



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FERNANDA LEMOS VIEIRA

**PRODUÇÃO DE SENTIDOS PÓS-TRANSPLANTE CARDÍACO: ARTICULAÇÕES,
FLUXOS E INTENSIDADES**

MACEIÓ

2022

FERNANDA LEMOS VIEIRA

**PRODUÇÃO DE SENTIDOS PÓS-TRANSPLANTE CARDÍACO: ARTICULAÇÕES,
FLUXOS E INTENSIDADES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, sob a orientação do Prof.º Dr. Jefferson de Sousa Bernardes.

MACEIÓ

2022

Catlogação na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

V658p Vieira, Fernanda Lemos.
Produção de sentidos pós-transplante cardíaco: articulações, fluxos e intensidades / Fernanda Lemos Vieira. – 2022.
79 f. : il. color.

Orientador: Jefferson de Sousa Bernardes.
Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 70-79.

1. Construção de sentido. 2. Vivência. 3. Transplante cardíaco. 4. Construcionismo social. I. Título.

CDU: 159.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA - IP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGP

TERMO DE APROVAÇÃO

FERNANDA LEMOS VIEIRA

Título do Trabalho: “Produção de Sentidos Pós-Transplante Cardíaco: Articulações, Fluxos e Intensidades”.

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Alagoas, pela seguinte banca examinadora:

Orientador:

Prof. Dr. Jefferson de Souza Bernardes (PPGP/UFAL)

Examinadores:

Profa. Dra. Mary Jane Paris Spink (PUC/SP)

Profa. Dra. Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro (PPGP/UFAL)

Maceió-AL, 06 de outubro de 2022.

Dedicado às pessoas que vivenciam o processo
de transplante cardíaco, seus familiares,
bem como a todos os doadores de órgãos e tecidos.

AGRADECIMENTOS

Às pessoas transplantadas e às suas famílias, que fizeram questão de participar da pesquisa com suas histórias, permitindo, assim, que esse trabalho fosse construído, validando a importância de estudos sobre pós-transplante cardíaco.

Ao Professor Jefferson Bernardes, pelo acolhimento, partilha, contribuições e grandes ensinamentos ao longo desse percurso, com paciência e encorajamento. Para além, obrigada por ter acreditado em mim e em minha proposta de pesquisa.

À Professora Maria Auxiliadora (carinhosamente Xili) e à Professora Mary Jane P. Spink, por aceitarem o convite para participação na banca e pelas inúmeras contribuições que me ajudaram ao longo deste trabalho.

À Santa Casa de Misericórdia de Maceió, que aceitou meu projeto e, com ética e cuidado, compromete-se no fazer pesquisa.

À assistente social Ana Cláudia, pela gentileza em me colocar em contato com as pessoas transplantadas e pelo seu grandioso trabalho para ajudar transplantados cardíacos em Alagoas.

Ao jornalista Rosalvo Acioli que, carinhosamente, ao saber da pesquisa, presenteou-me com seu livro “Contribuições à História da Cardiologia em Alagoas” e por todas as mensagens trocadas semanalmente em incentivo à minha pesquisa.

A Fayruz, Felipe e Karol, pela troca e partilha de conhecimento e sentimentos que traçamos juntos durante o mestrado.

Aos professores da faculdade, que vibraram com minha aprovação e me incentivaram durante todo o processo, em especial à Laíse, Renata, Luciano e Bruno.

Ao Prosa e ao Prosinha (grupo de pesquisa), pelas trocas de experiência, pelos estudos e pelo prostrar de todas as sextas.

Aos amigos (as), que sempre me incentivaram e me escutaram quando necessário.

Ao Marcelo, meu parceiro de vida e meu amor, por não ter medido esforços para me ajudar e por estar sempre ao meu lado.

À minha mãe, irmãos e sobrinhos. Sem vocês eu não estaria onde estou hoje. Vocês são o motivo de toda a minha dedicação e esforço.

Dos dedos que digita o texto,
do “pulso que (ainda) pulsa”
da “mão que desenha o sol”,
do coração que bate, bate e pesa.

Autor desconhecido

RESUMO

Esta pesquisa objetiva compreender os sentidos produzidos por meio das vivências no transplante cardíaco (TC) por pessoas com doença cardiopata crônica e seus familiares. Para tanto, foram realizadas entrevistas on-line com usuários transplantados e seus familiares. O referencial teórico metodológico utilizado foi o construcionismo social, dando ênfase às práticas discursivas e à produção de sentidos em diálogo com o pensamento de Haraway. Os conjuntos de sentidos foram identificados por meio das articulações, fluxos e intensidades presentes nas conversas. Nas articulações, identificamos os vínculos estabelecidos durante todo o processo de TC. As articulações são diversas, entre usuários/as, familiares, profissionais da saúde, instituições, doadores/as, amigos/as, espiritualidade, trabalho e sociedade. Nos fluxos, caracterizamos os caminhos percorridos, permanências, continuidades, transformações e rupturas que ocorrem durante o processo de TC e que estão relacionados às políticas públicas, acesso a medicações, entre outros. As intensidades discorrem sobre as afetações produzidas no pré e pós-transplante. As intensidades falam da multiplicidade de sentimentos vivenciados. Assim, percebemos a importância da doação de órgãos, bem como a continuidade na assistência aos/as usuários/as no pós-TC e a participação destes/as na construção das políticas públicas, definindo o acompanhamento dos/as usuários/as de forma mais transparente e detalhada.

Palavras-chave: transplante cardíaco; construcionismo social; articulações; fluxos; intensidades.

ABSTRACT

This research aims at understanding the meanings produced from of the experiences of heart transplantation by people with chronic heart disease and their families. To this end, online interviews were conducted with transplant users and their families. The methodological and theoretical framework used was social constructionism, with an emphasis on discursive practices and the production of meanings in dialogue with Haraway's thinking. The sets of meanings were identified from the articulations, flows and intensities. In the articulations, we identify the bonds established throughout the heart transplant process. The articulations are diverse, among users, family members, health professionals, institutions, donors, friends, spirituality, work and society. In the flows, we characterize the paths taken, permanence, continuities, transformations and ruptures that occur during the heart transplant process and that are related to public policies, access to medication, among others. The intensities discuss the effects produced before and after heart transplantation. The intensities speak of the multiplicity of feelings experienced. We realize the importance of organ donation, as well as the continuity of assistance to users after heart transplantation and their participation in the construction of public policies, defining the follow-up to users in a more transparent and detailed way.

Keywords: heart transplantation; social constructionism; articulations; flows; intensities.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Matéria jornalística: Primeiro transplante cardíaco realizado no Brasil	12
Figura 2 – Técnica rara na qual uma pessoa pode viver com dois corações	12
Figura 3 – Homem que recebeu coração de porco	13
Figura 4 – Publicação: Transplantada do coração completa prova e triatlon em Maceió	14
Figura 5 – Processo de doação – transplante	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número de referências identificadas por Descritores na BVS	32
Tabela 2 – Eixos Temáticos.....	32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Repertórios linguísticos	48
---	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 CAMINHOS PERCORRIDOS PELA PSICOLOGIA E SAÚDE.....	19
3 ASPECTOS HISTÓRICOS DA CRIAÇÃO DO SUS	21
4 TRANSPLANTE CARDÍACO – UM POUCO DE HISTÓRIA E DEFINIÇÕES	25
4.1 Transplante Cardíaco em Alagoas.....	27
5 DIÁLOGO COM A LITERATURA: LEVANTAMENTO NAS BASES DE DADOS	31
5.1 Como identificamos referenciais para o diálogo entre transplantes cardíacos e psicologia	31
5.2 Para o início do nosso prosear: alguns caminhos já trilhados por outros.....	33
6 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	39
6.1 Diálogo entre construcionismo social e Haraway	39
6.2 Procedimentos para a produção de informação na pesquisa	40
6.3 Dimensões éticas e políticas na produção da informação	45
6.4 Produzindo informações	46
7 ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	48
7.1 Articulações – “uma andorinha só não faz verão!”	51
7.2 Fluxos – “eita meu Deus, mudou tudo na minha vida mainha, não foi não? Eu digo. Ah, mudou, que eu não fazia nada né? E hoje tô fazendo tudo”	60
7.3 Intensidades – “quantas lutarias vai ser né doutora, pra gente poder sobreviver?”	64
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS.....	70

1 INTRODUÇÃO

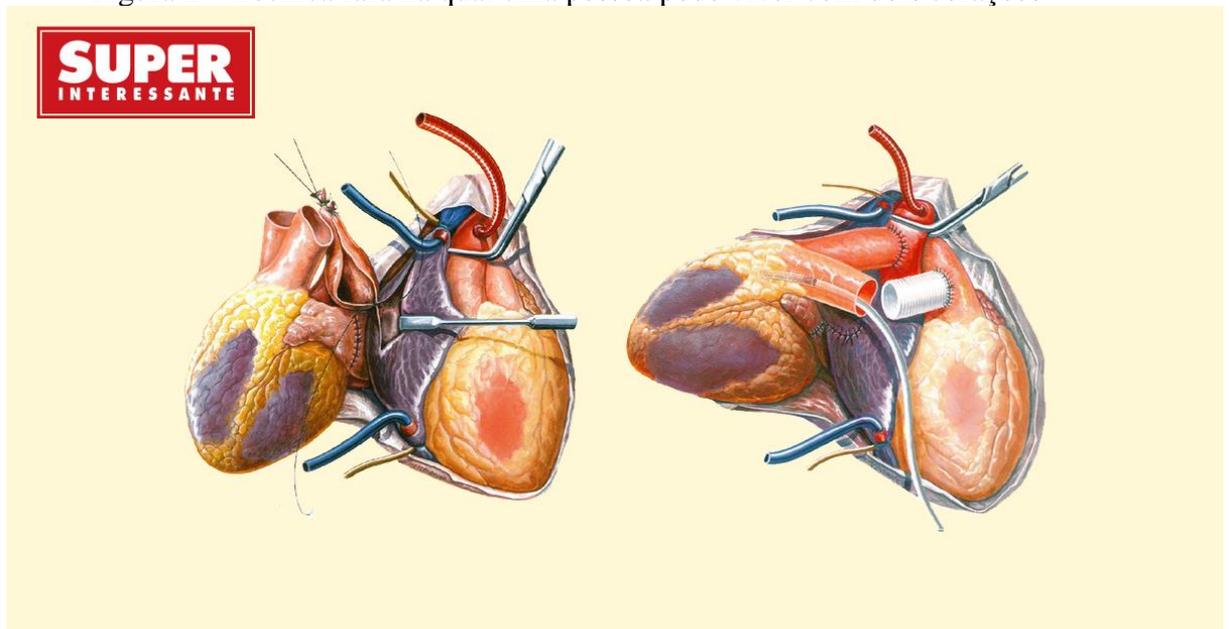
EXTRA, EXTRA, EXTRA... Homem troca coração! (Figuras 1 e 2).

Figura 1 – Matéria jornalística: Primeiro transplante cardíaco realizado no Brasil



Fonte: Melo (2017).

Figura 2 – Técnica rara na qual uma pessoa pode viver com dois corações



Fonte: Baranyi (2018).

CURTA, COMENTE, COMPARTILHE... Homem vive com coração de porco! Primeiro transplante de coração suíno pode revolucionar a medicina! Homem que recebeu transplante inédito de coração de porco deixou esperança para a ciência! (Figura 3).

Figura 3 – Homem que recebeu coração de porco



Fonte: UOL (2022).

Transplantada do coração completa prova de triátlon em Maceió! (Figura 4).

Figura 4 – Publicação: Transplantada do coração completa prova e triatlon em Maceió



Fonte: Globoplay (2022).

Esta é uma das mais importantes questões do nosso tempo: onde termina o humano e começa a máquina? (TADEU, 2009). Somos Ciborgues. Essa ideia, proposta pela autora, filósofa, bióloga e teórica feminista Haraway, ajuda-nos a pensar o TC na sua função restauradora, permitindo, assim, ao homem e à máquina, serem um só, em que se restauram funções, órgãos são substituídos e membros são perdidos. Com isso, Haraway nos ajudará, no decorrer do texto, a compreender as articulações, os fluxos e as intensidades que permeiam a vida de pessoas transplantadas.

Nessa perspectiva, corpo e artefato, externo e interno entrelaçam-se de tal maneira que não se sabe mais o que é fora e o que é dentro; a realidade não é enviesada por essa destruição das fronteiras. Ao contrário, como enfatiza Haraway, é o binarismo natureza e cultura que enviesa a análise da realidade. Sob essa ótica, é possível radicalizar esses pressupostos se levarmos em consideração que, no século XXI, há um fluxo cada vez maior de matérias *biológicas* sendo (re)manejados em laboratórios, ou ainda materiais inertes sendo acoplados no estado *biológico* para o aprimoramento humano. Assim, as transformações corporais possibilitadas pelo uso de fármacos, de hormônios, de intervenções cirúrgicas e de procedimentos médicos dos mais diversos evidenciam a brevidade do conceito de normalidade e de corpo natural (GAUDENZI, 2018).

No entanto, como estudar o pós-TC considerando essas ideias? Para Gaudenzi (2018), o que Haraway está nos dizendo é que a ideia de corpo normal, como corpo natural, é fruto da fantasia de quem os descreve. Assim, buscamos, em diálogo com Haraway, fugir do imaginário

do normal/natural, por intermédio da figura do ciborgue, enfatizando a possibilidade da existência de um novo lugar para o sujeito, que é múltiplo, caracterizado por intensidades. Para Haraway (2000), a figura do ciborgue não é apenas a representação de algo que é metade máquina e metade humano, mas é a tradução do entrelaçamento entre aquilo que o homem produz e entre o que a máquina produz dentro do humano. Levando esses aspectos em consideração, a autora nos ajuda a problematizar quem faz, quem é feito e quem passa a ser desfeito.

Nesse contexto, o interesse em investigar o pós-TC surgiu em minha trajetória acadêmica enquanto estagiária de psicologia no setor de cardiologia da Santa Casa de Misericórdia de Maceió. Frente a tal experiência, deparei-me muitas vezes questionando o que os pedidos, histórias, metáforas e sentimentos descritos pelas pessoas com doença cardiopata crônica ali internados e familiares falavam sobre suas trajetórias de vida, sobre seus processos de saúde/doença e sobre como seriam suas vidas após o procedimento cirúrgico, muitas vezes repetido uma, duas, três vezes. Tais questionamentos feitos por mim naqueles momentos, às vezes solitários, em alguns momentos compartilhados com a equipe, despertaram o desejo de pesquisar os sentidos produzidos pelos usuários transplantados e seus familiares sobre o transplante de coração.

Diante disto, busco responder, nesta pesquisa, que sentidos são produzidos no cotidiano de sujeitos após se submeterem ao-TC, em Maceió-AL? Quais efeitos o transplante produz na vida dessas pessoas?

Apesar de já ser realizado há mais de 30 anos, no Estado de Alagoas, não foram encontrados estudos locais que apresentassem o processo de TC nas bases de dados pesquisadas: BVS, SCIELO, CAPES. Por consequência, os efeitos produzidos no contexto sociocultural que se apresenta contribuem não só para as práticas sociais e profissionais relacionadas, mas também para na produção de conhecimento em saúde para formação continuada dos profissionais.

Em um panorama mundial, o primeiro TC concretizado ocorreu na África do Sul em 1967, com o médico Christian Barnard. A partir de então, o Brasil foi o pioneiro da América Latina na realização de procedimento cirúrgico idêntico, em 26 de maio de 1968. Foi a equipe do Prof. Dr. Euryclides de Jesus Zerbini, no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que deu início ao TC no Brasil (CHIMENTI *et al.*, 2007).

Em Alagoas, a cirurgia cardíaca consolidou-se dez anos após o início das atividades de cuidados a doentes do coração, sendo reconhecida nacionalmente. Em 1989, um jovem

alagoano realizou um TC após articulações com equipes de outros estados (ACIOLI, 2018). Desde então, procedimento tem evoluído e apresentado melhora na sobrevida e nas complicações de receptores de TC (FREITAS *et al.*, 2021).

Esse processo é complexo e o órgão envolvido- coração- tem significados e implicações emocionais que perpassam sua função anatômica (OLIVEIRA, 2008). Nesse prisma, pesquisadores/as concordam que as emoções compreendem componentes afetivos, cognitivos e comportamentais associados a componentes neurobiológicos (GALLO; MATTHEWS, 2003; KUBZANSKY; KAWACHI, 2000).

Os fatores de risco para as doenças do coração apontam para os determinantes biológicos, comportamentais, psicossociais e emocionais, concluindo que, os fatores orgânicos – como hipertensão, hipercolesterolemia, obesidade e diabetes – explicam apenas 40% das ocorrências de doenças cardíacas (KUBZANSKY; KAWACHI, 2000). Desse modo, é evidente que a combinação de fatores psicossociais aumenta significativamente o risco potencial de doenças cardíacas, além de atuar sinergicamente com fatores biológicos incrementando, ainda mais, a predisposição a eventos cardíacos (ROZANSKI; BLUMENTHAL; KAPLAN, 1999).

Dentre as doenças anteriormente citadas, a Insuficiência Cardíaca (IC) tem uma alta morbimortalidade, constituindo um problema de saúde pública na população adulta e, principalmente, geriátrica. No século XXI, o TC tem sido uma das alternativas cirúrgicas mais utilizadas no tratamento de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) grave e refratária ao tratamento clínico. Segundo estudos dedicados a esse assunto, no primeiro ano após o transplante de coração, a taxa de sobrevida é de 85%, e, ao final de três anos, é de 78% (MATOS *et al.*, 2011).

Levando em consideração os dados expostos e diante das articulações entre a psicologia e a cardiologia, podem-se apresentar perspectivas interessantes a respeito do corpo, abordando o ser humano em sua singularidade, na medida em que conflitos, sentimentos, dúvidas e receios emergem de suas experiências e o afetam de muitas maneiras (ZAHER, 2008). Logo, é interessante estudar os sentidos socialmente produzidos a partir do coração quando se fala sobre o adoecimento e o tratamento desse órgão, considerando tais repercussões nas formas de enfrentamento do processo saúde/doença para as pessoas.

Estas compreendem as doenças com base no mundo simbólico que as circundam. Em outras palavras, os sentidos produzidos à saúde e à doença revelam articulações com a dimensão social (FERREIRA, 1994; HELMAN, 1994; MINAYO, 2004). Segundo Spink e Gimenes (1994), tal conhecimento social, aquele conhecimento funcional, possibilita a

produção de sentidos para negociar o “estar-no-mundo”. Em vista disso, tal produção de sentido é sempre discursiva de pessoas em interação (SPINK; MEDRADO, 2013).

Por consequência, os sentidos socialmente produzidos devem ser respeitados no acompanhamento da pessoa doente, cardiopata crônica, pois, segundo Ruzyczka *et al.* (2011), é importante investigar e trabalhar os recursos pessoais, principalmente psicológicos, no usuário transplantado, visto a prevalência de depressão em usuários pós-TC, em que 27% dos/as receptores/as apresentaram transtornos depressivos. As avaliações psicológicas no período pós-transplante devem ser realizadas tendo em vista que o recebimento de um novo coração pode dar origem a um novo conjunto de estressores, desafios psicológicos e demandas adaptativas (RUZYCZKA *et al.*, 2011)

Em suma, as pessoas submetidas ao TC apresentam narrativas fantasiosas a respeito do órgão e ao estresse do processo pós-TC, geralmente pela aceitação do coração de um doador, que apenas lhe foi destinado em virtude de sua morte, por isso as transformações ocorridas levam o/a receptor/a a perceber a precariedade da existência humana, fazendo brotar a satisfação por nova chance de viver (KABA; THOMPSON; BURNARD, 2000; INSPECTOR; KUTZ; DANIEL, 2004; TRIFFAUX *et al.*, 2001).

Apesar dessa chance, a realização do TC não garante que o/a transplantado/a apresentará qualidade de vida pós-TC, visto que não é apenas a ausência de dor e limitações físicas que estão em jogo, mas também os efeitos produzidos, a partir desse processo, não só pelo sujeito, mas por todos aqueles que, direta ou indiretamente, estejam envolvidos/as. Assim, investigar a produção de sentidos produzidos a partir de tal procedimento de transplante possibilita também a criação de novas negociações e construções diante do processo saúde/doença desses sujeitos.

Haraway, em *Manifesto Ciborgue* (2000), faz-nos pensar no transplantado cardíaco como um ciborgue. Nesse sentido, eles vivenciam todas as transgressões de fronteiras, a potência das fusões e as perigosas possibilidades proporcionadas pelo transplante. Haraway (2000) compreende que o ciborgue é uma criatura de fronteira entre poderes, sendo figura de resistência política. Dessa forma, ajuda-nos a questionar o que vem junto com o transplante, bem como seus efeitos.

Essas informações justificam a importância de se compreender os sentidos produzidos por meio do TC. Segundo Spink e Medrado (2013), o sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, mediante o qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos que as levam a compreender e lidar com as situações e fenômenos a sua volta.

