

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA – UFSM
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS – CCSH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**“MANIFESTOS DO CORAÇÃO”: SIGNIFICADOS DA
CIRURGIA CARDÍACA PARA PACIENTES PRÉ E
PÓS-CIRÚRGICOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Shana Hastenpflug Wottrich

Santa Maria, RS, Brasil
2011

**“MANIFESTOS DO CORAÇÃO”: SIGNIFICADOS DA
CIRURGIA CARDÍACA PARA PACIENTES PRÉ E PÓS-
CIRÚRGICOS**

por

Shana Hastenpflug Wottrich

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia.**

Orientador: Prof. Dr. Alberto Manuel Quintana

**Santa Maria, RS, Brasil
2011**

W937m Wottrich, Shana Hastenpflug
 Manifestos do coração : significados da cirurgia cardíaca para pacientes pré
 e pós-cirúrgicos / por Shana Hastenpflug Wottrich. – 2011.
 168 f. ; il. ; 30 cm

 Orientador: Alberto Manuel Quintana
 Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de
 Ciências Sociais e Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, RS,
 2011

 1. Psicologia 2. Cardiologia 3. Cirurgia 4. Autofotografia I. Quintana,
 Alberto Manuel II. Título.

 CDU 61:159.9

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**“MANIFESTOS DO CORAÇÃO”: SIGNIFICADOS DA CIRURGIA
CARDÍACA PARA PACIENTES PRÉ E PÓS-CIRÚRGICOS**

elaborada por
Shana Hastenpflug Wottrich

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA:

Alberto Manuel Quintana, Dr
(Presidente/Orientador)

Carmen Lúcia Colomé Beck, Dr^a (UFSM)

Maria Aparecida Crepaldi, Dr^a (UFSC)

Santa Maria, 25 de Março de 2011

*Todas as palavras tomadas literalmente são falsas.
A verdade mora no silêncio que existe em volta das palavras.*
(Rubem Alves)

*Este trabalho é dedicado àqueles que buscam o sentido das palavras e dos silêncios,
admitindo as múltiplas verdades que perpassam a experiência de viver.*

AGRADECIMENTOS

*Aos meus pais, Paulo e Magali,
pelas doses de ternura e cobrança ao longo do meu desenvolvimento.
Se cheguei até aqui, devo à firmeza e à constância
dos valores apreendidos ao longo da nossa história.*

*Aos meus irmãos, Vanessa, Breno, Laura e Thales.
Próximos ou distantes, entre palavras e silêncios,
agradeço pelo aprendizado mútuo do exercício da cumplicidade.*

*Ao Raul,
pelo amor e pela paciência.
Obrigada, sobretudo, por me ensinar a amar as coisas simples da vida.*

*Ao Prof. Alberto,
pelo respeito, confiança, carinho e amizade a mim dispensados;
atributos que vão além dos conhecimentos adquiridos ao longo desta parceria de trabalho.*

*Aos membros do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde,
por compartilharem comigo conhecimentos e vivências.*

*Às colegas de Mestrado Ana Luíza, Bibiana, Carina, Lilian, Stefanie e Valéri,
por me mostrarem, cada uma a seu jeito,
que a construção do conhecimento apenas é válida quando existem pessoas
com as quais possamos compartilhá-lo.
Muito obrigada pela escuta e pelo carinho.
A amizade de vocês foi um presente que o tempo do mestrado construiu ou reforçou.*

À Camila Farias, amiga sempre solidária nas horas mais felizes e mais difíceis.

À Cíntia, irmã de residência e de coração.

*Ao Carlos,
pelas horas de dedicação e comprometimento, na transcrição e discussão do trabalho.
Ao findar este período de parceria, fica a certeza de que,
mais do que cumprir com o papel de co-orientadora na tua iniciação pela aventura do mundo
científico, aprendi muito contigo.*

*À Tatiana,
pela escuta e presença sempre acolhedora.*

*Aos médicos do Serviço de Cardiologia do HUSM, Dr. Sérgio, Dr^a Daniele e Dr. Alexandre,
por acolherem a minha proposta de pesquisa e
me mostrarem que parcerias, nesse âmbito, são efetivamente possíveis.*

*Aos pacientes pré e pós-cirúrgicos,
por “abrirem as portas” de suas casas e de suas vidas,
possibilitando que este trabalho acontecesse.*

*À UFSM, casa à qual retornei e à que devo muita gratidão,
por tornar possível a realização de um sonho profissional.*

*À CAPES,
pelo fomento financeiro, sem o qual este trabalho certamente resultaria incompleto.*

“A boca fala do que está cheio o coração”:
esse é um ditado da sabedoria judaica, que se encontra nas Escrituras Sagradas.

Bem que poderia ser a explicação sumária daquilo que a psicanálise tenta fazer:
ouvir o que a boca fala para se chegar ao que o coração sente.
[...].

Cada texto é uma revelação do coração de quem escreve.

*(Rubem Alves, em “Meu coração fica junto ao coração dela...”,
crônica publicada no Caderno Sinapse, no Diário de São Paulo)*

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

“MANIFESTOS DO CORAÇÃO”: SIGNIFICADOS DA CIRURGIA CARDÍACA PARA PACIENTES PRÉ E PÓS-CIRÚRGICOS

AUTORA: SHANA HASTENPFLUG WOTTRICH

ORIENTADOR: ALBERTO MANUEL QUINTANA

Local e Data da Defesa: Santa Maria, 25 de Março de 2011

A cirurgia cardíaca é um evento de importantes consequências para a vida dos indivíduos que se submetem a ela, seja em relação a aspectos fisiológicos ou psíquicos. Partindo desse pressuposto, a pesquisa da qual se origina a presente dissertação teve como objetivo geral compreender os significados que pacientes pré e pós-cirúrgicos atribuem a suas vivências atuais. Trata-se de um estudo clínico-qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, com 28 pacientes (15 pré-cirúrgicos e 13 pós-cirúrgicos), usuários de um ambulatório de cardiologia de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul. O número de participantes foi atingido mediante o critério de saturação da amostra. Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas e a autofotografia para a coleta das informações, que foram analisadas por meio da análise de conteúdo e com o auxílio de um roteiro para a análise do conteúdo das imagens. As categorias oriundas da análise dos dados são descritas e discutidas em quatro artigos, que compõem o cerne do presente trabalho. Os resultados apontam que a cirurgia não mobiliza apenas o corpo físico, mas que diz respeito a mudanças nas significações dos sujeitos sobre si mesmos e sobre os outros. Identificou-se que a aceitação do adoecimento cardíaco é um processo complexo, que envolve um compromisso entre universos simbólicos diferentes e que está implicado, para o paciente, na impossibilidade de desempenho de sua rotina. Os sintomas da doença não são, na maioria das vezes, perceptíveis aos olhos do paciente. Esse deve aceitar que outro fale dele e de sua condição através de exames e consultas médicas. Além disso, aceitar o adoecimento é também aceitar a finitude da vida e da potencialidade do corpo. Tal aceitação parece se dar sempre de forma ambivalente, sendo que a confrontação com a realidade intensifica-se quando existe a indicação para o procedimento cirúrgico. A cirurgia desperta fantasias e medos que permeiam os planos e a rotina, remetendo os participantes a uma situação-limite, em que vida e morte estão em jogo. Após o procedimento, o que parece estar em jogo é um processo de reconhecimento de si mesmo, dos limites do corpo. Trata-se da vivência de um processo de adequação das expectativas anteriores à cirurgia, que parece depender intrinsecamente das referências de cada um sobre o processo. Dessa forma, parecem existir movimentos reflexivos importantes, que fazem com que os sujeitos possam fazer uma avaliação de suas vidas e de suas implicações enquanto protagonistas delas. A religiosidade parece atravessar muitas das experiências relatadas, de forma que os participantes lançam mão de suas crenças para buscarem um sentido para o que vivenciam. A partir desses apontamentos, considera-se que a vivência do processo cirúrgico diz respeito a uma experiência marcada por intensos sentimentos de desamparo e sofrimento. Portanto, os significados que permeiam esta realidade devem ser mais amplamente compreendidos pela equipe de saúde que acompanha tais pacientes. Dessa forma, pode ser construído um saber que circule na interface entre os universos médico e leigo, que possa formatar um compromisso entre elas, amparando os pacientes no enfrentamento do processo cirúrgico.

Palavras-chave: psicologia; cirurgia; cardiologia; autofotografia.

ABSTRACT

Master's Thesis

Postgraduation Program in Psychology

Universidade Federal de Santa Maria

“MANIFESTATIONS OF THE HEART”: MEANINGS OF THE CARDIAC SURGERY FOR PRE AND POSTSURGICAL PATIENTS

AUTHOR: SHANA HASTENPFLUG WOTTRICH

ADVISOR: ALBERTO MANUEL QUINTANA

Place and Date of Defense: Santa Maria, March 25, 2011.

Cardiac surgery is an event of important consequences as concerns the lives of people who go through it, both in the physiological and psychological aspects. Thus, the research from which the present master's thesis was originated had as its aim to understand the meanings that pre and post surgical patients attribute to their experiences. It is a clinical qualitative research, of exploratory and descriptive character, with 28 patients (14 presurgical and 13 postsurgical), who were users of a cardiology outpatient clinic of a university hospital in the interior of Rio Grande do Sul. The number of participants was reached through saturation criterion. Semi-structured interviews and autophotography were used for data collection. Analysis was carried out through content analysis and using an itinerary as regards the content analysis of the images. Categories that were originated from data analysis are described and discussed in four articles, that compose the main component of this thesis. Results point out that surgery does not only mobilize the physical body, but regards implications in the lives of such patients, concerning their meanings about themselves and the others. Acceptance of the cardiac disease was identified as a complex process, that involves a commitment among different symbolic universes and implies, for the patient, the impossibility of carrying out one's routine. The symptoms of the disease are most of the times not perceivable by the patient. He has to accept that other person identifies his condition through exams and medical procedures. Besides, accepting the disease means to accept finitude of life and of the potentiality of the body. Such situation seems to happen in an ambivalent way, and the confrontation with reality is intensified when there is an indication for the surgical procedure. Surgery gives rise to fantasies and fears that permeate plans and routine, imposing a situation where life and death are at stake. After the procedure, recognition of the self and of the limits of the body seems to happen. It is an experience of adequating the expectancies prior to surgery, that seems to depend on the references of each person about the process. Therefore, there are important movements of reflection, in which the subjects evaluate their lives and their implications as protagonists of them. Religiosity seems to underlie many of the reported experiences, since patients use their beliefs to search for a meaning concerning their experiences. Results point out that the surgical procedure is an experience underlied by intense feelings of helplessness and suffering. Thus, the meanings given to such reality by the patients should be more broadly understood by the health team that cares for them. Thus, it would be possible to build knowledge that may flow in the interface of the medical and layman universes, creating a commitment between them, acting as a support for the patients facing the surgical process.

Keywords: psychology; surgery; cardiology, autophotography.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

ARTIGO 1

Figura 1 – Produção fotográfica de M1	22
Figura 2 – Produção fotográfica de F5	23
Figura 3 – Produção fotográfica de M9	24

ARTIGO 2

Figura 1 – Produção fotográfica de F5	25
---	----

ARTIGO 3

Figura 1 – Produção fotográfica de M5	28
Figura 2 – Produção fotográfica de M6	29
Figura 3 – Produção fotográfica de M1	30
Figura 4 – Produção fotográfica de M8	31

ARTIGO 4

Figura 1 – Produção fotográfica de M1	27
Figura 2 – Produção fotográfica de M8	28

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	15
TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	27
Delineamento.....	27
Participantes.....	29
Procedimentos de coleta de dados.....	30
Procedimentos de análise dos dados.....	34
Considerações e aspectos éticos.....	40
ARTIGO 1	46
Resumo.....	2
Abstract.....	3
Introdução.....	4
Método.....	7
Resultados e discussão.....	10
Considerações finais.....	17
Referências.....	18
ARTIGO 2	69
Resumo.....	2
Abstract.....	3
Introdução.....	4
Método.....	9
Resultados.....	11
Considerações finais.....	19
Referências.....	20
ARTIGO 3	93
Resumo.....	2
Abstract.....	3
Introdução.....	4
Método.....	10
Resultados e discussão.....	13
Considerações finais.....	21
Referências.....	23
ARTIGO 4	123
Resumo.....	2
Abstract.....	3
Introdução.....	4
Método.....	10
Resultados e discussão.....	13
Considerações finais.....	19
Referências.....	21

CONSIDERAÇÕES FINAIS	153
REFERÊNCIAS	156
ANEXOS	163
Anexo A – Folha de registro no Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão.....	164
Anexo B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	165
APÊNDICE	166
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	167

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho compõe a Dissertação de Mestrado intitulada “ ‘Manifestos do coração’: significados da cirurgia cardíaca para pacientes pré e pós-cirúrgicos”. Para sua composição, optou-se pelo formato de artigos científicos, o que é permitido institucionalmente, conforme o Manual de Estrutura de Apresentação de Monografias, Dissertações e Teses (MDT) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2006). Ainda, o Relatório de Avaliação de Área Trienal 2010, da CAPES, coloca que:

[...] a produção bibliográfica dos Programas de Pós-Graduação no Brasil vem sendo tratada, na avaliação, como um dos principais indicadores de qualidade e produtividade dos grupos que atuam no sistema. Essa concepção acompanha os objetivos da pós-graduação, formulada com uma ênfase na formação de pesquisadores e produção de conhecimento (COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR, 2010, p.4).

Entende-se, pois, que, através da publicação da presente dissertação em tal formato, se está indo ao encontro dos objetivos supracitados, estimulando a produção científica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP), dos pesquisadores docentes e discentes nele inseridos, aferida, em grande parte por publicações, a atingir um melhor nível de excelência. Considera-se, também, que a formação de pesquisadores, tal como proposta pelo PPGP, apenas se completa na medida em que se dá o exercício da escrita de trabalhos, com o objetivo de serem publicados em periódicos de impacto, em termos de produção científica. Salienta-se que o valor que tal esforço agrega, para discentes, docentes e para o PPGP, diz respeito à possibilidade de avaliação dos pares e ao compartilhamento de informações em um contexto mais amplo, que supera o âmbito institucional.

Considerando tais pontuações, esta dissertação foi organizada em sete capítulos. O primeiro capítulo traz uma breve introdução, abordando aspectos teóricos e epistemológicos nos quais se fundam as argumentações aqui propostas a partir de uma discussão sobre a psicossomática. No capítulo a seguir, apresentam-se e discutem-se alguns aspectos metodológicos relevantes das técnicas empregadas para a coleta e análise dos dados pertinentes a esta pesquisa. Os quatro capítulos seguintes trazem estudos oriundos do trabalho de pesquisa, sob o formato de artigos. Na sequência, retomam-se algumas questões de pesquisa a partir de considerações finais sobre a proposta do presente trabalho de dissertação. Apresentam-se questões gerais abordadas nos estudos, buscando tecer uma interlocução entre aspectos da prática dos profissionais da saúde, na área da cardiologia, e vivências dos sujeitos,

mediante o procedimento cirúrgico. Discute-se, ainda, sobre questões metodológicas oriundas de reflexões sobre o presente estudo.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares configuram-se como um sério problema quando se considera a saúde pública. Para se ter uma idéia, a taxa de mortalidade específica (por 100 mil habitantes), em decorrência de doenças isquêmicas do coração no país, no ano de 2006, atingiu a marca de 48,5 (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, há várias possibilidades de intervenções para o tratamento, dentre elas, o tratamento medicamentoso, a angioplastia e a cirurgia. Quando comparados os tratamentos para as doenças coronarianas, há dados que remetem a melhores índices de qualidade de vida, em pacientes que se submetem à cirurgia (TAKIUTI et al., 2007). Bons índices de qualidade de vida são encontrados, também, em estudos não-comparativos (DANTAS; GÓIS; SILVA, 2005; JÄRVINEN et al., 2004; NOGUEIRA et al., 2008; RUMSFELD et al., 2001).

Considera-se que o tratamento cirúrgico traz consigo uma carga significativa de dramaticidade para os indivíduos que a ele se submetem (HIRANI; PATTERSON; NEWMAN, 2008, HIRANI; PUGSLEY; NEWMAN, 2006). Trata-se de um tratamento invasivo, muitas vezes considerado agressivo, em que estão presentes a ansiedade e o medo (BACHION et al., 2004; HADDAD, ALCANTARA; PRAES, 2005; SOUZA; MANTOVANI; LABRONICI, 2006). A falta de controle vislumbrada na situação cirúrgica também é um fator que acentua a sobrecarga de sensações envolvidas em tal experiência (BRAGA; CRUZ, 2003), visto que os indivíduos ficam expostos a uma situação dicotômica: entre a vida e a morte (AI et al., 2004). Nesse sentido, a cirurgia cardíaca é uma vivência de grande impacto na vida do paciente, seja em seu aspecto físico ou em seu aspecto psicológico (OLIVEIRA; LUZ, 1992; ROMANO, 2002).

Ainda, conforme uma perspectiva psicossomática de entendimento do momento cirúrgico, que leva em conta o indivíduo em seus aspectos biopsicossociais (MELLO FILHO, 1992), cabe ressaltar que a viabilidade e a exequibilidade dessa terapêutica dependem de fatores que envolvem a intersecção entre aspectos orgânicos, psíquicos e sociais (GARBOSSA et al., 2009; OLIVEIRA; LUZ, 1992).

Tal perspectiva deve ser considerada pelos profissionais da equipe multiprofissional que atuam em unidades de assistência a esses pacientes, de forma a promover um processo de cuidado mais efetivo. A postura de reconhecimento e de valorização dos aspectos subjetivos

do paciente, em relação aos significados atribuídos à doença e ao tratamento, é preconizada em relação à conduta de toda a equipe (BARROSO, 1992; GARBOSSA et al., 2009; KIYOHARA et al., 2004; SILVA; NAKATA, 2005; SOUZA; MANTOVANI; LABRONICI, 2006). A equipe deve considerar que a cirurgia cardíaca irá mexer com o “centro da vida”; e, portanto, com fantasias e medos ligados à morte, violação interior, superstições e inseguranças (OLIVEIRA, 2008; OLIVEIRA; LUZ, 1992). Estudo, conduzido por Ruschel, Daudt e Santos (2000), sustentou que a grupoterapia, anterior à cirurgia, pode diminuir o número de complicações pós-operatórias nas cirurgias de revascularização do miocárdio e diminuir o tempo de internação hospitalar, corroborando a ideia da necessidade da equipe ter uma atitude que contemple os aspectos psico-emocionais dos pacientes.

Nesse sentido, Silva e Nakata (2005) evidenciaram a falta de orientação quanto à cirurgia e à ausência de apoio, por parte da equipe de saúde, como impeditivos de um relacionamento terapêutico adequado, causando a permanência dos pacientes em estado ansioso e deprimido durante toda a internação. A presença de informações sobre a cirurgia, ao contrário, contribui para a redução dos níveis de ansiedade (KIYOHARA et al., 2004).

Nesse ínterim, cabe ressaltar que tudo o que se refere às doenças orgânicas não diz respeito apenas a fatores biológicos, entendendo-se, pois, que o corpo mostra-se suscetível ao funcionamento mental (PERES, 2006). Tendo em vista tal prerrogativa, este estudo buscou, no entendimento dos aspectos psicossomáticos do adoecimento, sua base teórica.

Sabe-se, no entanto, que a área da psicossomática abarca conhecimentos que trazem múltiplas concepções acerca do funcionamento subjetivo (CASETTO, 2006; VICENTE, 2005). Despontam, assim, várias nuances de entendimento dos sujeitos e de seu adoecimento. Algumas são mais voltadas para o entendimento da psicossomática enquanto estrutura de personalidade, ainda pautadas em uma perspectiva dualista do homem, tal como proposto pelo modelo psicossomático de base psicofisiológica (PERES, 2006) ou em modelos de relação entre doenças e perfis de personalidade (CASETTO, 2006). Já outras, tratam a intersecção corpo-psique, sob uma égide não medicocêntrica, mas, focada na estrutura psíquica do doente (CASETTO, 2006).

Este trabalho alicerça-se na segunda concepção aqui proposta, buscando argumentações para a sua fundamentação em conceitos psicanalíticos e nas teorizações de McDougall (1989, 1991, 1996). A escolha por essa autora justifica-se na medida em que figura como um dos mais importantes expoentes da psicossomática psicanalítica, contribuindo de forma marcante para a compreensão do funcionamento da unidade psicossomática (PERES, 2006).

À discussão que se segue, cabe uma ressalva. Entende-se que o esforço do presente trabalho diz respeito à construção de um olhar a respeito da psicossomática, sob a perspectiva da psicologia. Neste ensejo, não se pretende dar conta da complexidade do processo psicossomático, pois, privilegiar-se-á a análise de fatores psicológicos ligados ao processo. O foco, portanto, será posto nos aspectos psíquicos que fazem parte da unidade do psicossoma. Sob tal perspectiva, depreende-se que a escrita será faltosa, na medida em que não se dispõem de recursos para a abordagem da outra margem desta via de mão dupla (TEIXEIRA, 2006) representada pela psicossomática.

Tal discussão não tem a pretensão, portanto, de esgotar a temática, muito menos de analisá-la em caráter de profundidade. Está inserida neste texto no intuito de buscar, para o restante da escrita deste trabalho, uma razoável consistência teórico-metodológica para o entendimento dos fenômenos aqui propostos, a saber: a intersecção entre as áreas de cardiologia e psicologia; e, o entendimento da intersecção entre corpo e psiquismo.

Tendo em vista as limitações supracitadas, é relevante abordar os conhecimentos sobre a unidade psicossomática a partir da perspectiva freudiana, na medida em que institui os pressupostos que serviram como base para a posterior retomada de conceitos acerca da unidade funcional entre o biológico e o psicológico (PERES, 2006). O conhecimento psicanalítico, tal como construído por Freud, coloca questões importantes, desde o início de sua trajetória, acerca do corpo.

Freud (1923) colocou que o Ego é, antes de tudo, um Ego corporal. Assinalou, assim, as fundações a partir das quais entenderá a construção do psiquismo humano, abarcando uma perspectiva de estreita correlação entre o soma e a psique. Para teorizar acerca do aparelho psíquico, partiu, portanto, do terreno biológico, deslocando-se em interrogações acerca do funcionamento da unidade corpo-mente (MCDUGALL, 1991, 1996).

Trata-se de se pensar o trajeto de um corpo biológico, fragmentar, irrepresentável para o psiquismo, até os meandros da construção de um corpo erógeno, unificado e simbolizável. Tal trajeto diz respeito às relações construídas, muito primeiramente, entre a mãe e seu bebê, em que ela erogeneiza o corpo de seu filho através dos cuidados, ou seja, nomeia suas partes e funções, delimitando as fronteiras, paulatinamente, entre o si mesmo e o outro (FREUD, 1905, 1914, 1915).

Pode-se conceber, nessa perspectiva, que os limites corporais são edificados a partir desta experiência. Inicialmente, o que existe é a vivência de um estado fusional, pautado pelo contato corporal e pelas formas gestuais de comunicação. Na medida em que o bebê é introduzido no mundo da linguagem, é a comunicação simbólica que tende a prevalecer

(MCDUGALL, 1991, 1996). É esse o cenário de estudo a partir do qual a psicossomática, segundo o entendimento de Joyce McDougall, irá se debruçar.

Embora tenha partido de um entendimento psicanalítico sobre os aspectos psíquicos do psicossoma, a autora irá referir que tal terreno constitui área de estudo interdisciplinar. Assim sendo, admitiu que a psicanálise é, por si, limitada no que diz respeito ao estudo científico dos fenômenos psicossomáticos. Lembrou, nesse ínterim, que o indivíduo não pode ser considerado tão somente como estrutura fisiológica (tal como o costuma ser pelos médicos), assim como o mesmo é verdadeiro para a aceção de uma estrutura psicológica. Dessa forma, parece questionar o tipo de escuta dos analistas, problematizando se costumam “ouvir” os corpos de seus pacientes e suas mensagens mudas (MCDUGALL, 1991).

Nesse âmbito, a autora questionou a existência de fronteiras claras e discerníveis entre a dor física e a psíquica, afirmando, pois, que existe uma relação contínua entre os dois “espaços” de sofrimento, de forma que, na medida em que um deles está em sofrimento, o outro também sofrerá algum efeito. Doravante, postulou a idéia de que não existe sofrimento que não seja psíquico, na medida em que é necessário que exista uma decodificação simbólica e, portanto, da ordem da palavra, para que seja concebido como tal. Assim, pode-se afirmar que o corpo – e o sofrimento corporal, portanto, – apenas existe para o sujeito na medida em que se faz representar psiquicamente (MCDUGALL, 1991).

Na busca da compreensão sobre os mecanismos subjacentes às afecções psicossomáticas, McDougall (1989, 1991, 1996) retomou a conceitualização de Freud de neuroses atuais, afirmando serem estes os primeiros escritos que trazem inteiramente questões somáticas para a psicanálise. Apontou que tais patologias foram descritas, inicialmente, apenas em termos somáticos, sendo suas causas atribuídas ao bloqueio de afetos libidinais a partir de uma ausência de satisfação sexual ou seqüela de masturbação. Partiram daí suas explorações no campo da psicossomática, resultando em revisões de conceitos e problematizações de teorizações já existentes.

A psicossomática, nos termos cunhados pela autora, não se refere a questões estritamente patológicas, mas a todos os fenômenos que dizem respeito ao corpo, à integridade física, na medida em que fatores psicológicos influenciam tal funcionamento (MCDUGALL, 1989, 1996). Portanto, inclui em seus estudos os eventos em que a unidade psicossomática é partícipe, tais como acidentes corporais e doenças que acontecem em função de tensões psíquicas não elaboráveis. Esses acontecimentos, referiu a autora, são produzidos com mais facilidade mediante o sofrimento de feridas narcísicas e perdas objetivas inesperadas (MCDUGALL, 1989).

McDougall (1989, 1991, 1996) referiu-se ao sujeito tendo como ponto de partida a idéia de unidade psicossomática, portanto, desde a perspectiva do psicossoma, dos limites e ligações entre o corpo e o psiquismo. Traz as problemáticas que atuam sobre o psicossoma a partir de um entendimento de mecanismos de defesa que lembram estados psicóticos (que serão mais amplamente desenvolvidos mais adiante), partindo de um funcionamento em que, tanto a dor física quanto a psíquica, encontram-se excluídas do consciente. Trata-se da manutenção de uma brecha entre psique e soma, que torna o indivíduo vulnerável às desorganizações psicossomáticas. A autora chamou tal organização de psicossomatose, aludindo às semelhanças com o funcionamento psicótico.

As psicossomatoses surgem, assim, como produto de uma relação permanentemente simbiótica com a mãe e, portanto, regressiva. Trata-se de uma problemática de origem bastante primitiva, pré-verbal, na medida em que a vida psíquica, em seus primórdios, caracteriza-se pela incapacidade representacional, dependendo de um outro que ofereça um sentido ao seu mundo. Em outras palavras, inicialmente, a experimentação do corpo para o psiquismo é a de uma unidade independente de si mesmo, fora de controle pelo sujeito, como se fosse um objeto do mundo exterior controlado por outro.

Esse funcionamento mantém-se ao longo do tempo para determinados pacientes, de forma que as partes e as funções do corpo continuam a ser experienciadas inconscientemente como não pertencentes ao sujeito, mas, sim, àquela cujo papel primordial foi o de fusão. Nesse âmbito, a dependência e a unicidade com o corpo materno não são desconstruídos ao longo do desenvolvimento humano. Embora adultos, os pacientes psicossomatizantes funcionam psiquicamente como bebês, pois, impedidos de usar a palavra como via de expressão, reagem psicossomaticamente a conflitos. Existe, pois uma ejeção da parte psíquica da emoção, o que faz com que a parte fisiológica reaja como na primeira infância, levando à “ressomatização do afeto”, e, por conseguinte, ampliando a potencialidade de reação através de explosões somáticas (MCDUGALL, 1996). Dessa maneira, tal qual nos primórdios da vida psíquica, o que continua a existir, no caso das eclosões psicossomáticas, é “um corpo para dois”, em que o sujeito, enquanto unidade representável, é deixado à deriva (MCDUGALL, 1989, 1996).

Tal cenário é exemplificado a partir de situações em que mães utilizam seus filhos como partes de seu corpo, colocando neles seus próprios conflitos e imaginariamente controlando-os (os conflitos) a partir do controle dos corpos dos filhos (MCDUGALL, 1989). Tratam-se de problemáticas construídas nas primeiras relações afetivas da mãe com o seu bebê, que colocam em jogo a (in)capacidade da mãe no papel de para-excitações, na

medida em que existe um cuidado inadequado às necessidades do filho, denotando uma incapacidade de interpretar seus sinais emocionais. Tal situação gera um contexto de extrema dependência, que pode ser concebido como uma negação de si, uma rejeição da possibilidade do sujeito independizar-se e uma desconexão com o próprio estado afetivo (MCDOUGALL, 1989, 1996). Trata-se de um formato de economia psíquica que caminha junto a uma organização edípica arcaica, na medida em que se internaliza uma figura de mãe que mantém uma relação de profunda dependência de seu filho, tornando-o uma adjacência narcísica de si mesma, através de uma ligação específica com seu corpo (MCDOUGALL, 1989). Considera-se tal questão, assim, como uma problemática pré-neurótica, em que estão em jogo angústias primitivas, da ordem da psicose. Os indivíduos com potencial psicossomático agem, portanto, como se estivessem à mercê de uma “lei” materna extremamente inflexível, que constantemente põe na berlinda seu direito à existência independente. Decorre desse entendimento, um sentimento de obrigação de ocupar esse lugar supostamente faltante na mãe (MCDOUGALL, 1996).

A figura paterna, por sua vez, mostra-se excluída desse círculo de gratificação entre mãe e filho. Assim,

[..]. a criança será levada a acreditar que é na verdade o complemento narcísico e sexual de sua mãe, donde o paradoxo insolúvel no qual ele culmina: o que quer que ele faça por ela, o que quer que ele lhe dê, nunca será suficiente; nada saberia repará-la ou satisfazê-la. Ela é a Mãe-abismo, a que sempre exigirá mais. Ao mesmo tempo, ele não poderá deixá-la sob pena de lhe tirar a razão de viver, pois é ele, a Criança-rolha, que dá sentido a sua vida e que, ao mesmo tempo, recebe como um espelho sua identidade (MCDOUGALL, 1989, p. 101-102).

A partir da metáfora “Mãe-Abismo/Criança-rolha” pode-se pensar na relação de completude almejada, porém, nunca alcançada da díade mãe-filho, em que o espaço do corpo de um é o espaço do corpo do outro (MCDOUGALL, 1989). Existiria, nesse ensejo, uma “lei” materna, transmitida e enraizada muito precocemente no psiquismo do bebê, ditando os elementos constituintes de sua identidade subjetiva. Tal “lei” seria transmitida desde o nascimento por vias não verbais de comunicação da mãe com seu filho, caracterizando uma forma específica de reação às intempéries afetivas do bebê (MCDOUGALL, 1996). O que resulta desse tipo de relação pode ser uma atitude de constante alerta do sujeito contra a invasão do outro, formatando um cenário de proteção de fronteiras. Assim, coloca-se a impossibilidade de vinculação do sujeito com os seus afetos – e, por conseguinte, com os dos outros – gerando trocas desvitalizadas com o mundo. O corpo é oferecido como local de

conflito, visando uma manutenção da identidade subjetiva e proteção contra a morte psíquica (MCDOUGALL, 1989, 1996).

Tal cenário lembra construções da ordem da psicose, em que existem temores inconscientes vinculados à incerteza quando à própria alteridade (MCDOUGALL, 1989, 1996). Esses temores podem dizer respeito à invasão, posse e destruição por um outro, destituindo o sujeito do controle de seu corpo e seus atos e minando o seu sentimento de identidade. Sobre tal comparação, a autora afirmou:

Em suma, o psicótico, transbordando de dor afetiva, se protege pela destruição do sentido, seguida da criação de uma neo-realidade; o alexitímico grave, ao utilizar os mesmos meios de destruição, ataca sua capacidade de pensar, mas, em lugar de uma neo-realidade, contenta-se em drenar a realidade e as relações exteriores de sua significação. (MCDOUGALL, 1989, p. 139).

