que as limitações impostas pelo tratamento e as rotinas dos cuidados com as crianças e adolescentes, mas, sobretudo, com esses últimos, contrapõem as características da fase de desenvolvimento da adolescência voltada à construção da identidade e da autonomia (ABERASTURY; KNOBEL, 1992; NEDER FILHA; FRIAS, 2003;

PAPALIA; OLDS, 2000). Significa dizer, portanto, que precisam ser pensadas estratégias nos serviços de saúde que minimizem o impacto dessas alterações e práticas de saúde na vida desses sujeitos, visando à promoção do cuidado integral.

Como os serviços de saúde podem contribuir para que crianças/adolescentes e familiares convivam com as consequências do transplante hepático de forma menos restritiva, favorecendo a autonomia desses sujeitos? Como favorecer a reinvenção de novos sentidos e modos de vida a partir do transplante? Entende-se que, “cada indivíduo e cada família têm uma forma singular de ser e de enfrentar essa situação, não existe um modelo ideal de funcionamento que possa servir a todos” (CASTRO; PICCININI, 2002, p.633). Assim, coloca-se o desafio de desenvolver práticas centradas no usuário, que considerem suas necessidades, condições de vida e fase do desenvolvimento.

Essas experiências produziram nas crianças e adolescentes tantas alterações e limitações no modo de andar a vida que eles começaram a se ver de forma “diferente”, a partir da recepção do fígado no próprio corpo, revelando o estranho dentro de si, o cuidado do fígado em si e as marcas na imagem corporal, como significados importantes na percepção das crianças (CC1, CC2) e adolescentes (AD1, AD2, AD3, AD5, AD7, AD8).

De saber que eu carrego dentro de mim um fígado que foi de outra pessoa, se você parar para pensar... é estranho [...] porque tipo imaginar que eu vivo com o fígado de outra pessoa, que não é mais o meu, que ele precisou morrer para eu ficar com o fígado. (Daniela, AD2)

É, transplantada é ser diferente, especial... Não é como as outras pessoas. Você agora tem outro órgão, tem que cuidar dele, tem uma nova vida. Não sou a mesma de antes. Agora eu tenho outro órgão que... Veio de outra pessoa e que eu tenho que tomar muito cuidado com esse órgão. Não posso perder ele. Porque, senão, a minha vida já era. Às vezes eu me incomodo um pouco com a cicatriz, sabe? [...] É. Porque eu não vou mais usar biquíni não. Mó paia! Usar maiô agora. Ficou tipo um “y”... Porque eu tenho vergonha. (Tatiana, AD3)

É difícil ainda saber né que tem uma coisa que não é minha aqui, né? Toma remédio pra poder ficar dentro de mim. É difícil... até hoje. Tem mudança muito grande. Tudo. Cicatriz também, que eu não gosto. É diferente né de uma pessoa normal. (Daiane, AD8)

