

Enfoque Psicocardiológico das Transplantações Cardíacas

RICARDO SEABRA GOMES * / JOSÉ MACHADO NUNES **

1. Aspectos cardiológicos das transplantações cardíacas

Grandes progressos têm sido feitos nos últimos 20 anos na prevenção, no diagnóstico e no tratamento, das doenças cardiovasculares, a grande causa da mortalidade nos países mais industrializados.

Ainda se morre mas morre-se menos, ou, por outras palavras, é cada vez mais difícil morrer de doença cardíaca.

As cardiopatias congénitas têm uma incidência estabilizada, as cardiopatias valvulares, consequência da febre reumática, têm diminuído progressivamente, sendo actualmente a doença das artérias coronárias e as doenças musculares (cardiomiopatias) o grande alvo de epidemiologistas, clínicos, investigadores e da própria indústria farmacêutica e de material técnico, todos se congregando no esforço de reduzir a mortalidade destas situações e melhorar a qualidade de vida dos doentes.

A quase totalidade das doenças cardíacas é hoje potencialmente cirúrgica, assistindo-se actualmente ao desenvolvimento cada vez maior da chamada Cardiologia de Intervenção em que cardiologistas de modo relativamente incruento apresentam alternativas terapêuticas a situações previamente resolvidas

exclusivamente pela cirurgia. É o caso da angioplastia coronária transluminal, das valvuloplastias percutâneas de balão mitrales, aórticas, e outras, o encerramento de canal arterial e de comunicações interauriculares e interventriculares, plastia aórtica para coarctação da aorta, ablação de vias anómalas para tratamento de arritmias, etc.

A grande causa da morte continua no entanto a ser a má função ventricular esquerda quer como consequência de doença coronária quer por doença primária ou secundária do músculo cardíaco. São também as situações que alteram de modo mais dramático a qualidade de vida dos doentes com internamentos repetidos, ocupação de áreas de cuidados intensivos, grande número de fármacos requeridos, incapacidades para actividade profissional e peso social importante.

Na área da doença coronária os progressos tendentes a preservar a função ventricular têm sido dirigidos a um diagnóstico precoce da doença e ao tratamento mais agressivo do enfarte do miocárdio pelo uso de fármacos trombolíticos nas primeiras horas após o início de sintomas ou mesmo pelo uso de angioplastia coronária.

Quanto às cardiomiopatias sobretudo dilatadas os progressos têm sido feitos no seu diagnóstico atempado no conhecimento da sua fisiopatologia e no uso crónico de fármacos que preservem de algum modo a função ventricular como são exemplos os vasodilatadores e os inibidores do enzima de conversão da angiotensina.

* Director do Serviço de Cardiologia Médica, do Hospital de Santa Cruz.

** Professor auxiliar de Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas.

É neste contexto de má função ventricular com deterioração da qualidade de vida e elevada mortalidade, qualquer que seja a causa, que surge a Transplantação Cardíaca (TC). Atitude cirúrgica considerada radical e como única alternativa à morte, a curto prazo, nas situações de insuficiência cardíaca congestiva, já há vários anos que deixou de ser um processo experimental.

Infelizmente nem todas as situações de falência ventricular e insuficiência cardíaca são passíveis de transplante com riscos aceitáveis. Nem sempre há dadores compatíveis e disponíveis em tempo útil. As estruturas hospitalares não estão muitas vezes preparadas para suportar a multidisciplinaridade dum candidato a transplante ou as consequências, mesmo médicas, dum transplantado.

A acção da comunicação social divulgando quase sempre como notícia de primeira página o «feito cirúrgico» dum transplantação, cria ansiedade e expectativa se não na equipa médica, pelo menos nos próprios candidatos a transplante e nos seus familiares. Estes doentes quase que exigem o direito a uma vida melhor e mais prolongada tornando mais dramático o reconhecimento médico das deficientes estruturas hospitalares ou das condições da angariação de dadores.

Há que agir com muito cuidado e sobretudo bom senso. Tal como tem sido prática no Hospital de Santa Cruz (HSC) cabe à equipa médica cardiológica a selecção de candidatos a transplantação, aos seus exames auxiliares de diagnóstico, ao tratamento médico ambulatorio ou sob internamento, à interligação multidisciplinar com outras especialidades, etc., até que se chegue à conclusão que o doente é um candidato. Tudo isto é complexo e deve ser feito sem o conhecimento prévio do doente da solução terapêutica que lhe poderá ser proposta. Só quando a selecção está concluída e o caso aceite pela cirurgia é que deve ser dado conhecimento ao doente da decisão conjunta.

Se na nossa experiência o doente raramente recusa a proposta, isto tem que ver com a sua situação clínica real (talvez operemos doentes em estádios muito terminais de doença), com o ambiente de que foi rodeado em todo o processo de selecção, muito particularmente da avaliação psico-social que lhe foi feita previamente, e provavelmente com o prestígio da equipa médico-cirúrgica e da Instituição.