Considerando esse funcionamento, a autora mencionou que a referida trajetória também resulta em um desconhecimento do próprio corpo por parte dos sujeitos, impossibilitando-os da apropriação psíquica do seu próprio espaço corporal. Trata-se de um fantasma não representável, que se mostra como uma falta diante da impossibilidade de representação psíquica do próprio corpo, causando explosões psicossomáticas eventuais (MCDOUGALL, 1989, 1996). O sofrimento do corpo que subjaz tais experiências é negligenciado, de forma que “ao destruir seu próprio corpo, é o corpo do outro, o corpo materno, imaginariamente confundido com o seu próprio corpo, que é visado e atingido” (MCDOUGALL, 1989, p. 105). Trata-se, portanto, de um corpo que se comporta de modo “delirante”, que disfunciona (MCDOUGALL, 1991, 1996).

Nesse contexto, as palavras, enquanto mediação para a junção dos afetos às suas representações mentais, mostram-se desvitalizadas (MCDOUGALL, 1989, 1996). Trata-se de um esforço no sentido de obstacularizar o trabalho da significação de si mesmo e do mundo, de forma que, na psicossomatose, o indivíduo mantém o acesso às palavras, porém, de forma intelectualizada, desafetada, sem coloração afetiva (MCDOUGALL, 1989). Há, assim, uma espécie de curto-circuito na representação da palavra (MCDOUGALL, 1996).

Diante disso, etimologicamente, a autora referiu que, em função da aderência às representações de outrem e da impossibilidade de construção de representações próprias, as representações excluídas do psiquismo, bem como os afetos sufocados, são evacuados sem compensação psíquica alguma para tais perdas significativas. Nesse contexto, a angústia não existe como sinal de alarme (MCDOUGALL, 1991).

A autora, ainda, abordou os conceitos de outros autores, para entender o funcionamento dos sujeitos cuja organização psíquica pode ser entendida a partir do foco na constituição da unidade psicossomática. Utilizou-se, portanto, dos conceitos de “pensamento operatório” e “alexitimia”, cunhados, respectivamente, por seu colega da Escola de Paris, Pierre Marty e pelos americanos Sífneos e Nemiah (MCDUGALL, 1991, 1989, 1996).

O primeiro diz respeito a um funcionamento do pensamento e de uma estrutura de relação consigo mesmo e com o outro, em que há uma pobreza de representações ou de vida de fantasia, de forma que o sujeito mostra-se extremamente pragmático. O segundo, por sua vez, diz respeito à dificuldade de descrição de estados afetivos e de distinção de tipos diferentes de afetos. Nesse escopo, não estão incluídos apenas afetos desprazerosos, mas, também, os que geram prazer. O infante pré-verbal, a partir desse entendimento, é por definição, alexitímico, podendo tal funcionamento permanecer enquanto adulto; funcionamento que pode ser, ainda, legitimado pelo discurso familiar.

Ao salientar a abordagem de autores de outras linhas teóricas, McDougall (1989) fez uma ressalva. Assumiu adotar uma postura diferente de alguns dos autores referidos, que buscaram explicações para seus conceitos a partir de um modelo neurobiológico. Referiu, no entanto, que o modelo econômico e dinâmico que propôs não invalida os outros.

Todas as conceituações, dessa forma, convergem em um paradigma descritivo para as afecções psicossomáticas: a existência de um corte entre soma e psiquismo. Essa condição é um pressuposto para o crescimento de uma potencialidade psicossomática, que subjaz, muitas vezes, uma carapaça de “normalidade”. A autora chegou a referir-se a pessoas somatizantes sob a designação de “normopatas”, visto que tais sujeitos mostram-se ao mundo como equilibrados (MCDUGALL, 1989), sob a égide de uma “pseudonormalidade” (MCDUGALL, 1991). Tal equilíbrio é construído, contudo, em detrimento da possibilidade de elaboração, ao nível imaginário e verbal, de angústias arcaicas. Há uma exclusão contínua de idéias que possam suscitar afetos ansiógenos, sem nenhuma compensação em termos de formação de sintoma, o que gera um superinvestimento do sujeito na realidade exterior. Tal mecanismo gera a imagem de um indivíduo estável psiquicamente, que mediante situações capazes de abalar o equilíbrio psíquico, tem limitadas as capacidades de sentir e pensar, assim, protegendo-se da angústia circulante e defendendo-se (MCDUGALL, 1989).

Não se trata, nesse sentido, da ausência total de uma vida imaginária, mas, de uma diferente configuração dos conflitos arcaicos na estrutura psíquica que não é representável, e, por isso, indizível. Existe, no entanto, uma tensão psíquica, cujos efeitos acontecem via manifestações psicossomáticas. Tais manifestações não dizem respeito a uma estrutura

marcada pela falta, mas antes a uma defesa maciça contra angústias narcísicas e psicóticas (MCDOUGALL, 1989).

McDougall (1991) questionou, no entanto, se a criação psicossomática teria alguma função defensiva, pois, não pode ser comparada às defesas neuróticas e psicóticas, considerando-se que não serve para a proteção da vida instintiva nem do ego. Ainda, acrescentou que resulta malograda na criação de meios para a continuidade da existência, na medida em que seus resultados, a saber, o adoecimento do corpo, trazem antes a morte. Nesse âmbito, as manifestações psicossomáticas podem, de fato, ser concebidas como emissárias do instinto de morte, considerando-se que não trazem em si valor simbólico e satisfações substitutivas significativos.

Assim, as explosões psicossomáticas acontecem sem alarde, na medida em que não há construções ou defesas protetoras da ordem da neurose ou da psicose que tornem-nas audíveis. As idéias conflituais e os afetos dolorosos, portanto, não são rejeitados, nem contra-investidos, mas ejetados para fora do psiquismo. Segundo a autora:

Para ultrapassar os conflitos e a dor, a atividade psíquica, que poderia ter chegado a um pensamento construtivo e às expressões ditas sublimatórias ou talvez à construção de sintomas neuróticos e psicóticos, entra em curto-circuito para se exprimir unicamente por uma ação imediata e repetitiva. Tais atos não são absolutamente uma resposta à situação conflitual, quer ela seja tirada das tensões pulsionais internas, quer seja tirada do cansaço proveniente do mundo exterior. No máximo representam uma fuga para longe da situação axiógena ou desinvestimento de sua importância pelo representante de um repúdio (e não de uma negação) às representações perturbadoras e uma rápida evacuação dos afetos quer a ela se ligam (MCDOUGALL, 1989, p.91)

Nesse sentido, destaca-se a impossibilidade de representação dos conflitos que dão origem às eclosões psicossomáticas, ressaltando o caráter de inapreensibilidade de tal realidade. Tais eclosões, assim, parecem ter uma função de ato, de descarga, provocando um curto-circuito no trabalho psíquico (MCDOUGALL, 1991).

Dessa maneira, a autora cunhou a idéia de eclosões psicossomáticas sob duas perspectivas, como atos-sintoma e como somatizações. As duas dizem respeito a tentativas de evacuar a dor mental através do ato (atos-sintoma) ou do adoecimento do corpo (somatizações). Manifestam-se, assim, em pessoas que, em momentos de tensão psíquica, recorrem ao ato ou ao corpo para alívio. Há, dessa forma, uma descarga em ação quando existe uma sobrecarga afetiva, que ultrapassa a possibilidade de absorção das defesas habituais (MCDOUGALL, 1989, 1991).

No tocante aos atos-sintoma, a partir de um cenário de carência na elaboração psíquica e no processo de simbolização, há uma compensação via uma ação compulsiva, com o intuito de reduzir a tensão psíquica pelo caminho mais curto possível (MCDOUGALL, 1991). São exemplos de atos-sintoma as adições, as ações compulsivas e a dependência de substâncias e de outras pessoas.

Nesse âmbito, há um movimento de exclusão de afeto: representações de idéias capazes de suscitar afetos intoleráveis são ejetados do consciente. Tal mecanismo recebe o nome de desafetação. Entende-se, nesse ínterim, que as palavras e os afetos estão ligados quando se trata da concepção da vida psíquica, na medida em que a linguagem adquire significação quando matizada por afetos. Ainda, a importância da dinâmica dos afetos para a economia psíquica, no que diz respeito ao entendimento da psicossomática, concerne o caráter limítrofe do afeto, na medida em que é um conceito-limite entre o psíquico e o somático (MCDOUGALL, 1989, 1991).

Nesse sentido, McDougall (1989) abordou os destinos do afeto tornado inacessível ao psiquismo, retomando os escritos freudianos e trazendo-os para a realidade do psicossoma. Falou, então, da possibilidade de um quarto destino para o afeto, a existência de um “estrangulamento” (MCDOUGALL, 1989) ou um “congelamento”, sendo sua expressão verbal pulverizada, como se nunca tivesse existido (MCDOUGALL, 1996). Trata-se de um estado de privação do psiquismo.

Tal arranjo não corresponde a uma configuração neurótica, nem psicótica, mas a uma cisão estrutural, em que não há compensação. Dessa forma, mediante um cenário conflituoso ou em que houvesse a ameaça de transbordamento de afetos, não haveria a construção de sintomas psicológicos, mas o caráter somático se sobressairia, gerando uma expressão somática mediante uma exclusão da carga afetiva. Tal exclusão, que pode ser entendida como uma “catatonia afetiva”, coloca-se *pari passu* com a tendência à ação e conseqüente descarga de tensão, deixando o sujeito sem contato com os afetos que, de outra forma, alertariam o psiquismo para preparar-se para o enfrentamento de situações ansiógenas. Diante de tal ausência de alerta, resta ao corpo a demanda de resposta, entendendo que a ameaça é decodificada como de origem biológica.

Tal modo de funcionamento do psicossoma mostra-se, assim, em contraste com o funcionamento da estrutura psíquica que subjaz a conversão histórica. Nas formações históricas as zonas e funções corporais têm uma função simbólica que diz respeito aos laços mantidos com a vida pulsional. Existe, aí, um efeito metafórico que se traduz em sintoma. McDougall (1989, 1996) caracterizou tais construções como tentativas de autocura, na medida

em que chegam a uma formação de compromisso que barra o sofrimento, pelo menos, de forma parcial. No caso das expressões psicossomáticas, parece haver, ao contrário, uma ignorância do sofrimento psíquico, de forma que existe um movimento de preservação do sujeito frente a qualquer idéia ou conflito capaz de causar um abalo afetivo.

Tais configurações são caracterizadas como fenômenos que podem ser apresentados pelo homem em diferentes momentos de sua existência, independentemente de sua estrutura psíquica (MCDOUGALL, 1989). Nesse sentido, existiria uma potencialidade psicossomática ou uma parte psicossomática em todos os seres humanos (MCDOUGALL, 1996). Depreende-se daí a ideia de que as eclosões psicossomáticas não são entendidas pela autora como sintomas (até mesmo em função da impossibilidade de que sejam entendidas como defesas, no sentido de formações neuróticas ou psicóticas), mas sim como fenômenos que atravessam diferentes estruturas psíquicas, podendo ser concebidos, portanto, como transestruturais.

As eclosões de doenças cardiovasculares são mencionadas pela autora como possível fruto desse funcionamento, na medida em que a experiência clínica com a análise de pacientes refere o aparecimento de problemas no órgão mediante distúrbios afetivos. Traz, através da análise de um caso clínico de um paciente cardíaco, a existência de um ideal de invulnerabilidade afetiva, de desafetação, remetendo a formas primitivas de proteção à dor mental, em que existe uma clivagem e o afeto é ejetado para fora do psiquismo. A autora postula inexistir, no caso referido, a internalização de uma instância maternante, de forma que o sujeito mostra-se imbuído a buscar na adição ao cigarro tal instância. Pode-se pensar, nesse sentido, em um cenário de morte interna, na medida em que existe uma desvitalização da existência mediante a desconexão afetiva (MCDOUGALL, 1996).

Ainda, a autora nomeou a existência de uma atividade-adição no que diz respeito à forma como os pacientes cardíacos manejam com seu próprio trabalho ou com outras atividades, às quais não denotam necessariamente vínculo de interesse. Nesse âmbito, o trabalho parece colocar-se no lugar de uma droga, no sentido do entorpecimento, não deixando espaço para o ócio ou para a atividade imaginativa. O “fazer” sobrepõe-se ao “ser” (MCDOUGALL, 1996).

A partir dessas considerações, salienta-se a importância de estudos sobre os processos de saúde e doença que levem em conta a unidade psicossomática. A partir do pressuposto da existência dessa unidade, torna-se relevante para a equipe multiprofissional, a ampliação do entendimento sobre os significados atribuídos pelos pacientes à doença e à cirurgia.

O interesse no tema desta pesquisa surgiu a partir da participação da pesquisadora em um Programa de Residência em Cardiologia em centro de referência cardiológica no Estado

do Rio Grande do Sul, onde trabalhou na coordenação de grupos de pacientes pré e pós-cirúrgicos cardíacos. Tal experiência suscitou questionamentos acerca das diferentes formas de enfrentamento da cirurgia e suas repercussões psico-emocionais nas vidas dos sujeitos.

Vislumbra-se, ainda, que a produção científica na área traz contribuições importantes, mas, que existem lacunas significativas no que diz respeito a um aprofundamento das vivências subjetivas da experiência cirúrgica, principalmente, no que concerne a um entendimento das repercussões do período pré-cirúrgico e de investigação de especificidades do processo, tais como as relações construídas com o trabalho e no âmbito da sexualidade. Nessa perspectiva, pautado no paradigma de existência de uma unidade psicossomática, o presente texto traz uma leitura possível da relação dos sujeitos pré e pós-cirúrgicos com os seus próprios corpos, demarcados de forma indelével pela vivência da doença e do procedimento.

Essa pesquisa pretendeu ampliar o conhecimento dos aspectos subjetivos envolvidos na terapêutica cirúrgica cardíaca. Assim, espera-se oferecer mais subsídios à equipe assistencial para que possa produzir um atendimento mais integral ao paciente, culminando em um processo de recuperação mais efetivo e pleno.

No sentido de poder munir tal equipe de conhecimentos sobre o processo, o presente trabalho de pesquisa teve como objetivo geral compreender os significados que pacientes pré e pós-cirúrgicos atribuem a suas vivências atuais. Como objetivos específicos salientam-se: conhecer de que forma a cirurgia afeta à vida do paciente; identificar as possíveis alterações nas concepções da doença cardíaca e do seu tratamento e identificar as possíveis mudanças sentidas pelo paciente a partir da indicação cirúrgica.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O objetivo do presente capítulo é ampliar a compreensão sobre a trajetória da pesquisa empreendida ao longo da proposta de trabalho aqui exposta. Entende-se que os principais aspectos descritivos do percurso metodológico serão abordados nos artigos que se seguem. Nesse sentido, a presente escrita tem a pretensão de evitar a redundância nas colocações.

Na medida em que foram eleitos artigos científicos para compor o cerne do presente trabalho, evidencia-se uma limitação que diz respeito à possibilidade de exploração e reflexão dos recursos metodológicos empregados para viabilizar a pesquisa. No intuito de compensar tal limitação, originou-se a escrita deste capítulo.

Além disso, o atual Programa de Pós-Graduação em Psicologia tem como objetivo geral formar docentes capacitados à pesquisa e à intervenção no campo da Psicologia da Saúde e áreas afins (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2007). Daí entender-se ser relevante expor, no documento em que culminam os esforços de dois anos de estudos, a primazia pelo caráter reflexivo e argumentativo que permeou a trajetória de estudos e de compartilhamento de informações vivenciados. Sendo assim, este trabalho traz discussões sobre as escolhas metodológicas realizadas ao longo do processo de pesquisa, buscando “costurar” a descrição de tal processo ao material estudado que balizou as escolhas metodológicas.

Delineamento

Trata-se de uma pesquisa clínico-qualitativa (TURATO, 2008), de caráter exploratório e descritivo. Entende-se que o método qualitativo se aplica ao estudo dos significados, percepções e opiniões sobre como se dá a construção dos pensamentos e sentimentos humanos (MINAYO, 2010). Tem como objetivo apresentar, pois, diferentes pontos de vista (GASKELL, 2008).

Tal método reconhece a subjetividade e o simbólico como partes integrantes da realidade social. Nesse escopo, propõe a análise do imbricamento entre objetivo e subjetivo, entre fatos e significados. Mostra-se, pois, apropriado para o estudo de fenômenos de saúde e

doença, na medida em que tais fenômenos não são redutíveis a uma experiência biológica (MINAYO, 2010).

Ainda, o delineamento escolhido, por ser inspirado nos moldes clínico-qualitativos, busca, deliberadamente, lançar mão de referenciais da prática clínica psicanalítica, para dar conta de todas as fases do processo de pesquisa. Sob tal perspectiva, entende-se que o homem é portador de angústias e ansiedades existenciais, que o impulsionam no (re)conhecimento de si mesmo, de seus desejos. A preocupação do pesquisador, portanto, é focada nas manifestações existenciais dos sujeitos, e não em sintomas clínicos. Outras características do método são a atitude clínica do pesquisador e a sua atitude psicanalítica. A primeira diz respeito ao acolhimento dos sofrimentos emocionais dos participantes. A segunda concerne ao uso de concepções provenientes do estudo da psicanálise, a concepção da existência de uma dinâmica inconsciente. Tal perspectiva coloca em questão e valoriza, portanto, fenômenos da interação afetiva entre entrevistador-entrevistado e considera teorias psicodinâmicas na interpretação dos significados atribuídos pelos participantes aos fenômenos em questão. A definição do método clínico-qualitativo coloca-se abaixo.

A partir das atitudes existencialista, clínica e psicanalítica, pilares do método, que propiciam respectivamente a acolhida das angústias e ansiedades do ser humano, a aproximação de quem dá ajuda e a valorização dos aspectos emocionais psicodinâmicos mobilizados na relação com os sujeitos de estudo, este método científico de investigação, sendo uma particularização e um refinamento dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas e, pondo-se como recurso na área da psicologia da saúde, busca dar interpretações a sentidos e a significações trazidos por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao binômio saúde-doença, com o pesquisador utilizando um quadro eclético de referenciais teóricos para a discussão, no espírito da interdisciplinariedade (TURATO, 2008, p. 242).

Nesse contexto, então, o pesquisador não é concebido como mero coletor de dados, mas como instrumento. São suas percepções que apreendem os fenômenos e a sua consciência que os elabora enquanto roteiros, ou seja, suas experiências pessoais funcionam como auxiliares no processo de compreensão do fenômeno estudado. Ainda, a importância da pessoa do pesquisador, segundo tal concepção metodológica, diz respeito à ênfase na relação interpessoal construída entre pesquisador e pesquisado, considerando-se os fenômenos da transferência e da contra-transferência (TURATO, 2008).

A partir dessas considerações, a escolha por tal método advém da necessidade de compreensão, de forma mais dinâmica, dos sentidos e significados dados pelas pessoas, enquanto permeadas por ansiedades e angústias, mediante vivências que dizem respeito à saúde e à doença (TURATO, 2008). Assim, toma-se como ponto de partida um paradigma de

ciência em que os aspectos subjetivos têm papel central, já que se pressupõe que a realidade não é apreendida de forma pura, mas, perpassada pelo simbólico, que, por sua vez, é mediado pela cultura (MINAYO, 2010).

Participantes

Considerando-se as escolhas de delineamento do presente estudo, a amostra de pacientes pode ser caracterizada como proposital, intencional ou deliberada (TURATO, 2008), na medida em que não há preocupação com a representatividade dela em relação à população total (GASKELL, 2008). Há, sim, uma preocupação em escolher as pessoas cujas características possam trazer informações significativas acerca do assunto em questão (TURATO, 2008).

Sob esta perspectiva, participaram dessa pesquisa 15 pacientes pré-cirúrgicos, nove homens e seis mulheres e 13 pacientes pós-cirúrgicos, 12 homens e uma mulher. Os participantes foram contatados via mediação da equipe médica, em consultas em um ambulatório de cardiologia de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul. Não houve qualquer distinção em relação ao gênero, bastando que os possíveis participantes fossem maiores de 18 anos, residissem na cidade de realização da pesquisa, tivessem previsão de submissão à cirurgia em até seis meses a contar da data da coleta ou já se submetido à cirurgia cardíaca até um ano e não tivessem nenhuma disfunção que os impedisse de falar.

A escolha pela realização de entrevistas com pacientes pré-cirúrgicos com previsão de realizar cirurgia em até seis meses é justificada através do entendimento que essa extensão de tempo permite que os participantes possam se remeter, de forma mais tangível, à experiência cirúrgica, facilitando a atribuição de significados a respeito da experiência futura. Já, para os participantes pós-cirúrgicos, a escolha pelo período de até um ano após a cirurgia deve-se a dados trazidos pela literatura. Segundo tais informações, se verifica que o primeiro ano após a cirurgia é crítico, no que diz respeito à estabilidade do ponto de vista psicológico, considerando as consequências, tanto físicas quanto psicológicas, do procedimento (ROMANO, 2001).

O número de participantes de cada gênero nos grupos mostra-se, pois, bastante disperso, levando em conta que todos os pacientes que preenchessem os critérios de inclusão eram convidados a participar, até preencher o critério de saturação da amostra. Segundo tal

critério, a coleta de dados é realizada até que não surjam mais informações relevantes que configurem estrutura comum sobre o tema estudado (MORAES, 2003; FONTANELA; RICAS; TURATO, 2008).

Procedimentos de coleta de dados

Como procedimentos para coleta de dados, inicialmente foi encaminhada cópia do projeto de pesquisa aos responsáveis pelo Serviço de Cardiologia da instituição. O projeto foi registrado na Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) (Anexo A) e submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM.

Após recebimento do parecer favorável do CEP (Anexo B), foi feito contato com a instituição para início da coleta de dados. A coleta foi realizada paralelamente com pacientes no momento pré-cirúrgico anterior à internação hospitalar para realização da cirurgia e com pacientes no momento pós-cirúrgico tardio, mediante consentimento verbal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Tal fase da pesquisa aconteceu no período de novembro de 2009 a janeiro de 2011. Houve uma extensão bastante significativa do tempo inicialmente planejado para a coleta, que era de três meses.

Tal extensão deveu-se, principalmente, a três motivos. O primeiro, diz respeito ao número reduzido de pacientes pré-cirúrgicos atendidos no ambulatório nos primeiros seis meses de realização da coleta. Essa realidade pode ser entendida à luz do funcionamento institucional, pois apenas foi instituído, a partir da segunda metade de 2010, um ambulatório específico para os pacientes pré-cirúrgicos. O segundo motivo concerne à amplitude territorial de assistência da instituição. Sendo um centro de referência para a atenção à saúde da região, pessoas de distintas cidades são assistidas. Como um dos critérios de inclusão era que o participante residisse na cidade onde estava situado o hospital, a coleta de dados foi dificultada nesse quesito. O terceiro ponto, e talvez o mais significativo para o entendimento dos resultados da presente pesquisa, diz respeito à recusa de participação dos pacientes, seja em relação à pesquisa como um todo, seja em relação à segunda parte da coleta de dados que será descrita adiante. Entende-se que o período pré-cirúrgico é um momento bastante ansiogênico, que desperta fantasias e temores (BACHION et al., 2004; SOUZA; MANTOVANI; LABRONICI, 2006; VARGAS; MAIA; DANTAS, 2006). Aceitar falar

sobre tal assunto, assim, pode significar, para alguns, um montante de sofrimento que não pôde ser suportado no momento da abordagem.

Dessa maneira, inicialmente as entrevistas foram utilizadas como instrumento de coleta de dados, em função da pressuposição de que elas possibilitam a expressão e a comunicação fidedignas dos informantes acerca de suas experiências, representações, concepções e idéias (CHIZZOTTI, 1998), além de permitirem o aprofundamento de questões afetivas do entrevistado (MARCONI; LAKATOS, 1986). Ainda, o formato da entrevista utilizado nessa pesquisa foi semi-estruturado, posto que a característica de flexibilidade desse tipo de entrevista permite que o campo da entrevista seja constituído por variáveis da personalidade do entrevistado, retratando suas experiências, concepções, atitudes e comportamentos (BLEGER, 1980).

Ainda, seguindo indicações de Marconi e Lakatos (1986), Chizzotti (1998) e Laville e Dione (1999), foi assegurado o anonimato das entrevistas de forma a não expor os sujeitos a situações constrangedoras. As narrativas dos pacientes foram gravadas em gravador digital, tendo em vista a fidelidade da pesquisa, e transcritas de forma literal após sua realização. Assim, foram realizadas 42 entrevistas no total (contabilizando também as entrevistas que foram realizadas a partir das fotografias).

As entrevistas foram conduzidas a partir de tópicos estabelecidos de acordo com a problemática de interesse (GASKELL, 2008; MINAYO, 2010). A entrevista não constou, assim, de perguntas específicas, mas de um conjunto de títulos de parágrafos (GASKELL, 2008) ou tópicos (MINAYO, 2010), que funcionaram como um lembrete para o pesquisador no sentido de monitorar o andamento da entrevista em termos de pontos abordados (GASKELL, 2008). Em seguida, tem-se os assuntos dos roteiros de entrevista nos dois períodos considerados.

Para os pacientes no período pré-cirúrgico:

1. O diagnóstico da doença;
2. A indicação cirúrgica;
3. O processo de preparação para a cirurgia;
4. O paciente antes da cirurgia;
5. Situação familiar antes da cirurgia;
6. Expectativas diante da cirurgia;
7. Sexualidade.

Para os pacientes no período pós-cirúrgico, somam-se aos tópicos supramencionados os seguintes:

8. A cirurgia;
9. A recuperação;
10. A situação familiar depois da cirurgia;
11. Atividades cotidianas;
12. Relacionamento social.

Nesse primeiro momento de entrevista foi exposta, também, a possibilidade de continuidade do processo de pesquisa via utilização da autofotografia, a partir da atribuições de significado a imagens. O processo de operacionalização consistiu na entrega de uma câmera fotográfica ao participante da pesquisa. A partir da instrução sobre o manuseio do material, os participantes eram solicitados a produzir e apresentar ao pesquisador algumas fotografias, ou seja, que buscassem retratar elementos que remetesse aos seus sentimentos e percepções diante da experiência de cirurgia. Após a revelação do filme, o conteúdo das fotos foi analisado, assim como foi realizada uma entrevista com os participantes para levantar percepções sobre as suas próprias produções (NEIVA-SILVA; KOLLER, 2002).

Cabe ressaltar que a escolha pelo uso da fotografia neste trabalho justifica-se na perspectiva de que tal recurso, utilizado na pesquisa científica, alia-se a um paradigma menos generalizante, na medida em que o ato de fotografar e o produto decorrente dele produzem uma certa desordem (BARTHES, 1984), impedindo o reducionismo cientificista de lógica positivista. Trata-se, pois, de uma via de aproximação com os participantes (MAHEIRIE; BOEING; PINTO, 2005), opondo-se a uma lógica de neutralidade do pesquisador.

Nesse sentido, a pretensão foi de potencializar a apreensão da complexidade de diferentes e únicas produções da realidade através de imagens. Da mesma forma que a fala, entende-se que o processo de fotografar gerou um movimento reflexivo, que se registrou no papel (MAURENTE; TITTONI, 2007). Ainda, o processo de atribuição de significados a imagens também pode ser concebido em seu efeito metafórico. Nesse sentido, a fotografia pode ser concebida como um canal em que as imagens consistem em códigos que remetem à construção de um significado (NEIVA-SILVA; KOLLER, 2002).

Assim, pensou-se a autofotografia como uma técnica que poderia facilitar a expressão dos participantes, pressupondo questões que envolvem um entendimento psicossomático de funcionamento relacionado à cardiopatia, já explicitado e discutido na introdução do presente trabalho (MCDUGALL, 1989, 1991, 1996).

Buscou-se, dessa forma, amenizar a dificuldade de expressão dos participantes com o uso da imagem, posto que a técnica da autofotografia não depende inicialmente da habilidade verbal ou escrita. Assim sendo, seu uso implica numa maior possibilidade de expressão do

self sem o uso da linguagem verbal. Não é o pesquisador quem induz o olhar do participante, o que reduz o viés das expectativas sociais e privilegia a perspectiva do sujeito sobre o mundo (NEIVA-SILVA; KOLLER, 2002).

Ademais, outra vantagem do uso de imagens trata-se da facilitação no desencadeamento de evocação de memórias que não podem ser lembradas espontaneamente (LOIZOS, 2008). Posto isso, aliada à primeira entrevista, pretendeu-se usar a fotografia como um instrumento de auto-representação (TACCA, 1991), servindo como mediação para que os sujeitos projetassem seus sentimentos e expectativas diante do tema de pesquisa proposto.

Dessa forma, mediante consentimento do paciente, foi-lhe entregue uma máquina fotográfica analógica, com filme de 12 poses, pedindo que este buscasse retratar aspectos de seu cotidiano, representativos das vivências pré e/ou pós-cirúrgicas. Em outro momento, após a revelação do material fotográfico, foi agendado, via contato telefônico, um segundo encontro, para que houvesse um momento de aprofundamento a respeito das significações das fotografias. Tomou-se emprestado, assim, da técnica de fotocomposição alguns elementos de um roteiro de tópicos a serem abordados pelos participantes nessa entrevista (MAURENTE; TITTONI, 2007). Tal roteiro continha os seguintes itens: sentidos evocados pela fotografia; elemento escolhido para ser fotografado e sua relação com o tema da pesquisa; depoimento do autor sobre a imagem. Tal entrevista foi gravada e transcrita na íntegra, para após ser analisada.

Dos 15 pacientes pré-cirúrgicos participantes da pesquisa, seis aceitaram participar da segunda parte do trabalho; dos 13 pacientes pós-cirúrgicos, oito aceitaram realizá-la. Além das possíveis razões já salientadas para a recusa quanto ao engajamento nesta segunda parte do trabalho, é possível pensar que alguns participantes pudessem ter se sentido desconfortáveis com a técnica proposta, concebendo-a em termos de avaliação do que eram capazes de produzir. Embora a pesquisadora tenha ressaltado o objetivo da produção de imagens e a desconsideração dos aspectos estéticos da produção, a resposta manifesta de alguns é de que não saberiam fazê-lo, seja pelo manejo da máquina, seja pela incapacidade sentida para pensar aspectos de sua realidade para serem retratados. Mesmo que a pesquisadora expusesse a possibilidade de auxiliá-los a pensar sobre tais escolhas, tentando colocar-se num lugar de co-participante na produção, a postura de recusa permaneceu em muitos casos. Tal reação fez pensar na dissimetria existente entre o papel de pesquisadora e participante e nas possíveis fantasias que os participantes poderiam ter construído acerca de uma função avaliativa.

Embora tais razões permaneçam como possíveis, ainda assim é relevante pensar, pelas reações dos participantes, registradas de forma escrita pela pesquisadora, que tais atitudes possivelmente subjaziam uma dificuldade de pensar sobre a vivência da cirurgia, enquanto concebida em seu caráter limítrofe. Como bem coloca Barthes (1984), a fotografia implica em três práticas: fazer, suportar, olhar. Nesse sentido, utilizando a analogia a respeito da produção fotográfica e das referidas práticas cunhadas por Maurente e Tittoni (2007), pode-se pensar que a vivência da cirurgia, por ser da ordem do insuportável, não poderia ser “olhada”, por assim dizer.

Procedimentos de análise dos dados

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, convém ressaltar a importância da consideração de todos os fenômenos que circunscrevem os sujeitos, suas manifestações e ocasionalidade, bem como as interrupções e o silêncio, sendo necessário analisar e revelar significados manifestos e latentes (CHIZZOTTI, 1998). Posto isso, optou-se por utilizar como referência para a análise do material transcrito, a técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin (2008), seguindo as considerações teórico-metodológicas de tal análise propostas por Turato (2008).

Segundo Bardin (2008) a análise de conteúdo remete à transformação das falas relevantes em unidades de análise, visando a descoberta de conteúdos que estão implícitos nos conteúdos manifestos. Visa-se, pois, tecer uma relação entre estruturas semânticas (significantes) e estruturas sociológicas e psicológicas (significados) a partir dos enunciados trazidos pelos sujeitos.

No intuito de favorecer o entendimento do leitor acerca do uso da técnica e os pressupostos epistemológicos subjacentes a essa escolha, cabe uma breve discussão acerca da concepção aqui tomada desse método de análise. De antemão, adverte-se que não se tem a pretensão de discutir as especificidades da técnica e a concepção teórico-metodológica que a sustenta. Trata-se de uma arena complexa, que envolve uma discussão mais ampla e profunda que o escopo desse trabalho permite. As argumentações colocadas a seguir servem, assim, tão somente para justificar ao leitor a utilização de uma perspectiva de análise de conteúdo que se afasta das concepções teórico-técnicas tradicionais.

