

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade

Médica Residente Adriana Farias de Medeiros

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Rolim Neumann

**Experiência de doença de uma médica residente: Relato de
caso**

Trabalho de Conclusão de Residência Médica

Porto Alegre

14 de outubro de 2022

CIP - Catalogação na Publicação

de Medeiros, Adriana Farias
Experiência de doença de uma médica residente:
Relato de caso / Adriana Farias de Medeiros. -- 2022.
28 f.
Orientadora: Cristina Rolim Neumann.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Programa de Residência
Médica, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Experiência de doença. 2. Relação médico
paciente. 3. Relato de caso. 4. Medicina de família e
comunidade. 5. Transplante de órgãos. I. Neumann,
Cristina Rolim, orient. II. Título.

Resumo

O trabalho explorou aspectos da experiência de doença utilizando a narrativa de um caso. O caso abordado foi o de uma médica residente em Medicina de Família de Comunidade que após dois episódios de Síndrome de Budd-Chiari, 2016 e 2019, sofreu um transplante de fígado, recebendo o órgão de um doador-cadáver em 23 de dezembro de 2021, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Para facilitar o entendimento do caso, uma breve explanação sobre como é o andamento/funcionamento da fila para transplante hepático foi realizada, mostrando dados e critérios, tanto para ingresso do paciente, quanto para o aceite do órgão.

Aspectos da relação médico-paciente, que contribuíram para o desfecho favorável foram apresentados, bem como a adaptação ao período pós transplante e retomada da atividade profissional.

Introdução

O cuidado efetivo à pessoa exige uma ampla observação tanto das experiências em relação à saúde quanto às relacionadas às doenças. Desta forma, aprendemos a valorizar a experiência da doença, como parte do primeiro componente do método clínico centrado na pessoa, que é a experiência pessoal e subjetiva de estar doente: os sentimentos, pensamentos e funcionamentos alterados de alguém que se sente doente. (Stewart, M., 2017). Quando a paciente é uma médica de família, familiarizada com este conceito, nos perguntamos como esta experiência pode ser influenciada. O médico costuma ter comportamentos um pouco diversos dos pacientes em geral, menor adesão aos tratamentos e orientações vindas de outros profissionais/colegas, dificuldades para perceber-se como uma pessoa vulnerável que também necessita de cuidados e portanto precisará afastar-se de sua profissão, além do sentimento de frustração proporcionado pelo conhecimento médico que lhe torna muitas vezes pouco suscetível à esperança ao se ver diante de casos bastante graves como o relatado aqui. Entretanto, esse mesmo conhecimento pode ser benéfico, posto que permite identificar com brevidade exacerbações dos quadros, efeitos colaterais dos medicamentos e questionar a efetividade dos tratamentos propostos, bem como nos torna sabedores da evolução clínica esperada para tal contexto, facilitando de certa forma a aceitação dos sintomas apresentados, tirando um pouco do fator surpresa que faz com que muitos pacientes questionem-se “por que eu?” ou “por que isso está acontecendo comigo?” (Valverde, K. D., 2006). Em outras palavras, o conhecimento médico é uma “faca de dois gumes”, pois ao mesmo tempo que consola, apavora.

Esse trabalho tem como objetivo utilizar o relato de caso para abordar a experiência de doença de uma médica residente abordando os pontos importantes que possam melhorar a experiência de doença de outros pacientes médicos e não médicos nos aspectos que se mostraram relevantes na visão da paciente, para além das questões fisiopatológicas da situação clínica apresentada: a importância da relação médico-paciente para aceitação de um diagnóstico e manter-se no tratamento; da doação de órgãos, ilustrando e elucidando dúvidas; como funciona a lista de espera para quem aguarda; e como é a vida no período pós-transplante, falando inclusive sobre sentimentos de um doente crônico e seus familiares.

O relato

Paciente feminina, previamente hígida, relata que aos 23 anos (2006) foi diagnosticada com trombose venosa profunda (TVP) na veia femoral esquerda atribuída ao uso de anticoncepcionais orais. Aos 33 anos (2016), sofreu o primeiro episódio de Síndrome de Budd-Chiari (Trombose das veias supra-hepáticas), quando já era aluna do curso de medicina na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Neste episódio permaneceu internada por 19 dias no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Finalmente, aos 37 anos (2019), já residente de Medicina de Família e Comunidade, no mesmo HCPA, foi acometida novamente de Síndrome de Budd-Chiari, desta vez com internação prolongada sendo onze dias na UTI do Hospital de Caridade de Santa Maria e mais 21 dias em leito clínico no HCPA.

A trombofilia - mutação JAK2 V617F, foi identificada no segundo episódio de trombose (2016), e é uma das causas mais comuns de Síndrome de Budd-Chiari (Smalberg, J. H., 2012). Não havia histórico familiar para coagulopatias.

Os tratamentos clínicos instituídos foram anticoagulação plena, paracenteses (até duas vezes por semana, com drenagem de cerca de 3 litros de líquido abdominal por vez), analgésicos, devido a intensa dor abdominal, e repouso. O quadro motivou o trancamento do curso de medicina em junho/2016, logo ao concluir o oitavo semestre, até outubro de 2016, quando conseguiu iniciar o nono semestre. O curso foi retomado e concluído em dezembro de 2018. A residência médica em Medicina de Família e Comunidade na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília - HCPA, foi iniciada em março de 2019.

Os pacientes sobreviventes de Síndrome de Budd-Chiari apresentam maior risco de novos episódios desta situação. Mesmo com anticoagulação oral (ACO) plena, a paciente apresentou trombocitose (a causa dessa descompensação não foi identificada, especula-se terem sido as múltiplas infecções respiratórias contraídas entre os meses de inverno daquele ano (Kim, J. K., 2016). O índice de mortalidade é alto (Goel, R. M., 2015) . Sintomas intensos de inapetência, dor, náuseas agravados por pneumotórax iatrogênico, após um procedimento de toracocentese, que acarretou drenagem e internação na CTI para monitoramento. Após 11 dias internada em Santa Maria - RS, foi transferida para um leito clínico do HCPA. Devido à falha no tratamento conservador foi introduzido o “*transjugular intrahepatic*

portosystemic shunt” (TIPS), que promoveu melhora do quadro e alta. Retornou à residência médica em março de 2020, em trabalho remoto devido à pandemia de COVID-19.

Em fevereiro de 2021, já em trabalho presencial, observou-se piora progressiva da hepatopatia (cirrose). Uma infecção assintomática por Coronavírus pode ter contribuído para sua piora, conforme descrito em D’ Ardes, D, 2022, que levou a internações frequentes por vários motivos: hemorragias gástricas, tanto altas, quanto baixas, transfusões de CHAD (Concentrado de Hemácias Adulto), infusões de ferro parenteral e albumina, além de cauterização de varizes esofágicas sangrantes. Desta forma, foi necessário afastar-se novamente da residência.

Um edema agudo de pulmão por re-expansão após toracocentese de hidrotórax maciço, considerado o episódio mais assustador para a paciente, também marcou a entrada na lista de candidatos a transplante, em agosto de 2021. Inicialmente na 60ª posição. Devido a critérios de gravidade (“situações especiais”), em poucos dias foi realocada na 12ª posição, conforme explicitado posteriormente.

No final de outubro apresentou uma hemorragia digestiva alta, maciça, por rompimento de uma variz esofágica de médio calibre (sequela de hipertensão porta) em casa. Deste episódio, a lembrança relatada é acordar-se na CTI 3 dias após. Foi submetida à cauterização do vaso sangrante e colocada em coma induzido por três dias no intuito de diminuir possíveis sequelas cerebrais pela hipoperfusão. Evoluiu favoravelmente do ponto de vista neurológico e teve alta em novembro, porém com agravamento do quadro de base.