Sendo assim, esta dissertação é dividida em quatro capítulos, seguida de fundamentação teórico-metodológica, análise e considerações finais. O primeiro capítulo apresenta os caminhos percorridos pela psicologia e pela saúde no decorrer dos anos. O segundo capítulo aborda os aspectos históricos precedentes na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) desde a reforma sanitária, 8ª Conferência da Saúde e sua implantação efetivamente, trazendo suas diretrizes e princípios. Falar sobre a criação do SUS antecipa o capítulo três, sobre a história do TC, pois sem ele talvez não estaríamos contando tal história.

O capítulo três se divide entre a história do TC e a do TC em Alagoas, situando nosso estudo. Em seguida, o capítulo quatro faz uma revisão da literatura sobre os caminhos já percorridos por outros pesquisadores sobre os efeitos do procedimento na vida das pessoas já transplantadas.

Em seguida, descrevemos todo o caminho percorrido para a realização da presente pesquisa e os pressupostos teóricos que a sustentam, seguidos dos resultados e discussão produzidos e das considerações finais sobre o assunto.

2 CAMINHOS PERCORRIDOS PELA PSICOLOGIA E SAÚDE

Em 1973, foi criada uma força tarefa, sob indicação da Associação Americana de Psicologia (*American Psychological Association – APA*), sobre a atribuição da psicologia na saúde, resultando, em 1978, na criação da divisão de Psicologia da Saúde. Esse novo campo de atuação foi moldado por meio de diversas tendências advindas do século XX, como o aumento na expectativa média de vida; o alto custo de serviços de assistência à saúde; e à reformulação do tradicional modelo biomédico, desenvolvendo, assim, novo modelo em saúde, biopsicossocial, que considera que fatores biológicos, psicológicos e socioculturais atuam em conjunto na determinação da saúde e da vulnerabilidade à doença. Nessa perspectiva, a primeira publicação sobre o tema surgiu em 1982, estabelecendo quatro objetivos do campo: estudar a etiologia de determinadas doenças; promover saúde; prevenir e tratar doenças; e promover políticas públicas em saúde, tal como o aprimoramento do sistema de saúde pública (STRAUB, 2014).

A psicologia, inicialmente, entra para o rol das profissões ditas “da saúde” por meio da aplicação de um *know-how* técnico, derivado da experiência clínica, sem o questionamento dessa transposição de técnicas de uma para a outra. Ademais, foi com a experiência na prática e a ampliação do número de psicólogos(as) que foram construídas novas perspectivas adequadas à estruturação de uma psicologia da saúde, campo esse que, por situar as questões de saúde na interface entre o individual e o social, configura-se como uma área da Psicologia Social (SPINK, 2013).

Nesse contexto, a psicologia da saúde é considerada uma especialidade da psicologia que, por meio da aplicação de princípios e pesquisas psicológicas, favorece a melhoria na saúde, condução de tratamentos e prevenção de agravos, oportunizando ao indivíduo a busca pelo seu bem-estar, abrangendo, para tal, uma atividade que subentende uma ação conjunta que inclui a participação de profissionais diversos envolvidos na assistência à saúde, visando a uma integração da saúde mental, física e social da pessoa transplantada, considerando-se o sujeito inserido em um contexto social, sendo, portanto, um ser histórico, temporal e que é marcado por sinais de sua época e de sua sociedade, exigindo, dos profissionais, a interdisciplinaridade e a ampliação, não somente de seus conceitos teóricos, mas também da confiança em sua capacidade interventiva na realidade única e rica de especificidade na qual se apresenta (ANGERAMI, 2014; STRAUB, 2014).

Mesmo estando intimamente relacionada ao conceito de saúde, a psicologia, como disciplina, chega tardiamente à área da saúde, e sua emergência, como campo de saber, está

intimamente interligada, segundo Spink (2013), às transformações que vêm ocorrendo na inserção do psicólogo na saúde, tendo em vista que, até recentemente, o campo de atuação da psicologia se restringia a duas principais dimensões: atividades exercidas de forma autônoma e para um público específico nos consultórios e as atividades exercidas em hospitais e ambulatorios de saúde mental (SPINK, 2013). A psicologia da saúde surge, então, como um processo de reflexão crítica sobre os modelos que eram exercidos pelos psicólogos à época, muitas vezes subordinados ao modelo médico e restrito a uma camada muito pequena da sociedade.

Para Castro e Bornholdt (2004), a psicologia da saúde compreende como condições sociais, fatores biológicos, comportamentais e traços da personalidade influenciam nos processos de saúde e nas doenças, visando a modificar ou prevenir agravos, estando inserida em diversos contextos, desde hospitais e centros comunitários até em atendimentos domiciliares.

Conforme afirma Gorayeb (2010), na psicologia da saúde, em geral, compreende-se que a demanda relacionada à sua condição física e orgânica está relacionada a aspectos emocionais e/ou comportamentais que podem ser tanto consequências quanto causas dessa relação, exigindo, do/a psicólogo/a, conhecimentos múltiplos em saúde, sobre distintas áreas de conhecimento, como epidemiologia e fatores psicossociais, que consigam estabelecer boas relações interpessoais para uma assistência conjunta em saúde. Embora já consolidada internacionalmente, no Brasil, ainda está adquirindo seu espaço (CASTRO; BORNHOLDT, 2004).

A psicologia da saúde instituiu-se a partir dos três níveis básicos de atenção à saúde preconizados pelo SUS, implementado pela Constituição Federal Brasileira em 1988: a atenção primária contempla o atendimento visando ao manejo de condições básicas de saúde, tratando-se de uma porta de entrada ao sistema de saúde, sendo representada por Unidades Básicas de Saúde (UBS), por núcleos de apoio à saúde familiar, aos consultórios de rua, entre outros; a atenção secundária refere-se a uma assistência em nível de especialização, contemplando, geralmente, situações ambulatoriais. Por fim, a atenção terciária é realizada em hospitais e, em psicologia, convencionalmente, refere-se à Psicologia Hospitalar (GORAYEB, 2010).

3 ASPECTOS HISTÓRICOS DA CRIAÇÃO DO SUS

Entre 1500 e 1822, período conhecido como colonial, havia escassa assistência à população, em contrapartida ao aumento da propagação de doenças contagiosas advindas do processo de união microbiana entre povos. Por um lado, sem nenhuma forma eficaz de contenção epidemiológica até os primeiros anos de 1800, aqueles que podiam custear os problemas de saúde eram assistidos por meio dos conhecimentos empíricos de boticários, sangradores ou curandeiros (OLIVEIRA; SPADACIO, 2018). Por outro lado, para quem não podia custear, o cuidado à saúde era realizado por meio da caridade, médicos e instituições filantrópicas, como igrejas e Santas Casas de Misericórdia, que atendiam a população ainda que não dispusessem de muitos recursos para tal (CARVALHO, 2013).

Assim, motivados pelo forte impacto econômico consequente da alta mortalidade, os primeiros incrementos na área da saúde surgiram como tentativas de controle de contágio, orientadas por Dr. Manuel Vieira da Silva no controle dos portos, em 1800, sob influência da chegada da Família Real e na criação das primeiras Universidades Médico-Cirúrgicas na Bahia e no Rio de Janeiro, principais rotas portuárias brasileiras e, com isso, locais com maior foco de propagação de doenças, em 1808. Apesar dos esforços para conter os adoecimentos, o controle dos portos não erradicou a constante mortalidade que, anos depois, continuava impactando fortemente a economia brasileira (OLIVEIRA; SPADACIO, 2018).

Com perdas tanto em sua força de trabalho, como na exportação de mercadorias para outros países, o Estado se percebeu forçado a elaborar meios de organizar os serviços de saúde, ocasionando, em 1900, sob a presidência de Rodrigues Alves, no surgimento das primeiras ações em prevenção, orientadas por Oswaldo Cruz: o sanitarismo campanhista e a campanha de vacinação contra varíola. Seu sucessor, Carlos Chagas, em 1921, realizaria a educação sanitária, que aumentaria a aceitabilidade da população quanto às ações em saúde, com intuito de promovê-las (OLIVEIRA; SPADACIO, 2018). O cuidado em saúde pública era, portanto, sustentado por ações de caridade. As ações em saúde eram realizadas pelo Estado visando ao controle de epidemias, com ações de saneamento e vacinação (CARVALHO, 2013).

Todos os eventos citados favoreceram a compreensão da necessidade de que, para fornecer alguma assistência à saúde da população, era necessário evitar perdas econômicas. Considerando a urgência em evitar crises por redução de funcionários e, consequentemente, de produtos produzidos por eles, afetando, assim, o meio agrário-exportador, Elói Chaves propõe a lei – batizada com seu nome – que cria Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), em 1923, direcionadas aos ferroviários na oferta de assistência médica, medicamentos, além de

aposentadoria e pensão, surgindo, com isso, os primeiros delineamentos da previdência social, com acesso à assistência em saúde, atrelados ao direito previdenciário. Em 1933, as CAPS seriam incorporadas, por Getúlio Vargas, aos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), ampliando o acesso a outras classes trabalhadoras, com reformulações no regime de contribuição (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR 2006). E, posteriormente, os IAPs seriam incorporados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (CARVALHO, 2013). Esse condicionamento de acesso à saúde e ao registro de um exercício profissional prevaleceu até meados de 1980, tendo como contribuintes apenas aqueles que correspondessem ao perfil de determinados programas como sujeitos de direito à saúde (OLIVEIRA; SPADACIO, 2018).

Em 1963, na 3ª Conferência Nacional de Saúde, importantes discussões e diversos estudos basais, sobre a elaboração de um sistema de saúde, aprimoraram-se, a partir do levantamento de duas bandeiras da conferência: um sistema de saúde para todos os cidadãos e organização de modo descentralizado. Pouco tempo após, em 1964, a ditadura militar poria fim às propostas abordadas (CARVALHO, 2013).

Em meio a forte repressão do regime autoritário, entre 1960 e 1970, emergiram movimentos sociais em luta pela saúde e pela democracia. Em meados de 1970, surgiu, no Brasil, um agrupamento de mudanças no campo da saúde, voltados à viabilidade legal, pública e não clandestina dessa luta política. Dentre essas mudanças, a Reforma Sanitária emergiu norteada por ideais transformadores das práticas em saúde. Com ela, diversas entidades foram criadas visando a discutir mudanças sanitárias no Brasil, como o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), que contava com a participação de médicos e sanitaristas.

Vários foram os representantes dessa luta, como o sanitarista Sérgio Arouca, médicos e militantes, como David Capistrano Filho, Eleutério Gomes Neto, Maria Cecília Donnangelo, e muitos outros que ocuparam o cenário político na luta pela saúde (SOPHIA, 2012). Ocorrendo em pleno regime ditatorial, sob perspectiva superadora, a luta em defesa de um sistema público de saúde integral e universal contava, além dos movimentos populares, também com o envolvimento de universidades, prefeituras e partidos políticos progressistas enquanto grandes protagonistas (CARVALHO, 2013).

Após constante discussão entre técnicos e comunidade, acerca de uma nova proposta universal, surgiu aquela que seria denominada de Proposta de Reforma Sanitária e apropriada por Tancredo Neves enquanto proposta política voltada à saúde para a Nova República (CARVALHO, 2013).

Desse modo, a campanha em favor da Reforma Sanitária teve notório impacto na concepção de uma nova política de saúde, convocada pela Presidência da República. Por meio

de solicitação do Ministro da Saúde, surgiu, em Brasília, entre 17 e 21 de março de 1986, a 8ª Conferência da Saúde. Nela, reuniam-se diferentes setores visando à discussão de propostas para mudanças no setor da saúde (SOPHIA, 2012). A conferência contou com Sérgio Arouca como um de seus principais interlocutores que, eloquentemente, discursou a favor do direito à saúde pública que abarcasse a população (OLIVEIRA; SPADACIO, 2018).

Assim, os debates realizados na Conferência favoreceram mudanças fundamentadas na saúde como direito universal, descentralizada, com acesso igualitário, de ampla participação social. Além disso, as bases do SUS foram firmadas a partir dessa Conferência, que teve enorme envolvimento social, com quase 5 mil participantes, número que reflete não somente o tamanho do evento, mas também a urgência de se repensar a prática da saúde e das repercussões por ela geradas. Nela, os temas propostos foram: saúde como direito do cidadão e dever do Estado, financiamento setorial e reformulação do sistema nacional de saúde, sendo eles direcionamentos em defesa de uma Política Nacional de Saúde e da esquematização de um Sistema Nacional de Saúde de cunho democrático e unificado (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006; SOPHIA, 2012).

Dando seguimento a essa linha de defesa, em 1980, como resultado da crise da previdência deu-se origem às Ações Integradas de Saúde (AIS). Sete anos após elas foram aprimoradas junto ao sistema nomeado de Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que perdurou até 1991 (CARVALHO, 2013).

Somente em 1988, por meio da Constituição Federal e da criação do SUS, a saúde foi reconhecida como direito social, caracterizando-se como um arranjo organizacional que dá apoio à elaboração e à implementação de política nacional de saúde, regulamentada pela lei nº. 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como sobre a organização e funcionamento dos serviços de saúde; e pela lei nº. 8.142/90, que se refere à participação comunitária na gestão e transferência de recursos financeiros destinados à saúde (OLIVEIRA; SPADACIO, 2018).

Mesmo com a implementação do SUS pela Constituição Federal, em 1988, ocorreram lutas e impasses para que ele fosse ampliado em todo território brasileiro, impasses esses que envolviam desde interesses político-partidários, favorendo a continuação em sistemas locais de saúde, ainda que ocasionasse, com isso, falta de investimento federal, como fora o caso do município de São Paulo – a falta de profissionais ou até a falta de infraestrutura em demais locais, o que comprometia sua implementação (SOLHA, 2014).

Contudo, não se predispondo a ser um simples sistema de prestação de serviços assistenciais, o SUS estrutura-se enquanto um sistema complexo, que propicia e coordena

diversas ações de promoção e prevenção, cura e reabilitação, alicerçado em diretrizes organizativas e princípios doutrinários que fundamentam a organização do seu sistema, orientando práticas e serviços em saúde. Suas diretrizes constituem-se enquanto meios de materializar o Sistema na prática, são elas: a descentralização e comando único, que descentraliza e redistribui responsabilidades e poder entre as três esferas governamentais que deliberarão, de modo autônomo e soberano, questões que envolvam a gestão em saúde, desde que não se violem princípios constitucionais gerais; a regionalização, com distribuição de recursos no território, com embasamento na distribuição populacional de cada território; a hierarquização, que ordena o SUS a partir de níveis de atenção em saúde, otimizando a demanda entre setores; e a participação comunitária, que garante a participação da população tanto na formulação quanto na fiscalização de políticas nacionais em saúde (OLIVEIRA; SPADACIO, 2018).

Cabe ressaltar que, os princípios doutrinários do SUS, são calcados na solidariedade e na ética, guiando, com isso, todo o sistema, sendo eles: universalidade, equidade e integralidade. Assegurando, dessa forma, o direito à saúde dos cidadãos brasileiros, sem discriminação, aos serviços do SUS; justificando a oferta de serviços e ações adequadas às necessidades de cada indivíduo ou população, com justiça social; e considerando o processo saúde-doença enquanto complexo, que perpassa várias dimensões e que necessita de cuidado integrado e contínuo em saúde, com foco em prevenção, promoção, cura e reabilitação (SOLHA, 2014).

Como veremos no próximo capítulo, o SUS, em sua abrangente cobertura, é quem coordena e possibilita os transplantes cardíacos no Brasil, sendo todas as suas esferas envolvidas no processo.

4 TRANSPLANTE CARDÍACO – UM POUCO DE HISTÓRIA E DEFINIÇÕES

A amplitude de serviços cobertos pelo SUS o torna referência para diversos países, com cobertura de atendimento para mais de 190 milhões de pessoas (BRASIL, 2021), sendo o maior sistema público de saúde do mundo, propiciando ações e serviços eficazes em vigilância epidemiológica, vigilância sanitária de medicamentos, de alimentos, de sangue, de transplantes de órgãos, entre tantos outros. Mesmo para países desenvolvidos, os programas realizados pelo SUS são considerados modelos a serem seguidos. São exemplos: o Programa de Controle de HIV/AIDS e o Sistema Nacional de Transplante de Órgãos (SNT) (MENDES, 2013).

O SNT obteve, em 2012, a expressiva quantidade de 24 mil transplantes realizados, imperando como o maior sistema público do mundo a realizar o procedimento (MENDES, 2013). Dados recentes mostram que, em 2020, foram realizados 13 mil transplantes, e 12 mil em 2021. Nessa conjuntura, o Brasil é considerado o 2º maior transplantador do mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. Entretanto, diferencia-se dele porque o sistema brasileiro fornece, gratuitamente, toda assistência assegurada à pessoa transplantada tanto no que se refere ao pré-operatório quanto aos exames, consultas e demais procedimentos, bem como em cirurgia, acompanhamento e medicamentos garantidos no pós-operatório (BRASIL, 2021).

Nesse contexto, o TC destaca-se entre os 30 procedimentos mais onerosos disponíveis à população por meio do SUS, ele que é, atualmente, responsável por 96% dos transplantes cardíacos realizados no país. Não sendo somente referência mundial em TC, o Brasil é destaque na América Latina pela forma como combate a Doença de Chagas- doença infecciosa causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi* e transmitida pelo inseto chamado “barbeiro”. Seus sintomas são: febre, mal estar, falta de apetite, edemas (inchaço), aumento do baço e do fígado e distúrbios cardíacos. Por causa disso, a Doença de Chagas é a maior causadora de usuários/as em fila de TC (FREITAS *et al.*, 2021).

Historicamente, a ideia de transferir órgãos e tecidos de um organismo para outro não é recente. Na medicina antiga, segundo lendas, deuses cimérios, heróis e curandeiros eram partícipes de atos cirúrgicos envolvendo transplantações. No entanto, cientificamente, o primeiro registro de transplantações, deu-se em 1771 com o cirurgião John Hunter, quando ele transplantou dentes de um indivíduo para outro, tendo esse médico usado pela primeira vez a palavra transplante (CATÃO, 2004 apud AGUIAR, 2014).

Em 1890, em Glasgow, na Escócia, ocorreu o primeiro transplante ósseo. Em 1931, foi realizado, pelo médico Gabriel Janelli, um transplante de glândulas genitais. Em 1954, na cidade de Boston, o cirurgião Joseph Murray extraiu um rim de um gêmeo para implantá-lo no

corpo de seu irmão. Com esses marcos, inicia-se, efetivamente, o sucesso no mundo dos transplantes de órgãos.

Na fase pioneira dos transplantes, destaca-se também o primeiro transplante de fígado, em 1963, realizado pelo americano Starzl, em Denver; o primeiro transplante de pulmão ocorreu no mesmo ano; o primeiro transplante completo de pâncreas, em 1967, e o primeiro transplante de medula óssea, por volta de 1970 (CATÃO, 2004 apud AGUIAR, 2014).

No que diz respeito ao transplante de coração, com o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas cardíacas e de drogas imunossupressoras nos Estados Unidos, o médico James Daniel Hardy (1918-2003), do centro médico da Universidade do Mississippi, realizou, em 1964, um experimento inusitado ao transplantar o coração de um chimpanzé em um homem de 68 anos, que faleceu duas horas depois porque o órgão era pequeno e impotente para a circulação satisfatória (MCLEAN; WILLIAMSON, 2005 apud ACIOLI, 2018).

Em 3 de dezembro de 1967, na cidade do Cabo, África do Sul, o médico Christian Barnard retirou o coração do comerciante Louis Washkansky para colocar no lugar o de Denise Ann Darvall, jovem de 24/25 anos, falecida, vítima de acidente de trânsito com morte cerebral, sendo considerado o acontecimento inusitado e extraordinário e o primeiro transplante de coração humano (CATÃO, 2004 apud AGUIAR, 2014). Entre 1968 e 1969, na África do Sul, vinte e oito transplantes foram efetuados com sucesso por Christiaan Barnard (ACIOLI, 2018).

Quase seis meses depois das primeiras cirurgias de transplante de coração, ocorreu, no Brasil, o primeiro transplante de coração realizado pelo Dr. Zerbini, no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC – USP), em 26 de maio de 1968. Esse primeiro transplante de coração, no Brasil, e segundo no mundo, foi realizado no boiadeiro João Ferreira da Cunha, que recebeu o coração de Luís Fernando de Barros, vítima de atropelamento. No livro “80 anos de história da disciplina de cirurgia torácica da FMUSP”, Fernandes e Campos (2014) relatam que o impacto da cirurgia de transplante do coração foi de uma intensidade que hoje é difícil de se compreender.

À época, segundo Fernandes e Campos (2014), de todos os avanços científicos surpreendentes e até as mais impactantes inovações médicas não foram recebidas com o mesmo entusiasmo, e os delirantes voos no imaginário popular, que a notícia de que era possível trocar um coração de um ser humano pelo de outro suscitou na ocasião.

Outros transplantes, que já eram realizados havia mais tempo, como o de córnea ou de rim, não provocaram nenhuma reação parecida, nem mesmo transplantes muito mais complexos e desafiadores, como o de fígado, suscitaram tamanha perplexidade. Para quem testemunhou, à época, o transplante de coração foi considerado tão espantoso e inacreditável

como se o homem algum dia pudesse pôr os pés na lua, o que, aliás, ocorreu pouco mais de um ano depois, em 20 de julho de 1969 (FERNANDES; CAMPOS, 2014).