Entende-se que a concepção tradicional de análise de conteúdo, proposta por Bardin (2008), diz respeito a uma perspectiva que se preocupa com a sistematização e objetivação da análise de textos (CAREGNATO; MUTTI, 2006; ROCHA; DEUSDARÁ, 2005). É realizada através de um método de dedução frequencial ou análise por categorias temáticas, em que não há uma preocupação com o sentido contido nos textos, mas, o que estaria em jogo seriam descrições numéricas e tratamentos estatísticos de seu conteúdo (CAREGNATO; MUTTI, 2006). A análise, nessa perspectiva, concerne o conteúdo das palavras, e não a produção de sentidos. Nessa concepção, o texto seria concebido como um material “transparente” (LIMA, 2003), em que elementos ocultos poderiam ser descobertos de forma objetiva.

Essa técnica, concebida dessa maneira, tenta contribuir com procedimentos “científicos” de legitimação de determinado formato de leitura, entendendo por “científicos”, a idéia de um modelo de ciência inflexível, desde uma perspectiva positivista (LIMA, 2003; ROCHA; DEUSDARÁ, 2005). Segundo tal perspectiva, haveria um privilégio da “objetividade”, em detrimento da suposta “subjetividade” que invalidaria a análise. Preza-se, pois, pela “neutralidade” científica, sendo o analista capaz de buscar uma significação profunda do material analisado, tendo suas “marcas subjetivas” supostamente apagadas (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005).

Existe a pretensão, portanto, de, através de técnicas precisas, descobrir o “verdadeiro” significado do texto, escondido em seus entremeios. A concepção de linguagem em jogo diz respeito à existência de um real pré-construído. Desde essa perspectiva, a pesquisa que toma a análise de conteúdo clássica como ponto de partida diz respeito à descoberta de resultados e não à construção de significados (ROCHA; DEUSDARÁ, 2005).

A perspectiva de Turato (2008) a respeito do uso de tal técnica difere sensivelmente dessa perspectiva. Tal autor encoraja o pesquisador a ultrapassar um estágio meramente descritivo de análise dos dados, legitimando o lugar do pesquisador enquanto interpretador do conteúdo. Propõe, a partir disso, uma particularização e um refinamento da técnica de análise de conteúdo, que levam em conta os sentidos ou significados construídos pelos indivíduos em suas falas, considerando as especificidades de estudos clínico-qualitativos.

Nesse sentido, coloca como etapas para categorização do material as etapas de leitura flutuante e categorização de tópicos emergentes, segundo critérios de relevância e repetição. Na primeira etapa, chama a atenção para a análise do caráter implícito que permeia as mensagens. Na segunda etapa, elenca os critérios de repetição e relevância para a análise do material (TURATO, 2008).

O critério de relevância, assim, foge da ortodoxia dos pressupostos da análise de conteúdo expostos anteriormente, posto que diz respeito à valorização da subjetividade do pesquisador. Sob essa perspectiva, caberia a ele elencar falas que considera ricas em conteúdo para confirmar ou refutar hipóteses iniciais da investigação. Nesse âmbito, não são critérios “objetivos” e estatísticos que regem a construção da análise, mas a escolha por determinada formação de categorias pode pautar-se em pressupostos teóricos pré-existentes que a justificam, assim como a discussão da inclusão desse ponto com o supervisor/orientador do trabalho. Assim, “a formalidade metodológica [...] não deve repousar na regularidade do surgimento do elemento no conjunto de todo o material, mas, sim, na busca da essencialidade do fenômeno particularmente sob estudo” (TURATO, 2008, p. 447).

Dessa forma, reduziu-se o volume de informações contidas nas entrevistas a categorias conceituais, buscando-se interpretar e investigar a compreensão dos sujeitos entrevistados acerca de seu contexto e as influências dele na forma e no conteúdo comunicado (CHIZZOTTI, 1998). A partir da análise, emergiram categorias e subcategorias temáticas que contemplavam elementos, idéias e expressões, com características comuns e relacionadas entre si.

O conteúdo das fotos, por sua vez, foi analisado a partir da revelação do filme, através da análise das imagens e das falas que as acompanharam. Procedeu-se a uma análise de conteúdo das imagens, de forma complementar à análise de conteúdo das falas. Explica-se: após a análise das falas de determinado participante da pesquisa, as fotografias produzidas por esse participante eram analisadas, complementando o surgimento de categorias advindas das falas.

A análise de conteúdo de imagens diz respeito à definição de categorias a partir dos assuntos presentes nas imagens (NEIVA-SILVA; KOLLER, 2002). É tradicionalmente uma técnica formalista, que tende a ser quantitativa (BANKS, 2009), considerando-se as frequências de ocorrência de categorias específicas (BOROWSKY, 2002; NEIVA-SILVA, 2003; NEIVA-SILVA; KOLLER, 2002). Nesse sentido, a abordagem preconizada pela técnica mostra-se regida por um paradigma positivista de ciência (BANKS, 2009).

Entende-se, pois, que tal perspectiva afasta-se dos pressupostos que embasam o presente empreendimento científico. Adota-se neste trabalho, como já foi explicitada, uma perspectiva de ciência em que impera um paradigma compreensivo, em que fatos humanos não são suscetíveis de quantificação e objetivação, sendo peculiares quanto ao seu sentido e identidade e, portanto, exigindo uma compreensão específica. Trata-se de tentar apreender um recorte de uma realidade humana, complexa por definição (MINAYO, 2010).

Tendo em vista tal questão, a opção foi por utilizar uma perspectiva de análise que se aliasse aos objetivos do presente trabalho, indo ao encontro da perspectiva da análise de conteúdo das falas preconizada por Turato (2008) e utilizada na análise dos depoimentos que circunscreveram este trabalho. Considerou-se, nesse ínterim, uma noção de produção de imagem oposta à idéia de neutralidade; ou seja, de que a operação fotográfica implica numa série de escolhas realizadas pelos sujeitos, tais como escolha do objeto, do ângulo de câmera, entre outras. Dessa forma, entende-se que uma fotografia é construída pelo sujeito, assim como a sua significação (JOLY, 2008).

Assim, buscou-se na semiologia e na semiótica alguns elementos que pudessem auxiliar na codificação das fotografias, de forma que fossem consideradas as idiossincrasias das produções. Tal abordagem implica em estudar certos fenômenos em seu modo de produção de sentido, como provocam interpretações ou significações (JOLY, 2008). Toma-se como pressuposto, nesse escopo, a complexidade implicada na análise de uma imagem fotográfica.

No sentido de discutir as possibilidades para tal análise, busca-se nas concepções de Dubois (2003), alguns elementos para discussão. Para iniciar este ensejo, torna-se necessário elucidar o ponto de partida, ou seja, a concepção que norteou o entendimento sobre a imagem fotográfica:

A foto não é apenas uma simples imagem (o produto de uma técnica e de uma ação, o resultado de um fazer e de um saber-fazer, uma representação de papel que se olha simplesmente em sua clausura de objeto finito), é também, em primeiro lugar, um verdadeiro *ato* icônico, uma imagem, se quisermos, mas em *trabalho*, algo que não se pode conceber fora de suas *circunstâncias*, fora do *jogo* que a anima sem *comprová-la* literalmente: algo que é, portanto, ao mesmo tempo, e consubstancialmente, uma *imagem-ato*, estando compreendido que este “ato” não se limita trivialmente apenas ao ato da *produção* propriamente dita da imagem (o gesto da “tomada”), mas inclui também o ato da *recepção* e de sua *contemplanção*. A fotografia, em suma, como inseparável de toda a sua enunciação, como *experiência* de imagem, como objeto totalmente *pragmático*. Vê-se com isso o quanto esse meio mecânico, ótico químico, pretensamente objetivo, do qual se disse tantas vezes no plano filosófico que ele se efetuava na “ausência do homem”, implica de fato ontologicamente a questão do *sujeito*, e mais especialmente, do sujeito *em processo* (DUBOIS, 2003, p.15).

Salienta-se, a partir da definição exposta, a concepção de imagem enquanto signo, partindo da perspectiva peirciana, na medida em que se coloca em jogo a discussão de categoria semiótica em que estaria a imagem fotográfica.

Inicialmente, pode-se aludir a características da fotografia, conforme premissas do senso comum: prestar contas do mundo com fidelidade. Nesse sentido, tem-se que a fotografia

não mente, é uma prova de existência. É concebida, pois, como espelho do real, entendendo a existência de um caráter de semelhança entre a fotografia e o seu referente. Nesse escopo, a fotografia apresenta-se em seu caráter mimético da realidade, como um ícone dela. Concebe-se, assim, que a sua natureza técnica e o seu caráter mecânico permitiriam uma produção automática, objetiva e natural, sem intervenção humana (DUBOIS, 2003).

Uma segunda perspectiva do autor refere a fotografia como transformação do real, ou seja, opondo-se à perspectiva de que é um espelho neutro. O simples fato de a fotografia ser uma “versão” bidimensional da realidade já atestaria a inexistência de uma suposta “pureza”. Trata-se, pois, de um instrumento de transposição, de análise, e tal como a língua, sofre implicações culturais. Nessa perspectiva, fotografar implica em escolhas, num espaço de enunciação e, portanto, não pode ser analisada sem consideração à figura do fotógrafo e às convenções sócio-culturais (COSTA; MAUTONE, 2009; DUBOIS, 2003).

Considerando as questões expostas, destaca-se a noção de autoria, afirmando que o ato fotográfico é resultado de uma construção (COSTA; MAUTONE, 2009; TACCA, 2005). Nesse âmbito, a fotografia implica em uma problemática de convenção em que está em jogo a análise e interpretação do real, que são, por sua vez, culturalmente mediadas. Trata-se de uma concepção da ordem do simbólico, do culturalmente convencionado (DUBOIS, 2003).

As duas primeiras concepções aqui descritas dizem respeito à imagem fotográfica enquanto portadora de um valor absoluto, por semelhança ou convenção. A terceira concepção, da fotografia tomada enquanto índice (considerando-se a contiguidade física do signo com seu referente), implica em um valor singular, na medida em que é determinado pelo referente unicamente. Tal perspectiva coloca a fotografia como traço do real. Assim, há um retorno da análise do referente na fotografia, não mais abordando o que existe de caráter mimético nela, mas, o que existe de referencial, de indicial. As questões abordadas, nesse escopo, dizem respeito à característica da fotografia, como índice, de designar um objeto real, único, vinculado fisicamente à sua gênese, atestando a existência de tal objeto (DUBOIS, 2003).

Desde essa perspectiva, existe, pois, um caráter de pregnância do referente na imagem fotográfica, observado de forma enfática nos escritos de Barthes (1984). Trata-se da consideração de uma certa “pureza”, de um caráter denotativo da imagem, na medida em que é inseparável de sua experiência referencial, do seu ato fundante. Tal concepção coloca a imagem fotográfica sob a égide de uma afirmação da existência, uma “mensagem sem código”, na medida em que a fotografia sempre traz consigo seu referente (BARTHES, 1984).

Ressalta-se, no entanto, de forma contrária a uma “epifania de referência absolutizante” (DUBOIS, 2003, p. 85), dada a partir da consideração da fotografia como puro traço, a concepção de que, de fato, há gestos e processos humanos, portanto, culturais, que precedem e sucedem a concepção da fotografia como mera impressão do real. O autor afirmou, nesse ínterim, que a fotografia apenas pode ser concebida como uma mensagem sem código durante a fração de segundo em que opera a transferência luminosa produtora da imagem:

[...] porque é aí, *somente* aí, entre a luz que emana do objeto e a impressão que deixa na película, que o homem não intervém e não pode intervir sob pena de modificar o caráter fundamental da fotografia. Mas afora isso, afora o próprio ato de *exposição*, a foto é imediatamente (re-)tomada, (re-)inscrita nos códigos (DUBOIS, 2003, p.86)

Portanto, existe um único instante em que a fotografia pode ser concebida em sua característica indicial “pura”. Decorre disso, que as implicações das concepções aqui discutidas têm um caráter eminentemente explicativo e pedagógico, considerando-se que a imagem fotográfica, enquanto signo, deve ser concebida nas três categorias semióticas ao mesmo tempo. Por outro lado, no sentido de atribuir uma cadeia temporal de categorização predominante da fotografia enquanto signo, o autor apontou que, inicialmente, a fotografia é um índice, para somente depois tornar-se ícone (por semelhança) ou símbolo (por convenção) (DUBOIS, 2003).

A complexidade e a riqueza da análise fotográfica consiste, então, na realidade de que há uma coexistência de perspectivas a respeito da imagem. Entende-se que não se pode negar o caráter representativo nas concepções de imagem enquanto índice, ícone e símbolo. Considerando-se essa questão, entende-se que a fotografia, por si só, tem uma significação, mas, ao mesmo tempo, não pode ser compreendida de forma desassociada de sua enunciação e recepção (TACCA, 2005).

É conveniente, para os fins dessa discussão, fazer uma distinção entre percepção e interpretação da imagem. A percepção diz respeito ao reconhecimento dos motivos da imagem, enquanto a interpretação refere-se ao esforço para compreender a mensagem (JOLY, 2008). Entende-se que a primeira refere-se de forma mais predominante, mas, não exclusivamente, à narrativa interna da imagem, e a segunda, à narrativa externa. Por narrativa, entende-se a organização intencional de dados apresentada dentro de uma imagem. A narrativa interna, assim, diz respeito à descrição dos elementos que compõem a imagem, seja de uma forma mais genérica (um gato, por exemplo), ou de forma mais interpretativa (um

gato de estimação). Já a narrativa externa responde a questões mais amplas, tais como: quem produziu a foto, por que e quando foi produzida. A investigação da narrativa externa depende, pois, de recursos auxiliares, já que a imagem, por si, apenas oferece algumas indicações parciais para se compreender tais questões (BANKS, 2009).

Dessa forma, a análise das fotos foi empreendida na busca pela compreensão, principalmente, mas não exclusivamente, de suas funções metafóricas (simbólicas), partindo de um itinerário de leitura que levou em conta a valoração dos participantes, fotografia por fotografia, elemento por elemento fotografado, indivíduo a indivíduo. Foram considerados os aspectos que constituem o código fotográfico – composição, enquadramento, distribuição dos elementos fotografados na profundidade de campo, ângulo de câmara, dentre outros (TACCA, 1991).

Considerou-se tanto a narrativa interna quanto a externa das imagens (BANKS, 2009) e a presença de intenções valorativas implícitas e explícitas, que foram analisadas em dois tempos. Num primeiro momento, colocou-se o sujeito como eixo da análise, buscando a apropriação dos significados das imagens em conjunto com as falas que acompanharam sua visualização. Em um segundo momento, buscou-se a horizontalização da análise, ou seja, a categorização considerando as produções dos demais participantes da pesquisa, tanto com relação a suas falas, quanto às fotos. Destaca-se, assim, como pressuposto para a análise, o caráter de complementariedade das imagens e das narrativas (JOLY, 2008).

Considerações e aspectos éticos

Assim como nos demais momentos desta escrita sobre aspectos metodológicos, o objetivo deste item ser incluído no corpo do presente trabalho, embora venha a ser resumidamente descrito nos artigos científicos que seguem, diz respeito a um posicionamento e a uma inquietação muito particulares da pesquisadora, colocados na seguinte questão: em que consistem atitudes e condutas éticas, quando instituídas em uma pesquisa da especificidade desta? Tal questão gerou discussões e argumentações que perpassaram todo o processo de pesquisa, desde a construção do projeto, até a análise das informações, através de discussões no grupo de pesquisa, com os colegas, assim como em orientações/supervisões realizadas com o professor orientador deste trabalho.

Indo ao encontro das expectativas institucionais e dos padrões de cientificidade e da ética em pesquisa, aceitos atualmente, todas as questões solicitadas foram contempladas, desde o contato com a instituição para a avaliação e consentimento para a realização do projeto, a submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa institucional até a leitura e assinatura do TCLE pelos participantes do trabalho. Contudo, permeou todo o processo de pesquisa, a seguinte inquietação: tal esforço é garantia de comprometimento ético do pesquisador ao longo do processo de pesquisa?

Esclarece-se que tal questão, antes de se tornar questionadora e crítica dos parâmetros processuais em pesquisa, preconizados atualmente, vem para contribuir para a formação que subjaz um processo de aprendizado, tal como preconiza e propõe o Programa de Pós-Graduação ao qual este trabalho vincula-se. Assim, não se questiona o caráter de necessidade e de urgência de medidas que protejam a ética em pesquisa. O que se questiona, nesse âmbito, é o risco de que a postura ética seja concebida como um processo meramente técnico, que possa ser generalizado para todos os tipos de pesquisa, independente da área de saber da qual se originem e do paradigma teórico-epistemológico que adotem. Assim, a postura que se afirma neste trabalho é de recusa quanto ao reconhecimento dos modelos biomédicos de critério de eticidade como irrefutavelmente válidos e generalizáveis (DINIZ, 2008; GUERRIERO, 2006; SCHRAMM, 2004).

Entende-se, assim, dada a importância da temática para o processo desta pesquisa, caracterizado pelo espírito reflexivo, que é coerente trazer para o leitor algumas argumentações que nortearam os questionamentos sobre a postura ética nesse contexto. Para tanto, buscar-se-á tecer uma breve interlocução com autores que auxiliaram a pensar questões éticas envolvidas na pesquisa, focando, principalmente, nas especificidades da relação construída com os entrevistados.

De início, situa-se o leitor a respeito do ponto de partida deste ensejo, a saber: o que está em jogo, ao se pensar os aspectos éticos no âmbito de um trabalho científico, concerne a consideração do paradigma adotado pelo pesquisador para conceber tal projeto. Nesse sentido, a avaliação de critérios éticos não pode ser operacionalizada sem que se tenha em mente que o “paradigma informa a natureza do objeto a ser estudado, o lugar do pesquisador no campo, a natureza do conhecimento que almeja produzir, o método a ser utilizado e os critérios de validade pelo qual será avaliado este conhecimento” (GUERRIERO, 2006, p. 209).

Retomando algumas questões já explicitadas ao longo deste texto, o presente processo de pesquisa situa-se nos paradigmas do método clínico-qualitativo. É, portanto, atravessado pela caracterização da relação estabelecida entre a pessoa do pesquisador e do pesquisado, ou

seja, o estudo é embasado em uma perspectiva de intimidade, em que se adentra no universo da privacidade individual do participante. Ainda, o pesquisador é concebido como instrumento para a apreensão das informações, de forma que o conhecimento do informante é prerrogativa para o conhecimento da situação a ser pesquisada (TURATO, 2008).

Nesse âmbito, entende-se que tal delineamento implica que a pesquisa é feita “com” seres humanos e não “em” seres humanos (o que caracterizaria métodos delineados em uma perspectiva positivista de ciência). Assim, os participantes da pesquisa não são tratados como meros objetos, mas como sujeitos ou pessoas. Trata-se do estabelecimento de um esforço de caráter colaborativo, em que se instala uma negociação entre ambas as partes. Nesse âmbito, é estabelecida uma relação de confiança e cumplicidade (GUERRIERO, 2006), em que é instituído um contrato de honra: a informação é fornecida em troca da discrição do pesquisador. Decorre dessa afirmação, a concepção de que, como pressuposto para uma relação, deve existir reciprocidade entre ambas as partes (NUNES, 2008). Esse é o primeiro aspecto a ser ressaltado, enquanto ponto de partida para se compreender o caráter da relação que embasou o processo de pesquisa. Para evidenciar tal caráter, é possível citar, dentre as várias situações vivenciadas e registradas por escrito pela pesquisadora, duas delas.

A primeira diz respeito à solicitação de uma das entrevistadas, paciente pós-cirúrgica, quando da realização da primeira etapa da pesquisa (a entrevista), em uma das salas do ambulatório de cardiologia. Após a realização dessa primeira entrevista, como já foi descrito, era feito o convite aos participantes para fotografarem aspectos do seu cotidiano que remetessem à cirurgia, colocando-se a necessidade de uma segunda entrevista para se resgatar aspectos dessas produções de imagens. A segunda entrevista, dessa forma, poderia acontecer em lugar que fosse mais conveniente para o participante, desde a própria residência, o hospital, até uma sala colocada à disposição pela entrevistadora no centro da cidade. A participante, ao ser convidada a participar do segundo momento da pesquisa, solicitou que a pesquisadora fosse até o lugar onde vivia e que permanecesse com ela por um tempo. Nos meandros da sua fala, evidenciou-se o desamparo diante das contingências vivenciadas e a necessidade de ser escutada e acolhida. Diante disso, a pesquisadora estabeleceu que iria visitá-la duas vezes, quando da entrega da máquina fotográfica e da entrevista sobre as imagens produzidas. Dessa forma, estabeleceu-se uma troca, entendida aqui como inerente ao processo de pesquisa dessa ordem, na medida em que se trata de uma relação entre seres humanos.

A segunda situação diz respeito a um acontecimento inusitado. Ao ligar para um dos participantes da pesquisa (paciente pré-cirúrgico), para combinar um momento para buscar a

máquina fotográfica, a pesquisadora foi surpreendida com a notícia, revelada por sua filha, de que o paciente havia falecido no mesmo dia. Mediante tal situação, as reações da pesquisadora foram, por um lado, de descrédito e, por outro, de anestesiamento. Além da reiteração da realidade da finitude humana, que fez com que tal situação despertasse na pesquisadora um questionamento angustiante, tanto sobre a própria vida, quanto sobre o conteúdo da entrevista e da relação estabelecida com o participante, esse acontecimento colocou um impasse prático. Como conduzir a situação, a partir de então? O paciente estava com a máquina fotográfica utilizada na pesquisa. O que fazer? Recuperá-la? A partir de compartilhamento desse cenário com o orientador, decidiu-se ligar para a casa do paciente após alguns dias e conversar com a sua esposa, buscando informações sobre a situação e disponibilizando-se para a escuta. Assim, a partir deste contato telefônico, a pesquisadora combinou com a senhora que iria até sua casa. A partir dessa primeira visita, em que foi recuperada a máquina, estabeleceram-se outros contatos telefônicos e um segundo momento de escuta, que aconteceu na própria residência do paciente.

As duas situações, de antemão, trazem um pressuposto a partir do qual se tentou estabelecer o processo da pesquisa: o respeito à alteridade, à singularidade e à complexidade da vida humana. Trata-se de conceber o consentimento e a abertura para a realização da pesquisa como um processo, que, por sua vez, depende da qualidade da relação estabelecida com o participante e com seu entorno (GUERRIERO, 2007). Assim, a pesquisa de âmbito qualitativo mostra-se intrinsecamente vinculada a questionamentos éticos, em que a distinção entre fato e valor não se mostra clara, constantemente re-situando as relações entre pesquisador e pesquisado (NUNES, 2008).

Nesse escopo, no entanto, não se têm uma visão ingênua da relação estabelecida com os entrevistados, pois, se concebe que tal relação é dissimétrica, desigual por definição, posto que a prática de pesquisa reproduz o contexto social contraditório, em que existem diferenças de detenção de bens reais e simbólicos (MINAYO, 2010). Tal característica mostra-se de forma indelével desde o primeiro contato com a pesquisadora, na medida em que foi tratada, de forma indiscriminada e confusa com a figura do médico assistente, como “doutora”. Nesse âmbito, de forma consoante às colocações de Minayo (2010), entende-se que, nesse tipo de pesquisa, tanto pesquisadores como pesquisados são responsáveis por suas relações e pelo produto que delas advêm. Dessa maneira, como bem coloca a autora, é necessário que haja, sobretudo, clareza sobre o sentido das relações estabelecidas, primando pela criação de situações que reflitam os interesses dos entrevistados também.

Desde essa perspectiva, coloca-se o impasse que permeou todo o período de coleta de informações da presente pesquisa, a saber, a confusão entre assistência e atividade de pesquisa. É relevante destacar que o contato com os participantes aconteceu em um contexto assistencial, mediado por um agente de saúde, com um lugar de saber-poder instituído nesse contexto, o médico. Entendendo que o sistema de saúde funciona sob uma lógica medicocêntrica e assistencialista (ZAIIDHAFT, 1990), foi necessário dispor de um esforço ímpar para esclarecer para os possíveis participantes as condições que subjaziam sua participação na pesquisa, a saber: o respeito aos princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (TURATO, 2008).

Assim, quando do primeiro contato e em outros momentos necessários, foi esclarecido aos participantes, em linguagem o mais clara possível, o tema do estudo e suas implicações. Foi assegurado o anonimato e a preservação de sua identidade. Além disso, os entrevistados foram informados sobre a possibilidade de desistirem de participar da pesquisa em qualquer momento que desejassem sem que isso representasse prejuízo para os mesmos.

Quanto aos riscos provenientes da situação de pesquisa, os participantes foram informados que não eram maiores ou distintos dos que os advindos de uma conversa informal. Foram advertidos que poderiam sentir-se desconfortáveis ao lembrarem de algumas situações de suas vidas e falarem sobre elas. Ademais, foi esclarecido que não existiam, tampouco, benefícios diretos aos entrevistados. Caso a pesquisa mobilizasse no sujeito conteúdos geradores de angústia, foi apontado que poderia ser sugerido um serviço de apoio para que ele pudesse conversar, visando minimizar o foco de sofrimento.

Apesar dessa tentativa de esclarecimento, muitas vezes, parecia existir um entendimento confuso com relação à especificidade da presença da pesquisadora, tornando difícil distinguir entre o papel de psicóloga assistente e de pesquisadora. Tal ambivalência certamente acentuou-se em função do contexto em que o primeiro contato aconteceu, bem como em função da forma como o contato com os pacientes era mediado. No entanto, na mesma medida em que trouxe um impasse no entendimento dos participantes, entende-se que tal confusão de papéis propiciou que eles se engajassem na pesquisa. Explica-se: após as explicações sobre a pesquisa, principalmente no tocante ao esclarecimento sobre riscos e benefícios, vários possíveis participantes verbalizavam que gostariam de ser escutados por alguém “capacitado”, que pudesse ouvi-los e não julgá-los. Assim, a relação, embora concebida em sua dissimetria, pôde ser pensada como provedora de benefícios para alguns participantes, segundo o olhar deles mesmos. Falar com uma psicóloga, nesse contexto, embora esclarecido que não se tratava de um atendimento ou acompanhamento psicológico,

parece ter tido, para alguns, uma caráter quase-terapêutico (DINIZ, 2008), catártico (TURATO, 2008), de forma que parece ter funcionado como uma motivação para o engajamento no processo.

Além dos pontos abordados, destaca-se outro item importante, motivo de reflexões e discussões envolvendo aspectos éticos. A presente pesquisa utilizou como parte de seu método a produção de imagens. Questionou-se, no decorrer do processo, como seria a exposição delas como ilustração dos resultados da pesquisa, visto que, de forma contrária às falas, as imagens podem impedir a manutenção do anonimato dos participantes (BANKS, 2008; DINIZ, 2008). Como não existem regras absolutas ou diretrizes acerca de tal questão (BANKS, 2008), cada caso foi pensado e discutido em sua singularidade.

No momento da aceitação dos participantes para produzirem imagens, a pesquisadora assegurou a proteção à privacidade dos mesmos, abordando a possível exposição das imagens para os fins da pesquisa. Assim, a escolha pela divulgação das fotografias foi pautada por uma avaliação caso a caso, colocando-se como objetivo a não exposição da privacidade dos informantes. Dessa forma, optou-se por apenas divulgar imagens em que não estivesse identificável nenhum indivíduo fisicamente. Os artigos que seguem trazem algumas dessas imagens como ilustração para a análise dos resultados.

Entende-se que tal postura não dirime a complexidade envolvida na questão, muito menos se trata de uma norma a ser seguida. Como é uma questão controversa, sabe-se que deve ser constantemente retomada, respeitando as idiosincrasias da relação estabelecida com cada participante.

Considerando-se todas as questões expostas, ressalta-se que as reflexões sobre os aspectos éticos instituídos nas relações que permearam o processo de pesquisa aqui descrito não se esgotam nessas linhas. Trata-se de um processo contínuo de análise, que depende de uma multiplicidade de olhares daqueles que se dispõem a adentrar na arena do que não é exato, mas complexo e singular. Concebe-se, pois, essa breve discussão como parte inicial de um processo de aprendizado, ponto de partida para outras construções de trabalhos, para o questionamento sobre a dinâmica da vida (e da morte), que permeia, visceralmente, pesquisas que buscam os significados atribuídos à saúde e à doença, como este.

ARTIGO 1

Significados atribuídos à doença cardíaca por pacientes pré-cirúrgicos¹

¹ Artigo formatado segundo as normas da “Revista Interamericana de Psicologia”, Qualis A2. Cabe ressaltar que, assim como este artigo, os demais que o seguem compreendem um número superior de laudas do que o permitido pelos respectivos periódicos a que se pretende submeter. Nesse sentido, entende-se que tais questões deverão ser retomadas após a apreciação da presente Banca de Defesa.

Resumo

Este estudo objetivou explorar os significados atribuídos à doença cardíaca por pacientes pré-cirúrgicos, usuários de um ambulatório de cardiologia de um hospital universitário. Configurou-se como um estudo clínico-qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, cujos dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas e da autofotografia, propostas a 15 indivíduos. A análise foi realizada através da análise de conteúdo. As categorias emergentes foram: Negação da doença, Confrontação com a doença, Origem da doença, Doença e trabalho e Sexualidade rompida. Os resultados destacam as dificuldades dos participantes relacionadas à apropriação do quadro da doença e à ambivalência presente. Nesse ínterim, destaca-se a premência de ações de saúde, que possam ser coadjuvantes da reestruturação das possibilidades de vida para os pacientes cardíacos pré-cirúrgicos.

Palavras-chave: psicologia, cardiologia, cirurgia.

Abstract

This study aimed to explore the meanings attributed to the cardiac disease by presurgical patients, users of an outpatient clinic of a university hospital. It is a clinical qualitative study, characterized as exploratory and descriptive. Data was collected through semi-structured interviews and autophotography, proposed to 15 individuals. Analysis was carried out through content analysis. The emerging categories were: Denial of the disease; Confrontation with the disease; Origin of the disease; Disease and work and Ruptured sexuality. Results highlight difficulties approached by the participants as regards appropriation of the disease condition as well as the presence of ambivalence. Thus, the need for health care actions that may play a role in restructuring possibilities of life for cardiac presurgical patients is evidenced.

Keywords: psychology, cardiology, surgery.

Introdução

A relação entre psicologia e cardiologia remonta à antiguidade. Considera-se que o coração, enquanto órgão, tem conotações e implicações afetivas que ultrapassam sua função anatômica (Oliveira, 2008). Nesse âmbito, a vinculação entre as áreas de psicologia e cardiologia traz uma perspectiva diferente da médica a respeito do corpo, enquanto tomado em sua objetividade. Tal articulação aborda o homem em sua singularidade, na medida em que conflitos, sentimentos, dúvidas e receios emergem em suas experiências (Zaher, 2008).

Cabe ressaltar que as doenças, em geral, apenas são concebidas como tais pelo indivíduo a partir do mundo simbólico que o circunda, ou seja, a representação de saúde e de doença revela um laço com o social (Ferreira, 1994; Helman, 2009; Minayo, 2010). Para o doente, o reconhecimento da doença diz respeito às construções sociais acerca do adoecimento (Ferreira, 1995).

O corpo, portanto, porta significados sociais, sendo que as capacidades de pensar e expressar as mensagens corporais estão sempre arraigadas a determinadas interpretações da realidade (Ferreira, 1995). Nessa lógica, os significados das doenças para os indivíduos vinculam-se aos usos sociais do corpo em seu estado normal. Ou seja, não poder trabalhar, dormir ou comer poderia implicar em estar doente (Ferreira, 1994).

Destarte, a concepção de doença, via entendimento da ciência médica, muitas vezes, difere da concepção socialmente construída a partir de interpretações de grupos sociais específicos, e outras vezes a reafirma. Nesse contexto, há o uso de instituições, equipamentos e consultas médicas e, concomitantemente, a relativização dos conhecimentos tradicionais e a inserção da religiosidade como parâmetros para a atribuição de significados no âmbito da saúde e da doença (Minayo, 2010).

Portanto, existe uma complexidade envolvida no processo de percepção de sintomas da doença cardíaca, na medida em que não há relação direta deles com a patologia em si. Há diferenças individuais concernentes à atenção que cada um tem a respeito de seu estado interno. Nesse sentido, o relato de sintomas envolve vários componentes, dentre eles: sinalizações do corpo, fatores psicológicos e fatores situacionais (Brink, Karlson, & Hallberg, 2002). Ainda, parece haver um descompasso entre o auto-relato de sintomas, a significação da gravidade da doença e as medidas

objetivas da mesma, que pode ser explicado parcialmente pelo fato da doença cardíaca ser, com frequência, uma doença silenciosa (Hirani, Pugsley, & Newman, 2006).