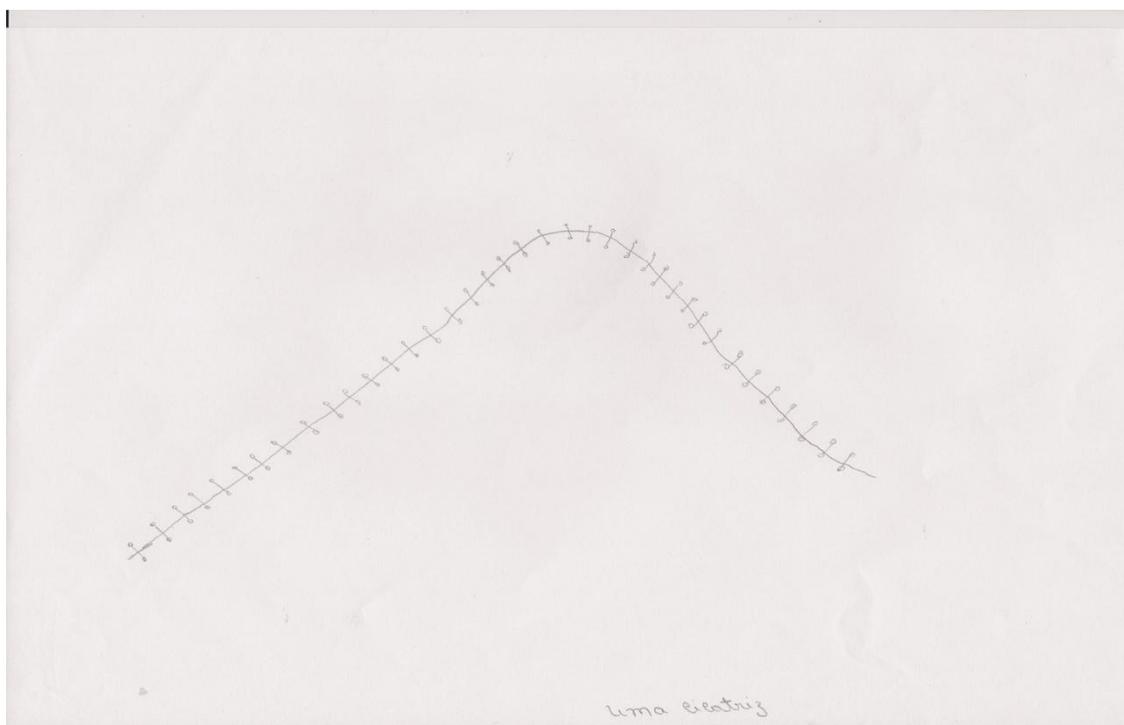
Porque minha barriga é costurada. (Elano, CC2)

Em sua tese, Moretto (2006) reflete sobre os processos subjetivos que envolvem a incorporação do fígado no paciente transplantado. Em sua pesquisa, os pacientes

transplantados “referem-se ao seu novo fígado como se isso não fosse deles” (MORETTO, 2007, p.127), de modo semelhante ao encontrado neste estudo que revelou a estranheza nos sujeitos de que para sobreviverem necessitavam cuidar do fígado de outra pessoa em si. A adesão ao tratamento, portanto, através da ingestão de medicamentos e retornos as consultas, parece estar relacionada com a responsabilidade de cuidar do órgão, mantendo a vida.

Os corpos destas crianças e adolescentes são alterados profundamente por medicações e cicatrizes os quais têm um impacto na sua autoimagem e na imagem corporal. A seguir, o desenho-estória com tema, da adolescente Daniela (AD2), ilustra o impacto do transplante de fígado na sua imagem corporal.

Figura 2 – Desenho Daniela, AD2 (Título: Uma cicatriz)



Fonte: Dados primários da pesquisa.

Sabe-se que os adolescentes participantes pertencem a uma fase da vida em que estão no processo de autoconhecimento do próprio corpo e de elaboração de uma nova imagem corporal, no qual há um investimento de atenção em relação a essas mudanças (VIEIRA; LIMA, 2002). Dessa forma, embora o transplante ofereça a possibilidade de continuar a vida, ao mesmo tempo impõe cuidados e marcas nos corpos de difícil aceitação e, embora se vejam

“diferentes” das outras pessoas, tornam-se semelhantes nas possibilidades de vida e (re) invenção.

Por último, intensos sentimentos foram vivenciados pelos sujeitos do estudo. Crianças (CC2, CC3) e adolescentes (AD3, AD5, AD6, AD7, AD8) revelaram uma multiplicidade de sentimentos vivenciados na experiência do transplante hepático, como: medo, angústia, tristeza, desânimo, raiva, culpa e conformação.