Somente em 1981, com a utilização da substância denominada ciclosporina (utilizada permanentemente pelos pacientes para evitar a rejeição do órgão doado), tornou-se possível a sobrevida dos usuários. A ciclosporina A é uma droga específica que combate as células T, impedindo ou inibindo sua produção quando da resposta imunológica. Por conseguinte, não há qualquer dúvida que, devido essa ação, a ciclosporina A aumentou de 75% para 80% a sobrevida dos transplantados cardíacos (RODRIGUES DA SILVA, 2008).

Um estudo retrospectivo de coorte conduzido no Brasil foi apresentado na edição dos Arquivos Brasileiros de Cardiologia. O artigo mostra dados importantes sobre a epidemiologia, sobrevida e complicações em receptores de TC entre os anos de 2000 e 2015. A mediana de sobrevivência geral do TC no Brasil foi de 8,3 anos, ao passo que, para a população de indivíduos adultos com registro de uso de imunossuppressores obtidos no SUS, a estimativa foi de 11,1 anos. Para essa população, o estudo demonstrou que a idade, a ocorrência de infecções após o transplante e a realização da cirurgia na região Sul atuaram como fatores de risco à sobrevida no período avaliado (FREITAS *et al.*, 2021). Esses resultados são melhores quando comparados aos dados do período entre 1984 e 1999, no Brasil, quando as taxas de sobrevida de um ano e de seis anos eram de 66% e de 54%, respectivamente, sugerindo melhora no cuidado pós-transplante. No entanto, essa sobrevida é inferior aos 12,2 anos de sobrevida e às taxas de sobrevida de um ano (81%) e de cinco anos (69%) relatadas pela Sociedade Internacional de Transplante de Coração e Pulmão (*ISHL, International Society of Heart and Lung*), provavelmente devido às diferenças sociodemográficas e econômicas entre Brasil e países desenvolvidos (AVILA; BELFORT, 2021).

4.1 Transplante Cardíaco em Alagoas

Em Alagoas, dez anos após o início das atividades de cuidados a doentes do coração, a cirurgia cardíaca estava consolidada e com prestígio no país. A equipe de Cardiologistas e cirurgiões cardiovasculares do Instituto de Doenças do Coração da Santa Casa de Misericórdia de Maceió articulou-se com a equipe de médicos de outros estados, buscando manter intercâmbio para a viabilidade dos transplantes, com o aproveitamento do coração doado. Dessa forma, no estado onde houvesse a compatibilidade do órgão doado com a pessoa doente, a cirurgia seria realizada, favorecendo o receptor e a equipe médica (ACIOLI, 2018).

Na Santa Casa de Maceió, em 1988, estava internado, em tratamento, aguardando o transplante de coração, um jovem do sexo masculino, de 19 anos, ex-operário da destilaria de álcool de Roteiro, município do interior de Alagoas. O jovem era o primeiro da fila de candidatos a receber um novo coração. Ele apresentava diagnóstico grave: miocardiopatia hipertrófica. A doença enrijecia os músculos do coração e, dessa forma, a mobilidade da musculatura cardíaca ficava comprometida, assim como a capacidade de fluidez cardíaca (ACIOLI, 2018).

Outro usuário, também grave, do sexo masculino, 23 anos, seria o segundo na lista de espera para um transplante de coração. Durante oito meses, a equipe da Santa Casa de Misericórdia de Maceió aguardou a doação de um coração. Em agosto de 1988, uma família doou o coração de um jovem, porém o órgão não foi compatível com o que o jovem precisava. Dessa forma, ele veio a falecer, mesmo com todo esforço da equipe na preparação para o procedimento e captação de um coração compatível. Duas pessoas já haviam morrido em Alagoas por falta de doador (ACIOLI, 2018).

O terceiro da fila de transplante em Alagoas era mais um jovem do sexo masculino, 17 anos, do município de Santana do Mundaú, na zona da mata, do estado de Alagoas. Ele apresentava complicações cardíacas devido ao Mal de Chagas. Na madrugada de 21 de março de 1989, o jovem recebeu um novo coração, em Sergipe. A equipe médica, à época, ao tomar conhecimento que havia um doador em Aracajú, acompanhou a pessoa, que tinha doença cardiopata crônica, até o hospital de Cirurgia de Aracajú. O transplante foi realizado por José Wanderley Neto e Luiz Daniel Torres, da equipe de cardiologia e cirurgia cardiovascular da Santa Casa de Misericórdia de Maceió, e por José Teles de Mendonça e Marcos Ramos, da equipe de cardiologia e de cirurgia cardiovascular do hospital sergipano. O jovem transplantado aguardava, em estado grave fazia um ano, a doação de um coração (ACIOLI, 2018).

Ainda, segundo Acioli (2018), o primeiro TC realizado em um alagoano foi noticiado no *Jornal de Alagoas* em 23 de março de 1989. A matéria informou que o coração fora obtido de um cidadão baiano que residia em Aracaju e havia sido vítima de acidente de trânsito, doado para ser transplantado no jovem alagoano a pedido do cirurgião José Teles de Mendonça.

O transplante ocorreu com sucesso e, posteriormente, a preocupação da equipe médica com o usuário em recuperação era a possibilidade de ele rejeitar o órgão doado ou sofrer uma infecção pós-operatória. Entretanto, dois meses após o transplante, o alagoano recebeu a notícia de que estava liberado, mas deveria retornar ao hospital a cada 15 dias para fazer exames de rotina, que seriam realizados a cada mês. Com a saúde estável, o usuário passou a fazer exames a cada três meses, até superar a fase de controle clínico estabelecido pela equipe médica.

Transcorridos mais de 25 anos, o primeiro transplantado alagoano está vivo e em bom estado de saúde, tornando-se o usuário transplantado mais longevo do Brasil (TRANSPLANTADO..., 2019)¹.

A partir dos desafios enfrentados no processo de TC do primeiro alagoano transplantado, a equipe se motivou a idealizar o programa denominado Nordeste Transplante, estabelecido informalmente entre várias equipes de cardiologistas das instituições hospitalares nordestinas (ACIOLI, 2018). Esse movimento tornou possível o transplante de um sergipano, sexo masculino, levado de Aracajú para Maceió em 1 de março de 1990.

O Instituto de Doenças do Coração da Santa Casa de Misericórdia de Maceió retomou o programa de transplantes, com a participação do Estado de Pernambuco, com o intuito de desenvolver uma campanha para a doação de órgãos, criar a central de procura de órgãos e cadastrar doadores e doentes. Assim, essa ideia de expandir os transplantes proporcionou a ampliação do programa Nordeste Transplantes, com a participação dos estados de Alagoas, Sergipe, Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Norte (ACIOLI, 2018).

Os transplantes de coração, no Instituto de Doenças do Coração de Alagoas, foram realizados com a determinação de investir no desenvolvimento médico e científico da cardiologia, da Santa Casa de Misericórdia de Maceió. Com esse objetivo, o instituto se estruturou para fazer os transplantes em condições econômicas favoráveis. Um mito disseminado no início do transplante era de que ele se tratava de um procedimento muito caro. À época, em 1989, o custo e o acompanhamento do usuário, durante um ano, eram equivalentes ao custo de um implante de marca-passo de última geração, graças às inovações que foram introduzidas por José Teles de Mendonça e por José Wanderley Neto.

No Instituto de Doenças do Coração da Santa Casa de Misericórdia de Maceió, o transplante de coração custava menos que uma cirurgia de coronária. Muitos consideram que essa foi uma contribuição para o crescimento dos transplantes cardíacos no Brasil (ACIOLI, 2018). Nesse contexto, o cirurgião cardiovascular, José Wanderley Neto, esclareceu que a grande dificuldade era manter a pessoa com doença cardiopata crônica viva, durante o período de espera para o transplante e dispor de drogas de controle da rejeição. Dessa maneira, a ideia concebida pelos pioneiros era a de que as pessoas com doença cardiopata crônica tivessem um padrinho que custeasse as despesas. Durante o primeiro Congresso Norte-Nordeste de Transplantes, o governador, à época, presente na solenidade de abertura, determinou que o Banco do Estado de Alagoas (Produban) fosse o provedor, tornando-se responsável pelas

¹ Para assistir à reportagem completa, acesse:
https://www.youtube.com/watch?v=BW2Lc8loedk&ab_channel=ThiagoAquino-%C3%89deMunda%C3%BA

despesas necessárias para o transplante (ACIOLI, 2018). Atualmente, o procedimento é totalmente realizado pelo SUS.

Acioli (2018) afirma que, na relação das pessoas submetidas aos transplantes, no Instituto de Doenças do Coração da Santa Casa de Misericórdia de Maceió, constam 40 pessoas, cuja metade faleceu no decorrer do processo. Segundo o Registro Brasileiro de Transplantes – RBT (2019, 2020, 2021, 2022), Alagoas possui, no ano de 2022, três pessoas com doença cardiopata crônica ativas em lista de espera. Em 2019, foram realizados cinco transplantes cardíacos. Já em 2020, 2021 e até março de 2022, nenhum transplante foi realizado. Não existe nenhum documento ou estudo que defina os motivos pelos quais, nos últimos dois anos, não houve TC em Alagoas. No entanto, imaginamos que a pandemia da Covid- 19 tem grande impacto nesses números, seja pelo risco ou pelo cuidado exigido, seja pelo impacto em números de acidentes ou, até mesmo, na impossibilidade de doação.

Além das 40 pessoas apresentadas por Acioli (2018), já foram, aproximadamente, 45 pessoas transplantadas no Instituto de Doenças do Coração da Santa Casa de Misericórdia de Maceió. Cabe ressaltar que o Instituto de Doenças do Coração da Santa Casa de Misericórdia de Maceió é a única instituição em Alagoas que realiza o Transplante de Coração.

5 DIÁLOGO COM A LITERATURA: LEVANTAMENTO NAS BASES DE DADOS

5.1 Como identificamos referenciais para o diálogo entre TC e psicologia?

Com a intenção de conhecermos o que existe na literatura sobre psicologia e TC, optamos por utilizar a Revisão Sistemática da Literatura, uma vez que, por meio dela, torna-se possível a articulação de estratégias que promovam o diálogo entre textos, posicionamentos e concepções distintas e, com isso, haver a possibilidade de explorar mais profundamente a produção textual relacionada ao nosso objeto de estudo.

A revisão sistemática da literatura é uma pesquisa científica composta por seus próprios objetivos, problemas de pesquisa, metodologia, resultados e conclusão, não se constituindo apenas como mera introdução de uma pesquisa maior (GALVÃO; RICARTE, 2019).

A primeira etapa consistiu em buscas por textos que estivessem conectados às principais questões da pesquisa. Assim, recorreremos à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), para identificar as referências, pois consideramos que é um banco de dados que comporta amplamente os temas relacionados à pesquisa.

Dessa forma, essa busca foi realizada a partir dos descritores DeCS/MeSH “Transplante Cardíaco” e “Psicologia”. Após, realizamos a filtragem com a finalidade de selecionar as referências a serem estudadas, incluindo publicações que estão mais próximas à discussão proposta e excluindo publicações que não estivessem relacionadas ao que estamos pesquisando, construindo, assim, *o corpus da pesquisa* (RIBEIRO; MARTINS; LIMA, 2015).

Considerando que estamos tratando de um tema específico da área da saúde, tendo em vista que pretendemos discutir os sentidos atribuídos ao TC no pós-transplante, utilizamos o *filtro texto completo e assunto principal*, ambos disponíveis no sistema da BVS. Quando pesquisados, os descritores revelaram grande quantidade de referências, por vezes distantes de nosso campo de interesse temático, dificultando o manejo e a interação almejados. Em sequência, realizamos uma triagem por meio da leitura dos títulos e resumos das publicações a fim de selecionar os textos a serem abordados, descartando publicações que não se relacionavam ao tema da pesquisa, às referências repetidas e, também, àquelas que discorriam sobre o assunto a partir do enfoque em outras áreas (medicina, engenharia...). A Tabela 1 apresenta os resultados encontrados por meio de nossa primeira filtragem.

Tabela 1 – Número de referências identificadas por Descritores na BVS

FONTE	DESCRITORES	OBTIDAS	EXCLUÍDAS	SELECIONADAS
BVS SAÚDE	Transplante Cardíaco AND Psicologia	191	139	52
TOTAL		191	139	52

Fonte: Autora (2020).

Após a seleção, estabelecemos eixos de discussão de acordo com a temática central trabalhada em cada uma das referências, dividindo-as em quatro unidades temáticas. Para identificar esses eixos, além da leitura dos resumos de cada produção científica, realizamos a leitura de partes dos textos, tais como a discussão de resultados/análise e conclusões/considerações finais. Assim, construímos a Tabela 2 de modo a apresentar e organizar as temáticas da literatura, tomando-a como importante ferramenta ao passo que permite visualizar aspectos que estarão, posteriormente, em diálogos.

Tabela 2 – Eixos Temáticos

Nº	TEMÁTICAS DA LITERATURA	
1	Qualidade de vida no pré e pós-transplante cardíaco	17
2	Fatores psicossociais e demográficos envolvidos no processo de transplante cardíaco	13
3	Famíliares/Cuidadores do transplantado cardíaco	4
4	Saúde mental no transplante cardíaco	18
	TOTAL:	52

Fonte: Autora (2020).

Cada eixo se estrutura por meio da revisão da literatura acerca do que tem sido construído sobre a vida das pessoas no pré e pós-TC e as afetações desse processo em sua vida e na de seus familiares.

Cabe ressaltar que, das 52 publicações encontradas, oito são pesquisas nacionais e 44 são pesquisas internacionais. O que nos chama atenção, uma vez que, apesar do aumento no número de transplantes realizados nacionalmente nos últimos anos, é pequena a produção de conhecimento científico no campo TC em interface com a psicologia no Brasil. E dessas, ainda que em sua maioria abarquem assuntos no campo psicológico, não foram escritas por

psicólogos/as. Grande parte das autorias vem de pesquisadores/as enfermeiros/as e/ou médicos/as.

Ainda sobre a disparidade de publicações entre nacionalidades, identifica-se que pesquisadores/as internacionais validam a importância da avaliação e acompanhamento psicológico no TC, ressaltando a importância de que, no Brasil, poderíamos desenvolver, nas equipes multiprofissionais de saúde, estímulos para que houvessem mais publicações científicas. Atualmente, a escassez de publicações/pesquisas/escritas sobre o assunto dificulta a produção de conhecimento, acarretando, assim, em pouca visibilidade no que se refere ao acompanhamento psicológico na área.

Todavia, quando existem publicações, elas são, em sua maioria, de cunho quantitativo, e apontam “dados”, números ou relevâncias de tratamentos. Logo, com poucos estudos de cunho qualitativo, torna-se difícil encontrar materiais que procuram compreender os sentidos produzidos na vida das pessoas transplantadas.

5.2 Para o início do nosso prosear: alguns caminhos já trilhados por outros...

Considerando que existem diferenças marcantes no que tange à experiência do adoecer e à vivência no pós-transplante, torna-se necessário, visando a facilitar o entendimento, realizar um recorte entre usuários transplantados: crianças, adultos e idosos.

As crianças avaliadas, por meio do estudo de Parker *et al.* (2019), nessa faixa etária, apesar de os fatores desafiadores, associados ao pós-transplante, como as necessidades de cuidado e eventuais ocorrências médicas devido à sua condição, apresentam boa sobrevida, atingindo a idade adulta. Entretanto, tais fatores podem acarretar comorbidades psicossociais, tais como ansiedade e depressão, influenciando a adesão aos cuidados necessários à sua recuperação e aos resultados esperados para longo prazo.

Parker *et al.* (2019) sinalizam que crianças australianas transplantadas demonstram boa qualidade de vida e variedade de campos de domínio quando estão inseridas em um ambiente favorável à escolaridade e à empregabilidade. Tal ambiente contribui para melhores percepções acerca de sua saúde, em detrimento do que é, reconhecidamente, prejudicado a partir do transplante. Pode-se reconhecer, aqui, que a qualidade de vida se relaciona não somente à percepção que o sujeito tem sobre sua saúde, mas também da interpretação que ele faz sobre sua própria funcionalidade mesmo após reconhecer que sua condição implica limitações.

Ao avaliarem a vida de pessoas com cinco a dez anos de realização do TC, Grady *et al.* (2013) identificam que os principais estressores se relacionam às demandas do trabalho, escola e questões financeiras.

Ao iniciar a adolescência, os cuidados em diversas esferas da vida, incluindo o cuidado com a saúde que, enquanto criança, ficava a cargo dos pais, são, gradativamente, transferidos ao adolescente, fazendo-o assumir mais responsabilidades e, com isso, o aumento da incidência de sintomas ansiosos e depressivos. Sob a mesma óptica, usuários que conseguem manter seus próprios cuidados, trabalhar, gerir sua própria vida, apresentam melhores índices de qualidade de vida. Desse modo, desemprego e menor autonomia estão associados a maior vulnerabilidade e alto índice de depressão e ansiedade, resultando em menor aceitabilidade em termos de cuidado e tratamento (PARKER *et al.*, 2019; BURKER *et al.*, 2009).

Portanto, se comparado a pessoas mais jovens ou a adultos, os idosos apresentam melhor qualidade de vida, ajuste psicossocial e adesão ao pós-TC (SHAMASKIN *et al.*, 2012). Outras pesquisas também sugerem que níveis educacionais e socioeconômicos mais altos, como ser casado, possuir rede de apoio social e ser mais velho estão associados, positivamente, a melhoras no pós-transplante e a índices maiores de sobrevida (FARMER *et al.*, 2013; WHITE-WILLIAMS *et al.*, 2013; SIRRI; MAGELLI; GRANDI, 2011; BURKER *et al.*, 2009).

Em consonância com o apontado pelos/as autores/as, enquanto fatores favoráveis à qualidade de vida, outras pesquisas sinalizam que a redução dessa qualidade estaria diretamente relacionada à baixa autonomia, ao ser dependente dos cuidados de outra pessoa; e ser mulher, como fatores facilitadores também à apresentação de sintomas depressivos e ansiosos. Quanto à percepção acerca da saúde, mulheres apresentam perspectivas mais positivas que os homens, além de se adaptam mais facilmente às mudanças de vida e a limitações decorrentes do transplante (PARKER *et al.*, 2019; DOERING *et al.*, 2018; CUNHA *et al.*, 2014; BESTETTI, 2014; HASAN; KITTLESON, 2019; GRADY *et al.*, 2016).

Faria *et al.* (2018) apontam que, a fraca correlação entre os escores de prognóstico e qualidade de vida, não são bons parâmetros a serem relacionados, visto que pior prognóstico não significaria pior qualidade de vida, sendo o inverso também verdadeiro. Milaniak *et al.* (2018) também sustentam essa contraposição, pois sinalizam que, em geral, os resultados psicológicos advindos de um TC apresentam-se, nas pessoas transplantadas, associados à melhora funcional, ainda que elas afirmem estar em sofrimento psicológico.

Fatores subjetivos também estão implicados à melhoria da qualidade de vida. De acordo com Langenbach *et al.* (2008), considerar o transplante enquanto uma operação valiosa que ocorreu no curso da vida pode atuar como importante mediador de estresse psicológico. A

espiritualidade, complementam Peyrovi, Raiesdana e Mehrdad (2014), também se apresenta como estratégia de enfrentamento e apoio emocional eficaz às pessoas transplantadas.

Quanto à presença de transtornos mentais relacionados às etapas do processo de TC, os resultados apontam que, na fase pré-transplante, os transtornos presentes com mais intensidade são os depressivos e ansiosos, ao passo que, na fase pós-transplante, o desencadeamento mais presente é o transtorno de estresse pós-traumático. Nesse cenário, pessoas com doença cardiopata crônica, que ainda aguardam a realização do transplante, apresentam piores índices referentes à qualidade de vida, se comparadas aos demais doentes que se encontram na fila de transplante, a espera de outros órgãos.

Fatores diversos também podem contribuir negativamente na vida de usuário recém-transplantado. De acordo com pesquisa de Doering *et al.* (2018), adaptar-se a regimes médicos complexos, ter um novo sistema de vigilância acerca de sua própria saúde e mudança na expectativa de familiares e amigos a respeito de seu futuro, alterações comuns à experiência do transplante, podem desencadear sentimentos de angústia.

Logo, após o transplante, também são facilmente encontrados sintomas de ordem ansiosa ou depressiva. A respeito da última, inclusive, há apresentação de 26% a 63% dos casos durante os três primeiros anos após o procedimento, conforme relatam os usuários transplantados entrevistados pelos autores supracitados. São sintomas que estão relacionados à redução da qualidade de vida, fatores que influenciam a não-adesão, uma vez que todas elas podem aumentar o risco de morbimortalidade a longo prazo, após o transplante. Nesse processo, o isolamento social também surge como fator de alto risco ao desencadeamento de sintomas depressivos e ansiosos que, conseqüentemente, também favorecem a mortalidade de usuários cardíacos transplantados (CHOU *et al.*, 2017; CANNAVÒ *et al.*, 2019; ÅGREN *et al.*, 2017; SCHNEEKLOTH *et al.*, 2019; SÁNCHEZ *et al.*, 2016; MILANIAK *et al.*, 2018; SPADERNA *et al.*, 2017; CONWAY *et al.*, 2016; MILANIAK *et al.*, 2016; SPADERNA *et al.*, 2014; CONWAY *et al.*, 2014; MADAN *et al.*, 2012; PHAN *et al.*, 2010; WALDRON *et al.*, 2017).