Não raramente, quando os sintomas ocorrem, há um período de choque psicológico, em que a resposta imediata pode ser a negação (Morse, 2000). Tal mecanismo de defesa aparece, no caso da doença coronariana, vinculado à angústia de morte. Se a negação é acentuada e permanente ao longo do tempo, pode ser compreendida como subjazendo uma atitude de onipotência e desejo de domínio da realidade (Romano, 2001). Dessa forma, o paciente, muitas vezes, acaba atuando através de uma atitude de “concorrência” com a realidade, boicotando o tratamento e a sua recuperação (Ongaro, 2002).

Dentre os sintomas da doença cardíaca, há referências a dificuldades vinculadas à esfera do exercício da atividade sexual (Albanesi Filho, 2000; Friedman, 2000; Vacanti & Caramelli, 2005; Silva, 2007). Há uma redução significativa da atividade sexual após o evento coronariano (Vacanti & Caramelli, 2005). Tal cenário pode ser fruto de disfunções orgânicas reais e concretas, proporcionadas pelo adoecimento do coração. Nesse sentido, a impotência e a diminuição da libido são problemáticas comuns diante do quadro da doença coronariana (Albanesi Filho, 2000).

Sabe-se, no entanto, que existe uma íntima correlação entre variáveis psicológicas e atividade sexual, de forma que fatores, tais como a ansiedade (Friedman, 2000), podem ser importantes dificultadores no desempenho da atividade sexual para os pacientes. Ainda, existe o medo ou o temor de que a atividade sexual possa precipitar eventos cardíacos, sentimento que é muitas vezes compartilhado pelo cônjuge/companheiro (Albanesi Filho, 2000; Carvalho & Cidade, 2000; Silva, 2007).

Considera-se que a sexualidade é um assunto considerado tabu socialmente e que sua abordagem com o paciente é difícil, gerando, muitas vezes, uma resistência para a inserção da temática no tratamento. O paciente pode sentir-se constrangido ou envergonhado de falar sobre uma questão que desvela aspectos de sua intimidade (Silva, 2007). Além disso, tal temática nem sempre é abordada pelo médico assistente (Rerkpattanapipat, Stanek, & Kotler, 2001), que não costuma ser preparado para escutar e orientar o paciente sobre este assunto em sua formação (Albanesi Filho, 2000).

Para a população trabalhadora, a incapacidade para trabalhar coloca-se como pressuposto para o reconhecimento da doença (Minayo, 2010). O trabalho, em tal contexto, tem um peso significativo, na medida em que o corpo é fonte de subsistência. Principalmente para os homens de classes populares, a capacidade para trabalhar é concebida como elemento que representa a identidade pessoal e social de si (Bazon, 2000). A incapacidade para esse fazer, dessa forma, pode trazer sentimentos de desintegração social (Minayo, 2010) e perda identitária (Enriquez, 1999), na medida em que o trabalho é o meio pelo qual os sujeitos têm o seu reconhecimento enquanto tais (Jacques, 1996; Enriquez, 1999; Minayo, 2010).

Diante das sinalizações supracitadas, pode haver, por parte dos pacientes, uma compreensão da problemática cardíaca, de forma a articular os sintomas com o diagnóstico da patologia. Por outro lado, para alguns, há um atraso na busca por atendimento, na medida em que não há compreensão de que os sintomas são de origem coronariana. Outros relatam um sentimento de espanto mediante a constatação da doença, uma vez que está muito presente a ilusão de invulnerabilidade (Brink *et al.*, 2002). Ainda, parece haver uma postura de defesa com relação à perda de controle significada pela aceitação da sintomática (Brink *et al.*, 2002), uma vez que algumas pessoas desconsideram a seriedade de seus sintomas (Brink *et al.*, 2002; Bergvik, Sørli, & Wynn, 2010), remetendo à presença de um forte sentimento de onipotência. A busca por cuidados médicos nem sempre se dá através da decisão do próprio paciente, mas frequentemente está vinculada à decisão de um familiar. Nesse sentido, muitas vezes, o paciente é forçado por outro a agir e não negar a realidade (Brink *et al.*, 2002).

No que diz respeito à atribuição de causalidade para as doenças em geral, nas sociedades ocidentais contemporâneas, os fatores endógenos concebidos como causadores do adoecimento dizem respeito a processos biológicos orgânicos ou a lesões oriundas de uma carga hereditária ou de descuidos com a saúde. Tais processos também são explicados através de interpretações concebidas socialmente, em que a doença é oriunda de desígnios divinos, fatalidade ou desordem, e por sua vez mostra-se alavancada por desobediência ou a quebra de normas e tabus coletivos (Minayo, 2010).

No caso da doença cardíaca, pode haver uma maior consciência de seu acometimento, por parte do paciente, na medida em que há um conhecimento dos fatores de risco para ela, tais como a herança genética (Brink *et al.*, 2002). Outros fatores de risco coronariano conhecidos dizem respeito à

hipercolesterolemia, ao diabetes, à hipertensão arterial, ao tabagismo, ao sedentarismo e ao stress (Oliveira & Ismael, 1990). Dessa forma, cabe ressaltar que a doença cardíaca, especialmente a doença coronariana, é multifatorial, ou seja, o adoecimento é frequentemente produto de uma série de fatores biopsicossociais que se complementam (Campos, 1992).

Considerando-se que o coração é o órgão que traz uma resposta concreta ao stress físico ou psicológico, entende-se que o stress pode ser pensado como um fator de risco para a doença cardíaca (Ongaro, 2002), muitas vezes, sendo fatores estressantes ambientais e internos concebidos como os geradores da crise do adoecimento (Oliveira & Luz, 1992). Tal concepção é ainda mais acentuada quando se pensa que o coração carrega uma carga significativa de atributos simbólicos e psicológicos, sendo nele que muitas vezes são focadas queixas de ordem emocional (Perez, 1990).

Assim, o contexto da doença, não raramente, traz para a vida do paciente um aspecto de fragilização, pois, a doença não coloca apenas a ameaça de morte real, mas, também, acaba causando várias perdas que acarretam experiências de “mortes simbólicas” (D’Amato, 2008). Essas vivências mostram-se vinculadas às perdas da autonomia e do controle sobre as situações, às restrições alimentares e ao impedimento do desempenho da profissão (Campos, 1992; D’Amato, 2008). Podem ser consideradas pelos indivíduos, ademais, como perdas irreparáveis, já que a doença cardíaca não é um quadro de saúde intermitente, mas crônico (D’Amato, 2008), gerando sentimentos de ansiedade, raiva e medo (Campos, 1992).

Diante desse contexto, esse artigo traz alguns resultados oriundos de uma pesquisa que teve como objetivo principal explorar os significados atribuídos à doença cardíaca para pacientes pré-cirúrgicos.

Método

Delineamento

Trata-se de uma pesquisa clínico-qualitativa (Turato, 2008), de cunho exploratório e descritivo.

Participantes

Participaram deste estudo 15 pacientes pré-cirúrgicos cardíacos, nove homens e seis mulheres, cujas idades variaram de 47 a 73 anos. Caracterizaram-se enquanto usuários do Sistema Único de Saúde, dependendo, portanto, de financiamento do Estado para a assistência à saúde. Tais pacientes deveriam ter indicação para a realização da cirurgia em período não superior a seis meses a partir da data do contato. Foram excluídos do estudo pacientes menores de 18 anos, que não residissem na cidade de realização do estudo e que em função de disfunções físicas não pudessem falar. O número de entrevistados foi concebido a partir do critério de saturação da amostra (Minayo, 2010).

Técnicas e procedimentos de coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas e da autofotografia. A entrevista semi-estruturada, conforme as orientações de Minayo (2010), constou de eixos norteadores a partir dos quais os participantes eram convidados a falar sobre suas experiências. Os aspectos abordados nas entrevistas foram: o diagnóstico da doença, a indicação cirúrgica, o paciente antes da cirurgia, sexualidade e expectativas diante da cirurgia. Os possíveis participantes foram abordados em consultas médicas ambulatoriais em um hospital universitário de referência no interior do Rio Grande do Sul, a partir da mediação da equipe médica. Após a consulta médica, em que os profissionais abordavam superficialmente a presença e os objetivos da pesquisadora, os pacientes que cumpriam os critérios de inclusão foram abordados pelo pesquisador, em uma sala privativa. Inicialmente, foram esclarecidos sobre a temática e os objetivos do trabalho, os riscos, os benefícios, a ausência de implicações em relação ao atendimento prestado pela instituição e o sigilo, sendo convidados a participarem dos dois momentos da pesquisa. Caso fosse aceito o convite, a entrevista era realizada em local mais apropriado para os interesses do participante, podendo ser no ambulatório do próprio hospital, em uma sala disposta pela pesquisadora ou na casa do participante. A aceitação da participação na primeira etapa da pesquisa não implicava na participação na segunda. O momento da entrevista também foi escolhido pelos indivíduos abordados, sendo realizada de forma individual e respeitando a voluntariedade e a disponibilidade dos mesmos. Após as referidas explicações sobre a pesquisa, solicitou-se consentimento verbal e escrito, com a assinatura do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido. As entrevistas foram gravadas, incluindo o consentimento verbalizado pelos participantes, e, posteriormente, transcritas.

Após a entrevista inicial, caso fosse consentido, os participantes realizaram um segundo momento da pesquisa, através da utilização da técnica da autofotografia. Tal técnica consistiu na entrega, aos entrevistados, de uma máquina fotográfica analógica, com filme de 12 poses, pertencente ao pesquisador. Foi solicitado que retratassem objetos, pessoas e/ou lugares que remetessem à sua realidade atual (Neiva-Silva & Koller, 2002).

A fotografia aqui é entendida como um instrumento de auto-representação (Tacca, 1991), facilitando o desencadeamento de evocação de memórias que não podem ser lembradas espontaneamente (Loizos, 2008). O uso de tal técnica mostrou-se relevante, para os fins do presente estudo, na medida em que se pode entender o funcionamento psíquico dos indivíduos acometidos por doenças cardíacas a partir de uma lógica psicossomática, segundo a qual tais indivíduos têm uma dificuldade de expressão de afetos e abstração da realidade concreta (McDougall, 1996).

Após terem sido tiradas as fotos, a máquina era devolvida ao pesquisador e as imagens eram reveladas por ele. A partir daí, uma segunda entrevista era agendada para que se pudesse abordar o conteúdo das fotos, buscando, com isso, maior profundidade de conteúdo do material (Neiva-Silva & Koller, 2002). Tais entrevistas foram também transcritas e analisadas. Dos 15 participantes da pesquisa, seis aceitaram participar da atividade.

Procedimentos de análise dos dados

As falas oriundas das entrevistas, com e sem as fotos, foram analisadas tendo como referência a análise de conteúdo (Bardin, 2008; Turato, 2008), buscando resgatar através da análise os temas abordados de forma expressa e latente (Turato, 2008). A análise do conteúdo das fotos seguiu alguns elementos do roteiro proposto por Tacca (1991), em que foi considerada a valoração dos participantes, fotografia por fotografia, elemento por elemento fotografado, indivíduo a indivíduo. Foram considerados os aspectos que constituem o código fotográfico – composição, enquadramento, distribuição dos elementos fotografados na profundidade de campo, ângulo de câmara, dentre outros.

Considerações e aspectos éticos

Cabe ressaltar que foram seguidas as recomendações éticas da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza as condições das pesquisas que envolvem seres humanos. As atividades de campo previstas em tal pesquisa apenas ocorreram após a aprovação pelo comitê de ética da instituição em que foi realizada, sendo o projeto aprovado sob número CAAE 0174.0.243.000-09. Com o objetivo de preservar o anonimato dos participantes, as falas ilustrativas das categorias serão seguidas da seguinte legenda: M ou F (Masculino ou Feminino), seguido da idade.

Resultados e discussão

A partir da análise dos dados provenientes da coleta de dados, emergiram algumas categorias que retratam os significados atribuídos pelos pacientes cardíacos no processo de adoecimento.

Negação da doença

Essa categoria diz respeito ao impacto do adoecimento na vida dos pacientes. A notícia do problema cardíaco traz repercussões que remetem ao significado que o coração tem, como órgão (Oliveira, 2008). Dada a importância dele para o funcionamento do corpo, descobrir que há uma disfunção pode remeter os indivíduos a uma situação em que se sintam vulneráveis, rompendo com a pressuposta onipotência em relação a suas vidas (Romano, 2001). Mediante tal situação, a negação é um mecanismo de defesa que permite que os sujeitos mantenham-se psiquicamente íntegros, através da não aceitação do problema ou da banalização do mesmo (Botega, 2006). Tal cenário acentua-se mediante a realidade de ausência de sintomas (Hirani *et al.*, 2006) e a possibilidade de confusão de sintomas da doença cardíaca com outras patologias (Brink *et al.*, 2002).

Sempre fui de boa saúde, tudo. Não sei por que. Até quando disseram que era do coração até fiquei, achei que era brincadeira [...] Nada, nada me atinge na vida. Me atingiu agora essa, que ainda tenho as minhas dúvidas. (M7, 71 anos)

Eu já sentia essa dor assim, né... Fiz os exame assim, tudo, pra ver, deu tudo bom... Só esse problema na veia, né? Que é na veia, não é no coração. É na veia. Complica o coração também, né? (F1, 73 anos)

A segunda fala remete ao fato de que a paciente parece conceber sua doença de forma a proteger-se da gravidade dela. Ao afirmar que a doença não acomete o coração, mas sim as veias que o compõe, ela parece estar tentando destituir a doença de seu caráter de gravidade. Tal tentativa não parece ser bem-sucedida mediante os dados da realidade, pois, em seguida, a fala traz o questionamento, que pode ser entendido como uma confirmação, de que, de fato, o problema atingiu um órgão tão vital.

Outros pacientes podem negar as mudanças decorrentes das limitações que o adoecimento traz, assim negando também a doença. Muitos buscam na continuidade de suas atividades diárias a prova de que a doença não os atingiu, tentando provar para si mesmos que o corpo ainda continua íntegro.

Assim como antes, não mudou nada. Como eu te disse, eu esqueço que tô doente do coração.

(F3, 68 anos)

Cabe ressaltar que a negação, enquanto mecanismo de defesa, pode ser considerado artifício necessário para a manutenção da integridade psíquica dos sujeitos. No entanto, se tal postura permanece rígida ao longo do tempo, pode implicar em boicote ao tratamento (Botega, 2006), em atitudes de “concorrência” com a doença (Ongaro, 2002) e consequente aumento da severidade do quadro de saúde.

Confrontação com a doença

A descoberta da doença cardíaca é relatada de forma enfática, destacando a reação de choque psicológico diante da confrontação com tal realidade (Morse, 2000). Nesse sentido, parece haver uma ruptura entre o saber médico e o saber popular concernente à significação da doença (Helman, 2009; Ferreira, 1995), já que, para os participantes, a doença estaria representada pela impossibilidade de desempenho de uma vida normal (Ferreira, 1994), enquanto que, para o saber médico, o que atesta o adoecimento são exames e parâmetros científicos (Helman, 2009). De acordo com os relatos colhidos,

mediante os parâmetros da medicina moderna, a doença é atestada, o que nem sempre acontece mediante os parâmetros do saber popular, dos significados atribuídos ao uso dos próprios corpos pelos participantes. Nesse contexto de ruptura, portanto, quem nomeia a doença parece ser, em geral, um médico, balizado em resultados de exames.

Ah na hora que o médico, quando eu saí do cateterismo, que ele chegou e me falou aquilo ali, claro que eu tive um, eu balancei um pouquinho. Que a gente, eu não esperava que eu tivesse uma lesão tão grave. Eu achava que, eu sabia que alguma coisa tinha, mas não sabia que era tão grave assim. Aquilo me, nos primeiros dias me abalou um pouco. (M4, 68 anos)

Então, por isso que eu procurei o médico aí, o médico atestou que era problema cardíaco. Ele atestou. (M5, 54 anos)

Eu não sei, eu não sei o que mais, como é que vou dizer que seja, entende. Então, o que tá acusando é os aparelhos, vamos dizer, né. Nem um médico não atesta, né. Nenhum médico que é formado não atesta. Eu que sou leigo que não posso também, né. Não tô sentindo nada ao contrário, que eu diga que seja ou não seja, né, não posso dizer. (M7, 71 anos)

Dessa forma, a confrontação com a doença parece acontecer de forma ambivalente. Não há nenhuma marca evidente no corpo que indique a problemática, de maneira que é necessário, para que o paciente aproprie-se do quadro que vivencia, que ele acredite no relato de outra pessoa, em exames e recursos tecnológicos. Tal cenário parece evidenciar uma situação de extrema impotência e de desapropriação de seu próprio corpo. O indivíduo é destituído do lugar daquele que pode falar de si mesmo e nomear a sua problemática, podendo iniciar, assim, um processo de despersonalização (Angerami-Camon, 2006; Botega, 2006).

Origem da doença

Há vários significados aferidos pelos pacientes para a origem da doença cardíaca. Dentre eles, destaca-se a atribuição da doença a desígnios divinos, expondo, como na primeira fala abaixo, a ideia de que o adoecimento significa um castigo divino por algo cometido pelo paciente (Minayo, 2010).

Deus castiga... Quando Deus manda castigo, o cara merece. E eu mereço, também, né?(risos).
(M1, 48 anos)

Outro aspecto enfatizado, diz respeito a hábitos de vida deletérios à saúde, tais como o tabagismo e o etilismo, juntamente à noção de que um esforço exacerbado pode ter sobrecarregado o sistema cardiovascular.

Pois é, as veias. E ela [a médica] disse que não é gordura, é inflamação que ficou, foi lesionada e inflamou e secou e agora não dá pra desmanchar a inflamação. Eu creio que seja. Sempre forcejou muito. Eu morava pra fora e forcejava muito, depois metalúrgico também forcejava bastante, muito peso. Acho que é isso mesmo. (M2, 66 anos)

Depreende-se da fala do participante, que há uma certa conciliação entre as causas atribuídas ao adoecimento pelo médico e pelo próprio sujeito, na medida em que o significado verbalizado por ele parece ser produto do compromisso entre essas duas perspectivas (Minayo, 2010).

O simbolismo do coração, no que diz respeito aos seus atributos afetivos (Oliveira, 2008), também emerge nas falas, na medida em que alguns pacientes atribuem a doença à sobrecarga emocional (Perez, 1990). Junto a essa perspectiva, salienta-se o conhecimento, científica e popularmente difundido, de que o estresse configura-se em um fator de risco para o adoecimento (Oliveira & Ismael, 1990).

Porque isso aí tu vai guardando tudo dentro do teu coração, chega uma hora que tu explode. E eu vejo que é através daí que a gente cria a doença. É aí que aparece. (M3, 47 anos)

E o negócio começou a aumentar e eu tenho problema de estresse. Eu sou muito nervoso. Uma coisinha assim, às vezes, é tudo. [...] Mas eu sou muito nervoso, eu sou nervoso. Acho que foi isso que causou mais problemas. Eu me ataco dos nervos valendo. (M8, 50 anos)

Além das causas supracitadas, uma outra causa atribuída diz respeito a fatores hereditários. Nesse escopo, é relevante destacar que, ao atribuir à hereditariedade, unicamente, a causa de sua doença, o sujeito pode abster-se da responsabilização pelo seu quadro de saúde, tal como parece registrar a fala seguinte.

Que o meu colesterol é de, é porque a minha mãe tinha, os meus familiares todos tinham. É de... Não adianta eu me cuidar. (F3, 68 anos)

Cabe ressaltar que a multifatorialidade de fatores causadores do adoecimento também foi abordada por alguns participantes, salientando um entendimento de que a doença pode ser concebida como fruto de um processo.

Doença e trabalho

A capacidade para o trabalho foi enfatizada nos depoimentos e na autofotografia. Muitos se mostraram emotivos ao abordar a temática, enfatizando o ressentimento por não poderem desempenhar mais tarefas e atividades através das quais concebiam suas identidades (Jacques, 1996; Enriquez, 1999; Minayo, 2010).

Eu sou sozinho, eu e ela. Então, tenho que me virar pra dar sustento pros meus dois filhos e eu e a esposa também. Então, você caiu doente, você não é nada mais. (M1, 48 anos)

Cinco dos participantes que aceitaram realizar a segunda parte da pesquisa através da autofotografia (M1, M4, M7, M9 e F5), registraram em imagens atividades de trabalho ou cotidianas que não mais podiam realizar em função das condições de saúde. Inclusive, um dos participantes (M9) registrou, na sequência de fotos, todo o processo envolvido em seu local de trabalho prévio ao adoecimento. Alguns registros são exemplificados nas Figuras 1, 2 e 3. A Figura 1 traz uma das produções de M1, de 48 anos. Trata-se de uma área que costumava manter limpa. Nota-se que a composição e o enquadramento da imagem colocam como aspecto central o mato, que acaba por tomar conta do espaço das construções. A fala do entrevistado complementa a compreensão da imagem:

Isso aqui não tinha mato, né? Eu tenho uns pés de abacate plantado, [...] e pé de arruda. Agora não tem nada. Sabe por quê? Por causa do mato. É só mato, mato. Não tava assim. A senhora pode perguntar pra qualquer vizinho. O pátio era limpinho. A senhora podia sentar em qualquer lugar. Agora, fazer o quê? (M1, 48 anos)

(Inserir *Figura 1*. Produção fotográfica de M1)

A Figura 2 retrata, como aspecto central, um televisor, mencionado pela participante F5, de 71 anos, como o entretenimento que tem, mediante a impossibilidade de desempenhar outras atividades em função do adoecimento. A Figura 3 foi produzida por M9, de 57 anos. Trata-se de uma das seis

imagens que retratam o trabalho desempenhado por ele antes do adoecimento. Traz, como figura central, um senhor trazendo um carregamento que ocupa quase toda a imagem. Uma das questões simbólicas que pode ser pensada a partir da composição da imagem é que o indivíduo que figura nela mostra-se praticamente excluído da imagem. O que vigora de mais central nela é o que ele carrega, elemento que pode remeter à importância do trabalho na construção da subjetividade do participante. Tal entendimento é ratificado pela fala dele.

(Inserir *Figura 2*. Produção fotográfica de F5)

(Inserir *Figura 3*. Produção fotográfica de M9)

Esse resultado, assim, remete à noção do quanto o trabalho é sintetizador da identidade do sujeito e de que a impossibilidade de engajar-se em tal atividade pode trazer sentimentos de desintegração social. Tanto nas falas, quanto nas imagens, a incapacidade para desempenhar tarefas do cotidiano evidenciou-se como uma sinalização do adoecimento, na medida em que o corpo não mais permitiu o desempenho de outrora (Minayo, 2010). Tal realidade de limitação do corpo parece ter sido um fator facilitador para a aceitação dos participantes a respeito de suas condições de saúde.

Antes, eu sempre fiz todo o meu trabalho. Mas, agora, ultimamente eu não to fazendo mais o serviço de casa a não ser só o almoço, o resto a empregada faz. [...] Então, eu parei com o serviço da casa, da limpeza. Mas, sempre fui eu que fiz, entendeu, até aparecer a dor. (F2, 67 anos)

Claro, eu faço a minha comida, eu cuido das minhas duas peças, da área, lavo roupa, servicinho. E no mais eu fico sentada, é que eu já não tenho mais saúde pra trabalhar. (F4, 73 anos)

Considera-se, portanto, o montante de sofrimento oriundo das vivências aqui relatadas, que possivelmente, acentuam o sentimento de impotência dos indivíduos. Diante da impossibilidade do desempenho de tarefas a partir das quais anteriormente eram reconhecidos, parece haver a necessidade de que outros parâmetros de reconhecimento social sejam construídos.

Sexualidade Rompida

Outro aspecto que remete ao adoecimento, para os participantes da presente pesquisa, abarca as limitações do próprio corpo concernentes à capacidade de desempenho sexual. Os relatos abaixo salientam que a doença traz limitações reais para o exercício da atividade sexual (Albanesi Filho, 2000; Friedman, 2000; Vacanti & Caramelli, 2005; Silva, 2007).

Isso aconteceu comigo, porque desde que ela teve essa guria aí, que nós tivemos essa guria aí, nós só tivemos sexo duas vezes, sexo duas vezes. E ela me entende. Sabe aquela cama que a senhora viu ali? [...] Eu me mudei pra ali. Dei a minha cama pros meus dois filhos dormir, a guriuzinha e o piuzinho, que dormem com ela. Sabe, é por causa é da fadiga, falta de ar. (M1, 48 anos)

Os sentimentos subjacentes à fala acima transcrita evidenciaram-se na medida em que o relato surgiu a partir de uma das fotografias produzidas pelo participante. Um aspecto central da imagem é o rosto do paciente. A cabeceira da cama em que dorme, separado da esposa, aparece apenas como pano de fundo. Tal imagem dá vazão ao relato acima exposto, evidenciando a importância da vivência da limitação nessa esfera. Para manter o caráter sigiloso e o compromisso ético com o paciente, optou-se por apenas descrever tal imagem, entendendo que a sua divulgação implicaria em uma ruptura com o anonimato.

É da mesma ... não, claro que o medicamento também atrapalha. O medicamento ele é muito forte. Quando tomo esses remédios, principalmente pela parte da manhã, por causa que é dois juntos. A gente que aquilo dá uma, movimenta com a gente, com a cabeça, dá náusea. Dá um série de abalos assim, mas é tudo passageiro, tudo passa. Isso aí atrapalha um pouquinho, não chega a ser uma, mas a gente sente uma ... (M4, 68 anos)

Essa realidade é relatada com certa parcimônia e dificuldade pelos participantes, denotando ser difícil expor aspectos tão íntimos (Silva, 2007). Para os homens, principalmente, sabe-se que o desempenho sexual está muito vinculado à ideia de virilidade (Leal, 2003). Nesse contexto, pode-se entender a ambivalência presente na segunda fala, em que o participante fala das dificuldades sexuais de forma superficial, amenizando o relato de suas limitações nessa esfera.

Considerações finais

O presente estudo destaca os significados atribuídos à doença para pacientes pré-cirúrgicos cardíacos. Dentre eles, salientam-se as dificuldades de apropriação do quadro da doença e a ambivalência presente. Por um lado, o corpo parece sinalizar que algo não está bem, pois o cotidiano é atravessado por múltiplas impossibilidades. Por outro lado, os relatos apontam a necessidade de manutenção dos parâmetros normais de vida, impedindo que a doença seja significada como limitação que impeça o viver.

A partir da conjunção de tais fatores, apresenta-se um impasse. É necessário que os indivíduos mantenham seus planos e suas trajetórias, de forma que haja um senso de continuidade em suas vidas. No entanto, tais trajetórias já não podem ser as mesmas anteriormente pensadas e precisam ser ressignificadas. As impossibilidades do corpo impõem tais ressignificações, que não são facilmente construídas pelos indivíduos.

Nesse íterim, destaca-se a premência de ações de saúde, que possam ser coadjuvantes da reestruturação das possibilidades de vida para os pacientes cardíacos pré-cirúrgicos. Tais ações devem basear-se num entendimento, em profundidade, das experiências de adoecimento e de vida dos sujeitos usuários do sistema da saúde, considerando aspectos sócio-culturais e contextuais dos mesmos.

Portanto, as limitações e, principalmente, as potencialidades para a ressignificação de aspectos específicos do cotidiano dos pacientes aqui referidos, tais como o trabalho e a sexualidade, deverão ser mais amplamente explorados por outros estudos.

Referências

- Albanesi Filho, F. M. (2000). A doença cardíaca, a insegurança e a disfunção sexual. *Revista SOCERJ*, 13(3), 50-56.
- Angerami-Camon, V. A. (2006). O psicólogo no hospital. Em V. A. Angerami-Camon. *Psicologia hospitalar teoria e prática*. (pp.25-28). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70. (Original publicado em 1977)
- Bazon, M. R. (2000). Dinâmica e sociabilidade em famílias de classes populares: histórias de vida. *Paidéia*, 10(18), 40-50.
- Bergvik, S., Sørli, T., & Wynn, R. (2010). Approach and avoidance coping and regulatory focus in patients having coronary artery bypass surgery. *Journal of Health Psychology*, 15(6), 915-924.
- Botega, N. J. (2006). Reação à doença e à hospitalização. Em N. J. Botega. (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. (pp. 49-66). Porto Alegre: Artmed.
- Brink, E., Karlson, B.W., & Hallberg, L.R.M. (2002). To be stricken with acute myocardial infarction: a grounded theory study of symptom perception and care-seeking behavior. *Journal of Health Psychology*, 7(5), 533-543.
- Campos, E. P. (1992). . Aspectos psicossomáticos em cardiologia. Em J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje*. (pp. 234-252). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Carvalho, L. & Cidade, W. (2000). Depressão, impotência e cardiopatia. *Revista SOCERJ*, 13(3), 46-49.
- Chizzotti, A. (1998). *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 3. ed. São Paulo: Cortez.
- D'Amato, C.V.S. (2008). Mortes, perdas e luto em cardiologia. Em C. P. Almeida & A.L.A. Ribeiro (Orgs.), *Psicologia em cardiologia: novas tendências*. (pp. 199-208). Campinas, SP: Alínea.
- Enriquez, E. (1999). Perda do trabalho, perda da identidade. *Cadernos da Escola do Legislativo*, 5(9), 53-73.
- Ferreira, J. (1995). Semiologia do corpo. Em O. F. Leal (Org.), *Corpo e significado: ensaios de antropologia social*. (pp. 89-104). Porto Alegre: Editora da UFRGS.

- Ferreira, J. (1994). O corpo sgnico. Em P. C. Alves & M. C. de S. Minayo (Org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. (pp. 101-111). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Friedman, S. (2000). Cardiac disease, anxiety and sexual functioning. *American Journal of Cardiology*, 86 (suppl. 2A), 46-50F.
- Helman, C.B. (2009). *Cultura, saúde e doença*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed. (Originalmente publicado em 1990).
- Hirani, S. P., Pugsley, W. B., & Newman, S.P. (2006). Illness representations of coronary artery disease: an empirical examination of the Illness Perception Questionnaire (IPQ) in patients undergoing surgery, angioplasty and medication. *British Journal of Health Psychology*, 11, 199-220.
- Jacques, M. da G. C. (1996). Identidade e trabalho: Uma articulação indispensável. Em A. Tamaio, J. E. Borges-Andrade, & W. Codo (Eds.), *Trabalho, organizações e cultura*. (pp. 41-47). São Paulo, SP: Cooperativa de Autores Associados.
- Leal, A. F. (2003). *Uma antropologia da experiência amorosa: estudo de representações sociais sobre sexualidade*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Loizos, P. (2008). Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. Em M. G. Bauer, & G. Gaskell (Ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (pp;137-155). Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 2000).
- McDougall, J. (1996). *Teatros do Corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1989)
- Minayo, M. C. de S. (2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. (Original publicado em 1992)
- Morse, J. M. (2000). Responding to cues of suffering. *Health Care for Women International*, 21(1), 1-9.
- Neiva-Silva, L., & Koller, S. H. (2002). O uso da fotografia em psicologia. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 37-250.

- Oliveira, M. F. P. (2008). Aspectos emergentes da psicologia em cardiologia no terceiro milênio. Em C. P. Almeida & A. L. A. Ribeiro (Orgs.). *Psicologia em cardiologia: novas tendências*. (pp. 7-10). Campinas, SP: Alínea.
- Oliveira, M. F. P., & Ismael, S. M. C. (1990). Aspectos psicológicos do paciente coronariano. Em B. W. R. Lamosa (Org.). *Psicologia aplicada à cardiologia*. (pp.86-91). São Paulo: Fundo Editorial Byk.
- Oliveira, M. F. P., & Luz, P. L. (1992). O impacto da cirúrgica cardíaca. Em J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje*. (pp. 253-257). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Ongaro, S. (2002). O doente coronariano e seus dinamismos psíquicos. Em E. W. B. Romano (Org.), *A prática da psicologia nos hospitais*. (pp.55-66). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Perez, G. H. (1990). Elementos para uma reflexão sobre a interação somática e psíquica na doença cardíaca. Em B.W.R. Lamosa (Org.), *Psicologia aplicada à cardiologia*. (pp.24-35). São Paulo: Fundo Editorial Byk.
- Rerkpattanapipat, P., Stanek, S., & Kotler, M.N. (2001). Sex and the heart: what is the role of the cardiologist? *European Heart Journal*, 22(3), 201-208.
- Romano, B. W. (2001). Aspectos psicológicos e sua importância na cirurgia das coronárias. (pp. 111-144). Em B. W. Romano (Org.), *Psicologia e cardiologia: encontros possíveis*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, S. S. da (2007). *Resgatando conflitos relativos à sexualidade dos clientes portadores de coronariopatias*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP.
- Tacca, F. de. (1991). Sapateiro: o retrato da casa. *Revista Studium 10*. Recuperado em 22 Jun. 2009 de <http://www.studium.iar.unicamp.br/10/4.html>.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 2003).
- Vacanti, L. J., & Caramelli, B. (2005). Idade e distúrbios psicológicos. Variáveis associadas à disfunção sexual no período pós-infarto. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 85(2), 110-114.