Nenhuma doença cardíaca tem cura e o transplante cardíaco (ou no futuro próximo o transplante

coração-pulmão) não significa cura para as situações de insuficiência cardíaca resistente à terapêutica médica.

A TC cria uma nova forma de doença com problemas específicos e complexos num contínuo de cuidados médicos, exames, internamentos, medicação, etc. No entanto psicologicamente o doente transplantado é diferente, tudo é bem aceite, tem uma força sobrehumana de vencer problemas e encarar a vida, torna-se um colaborador incedível da equipa médica.

A experiência da transplantação cardíaca no HSC constituiu um dos mais ricos exemplos de vivência humana e profissional a que qualquer médico pode aspirar. Que mais nos trará o futuro?

2. Aspectos éticos, morais e psicológicos das transplantações cardíacas

A transplantação cardíaca é um processo terapêutico complexo[1] que apresenta dificuldades que ultrapassam, largamente, a tecnocracia sofisticada dum grande intervenção cirúrgica.

A necessidade de organização e gestão de meios e recursos começa na selecção dos candidatos à cirurgia. Mobiliza uma multiplicidade de diferentes técnicos e necessita de um vasto sistema de apoios de exames complementares de diagnóstico para ser possível estudar os doentes, em tempo útil.

Após a cirurgia, o doente manter-se-á no pós-operatório imediato, pelo menos 3 a 4 semanas no hospital. Mas, necessitará de acompanhamento médico durante alguns meses dado o risco de rejeição (terá de fazer, regularmente, biópsias) e de infecções intercorrentes. Os doentes são preparados para diminuir as suas defesas imunitárias como que quase num verdadeiro SIDA iatrogénico.

Naturalmente, surgem aqui uma série de interrogações à volta dos aspectos éticos destes processos terapêuticos em relação às suas indicações e dimensões experimentais.

Patton [2] referia que o objectivo principal da cirurgia avançada era o de devolver o paciente ao seu contexto habitual, onde estivesse, minimamente, dependente de médicos e hospitais. Quando tomados em conta os riscos da intervenção, ela deve corresponder ao melhor e mais adequado tratamento, sendo a decisão tomada em consenso de equipa. Nestes

casos parece-nos que, apesar dos riscos, é possível não só prolongar a vida como possibilitar uma qualidade de existência pessoal bastante melhor, após um período, mais ou menos curto, de quase dependência hospitalar.

Apesar de qualquer tratamento, por mais simples que seja, ter sempre uma dimensão experimental, dada a individualidade e singularidade da reacção do paciente, só será admissível empreender uma terapêutica se esta representar benefício ou vantagem para o doente. Em Cardiologia, ainda há poucos anos, algumas intervenções cirúrgicas, como as correcções totais da Tetratologia de Fallot ou as próteses valvulares, eram consideradas pioneiras e inovadoras; hoje, são quase rotina diária dum serviço de cirurgia.

São agora em maior número os pacientes com possibilidades de serem candidatos a TC. Os primeiros 22 doentes transplantados no H. S. C. estavam na classe funcional IV da N. Y. H. A. [3]

Seabra Gomes [4] (1987), comparando as contra-indicações na selecção de candidatos para TC de 1981 com 1986 referia que apenas a disfunção grave e irreversível hepática ou renal e a infecção sistémica activa continuavam em 1986 como contra-indicações absolutas. A existência de doenças sistémicas, a diabetes insulino-dependente, as doenças vasculares periféricas ou cerebrais graves, a úlcera péptica activa são, actualmente, condicionantes relativos ou temporários. Também a idade mais avançada (55 ou 65 anos) ou os valores mais elevados de hipertensão pulmonar (<6 — 8 U Wood) ou até certas condições psicossociais (personalidade, apoio familiar) não são consideradas por este autor como impeditivo de TC.

Outro aspecto delicado nas TC é o da escolha dos dadores, que para além da idade, da compatibilidade sanguínea, do coração normal, pressupõe-se que haja morte cerebral manifesta. São utilizados, em geral, corações de pessoas jovens e saudáveis que ficaram descerebradas em consequência de acidente.

Ao contrário da transplantação renal em que os rins são recolhidos de dadores vivos ou de cadáveres, na TC o coração é retirado dum dador (descerebrado) em que as funções vitais são mantidas, por meios artificiais. Aqui, já não será o conceito tradicional de vida (se o coração estiver a bater a pessoa está viva) e de morte que irá determinar a recolha dos órgãos; será o critério de morte cerebral, demonstrado electroencefalograficamente, que será pre-

valente. Geralmente, essa avaliação é feita por médicos estranhos às equipas de transplantação, desde que haja o consentimento da família do dador; o parecer clínico é feito, quase sempre, por mais de um médico.

Entre nós, desde que haja morte cerebral não é necessária a autorização das famílias, obrigando-se ao anonimato tanto os dadores como os receptores.

As transplantações são *reparações cirúrgicas aditivas*: num primeiro tempo, os órgãos doentes são parcial ou totalmente retirados (tal como na cirurgia clássica que é sempre restritiva), e, depois, são substituídos por novos órgãos sãos. Esta particularidade de introdução dum «objecto» estranho (o transplante) no organismo do receptor vai causar um processo psicofisiológico adaptativo de integração.