A respeito de usuários deprimidos, Delibasic *et al.* (2017) complementam ainda que a probabilidade de não-adesão aos medicamentos apresenta-se 3,5 vezes maior que em um usuário não deprimido, além de terem maior incidência de internações, incluindo, ainda, muitas internações por infecção durante o primeiro ano pós-operatório e o menor tempo até a primeira hospitalização, com 25 dias desde o procedimento.

A incerteza gerada durante o processo que antecede, bem como posterior ao TC, é apontada por Almgren *et al.* (2017) como um dos motivos mais observados por profissionais de saúde enquanto possível causa de sofrimentos psíquicos enfrentados pelos usuários.

Outrossim, é importante destacar que os sintomas depressivos observados em pessoas com doença cardiopata crônica se distinguem dos sintomas comumente observados em pacientes psiquiátricos, podendo resultar em subdiagnóstico. Em pessoas com doença cardiopata crônica, nota-se a presença de sintomas de fadiga, falta de energia e irritabilidade, o que difere dos sintomas típicos da depressão, na qual se apresenta humor triste, sentimentos relacionados à culpa e à baixa autoestima (KOP, 2010).

Em outras pesquisas, de cunho psicossocial ou psiquiátrico, outro fenômeno se apresenta: transplantados entrevistados relatam ter assumido as características de seus doadores (BUNZEL *et al.*, 1992; INSPECTOR; KUTZ; DANIEL, 2004, 2004; SANNER, 2003 apud MAUTHNER *et al.*, 2015). Em um estudo israelense, realizado com 35 usuários homens transplantados, afirma-se que quase 50% dos entrevistados tinham a impressão explícita ou secreta de que obtiveram algumas características da personalidade de seus doadores, juntamente com o coração (INSPECTOR *et al.*, 2004 apud MAUTHNER *et al.*, 2015). Corroborando tais informações, em outra pesquisa conduzida com 47 transplantados vienenses, 21% dos entrevistados relataram que sua personalidade havia sido alterada após o transplante, atribuindo esse fenômeno a fatores como o trauma de quase morrer (afirmaram 15% dos respondentes); ou que a mudança decorria do próprio coração enxertado, relataram 6% dos respondentes (BUNZEL *et al.*, 1992 apud MAUTHNER *et al.*, 2015).

Dessa forma, ao reconhecer o órgão como um repositório de seu antigo dono, alguns transplantados continuam a considerá-lo como representação de uma pessoa diferente que passou a viver dentro dele. Em decorrência disso, assumem uma identidade totalmente nova após seus transplantes. Para os profissionais envolvidos no processo de transplante de órgãos, essa mudança seria fruto do engajamento social que molda e transforma diretamente a biografia dos indivíduos (LOCK, 2002a, 2002b apud MAUTHNER *et al.*, 2015). Essa perturbação identitária se manifesta enquanto angústia, sendo frequente logo após a realização do TC, ocorrendo, independentemente, de como as pessoas com doença cardiopata crônica percebem ou idealizam o coração transplantado ou o doador (MAUTHNER *et al.*, 2015).

Quanto aos métodos de enfrentamento utilizados pelos usuários para lidar com os estressores, Trevizan *et al.* (2017) identificaram, em sua pesquisa, escores altos no uso de estratégias orientadas, seguidas de foco na religiosidade e apoio social. Quanto aos menos frequentemente utilizados, aqueles, estão os relacionados ao manejo de emoções. Tais estratégias são observadas não somente nos transplantadas/os, como também em seus/suas cônjuges, tanto em vivências estressantes em que são apresentados altos níveis tanto de estresse pós-traumático, quanto de transtornos ansiosos e síndrome de Burnout.

Aos/Às cônjuges, essa manifestação estaria relacionada a mudanças no estilo de vida, visando a acomodar as necessidades do transplantado e que, ao cônjuge, pode resultar em experiências negativas de perdas, uma vez que toda energia é direcionada para o cuidado com o usuário transplantado, independente do impacto sobre o próprio bem-estar do cônjuge. Por isso a incerteza do período anterior ao transplante também pode ser desencadeadora de angústia nos/as cônjuges, que empregam diversas estratégias de enfrentamento para lidar com o momento e aliviar o estresse, ainda que não sejam sempre estratégias adaptativas para tal (CATER; TAYLOR, 2017; ROSSI *et al.*, 2011; SADALA *et al.*, 2013).

Em conformidade com estudos do assunto, a necessidade de fornecer maior apoio aos familiares é amplamente apontada, de modo a proporcionar maiores informações tanto sobre o procedimento quanto sobre a condição da pessoa com doença cardiopata crônica, além do apoio da equipe, são as principais mudanças a serem realizadas, na medida em que familiares mais informatizados e que são acompanhados pela equipe apresentam menores níveis de estresse diante das angústias. Conclui-se, portanto, que o fornecimento de informações e esclarecimento de possíveis dúvidas é identificado como um fator protetivo contra o estresse tanto em usuários quanto em seus familiares (IVARSSON; EKMEHAG; SJOBERG, 2014; SADALA *et al.*, 2013; BARROS *et al.*, 2017; PALMAR-SANTOS *et al.*, 2019).

Reforçando a afirmativa, Pfeifer, Ruschel e Bordignon (2013) apontam que pessoas com doença cardiopata crônica e familiares/cuidadores/as, que receberam preparo psicológico tanto no pré quanto no pós-TC, utilizam maior leque de estratégias de enfrentamento focadas assertivamente no problema, além de buscarem mais suporte social, evidenciando a importância de o acompanhamento ser realizado durante todo o processo e, igualmente, não ser direcionado apenas à pessoa transplantada.

Em todas as pesquisas realizadas, ressalta-se a importância da avaliação e apoio psicológico constante que abarque o pré e o pós-transplante como crucial à obtenção do perfil psicológico do/a pessoa com doença cardiopata crônica, visando ao direcionamento de usuárias/os durante a triagem para o transplante, evitando que o processo seja erroneamente interpretado como se houvesse prioridades no cuidado de determinadas pessoas com doença cardiopata crônica ou famílias, de modo que elas não se sintam deixadas “em segundo plano”.

Percebemos que houve avanços quanto à sobrevida de pessoas transplantadas durante o período pós-TC. Tais avanços se devem tanto ao avanço da medicina no aprimoramento das técnicas, como também ao manejo e evolução dos tratamentos medicamentosos adequados ao pós-transplante.

Identificamos, também, que não somente esses avanços são responsáveis pela melhora do usuário, compreendendo que o seu estado emocional e psicológico, diante de sua vivência no processo de saúde/doença, também o influencia. Há, na literatura acerca do tema, certo predomínio de estudos voltados para o clássico modelo biomédico, ainda que dentro do campo de estudo da psicologia da saúde.

De modo distinto ao que se encontra nesta revisão sistemática da literatura discutida até então, a presente pesquisa objetiva compreender quais sentidos as pessoas transplantadas e seus familiares produzem sobre suas vidas após o transplante e quais os efeitos do transplante em suas vidas. Levando esses aspectos em consideração, essa pesquisa compreende processo de saúde/doença a partir do que Spink (2003) nomeia como a vertente construcionista social, que passaremos a discutir no próximo tópico, em diálogo com o pensamento de Haraway.

Cabe ressaltar que, nesta revisão sistemática da literatura, não encontramos pesquisas sobre TC a partir desse campo de estudo, o que nos desafia ainda mais ao diálogo e nos faz inferir sobre a importância de mais estudos que visem à construção social produzida pelos protagonistas dessas histórias, saindo do viés biomédico e normatizador para uma construção crítica da realidade dessas pessoas.

6 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

6.1 Diálogo entre construcionismo social e Donna Haraway

Neste capítulo, propomos um diálogo entre a leitura harawayana e o movimento do construcionismo social. Haraway, bióloga e historiadora da ciência, compõe a classe de epistemólogas feministas, críticas da forma como o conhecimento ocidental foi desenvolvido e idealizado. Sua premissa gira em torno do questionamento da noção de objetividade, por meio de uma crítica contundente à maneira como foi construída a noção de objetividade na ciência. Dessa forma, ela traz, para a discussão, os pressupostos subjacentes à construção desse conhecimento, questiona a retórica discursiva usada pela ciência – a objetividade – que busca legitimar alguns tipos de conhecimento em detrimento de outros, impedindo, assim, a percepção das relações entre saber/poder que circundam a produção desse conhecimento.

Para Haraway, é necessária a utilização de posição reflexiva em pesquisa que implica o/a pesquisador/a revelar suas posições, evidenciando os valores envolvidos na sua perspectiva de análise, o que seria um passo importante para garantir ética em direção à justiça e à emancipação, evidenciando, sem constrangimentos, a imbricação do projeto científico com o campo político (HARAWAY, 1995).

Os questionamentos de Haraway, em relação ao conhecimento científico produzido, reverberam reflexões construcionistas que serão aqui apresentadas. Igualmente, o seu cuidado em discutir a questão da reflexividade, para além da dimensão epistemológica envolvendo as dimensões éticas e políticas, reitera o entendimento sobre a importância do projeto científico com o campo político.

No contexto reflexivo, o conhecimento é tido como situado em determinados contextos e historicamente localizado. Em vista disso, a reflexividade torna-se um recurso importante para o andamento da pesquisa, uma vez que nos permite indagar quais são os pressupostos que utilizamos para nos referirmos aos temas que estamos pesquisando. Como esses temas são tratados por essas teorias? Como determinados conhecimentos, que julgamos familiares, podem ser criticados? O/a pesquisador/a sempre pertence a certas localizações, dominantes ou não? Quando nos questionamos, é possível perceber que o conhecimento não é algo dado, a priori, e que os referenciais são produções localizadas e interessadas. Ao identificarmos as teorias utilizadas e as nossas respectivas localizações, podemos usar o saber como instrumento científico e político de produção de conhecimento (BORGES, 2014).

Destarte, a aproximação entre Haraway e o referencial do Construcionismo Social leva em consideração que o movimento construcionista considera que a “realidade” é construída, sendo desreificantes, desessencializantes e desnaturalizantes que radicalizam, ao máximo, a natureza social de nosso mundo e a historicidade de nossas práticas (IÑIGUEZ, 2003). Segundo Gracia (1993), afirmar que algo foi construído não significa negar a existência de um dado fenômeno, mas estar aberto a examinar certas convenções e os elementos aí implicados, entendendo-os como regras socialmente situadas.

Outrossim, a adoção de uma postura construcionista implica ressignificação da relação entre sujeito e objeto, que pressupõe a desfamiliarização da ideia cristalizada de dualidade. Essa forma de se posicionar perante o conhecimento implica, por um lado, abdicar da visão representacionista do conhecimento, que tem como pressuposto a concepção de mente como espelho da natureza; e, por outro lado, adotar a concepção de que o conhecimento não é uma coisa que as pessoas possuem em suas cabeças, mas algo que constroem juntas (SPINK; MENEGON, 2013).

A partir do construcionismo, trabalharemos com a análise das práticas discursivas e produção de sentidos tentando um diálogo, uma aproximação, com as articulações discutidas por Haraway (2000). Ademais, argumentamos que as práticas discursivas são a linguagem em uso, ou seja, as maneiras por meio das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas (SPINK; MEDRADO, 2013). Para Spink (2004), a produção de sentidos é resultado de nossa condição humana desenvolvida nas relações do cotidiano, essas que são compostas pelas práticas discursivas constituídas por uma multiplicidade de vozes. As articulações, os fluxos e as intensidades, para Haraway (2000), é que produzem o que chamamos de “real”, é estar atentos ao potencial para o inesperado, servindo, de alguma forma, para lidar com as demandas que surgem. Articular significa, para Haraway (2000), produzir acordos, negociações, sentidos compartilhados.

A partir da análise das práticas discursivas, realizaremos a análise da produção de sentidos do pós-TC no cotidiano dos/as transplantados/as, bem como nos atentar para as articulações, os fluxos e as intensidades que Haraway nos ajuda a construir.

6.2 Procedimentos para a produção de informação na pesquisa

A pesquisa foi realizada onde as conversas do cotidiano podem ocorrer. Em decorrência da pandemia do novo Coronavírus (Covid-19), o local da pesquisa ficou restrito a chamadas de vídeo virtuais, ligações telefônicas e trocas de mensagens via *whatsapp*.

Isso posto, foram convidados os/as transplantados/as que já realizaram TC, a partir de seis meses da realização do transplante. A escolha do tempo de TC como critério da pesquisa se deu visando ao respeito e ao cuidado pelo período de recuperação e adaptação das pessoas transplantadas, e, também, dos/as familiares dos sujeitos que participaram ativamente do acompanhamento no processo saúde/doença da pessoa transplantada.

Inicialmente, iríamos investigar, diretamente nos bancos de dados da Santa Casa de Misericórdia de Maceió, único hospital credenciado na Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO) para realização de transplante de coração, para caracterizar melhor o perfil dos/as alagoanos/as transplantados/as. No entanto, em decorrência da pandemia, a instituição hospitalar, a princípio, com atenção e cuidado, solicitou, via e-mail, a suspensão geral de todas as pesquisas que estavam em andamento naquele momento, tanto pelo cuidado em decorrência dos riscos quanto pela nova demanda que o hospital estava passando em decorrência da Covid-19.

Após aguardar melhora no contexto pandêmico e não havendo perspectiva de retorno aos modelos presenciais (após período de um ano), entramos em contato via e-mail com a instituição, que nos orientou a mudar a metodologia da pesquisa, orientada e discutida na qualificação desta dissertação.

Dessa maneira, por meio de contatos pessoais, foi-nos indicado o contato com a assistente social que trabalhou por anos com a equipe de transplante do hospital. Atendendo à recomendação, a pesquisadora entrou em contato com a profissional, que foi bastante solícita, e a informou da existência de um grupo de Whatsapp com todos os usuários transplantados e/ou familiares já transplantados de Alagoas (segundo a assistente social, esse grupo foi criado para facilitar a troca de informações entre as pessoas transplantadas, seus familiares e os profissionais de saúde). Logo, foi combinada a inserção, por um dia, da mestrandia no grupo, para realização do convite para participação em contexto virtual na pesquisa.

Spink e Medrado (2013) afirmam que o foco do estudo construcionista passa das estruturas sociais e mentais para a compreensão das ações e práticas sociais e, sobretudo, dos sistemas de significações que dão sentido ao mundo. Assim sendo, a conversa como prática discursiva aqui utilizada é uma das maneiras que buscamos analisar, isto é, como as pessoas produzem sentidos sobre o TC e se posicionam nas relações que estabelecem no cotidiano.

Nesta estudo, assumimos a responsabilidade de posicionar a pesquisa como prática social durante todo seu processo e não apenas na apresentação de seu produto. Logo,

posicionamo-nos de maneira coerente com os objetivos da pesquisa, assumindo lugar de produto e produtor da pesquisa.

Reconhecemos que o conhecimento é algo que se constrói junto, sendo coletivamente produzido e tendo como matéria prima a linguagem em uso e outras materialidades que compõem as relações cotidianas. Entendemos que, nas conversas no cotidiano, é primordial a autorização para participar ou não da conversa (BATISTA; BERNARDES; MENEGON, 2014).

Batista, Bernardes e Menegon (2014) situam as conversas como importante contribuição ao estudo da produção de sentidos, pois, como linguagem em uso, elas permeiam as mais variadas esferas de interações sociais. Em suma, as conversas no cotidiano posicionam as pessoas participantes como protagonistas na construção do conhecimento.

Tal conhecimento, construído a partir das conversas no cotidiano, precisa considerar, como bem afirmam Batista, Bernardes e Menegon (2014), os encontros e reencontros permeados pelas socialidades e materialidades específicas de cada lugar, este que se deu na pesquisa quando a pesquisadora foi inserida no grupo de WhatsApp de transplantados e enviou o convite, por mensagem de texto, para participação deles na pesquisa. Houve, naquele momento, um encontro (grupo de *whatsapp*) e um desencontro (forma de comunicação do convite). Logo, por meio das trocas, das socialidades, foi realizado o reencontro (ligações telefônicas) permitindo, assim, as conversas que constituem esta pesquisa.

Cabe ressaltar que o desencontro, devido à mensagem de texto no grupo de Whatsapp, deu-se devido à dificuldade de leitura por parte dos membros do grupo ou pela dificuldade de acesso à internet, tendo em vista que a escolaridade e as condições socioeconômicas dos participantes é baixa.

Para os/as autores/as supracitados/as, é necessário adotar postura dialógica articulada à ética e aos cuidados, como buscamos nesta pesquisa. A centralidade das conversas, como caminho na pesquisa construcionista, é subsidiada por alguns princípios norteadores: princípio da dialogia, do campo-tema, da hipertextualidade, do cotidiano e da longitudinalidade. Os princípios nos ajudaram a conduzir uma boa conversa.

O primeiro princípio, da dialogia, mostrou-nos que o conhecimento produzido é algo que se faz em conjunto, sendo coletivamente produzido e tendo, como matéria-prima, a linguagem em uso e outras materialidades que compõem as relações cotidianas, além das interações necessárias ao processo de produção de conhecimento.

O segundo princípio nos situa na resignificação do conceito de campo por meio da adoção da noção de campo-tema. O campo é nosso próprio tema de pesquisa, por isso estamos

em “campo” a todo momento que falamos da pesquisa. Para desenvolver este princípio, utilizamos o diário de campo, que nos possibilitou registrar os relatos das conversas, as vivências e experiências no cotidiano (BATISTA; BERNARDES; MENEGON, 2014).

O terceiro princípio, o da hipertextualidade, mostrou-nos que as conversas se produzem a partir de uma rede – o foco delas é sempre reticulado – muitas vozes e conexões a produzem. Assim, é importante a análise dos muitos posicionamentos, as polifonias e polissemias e conexões variadas nelas.

O quarto princípio diz respeito ao estar atento ao cotidiano, seus múltiplos acontecimentos e acasos. Para Bakhtin (1979), as interanimações dialógicas são constituídas de ruídos, vozes (polifônicas), sentidos (polissemia), interseções, entonações, burburinhos e versões diversificadas. A ideia é que as conversas ocorram no próprio cotidiano dos sujeitos, levando-se em consideração seus jeitos de ser e de viver.

E o quinto e último princípio, da longitudinalidade, situa os/as pesquisadores/as na observação dos tempos na conversa, essa que é produzida a partir de diferentes tempos que, segundo Spink e Medrado (2013), subdividem-se em: tempo histórico (formações discursivas de diferentes épocas); tempo vivido (conteúdos derivados dos processos de socialização); e tempo presente (o aqui e o agora).

Em um primeiro momento, a pesquisadora proporia aos/as participantes ir às suas casas para vivenciar um pouco de sua rotina diária (ida ao trabalho, afazeres diários em casa ou na comunidade, entre outros), assim como “prosear um tanto” sobre suas vidas pós-TC.

No entanto, devido às consequências da Covid-19 e a impossibilidade de contato físico com os participantes, após a identificação junto à assistente social, de pessoas que receberam TC, e sendo consultados junto aos familiares para participarem de forma voluntária da pesquisa, a pesquisadora fez o convite aos transplantados para uma conversa virtual, através de chamada de vídeo com os participantes e familiares em dias e horários que fossem mais propícios para eles.

Dessa forma, as conversas foram produzidas dentro do contexto de cada um, tendo a mestrandia conhecido um pouco do contexto dos/as participantes e eles do seu, visto que as conversas foram realizadas estando a pesquisadora na sua casa ou consultório e os/as participantes nas suas residências ou na residência de amigos/as onde a internet era considerada melhor. O tempo de conversa não foi estabelecido, tendo sido realizadas as conversas com durações de 2h a 4h, fluindo em e as histórias contadas em seus diversos tempos e contextos, e, de forma leve, o tempo foi passando.

Cabe ressaltar que, com a permissão dos/as participantes, outros/as atores/atrizes participaram da conversa, estando a pesquisadora atenta a essa dialogia. Como bem afirmam Batista, Bernardes e Menegon (2014), quando trabalhamos com interanimação dialógica, não há como controlar os espaços nem as pessoas que se apropriam ou abandonam o campo de estudo, tampouco os tempos em que se realizam. Foi vivendo e interagindo em cada momento que a pesquisadora vivenciou e construiu esta pesquisa.

Para o registro das informações no momento dos encontros (chamadas de vídeo) com as pessoas transplantadas e seus familiares, mediante autorização previa dos/as participantes, utilizamos a gravação em voz, por meio de aplicativo de gravação em voz (gravador). Essas gravações foram posteriormente transcritas e analisadas. Utilizamos, também, o diário de campo, estando atentos e registrando, a todo momento, as conversas que permearam o tema da pesquisa e seus objetivos. No diário de campo, registramos as observações feitas pela pesquisadora sobre os diversos aspectos observados: forma como os contatos foram realizados, momento dos contatos, dinâmica das conversas, contextos, posicionamentos, endereçamentos, gêneros discursivos utilizados, afetações, expressões faciais, tom de voz, questionamentos, dúvidas, acessibilidade, entre outros.