Zaher, V. L. (2008). Ética em psicologia aplicada à cardiologia. Em C. P. Almeida & A. L. A. Ribeiro (Orgs.). *Psicologia em cardiologia: novas tendências*. (pp. 11-21). Campinas, SP: Alínea.



Figura 1. Produção fotográfica de M1



Figura 2. Produção fotográfica de F5

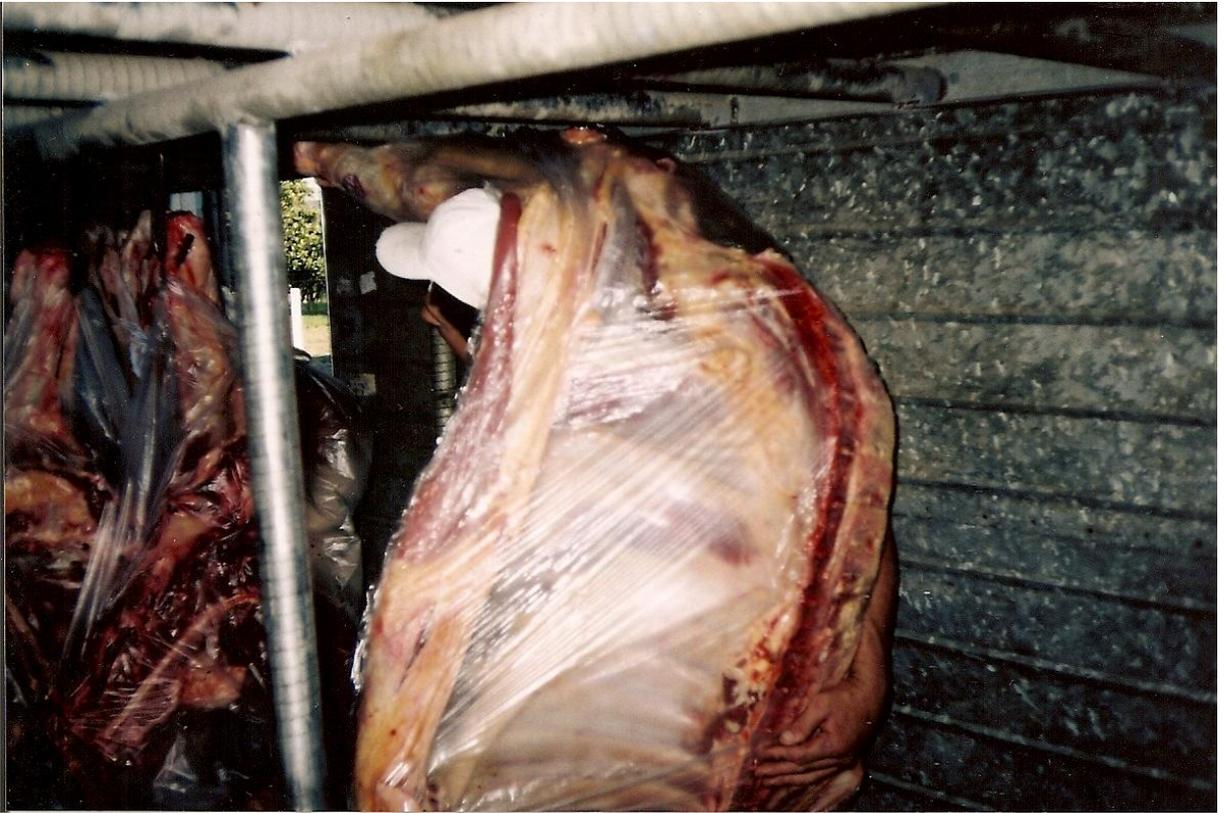


Figura 3. Produção fotográfica de M9

ARTIGO 2

A indicação cirúrgica para pacientes cardíacos: alguns significados²

² Artigo formatado segundo as normas da revista “Psicologia em Estudo”, Qualis A2, para posterior submissão.

Resumo

Este é um estudo clínico-qualitativo, de cunho exploratório e descritivo, cujo objetivo consistiu em explorar os significados atribuídos à cirurgia cardíaca por pacientes pré-cirúrgicos. Participaram da pesquisa 15 usuários de ambulatório de cardiologia de um hospital universitário. A coleta de dados aconteceu através de entrevistas semi-estruturadas e da autofotografia. A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, emergindo quatro categorias: A ansiedade da espera; A cirurgia e o medo; Expectativas de futuro após a cirurgia: a normalidade em questão; e, Religiosidade e introspecção. Os resultados enfatizam tanto aspectos do processo de submissão à cirurgia cardíaca, significados como limitadores pelos entrevistados, quanto como potencializadores. Tais significados colocam a necessidade de reflexão sobre aspectos da cirurgia que estão para além do adoecimento físico, abarcando as mais diversas áreas profissionais e de conhecimento no âmbito da atenção à saúde.

Palavras-chave: psicologia, cardiologia, cirurgia.

Abstract

This is a clinical qualitative study, characterized as exploratory and descriptive. Its aim consisted on exploring the meanings attributed to the cardiac surgery by presurgical patients. Fifteen users of a cardiology outpatient clinic of a university hospital participated on the study. Data collection was carried out through semi-structured interviews and autophotography. Data analysis was carried out through content analysis, emerging four categories: Anxiety of waiting; Surgery and fear; Expectations about the future after the surgery: normality in question; and Religiosity and introspection. Results emphasize both aspects of the cardiac surgery, which is understood as capable of engendering limits and as potentials. Such meanings highlight the need for reflection concerning aspects of the surgery that are beyond the physical body, covering the several fields of knowledge and professionals who are involved on health care.

Keywords: psychology, cardiology, surgery.

Introdução

As doenças cardiovasculares caracterizam-se como um grave problema de saúde pública. No ano de 2006, a taxa de mortalidade específica (por 100 mil habitantes) em decorrência de doenças isquêmicas do coração no país atingiu a marca de 48,5 (Brasil, 2008).

Diante da doença cardíaca, o procedimento cirúrgico coloca-se como possibilidade de intervenção que vem resultando em benefícios em termos de qualidade de vida para o paciente (Takiuti *et al.*, 2007). No entanto, cada vez que a realização do procedimento é considerada pela equipe médica, os riscos e os benefícios devem ser pesados, de forma que a decisão pela realização ou não do procedimento tenha como parâmetro o benefício para o indivíduo acometido pela doença (Allen, 2004).

O coração, desde a perspectiva da sociedade laica, é considerado um órgão binário: representa a vida ou a morte (Romano, 2001). É considerado a sede das emoções, a fonte do amor (Romano, 2001; Oliveira, 2008). Nesse âmbito, é relevante apontar que um procedimento cirúrgico, ao propor uma intervenção nesse órgão, também mobiliza fantasias e concepções individuais sobre o organismo físico e, ao mesmo tempo, sobre o indivíduo em sua subjetividade. Tais fantasias frente à experiência cirúrgica determinarão a forma de enfrentamento da mesma (Campos, 1992; Romano, 2001).

A cirurgia cardíaca não é um evento passível de controle pelo paciente (Ai, Peterson, Bolling & Koenig, 2004; Ai, Peterson, Rodgers, & Tice, 2005), sendo que seu sucesso imediato é determinado pela equipe cirúrgica (Ai *et al.*, 2005). Realizar o procedimento implica numa decisão que envolve uma escolha entre uma doença e uma intervenção que, de formas diferentes, ameaçam a vida. Tal decisão coloca uma prova real ao paciente a respeito de suas expectativas de futuro (Ai *et al.*, 2004).

A espera pelo procedimento cirúrgico implica em um risco considerável de morte (Rexius, Brangrup-Wongnsen, Odén, & Jeppson, 2004). Tal espera, portanto, influencia as reações emocionais à cirurgia (Bergvik, Sørli, & Wynn, 2010). Pode acarretar intensa ansiedade mediante a progressiva deterioração das condições de saúde, bem como problemas de adaptação no âmbito da vida afetiva, profissional e social (Haddad *et al.*, 2002).

Nesse escopo, torna-se muito importante a preparação psicológica para essa realidade, o que inclui a busca por informações (Bergvik *et al.*, 2010). No entanto, as informações devem ser oferecidas na medida em que existe a demanda por parte do paciente (Botega, 2006; Gasperi, Radunz, & Prado, 2006). Caso forem detalhadas demais e não explicitamente solicitadas podem ser devastadoras (Bergvik *et al.*, 2010), pois desrespeitam as capacidades de elaboração psíquica do paciente (Botega, 2006). Ainda, cabe ressaltar que, no caso de cirurgias emergenciais, tal preparação não é possível, em função da delimitação de tempo. Uma estratégia utilizada, nesse caso, é a evitação de pensamentos a respeito do procedimento e a acentuação na confiança nos cirurgiões (Bergvik *et al.*, 2010).

Diante da iminência da cirurgia, é comum a presença do sentimento de medo (Bachion, Magalhães, Munari, Almeida, & Lima, 2004; Souza, Mantovani & Labronici, 2006; Vargas, Maia & Dantas, 2006). Tal sentimento pode mostrar-se vinculado à suposição de que o procedimento acarreta dor, à vulnerabilidade e ao sofrimento caracterizados pela cirurgia em si e pela hospitalização (Bachion *et al.*, 2004) e à morte real (Bachion *et al.*, 2004; Souza *et al.*, 2006). A cirurgia representa a violação do corpo e traz o medo da agressão à integridade do sujeito (Souza *et al.*, 2006). Atrelado a tal sentimento, evidenciam-se relatos de desamparo e solidão, acentuados mediante a necessidade de separação dos referenciais familiares durante a internação hospitalar. Ainda, existem relatos de sentimento de apreensão quanto ao momento pós-cirúrgico (Bachion *et al.*, 2004).

Paradoxalmente, a possibilidade de realizar o procedimento cirúrgico também representa sentimentos positivos e de esperança (Vargas *et al.*, 2006). A crença em um futuro melhor a partir da cirurgia motiva os sujeitos a buscarem tal tratamento, que pode assumir uma dimensão de renascimento, um recomeço de vida (Souza *et al.*, 2006), a cura da doença (Vargas *et al.*, 2006). Nesse sentido, o potencial da cirurgia pode ser concebido, pelos pacientes, na medida em que engendram, a partir do procedimento, a possibilidade de significar a si mesmos como pessoas comuns. O que está em jogo, nesta perspectiva, é a possibilidade de ressignificar o uso do próprio corpo. A abertura do corpo físico coloca-se, assim, como um espaço potencial para a significação da vida após o procedimento (Radley, 2000).

Há uma continuidade na vivência do tratamento cirúrgico, na medida em que o estado psicológico do paciente anterior à cirurgia já aponta possíveis adversidades a serem enfrentadas após o procedimento (Pignay-Demaria, Lespérance, Demaria, Frasure-Smith, & Perrault, 2003; Welke *et al.*, 2003; Oxlad & Wade, 2008). Por exemplo, maiores níveis de depressão e ansiedade pré-operatórios são considerados fatores de risco no que diz respeito à depressão e aos níveis de ansiedade pós-operatórios, seis meses após a cirurgia (Oxlad & Wade, 2008).

Ainda, as representações da doença e do tratamento estão, possivelmente correlacionadas, embora sejam qualitativamente diferentes. Pode-se pensar que os objetivos do tratamento são, com frequência, a eliminação ou o controle da doença. Nesse sentido, as crenças dos pacientes sobre o tratamento podem afetar as suas crenças sobre a duração da doença, bem como sobre as crenças concernentes à cura e ao controle. É possível associar a satisfação do paciente com o seu tratamento à percepção de possibilidade de cura, sendo tais variáveis diretamente relacionadas. Assim, pacientes satisfeitos com o curso de seu tratamento têm maiores probabilidades de serem otimistas quanto à cura através dele. Ainda, quanto mais

os pacientes valorizam a habilidade de um tratamento de controlar o processo de adoecimento, maior é o senso de controle percebido em relação à doença (Hirani, Patterson, & Newman, 2008).

Como a cirurgia diz respeito a um tratamento invasivo, com carga significativa de dramaticidade quando comparada a outros tratamentos, parece ser o que traz maiores crenças de cura e senso de controle da doença, na perspectiva dos pacientes, sendo caracterizada por eles como um tratamento definitivo, que resolverá a problemática da doença. Trata-se de uma alternativa, na concepção dos pacientes, que eventualmente será acessada, na medida em que os demais tratamentos podem ser concebidos como transitórios no que diz respeito à cura (Hirani, Pugsley, & Newman, 2006; Hirani *et al.*, 2008).

A crença de que a cirurgia pode curar a doença nem sempre gera percepções realistas sobre os resultados do procedimento. Dado que muitas doenças cardíacas são caracterizadas pela cronicidade, perde-se a perspectiva de que sua progressão pode ser controlada, mas que a cura não é possível. Nesse sentido, pode haver uma dificuldade de aderência aos cuidados necessários para a manutenção das condições de saúde no pós-cirúrgico, tais como ingestão de medicamentos e aquisição ou manutenção de um estilo de vida saudável (Vargas *et al.*, 2006).

O futuro é outro aspecto considerado pelos pacientes pré-cirúrgicos cardíacos internados para a realização do procedimento (Bergvik *et al.*, 2010). Os pacientes coronarianos são, com frequência, encorajados a alterarem seus estilos de vida de forma a engendrar um senso de controle sob sua condição, independentemente dos efeitos do tratamento (Hirani *et al.*, 2006). Assim, os questionamentos sobre o futuro podem dizer respeito ao manuseio das medicações, à limpeza da ferida cirúrgica e à capacidade para desempenhar tarefas práticas em casa após a alta. Podem aparecer algumas dúvidas sobre a

habilidade para mudar o estilo de vida após a alta hospitalar, o que inclui rotinas e hábitos deletérios à saúde (Bergvik *et al.*, 2010).

Para além de preocupações com relação à sobrevivência ao procedimento, permeiam a experiência pré-cirúrgica preocupações quanto à manutenção da qualidade de vida e retorno ao trabalho (Bachion *et al.*, 2004; Silva & Nakata, 2005; Souza *et al.*, 2006). O trabalho, nesse âmbito, é compreendido como condição essencial no processo de viver; tanto que os sentimentos de inutilidade e incapacidade provenientes da impossibilidade de ser produtivo são constrangedores para os sujeitos (Souza *et al.*, 2006).

A religiosidade, como estrutura de conhecimento mais ampla a respeito do mundo e de seu propósito, pode estar relacionada com a forma com que o paciente percebe e significa a doença crônica (Karademas, 2010). Tal fator também está em jogo diante da decisão pela realização da cirurgia, na medida em que esta representa, paradoxalmente, outra possibilidade de vida e uma ameaça a ela (Ai *et al.*, 2004). O descontrole subjacente à situação de cirurgia faz com que os sujeitos busquem num ser supremo a confiança de que sejam protegidos (Bachion *et al.*, 2004; Souza *et al.*, 2006, Vargas *et al.*, 2006). Nesse contexto, muitas vezes, como forma de enfrentamento do procedimento, se buscam estratégias espirituais, tal como a oração, no sentido de buscar expectativas mais positivas (Ai *et al.*, 2004).

Ainda no tocante à articulação entre religiosidade e doença, maiores níveis de religiosidade foram associados como uma percepção mais benigna da doença, que por sua vez mostrou-se associada à melhor bem-estar físico e emocional. A relação entre religiosidade e saúde subjetiva pode refletir, assim, a habilidade da religiosidade em aliviar os sentimentos de ameaça relacionados à doença. Isso parece acontecer através do desenvolvimento de um senso de proteção contra a incerteza e a adversidade da condição, havendo um aumento de senso de controle sobre ela e da aceitação da vida como ela se encontra mediante a doença (Karademas, 2010).

A internação hospitalar para a realização do procedimento cirúrgico cardíaco é propícia para o desenvolvimento de um movimento reflexivo do sujeito, que pode passar a valorizar aquilo que faz parte de seu cotidiano fora do hospital (Bergvik *et al.*, 2010). Tal postura pode também mobilizar mudanças saudáveis na vida do sujeito. Nesse ínterim, a ação cirúrgica será considerada bem-sucedida apenas se for significada como “catastrófica” pelo indivíduo, ou seja, se mobilizar sentimentos e percepções que o instrumentalizem para se reorganizar (Romano, 2001). Nesse sentido, a doença pode ser significada pelos pacientes como algo positivo, que tornou possível um olhar mais consciente sobre suas vidas e sobre os aspectos positivos de seu cotidiano (Bergvik *et al.*, 2010).

Considerando as questões supracitadas, esta pesquisa objetivou compreender os significados atribuídos à cirurgia cardíaca para pacientes pré-cirúrgicos.

Método

Desenho do estudo

O estudo proposto caracteriza-se como clínico-qualitativo, de caráter exploratório e descritivo. Entende-se que tal delineamento permite o aprofundamento dos significados que os sujeitos dão a suas ações e relações (Turato, 2008).

Participantes

Participaram deste estudo 15 pacientes pré-cirúrgicos, nove homens e seis mulheres, com idades que variaram de 47 a 73 anos. Tais pacientes tinham cirurgia eletiva prevista para data não superior a seis meses desde a realização do primeiro contato com o pesquisador. Foram excluídos do estudo pacientes menores de 18 anos, que não residissem na cidade de realização do estudo e que em função de disfunções físicas não pudessem falar. O número de

entrevistados foi concebido a partir do critério de saturação da amostra, segundo o qual, quando os dados coletados deixam de ser novos e configuram estrutura comum sobre o tema estudado, finaliza-se a coleta de dados (Moraes, 2003; Fontanela, Ricas, & Turato, 2008).

Técnicas e procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados em dois momentos. O primeiro momento consistiu na realização de entrevistas semi-estruturadas, a partir de contato pessoal com os pacientes usuários de um ambulatório de cardiologia de um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. Tal contato foi mediado pela equipe médica. As entrevistas foram conduzidas a partir de eixos norteadores (o diagnóstico da doença, a indicação cirúrgica, o paciente antes da cirurgia, sexualidade; expectativas diante da cirurgia), a partir dos quais os participantes eram convidados a falar sobre sua experiência.

O segundo momento consistiu na utilização da autofotografia. Já no primeiro contato, os pacientes foram convidados a levarem uma máquina fotográfica analógica, com filme de 12 poses, pertencente ao pesquisador, para retratarem aspectos de seu cotidiano (Neiva-Silva & Koller, 2002), que remetessem à situação atual. Dos 15 participantes da pesquisa, seis aceitaram participar da segunda etapa da coleta, sendo convidados, após a revelação do filme, para uma segunda entrevista, almejando maior profundidade na compreensão das concepções dos participantes a respeito das fotografias (Neiva-Silva & Koller, 2002). Nesse sentido, a fotografia foi concebida nesta pesquisa como um instrumento de auto-representação (Tacca, 1991), servindo como mediação para que os sujeitos projetassem seus sentimentos e expectativas diante do tema de pesquisa proposto. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas.

Procedimentos de análise dos dados

Todas as entrevistas foram analisadas a partir da análise de conteúdo proposta por Bardin (2008) e Turato (2008), segundo a qual os elementos são categorizados a partir de critérios de relevância e repetição (Turato, 2008). A análise das fotos seguiu alguns elementos do roteiro proposto por Tacca (1991), em que foi considerada a valoração dos participantes, fotografia por fotografia, elemento por elemento fotografado, indivíduo a indivíduo. Foram considerados os aspectos que constituem o código fotográfico - composição, enquadramento, distribuição dos elementos fotografados na profundidade de campo, ângulo de câmara, dentre outros.

Considerações e aspectos éticos

Foram seguidas as recomendações éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza as condições da pesquisa que envolve seres humanos. As atividades de campo previstas em tal pesquisa apenas ocorreram após a aprovação do comitê de ética da instituição em que foi realizada, sendo o projeto aprovado sob número CAAE 0174.0.243.000-09. Com o objetivo de preservar o anonimato dos participantes, as falas ilustrativas das categorias serão seguidas da seguinte legenda: M ou F (Masculino ou Feminino), seguido da idade.

Resultados

Dentre os resultados alcançados mediante a análise dos dados, as categorias descritas abaixo se destacaram por pontuar questões de relevância quanto a vivências e expectativas mediante a indicação cirúrgica.

A ansiedade da espera

Tal categoria emergiu tendo como cenário a experiência de indicação para a realização de cirurgia eletiva, mas, com desconhecimento da data em que tal procedimento iria acontecer. Nesse sentido, as falas trazem a ideia de que a doença é uma situação limítrofe e que a demora para a realização do procedimento poderia implicar em complicações maiores ou até na morte (Rexius *et al.*, 2004). Tal cenário, portanto, pode influenciar nas reações emocionais à cirurgia (Bergvik *et al.*, 2010).

Então, estou aguardando com, um tanto nervoso porque não chega o dia de fazer essa cirurgia. Já tive aqui duas vezes e não consegui a baixa. E isso deixa a gente meio... (M4, 68 anos).

E era pra ser urgente isso aí. Era uma urgência, mas já fez um ano. Porque ele viu eu tão ruim que já pediu urgência. Todas as fichas, ele já botava ali com urgência. E até agora... Que urgência nada... (M1, 48 anos)

A fala acima traz a ambivalência destacada por muitos pacientes, no sentido de colocarem-se em dúvida acerca da severidade da situação. A ideia de que a patologia cardíaca, por si, já é uma situação emergencial (Romano, 2001) e a vivência da espera pelo chamamento para a realização do procedimento podem atuar como acentuadores do mecanismo de defesa de negação (Botega, 2006). Além disso, a ausência de sintomas é um fator que pode contribuir para a negação da doença (Hirani *et al.*, 2006) e, por conseguinte, do procedimento.

A incerteza acerca da data da realização do procedimento e os consequentes sentimentos, também se evidenciaram nos acontecimentos que atravessaram a realização das entrevistas. Cabe destacar que um dos pacientes que aceitou realizar a autofotografia foi chamado para a realização do procedimento repentinamente, produzindo um número reduzido de imagens (M4 produziu quatro fotografias). Outro paciente (M5), ainda não se engajou na segunda parte do trabalho, pois fez contato telefônico com a pesquisadora logo após a

realização da primeira entrevista e da entrega da máquina, colocando que havia sido chamado para a realização do procedimento.

Tais situações evidenciam a sensação de prontidão e alerta vivenciadas por alguns pacientes, na medida em que parece existir uma sobrecarga emocional trazida em algumas das falas. É relevante salientar, no entanto, que tal ansiedade pode ser potencializadora de mudanças na vida dos sujeitos, ao possibilitar reflexões sobre a vida e preparação para o procedimento. Nesse cenário, as cirurgias eletivas permitem que haja uma preparação, tanto no que se refere ao aspecto somático, quanto ao psicológico (Bergvik *et al.*, 2010). As informações antecipadas podem trazer um sentimento de maior controle, diminuindo os níveis de ansiedade e facilitando a aceitação do momento vivenciado (Oliveira & Ismael, 1990). Nesse âmbito, o período pré-cirúrgico oferece alguns dias para pensar quando a cirurgia é eletiva. Dessa maneira, os sujeitos podem apresentar-se mais dispostos a mudanças de hábitos de vida prejudiciais as suas condições de saúde (Oliveira & Luz, 1992).

A cirurgia e o medo

Mediante o conhecimento da necessidade da realização do procedimento, o sentimento de medo (Bachion *et al.*, 2004; Souza *et al.*, 2006; Vargas *et al.*, 2006) emergiu nos depoimentos dos participantes, de forma expressa e latente.

Penso que vai sofrer muito, penso que vai sofrer demais também. Não sabe como vai ser. Tá louco, ficar em cima da mesa. (M2, 66 anos)

(Riso breve). Eu achei, eu disse pra ela que era pra nós esperar mais um pouco né? (risos) que eu tinha medo de... Eu até falei com o Dr. também que eu tinha medo de fazer, né? E então ele disse: “Então vamos esperar”. (F1, 73 anos)

Ah, eu não penso, se der certo tudo bem. (risos) Essa hora já não tem muita... seja lá como Deus quiser, como diz o outro. Eu encaro numa boa. Procuro não pensar que é pra não... deixo, deixo ir passando. (F6, 56 anos)

Na fala anterior, destaca-se a dificuldade da participante de refletir acerca do acontecimento, preferindo apenas tangenciar o relato de seus sentimentos. Tal fala ilustra outros depoimentos, que trazem a dificuldade dos pacientes em se colocarem em uma situação de passividade diante da cirurgia, perdendo o controle de suas vidas (Ai *et al.*, 2004, 2005) e entregando-as na mão da equipe.

Também evidenciou-se nas falas, o caráter limítrofe da situação de indicação cirúrgica, na medida em que a cirurgia representa riscos para a vida (Ai *et al.*, 2004), mas, que permanecer sem ela pode culminar em morte, também. Tal caráter limítrofe evidenciou-se em um momento específico do trabalho de campo. O sujeito M3, de 47 anos aceitou realizar a segunda parte do estudo, através da técnica da autofotografia. No entanto, ao tentar contato telefônico com ele, para resgate da máquina fotográfica, a pesquisadora descobriu, a partir da fala abalada de uma familiar, que o paciente havia morrido naquele mesmo dia, antes da realização do procedimento. Considera-se, portanto, que a vivência de tal situação-limite engendra-se num panorama de sobrecarga afetiva, sendo permeada por dúvidas e incertezas.

(Em prantos) É, deixa eu sofrer, deixa eu chorar, deixa eu sentir. Eu tenho certeza que tem que fazer, eu tô contente que eu vou fazer a operação. Porque se eu não fizer, eu sei que eu vou morrer. Então, eu tenho direito de sofrer, de chorar, de botar pra fora, né. E os meus filhos acham que eu sou muito medrosa... [...]. Não vai ter risco, né. No ganhar tu faz uma cesariana. Mas no coração é bem diferente, né. Então, eu tenho sofrido muito. (F2, 67 anos)

Mas, é fazer, e outra coisa que eu não queria fazer, eu não queria fazer, não queria abrir, tu entendeu. Sinceramente eu não gostaria de mexer. [...] Ele [o médico] sempre

me disse assim: “meu filho, depois de, depois de porta arrombada não adianta tranca de ferro”. (M3, 47 anos)

Ainda, a última fala ilustra o sentimento de vulnerabilidade que emerge diante da realização do procedimento. Nesse contexto, parece haver a expectativa de uma ruptura da integridade do corpo, que não será mais o mesmo depois da cirurgia (Souza *et al.*, 2006).

Expectativa de futuro após a cirurgia: a normalidade em questão

Após a cirurgia, a expectativa dos participantes parece ser a de resgatar os hábitos de vida anterior à doença, podendo vivenciá-la o mais próximo possível do “normal”. Essa realidade pressuposta, por um lado, parece ser a que mobiliza os pacientes a submeterem-se ao procedimento.

Considera-se que, diferentemente dos pacientes submetidos a cirurgias emergenciais, que esperam por alívio temporário de sintomas e prolongamento da vida, os pacientes com cirurgias eletivas parecem esperar melhoras a longo prazo, tais como aumento da expectativa de vida e melhora de sintomas e qualidade de vida (Welke *et al.*, 2003). Nesse escopo, a cirurgia parece ser significada como benéfica, na medida em que se pressupõe que melhores condições de saúde possivelmente advirão dela. No entanto, tais ganhos devem ser relativizados, entendendo que o procedimento cirúrgico é apenas outro tipo de tratamento para uma patologia crônica que continuará a existir (Vargas *et al.*, 2006). Isso nem sempre acontece, pois, alguns trazem em suas falas a expectativa de retomar a vida de forma a considerar a cirurgia como um tratamento resolutivo e definitivo (Hirani *et al.*, 2006, 2008).

Não sei, acho que vai ser, vai ser, vai ser melhor, porque eu acho, como é que eu vou te dizer, eu acho que é vai ser, que agora eu não posso fazer nada, mas depois que eu sarar bem posso levar uma vida normal igual a antes, eu acho. (M2, 66 anos)

Eu sempre procurei levar uma vida normal. Eu não vou ficar deitado numa cama e coisa, atirado. Não vou fazer aquilo ali também, não vou fazer loucura, mas vou levar uma vida normal. (M3, 47 anos)

Que eu espero que eu faça a cirurgia e vou melhorar. Vai diminuir, vai terminar minha falta de ar [...] Ali eles mostraram, ali o coração a veia. O coração dá uma paradinha porque a veia tá meia entupida. Quando ele dá aquela paradinha é porque ele fecha a veia. E isso aqui tem que cortar bem, limpar que é pra... aí vai trabalhar normal. (M6, 73 anos)

A cirurgia também aparece nos relatos como uma possibilidade de potencializar a qualidade de vida. Nesse caso, os relatos focam-se nas limitações provenientes da doença e trazem a esperança de que tais limitações serão superadas através do procedimento.

Pra senhora entender mais melhor, assim, é que eu estou fraco demais. Então quem sabe essa cirurgia vai me trazer uma nova vida, né, uma nova esperança. (M9, 57 anos)

Ah, eu espero viver uns bons anos ainda. Esse é a minha preocupação em viver mais alguns anos, o máximo. E me cuidar, é claro que eu vou ter que me cuidar. (M4, 68 anos)

Ainda, é relevante salientar que alguns pacientes não atribuem apenas ao procedimento a possibilidade de resgatar/manter/construir uma melhor qualidade de vida, configurando a cirurgia como um marco que significa uma possibilidade de renascimento (Souza et al., 2006). Nesse escopo, apropriam-se do processo de tratamento, responsabilizando-se pelos frutos que colherão dele. Ou seja, como a última fala menciona, a cirurgia traz benefícios em termos de sobrevivência, mas, para que isso ocorra, é necessário um cuidado por parte do paciente.

Religiosidade e introspecção

Consoante aos dados trazidos pela literatura, a cirurgia pode significar, para alguns, uma oportunidade de reflexão e resgate sobre o passado, sobre a relação com os demais e sobre as crenças religiosas. Nesse sentido, alguns relatos trazem a religiosidade como fonte de suporte diante da iminência da cirurgia. Mediante a impossibilidade de controle, alguns indivíduos buscam em um ser superior o conforto e a segurança (Bachion *et al.*, 2004; Souza *et al.*, 2006, Vargas *et al.*, 2006).

Aí nesse meio que a gente, eu tava perdido e coisa, né, a minha esposa, assim: vamos fazer uma cirurgia espiritual. Digo: Vamos. [...] No momento que eu fiz essa cirurgia eu, não sei se a senhora acredita ou não, eu fiquei recebendo um mentor espiritual, né. [...] Aí eu comecei a ver o mundo diferente, eu comecei a ver as coisas diferentes, que não era só aquele mundo que eu pensava. (M3, 47 anos)

A fala seguinte é ilustrativa do aspecto reflexivo potencializado pela iminência da experiência cirúrgica. A partir dos sentimentos despertados pela situação, pode haver um movimento de ressignificação de si mesmo, de escolhas e de uso do próprio corpo (Radley, 2000).