No início de dezembro/2021, recebeu o telefonema do médico responsável informando que um órgão compatível fora encontrado e a paciente deveria se dirigir com brevidade ao HCPA para realizarem os exames pré-operatórios enquanto aguardava a chegada do órgão a ser transplantado, que viria de Sapucaia do Sul - RS, proveniente de uma mulher de 42 anos anos, falecida de hipóxia cerebral após crise de asma. Cumpridas as exigências, a sedação inicial foi feita mesmo antes da chegada do órgão, contudo, ao invés de “acordar na CTI”, a paciente “acordou na SR (Sala de Recuperação)”, quando várias pessoas vieram lhe informar que a cirurgia fora cancelada, pois ao removerem o órgão identificaram aterosclerose dos vasos hepáticos causados por pancreatite, o que tornou o procedimento inviável, gerando um sentimento grande de insegurança na paciente e em seus familiares.

No dia 20 de dezembro, a contínua piora do quadro (icterícia, prurido, hidrotórax, tosse, desânimo, cansaço, inapetência, desconforto, dor abdominal, ascite, anemia, aumento da creatinina, constipação, epistaxe e perda de peso), elevou o índice MELD (*Model for End-Stage Liver Disease*) para 32 e a paciente foi para a segunda posição na fila de transplante. Para manejo da piora do quadro, uma nova internação no HCPA foi iniciada. No 22º. dia de internação apresentou o primeiro episódio de encefalopatia hepática, intensa agitação psicomotora e confusão mental acarretada pelas neurotoxinas hepáticas produzidas pelo fígado doente. Felizmente, esse cenário durou apenas um dia, pois às 23:00 horas daquela noite, ela, já novamente consciente, recebeu a notícia de que um novo fígado compatível havia sido encontrado, proveniente de um senhor de 70 anos, 1,5m de altura, 62 quilos, que faleceu na Santa Casa de Porto Alegre devido a um AVC hemorrágico após cair em casa e bater com a cabeça no chão. A cirurgia estava marcada para o dia seguinte, 23, às 08:00 horas da manhã e iniciou na hora marcada, terminando às 15:30 horas do mesmo dia, sem intercorrências, com duração menor do que a prevista inicialmente.

A internação na CTI durou cinco dias, do dia 23/12/21 a 28/12/21, com melhora progressiva, mesmo em uso de analgesia intensa (dipirona, tramadol, morfina e metadona endovenosas) além de dois drenos abdominais e um torácico, um filtro de veia cava no pescoço, acesso central na veia jugular direita e sonda vesical de demora, que foram sendo retirados um a um conforme a evolução ocorria. Então com oito dias de pós-operatório, no dia 31/12/21, recebeu alta, para passar o réveillon em sua casa.

Durante o pós-transplante imediato, sentia muita dor, mas progressivamente ia melhorando, não só dos sintomas gerais, relacionados ao procedimento em si, como também dos causados pelos efeitos colaterais da corticoterapia feita durante a internação (fácies em lua cheia, por exemplo) e dos imunossupressores (afasia, tremores, cansaço). É importante relatar que todos os sintomas relacionados à hepatopatia desapareceram após a cirurgia. Entretanto, aproximadamente quinze dias após a alta começou com inapetência, náusea e adinamia. No dia 31 de janeiro de 2022, coletou carga viral para CMV (citomegalovírus), que é bastante comum em transplantados, indicando a presença de 977.000 cópias virais, levando a mais uma internação hospitalar para recebimento de medicação anti-viral endovenosa, o ganciclovir de 12/12h. O tratamento durou cinco semanas e a alta foi uma decisão

conjunta entre a equipe médica e a paciente que, mesmo sem estar com a carga viral zerada, preferiu seguir acompanhando no seu domicílio com exames de rotina.

A infecção foi controlada, o acompanhamento de mensal, foi espaçado, sendo que na última consulta foi dado retorno já para três meses, a carga viral está não detectada, o quadro geral é de franca melhora, com exames laboratoriais mostrando não somente um fígado saudável, mas sim, um corpo todo em incontestado processo de recuperação.

Hoje em dia, a paciente retomou suas atividades e está concluindo sua formação como Médica de Família e Comunidade no Hospital de Clínicas de Porto Alegre - UBS Santa Cecília.

Caso não tenha sido perceptível durante o relato, a paciente em questão é autora do texto e esse trabalho tem como objetivo geral relatar a experiência de doença de uma pessoa submetida a transplante e as repercussões físicas, mentais e profissionais deste procedimento.

Como objetivos secundários serão apresentados, os seguintes tópicos:

1) como funciona a lista de espera bem como os critérios para o transplante de fígado e outras questões que surgem com relação ao processo de doação de órgãos,

2) A vida no pós transplante e os sentimentos de um doente crônico e seus familiares, e

3) A importância da relação médico-paciente.

Não pertence ao escopo deste relato, explicar a fisiopatologia, evoluções e escolhas terapêuticas relacionadas às doenças citadas, pois transcende meus conhecimentos como “paciente” nesse caso.

Como funciona a lista de espera

Conforme relatado, em agosto de 2021, como decorrência da progressão da doença hepática, fui inscrita pelo médico responsável pelo meu caso na lista de espera por um transplante na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO). Devido a esse fato, torna-se imprescindível demonstrar o funcionamento/ andamento dessa fila.

A lei federal que criou o Sistema Nacional de Transplantes é a nº 9.434, de 04 de fevereiro de 1997 sendo que a portaria Nº 2.600 de 21 de outubro de 2009 que

aprovou o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes (portaria2049, 2009). Essa normativa organizou a lista federal (Registro Geral da Central de Transplantes - RGCT), não restringindo a busca aos órgãos somente ao estado federativo do paciente, o que permite que lugares com pouca oferta de órgãos não serem prejudicados pela baixa demanda, diminuindo assim suas permanências na fila e por consequência aumentando suas chances de receber um órgão. Critérios como logística de transporte e tempo de isquemia, tempo que o órgão ficará sem aporte sanguíneo, são fatores chaves considerados quando uma combinação entre um potencial doador e um receptor é identificada.

Existem listas de espera diferentes para cada órgão, cada uma com suas peculiaridades, porém dado o escopo deste trabalho, somente a lista de espera por transplante hepático em adultos será abordada.

Os critérios que levam um paciente a ingressar nessa fila são possuir doença hepática grave com expectativa de vida inferior a 20% ao final de 12 meses, já ter passado pelas alternativas terapêuticas e elas terem falhado ao impedir a progressão da doença. A posição na fila é determinada pela gravidade, calculada pelo MELD conforme quadro 1 (Portaria N° 2.600, de 21 de outubro de 2009 e Portaria N° 2.049, de 9 de agosto de 2019), um valor numérico, variando de 6 (menor gravidade) a 40 (maior gravidade), usado para elencar a urgência de transplante de fígado em candidatos com idade igual a 12 anos ou mais. O valor mínimo para ser aceito é ter MELD de 11. Ele é calculado levando em consideração as bilirrubinas, creatinina, tempo de protrombina e sódio. Porém, existem detalhes que tornam o paciente inapto para o transplante, independentemente de seu MELD: câncer em alguma outra parte de seu corpo; doenças graves do coração, pulmões ou neurológicas; abuso ativo de álcool ou de drogas ilegais; uma infecção ativa importante e/ou falta de capacidade de seguir as instruções de seu médico.

Quadro 1: Cálculo do Meld (*portaria2049*. (n.d.))