Muito complicado dizer... Eu tenho medo de passar por isso de novo [...] Quando eu tô brincando... Eu tenho medo de acontecer alguma coisa por dentro e eu não saber [...] (Eduardo, AD7)

Mas, assim... De vez em quando dá, dá, dá... dá tristeza né, angústia. Assim, porque às vezes eu penso que me dá uma tristeza em mim, sabe? Minha mãe fala alguma coisa que é pro meu bem e eu fico com raiva. Não dá vontade de sair pra canto nenhum. Aí eu acabo ficando com raiva. (Tatiana, AD3)

Mais difícil... é... Saber que eu não vou realizar meus sonhos. (Daiane, AD8)

Agora eu acho que tô me sentido mais madura do que antes, agindo com mais maturidade e tudo. E cada dia, assim, eu vou procurar ser, assim, melhor, que é pra poder quando eu, assim, alguém me perguntar alguma coisa, eu saber falar assim bem direitim e tudo. (Raimunda, AD4)

Os sentimentos acima percebidos fazem parte do processo individual e coletivo de ressignificação dos significados de ser transplantado de fígado. Para Monteiro e Lage (2007), as experiências humanas são caracterizadas por perdas e nem sempre os sentimentos (depressão) e expressões de tristeza “devem ser considerados uma experiência negativa, mas, talvez, uma elaboração construtiva” (p.01). Porém, por vezes, há uma exacerbação desses sentimentos nesse processo, no qual necessitam de maior atenção da equipe de saúde, oferecendo-lhes um espaço de escuta.

O medo de morrer predominou. Um estudo sobre o transplante de Anton e Piccinini (2010b) corrobora os achados dessa pesquisa ao afirmar que o medo permanece presente por um período mais longo. Porém, no estudo, o medo esteve relacionado com a perda do órgão/rejeição com a possibilidade, conseqüente, de morte. Para Kovács (1992),

O medo da morte tem um lado vital e por isso precisa estar presente em certa medida. Ele é a expressão do instinto de autoconservação, uma forma de proteção à vida e uma possibilidade de superar os

instintos destrutivos. A própria palavra autoconservação implica um esforço contra as forças de desintegração, um estímulo para o funcionamento biológico normal (p.24).

Parece que o medo da morte e a possibilidade de reviver o contexto anterior ao transplante através da rejeição do enxerto são fatores que influenciam, para esses adolescentes, a adesão ao tratamento. O atendimento psicológico pode facilitar esse processo, propiciando a expressão desses sentimentos a fim de ampliar a possibilidade dessas crianças e adolescentes em elaborar suas experiências e perdas.

A perspectiva de manutenção da vida, porém, contribuiu para despertar sentimentos de felicidade.

[...] colocado outro fígado, porque o meu não tava mais funcionando. Com certeza, por um lado você fica feliz, né? (Jamile, AD6)

Eu passei, assim, por muita coisa, né? Mas quanto mais, foi difícil pra mim, maior foi a minha vitória. (Raimunda, AD4)

O desenho-estória com tema do adolescente Joel (AD5), a seguir, retrata o significado de triunfo após a realização do transplante, o qual chega a exclamar: “ser transplantado é uma vitória pra mim”.

Figura 3 – Desenho Joel, AD5 (Título: Vitórias)



Fonte: Dados Primários da pesquisa.

### 3.3. Enfrentamentos no transplante: “*dizem que eu sou forte (...) E dão muita atenção a gente*”

Diante da experiência de ser transplantado de fígado, crianças e adolescentes também utilizaram variados modos de enfrentamentos baseados em suas experiências individuais, no modo próprio de ser e sentir, bem como experiências coletivas, partilhadas por valores familiares e culturais. De acordo com Ravagnani, Domingos e Miyazaki (2007), “o enfrentamento é uma resposta cujo objetivo é aumentar, criar ou manter a percepção de controle pessoal frente a uma situação de estresse” (p.178).

Assim, a noção de que “*dizem que eu sou forte (...) e dão muita atenção a gente*” relaciona-se com a necessidade da presença e afirmações de outros, incluindo o apoio da equipe de saúde. As crianças (CC1, CC2) e os adolescentes (AD1, AD2, AD4, AD5, AD6, AD8) exprimiram como estratégias de enfrentamento: a esperança, escrever no diário, a espiritualidade, o apoio dos amigos e familiares e os projetos para o futuro.