O processo integrativo remete-nos para a questão da representação cognitiva e fantasmática dos órgãos internos [5]. Essa representação, no caso específico das transplantações, adquire uma dinâmica de aceitação-rejeição biopsicológica.

Na situação de TC, o coração é, aparentemente, desfigurado, como que perdendo as suas catexis, para adquirir uma forma mecânico-funcional, numa racionalização de «músculo bomba eficaz». É denegação ao serviço da preparação emocional e afectiva para que o candidato à TC possa arrostar as angústias de vida e de morte, antecedendo a intervenção cirúrgica.

Com a denegação a TC pode ser experienciada como uma substituição dum bomba que funciona mal por outra que funciona bem.

Este aparente desinvestimento afectivo emocional do significado do coração é uma defesa também contra as angústias do depois da transplantação e vai facilitar a condição de estar com um novo coração.

Em Portugal o significado de TC para os doentes é a possibilidade de «voltar a nascer de novo» e não um regresso da morte (ressurreição para os pacientes americanos). Pensamos que acontece assim, entre nós, porque há um desconhecimento de que o coração antes da intervenção é parado (portanto paragem cardíaca igual a morte e reestimulação cardíaca igual a voltar da morte). É por isso que esta temática nunca nos apareceu nos sonhos ou delírios dos pacientes.

A integração intrapsíquica do novo coração tem uma individualidade peculiar para cada pessoa, passando provável e idealmente do corpo estranho para a internalização parcial e depois para a inter-

nalização completa, tal como Muslim [6] descrevia para a transplantação renal.

A aceitação e integração do coração «novo» na nova imagem corporal dependerá, certamente, da qualidade do funcionamento do processo primário e secundário do pensamento e do significado específico do próprio coração. O processo de integração vai depender também do nível de regressão, determinado pela própria cirurgia, pela personalidade dos pacientes, pela experiência dos Cuidados Intensivos, pelo sentimento de bem-estar físico.

Quando a regressão é profunda (e é sempre facilitada por causas orgânicas), pode-se atingir uma posição esquizo-paranóide (Melanie Klein) [7] com um funcionamento mental em termos de processo primário. A TC é experienciada numa dinâmica fantasmática e primitiva numa desorganização psicótica, como neste paciente que observamos na UCIC.

Os sentimentos hostis, destruidores, persecutórios, ameaçadores são projectados para o exterior, num delírio, representando o «órgão novo agressor», agora transformado numa ameaça latente, vinda de fora.

Noutros doentes há, em certas alturas, uma euforia desmedida, com sentimento de um grande enriquecimento e de força acrescentada, aparentemente numa reparação maniforme contra angústias depressivas.

Por vezes, a internalização do novo coração é antropomorfizada com a representação simbólica do dador ou de algumas das suas características: vimos uma doente que havia recebido um «coração masculino» e estava convencida, em certa altura, que ia mudar de sexo (convicção delirante).

Podemos interrogar-nos sobre o que aconteceu às representações fantasmáticas habituais do coração como fonte de vida e de amor, como sede dos afectos e das emoções. Sabemos que os coronários têm muitas vezes um «pensamento operatório» (Marty) [8] com grande dificuldade em exprimir as emoções.

Mas após a TC alguns destes doentes reinvestem, numa maneira manifesta, o novo coração com as catexis habituais. É exemplar a questão posta por um paciente, um mês após a TC e que ao encontrar-nos no corredor da Cardiologia Médica do H. S. C., nos pediu para falar, em privado, com urgência, e perguntou-nos se poderia ainda voltar a apaixonar-se.

3. A selecção de candidatos para transplantação cardíaca: critérios psicológicos e sociais da avaliação psiquiátrica

«A transplantação cardíaca não é um processo experimental» (US Department of Health and Human Services, 1986, citado por Seabra Gomes, 1987).

A sofisticação tecnológica da Cirurgia e a sua humanização vão possibilitar, através da TC a doentes em estado crítico e sem alternativa doutro tratamento, manterem-se vivos com uma qualidade de vida satisfatória.

A TC é, em si própria, um eco sistema interactivo paciente-família-equipa de transplante que funciona numa zona de interface, de vida possível para o receptor e da certeza da morte para o dador. Mas os candidatos a receptores dum coração novo não são apenas receptores passivos numa tecnocracia; são, antes de tudo, pessoas que vão viver antecipadamente, com ansiedade e medo, a emoção de melhorarem e de poderem vir a estar doutra maneira. Vão passar necessariamente, precoce ou tardiamente, por alterações emocionais, afectivas e comportamentais, decorrentes da incorporação dum órgão novo, dador de vida. O «novo coração bombeia nova vida» (Cooper 1985) [9], num corpo e num espírito agora revitalizados para outras realizações físicas e psicológicas. Representará uma experiência transcendente na existência do próprio, «impregnada» também pela significação fantasmática do coração, fonte da vida física e afectiva. Será viver a «morte, ressurreição e renascimento» (Blancher, 1983) [10].