<p>MELD Na= MELD calculado - Na sérico- $[0,025 \times \text{MELD calculado} \times (140 - \text{Na sérico})] + 140$ e arredondar para valor inteiro. MELD calculado= $0,957 \times \text{Loge (creatinina mg/dl)}$</p> <p>+$0,378 \times \text{Loge (bilirrubina mg/dl)}$</p> <p>+$1,120 \times \text{Loge (INR)}$</p>
<p>+0,643</p> <p>$\times 10$ e arredondar para valor inteiro</p> <p>Caso o valor de Na sérico seja inferior a 125mEq/L, será considerado 125mEq/L e caso o valor de Na sérico seja superior a 140mEq/L, será considerado 140mEq/L, para efeito do cálculo do MELD.</p> <p>Caso os valores de laboratório sejam menores que 1,0, considerar 1,0;</p>
<p>3. Caso o valor da creatinina seja maior que 4,0mg/dl, será considerada 4,0mg/dl para efeito do MELD calculado;</p> <p>4. Nos casos dos pacientes inscritos para transplante de fígado isolado, que realizaram diálise 2 ou mais vezes na última semana, informar ainda o valor da creatinina antes de iniciar a diálise. Se a creatinina pré-diálise for $\geq 2,5$ mg/dl, será considerada a creatinina de 4,0mg/dl para efeito do MELD calculado; caso a creatinina pré-diálise for $< 2,5$mg/dl, será considerado o maior valor da creatinina informada na atualização do MELD calculado ou pré-diálise;</p>
<p>5. Nos receptores potenciais em uso de dicumarínico, até 6 dias antes da coletada amostra para o MELD calculado, e que tenham valor de INR calculado $> 2,0$ será considerado o valor de 2,0 de INR para efeito do MELD calculado.</p>

Os exames para cálculo do MELD terão prazo de validade e devem ser renovados, no mínimo, na frequência abaixo:

- a) MELD de 11 a 18 - validade de três meses, exames colhidos nos últimos 14 dias;
- b) MELD de 19 a 25 - validade de um mês, exames colhidos nos últimos sete dias;
- c) MELD maior que 25 - validade de sete dias, exames colhidos nas últimas 48 horas;

Existem situações tais que apesar de possuir doença hepática grave, o paciente não possui critérios de MELD elevados, o que impediria seu avanço na fila, diminuindo suas chances de receber um órgão. Para resolver esses cenários, “situações especiais” foram estabelecidas pela Secretaria Nacional dos Transplantes, nas quais os pacientes recebem MELD arbitrário de 20, mediante avaliação e parecer da Câmara Técnica Estadual (CTE), de acordo com a presença de um ou vários dos seguintes sintomas: ascite refratária, colangites de repetição (em colangite esclerosante primária, por exemplo), encefalopatia hepática crônica, prurido intratável (em doenças colestáticas, como por exemplo colangite biliar

primária). No meu caso em questão, as situações especiais que apresentei foram ascite refratária e prurido intratável.

Conforme a portaria 2600, descrito no Art. 82. Além dos exames necessários ao cálculo do MELD são exigidos como dados mínimos para a ficha de informações complementares no cadastro tanto de pacientes quanto doadores :

I - idade máxima - a equipe informará qual a idade máxima do doador admissível para o seu receptor.

II - peso mínimo e máximo - a equipe informará qual o peso mínimo e o máximo do doador, aceitável para o seu receptor, que a diferença entre o peso mínimo e o máximo não poderá ser menor que 20%;

III - usuário de droga injetável - a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente;

IV - usuário de droga inalatória (cocaína ou crack) - a equipe informará se aceita ou não doador com este antecedente;

V - sódio sérico - a equipe informará que dosagem máxima de sódio sérico, no doador, aceita para o seu receptor, do valor mínimo admitido, será de 150 mEq/L;

VI - creatinina sérica - a equipe informará a dosagem máxima de creatinina sérica, no doador, aceita para o seu receptor, o valor mínimo admitido será de 1,5 mg/dL;

VII - TGO (transaminase oxalacética) e TGP (transaminase pirúvica) - a equipe informará que dosagem máxima de TGO e de TGP, no doador, aceita para o seu receptor, o valor mínimo admitido será de 60 U/L;

VIII - bilirrubina total - a equipe informará que dosagem máxima de bilirrubina total, no doador, aceita para o seu receptor, o valor mínimo admitido será de 1,5 mg/dL;

IX - exame sorológico positivo para:

a) Chagas - a equipe informará se aceita ou não;

b) Hepatite B - a equipe informará se aceita ou não, e a aceitação está condicionada a potenciais receptores com sorologia positiva, desses exame comprobatório da condição de portador de sorologia positiva ser anexado;

c) Hepatite C - a equipe informará se aceita ou não, e a aceitação está condicionada a potenciais receptores com sorologia positiva, devendo o exame comprobatório da condição de portador de sorologia positiva, ser anexado;

X - outras características do doador/órgão:

a) tempo de isquemia fria - a equipe informará o tempo máximo (em horas) de isquemia fria aceitável para seu receptor no momento do oferecimento do enxerto, cujo intervalo admitido será de 0 a 12 horas;

b) órgão para bipartição (Split-Liver) - a equipe informará se aceita ou não órgão bipartido;

c) órgão proveniente de doador PAF (polineuropatia amiloidótica familiar) - a equipe informará se aceita ou não órgão bipartido.

Os potenciais receptores permanecerão com as informações complementares abaixo descritas, até que haja manifestação por parte da equipe responsável para alterá-las:

I - idade máxima - 50 anos;

II - peso mínimo e máximo - 0 a 100 kg;

III - usuário de droga injetável - não;

IV - usuário de droga inalatória - não;

V - sódio sérico - 150 mEq/L;

VI - creatinina sérica - 1,5mg/dL;

VII - TGO e TGP - 60 U/L;

VIII - bilirrubina total - 1,5 mg/dL;

IX - exame sorológico positivo para:

a) Chagas: não aceita;

b) hepatite B (anti-HBc ou HbsAg) : não aceita;

c) hepatite C (anti-HCV) : não aceita;

X) - outras características do doador/órgão:

a) tempo de isquemia: 6 horas;

b) órgão para bipartir (Split Liver) - não aceita; e

c) órgão proveniente de doador PAF - não aceita.

No meu caso novamente, foi definido que aceitaríamos doadores com sorologias positivas para Chagas e hepatites, sem restrição de idade, diferença de peso de 20% a mais ou a menos (meu peso na época era 52 quilos, considerando líquidos extracelulares), não aceitaríamos usuários de drogas quaisquer, nem órgão bipartido, bem como aqueles provenientes de locais cujo deslocamento excederia tempo de isquemia de duas horas.

Tendo ingressado na fila, o paciente passa a aguardar por um órgão, o qual pode ser obtido de duas formas: proveniente de doador cadáver ou vivo. Segundo o

Art. 86 da portaria 2.600, é permitida a doação de parte do fígado de doador vivo juridicamente capaz, atendidos os preceitos legais quanto à doação intervivos, que tenha sido submetido à rigorosa investigação clínica, laboratorial e de imagem, e esteja em condições satisfatórias de saúde, de modo que a doação seja realizada dentro do limite de risco aceitável. Sempre que as doações envolverem doadores não aparentados deverão ser submetidas, previamente à autorização judicial, à aprovação da Comissão de Ética do estabelecimento de saúde transplantador e da CNCDO, assim como comunicadas ao Ministério Público. Quando a parte de fígado doada, por razões relacionadas ao receptor ao qual estava destinada, não for utilizada, deverá ser alocada no CTU, segundo os critérios MELD e de bipartição, desde que haja consentimento do doador e do receptor. O oferecimento dessa possibilidade ao doador vivo de fígado deverá ser feito no momento em que o transplante intervivos for proposto, a critério da equipe proponente, e, caso haja concordância do doador. Ao doador vivo de fígado que eventualmente venha a necessitar de transplante deste órgão, regularmente inscrito em lista de espera para fígado de doador falecido, será atribuída pontuação ajustada para fins de alocação do órgão doado, de maneira a ser priorizado em relação aos demais candidatos, recebendo na inscrição MELD ajustado de 29.