Porque eu ia crescer, depois do transplante. (Elano, CC2)

Eu gosto muito de escrever. Eu tiro um lugar bem silencioso na minha casa, pra mim poder escrever no meu diário. Eu gosto de escrever no diário, no caderno. (Daiane, AD8)

É diferente (...) porque depois de eu ter passado por tudo isso assim... aí tem muita gente, os meus amigos... a maioria dizem que se fosse com eles, eles não aguentavam. Eles dizem que eu sou forte. (Daniela, AD2)

Aí lá na igreja tinha um bocado de irmão, eles fizeram uma festa lá. Aí na hora que a gente chegou lá todo mundo chorando, os irmãos todo o tempo orando por mim lá. Na hora que a gente chegou lá tava todo mundo feliz da vida. (Jamile, AD6)

Porque pelo menos um adulto já viveu alguma coisa da vida, né? A gente não, ainda tá pra viver a adolescência, viver a vida, fazer o que a gente quer fazer, uma faculdade, estudar. Ser um doutor, ser um cozinheiro, ser um administrador, o que quiser. (Jamile, AD6)

Os desenhos-estórias livres da criança Lucas (CC3) e do adolescente Tadeu (AD1) a seguir, respectivamente, também ilustram dois modos de enfrentamento, que possibilitam a esses sujeitos maior conforto emocional e espiritual para ajudá-los na experiência do transplante: a fé em Deus e o apoio dos familiares.

Figura 4 – Desenho Lucas, CC3 (Título: Deus).



Fonte: Dados primários da pesquisa.

Figura 5 – Desenho Tadeu, AD1 (Título: Eu e minha família).



Fonte: Dados primários da pesquisa.

Os pacientes assumem diferentes estratégias de enfrentamento durante o processo de adoecimento (NATIONS; GOMES, 2007), consoantes com a diversidade de formas empregadas pelos sujeitos desse estudo. As formas utilizadas pelos pacientes para enfrentar uma situação adversa são preditores de qualidade de vida em pacientes transplantados (RAVAGNANI; DOMINGOS; MIYAZAKI, 2007). Assim, para os autores:

Nas doenças crônicas, as estratégias de enfrentamento têm papel mediador entre sujeito, saúde e doença. Ao discutir enfrentamento e doenças crônicas é preciso considerar as implicações destas sobre o desenvolvimento e reações do paciente, da família, e de grupos sociais (p.179).

Faz-se necessário, no entanto, a identificação e compreensão dessas estratégias a fim de promover a autonomia e integridade desses sujeitos, além de facilitar o desenvolvimento de intervenções e programas para essa população.

Desse modo, é fundamental conhecer e (re)conhecer as estratégias de enfrentamento, pois possibilita à equipe de saúde (re)inventar seus modos de produção de cuidado, baseados nas particularidades, demandas e contexto sociocultural dos sujeitos. Pois, segundo Ramos, Queiroz e Jorge (2008), “compreender esse momento singular de suas vidas, as experiências que vivenciam no cotidiano do cuidado compartilhado na interação com seu grupo de pertença vêm orientar as práticas profissionais e familiares junto ao adolescente” (p.194).

Outra forma de enfrentamento e suporte emocional percebido no estudo foi o cuidado da equipe de saúde por meio da atenção ao paciente, do diálogo, do apoio financeiro, de modo a se sentirem seguros.

Porque aqui eles dão muita atenção à gente e tudo. São muito atencioso com a gente. Se a gente não tiver ajuda financeira né e tudo, eles ajuda também. Conversa com a gente. (Raimunda, AD4)

Eu penso assim: “Será que se eu fosse pra outro hospital eu seria bem atendida como eu tô aqui? Eu seria bem cuidada, como eu sou aqui?” Acho que não, né? Não sei se eu receberia toda essa atenção que eu recebo aqui, todo esse cuidado. (Tatiana, AD3)

Me sinto bem quando eles decidem que vão fazer o que é melhor pra mim... toda hora, mesmo eu não tando aqui. É, de saber que eles estão aqui só pra mim, que é o trabalho deles. (Daniela, AD2)

Os cuidados dispensados pelos profissionais de saúde foram referidos pelas crianças e adolescentes como sensação de segurança, atenção e cuidado. Assim, foi percebido que a

vinculação e a referência com os profissionais de saúde foram uma questão importante para todos esses sujeitos.