Ainda antes da TC alguns doentes irão passar por um período mais ou menos prolongado de espera por um coração compatível, que é muitas vezes experienciado com enorme angústia e inquietação. Para Kuhn e colaboradores [1], é crucial o apoio da equipa a estes pacientes, porque nesta fase eles irão estar muito dependentes, emocionalmente, dos técnicos.

Após a intervenção e, durante cerca de uma/duas semanas, os pacientes estarão numa situação de isolamento asséptico e de relativa privação sensorial. Verdadeiro prolongamento do bloco cirúrgico é um espaço* em que médicos e enfermeiros se movimentam em «hábito operatório».

* Aliás é uma sensação estranha, quase de se sentir noutra pele, estar na UCIC a entrevistar de pé um doente, «vestido» de botas, máscara, barrete, bata e luvas cirúrgicas.

Depois passarão para um quarto e serão mantidos sob controlo para as grandes ameaças de rejeição ou de infecção sistémica. Ao fim de talvez seis semanas poderão regressar a casa e até possivelmente, mais tarde, voltarão ao seu trabalho.

Neste trajecto, os doentes irão deparar com um número muito grande de diferentes técnicos e encontrarão, também, o psiquiatra.

Numa equipa de transplante, a colaboração dum psiquiatra começa na selecção dos candidatos, facilitando à comissão de decisão elementos psicológicos e sociais que ajudem a escolher os doentes com melhores indicações globais para a cirurgia. As características da personalidade dos pacientes e da sua matriz familiar [11] têm uma importância grande na adaptação à nova situação.

Cooper e colaboradores [9], em 1985, verificaram que mais de 25% dos insucessos nas transplantações no Hospital de Groote Schuur, na África do Sul, estavam, de alguma maneira, relacionadas com a não adesão às indicações médicas.

A nossa colaboração neste campo é a sequência dum experiência psiquiátrica com doentes valvulares e coronários do Serviço de Cardiologia Cirúrgica do

H. S. C. O nosso trabalho centrou-se na avaliação psicológica pré-operatória, no estudo da adaptação à doença após a cirurgia e em algumas intervenções psicoterapêuticas e/ou medicamentosas. Vejamos, apenas, a fase pré-operatória da TC através do esquema nº 1, de Seabra Gomes [4].

A selecção de candidatos adultos para transplantes cardíacos implica como vimos uma série de considerandos éticos, legais, sociológicos, psicológicos e até políticos (política de saúde). A doença cardíaca terminal, não tratável medicamente ou por cirurgia menos extensa, é a condição de base para o transplante.

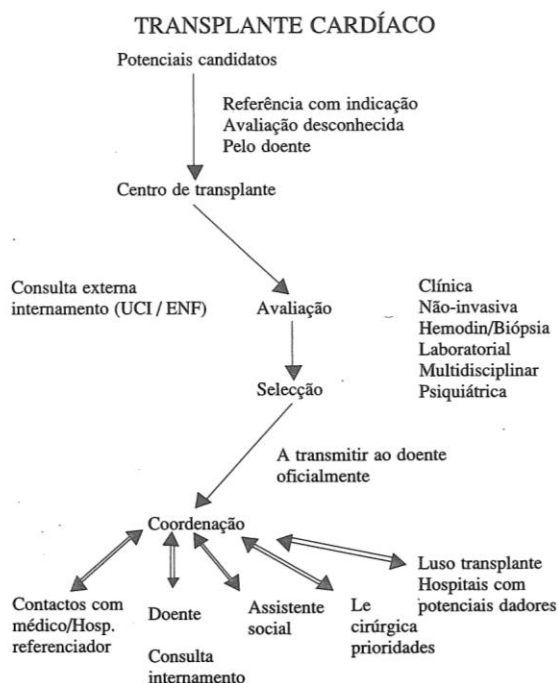
O aumento de sobrevivência e, a subsequente expansão das transplantações, modificaram os critérios de selecção dos receptores merecendo maior importância os factores de natureza psiquiátrica. Na maioria dos Centros existem comissões médicas pluridisciplinares que consideram e ponderam os casos em função da doença cardíaca e das condições psicológicas e sociais dos pacientes.

Desde o início das transplantações cardíacas, foram julgados como causas de exclusão de natureza psiquiátrica, as situações deficitárias (debilidades mentais e demências) e as psicoses activas (Cooper, 1985⁹). Nós já considerávamos como não prioritários para a cirurgia das cardiopatias congénitas, os candidatos com personalidades deficitárias quando havia lista de espera, no Serviço. Em relação aos doentes apresentando, pré-operatoriamente, actividade produtiva do tipo delirante e alucinatória pensamos que devem ser estudados, cuidadosamente, para podermos distinguir os episódios psicóticos por baixo débito (estados confuso-oníricos) dos quadros de psicose esquizofrénica (sem turvação da consciência).

Christopherson e Lunde (1971)¹² consideravam que o padrão de comunicação familiar, a preocupação com a morte e as motivações para a cirurgia, eram os três temas a explorar sempre, no estudo pré-operatório e que iriam ser significativos na adaptação à transplantação.