A doação oriunda de cadáver somente é cogitada após abertura do protocolo de morte encefálica (figura 1) e a mesma ter sido confirmada (figura 2), que é determinada por rígido protocolo de exames físicos, laboratoriais e de imagem, e não pode existir qualquer margem para dúvida quanto ao resultado, pois no momento que houver, é motivo para desconsiderar a mesma (Resolução CFM Nº 2.173. (2017)).

Pré-requisitos para abertura do Protocolo de ME

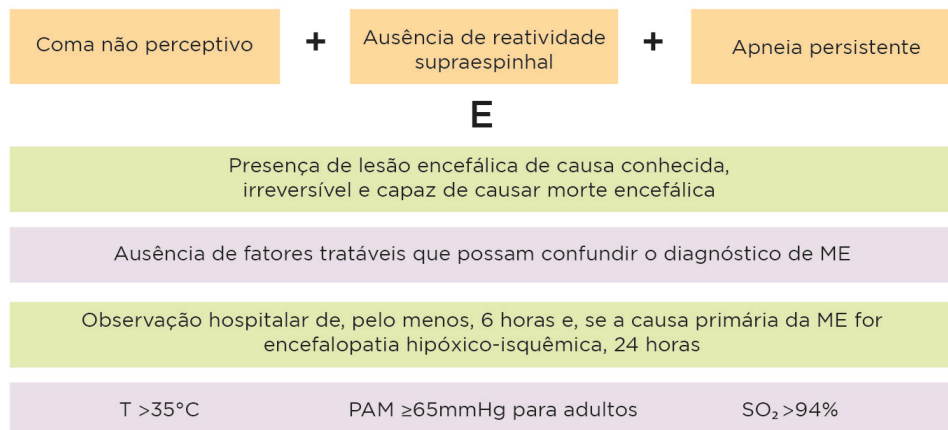


Figura 1: Fluxograma da abertura de protocolo de morte encefálica (Tannous, L. A., 2018)

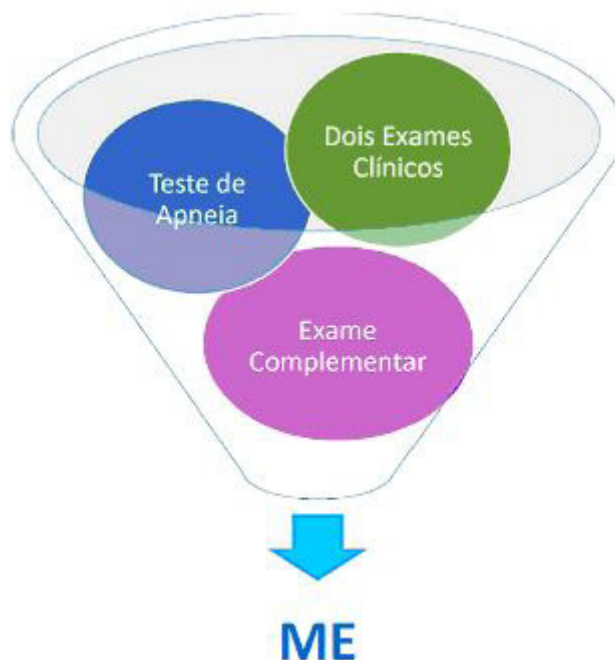


Figura 2: Diagrama da confirmação de morte encefálica (Tannous, L. A., 2018)

Esse processo dura em torno de 12 horas.

Após a família ter autorizado (figura 3) e o potencial doador haver declarado em vida que gostaria de doar, a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (Central de Transplantes) é notificada e repassa a informação para uma Organização de Procura de Órgão (OPO) da região. A OPO se dirige ao hospital e examina o doador, revendo a história clínica, os antecedentes médicos e os exames laboratoriais. A viabilidade dos órgãos é avaliada, bem como a sorologia para afastar doenças infecciosas e a compatibilidade com prováveis receptores. A OPO informa

a Central de Transplantes, que emite uma lista de receptores inscritos, compatíveis com o doador. A central, então, informa a equipe de transplante e o paciente receptor nomeado. Cabe à equipe médica decidir sobre a utilização ou não do órgão (Agência Senado., 2005)

Os órgãos são retirados simultaneamente em uma cirurgia que demora de duas a três horas. Então, finalmente o corpo é entregue à família, no entanto se for morte violenta, obrigatoriamente, tem que ir para o Instituto Médico Legal (IML). O processo todo leva em média 36 horas. (Figura 4)



Figura 3: Familiares que podem autorizar a doação de órgãos (Tannous, L. A.,; 2018)

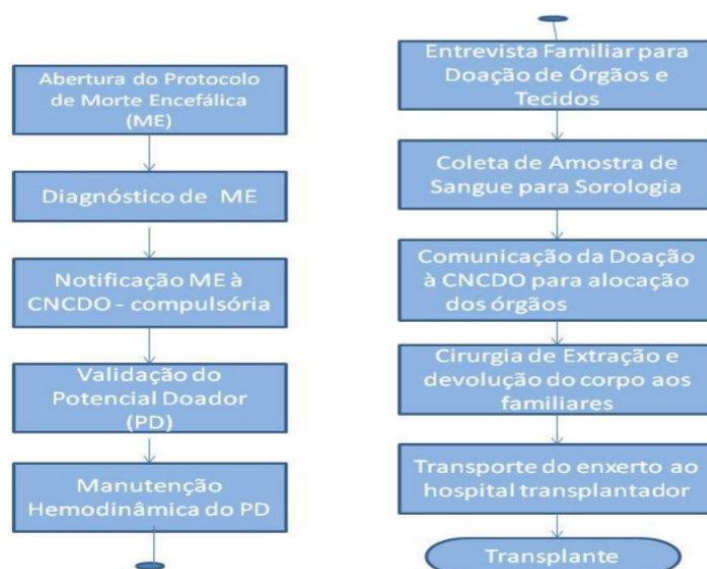


Figura 4: Passo a passo da doação de órgãos (Mattos, S. M., 2020).

A escolha do receptor, além do critério de gravidade (MELD), leva também em consideração a compatibilidade anatômica (peso e altura) e sanguínea (ABO), caso haja empate entre mais de um receptor, o tempo de permanência na fila é analisado, privilegiando aquele que ingressou a mais tempo. Devido a estas particularidades, o tempo de permanência é variável e difícil de estimar uma média, pois tipos sanguíneos mais incomuns podem ter mais dificuldade para encontrar doadores compatíveis apesar da gravidade determinada pelo MELD, por exemplo.

No Rio Grande Sul, no ano de 2021, ano do meu transplante, portanto o ano analisado neste trabalho (Fev Mar, J., 2021), foram 673 notificações de morte encefálica, sendo 44 no mês de dezembro (minha cirurgia ocorreu no dia 23 de dezembro de 2021, por isso esse foi o mês escolhido para ser detalhado mais profundamente), com 12 doadores efetivos, desses 11 tiveram seus fígados doados, e 9 foram realmente aproveitados, todos oriundos do RS, sendo apenas um proveniente de doador vivo. A lista de espera por esse órgão somente no mês de dezembro era de 147 pacientes. Durante o ano de 2021, 129 fígados foram transplantados no RS como cirurgia única e 5 transplantes combinados de fígado-rim. As maiores causas da não-efetivação de uma doação são contraindicações médicas (209 no ano), negativa familiar (162) e morte encefálica não confirmada (98), tendo sido esta a causa mais preponderante em dezembro (13).

É importante citar os principais motivos pelos quais os órgãos são rejeitados: COVID-19 confirmado (62 no ano) e neoplasias (47), porém em dezembro houve duas neoplasias e duas suspeitas de COVID-19.