Sabe-se que nesse contexto de tratamento e de condição crônica dos pacientes, o hospital e seus atores sociais ocupam um lugar fundamental em suas vidas (BRASIL, 2008; VIEIRA; LIMA, 2002), sendo imprescindível uma clínica ampliada (Brasil, 2007a), modos de acolhimento (BRASIL, 2009c), um planejamento ambiental (BROERING; CREPALDI, 2008), o brincar e demais atividades lúdicas (CARVALHO; BEGNIS, 2006; MOTTA; ENUMO, 2004; WINNICOTT, 1975), práticas de saúde que particularizem e flexibilizem algumas regras e rotinas (BRASIL, 2009b), enfim, modos de produção pautados no cuidado (CECÍLIO; MERHY, 2003; MERHY, 1999). Eis alguns desafios aos profissionais de saúde.

Por fim, é a partir da concepção de que são as necessidades e demandas dos sujeitos que orientam os modos de produção do cuidado que se podem organizar práticas em saúde integrativas e humanizadas no contexto saúde-adoecimento de crianças e adolescentes transplantados de fígado.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, as crianças e os adolescentes entrevistados apontaram diversas questões e sentimentos complexos envolvidos no contexto do transplante hepático. O estudo descreveu o perfil sociodemográfico e o contexto vivido por esses sujeitos e revelou os significados da experiência e as estratégias de enfrentamento.

Receber um novo órgão (o fígado) garantiu a manutenção da vida, além de obter maior atenção de familiares e amigos, incluindo ganhos materiais e sociais para essas crianças e adolescentes.

Observou-se, contudo, que a experiência do transplante hepático para esses sujeitos foi bastante difícil e ameaçadora, continuando a exigir em todo o processo adaptações e investimento emocional para a elaboração de um novo status social: o ser transplantado.

As transformações foram vividas por esses sujeitos de forma relevante. As mudanças nos hábitos alimentares, nas atividades diárias e lúdicas, a convivência com o controle dos pais, dos vizinhos e dos médicos e as rotinas do tratamento com as idas ao hospital, apontaram novos modos de viver a vida e sugerem urgente reflexão sobre a importância da singularização nos diferentes modos de produção de ações em saúde, pautadas em suas reais necessidades e em investimento na vida desses sujeitos.

No tocante à experiência de possuir um órgão de outra pessoa, assumindo o compromisso no cuidar deste, e esta pessoa sendo morta, dando inclusive uma nova imagem corporal, tem sido questão de investimento psíquico para alguns desses pacientes. Além disso, foi observada uma multiplicidade de sentimentos envolvidos na experiência do transplante hepático. O que remete a inferir que o acompanhamento psicológico e o apoio particularizado da equipe de saúde devem consistir em prática favorecendo a elaboração psíquica dessas crianças e adolescentes em todo o processo de transplante de fígado. Este acompanhamento pode levar esses sujeitos a refletirem sobre essa condição ajudando-os nos seus modos de viver, e até facilitar o processo de resolução de alguns de seus conflitos internos.

Diante desse contexto, essas crianças e adolescentes nos revelaram e ensinaram sobre diferentes formas de lidar com essa experiência tão complexa. Em seus modos de enfrentamentos, ofereceu-nos meios de ajudá-los a se reorganizarem e se readaptarem continuamente em sua condição. A esperança, escrever no diário, a espiritualidade, o apoio dos amigos e familiares e os projetos para o futuro foram as principais estratégias que têm ajudado esses sujeitos a enfrentarem a condição de ser transplantado. Além disso, essas crianças e adolescentes desvelaram a importância do cuidado profissional em saúde que suscite a atenção, o diálogo e o cuidado integral, possibilitando ao indivíduo o sentimento de segurança e a dignidade de ser humano, a fim de promover a saúde, a vida.

Convém explicitar que se considerou como limite do estudo o fato de a pesquisa ter sido realizada valorizando somente as percepções das crianças e dos adolescentes, não sendo possível compreender de modo mais amplo o ambiente e as relações familiares em que estavam inseridos. Assim, destacam-se as recomendações de outros estudos na área do transplante hepático, relacionados ao impacto desse transplante no desenvolvimento a longo prazo e na dinâmica familiar na óptica de crianças e adolescentes.