No programa de transplantes cardíacos, do Hospital Presbiteriano de Nova York (1980)¹³, os pacientes eram avaliados psicológica e socialmente, em quatro planos: natureza do «stress» da transplantação, mecanismos de adaptação («coping»), complacência terapêutica e suporte familiar. Previa também uma discussão alargada para definir, para cada caso, uma metodologia de intervenção clínica.

A nossa observação é a vertente psicológica do estudo clínico dos candidatos a TC feito no H. S. C.



Esquema nº 1
Seabra Gomes, 1987⁴

Pretendemos conhecer os pacientes para conseguir dois objectivos. Em primeiro lugar, e duma maneira pragmática, procuramos fornecer à equipa de transplantes uma informação* sobre a existência de eventuais contra-indicações de natureza psiquiátrica para a TC. Ao mesmo tempo, através do contacto pessoal iniciado no período pré-operatório, pretendemos estabelecer um «continuum» relacional que possa facilitar uma eventual intervenção psiquiátrica [14], [15], [16], [17], [18].

O modelo da nossa entrevista foi organizada em função da experiência adquirida no H. S. C. Procura ser adequada às circunstâncias de alguns doentes estarem em situação crítica, na UNICOR (o seu estado de caquexia não lhe permite, por vezes, falar mais que breves minutos e mesmo assim com esforço evidente). A sua duração é curta, não se prolongando por mais de 15 minutos em cada período de observação.

As contra-indicações de natureza psicossocial, no caso particular dos candidatos a TC, não têm tanto a ver com a própria cirurgia ou com o pós-operatório imediato; visam, essencialmente, o período de convalescença e recuperação. Procuramos, assim «encontrar» os pacientes que, presumivelmente, melhor se deverão adaptar à nova situação: serão pessoas que irão cumprir, com rigor, as prescrições medicamentosas e aceitarão submeter-se aos controlos regulares, e que por outro lado contarão com um bom suporte sócio-familiar.

Os pacientes com estruturas de personalidade aditivas, como alcoólicos crónicos ou toxicómanos, suportam mal as frustrações das situações (como é o caso de ser obrigado a submeter-se a uma vida «de medicamentos e exames» para sempre) e têm tendência a passar ao acto. Irão, certamente, ter uma má adesão ao tratamento e como tal estarão mais sujeitos aos riscos subsequentes de rejeição e infecção, sendo, por isso, «maus candidatos».

Outros psicodiagnósticos já referidos como personalidades deficitárias (debilidades ou demências) ou psicoses em fase produtiva (ou com descompensações frequentes), são geralmente considerados como factores de exclusão de causa psiquiátrica, num programa de TC.

Mas as entrevistas são ainda a possibilidade de intervenção psicoterapêutica relevante ao permitir

* Consiste num relatório sucinto com o resumo da história, itens da grelha de observação, conclusões e eventuais recomendações.

aos doentes expressão de sentimentos intensos ligados à vida e à morte; [1], [5] ou a verbalização de fantasias relacionadas com a transplantação e o novo coração.

Quadro 2
AVALIAÇÃO PSIQUIÁTRICA



Mas passemos mais em pormenor os diversos itens da nossa avaliação.

a) *Consentimento e motivação.*

Habitualmente, verificamos que os pacientes têm conhecimento da gravidade do seu estado e sabem que não têm mais alternativas de tratamento. Encaram, em geral, a TC com esperança duma melhoria do seu estado.

Procuramos saber como os doentes adquiriram a informação e o que sabem realmente sobre TC, mormente dos riscos da cirurgia, dos condicionamentos do pós-operatório e da necessidade de fazerem sempre medicação e de se submeterem a testes clínicos com regularidade. Outro aspecto que pesquisamos é o do conhecimento do tempo de espera para um dador.

Pensamos tal como Christopherson e Lunde [12], May et al. [17] que uma forte motivação para TC é um factor de prognóstico favorável. Aliás nunca encontramos nenhum doente com o desejo de morrer na intervenção.

A maioria dos pacientes tinha sido enviado ao H. S. C. pelos seus médicos assistentes. Estavam decididos a submeter-se a TC, com conhecimento prévio da transplantação através dos meios de comunicação.

Pretendemos conhecer as razões das pessoas para procurarem viver mais tempo, assim como dos seus projectos em relação ao futuro. Assim, voltar a trabalhar, reorganizar a vida doutra maneira, «poder voltar a ter uma vida de pessoa casada» ou «ter uma vida que valha a pena, sem ser um inútil que precisa

dos outros para tudo», foram algumas das intenções formuladas.

A análise do consentimento e da motivação é, por vezes, difícil. Alguns pacientes no momento da nossa avaliação ainda não tinham conhecimento da sua indicação para TC, pelo que a abordagem era feita indirectamente referindo-se a eventualidade dum novo tratamento.