Os motivos que levam as famílias a negarem a doação também devem ser citados, sendo a não-declaração em vida do desejo de doar o primeiro fator (78 no ano e destes 4 foram em dezembro) e algum familiar próximo contrário (26 no ano e destes dois foram em dezembro). O gráfico da Secretaria de Saúde do RS com dados sobre transplantes ainda mostra outros motivos majoritariamente alegados: Religião, integridade do corpo, demora na entrega do corpo, não entendimento do conceito de morte encefálica pelos familiares, desconhecimento prévio do desejo do doador (Figura 5). Na tentativa de diminuir essas negativas, campanhas de esclarecimentos são organizadas, como por exemplo o programa “Doar é Legal” promovido pelo Poder Judiciário do RS, que emite “certidões” àqueles que desejam ser doadores e o Dia Nacional da Doação de Órgãos e Tecidos, 27 de setembro, dia

dos santos católicos São Cosme e Damião, irmãos gêmeos que eram médicos e de acordo com a história transplantaram a perna de um etíope negro morto, no diácono Justiniano, enquanto ele dormia. (Figura 6)

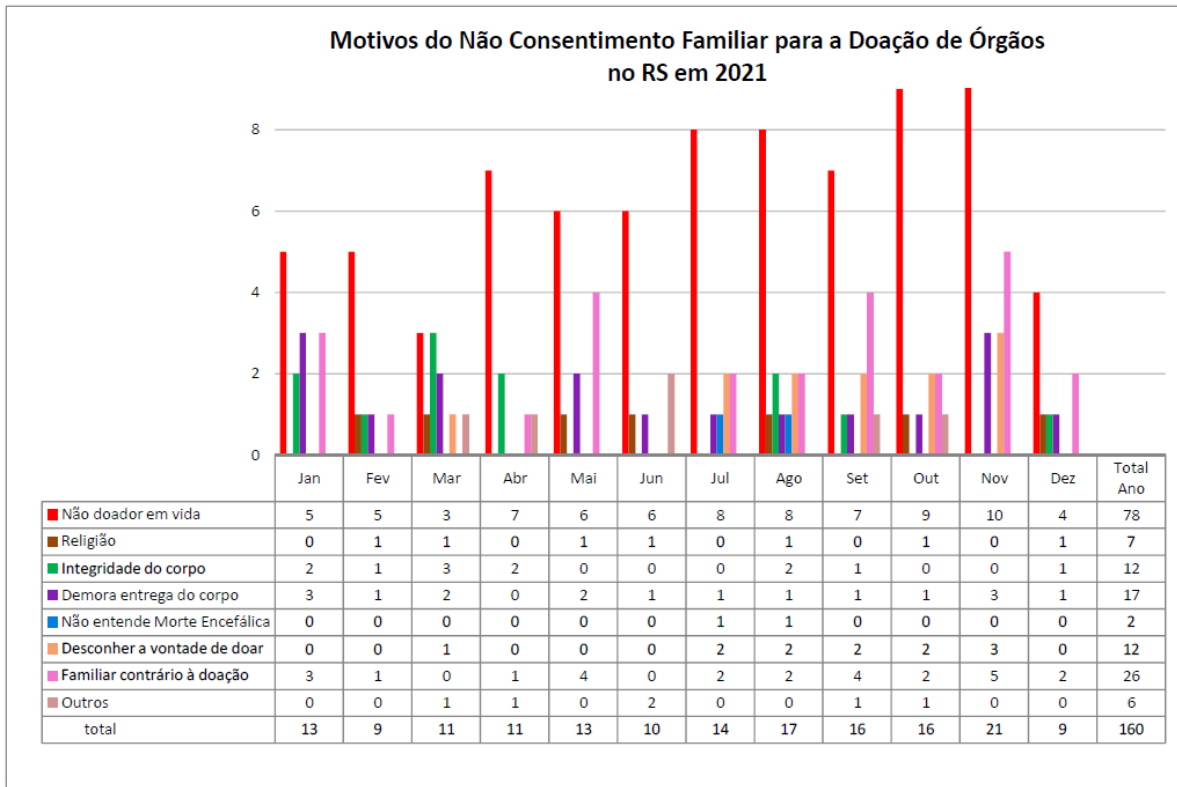


Figura 5: Causas de recusa de doação pela família (Fev Mar, J., 2021.)



Figura 6: A cura de Justiniano por São Cosme e São Damião (Fra Angelico, 1438)

Após todo esse processo, quando é estabelecida a compatibilidade entre um órgão e um receptor a equipe médica responsável entra em contato com o paciente e ele deve dirigir-se o mais breve possível ao hospital para dar início aos exames pré-operatórios, por isso é extremamente importante manter-se o mais próximo possível da unidade transplantadora e ter consigo telefones funcionais. No meu caso o tempo de deslocamento não podia exceder duas horas, e ele varia conforme cada caso, portanto sempre deve-se avisar a equipe se houver necessidade de afastar-se distâncias maiores. Os exames abrangem, por exemplo, exclusão de infecções ativas, como COVID-19, que inviabiliza a cirurgia, e também tipagem sanguínea, para as prováveis transfusões de sangue que ocorrerão durante o procedimento, entre outros.

Concluídos os exames tanto no paciente, quanto no órgão, e nenhum impedimento tendo sido encontrado, a tão esperada cirurgia poderá ocorrer e dar início a uma nova vida a quem tanto precisa.

A lei dos transplantes assegura total confidencialidade dos dados pessoais, tanto do doador, quanto do receptor, portanto a família que doa, desconhece quem recebe, e vice-versa. Poucos dados são divulgados espontaneamente. Essa medida visa proteger os envolvidos de possíveis golpes que envolvam chantagens, por exemplo. Cabe ao interesse de cada um dos envolvidos investigar por conta própria maiores informações. No meu caso, poucos dados sei, inclusive desconheço o nome do meu doador, mas isso não me impede de ser eternamente grata a ele e sua família pelo presente de vida que me foi dado.

Vida no pós-transplante

Nesta seção, passo a narrar os fatos em primeira pessoa para dar um sentido mais pessoal ao relato. Após realizada a cirurgia, iniciou-se a recuperação. Transcorrida a fase mais crítica dos primeiros meses, agora estou “aproveitando” a vida pós-transplante, a qual apesar de ter algumas restrições/cuidados é basicamente igual a todo mundo.

Dentre essas diferenças, é imprescindível ressaltar a imunossupressão, pois para que não haja rejeição ao órgão recebido, é necessário tomar medicações imunossupressoras para o resto da vida. Imediatamente após a cirurgia, a imunossupressão necessita ser mais intensa, principalmente em pacientes jovens,

que possuem um sistema imune mais ativo, como no meu caso. Recebi alta com 4+4 comprimidos de tacrolimo de 1mg, 3+3 de micofenolato de sódio de 360mg e 2 comprimidos de prednisona 20mg pela manhã prescritos. Com o passar do tempo, a dose foi diminuindo, hoje após nove meses da cirurgia, uso 2+2 comprimidos de tacrolimo somente e a tendência é diminuir ainda mais essa dose, posto que transcorrido o primeiro ano pós-transplante as chances de rejeição diminuem. O horário desses medicamentos é uma das poucas alterações que possuo na rotina, posto que eles precisam que seja obedecida uma hora de jejum antes de ingerí-los e permanecer uma hora após para que a absorção do tacrolimo não seja prejudicada, pois ele pode interagir com o alimento, diminuindo assim sua eficácia ((Oswaldo Cruz, F. 2022). A posologia prescrita é às 09:00 horas da manhã e às 21:00 horas da noite.

Ainda falando sobre medicamentos, antiinflamatórios não-esteroidais (AINES) são terminantemente proibidos pelo seu efeito hepatotóxico. Apesar de não possuir hepatopatia ativa, sou considerada “hepatopata”, pois o fígado transplantado é mais suscetível aos efeitos hepatotóxicos. Essa condição justifica a proibição incontestável ao consumo de álcool. Não existem “doses seguras” para seu uso, bem como aos AINES, mesmo pequenas doses, quando frequentes podem desencadear o processo de fibrose hepática, aumentando chances de um novo transplante por falência do novo órgão. Sem relação direta com o transplante mas sim à patologia de base que desencadeou todo esse quadro, a trombofilia - mutação JAK2 V617F, é necessária também a manutenção da anticoagulação plena, no meu caso feita com Xarelto® 20mg 1 comprimido por dia à noite. Essa condição será “para a vida toda”, pois o risco de novo evento trombótico permanece.