Nessa conjuntura, os diários de campo podem ser compreendidos como anotações pessoais sobre acontecimentos marcantes ou sobre experiências do dia a dia. Os diários são, portanto, práticas discursivas, linguagem em ação, cujo o contexto de produção define o gênero da linguagem a qual pertencem e lhes dão conotações específicas (MEDRADO; SPINK; MÉLLO, 2014). O diário nos trouxe a possibilidade de anotações e organização das reflexões proporcionadas pela inserção da pesquisadora no campo.

A análise das conversas foi feita identificando os repertórios linguísticos utilizados nas conversas e no diário de campo. Medrado, Spink e Mélo (2014) afirmam que os diários se constituem como produção discursiva privilegiada na pesquisa. Para isso, foi necessário adotar estratégias de catalogação para dar conta do vasto material discursivo que foi organizado e reordenado, gerando outro tipo de escrita.

Para a análise das conversas, foram identificados os repertórios linguísticos de cada conversa e formados conjuntos de sentidos. Os repertórios linguísticos, segundo Aragaki, Piani e Spink (2014), constituem as unidades de construção das práticas discursivas: os termos, as descrições, os lugares comuns e as figuras de linguagem que demarcam o rol de possibilidades da produção de sentidos.

Após a identificação dos repertórios linguísticos e da formação dos conjuntos de sentidos, analisamos as informações produzidas por meio das conversas com as pessoas

transplantadas. Essas conversas promoveram diálogos com outras pesquisas sobre pessoas transplantadas e familiares na vivência do pós-TC que foram apresentados na revisão da literatura desta pesquisa, bem como um diálogo com Haraway.

6.3 Dimensões éticas e políticas na produção da informação

O convite para participação se deu a partir de mapeamento prévio junto à assistente social. Inicialmente, foi feito um convite por escrito, através de mensagem no grupo do WhatsApp. Não se obteve respostas desse convite feito por escrito. A partir da troca de mensagens com a profissional responsável, foi entendido que, pelo grupo, alguns dos participantes teriam dificuldade na leitura e/ou entendimento da mensagem ou, até mesmo, dificuldade na rede para acesso à internet. A pesquisadora, então, salvou os 17 contatos das pessoas do grupo (com autorização da assistente social) e realizou ligações telefônicas individuais para formalização dos convites e explicações (principais informações também prestadas após o aceite na pesquisa e participação na conversa) sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Cabe ressaltar que, dos 17 contatos telefônicos, a pesquisadora conseguiu contatar sete pessoas (transplantados ou familiares), já os outros dez contatos ou estavam fora de área/desligado ou chamou e ninguém atendeu. Das sete pessoas contatadas, seis aceitaram o convite para participação na pesquisa e uma ficou de conversar com familiares, porém não obtivemos retorno. Das seis pessoas que aceitaram participar, apenas cinco, entre elas uma mulher e quatro homens, realizaram efetivamente a conversa, e uma, por motivos pessoais e tecnológicos, não conseguiu concluir a conversa. A participação de todas as pessoas na pesquisa ocorreu de forma voluntária, com aceitação do convite e do aceite verbal. Após, as informações prestadas no início da conversa, quanto ao TCLE, conforme Resolução CNS 196 (BRASIL, 1996).

Segundo Spink e Menegon (2013), a postura ética na pesquisa construcionista se configura pelo compromisso e aceitação de alguns aspectos imprescindíveis, são eles: pensar a pesquisa como prática social; adotar postura reflexiva em face da significação do produzir conhecimento; garantir a visibilidade dos procedimentos de produção e análise das informações; e aceitar que a dialogia é intrínseca à relação que se estabelece entre pesquisadores/as e participantes. Dessa forma, com todas as mudanças e implicações causadas pela Covid-19, a postura ética foi se construindo e se constituindo diante desta pesquisa de forma a viabilizar ainda mais a importância dessa postura, visto que esse movimento possibilitou aos pesquisadores vivenciar e viabilizar a pesquisa de maneira cuidadosa, reflexiva

e atual com o contexto. Ademais, vale salientar que o contexto, no qual estávamos inseridos, mudava constantemente, o que nos exigiu ainda mais postura ética.

Assim, a relação entre pesquisadores/as e participantes passa a ter três cuidados éticos essenciais para a pesquisa qualitativa: os consentimentos informados, a proteção do anonimato e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisadora e participantes (SPINK; MENEGON, 2013). Para manter o anonimato, o nome dos/as participantes foram substituídos por nomes fictícios.

6.4 Produzindo informações

A complexidade da situação, advinda da Covid-19, levou ao estresse os sistemas de saúde em todo o mundo. Consequentemente, a utilização acentuada dos recursos para o combate à Covid-19 causou e causa preocupação em toda comunidade de transplante, pois, além das limitações físicas, como leitos de UTI, falta de protocolos homogêneos para tratamentos e as incertezas dos efeitos da imunossupressão na progressão do vírus, teve impacto significativo nas operações de transplantes (RIBEIRO JÚNIOR *et al.*, 2021).

No Brasil, no primeiro semestre de 2020, houve diminuição dos transplantes de fígado (6,9%), rim (18,4%), coração (27,1%), pulmão (27,1%), pâncreas (29,1%) e, principalmente, córneas (44,3%), pela suspensão de grande parte dos serviços (ARAÚJO *et al.*, 2021).

De acordo com Gustavo Fernandes Ferreira, vice-presidente da ABTO (2020), desde o primeiro óbito por Covid-19, no Brasil, em 17 de março de 2020, até 30 de junho de 2020, foi observada uma redução de 33% na doação de órgãos, 49% no número de transplantes de todos os órgãos e 45% nas inscrições em lista. Ocorre, ainda, uma disparidade regional importante, com as regiões Norte e Nordeste sendo as mais impactadas.

Tendo em vista o cenário mundial, transplantados/as e familiares apresentaram dificuldades devido à Covid-19, além de assustados por terem, como disse André (transplantado cardíaco) “um risco dobrado”, já que fazem parte do grupo de risco. Por conseguinte, o isolamento para esse grupo social foi redobrado, embora já existisse antes mesmo da pandemia, em função dos cuidados para que não houvesse rejeição do órgão, e as consultas de rotina canceladas, devido aos riscos ao sair de casa e estar em ambientes ambulatoriais e/ou hospitalares. Da mesma maneira, a assistência foi suspensa, o que para eles foi motivo de preocupação dobrada. Os medos e receios se multiplicaram naquele momento e, por algum tempo, ficaram sem assistência médica adequada, além da dificuldade de acesso à medicação.

Percebemos, então, que a pandemia passou a fazer parte da realidade dos usuários usuários transplantados e familiares no pós-TC como mais uma insegurança, medo e dificuldade no acesso à assistência adequada, fato que começou a amenizar com o início da vacinação, porém ainda com cuidados e receios.

Apresentaremos os conjuntos de sentidos, dialogando com as articulações, fluxos e intensidades, a partir de Haraway, produzidas após as cinco conversas realizadas, de forma virtual, com cinco participantes, uma mulher e quatro homens. Dos familiares que participaram da conversa, foram 4 familiares, todas mulheres: duas esposas, uma filha e uma mãe. Além disso, a faixa etária dos participantes transplantados era de 33 a 59 anos, com tempo de transplante de 12 e quatro anos. Todas/os usuárias/os transplantados são aposentados e suas rendas ajudam nas demandas relativas ao adoecimento, bem como a casa. Dos cinco participantes, apenas um é divorciado e os demais casados. Das/os cinco usuárias/os e familiares, apenas um reside na capital de Alagoas, já os outros quatro e suas famílias moram no interior de Alagoas. Salientamos que esta análise, como parte do processo reflexivo e dialógico, não teve como objetivo esgotar as possibilidades de sentidos construídos no contexto das conversas, considerando que seria um desafio impossível a partir do movimento construcionista; e os repertórios utilizados nas conversas serão apresentados por meio dos conjuntos de sentidos e aproximados do pensamento de Haraway (2000).

Nessa lógica, os conjuntos de sentidos definidos são as articulações, os fluxos e as intensidades. Tais conjuntos dialogam/articulam entre si dentro de suas afetações emocionais, sociais, espirituais, físicas e econômicas. Assim, esses conjuntos foram constituídos por meio dos objetivos desta pesquisa e do diálogo com o pensamento de Haraway (2000). . Tendo em vista esse pensamento, é com esse cuidado que compartilhamos as nossas conversas. No Quadro 1, seguem os repertórios linguísticos identificados durante as conversas e que sustentaram os conjuntos de sentidos.

Quadro 1 – Repertórios linguísticos

Articulações	<p>Vinícius: “Uma andorinha só não faz verão”;</p> <p>José: “Até agora tava dando um apoio a quem puder fazer, quiser fazer e tal”;</p> <p>José: “A família que pensa em si e pensa nos outros, né”;</p> <p>Maria: “Porque assim, é tipo um estranho pra você né doutora, você chegar e né, entrar na vida da pessoa né”;</p> <p>Augusto: “É como se eu devesse um favor a família da pessoa que doou o coração para mim né, eu já procurei saber, mas a assistente social disse que tem que esperar que eles procurem. Ai eu tô esperando”;</p> <p>Maria: “Aí eu olhei pra ele assim: ai eu disse: eu fiz tudo isso por você. Eu disse assim, foi! Eu fiz tudo isso por você”;</p> <p>Joana (Familiar): “Tudo era ligando, tudo alegre, ligando. Eita meu Deus ligando, eita, nem pensei que o Augusto ia vencer, nem pensei que o Augusto ia vencer, os amigos dele mesmo, chegavam aqui, saiam chorando. Os amigos dele quando vinham olhar ele”;</p> <p>Augusto: “aí um dia meus amigos me chamaram para ir tomar banho em uma bica e lá não dava área do telefone”;</p> <p>Vinícius: “Levaram eu e um colega, hoje pra mim é um colega. Um irmão, um amigo que eu vim conhecer ele lá na UTI, ele também é transplantado”;</p> <p>Maria: “Né que tá essa luta da gente todinha né. A gente teve que se adaptar a isso, né. Tem mais uma coisa na vida da gente né”;</p> <p>José: “tava eu minha esposa meus dois filhos também. E foi explicar tudinho como era: senhor esfrie a cabeça que eu já fiz vários transplantes, que era mais de vinte pessoas transplantadas”;</p> <p>Maria: “Aí é todo esse processo né doutora. Tudo que a gente sentir tem que falar pra o médico. Tudo, doeu uma unha, doeu um dente, a gente tem que falar pra o médico”;</p> <p>Augusto: “E nenhum médico veio aqui pra me visitar, essa semana, se tiver alguma coisa pra acontecer me diga?! Foi. Que os médicos não tava vindo me ver mais. Aí depois veio, aí no outro dia veio uma equipe, veio os médicos, veio a psicóloga, veio homi, tanta gente veio”;</p> <p>Cátia (Familiar): “Eu acharia assim, mesmo que ele foi transplantado, que ele ia continuar do mesmo jeito como era antes, mas não é”.</p> <p>Joana (Familiar): “Ele disse que não mudou não. As minhas irmãs falam que ele mudou porque, ele não gostava de conversar muito não, agora ele tá conversando mais. A minha irmã disse quando vem de Maceió aí fala : ah é, foi o coração que o Augusto ganhou que ele ficou, conversa mais um pouquinho, ele ficou mais animado”.</p> <p>Maria: “Aí os meus vizinhos ia me visitar, aí falava assim, : ó eu falei pra ele que você agora não vai mais gostar dele não. Vai gostar da pessoa do coração. Você agora é outra pessoa, é outra. Vai ter que fazer né, é outra pessoa. Os vizinhos mexendo com ele. Aí ele disse: eu conquisto de novo. Eu conquisto ela de novo ((rindo))”;</p> <p>José: “depois do transplante porque ele (cunhado) disse: ah, o José não vai ser aquela pessoa mais não, vai estar com um coração de uma pessoa, ninguém sabe quem era essa pessoa, se era boa, se era ruim, ele vai mudar a maneira dele”;</p>
--------------	---

	<p><i>Augusto: “o telefone tocou e na mesma hora F., tinha um quadro de Padre Cicero na parede ele caiu, e foi um sinal que meu coração tinha chegado. Deus tá guiando e nosso Padim Ciço que caiu lá da parede”;</i></p> <p><i>Vinícius: “Então, esse coração que eu tenho hoje, eu agradeço muito à Deus. Porque tinha quatro pessoas comigo pra esse coração. Três não foram compatível e eu fui. Porque eu tenho muita fé em Deus né, primeiramente. Então eu tô até hoje graças a meu bom Deus”;</i></p> <p><i>Maria: “Paguei, acompanhar a procissão né, se eu sobrevivesse até lá, o coração. Acompanhar a procissão né. Ah isso eu fiz, isso eu fiz. Paguei com a benção de Deus. Acompanhei, graças a Deus. Acompanhei, deu tudo certo. Graças a meu bom Deus. Estou viva até hoje né doutora, tô viva hoje, né”;</i></p> <p><i>Maria: “Depois do transplante eu sofri bastante doutora, assim, na parte espiritual. Porque assim doutora eu ficava vendo monstro. Na porta do meu quarto doutora, eu ficava vendo aquele monstro. Aquela coisa, aquela coisa doutora assim eu tava dormindo e aquele negócio vindo pra cima de mim, como que vai me pegar, sabe?”;</i></p> <p><i>André: “Quem faz transplante é aposentado F., mas eu faço as coisas em casa e vou levar e buscar minha esposa no trabalho, fico com meu filho, sou um dono de casa ((risos)). Um bom dono de casa viu F”;</i></p> <p><i>José: “É. Fazendo papel de avô, mas tô bem”;</i></p> <p><i>Joana (Familiar): “Aí tem vezes que a pia tá suja e ele vai lá e lava uns pratinho. Ai digo oia como ele mudou (?) é bonzinho pra lavar, aí ele lava uns pratinhos, sabe? Que ele não gosta de sujeira não.</i></p> <p><i>Maria: “Agora eu ajudo meu esposo no mercadinho que a gente tem aqui no povoado né, separo as coisas, ajudo ele, é ajudo”;</i></p> <p><i>Vinícius: “Que na minha situação, eu não posso, que eu sempre trabalhei de servente de pedreiro, eu não posso fazer. Já tentei fazer alguma coisa na minha casa e me dá logo, me dá uma agonia, aquela vontade que eu fazia, no pesado eu não posso fazer”.</i></p>
<p>Fluxos</p>	<p><i>Augusto: “Não mudou nada não. Hoje eu jogo bola que antes eu não jogava, faço minha caminhada, que antes eu ficava sem folego não aguentava dar nem uma passada”;</i></p> <p><i>Augusto: “eita meu Deus, mudou tudo na minha vida mainha, não foi não? Eu digo. Ah, mudou, que eu não fazia nada né? E hoje tô fazendo tudo”;</i></p> <p><i>Ana (Familiar): “Então assim a gente foi muito abençoado de poder custear mesmo se apertando, mas a gente podia custear e não esperar pelo SUS. E também não precisar de transporte tipo ambulância, essas coisas, pra ir pra Maceió a gente também conseguiu custear ainda”;</i></p> <p><i>Vinícius: “É infelizmente, essa medicação a gente não tem condições de comprar que o valor é mais de dois mil reais. E a gente não tem condições de comprar”;</i></p> <p><i>Maria: “Muita: muita dificuldade doutora, tem que entrar pela justiça. Tem que entrar na justiça. Aí pronto a gente passou do transplante, tem todo esse processo. Aí pra sobreviver a gente tem que tomar o medicamento. Aí tem que correr atrás, entendeu doutora”;</i></p> <p><i>Vinícius: “Eu passei uns dias aí sem medicação. Aí eu tava notando que tava dando até desmaio em mim em casa”;</i></p>

	<p><i>André: “Eu tomo (medicação), as vezes só fico receoso com faltar né F., até agora não faltou, mas tem um que não dá e isso preocupa a gente. Nesse período de pandemia a gente teve poucas consultas também o que deixa a gente um pouco assim, mas tem dado certo”;</i></p>
<p>Intensidades</p>	<p><i>Maria: “quantas lutarias vai ser né doutora, pra gente poder sobreviver?”;</i> <i>Maria: “Mais pra frente só o coração, mais pra frente só o coração. E eu batalhando doutora! - A cada dois passos eu pegava uma depressão”;</i> <i>Augusto: “a gente ficou tudo se tremendo, vestindo a roupa”;</i> <i>Augusto: “chega deu aquela apertada no peito como se fosse um pressentimento”;</i> <i>Maria: “Ela chora quando me vê, me abraça chora bastante, chora. Posso escutar o coração da minha filha batendo em você? Pode, fique à vontade”;</i> <i>Maria: “ai doutora eu desmaiei na hora, desmaiei. Vai me cortar, vai me serrar, vai doer, meu Deus vai doer, vai doer, só pensava nisso doutora. Vai doer, vai me serrar vai doer”;</i> <i>José: “foi a mesma coisa que jogar um balde d’água em cima de mim. Porque é um pé no tudo certo, resolveu e o outro pode dar errado, e se der errado? Num tem como, num tem volta”;</i> <i>André: “eu não sabia se eu tava feliz ou triste com aquela situação. Era um turbilhão de emoções digamos assim. Porque eu não sabia o que eu queria, eu não sabia se eu queria fazer um transplante que eu tava assustado, não vou negar para você, é um susto”;</i> <i>André: “((risos)) Fabiana, posso contar? Depois que eu fui para a enfermaria, eu disse Fabiana vamos testar logo porque se der alguma coisa eu já to aqui (risos). Foi um dia, só estávamos nos dois na enfermaria, ai quando todo mundo foi dormir, apagaram as luzes eu disse Fabiana é agora ((risos)), ai deu tudo certo, tava até melhor (risos), no outro dia novamente, ai quando foi no outro dia, colocaram outro paciente na nossa enfermaria, ai acabou-se a festa F. ((risos))”;</i> <i>André: “nós somos um risco dobrado”.</i></p>

Fonte: dados da pesquisa (2022).

Nesse prisma, a nossa proposta aqui segue o indicado por Haraway (2000): não buscamos soluções milagrosas, nem catastrofizamos a situação. Buscamos, por meio das conversas, dos diários de campo, das histórias contadas, de perguntas reorientadas e de questionamentos, processos que nos ajudassem a compreender as articulações, fluxos e intensidades dessas histórias na vida das pessoas. Chiodi (2021) afirma que fazer ciência e fazer arte são práticas de contar histórias e são com elas que transformamos o mundo e, por isso, é crucial pensarmos qual história iremos contar e a quem iremos contá-las.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO

7.1 Articulações - “uma andorinha só não faz verão!”

Desde o diário de campo, percebemos que as articulações implicadas no processo de TC eram intensas e permeadas pelos vínculos estabelecidos. Em um dos telefonemas para convidar a participar da pesquisa, a família que aceitou participar de imediato foi contando sua história, falando sobre suas dificuldades, medos, dúvidas e a respeito de pessoas que a ajudavam, bem como à sua família. Ainda no diário de campo, quando uma familiar retornou minha ligação para confirmar a data de nossa conversa, ele afirmou que toda família iria participar, pois tudo que fosse possível fazer para ajudar no processo de TC eles/as fariam.

Além dos contatos com transplantadas/os e familiares, sempre que, por algum motivo, compartilhava o tema de minha pesquisa, a reação das pessoas era de afirmação do quanto era interessante e intenso falar sobre a troca de um coração, e sempre buscavam se colocar no lugar das pessoas transplantadas com afirmações como “se fosse eu, nem sei como seria”, “nossa é muito forte, essas pessoas merecem mesmo”.

Para Haraway (1999, p. 139), as articulações são o potencial para o inesperado por meio dos actantes envolvidos, que são “humanos o no humanos implicados en las articulaciones – es decir, el potencial para la generación – sigue tanto problematizando como legitimando la tecnociencia”. O autor nos recorda que articular em inglês significa produzir acordos, negociações, sentidos compartilhados. Articular é significar, unir coisas às mais diversas e contraditórias, coisas do cotidiano e do acaso. “Articulamos, logo existimos” (HARAWAY, 1999, p. 150).

Logo, as articulações produzidas em cada tempo do processo de transplante se fazem presentes no discurso das pessoas transplantadas, configurando certa orientação nessa construção direcionada do pré ao pós-transplante.

Com a vivência do transplante, transplantados/as e familiares refletem sobre seu lugar, o lugar dos/as outros/as, seus vínculos, afetações e responsabilidades no percurso.

Ana (familiar): “É simplesmente amor, doação mesmo. No meio da dor que vai ter o sentimento de doação. Então assim, faz a gente também refletir, o nosso egoísmo, né”.

Figueirêdo (2016) pontua que a aceitação da morte em um corpo que parece vivo foi apontada como uma das principais dificuldades para a decisão de doar órgãos por parte da

família, além de ser geradora de medo e dúvidas. Geralmente, os/as envolvidos/as nessa experiência buscam ajudar outras pessoas que estão envolvidas. Como disse José, na conversa:

José: “eu tenho prazer de dizer que sou transplantado. Sou transplantado, fiz em Maceió, tô super bem. Até agora tava dando um apoio a quem puder fazer, quiser fazer e tal”.

A experiência do transplante posiciona as pessoas em movimentos de ajuda e conscientização daqueles que estão à sua volta, e os sentidos compartilhados ajudam na construção de novas articulações.