Mas, mesmo assim, eu acho que é hora de ficar em casa. Ficar em casa pra olhar pros netos, brincar com os netos e é isso aí. Estou até esperançoso que isso aí chegue e que eu consiga voltar a ter uma boa saúde que é pra desfrutar com eles assim. O pessoal, com a mulher, com os filhos, com os netos, enfim, viver mais, mais na família. Porque eu fiquei muito tempo, quando ferroviário, eu ficava muito tempo longe de casa. Eu viajava, sempre tava na linha viajando. Então eu ficava, dependendo do lugar, eu ficava até três semanas sem ir em casa. A minha filha quando nasceu, foi uma dificuldade assim pra, pra, ela nem me chamava de pai. Eu ia pouco em casa. Ela foi crescendo e não me via quase em casa. E então foi uma, mas depois, ficou tudo bem,

tudo, mas no comecinho assim, ela não, não sabia quem era. “Quem é esse aí?” “Esse é o pai que tá aí.” Não convivia com o pai, não tinha aquela convivência no dia a dia, aquele fim de semana, era difícil de, e eu chegava ficava dois, três dias em casa, já viajava de novo. Voltava pro trabalho. Então, agora é hora de recuperar um pouco. (M4, 68 anos)

Tal cenário também se salienta nas fotografias produzidas por F5, de 75 anos. Uma delas traz a imagem de um ambiente extremamente valorizado pela entrevistada, como espaço de compartilhamento das relações familiares. Trata-se de uma fotografia da frente da casa da participante, em que se avista um amplo gramado na parte inferior da imagem. Mais ao fundo, a produção fotográfica retrata uma vista da frente da construção. Vislumbra-se, através da profundidade de campo e do enquadramento, um amplo espaço, destacando-se um caminho em meio ao gramado, direcionado à construção. A perspectiva de tal recorte da imagem, juntamente à fala da paciente, remete à valorização de um espaço de acolhimento e coesão familiar:

É da frente, é. É, que a gente gosta, né, [...], do lugar. Eu tenho, assim como essa, eu tenho outras que a gente tira também pra ter, né, uma lembrança. Bem dizer os netos se criaram tudo aí, né, andando aí, tudo, a gente junto, todo mundo (F5, 75 anos).

Na medida em que tal fotografia poderia identificar a paciente, entende-se que divulgá-la romperia com o contrato de sigilo e anonimato firmado na ocasião da pesquisa. Optou-se, portanto, por apenas descrever tal fotografia.

A Figura 1, produzida pela mesma participante, traz como aspecto principal objetos culturalmente reconhecidos para a manutenção da tradição. Retrata um hábito familiar através do qual a família reúne-se cotidianamente, destacando a valorização da união familiar e das relações.

(Inserir *Figura 1*. Produção fotográfica de F5)

Dessa forma, a cirurgia também pode ser concebida em seus aspectos potencializadores, servindo como um meio a partir do qual os sujeitos podem re-organizar suas vidas e suas relações (Romano, 2001; Bergvik *et al.*, 2010). A consciência de maior cuidado consigo e com as relações parece ficar registrada na fala acima, destacando as construções que acontecem ao longo da vida em seus aspectos processuais.

Considerações finais

Esse artigo traz um recorte de significados da cirurgia cardíaca para pacientes pré-cirúrgicos, enfatizando os aspectos concebidos como limitadores e potencializadores do procedimento. Os depoimentos evidenciam a ansiedade diante do desconhecido e da ausência de controle representada pela cirurgia, bem como nomeiam o medo diante do procedimento, que, ora parece remeter à vida e ora à morte.

Tal ambivalência também está presente nas expectativas para a vida após o procedimento cirúrgico. As referidas expectativas parecem oscilar entre a perspectiva de uma vida em que há ausência de problemas cardíacos e da necessidade de responsabilização pelo próprio quadro de saúde. Subjazendo a segunda concepção, há um entendimento que remete à consciência da necessidade de mais ampla apropriação dos sujeitos sobre seus corpos e suas vidas.

Independentemente dos matizes individuais dos relatos que compõem este estudo, uma característica parece atravessá-los: evidencia-se, seja nas falas, ou nas reações à pesquisadora, a vivência de um montante significativo de sofrimento. Em decorrência dessa evidência, torna-se necessário resgatar a importância da reflexão sobre aspectos da cirurgia que estão para além do adoecimento físico. Tais questões devem ser enfatizadas e mais amplamente

trabalhadas de forma interdisciplinar, abarcando as mais diversas áreas profissionais e de conhecimento que se propõem a acolher e cuidar dos usuários do sistema de saúde brasileiro.

Referências

- Ai, A. L., Peterson, C., Rodgers, W. L., & Tice, T. N. (2005). Faith factors and internal health locus of control in patients prior to open-heart surgery. *Journal of Health Psychology, 10*(5), 669-676.
- Ai, A. L., Peterson, C., Tice, T. N., Bolling, S.F, & Koenig, H. G. (2004). Faith-based and secular pathways to hope and optimistic subconstructs in middle-aged and older cardiac patients. *Journal of Health Psychology, 9*(3),435-450.
- Allen, K. M. (2004). Revascularização coronariana. Em M. H. Crawford (Org.), *Cardiologia: diagnóstico e tratamento*. (pp.83-92). Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil.
- Bachion, M. L., Magalhães, F. G. S., Munari, D. B., Almeida, S. P., Lima, M. L. (2004). Identificação do “medo” no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem, 17*(3), 298-304.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70. (Original publicado em 1977)
- Bergvik, S., Sørli, T., & Wynn, R. (2010). Approach and avoidance coping and regulatory focus in patients having coronary artery bypass surgery. *Journal of Health Psychology, 15*(6), 915-924.
- Botega, N.J. (2006). Reação à doença e à hospitalização. Em N. J. Botega. (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. (pp. 49-66). Porto Alegre: Artmed.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Indicadores e dados básicos – 2008*. Recuperado em: 22 ago. 2010 de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/c08.def>.
- Campos, E. P. (1992). Aspectos psicossomáticos em cardiologia. Em J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje*. (pp. 234-252). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

- Fontanela, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17 – 27.
- Gasperi, P. de, Radunz, V., & Prado, M. L. do (2006). Procurando reeducar hábitos e costumes – o processo de cuidar da enfermeira no pré e pós-cirúrgico de cirurgia cardíaca. *Cogitare Enfermagem*, 11(3), 252-257.
- Haddad, N., Bittar, O. J.N.V., Pereira, A. A. M., Silva, M. B. da, Amato, V. L., Farsky, P. S., Ramos, A. I. O., Sampaio, M., Almeida, T. L. V., Armaganijan, D., & Sousa, J. E. M. R. (2002). Consequências do prolongamento do tempo de espera em pacientes candidatos à cirurgia cardíaca. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 78(5), 452-458.
- Hirani, S. P., Patterson, D. L. H., & Newman, S. P. (2008). What do coronary artery disease patients think about their treatments? An assessment of patients' treatment representations. *Journal of Health Psychology*, 13(3), 311-322.
- Hirani, S.P., Pugsley, W.B., & Newman, S.P. (2006). Illness representations of coronary artery disease: an empirical examination of the Illness Perception Questionnaire (IPQ) in patients undergoing surgery, angioplasty and medication. *British Journal of Health Psychology*, 11, 199-220.
- Karademas, E. C. (2010). Illness cognitions as a pathway between religiousness and subjective health in chronic cardiac patients. *Journal of Health Psychology*, 15(2), 239-247.
- Moraes, R. (2003). Uma tempestade de luz: uma compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Ciência & Educação*, 9(2), 191-211.
- Neiva-Silva, L., & Koller, S. H. (2002). O uso da fotografia em psicologia. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 37-250.

- Oliveira, M. F. P. (2008). Aspectos emergentes da psicologia em cardiologia no terceiro milênio. In C. P. Almeida & A. L. A. Ribeiro (Orgs.), *Psicologia em cardiologia: novas tendências*. (pp. 7-10). Campinas, SP: Alínea.
- Oliveira, M. F. P., & Ismael, S. M. C. (1990). Aspectos psicológicos do paciente coronariano. Em B. W. R. Lamosa (Org.), *Psicologia aplicada à cardiologia*. (pp.86-91). São Paulo: Fundo Editorial Byk.
- Oliveira, M. F. P., & Luz, P. L. (1992). O impacto da cirúrgica cardíaca. Em J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje*. (pp. 253-257). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Oxlad, M., & Wade, T. D. (2008). Longitudinal risk factors for adverse psychological functioning six months after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Health Psychology, 13*(1), 79-92.
- Pignay-Demaria, V., Lespérance, F., Demaria, R. G, Frasure-Smith, N., & Perrault, L. P. (2003). Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. *Annals of Thoracic Surgery, 75*, 314-321.
- Radley, A. (2000). Health psychology, embodiment and the question of vulnerability. *Journal of Health Psychology, 5*(3), 297-304.
- Rexius, H., Brangrup-Wongnsen, G., Odén, A., & Jeppson, A. Mortality in the waiting list for coronary artery bypass grafting: incidence and risk factors. (2004). *Annals of Thoracic Surgery, 77*, 769-775.
- Richardson, R. J. et al. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. (3a ed.) São Paulo: Atlas, 1999.
- Romano, B. W. (2001). Aspectos psicológicos e sua importância na cirurgia das coronárias. (pp. 111-144). Em B. W. Romano (Org.), *Psicologia e cardiologia: encontros possíveis*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Silva, W. V., & Nakata, S. (2005). Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58 (6), 673-676.
- Souza, R. H. S., Mantovani, M. F., & Labronici, L. M. (2006). O vivido pelo cliente em pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5 (2).
- Tacca, F. de. (1991). Sapateiro: o retrato da casa. *Revista Studium 10*. Recuperado em 22 Jun. 2009 de <http://www.studium.iar.unicamp.br/10/4.html>.
- Takiuti, M. E., Hueb, W., Hiscock, S. B., Nogueira, C. R. S. da R., Girardi, P., Fernandes, F., Favarato, D., Lopes, N., Borges, J. C., Góis, A, F. T. de, & Ramires, J. A. F. (2007). Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 88(5), 537-544.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 2003)
- Vargas, T. V. P., Maia, E. M., & Dantas, A. S. D. (2006). Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(3).
- Welke, K.F., Stevens, J.P., Schults, W.C., Nelson, E.C., Beggs, V. L., & Nugent, W.C. (2003). Patient characteristics can predict improvement after elective coronary artery bypass grafting. *Annals of Thoracic Surgery*, 75, 1849-1855.



Figura 1. Produção fotográfica de F5

ARTIGO 3

Entre a vida e a morte: a cirurgia cardíaca e seus significados para pacientes pós-cirúrgicos³

³ Artigo formatado segundo as normas solicitadas pela Revista “Estudos de Psicologia (Natal)”, Qualis A2, para posterior submissão.

Resumo

Este artigo traz um estudo clínico-qualitativo, de cunho exploratório e descritivo, cujo objetivo é explorar os significados atribuídos à cirurgia cardíaca por pacientes pós-cirúrgicos. Treze pacientes cardíacos pós-cirúrgicos participaram do estudo. Entrevistas semi-estruturadas e a auto-fotografia foram utilizadas para a coleta de dados. A análise das falas e das imagens produzidas foi realizada através da análise de conteúdo, emergindo as seguintes categorias: A necessidade da cirurgia: vivendo “no limite”; A hospitalização e suas implicações; Cirurgia: o descontrole e a iminência da morte; Acordar da cirurgia: “estranhamento” e violação do corpo; Acordar da cirurgia: a experiência de renascimento. Os resultados destacaram a experiência cirúrgica como geradora de repercussões físicas e psíquicas. Conclui-se que é urgente a existência de um olhar mais integral por parte dos profissionais de saúde que participam do processo de assistência a esses pacientes, considerando seus papéis enquanto promotores de saúde psíquica.

Palavras-chave: psicologia, cardiologia, cirurgia.

Abstract

This article brings a clinical qualitative study, characterized as exploratory and descriptive. Its aim is to explore the meanings attributed to cardiac surgery by postsurgical patients. Thirteen postsurgical cardiac patients participated on the study. Semi-structured interviews and autophotography were used for data collection. The analysis of the reports and images was carried out through content analysis, emerging the following categories: The need for surgery: Living “on the limit”, Hospitalization and its implications, Surgery: lack of control and eminence of death; Waking up from surgery: feeling strange and the violation of the body; Waking up from surgery: an experience of rebirth. Results emphasize the surgical experience as generating physical and psychological repercussions. Thus, a wider perspective of the health care professionals who assist those patients is considered urgent, considering their roles in promoting psychological health.

Keywords: psychology, cardiology, surgery.

Introdução

A cirurgia cardíaca, no que concerne às cardiopatias, é uma terapêutica que resulta em vantagens em termos de qualidade de vida, quando comparada a outros procedimentos terapêuticos (Takiuti *et al.*, 2007). No entanto, o impacto psicossocial que traz à vida do paciente é, muitas vezes, assustador (Bachion, Magalhães, Munari, Almeida, & Lima, 2004; Souza, Mantovani, & Labronici, 2006).

Nesse sentido, podem apresentar-se algumas fantasias e medos presentes diante da cirurgia. O medo pode ser atribuído à cirurgia, à possibilidade de morte real (Bachion *et al.*, 2004; Souza *et al.*, 2006), ao corte, à violação interior, à marca da cicatriz (Souza *et al.*, 2006), à separação de pessoas significativas e à impossibilidade de controle da situação (Bachion *et al.*, 2004). A sensação de iminência da morte está frequentemente vinculada a crises de ansiedade, quadros depressivos e negação da angústia de morte (Oliveira & Luz, 1992). A cirurgia é concebida, portanto, como uma experiência desorganizadora, causadora de sofrimento psíquico, posto que é geradora de sentimentos ambivalentes (D'Amato, 2008), angústia e aflição (Souza *et al.*, 2006).

O medo, ainda, pode estar associado ao desamparo diante da perda de controle vislumbrada na situação cirúrgica. Tal descontrole concerne à situação de anestesia para a realização do procedimento, momento em que o sujeito “entrega-se” nas mãos da equipe médica, o que inclui a perda de sentidos, e, por conseguinte, a perda da autonomia e do poder de decisão (Oliveira & Luz, 1992). A anestesia pode despertar mais angústia do que a operação em si, representando perda de controle, ausência, desligamento, separação e morte. Nesse caso, a visita do anestesista e a construção de espaço para sanar dúvidas podem possibilitar a diminuição do nível de ansiedade. Assim, as reações no pós-operatório são dependentes da forma como as informações foram conduzidas no pré-cirúrgico, ou seja,

dependem, também, das expectativas que o paciente constrói a partir das informações que lhe foram oferecidas (Barroso, 1992).

Existe, ainda, um clima emocional específico envolvido na indicação cirúrgica cardíaca. Tal clima diz respeito ao processo reflexivo envolvido na decisão de realização da cirurgia, caracterizado, eventualmente, pela realização de diversas consultorias médicas. Haveria um aumento da sensibilidade do sujeito no momento cirúrgico, o que implicaria em crises de choro e maior introspecção, levando à referida atitude reflexiva (Lamosa, 1990).

Nesse âmbito, torna-se relevante serem consideradas algumas questões sobre a internação hospitalar, situação que jaz como pano de fundo para a cirurgia. Dentre as reações à hospitalização, pode ocorrer a situação de despersonalização do paciente. Há uma série de perdas, pois, a rotina não é mais flexível e personalizada e o sujeito fica submisso a atividades e regras pré-estabelecidas (Angerami-Camon, 2006; Botega, 2006). Nesse contexto, a espera pela cirurgia pode acentuar a postura de passividade, o que pode trazer a sensação de frustração. Ainda, a imprevisibilidade presente no ambiente hospitalar opõe-se aos esforços pessoais para preparação em relação ao tratamento (Bergvik, Sørli, & Wynn, 2010).

Para Vargas, Maia e Dantas (2006) existem dois sentimentos antagônicos nas vivências dos sujeitos, quando informados sobre a necessidade de submissão ao procedimento cirúrgico. Por um lado, há relatos de sentimentos de apreensão, que incluem sentimentos de medo, preocupação, ansiedade e suspeita. Tais sentimentos podem ser compreendidos à luz do contato do paciente com uma realidade até então desconhecida. Esse cenário nem sempre é percebido pela equipe de saúde, o que acarreta uma lacuna em termos de assistência aos aspectos psico-emocionais envolvidos (Garbossa, Maldamer, Mortari, Biasi, & Leguisamo, 2009).

Por outro lado, apresentam-se relatos de sentimentos positivos e de esperança (Vargas *et al.*, 2006). Tais sentimentos incluem esperança (em relação à possibilidade de cura e

reabilitação), tranquilidade e alívio (porque a cirurgia é necessária para permanecer vivo). A esperança, nesse escopo, diz respeito à perspectiva de uma nova vida, que contemple a ausência da dor, a capacidade de trabalho e o sentimento de utilidade e melhor qualidade de vida (Souza *et al.*, 2006).

De qualquer forma, independente das expectativas criadas em torno dos resultados do procedimento, em última instância, há incerteza sobre seus efeitos concretos. Desde essa perspectiva, o sucesso da cirurgia estaria associado a fatores extrínsecos ao sujeito, tais como a habilidade do cirurgião e os serviços oferecidos na instituição (Ai, Peterson, Tice, Bolling & Koenig, 2004), o que pode acarretar na acentuação de sentimentos de impotência nos pacientes (Braga & Cruz, 2003).

Considerando tais sentimentos antagônicos presentes, a adaptação psicológica à situação de cirurgia pode ter como determinante o compartilhamento social dos sentimentos subjacentes a essa experiência. Nesse sentido, a presença de um contexto hospitalar acolhedor e compreensivo, focado em promover a elaboração de sentimentos relacionados à cirurgia através da criação de condições para os pacientes exporem o que sentem, é um dos fatores importantes para a saúde psíquica nessa situação (Panagopoulou, Rimé, Maes & Montgomery, 2006).

Ainda, dado que a situação pré-cirúrgica acarreta sentimentos singulares nas vivências, cabe o questionamento sobre quais tipos de experiências subjetivas estariam implicadas na situação pós-cirúrgica para os pacientes. No caso da cirurgia cardíaca, conforme refere Romano (2002), a incisão cirúrgica confere ao paciente um certo status, pois sua cicatriz representaria a marca de que o paciente é um sobrevivente do procedimento. Em certa medida, remeteria a uma experiência de renascimento. Ao mesmo tempo, tal incisão pode representar a marca de que o corpo foi violado, de que a integridade do corpo do sujeito foi rompida, gerando sofrimento (Souza *et al.*, 2006).

No período recente posterior à cirurgia cardíaca, as experiências vivenciadas são intrinsecamente ligadas ao ambiente da unidade de recuperação pós-cirúrgica (Guirardello, Romero-Gabriel, Pereira, & Miranda, 1999; Romano, 2001; Haddad, Alcantara, & Praes, 2005). Considerando esse como um ambiente com sons, cheiros e ruídos incomuns, pode-se pensar em seu caráter assustador na vivência dos sujeitos, de certa forma, mostrando-se psicologicamente desorganizador (Gasperi, Radunz, & Prado, 2006). Nesse período, portanto, o paciente encontra-se mais debilitado e dependente, sentindo-se mais vulnerável. Sai do sono anestésico e toma consciência de si mesmo e de seu estado. Mantém-se em estado alterado de consciência, amarrado ao leito, ligado a sondas, cateteres e drenos (Oliveira & Ismael, 1990; Oliveira, Sharovsky & Ismael, 1995; Haddad *et al.*, 2005; Linch, Guido, Pitthan, & Lopes, 2008).

Pesquisas realizadas apontam que alguns dos aspectos que mais incomodaram sujeitos submetidos à cirurgia cardíaca nesse período foram: a dor, nas costas, devido à posição de decúbito; e nos drenos (Guirardello *et al.*, 1999; Haddad *et al.*, 2005; Marosti & Dantas, 2006; Dutra & Coelho, 2008; Linch *et al.*, 2008); a restrição ao leito e a presença do tubo endotraqueal, devido à impossibilidade para comunicar-se (Haddad *et al.*, 2005); bem como a presença de sons e ruídos desconhecidos (Linch *et al.*, 2008). Destaca-se, ainda, a menção, pelos pacientes, de nervosismo, ansiedade, medo e dor, causados pela presença do tubo endotraqueal, utilizado para que a respiração possa acontecer por meio artificial durante o efeito da anestesia (Haddad *et al.*, 2005). O fato de acordar intubado, sentir dor no local cirúrgico e acordar durante a operação são preocupações também presentes para pacientes pré-cirúrgicos em relação ao período após a cirurgia (Moro, Godoy, Goulart, Muniz, & Modolo, 2009).

O medo da morte continua presente no momento pós-operatório imediato (Guirardello *et al.*, 1999; Haddad *et al.*, 2005), sendo frequentemente vinculado a sensações e situações

desconhecidas. No sentido de minimizar este sentimento, são importantes os cuidados e as orientações, nessa fase do tratamento (Haddad *et al.*, 2005; Borges *et al.*, 2006; Gasperi, *et al.*, 2006).

A mesma necessidade é sinalizada por Linch *et al.* (2008) ao entenderem que a menção da dor pode ser manifestação da carência e fragilidade do paciente frente à realidade. A dor configura-se, nesse âmbito, como um sintoma individual e subjetivo, cuja interpretação depende de aspectos sensitivos, emocionais e culturais (Guirardello *et al.*, 1999; Dutra & Coelho, 2008). Tem repercussão significativa no estado global do paciente, já que sua sensação dificulta a movimentação, evita a respiração adequada e interrompe o sono, fatores causadores de desgaste físico e com implicações na recuperação (Borges *et al.*, 2006).

Assim, a vivência da recuperação na Unidade de Tratamento Intensivo aparece permeada por uma ambivalência de sentimentos. Ao mesmo tempo em que essa experiência é vivenciada como retorno à vida, a angústia de morte também está presente (Guirardello *et al.*, 1999). É relevante destacar que os sinais físicos da cirurgia conduziram a um certo estranhamento do sujeito. Representariam o fato de que o indivíduo já não é o mesmo, remetendo a alguns atributos: vulnerabilidade ou coragem (Oliveira & Luz, 1992).

As vivências vinculadas a esse período são, portanto, associadas a sentimentos de isolamento e desamparo. Tal experiência pode trazer afetos ambivalentes, pois, ao mesmo tempo em que estar neste local remete a sentimentos de impotência, também é nele, que os cuidados são oferecidos de forma mais intensiva. Assim, há também certa sensação de tranquilidade (Oliveira & Luz, 1992). Nesse sentido, é relevante mencionar o alívio sentido pelos pacientes, à medida que são retirados os cateteres e drenos (Haddad *et al.*, 2005).

Esse pode ser o período mais difícil do processo operatório, pois, o paciente está mais debilitado e dependente, o que acarretaria frequentemente a vivência de estado depressivo (Oliveira & Luz, 1992). Tal postura mais depressiva, no momento pré-cirúrgico imediato,

estaria vinculada à constrição das atividades físicas e perda da auto-estima. A limitação física após a cirurgia confrontaria o paciente com sua dependência e vulnerabilidade, pois apesar de estimulado a voltar-se para o auto-cuidado, a dor imobiliza-o (Borges *et al.*, 2006). Após a cirurgia, o paciente não sabe onde estão seus pertences e precisa de alguém para desempenhar tarefas básicas, o que pode representar certa frustração dependendo das expectativas geradas no momento pré-cirúrgico. A perda da auto-estima presente nesse período estaria associada, dentre outros aspectos, à ruptura do esquema corporal. Dessa forma, o paciente poderia sentir os procedimentos como invasivos, desrespeitosos e até humilhantes, o que acentuaria o processo de desvalorização de si, enquanto sujeito autônomo (Romano, 2001).

Nesse âmbito, pode haver queda das defesas desenvolvidas para enfrentamento da ansiedade no período pré-operatório (Oliveira & Ismael, 1990; Oliveira, Sharovsky, & Ismael, 1995), e ao mesmo tempo, alívio da tensão do período pré-cirúrgico (Oliveira & Luz, 1992). Segundo os autores, supramencionados, é possível a presença de quadros psicorreativos, tais como a depressão, agitação e estados confusionais. Os quadros depressivos podem manifestar-se por volta do quarto ou quinto dia de pós-operatório, gerados pelo estresse imposto pela hospitalização e pelas rotinas hospitalares. O paciente pode ter alterações psicológicas mais graves, manifestadas inclusive por quadros psicóticos, podendo estar relacionados à inadequação da oxigenação cerebral durante o processo cirúrgico (Oliveira & Ismael, 1990).

Portanto, há importantes aspectos decorrentes do momento peri-operatório que repercutem nas implicações psicológicas no período pós-cirúrgico. Para a realização da maioria das cirurgias cardíacas é necessária a indução de uma parada cardio-respiratória, utilizando-se a circulação extracorpórea. Tal circulação é um sistema de propulsão e oxigenação do sangue que substitui temporariamente a função do pulmão e coração (Lamosa, 1990; Romano & Mutarelli, 1995; Ismael & Almeida, 2008) e que pode causar danos

cerebrais devido à perfusão cerebral imprópria; microembolização (Blumenthal *et al.*, 1995; Ismael & Almeida, 2008) e hemorragia intracraniana (Blumenthal *et al.*, 1995).

Assim, além do papel traumatizante da sala de recuperação devido à privação sensorial, alguns mecanismos bioquímicos da circulação extracorpórea e a duração e profundidade da hipotermia trazem consequências para a recuperação pós-cirúrgica (Lamosa, 1990). Tais consequências, mais comumente, referem-se ao derrame cerebral e a prejuízos cognitivos (Lund *et al.*, 2005).

Nesse âmbito, possíveis alterações neurológicas pós-cirúrgicas traduzem-se pelas queixas sobre atividades nervosas superiores, fala, distúrbios da memória, concentração e atenção, coordenação viso-motora, distúrbios visuais, insônia, depressão, distúrbios do comportamento e desorientação, dentre outros. Ainda, a existência de alterações cognitivas após o procedimento estaria dependente do estágio e duração da doença, efeito de drogas, idade do paciente e status socioeconômico (Ismael & Almeida, 2008).

Considerando o cenário exposto, este estudo teve por objetivo explorar os significados atribuídos à cirurgia cardíaca para pacientes pós-cirúrgicos, considerando as vivências do período recente que antecede a cirurgia, da cirurgia em si e do período pós-cirúrgico imediato.

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo clínico-qualitativo (Turato, 2008), de cunho exploratório e descritivo.

Participantes

Os participantes da presente pesquisa foram 13 pacientes pós-cirúrgicos, 12 homens e uma mulher, com idades que variaram entre 46 e 74 anos, com até um ano de realização do procedimento. A escolha por este período se deu em função dos apontamentos da literatura, no sentido em que este é um período crítico no que diz respeito à adaptação pós-cirúrgica (Romano, 2001). O número de entrevistados seguiu o critério de saturação da amostra (Moraes, 2003; Fontanela, Ricas, & Turato, 2008). Foram excluídos da pesquisa pacientes menores de 18 anos, não residentes na cidade de realização do estudo e aqueles que em função de disfunções físicas e orgânicas não pudessem falar.

A análise dos dados contém excertos ilustrativos das falas dos pacientes, que serão identificadas pelas letras M ou F (Masculino ou Feminino), seguido da idade e do tempo de vivência pós-operatório dos sujeitos, como segue: M, 42 anos, 7 meses P.O.

Instrumentos e procedimentos

Considerando o caráter deste estudo, optou-se pela coleta de dados a partir da entrevista semi-estruturada e da auto-fotografia. As entrevistas semi-estruturadas foram utilizadas como instrumento na medida em que se entende que esta modalidade de entrevista permite maior flexibilidade, possibilitando, por conseguinte, o retrato de experiências, concepções e atitudes do sujeito (Bleger, 2007). Assim, a entrevista não constou de perguntas pré-formuladas, mas, de tópicos a partir dos quais os participantes eram incentivados para falarem sobre suas vivências.

A auto-fotografia foi utilizada a fim de buscar atribuições de significado a imagens produzidas pelos próprios sujeitos (Neiva-Silva & Koller, 2002). Pensou-se que o uso de tal recurso poderia facilitar a expressão dos participantes, pressupondo questões que envolvem um entendimento psicossomático de funcionamento relacionado à cardiopatia. Segundo McDougall (1996), tal funcionamento remete à dificuldade dos sujeitos cardiopatas

expressarem seus afetos e abstraírem a realidade concreta, caracterizados por uma pobre vida anímica ou de fantasia. Julgou-se que essa dificuldade poderia ser amenizada com o uso da imagem, posto a técnica da autofotografia não depender, inicialmente, da habilidade verbal ou escrita. Assim sendo, seu uso implicaria numa maior possibilidade de expressão do *self* sem o uso da linguagem verbal (Neiva-Silva & Koller, 2002).

Os participantes da pesquisa foram contatados a partir de consultas ambulatoriais em um hospital universitário do interior do Rio Grande do Sul. Após consulta com o médico da referida instituição, foram convidados pessoalmente pela pesquisadora a participarem do estudo. Inicialmente, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi realizada uma entrevista, na qual foram abarcados os seguintes eixos norteadores: o processo de preparação para a cirurgia; o paciente antes da cirurgia; as expectativas diante da cirurgia; a cirurgia; e, a recuperação.

Em seguida, foi exposto o convite para participarem de um segundo momento da pesquisa, envolvendo a autofotografia. Conforme sua disponibilidade e aceitação, foi entregue a eles uma máquina fotográfica analógica. Foram solicitados, assim, a produzirem 12 fotos em resposta à seguinte solicitação: “Será entregue a você uma máquina fotográfica com um filme de 12 poses. Gostaríamos que você produzisse imagens que retratassem, de alguma forma, as suas vivências atuais pertinentes à cirurgia”. Ainda, foi esclarecido que tal máquina e as fotos pertenciam ao pesquisador, que entraria em contato, via ligação telefônica, conforme o combinado para recuperar a máquina e revelar o filme. Caso aceitassem participar desse segundo momento, eram convidados a realizarem uma segunda entrevista que versaria sobre o conteúdo das fotos. Cabe ressaltar que dos 13 pacientes participantes da pesquisa, apenas oito concordaram em participar dessa segunda etapa da coleta dos dados. As entrevistas de todos foram analisadas. Todas as entrevistas foram gravadas, com o consentimento dos participantes, e, posteriormente, transcritas.

Análise dos dados

A análise das falas se deu através da análise de conteúdo proposta por Bardin (2008) e Turato (2008). Seguiu-se, portanto, a leitura flutuante do material e sua posterior categorização, segundo critérios de relevância e repetição, tendo como foco o conteúdo latente nas falas (Turato, 2008). Assim como as entrevistas, as fotos produzidas também foram analisadas de forma a complementar a produção de categorias, considerando-se o norteamento da análise de conteúdo, bem como o roteiro proposto por Tacca (1991). Considerou-se os aspectos que constituem o código fotográfico - composição, enquadramento, distribuição dos elementos fotografados na profundidade de campo, ângulo de câmera, entre outros.

Considerações e aspectos éticos

O projeto de pesquisa que culminou neste trabalho foi realizado conforme as recomendações éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza as condições da pesquisa que envolve seres humanos. As atividades de campo previstas em tal pesquisa apenas ocorreram após a aprovação pelo comitê de ética da instituição em que foi realizada, sendo o projeto aprovado sob número CAAE 0174.0.243.000-09.

Resultados e discussão

A partir da análise dos dados, surgiram algumas categorias que se referem aos sentimentos e significados atribuídos às vivências do momento cirúrgico. Tais categorias serão expostas a seguir, juntamente com excertos ilustrativos de falas dos pacientes entrevistados e de fotos que remetem a elas.

A necessidade da cirurgia: vivendo “no limite”

Essa categoria traz experiências relatadas como algo que se insere nas vidas de forma abrupta, sendo a cirurgia significada como um recurso definitivo de tratamento, mediante esgotamento dos demais meios, que parecem ser considerados apenas intermediários (Hirani, Patterson, & Newman, 2008). Nesse sentido, a experiência é sentida como limítrofe, na medida em que, conforme os significados atribuídos pelos sujeitos, não há outra alternativa de tratamento resolutiva.

E [o médico] me mandou... disse vamos ver como está, mas já me preparou, me preparou o espírito. Ela disse: “Olha, esse problema da angioplastia é um remendo que se faz nas coronárias. Quando ela tranca aqui, eles põem um stent, um stent que chama, um stent ali, coisa e tal... Mas vai um ponto, que a máquina não entra mais pra fazer stent.[...]” Aí ela pegou e me disse: “Olha, o Sr. prepare o seu espírito, que, de tantos remendos, tem um momento que não dá mais pra fazer remendos. Já fazer uma ponte e trocar as coronárias”. (M1, 67 anos, 7 meses P.O.)

Até foi quando aconteceu, meu deu... Mas, o pessoal ficou assim, claro, apreensivo, fazer o quê. Era um negócio que tinha que fazer. Tava decretado que a angioplastia não dava. Tinha que cortar mesmo. (M2, 49 anos, 1 ano P.O)

O caráter “limítrofe” da cirurgia aparece também com relação à sua significação dicotômica, que parece se colocar entre a vida e a morte. Por um lado, o procedimento implica na esperança de uma vida nova (Souza *et al.*, 2006; Vargas *et al.*, 2006), mas, por outro, pode significar a ameaça da perda da vida (Bachion *et al.*, 2004; Souza, *et al.*, 2006; Vargas *et al.*, 2006, Garbossa *et al.*, 2009).