Necessito seguir rígidas orientações também para a coleta de sangue para os exames de rotina que avaliam o nível sérico do imunossupressor, ela deve ser feita obrigatoriamente antes da primeira dose da manhã, para medir a dosagem mais baixa possível no sangue, quando já transcorreu quase que a totalidade da meia-vida dele.

A imunossupressão torna perigosas as aglomerações de pessoas, às quais devo evitar, caso isso não seja possível, é necessário o uso de máscara N95, a mesma que preciso usar no trabalho, posto que atuo no atendimento direto a pacientes, adotando cuidados redobrados quando apresentam sintomas infecciosos,

como queixas respiratórias, por exemplo (Transplante de Fígado Programa do Transplante Hepático Adulto. , 2020).

As sequelas, independente de relacionadas aos medicamentos ou ao procedimento, também fazem parte da minha vida. Dentre elas, posso mencionar o zumbido pela ototoxicidade do tacrolimo. Além disso, convivo com cansaço, hoje bem menor que antes, causado pela perda de tônus muscular, pela anemia multifatorial que desenvolvi (efeito hematopoiético do micofenolato sódico (micofenolato de sódio Accord Farmacêutica Ltda. , 2017), perda sanguínea durante o período de adoecimento e pela própria doença crônica). A queda de cabelos, eflúvio telógeno, também me acompanha, com etiologia multifatorial (efeito colateral do tacrolimo, anemia, deficiência de vitamina D e estresse da cirurgia). A tendência delas é que conforme meu corpo for se adaptando ao medicamento e a dose for diminuindo elas devem melhorar. A anemia, de acordo com os últimos exames, de setembro de 2022, já está resolvida.

A alimentação é um fator que deve ser visto com cautela, pois o órgão recebido tem sua vesícula biliar retirada antes de ser realocado, para diminuir chances de no futuro ser necessária uma colecistectomia. Sendo assim, plenitude pós-prandial é frequente, sendo necessário o uso de estimuladores da motilidade intestinal, como domperidona, por exemplo, para alívio dos sintomas. Alimentos crus também devem ser evitados, devido a chance aumentada de gastroenterite relacionada ao seu preparo e armazenamento. Prazo de validade é um item a ser sempre analisado com atenção. Como sou gaúcha, o chimarrão faz parte da rotina, mas com um porém, cuia de porongo deve ser evitada pela chance aumentada de desenvolver fungos devido à umidade que permanece, sendo necessário então o uso de cuia de louça ou porcelana (pes102_nutrição_pos_transplantes_site., 2022).

A cicatriz da cirurgia (figura 7) ocupa todo meu abdômen superior e acarretou perda de sensibilidade no quadrante inferior direito (da Fonseca-Neto, O. C. L., 2018). Mais três cicatrizes permaneceram: sondas em flanco esquerdo e direito e dreno pulmonar à direita. O acesso central na veia jugular esquerda e o *Swan Ganz* à direita não deixaram marcas no pescoço.

Totalizei 37 pontos cirúrgicos, retirados doze dias após o procedimento.

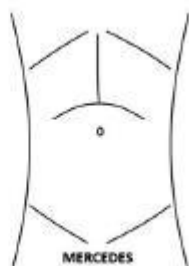


Figura 7: Incisão de Mercedes. (da Fonseca-Neto, O. C. L., 2018)

Até o momento, somente relatei as repercussões físicas da cirurgia, porém os aspectos psicológicos são igualmente importantes. A vida, para mim, passou a ser encarada como um presente, uma nova chance que deve ser aproveitada, com novas prioridades, na qual não devemos postergar a realização de sonhos. Pequenas ações, antes vistas como banais, como um simples banho sem cansar ou necessitar de ajuda, ou terminar uma frase sem tossir, tornam-se motivos de vitória que devem ser celebrados. Para isso, as redes sociais, Facebook®, Instagram® e Whatsapp®, ocuparam um papel muito importante, pois ampliam o contato com pessoas que passaram por situações semelhantes, tornam mais acessíveis as trocas de informações, fazendo com que a dúvida do “isso é normal ou preciso me preocupar” seja sanada mais facilmente. Relatos de êxito servem de estímulo para entender que passada a fase crítica inicial, depois a tendência é de normalidade.

Planos finalmente estão sendo feitos e concretizados, o que antes era praticamente impossível de acontecer, posto que o dia seguinte era sempre incerto. É importante explicar que essa incerteza despertava em mim e na minha família, antes da cirurgia, e que podem ser ilustrados por meio da música Epitáfio, cantada pela banda brasileira Titãs (figura 8).

Epitáfio

Devia ter amado mais
Ter chorado mais
Ter visto o sol nascer
Devia ter arriscado mais
E até errado mais
Ter feito o que eu queria fazer
Queria ter aceitado
As pessoas como elas são
Cada um sabe a alegria
E a dor que traz no coração
O acaso vai me proteger
Enquanto eu andar distraído
O acaso vai me proteger
Enquanto eu andar
Devia ter complicado menos
Trabalhado menos
Ter visto o sol se pôr
Devia ter me importado menos

Com problemas pequenos
Ter morrido de amor
Queria ter aceitado
A vida como ela é
A cada um cabe alegrias
E a tristeza que vier
O acaso vai me proteger
Enquanto eu andar distraído
O acaso vai me proteger
Enquanto eu andar
O acaso vai me proteger
Enquanto eu andar distraído
O acaso vai me proteger
Enquanto eu andar
Devia ter complicado menos
Trabalhado menos
Ter visto o sol se pôr

Figura 8: Epitáfio (Affonso, S., 2001)

Questionamentos eram frequentes, arrependimentos por oportunidades perdidas e medo pelo que deixaria de ser vivido caso a morte “fosse vencedora”. Pensamento evitativo era sempre presente, manter a mente ocupada também funcionava, para isso televisão ligada, redes sociais, conversas online, jogos, brincar com minha gata e até uma reforma no apartamento foi iniciada como método de distração na pior fase da doença. O apego à fé e espiritualidade foi um pilar na sustentação psicológica da minha família e amigos principalmente (Levin, J. (2009). A rede de apoio formada de incentivo e torcida pela melhora nos trouxe a certeza de que não estávamos sozinhos. A oração dedicada a nós pelos outros servia como alento e consolo, além de proporcionar aos que rezavam, a ideia de que também estavam ajudando.

Outro sentimento frequente, principalmente em mim, era de que eu necessitava aparentar estar bem para não preocupar desnecessariamente aqueles que já estavam assustados com o que ocorria. Esse pensamento me causava uma frustração quando não conseguia e acabava demonstrando o que realmente sentia. Foi algo que trabalhei durante todo o período do adoecimento em terapia.

A resiliência foi um sentimento que permeou todo esse período, desde a primeira trombose, em 2016, até agora. Minha família se fez presente ativamente e seu apoio ajudou certamente para o desfecho positivo obtido.