Noutros doentes, com situações recentes de miocardiopatia em que quase não houve adaptação à doença, é preciso dar tempo para «metabolizarem» a gravidade do seu estado e aceitarem a TC.

b) Matriz familiar e sócio-cultural

A entrevista com o cônjuge permite-nos complementar a perspectiva da trama e maturidade qualitativa das relações familiares. Ajuda-nos a prever o suporte afectivo e operativo que o paciente poderá encontrar, na sua convalescença. Ao mesmo tempo possibilita-nos a compreensão da dinâmica familiar, situando no tempo os sucessivos papéis desempenhados por cada um dos cônjuges, com particular ênfase para os «ganhos e perdas» manifestos e latentes da situação da doença.

Os benefícios secundários dos cuidados acrescentados e dispensados num estágio terminal, em que há grande sofrimento físico e «prostração» psíquica, são obviamente suplantados pela expectativa oferecida numa «restituição ad-integrum».

Recordemos que a posição prolongada de passividade e dependência das coronariopatias graves reforça um movimento defensivo (ao nível do desejo) de hiperactividade e de controlo onnipotente, só realizável através da reparação mágica da cirurgia.

Interessa, sempre, constatar como foi discutida, na família, a transplantação e como se chegou ao consentimento.

G, 51 anos, camionista, internado nos Cuidados Intensivos do H. S. C. por insuficiência cardíaca congestiva após enfarte de miocárdio muito extenso «... eu sei que uma pessoa não fica como era ... mas até gostava de ser operado para ver se isto melhorava ... eu disse à minha mulher, ela achou bem ... eu não sei como é ... bem sei que um tipo anestesiado não pensa em nada ... só vimos na televisão, na telenovela, não era assim a sério...».

As convicções religiosas podem constituir factor de prognóstico favorável, particularmente se decor-

rem numa maneira de estar tranquila em relação à vida e à morte.

E., 53 anos, casada, doméstica «... sou crente ... eu oro ao Senhor com o meu véu branco ... está aqui no Hospital ... Ele guia a mão dos seus Anjos que são os senhores doutores ... ter o coração doutra pessoa é a vontade do Senhor... eu vou viver de certeza, porque Ele quer que assim seja... eu recebi um sinal de Deus ... eu vi duas maçanetas, muito, muito vermelhas ...»

Nesta doente a sua atitude perante a transplantação decorria de convicções inabaláveis numa religiosidade mal diferenciada, mágico-animista. Pareciam convicções delirantes, psicóticas, inacessíveis à argumentação lógica, que a defendiam eficazmente contra a ansiedade pré-operatória (e também pós-operatória).

O nível sócio-cultural pode-nos dar referências sobre a qualidade da informação a fornecer sobre a transplantação, mormente sobre a preparação pré-operatória, o tipo de cirurgia, os Cuidados Intensivos, o acompanhamento médico na convalescença, os riscos do tratamento. A adequação dessa informação ao doente e familiares deve contemplar, além da qualidade, a quantidade «quanto baste» à personalidade do paciente (e *nunca* à ansiedade do médico).

c) Representação cognitiva e fantasmática do coração

O esquema corporal [19] é um constructo complexo em que participam elementos cognitivos e fantasmáticos e em que os factores de natureza sócio-cultural são igualmente importantes.

A representação do corpo é, essencialmente, uma unidade psicossomática, polarizada numa dinâmica permanente do real e do fantasmático [20].

O coração é, como vimos, fortemente catexado no imaginário ocidental, judaico cristão, de emoções e afectos ligados ao amor e à vida, (o nosso léxico tem um sem fim de expressões que ligam o coração à vida afectiva).

As defesas denegativas preparam a internalização do «novo» coração, racionalizando-o na sua função de simples músculo bombeador de sangue. É como que descategado numa primeira fase para ser reinvestido, progressivamente, com toda a força simbólica (mesmo nos coronários «alexítimicos»).

Contudo, algumas das fantasias [16] ligadas à representação do coração podem ter um papel pre-

ponderante na não aceitação da indicação de TC. Recordamos um paciente com doença coronária grave, embora compensada desde que não fizesse esforços físicos: era artista plástico e conseguia trabalhar, embora com grande dificuldade, no seu atelier, em casa, mas receava perder as suas capacidades criativas «se recebesse um coração dum bruto qualquer».

Este aspecto é importante e pode exigir uma acção psicoterapêutica, no sentido de modificar a atitude do paciente perante a transplantação, e conseguir uma motivação — consentimento para a TC.

d) A morte e o morrer

A morte está omnipresente em todo o cenário da TC. Habitualmente, os técnicos têm uma contra atitude denegativa em relação à eminência de morte nestes doentes, com a minimização da gravidade da doença ou dos riscos da transplantação. É sem dúvida a possibilidade de poder viver o quotidiano com estes pacientes, num afastamento-exorcismo da morte interna de cada um.