E daí foi quando o doutor disse: “Vou te encaminhar pro hospital universitário pra cirurgia. Marcar, porque daí a pouco mais tu vai ter que fazer a cirurgia. [...] Se não tu

vai apagar”. (M3, 46 anos, 10 meses P.O.)

Mas aí era bastante coronária que tava estragado e o médico disse que se não fosse a operação, nada feito. Que eu tava arriscando uma hora pra outra cair e não ter mais recurso. (M4, 72 anos, 2 meses P.O.)

Nesse ínterim, cabe ressaltar o montante de sofrimento psíquico presente (D’Amato, 2008), já que o procedimento parece implicar num cenário em que imperam sentimentos ambivalentes e angustiantes (Souza *et al.*, 2006).

A hospitalização e suas implicações

A necessidade de submissão ao procedimento cirúrgico pressupõe a internação hospitalar, o que acaba por gerar uma série de implicações imbricadas nas vivências subjetivas do tratamento. Dentre elas, destaca-se a despersonalização, processo que remete o sujeito a uma posição passiva, colocando-o numa perspectiva existencial de assujeitado aos procedimentos e tratamentos médicos (Angerami-Camon, 2006, Botega, 2006).

[...] a doutora não me deixou sair da cama por causa do problema da cardiopatia. Aí tu, tu te sente assim meio ruim, porque eu não conseguia evacuar nada na maca. Aí, chegou um dia que eu consegui, que eu não agüentei e disse: “Doutora, pelo amor de, deixa eu ir no banheiro, porque senão...” (M5, 50 anos, 10 meses P.O)

Destaca-se, nesse escopo, a menção de uma posição de constante mal-estar, na medida em que os indivíduos não podem manter seu papel social como responsáveis por seus corpos e suas vidas diante da hospitalização (Botega, 2006), havendo limitações em relação a sua independência (Lamosa, 1990) e conseqüente experiência simbólica de morte social (D’Amato, 2008). Ainda, é importante destacar que o simples fato de estar no espaço hospitalar pode remeter à condição de impotência gerada pela doença.

[...] que o hospital liga à doença. Ele é ligado na doença: doença-hospital, né? (M1, 67

anos, 7 meses P.O)

Nesse sentido, o significado atribuído ao hospital pode ser contraposto ao significado atribuído ao ambiente doméstico. Enquanto um espaço remete ao aprisionamento e à doença, o outro pode remeter à liberdade e à saúde (Quintana, Wottrich, Camargo, Cherer, & Ries, 2011). A relevância do espaço hospitalar fica evidente, também, através das fotos do espaço produzidas pelos participantes M1, M5, M6 e M8, tanto da fachada do prédio, quanto do interior (Figuras 1 e 2).

(Inserir *Figura 1*. Produção fotográfica de M5)

(Inserir *Figura 2*. Produção fotográfica de M6)

A Figura 1, produzida por M5, 50 anos, 10 meses P.O., traz a fachada do prédio. Juntamente às falas da entrevista que descrevem as imagens, pode-se inferir que o participante tem uma perspectiva ambivalente do espaço hospitalar, na medida em que foi nesse espaço que conseguiu retomar a vida, ao mesmo tempo em que lembra sofrimento. A Figura 2, produzida por M6, 57 anos, 10 meses P.O., retrata um espaço que remete à situação de desconforto vivenciada pelo paciente durante a internação:

Ah essa aqui, doutora, essa aqui é a cadeirinha quando eu tava lá com muita dor. [...] ...essa cadeira aqui eu dormia sentado, quando tinha muita dor. Eu tava cansado de ficar, eu tava todo doído já. E essa cadeira era o alívio pra mim da cama, era o alívio da cama. Quando eu tava internado, eu fiquei trinta e dois dias, doutora. Então, eu me sentia assim muito, com muita, muito, quando ia pra cadeira assim, que alívio, que coisa bem boa. Que coisa bem boa assim, e a cama me judiou muito... (M6, 57 anos, 10 meses P.O.).

Pode-se notar que a angulação da câmera retrata a cadeira de forma descendente, criando uma relação específica com o objeto. Pode ser compreendida como uma relação de dominação do participante com relação ao referente fotografado. Assim, retratar o objeto

desde tal perspectiva pode ser entendido como um movimento em que o participante atualiza seu senso de domínio a respeito de sua vida. Metaforicamente, pode-se pensar que, no passado, ele teria sido “dominado” pelo espaço retratado na imagem, enquanto hoje, é ele que o domina, na medida em que já passou pela situação e a revisita através da produção das imagens.

Cirurgia: o descontrole e a iminência da morte

Nessa categoria, destaca-se a sensação de impotência mediante a perda de controle consequente da indução anestésica para a realização do procedimento cirúrgico (Braga & Cruz, 2003), pois o sujeito precisa “entregar-se” nas mãos da equipe (Oliveira & Luz, 1992). Seu sucesso ou fracasso depende, pois, de fatores extrínsecos aos sujeitos (Ai et al., 2004).

A relevância do contexto em que foram realizados procedimentos invasivos, para os participantes da pesquisa, apresenta-se, também, na medida em que alguns espaços são retratados através das fotografias produzidas por M1, M6 e M8 (um exemplo, produzido por M1, 67 anos, 7 meses P.O., encontra-se na Figura 3). A imagem registra a sala em que o paciente realizou uma angioplastia. A mesa em que foi realizado o procedimento ocupa o centro da imagem, e, portanto, recebe uma carga valorativa do participante.

(Inserir *Figura 3*. Produção fotográfica de M1)

Tal relevância também pode ser inferida considerando-se que houve um investimento de esforço dos sujeitos para tirarem as fotos, pois, buscaram permissão administrativa dos locais em que foram realizados os procedimentos para que pudessem retratá-los.

Cheguei lá, me botaram numa mesa, abriram os meus braços, já veio um me depilando e foram se apresentando. Aí de repente eu apaguei, não vi nada. (M3, 46 anos, 10 meses P.O.)

Tu não vê nada! Tu só vê quando te levam pra lá. Mais nada. (M7, 62 anos, 1 ano P.O.)

Nesse âmbito, pode-se pensar na anestesia como uma espécie de “morte temporária”, já que o processo implica na perda dos sentidos para a realização do procedimento, podendo trazer mais angústia do que a operação em si (Barroso, 1992).

Quando eu vim pra fazer a cirurgia, eu achei que não ia voltar. (F1, 51 anos, 3 meses P.O.)

Que tu sabe que eles param o coração da gente lá na cirurgia e eles põem numa máquina, e a máquina fica tocando. A gente fica numa sobrevida ali. Fica numa sobrevida, coisa e tal, e o coração parado. (M1, 67 anos, 7 meses P.O.)

A fala anterior destaca aspectos que remetem a uma condição intermitente, entre a vida e a morte. Considerando-se que o coração é culturalmente significado como a sede da vida, das emoções e do caráter do indivíduo (Oliveira & Luz, 1992; Romano, 2002), é possível se pensar nas repercussões de um procedimento que implica em parada temporária de seu funcionamento, a partir do uso da circulação extra-corpórea (Lamosa, 1990; Romano & Mutarelli, 1995; Ismael & Almeida, 2008). Concordando com a importância desse espaço, cabe destacar uma imagem bastante ilustrativa produzida por um dos sujeitos (M8, 49 anos, 5 meses P.O.) (Figura 4), que retratou o corredor para a sala de cirurgia de forma que o enquadramento e a profundidade de campo remetem ao espaço do corredor até a sala cirúrgica, aludindo a um caminho, a um processo que culmina com a cirurgia.

(Inserir *Figura 4*. Produção fotográfica de M8)

Os pacientes também mencionam a utilização do tubo endotraqueal como algo da ordem da violação do seu corpo, algo cuja antecipação implica em ansiedade (Haddad *et al.*, 2005; Moro *et al.*, 2009).

Eu acordei da cirurgia, eu pedi uma coisa pras enfermeiras: minhas conhecidas, né? Eu disse assim pra elas, logo que eu vim: “depois da operação, vocês não deixem eu com isso aí na boca”, aquele aparelho, sabe? Que bota na boca, não sei como é o nome

daquilo, um tubo. (M8, 49 anos, 5 meses P.O.)

Assim, ao mesmo tempo em que os pacientes parecem ter dificuldades de “entregarem-se” nas mãos da equipe para que o procedimento ocorra, também aparece o desejo de que não estejam acordados para se depararem com o sentimento de impotência oriundo da impossibilidade de controlar o próprio corpo.

Acordar da cirurgia: “estranhamento” e violação do corpo

O despertar do sono anestésico parece causar uma sensação de estranhamento nos sujeitos, na medida em que relatam certo desconhecimento do corpo na situação em que se encontra. O ambiente da Unidade Pós-Operatória parece acentuar tal estranhamento, causando desorganização psíquica (Gasperi *et al.*, 2006), onde os pacientes se deparam com cheiros e sons incomuns (Guirardello *et al.*, 1999; Romano, 2001; Haddad, *et al.*, 2005).

Ah é... quando acordou, aí é cruel. A gente se acorda todo errado. Tu se olha, tudo inchado assim. Aí quando me acordei já tinham me tirado o treco que tinha na boca. Aí, só eles me pegaram assim, eu vomitei, sei lá, uma coisa assim, sabe. Um troço nojento. (M2, 49 anos, 1 ano P.O.)

É, aquele negócio. Depois eles tiram. Então é uma manguinha aqui, tirando um líquido daqui e outra aqui (aponta para o local onde provavelmente foram colocados os drenos). É cheio de coisa. Então, eu acordei, me acordei, me lembro como se fosse hoje assim (olha para todos os lados, silêncio). Estranhei o lugar. Fiquei olhando, assim, meio abismado. Olhei pra mim. De certo, ele já me fez a cirurgia. Mas será que eles já fizeram? (fala baixinho). (M7, 62 anos, 1 ano P.O.)

Salientam-se, ainda, no relato desse cenário pelos sujeitos, significados que remetem à concepção do corpo como extensão das máquinas e aparelhos que o mantêm funcionando, o que pode colaborar para um questionamento sobre a propriedade do próprio corpo, ou seja,

indagações sobre quem ou o quê exerce poder sobre aquele novo corpo, diferente do que existia antes do procedimento.

[...] eu tava intubada, coisa horrível aquilo... Olha, a pior coisa que eu passei foi a tal de coma induzido, a pior coisa. Eu sentia aquela coisa aqui e não podia fazer nada. Eu tentava empurrar com a língua e não conseguia. (F1, 51 anos, 3 meses P.O.)

Eu me lembro que eu me acordei e tava tudo... Eu me lembro que eu me acordei e não podia mexer a perna, endureceu tudo. Eu até me apavorei. (M9, 65 anos, 1 mês P.O.)

Nesse contexto, destacam-se, portanto, os relatos de sentimentos de dependência e desamparo, que podem culminar no aumento da sensação de vulnerabilidade (Oliveira & Ismael, 1990; Oliveira *et al.*, 1995; Haddad *et al.*, 2005; Linch *et al.*, 2008).

Acordar da cirurgia: a experiência de renascimento

Além dos relatos de desconforto e sofrimento diante do despertar do sono anestésico, também está presente na fala dos participantes a sensação de alívio pelo fato de ter sobrevivido ao procedimento (Romano, 2002).

Eu acho que a cirurgia pra mim foi, eu renasci, eu renasci novamente. Porque eu saí de lá no, bem no dia da Páscoa (risadas) [...] Estou renascendo, estou nascendo novamente. (M5, 50 anos, 10 meses P.O.)

Em tal relato, o fato da data da Páscoa coincidir com a alta hospitalar parece trazer intensidade à narrativa, reafirmando a sensação de renascimento vivenciada pelo paciente. Como a Páscoa diz respeito a uma data de comemoração religiosa, em que o que culturalmente vigora é a concepção de um ritual de passagem, pode-se pensar que a fala do paciente pode estar marcando uma significação semelhante atribuída ao processo cirúrgico.

Eu olhei pros lados e oh, não morri, to viva. A minha filha foi me ver, o meu filho... teve outras pessoas, mas eu não lembro. Foi aquele entra e sai, sabe, ligeirinho... aí o

meu filho passou a mão no meu rosto e disse “ah, mãe, que bom que tu conseguiu resistir”. (F1, 51 anos, 3 meses P.O.)

Como refere a paciente anterior, parece ser necessário “resistir” à cirurgia, ou seja, parece haver um entendimento de que, inicialmente, haveria mais chances do procedimento causar a morte, de forma que manter-se vivo é algo ímpar. Tal significado traz em seu bojo a intensidade de atrelamento da cirurgia à iminência de morte (Bachion *et al.*, 2004; Souza *et al.*, 2006), muito embora o procedimento seja preconizado como terapêutica importante e resolutiva no que diz respeito à qualidade de vida (Takiuti *et al.*, 2007).

Considerações finais

A partir das considerações tecidas na discussão dos resultados da pesquisa, é relevante destacar a experiência cirúrgica como geradora de uma série de repercussões, tanto físicas quanto psíquicas, segundo os significados atribuídos a ela por pacientes pós-cirúrgicos. Embora indissociáveis, este artigo destaca com maior amplitude as repercussões psíquicas diante da necessidade de submissão ao procedimento.

Tais repercussões dizem respeito aos significados atribuídos ao coração em âmbito cultural e individual. Mexer nesse órgão não parece ser, portanto, apenas mexer na concretude da morfologia e fisiologia que comporta, mas, também diz respeito a aspectos simbólicos que assumem um caráter único nas vivências daqueles que se submetem ao procedimento cirúrgico.

Nesse sentido, os resultados chamam a atenção para o impacto que a cirurgia tem em termos de sofrimento psíquico. Os resultados remetem à existência de significativo sentimento de desamparo diante dessa experiência, na medida em que os sujeitos parecem perder os seus referenciais em relação ao próprio corpo e às suas capacidades.

Diante de tal realidade, é urgente a existência de um olhar mais integral por parte dos profissionais de saúde que participam do processo de assistência a esses pacientes, considerando seus papéis enquanto promotores de saúde psíquica. Para tanto, é urgente que sejam implantadas políticas e estratégias de saúde que cada vez mais visem o cuidado voltado para os aspectos biopsicossociais envolvidos no adoecimento e tratamento das cardiopatias.

Referências

- Ai, A. L., Peterson, C., Tice, T. N., Bolling, S.F, & Koenig, H. G. (2004). Faith-based and secular pathways to hope and optimistic subconstructs in middle-aged and older cardiac patients. *Journal of Health Psychology, 9*(3),435-450.
- Angerami-Camon, V. A. (2006). O psicólogo no hospital. Em V. A. Angerami Camon. *Psicologia hospitalar teoria e prática*. (pp.25-28). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Bachion, M. L., Magalhães, F. G. S., Munari, D. B., Almeida, S. P., Lima, M. L. (2004). Identificação do “medo” no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem, 17*(3), 298-304.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70. (Original publicado em 1977).
- Barroso, F. L. (1992). O paciente e seu cirurgião. Em J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje*. (pp. 259-262). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Bergvik, S., Sørli, T., & Wynn, R. (2010). Approach and avoidance coping and regulatory focus in patients having coronary artery bypass surgery. *Journal of Health Psychology, 15*(6), 915-924.
- Bleger, J. (2007). *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1980).
- Blumenthal J. A., Mahanna, E. P., Madden, D. J., White, W. D., Croughwell, N. D., & Newman, M. F. (1995). Methodological issues in the assessment of neuropsychologic function after cardiac surgery. *Annals of Thoracic Surgery, 59*, 1345-1350.
- Borges, J. B. C., Ferreira, D. L. M. de P., Carvalho, S. M. R. de, Martins, A. S., Andrade, R. R., Silva, M. A. M. (2006). Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. *Brazilian Journal of Cardiovascular*

Surgery, 21(4), 393-402.

- Botega, N.J. (2006). Reação à doença e à hospitalização. Em N. J. Botega. (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. (pp. 49-66). Porto Alegre: Artmed.
- Braga, C. G., & Cruz, D. de A. L. M. da (2003). A resposta psicossocial de impotência em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(1), 26-35.
- D'Amato, C. V. S. (2008). Mortes, perdas e luto em cardiologia. Em C. P. Almeida & A. L. A. Ribeiro (Orgs.). *Psicologia em cardiologia: novas tendências*. (pp. 199-208). Campinas, SP: Alínea.
- Dutra, C. M. P., & Coelho, M. J. (2008). O tempo de cicatrização do coração: cuidar e os cuidados do cliente para superar as dificuldades após cirurgia cardíaca. *Enfermería Global*, 12, 1-7.
- Fontanela, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17 – 27.
- Garbossa, A., Maldamer, E., Mortari, D. M., Biasi, J., & Leguisamo, C. P. (2009). Efeitos de orientações fisioterapêuticas sobre a ansiedade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 24(3), 359-366.
- Gasperi, P. de, Radunz, V., & Prado, M. L.. (2006). Procurando reeducar hábitos e costumes – o processo de cuidar da enfermeira no pré e pós-cirúrgico de cirurgia cardíaca. *Cogitare Enfermagem*, 11(3), 252-257.
- Guirardello, E. B., Romero-Gabriel, C. A. A., Pereira, I. C., & Miranda, A. F. (1999). A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, 33(2), 123-129.

- Haddad, M. do C. L., Alcantara, C., & Praes, C. S. (2005). Sentimentos e percepções do paciente pós-operatório de cirurgia cardíaca, vivenciados em Unidade de Terapia Intensiva. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 4(1), 65-73.
- Hirani, S. P., Patterson, D. L. H., & Newman, S. P. (2008). What do coronary artery disease patients think about their treatments? An assessment of patients' treatment representations. *Journal of Health Psychology*, 13(3), 311-322.
- Ismael, S. M. C., & Almeida, C. P. de (2008). Possíveis alterações neuropsicológicas em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. In C. P. Almeida & A. L. A. Ribeiro (Orgs.). *Psicologia em cardiologia: novas tendências*. (pp. 55-74). Campinas, SP: Alínea.
- Lamosa, B. W. R. (1990). As peculiaridades da atenção psicológica dispensada em unidades hospitalares de cardiologia. In B. W. R. Lamosa (Org.). *Psicologia aplicada à cardiologia*. (pp.25-36). São Paulo: Fundo Editorial Byk.
- Linch, G. F. da C., Guido, L. de A., Pitthan, L. de O., Lopes, L. F. D. (2008). Estressores identificados por pacientes submetidos à revascularização do miocárdio e angioplastia coronária transluminal percutânea – estudo quantitativo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 7 (2).
- Lund, C., Sundet, K., Tennøe, B., Hol, P.K., Rein, K. A., Fosse, E., Russell, D. (2005). Cerebral ischemic injury and cognitive impairment after off-pump and on-pump coronary artery bypass grafting surgery. *Annals of Thoracic Surgery*, 80, 2126-2131.
- Marosti, C. A., & Dantas, R. A. S. (2006). Avaliação dos pacientes sobre os estressores em uma unidade coronariana. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 190-195.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do Corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1989)
- Moraes, R. (2003). Uma tempestade de luz: uma compreensão possibilitada pela análise

- textual discursiva. *Ciência & Educação*, 9(2), 191-211.
- Moro, E. T., Godoy, R. C. S., Goulart, A. P., Muniz, L., & Modolo, N. S. P. (2009). *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 59(6), 716-724.
- Neiva-Silva, L., & Koller, S. H. (2002). O uso da fotografia em psicologia. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 37-250.
- Oliveira, M. de F. P., & Ismael, S. M. C. (1990). Aspectos psicológicos do paciente coronariano. In B.W.R. Lamosa (Org.). *Psicologia aplicada à cardiologia*. (pp.86-91). São Paulo: Fundo Editorial Byk.
- Oliveira, M. F. P., & Luz, P. L. (1992). O impacto da cirúrgica cardíaca. Em J. Mello Filho (Org.). *Psicossomática hoje*. (pp. 253-257). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Oliveira, M. de F. P., Sharovsky, L. L., & Ismael, S. M. C. (1995). Aspectos emocionais no paciente coronariano. Em M. de F. P. de Oliveira & S. M. C. Ismael (Org.). *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*. (pp.185-198). São Paulo: Papyrus.
- Panagopoulou, E., Maes, S., Rimé, B., & Montgomery, A. (2006). Social sharing of emotion in anticipation of cardiac surgery: effects on preoperative distress. *Journal of Health Psychology*, 11(5), 809-820.
- Quintana, A. M., Wottrich, S. H., Camargo, V. P., Cherer, E. de Q., & Ries, P. K. (2011). Lutos e lutas: reestruturações familiares diante do câncer em uma criança/adolescente. *Psicologia Argumento*, 65 (no prelo).
- Romano, B. W. (2001). Aspectos psicológicos e sua importância na cirurgia das coronárias. (pp. 111-144). Em B. W. Romano (Org.), *Psicologia e cardiologia: encontros possíveis*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Romano, B. W. (2002). Por que considerar os aspectos psicológicos na cirurgia de revascularização do miocárdio. Em E. W. B. Romano (Org.), *A prática da psicologia nos hospitais*. (pp.55-66). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

- Romano, E. W., & Mutarelli, E. G. (1995). Alterações neurológicas, cognitivas e psicológicas decorrentes da cirurgia cardíaca. Em M. de F. P. Oliveira & S. M. C. Ismael (Org.). *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*. (pp.233-244). São Paulo: Papyrus.
- Souza, R. H. S., Mantovani, M. F., & Labronici, L. M. (2006). O vivido pelo cliente em pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5 (2).
- Tacca, F. de (1991). Sapateiro: o retrato da casa. *Revista Studium 10*. Recuperado em 22 Jun. 2009 de <http://www.studium.iar.unicamp.br/10/4.html>.
- Takiuti, M. E., Hueb, W., Hiscock, S. B., Nogueira, C. R. S. da R., Girardi, P., Fernandes, F., Favarato, D., Lopes, N., Borges, J. C., Góis, A, F. T. de, & Ramires, J. A. F. (2007). Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 88(5), 537-544.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 2003)
- Vargas, T. V. P., Maia, E. M., & Dantas, A. S. D. (2006). Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(3).



Figura 1. Produção fotográfica de M5



Figura 2. Produção fotográfica de M6



Figura 3. Produção fotográfica de M1



Figura 4. Produção fotográfica de M8

ARTIGO 4

“Corpos invadidos”: as repercussões da cirurgia cardíaca para pacientes pós-cirúrgicos⁴

⁴ Artigo formatado segundo as normas da revista “Psicologia & Sociedade”, Qualis A2, para posterior submissão.

Resumo

Trata-se de um estudo clínico-qualitativo, de cunho exploratório e descritivo, cujo objetivo é compreender os significados atribuídos à cirurgia cardíaca para pacientes pós-cirúrgicos. Participaram 13 sujeitos usuários de um ambulatório de cardiologia de um hospital universitário. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas e da auto-fotografia. Realizou-se análise de conteúdo. A categoria “Pós-cirúrgico: (im)possibilidades” surgiu, juntamente com as subcategorias “A apropriação de um outro corpo”, “Doença e pós-cirúrgico: o trabalho e a produtividade em questão”, “A cirurgia e as expectativas quanto à cura” e “A cirurgia e as expectativas de futuro”. A discussão dos resultados remete a uma reflexão sobre as potencialidades e limitações presentes diante do processo de cirurgia cardíaca. Ressalta-se a urgência de um enfoque mais amplo sobre os parâmetros de atenção à saúde para esses pacientes.

Palavras-chave: psicologia, cardiologia, cirurgia.

Abstract

It is a clinical qualitative study, characterized as exploratory and descriptive. Its aim is to understand the meanings attributed to cardiac surgery by postsurgical patients. Thirteen users of a cardiology outclinic of a university hospital participated on the study. Data was collected through semi-structured interviews and autophotography. Data analysis was carried out through content analysis. The category “Postsurgery period: (im)possibilities” emerged together with the subcategories “The appropriation of a new body”, “Disease and postsurgery period: working and producing under questioning”, “Surgery and expectations about cure” and “Surgery and expectations about future”. The discussion of the results rises a reflection about the potentialities and limitations of the process of cardiac surgery. Further, the urgency of a wider focus about the health care parameters, as concerns such patients, is highlighted.

Keywords: psychology, cardiology, surgery.

Introdução

A cultura consiste em sistema de organização, de atribuição de sentido a vivências e fatos. Tal organização está baseada em conjuntos de normas que subjazem valores e significações que tornam possível a comunicação em um mesmo âmbito. Nesse sentido, a vida psíquica dos sujeitos é vinculada a representações sociais sobre a realidade, que se tratam de gestos simbólicos, formas de classificação e codificação do mundo, tornando-o inteligível (Rodrigues, 2006). Portanto, assim como as demais realidades do mundo, o corpo é socialmente concebido (Ferreira, 1995; Rodrigues, 2006; Helman, 2009).

Além disso, o corpo não pode ser compreendido como um mero objeto quando se trata de discussões sobre o tópico da saúde, que envolve questões de vulnerabilidade e cura. Considera-se, pois, que as pessoas não têm apenas corpos, mas os “incorporam” (Radley, 2000). Nesse sentido, refuta-se a dualidade corpo-mente, salientando-se que o corpo está sempre imbuído de significação social (Radley, 2000; Helman, 2009). Não se trata apenas de um meio de percepção do mundo, pois, é justamente através da participação do homem no mundo que o corpo é moldado, considerando-o como o produto de processos materiais e discursivos (Radley, 2000).

Concebe-se que o corpo é percebido como um complexo de símbolos, que transmite mensagens específicas, mesmo que os emissores e receptores não estejam conscientes disso (Rodrigues, 2006) e que, culturalmente, o coração é o órgão relacionado às emoções (Oliveira, 2008), tido como o centro da vida e do caráter (Prates, 2008). Portanto, pode-se pensar nas implicações das representações que são culturalmente atribuídas ao coração para seu adoecimento e tratamento, podendo repercutir nas formas de enfrentamento do momento cirúrgico (Romano, 2002; Ruschel, 2002; Oliveira, 2008).

A postura de reconhecimento e de valorização de tais aspectos é preconizada em relação à conduta de toda a equipe multiprofissional (Barroso, 1992; Kiyohara e cols., 2004; Silva & Nakata, 2005; Souza, Mantovani, & Labronici, 2006). Tal equipe deve considerar que a cirurgia cardíaca irá mexer com o “centro da vida”; e, portanto, com as fantasias e medos ligados à morte, violação interior, superstições e inseguranças (Oliveira & Luz, 1992).

Há todo um cuidado vinculado à cicatrização da ferida cirúrgica. O significado de tal cicatrização constitui-se a partir da realidade física concreta da ferida, mas, também, do processo de “cicatrização” emocional do momento vivenciado, ou seja, deve ser considerada a elaboração psíquica das vivências e das novas condições de vida após o procedimento (Dutra & Coelho, 2008).

Nesse âmbito, diante da recuperação da cirurgia o paciente é obrigado a “fazer uma cirurgia em seu próprio coração”, “abrindo seu coração para si mesmo” (Romano, 2001, p. 70). Assim, através da violação do corpo, a cirurgia cardíaca permite simbolicamente mexer em aspectos relativos ao psiquismo. A existência desse momento pode ser agente propulsor de reflexão, mobilizando mudanças na vida do sujeito, através da abertura de um espaço potencial para a ressignificação das características potenciais e limitantes de si mesmo (Radley, 2000).

No contexto pós-cirúrgico, há relatos de vários problemas, até um mês após a alta hospitalar: questões relacionadas à ferida cirúrgica, à terapêutica medicamentosa, a outras patologias, a alterações de humor e ao sono. Destaca-se a inter-relação atribuída pelos pacientes entre a dor na incisão cirúrgica e o padrão de sono, assim como a presença de alterações no humor, tais como aumento da irritabilidade, sensação de desânimo e humor deprimido (Dantas & Aguillar, 2001).

O período pós-cirúrgico tardio, assim sendo, está ligado à ideia de reabilitação cirúrgica, ou seja, à vivência da readaptação à rotina de vida (Romano, 2001), considerando-

se tanto as necessidades físicas, quanto as psicológicas do paciente (Lau-Walker, 2006). Portanto, o êxito cirúrgico seria medido pela correção anatômica, mas, também, pela reconstrução lenta e processual da qualidade de vida (Romano, 2001). Segundo Flanagan (1982) a concepção holística de qualidade de vida diz respeito à habilidade ou capacidade de desempenho de tarefas por parte do indivíduo, que possam trazer-lhe satisfação. Portanto, abarca questões que remetem à saúde fisiológica, mas, também, a aspectos psico-emocionais e sociais, afetando-se mutuamente. Nesse ínterim, piores índices de saúde física afetam a saúde psíquica e vice-versa (Rumsfeld e cols., 2004), também, quando se associam características pré e pós-cirúrgicas em relação aos domínios de saúde física e psicológica (Welke e cols., 2003).

Inicialmente, no momento da alta hospitalar, o nível de funcionalidade do paciente pode mostrar-se bastante prejudicado, afetando, portanto, na qualidade de vida deste (Borges e cols., 2006). Ainda, a qualidade de vida após o procedimento cirúrgico cardíaco mostra-se associada ao bem-estar, felicidade, satisfação e possibilidades na vida, havendo relatos de alto grau de conformação e resignação com a realidade social para pacientes cardíacos em momento pós-cirúrgico tardio. Dessa forma, o âmbito da qualidade de vida pode ficar registrado como “ser feliz na medida do possível”, mediante a presença de sensação de paz e harmonia familiar, fé em Deus, casa e alimento. Tal percepção denota, portanto, que as concepções de bem-estar são socialmente construídas e dependem das escolhas individuais, da valorização relativa e dos sentidos atribuídos pelos sujeitos no que concerne as idiossincrasias de suas vivências (Vila & Rossi, 2008).

Além disso, segundo Oliveira e Luz (1992), as preocupações a longo prazo a respeito da qualidade de vida dizem principalmente respeito à capacidade para desempenhar trabalho, prática de esportes, restrições alimentares, proibição do tabagismo, uso crônico de medicamentos, atividade sexual e possibilidade de reoperação. Nesse âmbito, a reabilitação

teria algumas direções: a continuidade dos investimentos sociais e profissionais; a aceitação e o respeito às prescrições médicas; o abandono dos hábitos prejudiciais; e, a revisão de atitudes (Ongaro, 2002).

Embora estudos atestem melhora na qualidade de vida (Järvinen e cols., 2004; Rumsfeld e cols., 2004; Dantas, Góis, & Silva, 2005; Takiuti e cols., 2007; Nogueira e cols., 2008) e retorno às atividades laborais após o procedimento cirúrgico cardíaco (Takiuti e cols., 2007; Nogueira e cols., 2008), um trabalho aponta o não-retorno às atividades laborais (Dantas, Aguillar, & Barbeira, 2001). É digno de nota que tal trabalho trata-se de um estudo qualitativo, que leva em conta a compreensão das vivências dos sujeitos, e, portanto, não visa generalizações para a população. No caso de tal estudo, o não retorno ao trabalho é justificado mediante a consideração do desejo da família, não compensação financeira, não liberação médica e solicitação da aposentadoria, dentre outras.

Nesse âmbito, entende-se que a dimensão do trabalho pode mostrar-se vinculada ao bem-estar material, por sua vez entendido como condição necessária para a promoção da independência e autonomia. Assim, a cirurgia parece ser percebida pelos sujeitos como associada à limitação para atividade laboral, havendo repercussões psico-emocionais importantes dessa situação em termos de percepção de baixa auto-estima e dependência financeira (Vila & Rossi, 2008).

Confirma-se essa perspectiva, na medida em que se toma o trabalho como elemento sintetizador da identidade pessoal e social do homem, quando se trata de classes populares (Bazon, 2000). Em uma leitura mais sociológica sobre o papel do trabalho na sociedade após o advento do capitalismo (Jacques, 1996; Enriquez, 1999), pode-se pensar na existência de uma mobilização geral dos seres humanos para o trabalho. Nesse escopo, quem não trabalha acaba adquirindo o estigma de parasita, inútil ou delinquente (Enriquez, 1999), ou seja, não existe apenas uma dimensão objetiva vinculada ao trabalho, mas, também, uma subjetiva. Ou

seja, diante de um contexto sócio-histórico que salienta o trabalho, que o valoriza, o fato de ser trabalhador acaba sendo significativo no que diz respeito à representação do Eu (Jacques, 1996).