Hoje, no pós-transplante, a música que pode ilustrar/explicar melhor o que relatei é Trem-Bala, cantada por Ana Vilela (figura 9):

Trem-Bala

Não é sobre ter todas as pessoas do mundo
pra si
É sobre saber que em algum lugar alguém
zela por ti
É sobre cantar e poder escutar mais do que a
própria voz
É sobre dançar na chuva de vida que cai
sobre nós
É saber se sentir infinito num universo tão
vasto e bonito
É saber sonhar
E então fazer valer a pena
Cada verso daquele poema sobre acreditar
Não é sobre chegar no topo do mundo, saber
que venceu
É sobre escalar e sentir que o caminho te
fortaleceu
É sobre ser abrigo e também ter morada em
outros corações
E assim ter amigos contigo em todas as
situações
A gente não pode ter tudo

Qual seria a graça do mundo se fosse assim?
Por isso, eu prefiro sorrisos
E os presentes que a vida trouxe pra perto de
mim
Não é sobre tudo que o seu dinheiro é capaz
de comprar
E sim sobre cada momento, sorriso a se
compartilhar
Também não é sobre correr contra o tempo
pra ter sempre mais
Porque quando menos se espera a vida já
ficou pra trás
Segura teu filho no colo
Sorria e abraça seus pais enquanto estão aqui
Que a vida é trem-bala, parceiro
E a gente é só passageiro prestes a partir
Laiá, laiá, laiá, laiá, laiá
Laiá, laiá, laiá, laiá, laiá
Segura teu filho no colo
Sorria e abraça seus pais enquanto estão aqui
Que a vida é trem-bala, parceiro
E a gente é só passageiro prestes a partir

Figura 9: Trem-Bala (Vilela, A. 2017)

Relação médico paciente

Fazer esse relato e não mencionar a relação médico-paciente estabelecida é deixar de lado uma parte muito importante do processo todo, não só no meu caso, mas como para todos os pacientes. No meio médico sabe-se que quando ela está bem estabelecida entre os envolvidos, aumentam-se significativamente as chances de adesão aos tratamentos propostos, mesmo aqueles mais invasivos, pois uma relação de confiança é criada e o paciente sabe que seu médico está empenhado em conseguir o melhor resultado (Grassi, L., 2015).

O tipo de relação estabelecida entre mim e minha equipe médica foi contratualista (Goldim, J.R., 1999) com decisão compartilhada em todas as terapêuticas e condutas adotadas. Certamente por possuir conhecimentos médicos prévios, essa tática foi facilitada. Havia um alto envolvimento tanto dos profissionais que atuavam diretamente comigo, quanto do meu. O acesso à equipe era por meio das consultas rotineiras e também por mensagens *online* diretas ao médico responsável quando qualquer dúvida ou alteração no quadro era identificadas, as

quais eram prontamente respondidas e quando necessário, novos exames eram solicitados ou até uma nova internação hospitalar era indicada.

Sugestões de medicamentos eram propostas e muitas vezes alteradas pela intolerância aos efeitos colaterais, como aconteceu, por exemplo, quando foi necessário ajustar a dose do ACO na tentativa de diminuir os novos eventos trombóticos que poderiam ocorrer por causa da trombofilia e da hipertensão porta, porém as hemorragias gástricas que ocorriam por causa das varizes esofágicas decorrentes da hipertensão porta e também as epistaxes que conforme a evolução do quadro tornavam-se mais frequentes por causa da piora da hepatopatia. Vários medicamentos foram testados: Rivaroxabana em todas as suas dosagens nas apresentações de referência; Apixabana® 5mg e Dabigatrana® 150mg. Porém como o prurido era um dos sintomas mais incômodos apresentados, a hipertensão porta e a coagulopatia causados pela hepatopatia também poderiam ser potencializados pelos efeitos colaterais destes medicamentos, tornou ainda mais complicada a escolha terapêutica. Após várias tentativas, a que apresentou menores efeitos colaterais foi o Xarelto® 10mg sendo a escolha adotada até a cirurgia. Hoje estou estável usando Xarelto® 20mg 1 comprimido por dia, sem hemorragias, sem varizes esofágicas e sem prurido.

Poder participar dessas decisões deu-me a sensação de estar fazendo algo ativo no processo de cura, além de “somente” esperar, tomar os remédios, fazer os exames e ir às consultas. Eu “fazia parte da equipe”, era ouvida e respeitada como médica e paciente. Pelo menos de alguma forma eu estava atuando profissionalmente em meu próprio benefício, mas com condutas confirmadas por um profissional com conhecimento de causa muito maior do que o meu.

Conclusão

Escrever esse trabalho representou uma catarse para mim, o encerramento de uma série de eventos iniciados em 2016, quando ocorreu o primeiro SBC, após em 2019 houve a segunda trombose, na sequência, o COVID-19, múltiplas internações hospitalares e o ingresso na fila do transplante. Quando ocorreu a cirurgia, houve uma guinada nos eventos que passaram a ser favoráveis, ainda que nesse ínterim, tenha acontecido mais uma internação pela positividade do citomegalovírus, quando permaneci no hospital por cinco semanas para tratá-lo,

após retornei ao trabalho, depois à residência e por fim, estou concluindo-a, porém ao invés de ter sido no final de fevereiro de 2021, está sendo em outubro de 2022, ou seja, com um ano e meio de atraso.

Espero que com esse relato, onde descrevi minha experiência de doença, o andamento da fila de transplante e como está minha vida atualmente, tenha conseguido incentivar a doação de órgãos, ajudando no entendimento da real importância que esse gesto tem para tantas pessoas, que se encontram em situação de morte iminente e podem renascer. Ao comentar sobre a relação médico-paciente, desejei fazer com que meus colegas médicos nunca esqueçam de como isso faz muita diferença no desfecho de um tratamento.

Eu, como médica que virou paciente, mas que nunca deixou de ser médica, percebo a diferença no meu entendimento, na minha empatia, ao cuidar de quem está em sofrimento. Talvez por eu já ter sentido muita dor, ou por ter tomado tantos remédios e conhecer seus efeitos colaterais, ter tido um quadro muito grave, ter sofrido uma cirurgia muito grande ou ter internado na CTI, e claro, sem deixar de lado o medo “da morte” que rondava, eu consiga, nessa etapa da minha profissão, ter uma percepção que somente teria com muitos anos de atendimentos. Por isso, também espero que com esse trabalho, incentivar aos colegas que nunca se esqueçam de se “colocar no lugar do outro”, entender “a dor que se esconde por detrás de um sorriso” e assim com mais efetividade conseguir ajudar aqueles que precisam.

Agradecimentos

Inicio meus agradecimentos mencionando aquele cujo nome desconheço, mas a quem carinhosamente chamo em meus pensamentos de “Seu João”. Sem o senhor, sem seu gesto, e a aquiescência de sua família, hoje provavelmente eu não estaria aqui redigindo este trabalho e dando continuidade à realização dos meus sonhos. Pretendo honrar sua memória e viver da melhor forma possível, ajudando tantas pessoas quantas consiga.

Minha família, vocês são meu apoio, minha fonte de força para enfrentar todas as adversidades ocorridas, meu porto seguro. Sem vocês eu também não estaria aqui. Muito obrigada.

Meu namorado, entraste na minha vida durante o “pós-transplante imediato” demonstrando ser um incentivador com teu carinho, ajudando-me a não desanimar e me deixar abater pelo medo. Terás a minha gratidão a ti para sempre.

Minha equipe médica, nas figuras do Prof. Dr. Alexandre de Araújo, que me acompanha desde o primeiro SBC, me “tirando do buraco muitas vezes”, e do Dr. Jerônimo de Conto, que me acompanha desde o transplante, ambos hepatologistas, os cirurgiões que me operaram e os demais profissionais que trabalharam arduamente para que meu tratamento obtivesse o êxito alcançado, muito obrigada. A dedicação de vocês aos pacientes e à profissão é impressionante.

Aos meus colegas, amigos e professores da UBS Santa Cecília, de Porto Alegre - RS, vocês me ajudaram a me manter sempre com um objetivo vivo, fazendo planos, mesmo que em determinados momentos da doença eles parecessem somente “planos”, agora eles estão se tornando realidade. Muito obrigada pelo suporte e pelo acolhimento. Prometo voltar para visitá-los sempre.