Mas a nossa preocupação de abordar a morte e o morrer, nas entrevistas, pretende-se, fundamentalmente, psicoterapêutica, facilitando a expressão de emoções e sentimentos (pré-conscientes ou conscientes). Alguns pacientes referiram, mais tarde, que foi importante terem falado connosco da morte, facilitando-lhes uma descarga emocional e estabelecendo uma proximidade, ao mesmo tempo.

e) Antecedentes Psiquiátricos

Crítérios «maior» de exclusão psiquiátrica

- . personalidades deficitárias (demências e oligofrenias)
- . personalidades aditivas (toxicómanos e álcool dependentes)
- . personalidades caracteriais com comportamento antisocial
- . psicoses activas (fase produtiva)
- . suicídio latente

As situações de exclusão psiquiátrica de candidatos a TC são, actualmente, bastante limitadas na maioria dos programas. Referimos já que pacientes com personalidades deficitárias aditivas ou caracte-

riais são, à partida, «maus» candidatos e, como tal, não são «classicamente» elegíveis para TC. As psicoses esquizofrénicas em fase produtiva ou as crises maníaco-depressivas são consideradas como impedimentos, pelo menos, temporários.

Parece-nos importante salientar uma situação que pelas implicações que acarreta implicitamente deverá ser sempre triada em qualquer paciente candidato a uma intervenção cirúrgica. São os casos a que Cortesão chamou de suicídio latente: são pessoas sem sinais aparentes de depressão e ideias de suicídio, mas com um funcionamento mórbido; poderão «utilizar» a cirurgia para morrer e como tal são também candidatos a excluir. Constituem muitas vezes situações de pós-operatórios paradoxais em que, na sequência de actos operatórios que decorreram satisfatoriamente, surgem complicações «inexplicáveis» em consequência das quais os pacientes vêm a falecer.

f) Personalidade

Não há personalidades ideais para a transplantação, mas algumas características da personalidade das pessoas que estudámos parecem ser indicadores favoráveis.

Muitos doentes coronários apresentam, como já referimos, aquilo que foi designado por Roseman e Friedman como comportamento tipo A: são pessoas que aceitam com dificuldade as limitações da sua doença, são insatisfeitas e ambiciosas, têm habitualmente um grande investimento no seu trabalho e uma necessidade permanente de estarem em actividade. Estes pacientes estão altamente motivados para viver e são em princípio «bons candidatos».

O comportamento tipo A é duma maneira manifesta um sistema defensivo contra tendências de passividade e dependência que são sentidas como inferiores, femininas ou infantis. Ora a própria evolução invalidante da doença determina incapacidade física marcada e dependência de terceiros (médicos e familiares).

Nalguns doentes esta passividade e dependência «obrigada» torna-se intolerável determinando, mesmo em situações críticas terminais, atitudes querelantes e reivindicativas.

L. M., 48 anos, empregado de escritório reformado, encontra-se a aguardar transplantação no H. S. C., após sucessivas operações de by pass aorto-

-coronário e aneurismectomia. Está em estado de caquexia cardíaca.

Refere episódios depressivos após o primeiro enfarte: «... desmoralizei ... descontrolo completo ... sem força de vontade, comecei a beber ...». Divorcia-se e volta a casar com uma antiga companheira de trabalho.

Desde há dois anos agravamento da situação cardíaca (falência mecânica do coração): «...descompensei, comecei a inchar ... mal conseguia respirar ... andava dez metros e tinha que parar ... sentia-me como uma sandes de fiambre estragado». Há já alguns meses encontra-se acamado e está há três semanas nos Cuidados Intensivos do H. S. C.: «... estamos um bocado esqueléticos ... a minha mulher modificou a maneira de ser ... com a minha doença tomou a autonomia da casa ... encaro o divórcio...». O comportamento «vicariante» da mulher ao chamar a si algumas funções e responsabilidade do marido agora impossibilitado, é sentido como inquietante e intolerável pelo doente, e experienciado duma maneira persecutória e atentatória da sua masculinidade.

Nestes doentes devemos estar atentos à evolução do seu pós-operatório que pode reavivar angústias regressivas determinadas pela dependência, por exemplo, do tratamento médico a seguir à transplantação [21]. Mesmo assim, há frequentemente uma compensação euforizante pela melhoria do estado físico.

Nos pacientes mais jovens (adolescentes por exemplo) poderemos vir a encontrar dificuldades na assimilação das alterações da imagem corporal, nomeadamente as causadas pela utilização obrigatória dos corticosteróides.

Noutros doentes a integridade dos limites corporais parece vital: experienciam, apavoradamente, situações que possam condicionar soluções de continuidade da pele que não é sentida como um invólucro continente satisfatório. Aliás estes pacientes fazem com frequência regressões com sintomatologia de despersonalização-desrealização. Assim alguns exames pré-operatórios como o cateterismo e a cirurgia podem causar «brechas irreparáveis» nos limites do eu corporal e do eu psíquico, facilitando a ulterior expulsão (rejeição) do novo órgão, sentido como ameaçador e disruptor.