André: “eu só estou aqui hoje com você porque uma família segurou a dor dela e doou para que eu pudesse acabar com a minha dor e estar aqui com meu filho, então se eu tiver de dizer algo é que as pessoas doem, que façam de bom coração porque só quem passa sabe a importância disso na nossa vida”.

A gratidão foi expressa enfaticamente por todos/as durante as conversas, usuários transplantados/os e familiares, estes que a direcionaram, para diferentes atores/atrizes e, em especial, ao doador do órgão e à sua família. Devido a esse desejo de expressar a gratidão, muitos transplantados têm curiosidade em conhecer os familiares do/a doador/a, especialmente para agradecê-los. Sem terem essa possibilidade, ficam a imaginar o que fazer para manifestar sua gratidão (DE BENEDETTO *et al.*, 2014). Por isso as articulações parecem ser uma forma de se movimentar no mundo, agradecer pela doação por meio do incentivo e da conscientização na valorização e importância do transplante.

De Benedetto *et al.* (2014) apontam que, mesmo que os/as participantes não tenham tido a oportunidade de conhecer as famílias dos doadores nem saber ao certo quem foi seu doador, faziam questão de afirmar que haviam ouvido alguém dizer que o coração transplantado era de alguém muito jovem. Em nossas conversas, a juventude, o sexo e a condição familiar dos doadores não foram apontados.

Segundo Pereira (2006), a necessidade de se mostrar grato à família do/a doador/a e à equipe assistencial é mecanismo que parece estar atrelado também à ansiedade, que se intensifica no período pós-operatório devido à preocupação com a recuperação, aceitação do coração no corpo, disponibilidade de assistência e acesso à medicação.

Além da curiosidade e/ou intenção de agradecê-los, os/as participantes expressaram algumas impressões sobre os familiares diante da doação.

José: “Quem doa tem um bom coração. A família que faz isso, admiro muito a família que faz. A família que pensa em si e pensa nos outros, né”?

Segundo Tavares (2004), a idealização do/a doador/a, de suas características morais, a valorização do gesto de altruísmo é apresentada pelos/as transplantados/as como forma de retirar a identidade de ser estranho, de ser desconhecido. Configura-se, então, um certo processo de familiarização e articulação com alguém que está distante ou que está morto.

Mesmo com a oportunidade de conhecer o/a doador/a, o enfrentamento não se apresenta de maneira tão simples. Como afirma Pereira (2006), a transformação do coração em apenas uma “bomba, músculo, motor, máquina” de proveito defensivo para o/a receptor/a torna qualquer contato com a família do/a doador/a uma experiência desconfortável, pelas distintas compreensões sobre o ato da doação, para ambas as partes. Como bem afirma Maria, única transplantada que conheceu a família do doador:

Maria: “Porque assim, é tipo um estranho pra você né doutora, você chegar e né, entrar na vida da pessoa né”.

Figueirêdo (2016) pontua, também, que falar sobre doação de órgãos para familiares que doaram é falar, algumas vezes, sobre esperança, a esperança de vida em um corpo morto, a esperança de continuidade da vida no corpo de outra pessoa, a esperança de aprender sobre a vida com a morte (FIGUEIRÊDO, 2016). Já para os/as transplantados/as é como se existisse uma dívida para com os/as doadores/as, posicionando a doação como complexa articulação na qual outros atores/atrizes se farão presentes.

Augusto: “É como se eu devesse um favor a família da pessoa que doou o coração para mim né, eu já procurei saber, mas a assistente social disse que tem que esperar que eles procurem. Ai eu tô esperando”.

De Benedetto *et al.* (2014) afirmam que o sentimento de gratidão e dívida são voltados muito mais para os profissionais. Entretanto, em nossas conversas, esses sentimentos estavam explicitamente voltados os para familiares do/a doador/a e para o/a próprio/a doador/a, pois, mesmo não os conhecendo, existe um vínculo construído pela nova oportunidade de viver. Assim, identificamos que há orientações também para os/as familiares doadores/as e para os/as próprios/as doadores/as, as construções, afetações e sentidos são produzidos a todo momento e frente a isso o conhecimento é parcial, situado.

As articulações, por meio dos vínculos, apresentaram-se nas conversas como fonte de força e de troca a todo momento, presentes entre familiares, profissionais da saúde, amigos/as,

trabalho, sociedade e instituição, doadores/as, a cada momento, em cada lugar. Diante de cada realidade, essas articulações produzirão fluxos e intensidades diferentes.

De Benedetto *et al.* (2014) afirmam que o amor aos familiares e a pulsão de vida representados pelas relações amorosas que pacientes estabelecem com o mundo, com as outras pessoas e consigo mesmos, mostraram-se tão fortes que levaram transplantados/as a suportarem experiências extremamente difíceis e a criarem novas formas de se relacionar. Nas nossas conversas, Maria deixa claro tal importância:

Maria: “É quando eu me acordei aí eu olhei vi o meu marido na beira da cama, né. Aí eu olhei pra ele assim: aí eu disse: eu fiz tudo isso por você. Eu disse assim, foi! Eu fiz tudo isso por você”!

Segundo Tavares (2004), a reintegração familiar, a implicação da rede social do/a transplantado/a nos seus projetos de vida são pontos importantes, pois são elementos que parecem envolver um bom prognóstico. Em conversas, percebemos a implicação de familiares e amigos/as ao longo de todo processo de transplante e as afetações desses vínculos.

Joana (familiar): “Tudo era ligando, tudo alegre, ligando. Eita meu Deus ligando, eita, nem pensei que o Augusto ia vencer, nem pensei que o Augusto ia vencer, os amigos dele mesmo, chegavam aqui, saíam chorando. Os amigos dele quando vinham olhar ele”.

Nesse período, a família nuclear é apresentada como fonte primária de cuidado e troca. Como bem afirmam Brito *et al.* (2007), a díade família-pessoa transplantada apresenta peculiaridades que não podem ser ignoradas, pois se reconhece que o êxito do transplante está diretamente relacionado às condições ambientais e emocionais adequadas ao contexto familiar e às relações de amizade, como afirma André, com sua rede de apoio:

André: “e minha esposa e minha mãe lutando comigo, até meu filhinho que era pequeno na época cuidava de mim”.

Tavares (2004) relata que pré-transplantados/as cardíacos/as podem ter dificuldades nos vínculos que podem ser em decorrência ou da fragilidade física em função da gravidade do adoecimento ou pelo receio do telefonema para realização do transplante, visto que a ligação telefônica, avisando da possibilidade do transplante, pode ocorrer sem data ou hora marcada. Percebemos isso quando Augusto (transplantado) descreve o dia em que recebeu a ligação.

Augusto: “aí um dia meus amigos me chamaram para ir tomar banho em uma bica e lá não dava área do telefone”.

O cuidado de Augusto em não ir para bica proporcionou a ele a possibilidade do transplante. Os cuidados com a saúde, bem como o receio de sair e perder um telefonema podem diminuir o contato social. Aqui, a relação entre humano e tecnologia (máquina), discutida por Haraway no “Manifesto do Ciborgue”, fica clara. Desse modo, a ligação telefônica traz a Augusto a possibilidade do transplante. Mesmo antes do transplante, as articulações necessárias do período pré-transplante já fazem de Augusto um ciborgue, meio humano, meio máquina, a espera de uma nova chance de viver. Logo, quem faz a articulação nesse caso é o telefonema.

Da mesma maneira, o período pós-transplante inicial também pode ser restrito a vínculos externos devido ao cuidado e às necessidades de restrições exigidos no período pós-operatório (TAVARES, 2004). Porém, ao longo de nossas conversas, percebemos que existem possibilidades de construções de vínculos utilizando outros recursos, como os telefonemas, ou mesmo a construção de novos vínculos com aqueles que estão passando por processos parecidos.

Vinícios: “Levaram eu e um colega, hoje pra mim é um colega. Um irmão, um amigo que eu vim conhecer ele lá na UTI, ele também é transplantado”.

Os vínculos se apresentam nas conversas ainda de modo coletivo de enfrentamento das dificuldades, como, por exemplo, quando Maria fala sobre sua vivência pós-transplante, incluindo todos os colegas transplantados que fazem parte do grupo de WhatsApp, como forma de expressar que não está sozinha.

Maria: “Né que tá essa luta da gente todinha né. A gente teve que se adaptar a isso, né. Tem mais uma coisa na vida da gente né”.

Vinício: “Aí, uma andorinha só não faz verão, não é isso”?

A importância de não estar ou se sentir sozinho/a pode possibilitar recursos emocionais para o processo de transplante e pós-transplante. Os/As profissionais da saúde e a instituição também apresentam significados importantes na vida dos/as usuários transplantados/as e de seus familiares. O vínculo, desde o momento da notícia até o pós-transplante, é afirmado nas conversas, primeiro demonstrando a importância da atenção dada.

José: “tava eu minha esposa meus dois filhos também. E foi explicar tudinho como era: senhor esfrie a cabeça que eu já fiz vários transplantes, que era mais de vinte pessoas transplantadas”.

Em seguida, a preocupação com a manutenção do vínculo.

Maria: “Aí é todo esse processo né doutora. Tudo que a gente sentir tem que falar pra o médico. Tudo, doeu uma unha, doeu um dente, a gente tem que falar pra o médico”.

Existe, ainda, a preocupação com o cuidado e com o “afastamento” que, em torno desse vínculo, podem significar, dando espaço para outras questões, o medo de o transplante estar dando errado, conforme expressado por Augusto:

Augusto: “E nenhum médico veio aqui pra me visitar, essa semana, se tiver alguma coisa pra acontecer me diga?! Foi. Que os médicos não tava vindo me ver mais. Aí depois veio, aí no outro dia veio uma equipe, veio os médicos, veio a psicóloga, veio homi, tanta gente veio”.

Além das dúvidas, incertezas e ambiguidades, usuários transplantadas/os e familiares constroem realidades subjetivas e compartilhadas sobre o TC e as mudanças percebidas. Como podemos ler nas conversas com os familiares:

Cátia (familiar): “Eu acharia assim, mesmo que ele foi transplantado, que ele ia continuar do mesmo jeito como era antes, mas não é”.

Joana (familiar): “Ele disse que não mudou não. As minhas irmãs falam que ele mudou porque, ele não gostava de conversar muito não, agora ele tá conversando mais. A minha irmã disse quando vem de Maceió aí fala : ah é, foi o coração que o Augusto ganhou que ele ficou, conversa mais um pouquinho, ele ficou mais animado”.

Para Costa e Guerra (2009), o processo pós-transplante abre espaço para a pessoa construir sua vida e integrar toda a experiência que o aproximou da finitude. A integração do órgão transplantado e as narrativas que a pessoa desenvolve em relação ao/a doador/a constituem um desafio para o desenvolvimento do seu “self”.

É interessante observar os posicionamentos nas conversas dos/as transplantados/as, contando quando vizinhos e familiares tiveram o primeiro contato com eles.

Maria: “Aí os meus vizinhos ia me visitar, aí falava assim, : ó eu falei pra ele que você agora não vai mais gostar dele não. Vai gostar da pessoa do coração.

Você agora é outra pessoa, é outra. Vai ter que fazer né, é outra pessoa. Os vizinhos mexendo com ele. Aí ele disse: eu conquisto de novo. Eu conquisto ela de novo ((rindo))”.

José: “depois do transplante porque ele (cunhado) disse: ah, o José não vai ser aquela pessoa mais não, vai estar com um coração de uma pessoa, ninguém sabe quem era essa pessoa, se era boa, se era ruim, ele vai mudar a maneira dele”.

Usuários transplantadas/os, familiares, vizinhos, amigos/as, entre outros, também buscam construir realidades por meio desse contato. Haraway (2000) afirma que o ciborgue, pela sua estranheza, produz impactos.

A espiritualidade e/ou a religiosidade também foram formas de articulação das/os transplantadas/os no processo de produção de sentidos tanto no período pré quanto no pós-transplante como forma de lidar com as afetações sobre a vida e a morte que surgem com o transplante.

Para Vasconcelos *et al.* (2015), na incerteza se o órgão esperado chegaria a tempo e com progressão dos sinais e sintomas incapacitantes, algumas pessoas encontram na espiritualidade alguma força para administrar tal situação, isso acontece antes e após o ato cirúrgico, com motivações diferentes para ambos os períodos. Percebemos, portanto, tais motivações explicitadas por Vasconcelos *et al.* (2015) nas conversas, quando Augusto traz a esperança renovada por meio de sua fé em Padre Cícero.

Augusto: “o telefone tocou e na mesma hora F., tinha um quadro de Padre Cícero na parede ele caiu, e foi um sinal que meu coração tinha chegado. Deus tá guiando e nosso Padim Ciço que caiu lá da parede”.

Ou como Vinício que, ao falar de sua história para receber o coração, coloca-o como presente de Deus.

Vinício: “Então, esse coração que eu tenho hoje, eu agradeço muito à Deus. Porque tinha quatro pessoas comigo pra esse coração. Três não foram compatível e eu fui. Porque eu tenho muita fé em Deus né, primeiramente. Então eu tô até hoje graças a meu bom Deus”.

O que pode ser sentida como uma nova chance dada por Deus.

Maria: “Paguei, acompanhar a procissão né, se eu sobrevivesse até lá, o coração. Acompanhar a procissão né. Ah isso eu fiz, isso eu fiz. Paguei com a benção de Deus. Acompanhei, graças a Deus. Acompanhei, deu tudo certo. Graças a meu bom Deus. Estou viva até hoje né doutora, tô viva hoje, né”.

Frente às vivências e experiências, os participantes e familiares encontram algumas dificuldades no nível espiritual nesse caminho, como podemos perceber na conversa com Maria.

Maria: “Depois do transplante eu sofri bastante doutora, assim, na parte espiritual. Porque assim doutora eu ficava vendo monstro. Na porta do meu quarto doutora, eu ficava vendo aquele monstro. Aquela coisa, aquela coisa doutora assim eu tava dormindo e aquele negócio vindo pra cima de mim, como que vai me pegar, sabe?”.

Maria, na intensidade de seus sentimentos e na construção de sua história, deixa clara as articulações entre a natureza e a cultura trazida por Haraway em “La promessa de los monstruos”. Maria, literalmente, “ficava vendo monstros”. Ela se assustava por estar com o coração de outra pessoa. A mãe da doadora disse a Maria ter pensado em desistir da doação pelo fato de a filha nunca ter expressado desejo de ser doadora. Maria estava com um coração não autorizado, estranho, que não a pertencia. Assim, a culpa, o medo, a vergonha eram sensações que a aproximavam de um monstro que ia para cima dela. Haraway (2000) nos ajuda a compreender que não cabe racionalizar esses processos vividos por Maria, pois foi apenas por meio de suas articulações com a família, amigos/as, e cultura que Maria decidiu aceitar seu novo coração.

Além da dificuldade de aceitação do coração, Ferazzo *et al.* (2011) afirmam que, devido à grande diversidade de entendimento das religiões acerca do momento de morte, a religião se torna um contraponto importante para a não-doação, visto que, na maioria das culturas, corpo e alma estão interligados.

Grande parte dos estudos mostra a crença de que a remoção de órgãos pode trazer malefícios à alma. O corpo, na cultura asiática, deve ser perfeito; se faltar alguma de suas partes, a alma torna-se infeliz. A retirada de órgãos pode ocasionar interferência negativa no desligamento do espírito do corpo. No budismo, remover órgãos é visto como perturbador da unidade integral de corpo e espírito, acarretando dor ao espírito e interferindo num renascimento bem-sucedido. Para o Taoísmo, corpo e natureza são alinhados, e retirar órgãos pode perturbar este equilíbrio. No Islamismo, o corpo é inviolável. Algumas culturas derivadas da doutrina budista, o xintoísmo e taoísmo não permitem a remoção de vísceras, não por não permitir a doação, mas porque seus rituais com o corpo após a morte impede tal prática. Embora o confucionismo considere louvável a atitude de doar órgãos, com base na cultura religiosa, os chineses consideram que o corpo deve ser mantido intacto para manter-se fiel ao recebido de seus pais e antepassados. Dentre outros fatores contraditórios à doação a crença no conceito de sepultamento do corpo inteiro, sem mutilação, mantém boa relação entre

os mortos e que remover órgãos compromete rituais de sepultamento (FERAZZO *et al.*, 2011).

A articulação com a religião é percebida não somente entre as/os usuáries transplantadas/os, mas também no processo de doação de órgão, pelas famílias doadoras. Dessa forma, Figueirêdo (2016) afirma que 19% das causas para recusa dos familiares para doação de órgão se dá devido à religiosidade, visto que algumas culturas e grupos religiosos não aceitam a morte enquanto as funções vitais não cessam.

No Brasil, existem poucos estudos que relacionam a crença religiosa, a doação e transplante de órgãos; paradoxalmente, o Brasil é um país de grande misticismo, com alta variedade de cultos e doutrinas religiosas. Fica percebido, então, que o ato de doar órgãos também é visto como forma proativa de manifestar o altruísmo religioso, e a decisão de doar estaria alinhada às convicções espirituais. De outro modo, o ato de doar tem uma conotação mística e religiosa no sentido de conceder a continuidade de vida a alguém (FERAZZO *et al.*, 2011). Porém, existe a ambiguidade entre o altruísmo citado pro Ferazzo *et al.* (2011) e a noção do corpo íntegro, sustentado pelas religiões ocidentais e orientais, o corpo que precisa ser velado na sua integridade que, por vezes, dificulta o processo de decisão da doação dos órgãos pelos familiares.

Por fim, as articulações com seus processos de trabalho. Diante do inesperado adoecimento, as pessoas transplantadas e seus familiares constroem novas formas de vivenciar as perdas ou ganhos nesse processo. Assim, cada uma das pessoas transplantadas apresentava uma profissão, Caminhoneiro, Auxiliar de cozinha, Vendedor, Auxiliar de pedreiro, prestador de serviço em irrigação de usina, que foi sendo perdida com o passar do tempo e avanço da doença.

Em pesquisa, Vasconcelos *et al.* (2015) afirmam que, superadas as dificuldades iniciais, as pessoas passam a retomar ou a planejar as atividades de seu cotidiano e de seu trabalho. Todos são aposentados/as e estabelecem, em seus cotidianos, as mais diversas atividades.

André: “Quem faz transplante é aposentado F., mas eu faço as coisas em casa e vou levar e buscar minha esposa no trabalho, fico com meu filho, sou um dono de casa ((risos)). Um bom dono de casa viu F”.

José: “É. Fazendo papel de avô, mas tô bem”.

Joana (familiar): “Aí tem vezes que a pia tá suja e ele vai lá e lava uns pratinho. Ai digo oia como ele mudou (?) é bonzinho pra lavar, aí ele lava uns pratinhos, sabe? Que ele não gosta de sujeira não”.

Maria: “Agora eu ajudo meu esposo no mercadinho que a gente tem aqui no povoado né, separo as coisas, ajudo ele, é ajudo”.

Com alguns existe ainda a tentativa de retomada de atividades antes desempenhadas, mas, com o tempo, reconhecem seus limites:

Vinício: “Que na minha situação, eu não posso, que eu sempre trabalhei de servente de pedreiro, eu não posso fazer. Já tentei fazer alguma coisa na minha casa e me dá logo, me dá uma agonia, aquela vontade que eu fazia, no pesado eu não posso fazer”.

Dessa forma, familiares, famílias dos doadores/as, profissionais, amigos, religiosidade, telefonemas e processos de trabalho apresentaram-se como articulações produtoras de ciborgues, visto que são esses processos de transformações e produção de ciborgues que Haraway (2000) nos ajuda a compreender. Assim, repensar a subjetividade humana e suas fronteiras, por meio de articulações, fluxos e intensidades, entre o humano e o não humano, auxilia na produção dos sentidos em todo processo de transplante.