Aos doadores de sangue que se dispuseram a ir ao Banco de Sangue, em resposta a um apelo feito para que a cirurgia pudesse ocorrer e assim repor o estoque que porventura poderia ser gasto, não deixando assim o hospital desguarnecido, vocês foram incríveis. Os corações de todos vocês são “do tamanho do mundo”. Muitas pessoas foram beneficiadas pelo lindo gesto de vocês.

Por fim, mas não menos importante, aos amigos. A rede de apoio formada em torno de mim e minha família nos deu o suporte que precisávamos para enfrentar as batalhas passadas.

Bibliografia

Affonso, S., Silver, E., Música “Epitáfio”. *Artista*: Titãs; *Álbum*: A Melhor Banda de Todos os Tempos da Última Semana; 2001 Disponível em: [Epitáfio - Titãs - LETRAS.MUS.BR](#). Acessado em 09 out. 2022

Agência Senado. Como funciona o sistema de captação de órgãos, 2005. Disponível em: [Como funciona o sistema de captação de órgãos — Senado Notícias](#). Acessado em 09 out. 2022

Brasil, Presidência da República, Casa Civil; Lei nº 9.434 Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento e dá outras providências. Disponível em: [Base Legislação da Presidência da República - Lei nº 9.434 de 04 de fevereiro de 1997](#). Acessado em 04 out. 2022.

da Fonseca-Neto, O. C. L., Amorim, A. G., Rabelo, P., Lima, H. C. da S., Melo, P. S. de V., & Lacerda, C. M. (2018). Upper midline incision in recipients of deceased-donors liver transplantation. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 31(3). Disponível em: [SciELO - Brasil - UPPER MIDLINE INCISION IN RECIPIENTS OF DECEASED-DONORS LIVER TRANSPLANTATION UPPER MIDLINE INCISION IN RECIPIENTS OF DECEASED-DONORS LIVER TRANSPLANTATION](https://doi.org/10.1590/0004-2803-abcd-2018-0003) . Acessado em 04 out. 2022

D'Ardes, D., Boccataonda, A., Cocco, G., Fabiani, S., Rossi, I., Bucci, M., Guagnano, M. T., Schiavone, C., & Cipollone, F. (2022). Impaired coagulation, liver dysfunction and COVID-19: Discovering an intriguing relationship. In *World Journal of Gastroenterology* (Vol. 28, Issue 11, pp. 1102–1112). Baishideng Publishing Group Inc. Disponível em: <https://doi.org/10.3748/wjg.v28.i11.1102> . Acessado em 04 out. 2022

Fev Mar, J., Mai, A., & Jul, J. (n.d.). *Notificações de Morte Encefálica e Doadores Efetivos no RS em 2021 Percentual de Efetivação das Notificações de Morte Encefálica no RS em 2021*. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202201/28152816-graficos-2021.pdf>. Acessado em 04 out. 2022

Fra Angelico, "A cura de Justiniano por São Cosme e São Damião" - têmpera - 37 x 45 cm - 1438 - (Museo di San Marco (Florence, Italy)). Disponível em: [Museu De Reproduções De Arte | a cura de justiniano por são cosme e são damião. 1438 por Fra Angelico \(1395-1455, Italy\) | WahooArt.com](https://www.wahooart.com/arte/1395-1455-italy) . Acessado em 09 out. 2022

Goel, R. M., Johnston, E. L., Patel, K. v, & Wong, T. (n.d.). *Budd-Chiari syndrome: investigation, treatment and outcomes*. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133402>. Acessado em 04 out. 2022

Goldim, J.R., Fransciconi, C. F.; Modelos de relação médico paciente. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/bioetica/relacao.htm>. Acessado em 04 out. 2022

Grassi, L., Caruso, R., & Costantini, A. (2015). Communication with patients suffering from serious physical illness. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 34, 10–23. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000369050>. Acessado em 04 out. 2022

Kim, J. K., Jeon, J. S., Kim, J. W., & Kim, G. Y. (2016). Correlation Between Abnormal Platelet Count and Respiratory Viral Infection in Patients From Cheonan, Korea. *Journal of Clinical Laboratory Analysis*, 30(3), 185–189. Disponível em: [Correlation Between Abnormal Platelet Count and Respiratory Viral Infection in Patients From Cheonan, Korea - Kim - 2016](https://doi.org/10.1002/jcla.22166) . Acessado em 04 out. 2022

Levin, J. (2009). How Faith Heals: A Theoretical Model. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 5(2), 77–96. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2008.12.003> . Acessado em 04 out. 2022

Mattos, S. M., *Tecnologia e Inovação: Experiências, Desafios e Perspectivas*. (2020). Atena Editora. <https://doi.org/10.22533/at.ed.674202705>. Acessado em 09 out. 2022

micofenolato de sódio Accord Farmacêutica Ltda. (2017). Disponível em: [micofenolato de sódio Accord Farmacêutica Ltda Comprimidos revestidos de liberação retardada \(gastroresistentes\) 360 mg](#) . Acessado em 04 out. 2022

Oswaldo Cruz, F. (n.d.). *Tacrolimo*. Disponível em: [Tacrolimo](#). Acessado em 04 out. 2022

pes102_nutrição_pos_transplantes_site. (n.d.). Disponível em: [Pós - Transplante - Orientações Nutricionais - Portal Hospital de Clínicas de Porto Alegre](#) . Acessado em 04 out. 2022

portaria2049. (n.d.). Disponível em: [PORTARIA Nº 2.049, DE 9 DE AGOSTO DE 2019 Altera a Portaria de Consolidação nº 4/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para atua](#) . Acessado em 04 out. 2022

Resolução CFM Nº 2.173. (2017). Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2173> . Acessado em 04 out. 2022

Smalberg, J. H., Arends, L. R., Valla, D. C., Kiladjian, J.-J., Janssen, H. L. A., & Leebeek, F. W. G. (2012). *Myeloproliferative neoplasms in Budd-Chiari syndrome and portal vein thrombosis: a meta-analysis*. Disponível em: [Myeloproliferative neoplasms in Budd-Chiari syndrome and portal vein thrombosis: a meta-analysis | Blood | American Society of Hematology](#). Acessado em 04 out. 2022

Stewart, M.; Brown, JB.; McWilliam, CL.; Freeman TR.; Weston , WW. O primeiro componente: explorando a saúde, a doença e a experiência da doença in: Stewart, M.; Brown, JB.; Weston , WW; McWhinney, IR.; McWilliam, CL.; Freeman TR. (org) *Medicina centrada na pessoa : transformando o método clínico ; tradução: Anee Burmeister, Sandra Maria Mallmann da Rosa ; revisão técnica: José Mauro Ceratti Lopes . – 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2017.p 67-100* Disponível em: [Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico](#) . Acessado em 04 out. 2022.

Tannous, L. A., Yazbek, V. M. de C., Giugni, J. R., Garbossa, M. C. P., da Camara, B. M. D. (2018) Disponível em: [morte encefálica - e manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos](#) . Acessado em 04 out. 2022

Transplante de fígado Programa do Transplante Hepático Adulto. (2020). Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/area-do-paciente-apresentacao/area-do-paciente-sua-saude/educacao-em-saude?task=download.send&id=84&catid=2&m=0#:~:text=evite%20rem%C3%A9dios%20para%20resfriados%2C%20diarreia,m%C3%A9dico%20da%20equipe%20de%20transplante> . Acessado em 04 out. 2022

Valverde, K. D. (2006). Why me? Why not me? *Journal of Genetic Counseling*, 15(6), 461–463. <https://doi.org/10.1007/s10897-006-9055-2> . Acessado em 04 out. 2022

Vilela, A.; Música: Trem-Bala. *Artista: Ana Vilela*; 2017. Disponível em: [Trem-Bala - Ana Vilela - LETRAS.MUS.BR](#). Acessado em: 09 out. 2022