Por fim, a compreensão sobre seu próprio processo de transplante poderá subsidiar informações que favoreçam uma melhor atenção e modos de produção mais humanizados e integrais dos profissionais de saúde para com esse público. Nesse contexto de transplante de fígado, o acompanhamento da equipe de saúde poderá ser baseado nas potencialidades dos sujeitos, na tentativa de ajudá-los no processo de reinserção de seu contexto/status social minimizando as possíveis limitações, ampliando as possibilidades de reinvenção nos modos de vida.

**REFERÊNCIAS**

ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Maurício. **Adolescência normal**: um enfoque psicanalítico. 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS (ABTO), 2011a. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov02/portugues/populacao/home/ConteudoNoticia.aspx?KeyResource=187>>. Acesso em: 18 jan. 12.

ANTON, Márcia Camaratta; PICCININI, Cesar Augusto. O impacto do transplante hepático infantil na dinâmica familiar. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.23, n.2, 2010a.

\_\_\_\_\_. Aspectos psicossociais associados a diferentes fases do transplante hepático pediátrico. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v.26, n.3, 2010b.

\_\_\_\_\_. O desenvolvimento emocional em crianças submetidas a transplante hepático. **Estud. psicol.**, v.16, n.1, 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2010.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.17, p.389-406, 2005.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Orgs). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bves/publicacoes/humanizasus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bves/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf)>. Acesso em: 25 nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. versão 2012 – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BROERING, Camilla Volpato; CREPALDI, Maria Aparecida. Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. **Paidéia**, v.18, n.39, 2008.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: Cultrix, 1987.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciênc. saúde coletiva**. 2004, v.9, n.1, p.139-146.

CARVALHO, Alysson Massote; BEGNIS, Juliana Giosa. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. **Psicol. estud.**, v.11, n.1, 2006.

CASTRO, Elisa Kern de; MORENO-JIMÉNEZ, Bernardo. O transplante de órgãos pediátrico: Papel do psicólogo infantil. **Pediatria Moderna**, v.40, n.6, p.266-269, 2004.

CASTRO, Elisa Kern de; PICCININI, César Augusto. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.15, n.3, p.625-635, 2002.

CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci. **Criança hospitalizada**: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da Universidade UFRGS, 1997.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **Integralidade do cuidado**

como eixo da gestão hospitalar, 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2011.

CIRIA, R.; DAVILA, D.; HEATON, N. Auxiliary liver transplantation in children. **Curr Opin Organ Transplant**. v.16, n.5, p.489-493, 2011.

COUTINHO, Maria da Penha Lima. **Representações Sociais e práticas em pesquisa**. João Pessoa: Ed. Universitária/UFPB, 2005.

DESLANDES, Suely Ferreira; MITRE, Rosa Maria de Araujo. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface**, v.13, suppl.1, p.641-649, 2009.

FERREIRA, Cristina Targa; VIEIRA, Sandra Maria Gonçalves; SILVEIRA, Themis Reverbel. Transplante hepático. **J Pediatr**, v.76, suppl.1, p.198-208, 2000.

GARCIA, José Huygens Parente et al. Transplante de fígado: resultados iniciais. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v.32, n.2, p.100-103, 2005.

GROSSINI, Maria da Graça Faraco. Serviço social e transplante hepático pediátrico: o perfil sociocultural das famílias avaliadas e a intervenção do assistente social nas contra-indicações sociais para o transplante. **Revista HCPA & Fac Med**. Univ. Fed. Rio Gd. Do Sul; v.29, n.1, p.33-35, 2009.

HOLANDA, Eliane Rolim de; COLLET, Neusa. As dificuldades da escolarização da criança com doença crônica no contexto hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.2, Apr. 2011.

KELLY, Deirdre. Transplante hepático em crianças. **J. Pediatr. (Rio J.)**, v.84, n.5, 2008.