Os pacientes em situação crítica (estádio terminal da sua doença), como é o caso da maioria dos candidatos a TC, investem as suas energias disponíveis para manterem operatórios alguns mecanismos

defensivos. As defesas constituem anteparos efectivos para o controlo afectivo e emocional da crise terminal («life-threatening state» de Freyberger) e vão reduzir, eficazmente, os sentimentos penosos, as percepções desagradáveis das circunstâncias, o mal-estar físico. A defesa mais importante, nesta situação, é a denegação; pode tomar a forma que descrevemos, anteriormente, como major, em que o paciente nega completamente a sua doença (ou melhor controla, totalmente a ansiedade da percepção do seu estado) e não aceita o tratamento. De uma maneira geral, quanto mais eficazes são as defesas tanto mais difícil se torna o nosso trabalho de avaliação.

A capacidade introspectiva dos pacientes está diminuída, compreensivelmente, e não podemos ser muito ambiciosos no material que colhemos (recordemos sempre a situação clínica terminal destes doentes e como é penosa, muitas vezes, a entrevista).

De uma maneira as relações de objecto estáveis e satisfatórias na matriz familiar representam uma garantia de adaptação à situação de TC.

Parece-nos importante recordar que os candidatos a TC estão em estado físico terminal e não irão sobreviver se a intervenção cirúrgica não se realizar, a curto prazo. Os considerandos que fomos expondo não são mais que uma «grelha de observação», necessariamente provisória pelo número ainda reduzido de entrevistas, que realizámos a candidatos a TC (cerca de 30).

O contacto pré-operatório é o início dum «continuum» relacional que se prolonga após a TC, e facilitando, uma eventual intervenção terapêutica.

Sentimos que a «nova crise» mediada pela cirurgia ao reparar o eu físico, representa um voltar à vida, e um renascer para um viver novo, numa oportunidade renovada de re-arranjo também emocional e afectivo, agora num espaço corporal re-harmonizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] KUHN W., David M. H., Lippmann S. B. (1988) Emotional adjustment to cardiac transplantation. *Gen. Hosp. Psychiatry* 10: 108-13.
- [2] PATON A. (1978) Life and death: moral and ethical aspects of transplants in *Psychiatric aspects of organtransplantation*. ed Castelnovo-Tedesco Grume e Stratton, Nova York.

- [3] REBOCHO M. J., Calquinha J., Fragata J., Andrade C., Ferreira M., Melo J. Q. (1988) Transplantação cardíaca: dois anos de experiência (comunicação) 10^o Congresso Português de Cardiologia, Espinho.
- [4] SEABRA Gomes R. (1987) Seleção de candidatos para transplante cardíaco in Mesa Redonda de Transplantação Cardíaca 9^o Congresso Português de Cardiologia. Fátima.
- [5] MACHADO Nunes J. M. (1987) Imagem corporal. Esquema corporal. IV Jornadas de Pós-graduação em Psiquiatria, Lisboa.
- [6] MUSLIN H. L. (1971) On acquiring a Kidney. *Amer. Journal Psychiat* 127: 1185-88.
- [7] SEGAL H. (1976) *Introduction à l'oeuvre de Melanie Klein*. Presses Universitaires de France, 3^a ed..
- [8] MARTY P. (1976) *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Payot, Paris.
- [9] COOPER D. H. C., Lanza R. P., Nash E. S., Barnard C. N. (1984) Non compliance in heart transplant recipients: the Cape Town experience. *Heart Transplant* 3: 248-54.
- [10] BLANCHER R. S. (1983) Death, resurrection and rebirth: observations on cardiac surgery *Psychoanal. Quart* 52: 56-72.
- [11] CORTESÃO E. L. (1979) A pessoa e a doença e a inter-relação com a matriz familiar. Lição no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- [12] CHRISTOPHERSON L. K., Lunde D. T. (1971) Selection of cardiac transplant recipients and their subsequent psychosocial adjustment in *Psychiatric aspects of organ transplantation*. ed Castelnuovo-Tedesco Grume e Stratton, Nova York.
- [13] *HEART transplant program Policy and procedure manual*. (1980) 46.2: 2.3 (a, b, c). Presbyterian Hospital, Nova York.
- [14] LUNDE D. T. (1969) Psychiatric complications of heart transplants. *Amer. J. Psychiat*. 126: 369-73.
- [15] KIMBALL C. P. (1969) Psychological responses to the experience of open heart surgery *Amer. J. Psychiat*. 126: 348-59.
- [16] CASTELNUOVO — Tedesco P, (1973) Organ transplant, body image, psychosis. *Psychoanalytic Quart* 42: 349-63.
- [17] MAI F. M., McKenzie F. N., Kostuk W. J. (1986) Psychiatric aspects of heart transplantation: pre operative evaluation and post operative sequelae. *Brit. Med. J.* 292: 311-3.
- [18] O'BRIEN V. (1985) Psychological and social aspects of heart transplantation. *Heart Transplant* 4: 229-31.
- [19] DOLTO F. (1984) — *L' image inconsciente du corps*. Ed. du Seuil, Paris.
- [20] SAMI-ALI (1984) *Corps reel, corps imaginaire*. Bordas, Paris.
- [21] SURMAN O. S. (1989) Psychiatric aspects of organ transplantation *Amer. J. Psychiat*. 146: 972-82.