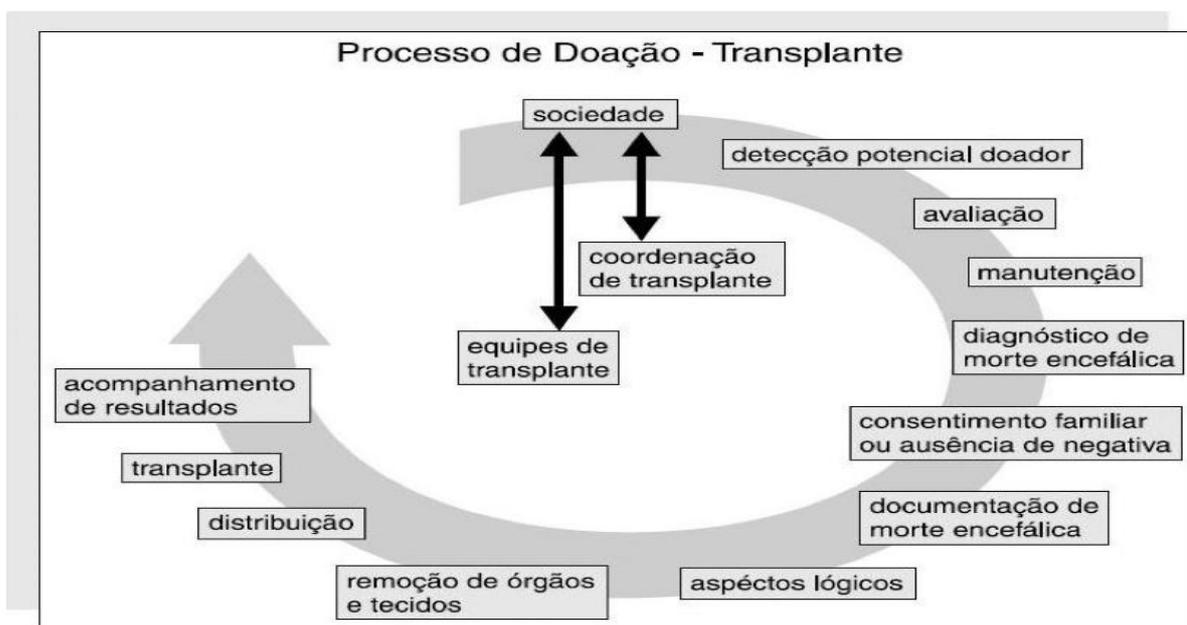
7.2 Fluxos – “eita, meu Deus, mudou tudo na minha vida, mainha, não foi não? Eu digo. Ah, mudou, que eu não fazia nada né? E hoje tô fazendo tudo”

Todo processo de TC é permeado pelos fluxos, caracterizados pelos caminhos percorridos, permanências, continuidades, transformações, mudanças, rupturas, entre outros. Por exemplo, o acesso à medicalização ou não, às relações com as políticas públicas, ao processo em si do transplante.

Nesse contexto, a possibilidade de um TC inicia-se com o agravamento de um adoecimento já instalado e percorre desde o diagnóstico de cardiopatia crônica à inserção na lista de espera, o aguardo de um/a doador/a compatível e as vivências (fluxos) que permeiam esse período até o pós-transplante.

Existe, portanto, em todo esse processo, um fluxo no qual critérios de inclusão e exclusão precisam ser respeitados. O fluxo para conseguir um coração é apresentado na Figura 5.

Figura 5 – Processo de doação – transplante



Fonte: ABTO (2009).

Doador com morte encefálica e consentimento da família; Idade inferior a 50 anos; Compatibilidade ABO entre doador e receptor; Ausência de doença cardíaca prévia; Peso compatível (diferença < 20% para menor); Ausência de neoplasia maligna exceto tumor cerebral primário; Quanto à compatibilidade imunológica, os receptores com painel linfocitário, realizado previamente, inferior a 10%, podem ser transplantados sem esperar outras provas, entretanto aqueles com painel mais alto devem aguardar realização da prova cruzada.

Quanto ao pós-transplante, foi possível observar que a maior preocupação em torno do fluxo está na rejeição do órgão. A 3ª Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco (BACAL, 2018) descreve todo processo para monitoração do painel imunológico, porém temos percebido que, apesar de extrema importância nesse controle, não é apenas o biológico que influencia no processo pós-transplante. No entanto, não há descrição detalhada, bem como nenhum fluxo descrito para acompanhamento pós-transplante como um todo.

Até mesmo quando falamos sobre doação e doadores, sabemos que a orientação médica para a/o transplantada(o) cardíaco é a de que ele não deve procurar a família do doador, mas aguardar que a família o procure. Compreendo esse ponto como um processo muito importante no pós-TC, sendo apontado por todos os participantes da pesquisa, em nossas conversas. Porém inexitem leis, diretrizes ou políticas que regularizem esse fluxo.

Para as/os transplantados todo processo é descrito e eles constroem por vezes seus próprios fluxos. No período pré-transplante, as dificuldades físicas e emocionais limitam a

pessoa a realizar coisas simples, desde tomar um banho a vestir uma roupa. Como bem afirmou Augusto que, inicialmente, nega as mudanças que ocorreram em sua vida. Entretanto, com a própria conversa, o/a participante toma consciência da transformação vivenciada.

Augusto: “Não mudou nada não. Hoje eu joga bola que antes eu não jogava, faço minha caminhada, que antes eu ficava sem folego não aguentava dar nem uma passada”.

Augusto: “eita meu Deus, mudou tudo na minha vida mainha, não foi não? Eu digo. Ah, mudou, que eu não fazia nada né? E hoje tô fazendo tudo”.

É importante salientar que tais transformações não necessariamente são percebidas como perdas. Haraway (2000) afirma que as mudanças não precisam ser fatalistas, negativas ou que não levem a lugar algum ou mesmo à paralisia, porém não podemos ir para outro polo considerando tais mudanças como salvação que levaram a um futuro brilhante. Nessa perspectiva, somos ciborgues, não bem definidos, precisamos ficar com o problema, e ficar com o problema é estar articulado e a partir dessas articulações construir respostas singulares e situadas em torno de vivências e experiências próprias. Tais transformações não são tidas como perdas, mas como novas possibilidades de produzir e/ou contar uma história.

De Benedetto *et al.* (2014) afirmam que pacientes em fila de TC, assim como seus familiares, têm conhecimento de que existe a possibilidade de “cura” por meio do emprego de recursos de alta tecnologia, mas não a garantia de que se chegará a ter acesso a eles, pois é impossível controlar o surgimento de um/a doador/a compatível.

O próprio processo de doação de órgãos é permeado de articulações/fluxos: com o próprio corpo, com o corpo do outro, com suas emoções, com a troca entre familiares/profissionais/familiares, as articulações quanto à divulgação e busca de aceitação da doação, às cirurgias, aos transportes do órgão/corpo, aos equipamentos, entre outros.

Tais articulações, como produção de sentidos sobre a doação de órgãos, constroem sentidos na vida dos familiares do/a doador/a, que atribuem à doação a continuidade da vida de seu familiar em outra pessoa. Já para outras famílias, não há possibilidade de ter seu parente vivendo por meio da doação, pela finitude da existência (FIGUEIREDO, 2016).

Mesmo com as tentativas de utilizar a ciência e a tecnologia como paradigma do racionalismo e a insistência em materializar a natureza do TC como forma de posse e reificação, é impossível estabilizar esse processo, visto que são muitos atores/atrizes envolvidos/as, sejam eles humanos ou não humanos.

Ilustrando a instabilidade do processo, o tempo para cada transplante depende de inúmeras questões, até mesmo da condição sócio-econômica da família. A realização de exames de urgência, ou mesmo na prestação de algum tipo de assistência, em alguns/mas pessoas com doença cardiopata crônica e familiares consegue redirecionar os fluxos, como nos conta Ana:

Ana(familiar): “Então assim a gente foi muito abençoado de poder custear mesmo se apertando, mas a gente podia custear e não esperar pelo SUS. E também não precisar de transporte tipo ambulância, essas coisas, pra ir pra Maceió a gente também conseguiu custear ainda”.

As dificuldades implicadas no processo de TC se dão por meio da adaptação às mudanças de estilo de vida após o transplante, dificuldades de retorno ao trabalho e/ou atividades diárias de adaptação à vida social (VASCONCELOS *et al.*, 2015; DE BENEDETTO *et al.*, 2014; TAVARES, 2004).

Sob esse prisma, durante as conversas, foi possível perceber as barreiras e dificuldades nos processos de transplantes, realçando políticas públicas deficitárias. Segundo Barreto (2000), em sua pesquisa intitulada “Impactos sociais do transplante cardíaco”, existe um elevado custo social atribuído à IC, não somente pelas internações sucessivas que ela acarreta, como também à necessidade de assistência ambulatorial ininterrupta, ao uso constante de múltiplas medicações e aos complexos procedimentos clínicos e cirúrgicos.

Todos os custos e mudanças, por vezes, tornam-se agravantes no processo pós-transplante, como podemos observar nas conversas com nossos/as participantes:

Vinício: “É infelizmente, essa medicação a gente não tem condições de comprar que o valor é mais de dois mil reais. E a gente não tem condições de comprar”.

Maria: “Muita: muita dificuldade doutora, tem que entrar pela justiça. Tem que entrar na justiça. Aí pronto a gente passou do transplante, tem todo esse processo. Aí pra sobreviver a gente tem que tomar o medicamento. Aí tem que correr atrás, entendeu doutora?”

A Portaria n.º 2.600, de 21 de outubro de 2009, aprova o Regulamento Técnico do SNT:

As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal deverão estabelecer um planejamento regional hierarquizado para formar uma Rede de Serviços Estadual e/ou Regional de Atenção ao Paciente, composta por estabelecimentos de saúde e/ou suas respectivas equipes especializadas, autorizadas pelo Ministério da Saúde, a realizarem captação/transplante de órgão e tecidos e que sejam responsáveis pela atenção aos pacientes durante o período pré e pós-transplante (BRASIL, 2009).

No entanto, as pessoas transplantadas muitas vezes se sentem desamparadas diante desse processo, o que faz emergir alguns medos e/ou inseguranças:

Vinício: “Eu passei uns dias aí sem medicação. Aí eu tava notando que tava dando até desmaio em mim em casa”.

André: “Eu tomo (medicação), as vezes só fico receoso com faltar né F., até agora não faltou, mas tem um que não dá e isso preocupa a gente. Nesse período de pandemia a gente teve poucas consultas também o que deixa a gente um pouco assim, mas tem dado certo”.

Para Lemos (2003), o acesso a bens e serviços não pode continuar inibido ou bloqueado, pois acarreta muitos problemas, inclusive, desequilíbrio no orçamento familiar, fato que efetivamente acontece com muitos transplantados/as, pois, além de todas as restrições alimentares, do cuidado no ambiente que vive e o sustento por vezes apenas da aposentadoria, precisam dispor de recursos para compra de medicamentos, devido à falta da medicação disponível pelo SUS. Consequentemente, os vínculos, apoio e suporte são descritos como fatores de enfrentamento para que, assim, o acesso às políticas públicas de saúde possa ocorrer.

As dificuldades de acesso às políticas públicas de saúde levam os/as transplantados/as a buscar novas estratégias para lidar com a vivência do transplante, seja a partir da própria família, amigos/as, da tentativa de mobilização/reivindicação de seus direitos ou, até mesmo, da utilização dos recursos próprios para manutenção da vida.

7.3 Intensidades - “quantas lutarias vai ser né doutora, pra gente poder sobreviver?”

Até o momento, vimos aspectos vinculados às articulações e aos fluxos: articulações entre doação e transplante, família e amigos/as, família do doador, profissionais de saúde, espiritualidade, instituições de saúde, trabalho, o “telefonema”; fluxos percorridos desde o adoecimento até a busca pela manutenção da vida, pelas dificuldades de acesso às políticas públicas e às medicações, exames, transporte e as transformações na vida laboral e cotidiana advindas do transplante. Todo esse processo leva as pessoas transplantadas e seus familiares a uma multiplicidade de sentimentos.

Figueirêdo (2016) afirma que a vivência do processo de doação e transplante de órgãos e tecidos pode desencadear situações conflitantes diante da complexidade dos aspectos normativos e burocráticos das etapas norteadas por protocolos e rotinas de procedimentos, contempladas em Leis e Portarias¹.

No período pré-transplante, as dúvidas, medos e angústias se intensificam. A luta pela espera do coração novo e a incerteza de conseguir viver até lá são manifestadas por Maria:

Maria: “Mais pra frente só o coração, mais pra frente só o coração. E eu batalhando doutora! - A cada dois passos eu pegava uma depressão”.

No momento da notícia, de que havia um coração para realização do transplante, todos os sentimentos se intensificaram, um turbilhão de emoções retomado, fazendo com que o corpo físico reaja a esse turbilhão, como bem expressa Augusto e Valéria:

Augusto: “a gente ficou tudo se tremendo, vestindo a roupa”.

Valéria (familiar): “chega deu aquela apertada no peito como se fosse um pressentimento”.

Após o transplante, novos questionamentos surgem, pois o processo não para por aí, como questiona Maria:

Maria: “quantas lutarias vai ser né doutora, pra gente poder sobreviver?”.²

Sobreviver é resistir ao efeito de algo e continuar, mas Maria deixa claro que não é só resistir. A cada momento, as vivências do transplante despertam sentimentos ambíguos, tanto nas pessoas transplantadas quanto em seus familiares. Uma imersão no desconhecido sempre. As articulações, fluxos e intensidades mantem-se na dúvida, no medo do que virá – como bem afirma Maria: “quantas lutarias vai ser?”. Canguilhem nos ajuda a pensar sobre isso quando aponta que, o humano, em seu aspecto físico, não se limita a seu organismo:

O homem, tendo prolongado seus órgãos por meio de instrumentos, considera seu corpo apenas como um meio de todos os meios de ação possíveis. É, portanto, além do corpo que é preciso olhar, para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo (CANGUILHEM, 1995, p. 162).

Canguilhem traduz as afetações de Maria: as lutarias estão para além dos aspectos físicos. Estão no sentimento de insegurança, nas incertezas em torno do tratamento, na assistência, na ambiguidade vivenciada em torno do processo de transplante. Lutaria que permanece na busca de novas construções e sentidos por meio de cada história.

¹ Essas Leis e Portarias constituem a política de transplante do Brasil.

Stolf e Sadala (2006) afirmam que é complexa e contraditória a trajetória percorrida no TC, mostrando-se ambígua, muitas vezes: esperar pelo transplante significa sofrimento e incerteza, mas é um privilégio encontrar um/a doador/a, embora sentindo culpa pela sua morte; ter o coração transplantado significa viver e produzir novas formas de protagonismo na vida, sabendo que terá um tratamento que se prolongará para sempre. O futuro é incerto, mesmo que haja algum futuro.

Nas conversas, apenas uma das pessoas transplantadas pôde conhecer e se articular com a família doadora e a empatia e o cuidado se fizeram presentes. Aqui, percebemos o quanto as articulações entre doadores e receptores do coração são permeadas de intensidades que, nessa realidade subjetiva e compartilhada, produz afetações/transformações.

Maria: “Ela chora quando me vê, me abraça chora bastante, chora. Posso escutar o coração da minha filha batendo em você? Pode, fique à vontade”.

Ao falarem de suas vivências, os(as) transplantados(as) e seus familiares apresentaram, em suas histórias, ambiguidade de sentimentos, como no momento em que Maria, José e André souberam que precisariam do transplante:

Maria: “ai doutora eu desmaiei na hora, desmaiei. Vai me cortar, vai me serrar, vai doer, meu Deus vai doer, vai doer, só pensava nisso doutora. Vai doer, vai me serrar vai doer”;

José: “foi a mesma coisa que jogar um balde d’água em cima de mim. Porque é um pé no tudo certo, resolveu e o outro pode dar errado, e se der errado? Num tem como, num tem volta.”.

André: “eu não sabia se eu tava feliz ou triste com aquela situação. Era um turbilhão de emoções digamos assim. Porque eu não sabia o que eu queria, eu não sabia se eu queria fazer um transplante que eu tava assustado, não vou negar para você, é um susto”...

O funcionamento do corpo, após o transplante, fez alguns transplantados(as) se colocarem em posição de testagem de seu funcionamento. Pode-se perceber, então, que as articulações com o próprio corpo produzem efeitos e ajudam, ou buscam, desenvolver potencial para o inesperado. Com permissão de Fabiana, disse André:

André: “((risos)) Fabiana, posso contar? Depois que eu fui para a enfermaria, eu disse Fabiana vamos testar logo porque se der alguma coisa eu já to aqui (risos). Foi um dia, só estávamos nos dois na enfermaria, ai quando todo mundo foi dormir, apagaram as luzes eu disse Fabiana é agora ((risos)), ai deu tudo certo, tava até melhor (risos), no outro dia novamente, ai quando foi no

outro dia, colocaram outro paciente na nossa enfermaria, ai acabou-se a festa F. ((risos))”.

André conta como foi voltar à atividade sexual após o transplante, a dúvida/curiosidade quanto ao seu funcionamento físico não deixou esperar sua alta, além do medo e da insegurança em relação a tudo que poderia acontecer. É nítido como todo processo de TC necessita de ampla mudança nos hábitos de vida e nas adaptações estruturais, familiares, sociais, espirituais e econômicas, como novas formas de construção da realidade.

Como disse André, é um susto, mesmo no momento de sofrimento pela fragilidade física, descobrir que sua única possibilidade é um transplante, o que traz à tona intensas emoções, que só podem ser descritas por meio de metáforas, que são repertórios que auxiliam as pessoas na construção de suas realidades. Como André mesmo descreve:

André: “nós somos um risco dobrado”.

O que é ser um risco dobrado? – o que é ser um ciborgue? O que é ser um monstro? – na intensidade da vivência de um transplante, parte eu, parte outro, parte máquina, parte química, parte da parte daquilo que é permitido que eu viva, que eu lute, que eu exista enquanto ciborgue: “*quantas lutarias vão ser?*”.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de TC é permeado por diversos/as atores/atrizes e múltiplos sentidos que são construídos de forma subjetiva, cheios de afetações e transformações situados em cada contexto, produzindo realidades singulares.

De forma situada, percebemos que o processo de TC acarreta mudanças não apenas físicas e não somente na vida das pessoas que realizam o procedimento, mas também na de familiares, amigos e daqueles que, de alguma forma, entram em contato com essa vivência.

Nesta pesquisa, foi percebida a importância das articulações, fluxos e intensidades apresentadas por Haraway que nos auxiliam a compreender o processo de TC desde o agravo da doença cardíaca, já instalada, até o momento atual, de luta e cuidado para manter o novo coração vivo.

Por meio deste estudo, foi possível perceber a importância da doação de órgãos e o quanto esse ato pode transformar a vida das pessoas. Tais mudanças foram identificadas não somente na melhora da saúde física mas também nos processos psicossociais envolvidos. Cabe ressaltar a importância deste trabalho para visibilizar novos diálogos sobre as afetações desse processo e maior viabilização de doações de órgãos no Estado de Alagoas.

É fundamental que a assistência às pessoas transplantadas não se restrinja apenas ao processo pré-transplante, mas se estenda para a importância de maior e efetiva atuação de políticas públicas de saúde durante todo o processo, inclusive no pós-transplante, considerando que apareceram, nas conversas, sensações de desamparo sentido pelas/os usuárias transplantadas/os e familiares na continuidade do acompanhamento de sua saúde, bem como de acesso às medicações e assistência quanto às dificuldades que podem ocorrer ao longo de sua recuperação e tratamento. Apesar de o SNT garantir assistência à saúde e acesso aos medicamentos, quase em sua totalidade pelo SUS, mesmo após o transplante, não está detalhado como essa assistência será prestada, e parece ser relevante maior descrição dessa política pública, quais articulações podem ser realizadas e quais fluxos podem ser construídos para um acesso direto e digno à continuidade no tratamento.

Portanto, a participação das/os transplantadas/os na construção dessas políticas públicas é de extrema importância para o desenvolvimento de um sistema que reflita efetivamente a realidade dessas pessoas.

Dessa forma, a pesquisa tenta auxiliar no avanço de uma psicologia da saúde necessariamente articulada com as políticas públicas de cuidado, com o contexto social e implicada em todo processo de TC. Assim, uma das contribuições da psicologia é compreender

as produções de sentidos, as afetações e os cuidados à saúde mental das/os usuáries e familiares, inclusive no pós-TC. Ressalta-se, ainda, a necessidade de maior visibilidade das vivências e experiências das pessoas transplantadas/os cardíacas/os nas pesquisas.

REFERÊNCIAS

- ABTO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Diretrizes básicas para captação e retirada de múltiplos órgãos e tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos**. São Paulo: ABTO, 2009.
- ABTO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS. **Covid-19 e o impacto na doação e transplantes de órgãos e tecidos**. Desafios do transplante na pandemia da covid-19. São Paulo: ABTO, 2020.
- ACIOLI, Rosalvo. **Contribuição à História da Cardiologia em Alagoas**. Maceió, 2018.
- ÅGREN, Susanna *et al.* Psychosocial aspects before and up to 2 years after heart or lung transplantation: Experience of patients and their next of kin. **Clinical transplantation**, v. 31, n. 3, p. e12905, 2017.
- AGUIAR, Fernando de. **Do diálogo ao transplante: educação permanente na perspectiva de Freire**. 2014.
- ALMGREN, Matilda *et al.* The meaning of being in uncertainty after heart transplantation—an unrevealed source to distress. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 16, n. 2, p. 167-174, 2017.
- ANGERAMI, Valdemar Augusto (org.). **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014.
- ARAGAKI, Sérgio Seiji; PIANI, Pedro Paulo; SPINK, Mary Jane. Uso de repertórios linguísticos em pesquisas. *In*: SPINK, M. J. P.; BRIGAGÃO, J. I. M.; NASCIMENTO, V. L. V.; CORDEIRO, M. P. **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014.
- ARAÚJO, Anna Yáskara Cavalcante Carvalho de *et al.* Declínio nas doações e transplantes de órgãos no Ceará durante a pandemia da COVID-19: estudo descritivo, abril a junho de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, e2020754, 2020.
- AVILA, Mônica Samuel; BELFORT, Deborah de Sá Pereira. Avanço do Transplante Cardíaco no Brasil: É Hora de se Construir um Banco de Dados Nacional? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, p. 754-755, 2021.
- BACAL, Fernando *et al.* 3ª diretriz brasileira de transplante cardíaco. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, v. 111, p. 230-289, 2018.
- BAKHTIN, Mikhail. **Marxismo e filosofia da linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1979.
- BARANYI, Lucas. Homem recebe transplante raríssimo e vive com dois corações. **Superinteressante**, 20 fev. 2018. Disponível em: <https://super.abril.com.br/saude/homem-recebe-transplante-rarissimo-e-vive-com-dois-coracoes/>. Acesso em: 10 maio 2022.