KIELING, Carlos Oscar. Transplante hepático em crianças. **Revista AMRIGS**, v.47, n.1, p.24-28, jan-mar, 2003.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KROENCKE S; WILMS C; BROERING D; ROGIERS X; SCHULZ KH. Psychosocial aspects of pediatric living donor liver transplantation. **Liver Transpl.**, v.12, n.11, p.1661-1666, nov., 2006.

MERHY, Emerson Elias. **O Ato de Cuidar:** a Alma dos Serviços de Saúde. São Paulo: CINAEM, 1999.

MESQUITA, Marta Celeste de Oliveira et al. Transplante hepático pediátrico: experiência de 10 anos em um único centro no Brasil. **J. Pediatr.**, v.84, n.5, out., 2008.

MONTEIRO, Katia Cristine Cavalcante; LAGE, Ana Maria Vieira. A dimensão psíquica na compreensão da depressão. **Psicol. Am. Lat.**, n.11, set. 2007.

MORETTO, Maria Livia Tourinho. **O psicanalista num programa de transplante de fígado: a experiência do “outro em si”**. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2006.

\_\_\_\_\_. **O Outro em si:** o Transplante como Risco e Renascimento. In: QUAYLE, Julieta; LUCIA, Mara Cristina Souza. *Adoecer: as interações do doente com sua doença*. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, p.117-131, 2007.

MOTTA, Alessandra Brunoro; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicol. estud.**, v.9, n.1, Abr. 2004.

NATIONS, Marilyn K.; GOMES, Annatália Meneses de Amorim. Cuidado, "cavalo batizado" e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.9, set., 2007.

NEDER FILHA, Christina Ribeiro; FRIAS, Cristiane. Compreendendo o adolescente com câncer: breves reflexões. **Mundo saúde**, v.27, n.3, p.412-416, jul.-set., 2003.

NOBILI, V.; ALISI, A.; PIETROBATTISTA, A.; AMENDOLA, S.; SOMMA, R.; GENNARI, F.; DE VILLE DE GOYET, J. Psychosocial condition after liver transplantation in children: review of the literature from 2006 to 2008. **Transplant Proc.**, v.41, n.9, p.3779-3783, nov., 2009.

PAPALIA, Deane E.; OLDS, Sally Wendkos. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PEREIRA, Ana Augusta Maria. Transplante pediátrico: aspectos psicossociais. **Pediatria** Revista FSA, Teresina, v. 10, n. 3, art. 11, pp. 175-198, Jul./Set. 2013

**Moderna.**, v.44, n.1, p.26-29, 2008.

RAMOS, Islane Costa; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Cuidado em situação de Doença Renal Crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. **Rev. bras. enferm.**, v.61, n.2, 2008.

RAVAGNANI, Leda Maria Branco; DOMINGOS, Neide Aparecida Micelli; MIYAZAKI, Maria Cristina de Oliveira Santos. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estud. psicol.**, v.12, n.2, 2007.

SILVA JR, Orlando de Castro e et al. Transplante de fígado: indicação e sobrevida. **Acta Cir. Bras.**, 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-86502002000900018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-86502002000900018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 ago. 2011.

TRINCA, Walter (org). **Formas de investigação clínica em psicologia:** procedimento de desenhos-estórias: procedimento de desenhos de família com estórias. São Paulo: Vetor, 1997.

ULLRICH G; MEYKE A; HAASE H; ERZFELD C; BECKMANN S; SCHMIDT-SCHALLER S; MELTER M; RODECK B. Psychological support of children undergoing liver transplantation and their parents: a single-centre experience. **Pediatr Rehabil.**, v.1, n.1, p.19-24, jan-mar, 1997.

URIBE M; HUNTER B; GONZÁLEZ G; JORQUERA M; SALAZAR G; SALAS S; ORTÍZ B; CAVALLIERI S; CALABRÁN L; CAMPUSANO E. Family interactions of liver transplanted children: are they normal? **Transplant Proc.**, v.39, n.3, p.615-616, apr., 2007.

VIEIRA, Maria Aparecida; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.10, n.4, jul., 2002.

WINNICOTT, Donald Woods. **O Brincar & a Realidade.** Rio de Janeiro: Imago Editora LTDA, 1975.