BARRETTO, Antonio Carlos Pereira. Insuficiência cardíaca no terceiro milênio. *In: BARRETTO, Antonio Carlos Pereira. **Insuficiência cardíaca no terceiro milênio.** São Paulo: Lemos, 2000. p. 199-199.*

BARROS, Lia Bezerra Furtado *et al.* Cuidado clínico de enfermagem fundamentado em Parse: contribuição no processo de transcendência de transplantados cardíacos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, e60658, 2017.

BATISTA, Neiza Cristina Santos; BERNARDES, Jefferson; MENEGON, V. S. M. **Conversas no cotidiano: um dedo de prosa na pesquisa.** *In: SPINK, M. J.; BRIGAGÃO, J. Nascimento V.; CORDEIRO, M. (Orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas.** Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 98-123.*

BESTETTI, Reinaldo B. Psychological assessment before heart transplantation: more hope to candidates in Brazil? **Revista brasileira de cirurgia cardiovascular: órgão oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 29, n. 3, p. 463, 2014.

BORGES, Lenise Santana. Feminismos, teoria queer e psicologia social crítica:(re) contando histórias.. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, p. 280-289, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil é o segundo maior transplantador de órgãos do mundo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/brasil-e-o-segundo-maior-transplantador-de-orgaos-do-mundo>. Acesso em: 4 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. Aprova o Regulamento Técnico do Sistema Nacional de Transplantes. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, p. 77-77, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 196/96, de 10 de outubro de 1996.** Incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html#:~:text=Esta%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20incorpora%2C%20sob%20a,da%20pesquisa%20e%20a%20Estado. Acesso em: 10 maio 2021.

BRITO, Lise Maria Pinheiro de Mattos; PESSOA, Vera Lúcia Mendes de Paula; SANTOS, Zélia Maria de Souza Araújo. A família vivenciando o transplante cardíaco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, p. 167-171, 2007.

BURKER, Eileen J. *et al.* Educational level, coping, and psychological and physical aspects of quality of life in heart transplant candidates. **Clinical transplantation**, v. 23, n. 2, p. 233-240, 2009.

BUNZEL, Brigitta; WOLLENEK, Gregor; GRUNDBÖCK, A. Living with a donor heart: feelings and attitudes of patients toward the donor and the donor organ. **The Journal of Heart and Lung Transplantation: The Official Publication of the International Society for Heart Transplantation**, v. 11, n. 6, p. 1151-1155, 1992.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Maria de Threza Redig de C. Barrocas e Luiz Octávio F. B. Leite. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CANNAVÒ, Antonino *et al.* Quality of Life Before and After Transplantation in Solid Organ Recipients Referred to the North Italy Transplant program (NITp): A Cross-sectional Study. **Transplantation proceedings**, p. 1692-1698, 2019.

CASTRO, Elisa Kern de; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v24n3/v24n3a07.pdf>. Acesso em: 2 maio 2022.

CATER, Rachel; TAYLOR, Julie. The experiences of heart transplant recipients' spouses during the pretransplant waiting period: integrative review. **Journal of clinical nursing**, v. 26, n. 19-20, p. 2865-2877, 2017.

CARVALHO, Denis Barros de. Psicologia da saúde crítica no contexto hospitalar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 2, p. 350-365, 2013.

CASTRO, Elisa Kern de; BORNHOLDT, Ellen. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 48-57, mar./ago. 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300007. Acesso em: 13 jan. 2022.

CHIMENTI, Maria Cecília *et al.* **A identidade do cardiopata crônico e o sentido atribuído à medicalização no transplante cardíaco**. 2007. 166 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

CHIODI, Yama. Aulas Abertas Estudos de Gênero – Donna Haraway. IFCH UNICAMP. YouTube, 2021. Disponível em: https://youtu.be/HpGewgik_yE. Acesso em: 14 jan. 2022.

CHOU, Yu-Ying, *et al.* Impact of fatigue characteristics on quality of life in patients after heart transplantation. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 32, n. 6, p. 551-559, 2017.

CONWAY, Aaron *et al.* Accuracy of anxiety and depression screening tools in heart transplant recipients. **Applied Nursing Research**, v. 32, p. 177-181, 2016.

CONWAY, Aaron *et al.* The effectiveness of non-pharmacological interventions in improving psychological outcomes for heart transplant recipients: A systematic review. **European journal of cardiovascular nursing**, v. 13, n. 2, p. 108-115, 2014.

COSTA, Sílvia; GUERRA, Marina Prista. O luto no transplantado cardíaco. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 10, n. 1, p. 49-55, 2009.

CUNHA, Sara dos Santos *et al.* Psychological assessment of patients undergoing cardiac transplant in a teaching hospital (2004 to 2012). **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 29, n. 3, p. 350-354, 2014.

DE BENEDETTO, Maria Auxiliadora Craice; VIEIRA, Nadia Vitorino; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. Memória do Coração: visões acerca do coração humano a partir da experiência do transplante. **MEDICA REVIEW. International Medical Humanities Review/Revista Internacional de Humanidades Médicas**, v. 3, n. 1, p. 25-39, 2014.

DELIBASIC, Maja *et al.* Pre-transplant depression as a predictor of adherence and morbidities after orthotopic heart transplantation. **Journal of cardiothoracic surgery**, v. 12, n. 1, p. 2-7, 2017.

DOERING, Lynn V. *et al.* Perceived control and health-related quality of life in heart transplant recipients. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 17, n. 6, p. 513-520, 2018.

FARIA, Vanessa Silveira *et al.* Associação entre qualidade de vida e prognóstico de pacientes candidatos ao transplante cardíaco: estudo transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, e3054, 2018.

FARMER, Steven A. *et al.* Demographic, psychosocial, and behavioral factors associated with survival after heart transplantation. **The Annals of thoracic surgery**, v. 95, n. 3, p. 876-883, 2013.

FERAZZO, Sílvia *et al.* Crença religiosa e doação de órgãos e tecidos: revisão integrativa da literatura. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 1, n. 3, p. 449-460, 2011.

FERNANDES, Paulo Manuel Pêgo; CAMPOS, José Ribas Milanez. **80 anos de História da Disciplina de Cirurgia Torácica da FMUSP**. São Paulo: Editora USP, 2014.

FERREIRA, Jaqueline. O corpo sógnico. **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 101-12.

FIGUEIRÊDO, Eyre Malena Ferreira de. **Donatio: Presentear ou Estar Presente? A Produção de Sentidos na Doação de Órgãos**. Orientado: Jefferson de Souza Bernardes. 2016. 61 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2016.

FREITAS, Natália Cristina Cardoso *et al.* Dezesesseis Anos de Transplante Cardíaco em Coorte Aberta no Brasil: Análise de Sobrevivência de Pacientes em Uso de Imunossuppressores. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, p. 744-753, 2021.

GALLO, Linda C.; MATTHEWS, Karen A. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? **Psychological bulletin**, v. 129, n. 1, p. 10-51, 2003.

GALVÃO, Maria Cristiane Barbosa; RICARTE, Ivan Luiz Marques. Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. **Logeion: Filosofia da informação**, v. 6, n. 1, p. 57-73, 2019.

GAUDENZI, Paula. Intersexualidade: entre saberes e intervenções. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00000217, 2018.

GORAYEB, Ricardo. Psicologia da saúde no Brasil. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, p. 115-122, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722010000500010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 jan. 2022.

GRACIA, Tomás Ibáñez. La dimensión política de la psicología social. **Revista latinoamericana de psicología**, v. 25, n. 1, p. 19-34, 1993.

GRADY, Kathleen L. *et al.* Factors associated with stress and coping at 5 and 10 years after heart transplantation. **The Journal of Heart and Lung Transplantation**, v. 32, n. 4, p. 437-446, 2013.

GRADY, Kathleen L. *et al.* Gender differences in appraisal of stress and coping 5 years after heart transplantation. **Heart & Lung**, v. 45, n. 1, p. 41-47, 2016.

HARAWAY, Donna. Las promesas de los monstruos: Una política regeneradora para otros inapropiados/bles. Tradução de Elena Casado. **Revista Política y Sociedad**, Madrid, n. 30, p. 121-163, 1999.

HARAWAY, Donna. **Las promesas de los monstruos**. Barcelona: Holobionte Ediciones, 2019.

HARAWAY, Donna. Manifesto ciborgue. **Antropologia do ciborgue**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos pagu**, n. 5, p. 7-41, 1995.

HASAN, Ayesha; KITTLESON, Michelle M. Heart transplantation in women. **Heart failure clinics**, v. 15, n. 1, p. 127-135, 2019.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1994.

IÑIGUEZ, Lupicínio. La psicología social en la encrucijada postconstruccionista: historicidad, subjetividad, performatividad, acción. **XII Encontro Nacional da ABRAPSO**, n. 12, p. 1-15, 2003.

INSPECTOR, Yoram; KUTZ, Ilan; DANIEL, David. Another person's heart: magical and rational thinking in the psychological adaptation to heart transplantation. **The Israel journal of psychiatry and related sciences**, v. 41, n. 3, p. 161-173, 2004.

IVARSSON, Bodil; EKMEHAG, Björn; SJÖBERG, Trygve. Waiting for a heart or lung transplant: Relatives' experience of information and support. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 30, n. 4, p. 188-195, 2014.

KABA, Evridiki; THOMPSON, David R.; BURNARD, Philip. Coping after heart transplantation: a descriptive study of heart transplant recipients' methods of coping. **Journal of advanced nursing**, v. 32, n. 4, p. 930-936, 2000.

KOP, Willem J. Role of psychological factors in the clinical course of heart transplant patients. **The Journal of Heart and Lung Transplantation**, v. 29, n. 3, p. 257-260, 2010.

KUBZANSKY, Laura D.; KAWACHI, Ichiro. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease?. **Journal of psychosomatic research**, v. 48, n. 4-5, p. 323-337, 2000.

LANGENBACH, M. *et al.* Comparison of social support and psychosocial stress after heart and liver transplantation. **Transplantation proceedings**, Elsevier, p. 938-939, 2008.

LEMOS, Cláudia Regina Haponczuk de. **Impacto social do transplante cardíaco**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2003.

LÍDIA, M. M. Há 50 anos, o sul-africano Christiaan Barnard tornava-se pioneiro em cirurgia de transplante de coração. **Blog da Lídia Maria de Mello**, 2 dez. 2017. Disponível em: https://lidiariamariademelo.blogspot.com/2017/12/ha-50-anos-o-sul-africano-christiaan_2.html. Acesso em: 10 maio 2022.

MADAN, A. *et al.* Beyond rose colored glasses: the adaptive role of depressive and anxious symptoms among individuals with heart failure who were evaluated for transplantation. **Clinical transplantation**, v. 26, n. 3, p. E223-E231, 2012.

MATOS, Selme Silqueira de *et al.* Transplante cardíaco: perfil demográfico e epidemiológico de pacientes em um hospital de grande porte em Belo Horizonte. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 248-253, 2011.

MAUTHNER, Oliver E. *et al.* Heart transplants: Identity disruption, bodily integrity and interconnectedness. **Health**, v. 19, n. 6, p. 578-594, 2015.

MEDRADO, Benedito; SPINK, Mary Jane Paris; MÉLLO, Ricardo Pimentel. Diários como atuantes em nossas pesquisas: narrativas ficcionais implicadas. *In*: SPINK, Mary Jane Paris; BRIGAGÃO, Jacqueline Isaac Machado; NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do; CORDEIRO, Mariana Prioli (Orgs.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. p. 274-294.

MENDES, Eugênio Vilaça. 25 anos do sistema único de saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/gzYFsDyxzXPjJK8WvWvG8th/?lang=pt>. Acesso em: 1 fev. 2022.

MILANIAK, Irena *et al.* Relationship between satisfaction with social support and self-efficacy and the occurrence of depressive symptoms and stress in heart transplant recipients. **Transplantation proceedings**, p. 2113-2118, 2018.

MILANIAK, Irena *et al.* Role of personal resources in depression and stress in heart transplant recipients. **Transplantation proceedings**, p. 1761-1766, 2016.

MINAYO, Maria C. de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

OLIVEIRA, Ana Luiza de Oliveira e; SPADACIO, Cristiane. Princípios e diretrizes no Sistema Único de Saúde: histórico, princípios e diretrizes. **Sabiá**, 2018. Disponível em: https://avassus.ufrn.br/pluginfile.php/652149/mod_page/content/2/Texto%20-%20Unidade%201.pdf. Acesso em: 3 fev. 2022.

OLIVEIRA, M. F. P. Aspectos emergentes da psicologia em cardiologia no terceiro milênio. *In*: ALMEIDA, C. P.; RIBEIRO, A. L. A. (Eds.). **Psicologia em cardiologia: novas tendências**. Campinas, SP: Alínea. 2008. p. 7-10.

PALMAR-SANTOS, Ana M. *et al.* The life and death construct in heart transplant patients. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 18, n. 1, p. 48-56, 2019.

PARKER, Alice *et al.* Quality of life in adult survivors after paediatric heart transplantation in Australia. **Cardiology in the young**, v. 29, n. 7, p. 939-944, 2019.

PAULUS JÚNIOR, Aylton; CORDONI JÚNIOR, Luiz. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-456251>. Acesso em: 1 fev. 2022.

PEREIRA, Ana Augusta Maria. **Transplante cardíaco-o ninho da fênix: um estudo sobre as relações objetivas de pacientes em processo de transplante cardíaco**. 2006. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PEYROVI, Hamid; RAIESDANA, Nayyereh; MEHRDAD, Neda. Living with a heart transplant: a phenomenological study. **Progress in transplantation**, v. 24, n. 3, p. 234-241, 2014.

PFEIFER, Paula Moraes; RUSCHEL, Patricia Pereira; BORDIGNON, Solange. Coping strategies after heart transplantation: psychological implications. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 28, n. 1, p. 61-68, 2013.

PHAN, Anita *et al.* Persistent sexual dysfunction impairs quality of life after cardiac transplantation. **The journal of sexual medicine**, v. 7, n. 8, p. 2765-2773, 2010.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. **Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada estado (2012-2019)**. São Paulo: ABTO, 2019.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. **Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/junho 2020**. São Paulo: ABTO, 2020. Disponível em: <https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2020/08/rbt-1sem-final-leitura.pdf>. Acesso em: 10 maio 2022.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. **Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/junho 2021**. São Paulo: ABTO, 2021. Disponível em: <https://site.abto.org.br/wp-content/uploads/2021/05/rbt1sem-naoassociado-1.pdf>. Acesso em: 10 maio 2022.

REGISTRO BRASILEIRO DE TRANSPLANTES. **Dados Numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro/junho 2022.** São Paulo: ABTO, 2022.

RIBEIRO, M. A. T.; MARTINS, M. H. da M.; LIMA, J. M. A pesquisa em base de dados: como fazer? *In*: LANG, C. E. (Orgs). **Metodologias: pesquisas em saúde, clínica e práticas psicológicas.** Maceió: EDUFAL, 2015. p. 197.

RIBEIRO JÚNIOR, M. A. F. *et al.* Impacto do COVID-19 no número de transplantes no Brasil durante a pandemia. Situação atual. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgões**, v. 48, e20213042, 2021.

RODRIGUES DA SILVA, Paulo. Transplante cardíaco e cardiopulmonar: 100 anos de história e 40 de existência. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 23, p. 145-152, 2008.

ROSSI, A. *et al.* The department of psychology within a pediatric cardiac transplant unit. **Transplantation proceedings**, p. 1164-1167, 2011.

ROZANSKI, Alan; BLUMENTHAL, James A.; KAPLAN, Jay. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. **Circulation**, v. 99, n. 16, p. 2192-2217, 1999.

RUZYCZKA, E. Wilczek *et al.* Depression and quality of life in terms of personal resources in heart transplant recipients. **Transplantation proceedings**, p. 3076-3081, 2011.

SADALA, Maria Lúcia Araújo *et al.* Caring for heart transplant recipients: The lived experience of primary caregivers. **Heart & Lung**, v. 42, n. 2, p. 120-125, 2013.

SÁNCHEZ, Roberto *et al.* Assessment of psychosocial factors and predictors of psychopathology in a sample of heart transplantation recipients: a prospective 12-month follow-up. **General hospital psychiatry**, v. 38, p. 59-64, 2016.

SCHNEEKLOTH, Terry D. *et al.* Psychosocial risk predicts new episode depression after heart transplant. **Psychosomatics**, v. 60, n. 1, p. 47-55, 2019.

SHAMASKIN, Andrea M. *et al.* Older patients (age 65+) report better quality of life, psychological adjustment, and adherence than younger patients 5 years after heart transplant: A multisite study. **The Journal of heart and lung transplantation**, v. 31, n. 5, p. 478-484, 2012.

SIRRI, Laura; MAGELLI, Carlo; GRANDI, Silvana. Predictors of perceived social support in long-term survivors of cardiac transplant: the role of psychological distress, quality of life, demographic characteristics and clinical course. **Psychology and Health**, v. 26, n. 1, p. 77-94, 2011.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde: componentes, diretrizes e políticas públicas.** São Paulo: Editora Saraiva, 2014.

SOPHIA, Daniela Carvalho. Notas de participação do CEBES na organização da 8ª Conferência Nacional de Saúde: o papel da Revista Saúde em Debate. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 554-561, out./dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MBhc6BNkMCFzGLcmcHDr8Ff/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 3 fev. 2022.

SPADERNA, Heike *et al.* Physical activity and depression predict event-free survival in heart transplant candidates. **Health Psychology**, v. 33, n. 11, p. 1328- 1336, 2014.

SPADERNA, Heike *et al.* Role of depression and social isolation at time of waitlisting for survival 8 years after heart transplantation. **Journal of the American Heart Association**, v. 6, n. 12, p. e007016, 2017.

SPINK, Mary Jane. **Linguagem e produção de sentido no cotidiano**. Rio de Janeiro: Biblioteca virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2004.

SPINK, Mary Jane. Psicologia da Saúde – a estruturação de um novo campo de saber. *In:* SPINK, M. J. **Psicologia Social e Saúde – práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2003. p. 29-39.

SPINK, Mary Jane; GIMENES, Maria da Gloria G. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. **Saúde e sociedade**, v. 3, p. 149-171, 1994.

SPINK, Mary Jane; MEDRADO, Benedito. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. *In:* SPINK, Mary Jane (org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 22-41.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera Mincoff. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. *In:* SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. 42-70.

SPINK, Mary Jane P. **Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

STOLF, Noedir Antonio Groppo; SADALA, Maria Lucia Araújo. Os significados de ter o coração transplantado: a experiência dos pacientes. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular/Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, v. 21, n. 3, p. 314-323, 2006.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

TADEU, Tomaz. Nós, ciborgues: o corpo elétrico e a dissolução do humano. **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano**, v. 2, p. 7-15, 2009.

TAVARES, Edite. A vida depois da vida: reabilitação psicológica e social na transplantação de órgãos. **Análise Psicológica**, v. 4, n. 12, p. 765-77, 2004.

TRANSPLANTADO cardíaco mais longevo do Brasil é de Alagoas. **Tribuna Hoje**, 8 ago. 2019. Disponível em: <https://tribunahoje.com/noticias/saude/2019/08/08/transplantado-cardiaco-mais-longevo-do-brasil-e-de-alagoas/>. Acesso em: 19 set. 2020.

TREVIZAN, Fulvio Bergamo *et al.* Quality of life, depression, anxiety and coping strategies after heart transplantation. **Brazilian journal of cardiovascular surgery**, v. 32, n. 3, p. 162-170, 2017.

TRIATLETA que recebeu transplante de coração participa de competição em Maceió. **Globoplay**, 21 mar. 2022. Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/10440831/>. Acesso em: 21 jun. 2022.

TRIFFAUX, Jean-Marc *et al.* Psychological evolution and assessment in patients undergoing orthotopic heart transplantation. **European Psychiatry**, v. 16, n. 3, p. 180-185, 2001.

UOL. Viva Bem. O americano que recebeu 1º transplante de coração de porco da história. **BBC News**, 11 jan. 2022. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem/noticias/bbc/2022/01/11/o-americano-que-recebeu-1-transplante-de-coracao-de-porco-da-historia.htm>. Acesso em: 23 jun. 2022.

VASCONCELOS, Alina Gonçalves de *et al.* Repercussões no cotidiano dos pacientes pós-transplante cardíaco. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, p. 573-579, 2015.

WALDRON, Rebecca *et al.* Doença, normalidade e identidade: a experiência do transplante cardíaco quando jovem. **Deficiência e reabilitação**, v. 39, n. 19, p. 1976-1982, 2017.

WHITE - WILLIAMS, Connie *et al.* The relationship of socio - demographic factors and satisfaction with social support at five and 10 yr after heart transplantation. **Clinical transplantation**, v. 27, n. 2, p. 267-273, 2013.

ZAHER, V. L. Ética em psicologia aplicada à cardiologia. **Psicologia em cardiologia: novas tendências**, v. 31, n. 2, p. 11-21, 2008.