Há, também, relatos de dificuldades com relação à retomada das atividades sexuais, pois, a sexualidade ainda permanece um assunto tabu, cercado de misticismo. A forma como tal temática é tratada sofre influência de aspectos biológicos (anatômicos e fisiológicos), psicológicos (ambiente, formação, personalidade, emoções), culturais (valores), sociais e subjetivos. A partir da premissa de que a sexualidade envolve o corpo, pode-se pensar nas repercussões da cirurgia no que concerne à imagem corporal como afetando também a forma de manejo com a sexualidade. Ora, se o sujeito percebe-se enquanto um corpo doente, invadido e agredido pela intervenção cirúrgica, não há como o entendimento e a vivência da sexualidade não ser contaminado por tal percepção. Além disso, com frequência, o nível de atividade sexual não tem correlação com o *status* cardiovascular, ou seja, confirma-se a compreensão de que o sentimento de impotência e as demais repercussões psicológicas que estão implicadas na reabilitação pós-cirúrgica sejam generalizados para a esfera sexual (Romano, 2001).

Sobretudo, destaca-se a influência das relações conjugais e familiares após o procedimento, além da forma, o casal compreende ou fantasia sobre o exercício da sexualidade (Dantas e cols., 2001; Romano, 2001). A atividade sexual é concebida como fisicamente extenuante e, não raramente, como possível desencadeadora de eventos cardiovasculares. Assim, considera-se a necessidade de uma abordagem multidisciplinar no processo de reabilitação. Para que temas tabus, tal como a sexualidade, possam ser abordados por parte da equipe, sendo necessário que os assuntos sejam trabalhados e referidos com tranquilidade pelos profissionais da equipe (Romano, 2001).

Parece haver, ainda, uma constatação frequente no momento pós-cirúrgico: os pacientes não comparam sua capacidade após a cirurgia ao período pré-cirúrgico, mas sim ao período anterior ao adoecimento (Ongaro, 2002). Nota-se uma expectativa de que a cirurgia traga uma outra possibilidade de vida. Nesse âmbito, a perspectiva de alguns pacientes sobre os resultados da cirurgia nem sempre são realistas. O entendimento de que a cirurgia *per se* tenha curado a doença, frequentemente faz com que a aderência ao tratamento não seja buscada (Vargas, Maia, & Dantas, 2006).

Nesse escopo, a interpretação particular do evento cirúrgico por parte do paciente, assim como o efeito que essa interpretação terá ao paciente são fatores mediadores no tratamento (Lau-Walker, 2006). Quanto mais satisfeitos com o tratamento, mais possibilidades de cura são percebidas em relação à doença (Hirani, Patterson & Newman, 2008). Além disso, quanto maior a valorização da habilidade de um tratamento para controlar o processo da doença, maior a percepção de controle sobre a mesma (Lau-Walker, 2006; Hirani e cols., 2008). A referida percepção de controle sobre a doença e, portanto, sobre o próprio corpo, pode ter sido prejudicada na medida em que a doença se instalou (Griffiths, Camic, & Hutton, 2009). Assim, dado que a cirurgia é um dos tratamentos mais invasivos e dramáticos no que concerne às cardiopatias, é atribuído a ela um alto poder de cura, podendo ser considerada a forma definitiva de tratamento (Hirani, Pugsley & Newman, 2006; Hirani e cols., 2008).

No entanto, a realização da cirurgia não implica em total remissão do uso de medicamentos. A continuidade do uso de medicação nem sempre é esperada e pode representar para o paciente a frustração, frente à expectativa de cura e constante lembrança de sua doença. Além disso, o paciente coronariano tem na negação o instrumento de domínio e conservação da imagem que faz de si mesmo. Para isso, frequentemente “concorre”, com a

doença. Desafia sua concretude, tentando burlar ou desconsiderar os cuidados com relação à reabilitação (Ongaro, 2002).

Ainda, restrições, tais como a cessação do tabagismo, podem implicar em sensação de tolhimento da liberdade individual (Ongaro, 2002). Contudo, a terapêutica cirúrgica pode ter um impacto determinante no abandono do tabagismo pós-operatório, na medida em que corresponde a uma crise, podendo deflagrar a motivação para a cessação do hábito de tabagismo (Pietrobon & Barbisan, 2010).

Independentemente dos efeitos do tratamento, uma recomendação se mantém: de que os pacientes mudem seus estilos de vida de forma que se engendre um senso de controle a respeito de sua condição (Hirani e cols., 2006). Ainda, considera-se que grande parte da melhora advinda de Programas de Reabilitação que envolvem exercícios físicos ocorre, não apenas em função de ganhos relativos à capacidade funcional, mas, também, de um potencial reestabelecido dos sujeitos para significação de si mesmos como pessoas “normais” (Radley, 2000).

Considerando-se as argumentações aqui tecidas, este estudo teve como objetivo geral compreender os significados atribuídos à cirurgia cardíaca por pacientes pós-cirúrgicos.

Método

Delineamento

Trata-se de uma pesquisa clínico-qualitativa, de cunho exploratório e descritivo. Entende-se, nesse sentido, que tal delineamento possibilita a busca dos sentidos e significados atribuídos pelos sujeitos, o “querer-dizer” dos fenômenos por eles vivenciados (Turato, 2008).

Participantes

Participaram deste estudo 13 pacientes pós-cirúrgicos cardíacos, 12 homens e uma mulher, com idades que variaram entre 46 e 74 anos. Foram incluídos na pesquisa pessoas com tempo de cirurgia não superior a um ano, entendendo que este é um período crítico em relação à re-adaptação à rotina de vida após o procedimento (Romano, 2001). Foram excluídos do estudo pacientes menores de 18 anos, que não residissem na cidade de realização do estudo e que, em função de disfunções físicas, não pudessem falar. O número de entrevistados foi concebido a partir do critério de saturação da amostra (Turato, 2008). Considerando o caráter sigiloso das informações, as falas dos pacientes, utilizadas mais adiante para fins ilustrativos, serão identificadas pelas letras M ou F (Masculino ou Feminino), seguida da idade e do tempo de vivência pós-operatório (P.O.) dos sujeitos.

Técnicas e procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados a partir da entrevista semi-estruturada e da autofotografia. A entrevista semi-estruturada, conforme entendida por Minayo (2010), almejou a abordagem de alguns indicadores pelo pesquisador, de forma que fossem contempladas as informações sobre o tema do presente estudo. Foi confeccionado um roteiro de entrevista, com eixos norteadores a partir dos quais os entrevistados tivessem abertura para ampliar e aprofundar a comunicação de suas experiências. Tais eixos norteadores abarcaram os seguintes tópicos: a cirurgia, a recuperação, atividades cotidianas, a sexualidade. Dessa forma, o pesquisador abordou os participantes da pesquisa a partir da mediação da equipe médica, em consultas previamente agendadas em um ambulatório de um hospital universitário, convidando-os a participarem voluntariamente de entrevistas. As entrevistas realizaram-se conforme a disponibilidade dos sujeitos e a partir de seu consentimento verbal e escrito (assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), sendo gravadas e transcritas posteriormente.

Após finalizada a primeira entrevista, os participantes foram convidados a participarem de uma segunda atividade, em que se propôs o uso da técnica da autofotografia. Nesse sentido, os indivíduos eram solicitados a utilizarem uma máquina analógica com filme de 12 poses, pertencente ao pesquisador, e a retratarem aspectos de sua vida que remetessem à realidade vivenciada (Neiva-Silva & Koller, 2002).

A fotografia aqui é entendida como um instrumento de auto-representação (Tacca, 1991), facilitando o desencadeamento de evocação de memórias que não podem ser relembradas espontaneamente (Loizos, 2008). O uso de tal técnica mostrou-se interessante para os fins do presente estudo na medida em que se pode entender o funcionamento psíquico dos indivíduos acometidos por doenças cardíacas a partir de uma lógica psicossomática, segundo a qual tais indivíduos têm uma dificuldade de expressão de afetos e abstração da realidade concreta (McDougall, 1996).

Após terem sido tiradas as fotos, a máquina era devolvida ao pesquisador e as imagens eram reveladas por ele. A partir daí, uma segunda entrevista era agendada para que se pudesse abordar o conteúdo das fotos, buscando, com isso, maior profundidade de conteúdo do material (Neiva-Silva & Koller, 2002). Tais entrevistas foram, também, transcritas e analisadas. Dos 13 participantes da pesquisa, oito aceitaram participar de tal etapa.

Análise dos dados

Tanto as falas quanto as imagens foram analisadas tendo como referência a análise de conteúdo (Bardin, 2008; Turato, 2008). O material, portanto, foi codificado para a identificação da ocorrência de elementos que tivessem homogeneidade entre si, seja em sua aparição, seja em sua omissão. Nesse sentido, este estudo traz resultados a partir da utilização da análise de conteúdo temático e latente (Turato, 2008).

Além disso, a análise das fotos seguiu alguns elementos do roteiro proposto por Tacca (1991), em que foi considerada a valoração dos participantes, fotografia por fotografia, elemento por elemento fotografado, indivíduo a indivíduo. Foram considerados os aspectos que constituem o código fotográfico-composição, enquadramento, distribuição dos elementos fotografados na profundidade de campo, ângulo de câmara, dentre outros.

Procedimentos e aspectos éticos

Cabe ressaltar que foram seguidas as recomendações éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza as condições da pesquisa que envolve seres humanos. As atividades de campo previstas em tal pesquisa apenas ocorreram após a aprovação pelo comitê de ética da instituição em que foi realizada, sendo o projeto aprovado sob número CAAE 0174.0.243.000-09.

Resultados e discussão

A partir da análise dos dados, destacou-se uma categoria principal nomeada “Pós-cirúrgico: (im)possibilidades”; juntamente com as subcategorias: “A apropriação de um outro corpo”; “Doença e pós-cirúrgico: o trabalho e a produtividade em questão”; “A cirurgia e as expectativas quanto à cura”; e, “A cirurgia e as expectativas de futuro”, descritas a seguir.

Pós-cirúrgico: (im)possibilidades

Nessa categoria, as falas dos sujeitos remeteram às mudanças necessárias e presentes em suas vidas para dar conta do momento pós-cirúrgico (Radley, 2000), tanto físicas, quanto psíquicas (Lau-Walker, 2006). Nesse escopo, a vida parece mostrar-se ressignificada, como coloca o depoimento a seguir.

Eu acho que a importância de tudo isso é o sujeito tá um pouco mais devagar pra saúde do cara, a importância. Porque tu sabe que os caras, pensando bem, os caras não dão valor pra saúde. Eu não dava valor pra minha saúde. Sabe, eu acho que eu não me cuidava muito. A alimentação eu não cuidava, sabe, apesar de que eu nunca na vida fui de bebida alcoólica, né. Ainda bem que não, senão tava morto. (M8, 49 anos, 5 meses P.O.)

Estar na iminência da morte, seja em função da doença, seja em função da cirurgia, pode colocar os sujeitos num papel de implicação, de responsabilização quanto a sua saúde. Desde tal perspectiva, pode-se pensar na relevância simbólica da figura do coração para os significados atribuídos pelos entrevistados (Romano, 2002; Ruschel, 2002; Oliveira, 2008; Prates, 2008). Assim, “mexer no coração” é mexer em aspectos que concernem a amplitude de seu viver (Romano, 2001).

A apropriação de um outro corpo

Os aspectos acima referidos remetem ao fato que a cirurgia cardíaca diz respeito a certo estranhamento dos sujeitos com relação às vivências com o novo corpo, suas potencialidades e limitações. Em outras palavras, o procedimento parece possibilitar uma reavaliação sobre o uso de seus próprios corpos. Tais corpos já não parecem, segundo os significados atribuídos, ser mais os mesmos, pois, o processo cirúrgico envolve um espaço potencial para ressignificações (Radley, 2000).

É, porque assim, na verdade eu me disse assim [para mim mesmo]: “Tu não vai pensar que tu fez a cirurgia e tu tá bem. Não, agora tu tá bem na parte clínica. O teu organismo, o teu corpo tem que se readaptar, novamente. Porque aí dentro, agora, tem outras coisas diferentes. Então, tu não é mais a mesma pessoa. O teu organismo mudou, de certa forma, tem uma mudança. Foi feito uma, um movimento muito

brusco no teu organismo. Tu tem a, essa parte de, de, de vascularização, teu organismo vascularizado. Foi movimentado demais, foi feito um movimento muito grande na parte muscular”. (M5, 50 anos, 10 meses P.O)

Dentre tais mudanças, destacam-se falas que remetem a aspectos da sexualidade. Entende-se que a cirurgia acaba por influenciar as vivências dos entrevistados também nesse âmbito, implicando em significações que salientam as limitações do próprio corpo.

Mas, eu me deparei agora... não sei se eu devo lhe falar isso. Falei com a Dr^a., eu me deparei com um problema que é próprio do sistema cardiovascular, quando fica doente, que é o problema da impotência, sabe. Entre marido e uma mulher, se é marido e uma mulher, a gente ta ali, a gente dorme com ela, coisa e tal, a pessoa faz sexo. Sempre fizemos, ela sempre foi ativa, uma mulher ativa. Sabe, eu tenho uma atividade forte na sexualidade. Eu sempre fui ativo, graças a Deus, mas me deparei aí, de dois anos pra cá, que foi quando tive o infarto, me deparei com a impotência. Isso aí, eu vou te dizer. Isso aí arrasa com qualquer um. Seja ele médico, não médico, seja um cara grande, um não tão grande, um pequeno. Ele arrasa com o homem. Então, eu me deparei com esse problema. (M1, 67 anos, 7 meses P.O.)

Destaca-se, nesse relato, a implicação desse novo cenário presente na vida sexual com relação às implicações “arrasadoras” com relação à virilidade (Leal, 2003). Afinal, pode-se pensar que a impotência sexual traz para o sujeito a imagem de si como “menos homem”, alterando inclusive as relações conjugais. A relevância da potência do corpo para o reconhecimento de si mesmo enquanto homem também parece ser visualizada nas imagens produzidas por este mesmo participante. Das 12 fotos, tirou oito em que seu corpo encontra-se parcialmente nu, apontando para as cicatrizes das incisões que se localizam tanto no peito, quanto em ambas as pernas, na região interna e superior. Esta última região é enfatizada nas fotos, remetendo aos órgãos sexuais. Por se tratarem de imagens cuja divulgação fere o

contrato de anonimato realizado com os participantes, não serão divulgadas.

Portanto, neste primeiro ano após a cirurgia, os entrevistados parecem se perceberem em situação de desamparo, ilustrado por relatos de sensações de impotência e fraqueza, como o exposto a seguir.

Então aí eu, claro né, cheguei ali e tinha que ficar sentado na frente do fogão com os cobertor em cima, porque era frio né, e ali meio fraco, fraco. Então isso aí me, me, me como eu vou te dizer, marcou isso aí né. (M10, 54 anos, 5 meses P.O.)

Tal relato foi realizado a partir da descrição de uma fotografia do espaço em que tal sujeito permaneceu um bom tempo após o procedimento (Figura 1). Trata-se de um espaço composto por um fogão à lenha e um banco de madeira, em que o sujeito referiu permanecer sentado ao longo da recuperação. A distribuição dos elementos fotografados na profundidade de campo revela uma visão bastante limitada do espaço, remetendo a uma postura “claustrofóbica” da realidade vivenciada. Além disso, nenhum motivo fotografado remete à vida, dado que são objetos inanimados. Assim, pode-se pensar no sentimento de impotência, referido anteriormente, diante da imposição de uma postura mais passiva frente à vida.

(Inserir *Figura 1*. Produção fotográfica de M1)

Doença e pós-cirúrgico: o trabalho e a produtividade em questão

Uma das questões mais enfatizadas pelos entrevistados disse respeito à capacidade para o trabalho e à condição de improdutividade sentida diante da cirurgia.

Sabe, eu só me sinto um inútil, assim, nessa coisa de não poder fazer alguma coisa mais, mais, mais... que dê pra mim pegar ali... o cara me pedir: olha, vamos levantar essa pedra. Eu ir lá e ajudar levantar a pedra, isso aí não dá, entendeu. Às vezes, os caras colhem lá fora, no caso. Eu nem posso trabalhar mesmo. Se eu estou aposentado por invalidez, eu não posso trabalhar. As vezes, uma coisa tão simples, tu pode dar

uma mão pra um pessoa, fica assim, se eu vou me atracar ali eu... de repente vai dar problema isso aí. Aí tu fica. Mas o cara diz assim, esse cara um baita de um vagabundo, não bota uma mão em nada. Não é esse lado. Então, a única coisa que eu me sinto inútil é nisso. (M2, 49 anos, 1 ano P.O.)

A fala remete, de forma significativa, à implicação do trabalho enquanto marca identitária do homem (Jacques, 1996; Bazon, 2000). Nesse sentido, não poder trabalhar pode significar, socialmente, não ter valor enquanto sujeito. Tal lógica é relevante ao se considerar as implicações do trabalho para a identidade do homem a partir do advento do capitalismo (Jacques, 1996; Enriquez, 1999), sistema segundo o qual quem não trabalha pode ser estigmatizado como “inútil”, porque não produtivo (Enriquez, 1999). De forma equivalente, tal temática também emerge do conteúdo das fotos de um dos entrevistados, principalmente (M8, 49 anos, 5 meses P.O.), que tirou duas, das 12 fotos, de seu espaço de trabalho. A Figura 2 traz uma dessas produções.

(Inserir *Figura 2*. Produção fotográfica de M8)

O ângulo da câmera e a profundidade de campo denotam uma perspectiva de amplitude, em que existem espaços abertos. Tal característica pode remeter às novas possibilidades de vida referidas pelo participante, na medida em que, através desta foto (que foi a última a ser tirada por ele), menciona as novas atribuições que tem em seu trabalho. Assim, apesar das restrições, sua fala enfatiza também as potencialidades em relação à recuperação da vida produtiva.

A cirurgia e as expectativas quanto à cura

Parece haver, conforme os relatos dos entrevistados, certa expectativa de que a cirurgia resgate as condições anteriores de vida. Tais expectativas, no entanto, são contrapostas pelas limitações do corpo e pela necessidade de continuar a medicação (Ongaro,

2002).

Assim, as perna, tudo... ficar bom como eu era. É isso aí... (M9, 65 anos, 1 mês P.O.)

Até eu tava perguntando pra doutora se ia ter que tomar o remédio. Ela disse que sim, que é de uso contínuo, mas eu pensei que agora tava tudo bem , tudo bom, que não precisava mais. Mas ela disse que tem que continuar o tratamento, que eu preciso ir nas consultas no outro lugar que ela viu pra mim, fazer uma terapia, eu acho. Ela disse pra eu voltar em três meses pra ela me ver. (Parece frustrado). (M11, 74 anos, 1 ano P.O.)

A construção de tais expectativas pode ser entendida a partir da idéia de que a cirurgia é uma intervenção invasiva e arriscada e para “valer a pena”, deve proporcionar melhoras equivalentes (Hirani e cols., 2006, 2008). Tais melhoras, no entanto, parecem ser idealizadas pelos sujeitos, colocando-os, posteriormente, de certa forma frustrados diante dos resultados atingidos. Parece tratar-se de uma representação, segundo a qual a submissão aos riscos da cirurgia traria aos sujeitos uma vida nova, excluindo inteiramente a doença e o tratamento subsequente de suas vidas.

A cirurgia e as expectativas de futuro

A cirurgia parece colocar os sujeitos frente a uma realidade na qual o corpo, e, portanto, as suas vidas, não estão mais íntegros. Nesse sentido, o procedimento, ao confrontar os entrevistados com a sua finitude (Bachion, Magalhães, Munari, Almeida, & Lima, 2004; Souza e cols., 2006), parece significar um rompimento. As falas referem que planos não podem mais ser feitos, pois a cirurgia remete ao fato de que não se pode ter mais certeza sobre a vida.

Não pensei. Eu penso no hoje. Como eu disse: amanhã a Deus reservo. Não faço planos mais. Se dá, deu. Se não, não era pra dar. (M11, 74 anos, 1 ano P.O.)

Assim, não, se eu começo a pensar, assim, a pensar na minha saúde, no futuro, eu vou ter assim, uma depressão, vou pensar em bobagem, vou pensar em outras coisas. Daí eu não penso. Deixo para o que vai acontecendo, no dia a dia. (M12, 47 anos, 7 meses P.O.)

A partir dos significados atribuídos nas falas, pode-se pensar na existência de um aspecto traumático na vivência dos sujeitos a respeito do processo de adoecimento e cirurgia. Nesse sentido, o futuro parece ser “indizível”, porque há, neste momento, a impossibilidade de simbolizá-lo (Maldonado & Cardoso, 2009). Em outras palavras, não conseguir falar sobre o futuro parece ser, também, não conseguir assimilar a vivência traumática do passado (a cirurgia), na medida em que nada garante que esse passado – que por sua vez remete à iminência da morte – não aconteça novamente.

Considerações finais

A discussão dos resultados desse estudo remete a uma reflexão sobre as potencialidades e limitações diante do processo de cirurgia cardíaca, mais especificamente, às repercussões desse processo após o procedimento.

Num primeiro momento, as compreensões das limitações parecem ser bastante contundentes em diversos aspectos da vida dos sujeitos. Tais limitações parecem ser significadas como um rompimento do fluxo cotidiano de suas atividades, gerando um movimento que remete a aspectos depressivos. Tais aspectos não são, necessariamente, considerados negativos, na medida em que podem implicar num caráter de reflexão, questionando parâmetros segundo os quais é realizada a condução da vida pelos entrevistados.

A partir disso, as potencialidades parecem dizer respeito à perspectiva de valorização da vida, na medida em que o processo cirúrgico parece implicar os sujeitos no processo de

saúde e doença. Nesse sentido, significar a cirurgia como um processo que remete à finitude da vida (seja ela a vida real ou a vida social) e ao sentimento de impotência decorrente de tal enfrentamento, pode ser um fator determinante na abertura de um espaço potencial para outras ressignificações.

Ainda, vale ressaltar que as pessoas entrevistadas encontram-se num período crítico em relação à experiência da cirurgia. Nesse sentido, os resultados trazem um viés que diz respeito às vivências e significados decorrentes deste período apenas, não podendo ser generalizados à experiência do processo como um todo. Entende-se, nesse sentido, que, a longo prazo, outras perspectivas poderiam somar-se a estas, podendo, inclusive, serem destacados aspectos mais positivos em relação à qualidade de vida alcançada após a cirurgia.

Diante desse panorama, torna-se urgente a discussão sobre os parâmetros de atenção à saúde para esses pacientes. Para a existência de um cuidado que leve em conta as necessidades reais deles – e que se entende apenas possível a partir da multiplicidade de olhares de profissionais de diversas áreas – ressalta-se a necessidade de um espaço em que possam ser discutidos os significados expostos neste trabalho. Ou seja, parece ser justamente no momento recente após o procedimento, quando os indivíduos mostram-se mais frágeis e vulneráveis, vivenciando intensa carga de sofrimento, que o cuidado de toda a equipe, direcionado para os diversos aspectos das vivências dos pacientes, torna-se mais urgente.

Referências

- Bachion, M. L., Magalhães, F. G. S., Munari, D. B., Almeida, S. P., Lima, M. L. (2004). Identificação do “medo” no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Acta Paulista de Enfermagem*, 17(3), 298-304.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70. (Original publicado em 1977)
- Barroso, F. L. (1992). O paciente e seu cirurgião. Em J. Mello Filho (Org.). *Psicossomática hoje*. (pp. 259-262). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Bazon, M. R. (2000). Dinâmica e sociabilidade em famílias de classes populares: histórias de vida. *Paidéia*, 10(18), 40-50.
- Borges, J. B. C., Ferreira, D. L. M. de P., Carvalho, S. M. R. de, Martins, A. S., Andrade, R. R., Silva, M. A. de M. (2006). Avaliação da intensidade de dor e da funcionalidade no pós-operatório recente de cirurgia cardíaca. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 21(4), 393-402.
- Dantas, R. A. S., & Aguillar O. M. (2001). Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: o acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês após a alta hospitalar. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9(6), 31-36.
- Dantas, R. A. S., Aguillar, O. M., & Barbeira, C. B. dos S. (2001). Retorno às atividades ocupacionais e sexuais após cirurgia de revascularização do miocárdio. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9(4), 26-31.
- Dantas, R. A. S., Góis, C. F. L., & Silva, L. M. (2005). Utilização da versão adaptada da escala de qualidade de vida de Flanagan em pacientes cardíacos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(1), 15-20.

- Dutra, C. M. P., & Coelho, M. J. (2008). O tempo de cicatrização do coração: cuidar e os cuidados do cliente para superar as dificuldades após cirurgia cardíaca. *Enfermería Global, 12*, 1-7.
- Enriquez, E. (1999). Perda do trabalho, perda da identidade. *Cadernos da Escola do Legislativo, 5*(9), 53-73.
- Flanagan, J. C. (1982). Measurement of quality of life: current state of art. *Archives of Physiscal Medicine and Rehabilitation, 63*, 56-59.
- Ferreira, J. (1995). Semiologia do corpo. Em O. F. Leal (Org.), *Corpo e significado: ensaios de antropologia social*. (pp. 89-104). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Griffiths, K, Camic, P. M., & Hutton, J. M. (2009). Participant experiences of a mindful-based cognitive thereapy group for cardiac rehabilitation. *Journal of Health Psychology, 14*(5), 675-681.
- Helman, C. B. (2009). *Cultura, saúde e doença*. (5a ed.). Porto Alegre: Artmed. (Originalmente publicado em 1990).
- Hirani, S. P., Patterson, D. L. H., & Newman, S. P. (2008). What do coronary artery disease patients think about their treatments? An assessment of patients' treatment representations. *Journal of Health Psychology, 13*(3), 311-322.
- Hirani, S. P., Pugsley, W. B., & Newman, S. P. (2006). Illness representations of coronary artery disease: an empirical examination of the Illness Perception Questionnaire (IPQ) in patients undergoing surgery, angioplasty and medication. *British Journal of Health Psychology, 11*, 199-220.
- Jacques, M. da G. C. (1996). Identidade e trabalho: Uma articulação indispensável. Em A. Tamaio, J. E. Borges-Andrade, & W. Codo (Eds.). *Trabalho, organizações e cultura*. (pp. 41-47). São Paulo, SP: Cooperativa de Autores Associados.

- Järvinen, O., Saarinen, T., Julkunen, J., Laurikka, J., Huhtala, H., & Tarkka, M. R. (2004). Improved health-related quality of life after coronary artery bypass grafting is unrelated to use of cardiopulmonary bypass. *World Journal of Surgery*, 28, 1030-1035.
- Kiyohara, L. Y., Kayano, L. K., Oliveira, L. M., Yamamoto, M. U., Inagaki, M. M., Ogawa, M. Y., Gonzales, P. E. S. M., Mandelbaum, R., Okubo, S. T., Watanuki, T, & Vieira, J. E. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, 59(2), 51-56.
- Lau-Walker, M. (2006). A conceptual care model for individualized care approach in cardiac rehabilitation - combining both illness representation and self-efficacy. *British Journal of Health Psychology*, 11, 103-117.
- Leal, A. F. (2003). *Uma antropologia da experiência amorosa: estudo de representações sociais sobre sexualidade*. Dissertação de Mestrado não-publicada. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.
- Loizos, P. (2008). Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. Em M. G. Bauer, & G. Gaskell (Ed.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. (pp.137-155). Petrópolis, RJ: Vozes. (Original publicado em 2000).
- Maldonado, G., & Cardoso, M.R. (2009). O trauma psíquico e o paradoxo das narrativas impossíveis, mas necessárias. *Psicologia Clínica*, 21(1), 45-57.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do Corpo: o psicossoma em psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes. (Original publicado em 1989)
- Minayo, M. C. de S. (2010). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec. (Original publicado em 1992).

- Neiva-Silva, L., & Koller, S. H. (2002). O uso da fotografia em psicologia. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 37-250.
- Nogueira, C. R. S. R., Hueb, W., Takiuti, M. E., Girardi, P. B. M., Nakano, T., Fernandes, F., Paulitsch, F. da S., Góis, A. F. T., Lopes, N. H. M., & Stolf, N. A. (2008). Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio com e sem circulação extracorpórea. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91(4), 238-244.
- Oliveira, M. F. P. (2008). Aspectos emergentes da psicologia em cardiologia no terceiro milênio. Em C. P. Almeida & A. L. A. Ribeiro (Orgs.). *Psicologia em cardiologia: novas tendências*. (pp. 7-10). Campinas, SP: Alínea.
- Oliveira, M. F. P., & Luz, P. L. (1992). O impacto da cirúrgica cardíaca. Em J. Mello Filho (Org.), *Psicossomática hoje*. (pp. 253-257). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Ongaro, S. (2002). O doente coronariano e seus dinamismos psíquicos. Em E. W. B. Romano (Org.), *A prática da psicologia nos hospitais*. (pp.55-66). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Pietrobon, R. S., & Barbisan, J. N. (2010). Impacto da cirurgia de revascularização do miocárdio na cessação do tabagismo. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 25(1), 79-84.
- Prates, P. R. (2005). Símbolo do coração. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 12(3), 1025-1031.
- Radley, A. (2000). Health psychology, embodiment and the question of vulnerability. *Journal of Health Psychology*, 5(3), 297-304.
- Rodrigues, J. C. (2006). Tabu do Corpo. (7ª ed., rev.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. (Original publicado em 1983).

- Romano, B. W. (2001). Aspectos psicológicos e sua importância na cirurgia das coronárias. (pp. 111-144). Em B. W. Romano (Org.), *Psicologia e cardiologia: encontros possíveis*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Romano, B. W. (2002). Por que considerar os aspectos psicológicos na cirurgia de revascularização do miocárdio. Em E. W. B. Romano (Org.), *A prática da psicologia nos hospitais*. (pp.55-66). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Rumsfeld, J. S., Ho, P. M., Magid, D. J., McCarthy, M., Shroyer, A. L., MaWhinney, S., Grover, F. L., & Hammermeister, K.E. (2004). Predictors of health-related quality of life after coronary bypass surgery. *Annals of Thoracic Surgery*, 77, 1508-1513.
- Ruschel, P. P. (2002). Quando o coração adoece. Em E. W. B. Romano (Org.), *A prática da psicologia nos hospitais*. (pp.39-54). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Silva, W. V., & Nakata, S. (2005). Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58 (6), 673-676.
- Souza, R. H. S., Mantovani, M. F., & Labronici, L. M. (2006). O vivido pelo cliente em pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5 (2).
- Tacca, F. de. (1991). Sapateiro: o retrato da casa. *Revista Studium 10*. Recuperado em 22 Jun. 2009, de <http://www.studium.iar.unicamp.br/10/4.html>.
- Takiuti, M. E., Hueb, W., Hiscock, S. B., Nogueira, C. R. S. da R., Girardi, P., Fernandes, F., Favarato, D., Lopes, N., Borges, J. C., Góis, A, F. T. de, & Ramires, J. A. F. (2007). Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 88(5), 537-544.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 2003)
- Vargas, T. V. P., Maia, E. M., & Dantas, A. S. D. (2006). Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 14(3).

Vila, V. S. C., & Rossi, L. A. (2008). A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudo etnográfico. *Revista Latino-americana de Enfermagem, 16*(1).

Welke, K. F., Stevens, J. P., Schults, W. C., Nelson, E. C., Beggs, V. L., & Nugent, W. C. (2003). Patient characteristics can predict improvement in functional health after elective coronary artery bypass grafting. *Annals of Thoracic Surgery, 75*, 1849-1855.



Figura 1. Produção fotográfica de M1



Figura 2. Produção fotográfica de M8

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao findar a escrita deste trabalho, surgem várias questões relevantes. Cabe ressaltar que o processo de pesquisa aqui relatado e discutido surgiu de um interesse genuíno da pesquisadora, relacionado ao trabalho com diferentes significados de saúde e doença. No momento do planejamento da pesquisa, tratava-se de delinear estratégias para compreender os significados que atravessavam a experiência da cirurgia cardíaca, buscando ampliar o escopo de entendimento dos profissionais que trabalham na área de assistência a estes pacientes.

Nesse sentido, os resultados apontaram que a cirurgia, de fato, não mobiliza apenas o corpo físico, mas que diz respeito a implicações na vida de tais pacientes, em suas significações sobre si mesmos e sobre os outros. Identificou-se que a aceitação do adoecimento cardíaco é um processo complexo, que envolve um compromisso entre universos simbólicos diferentes. O reconhecimento do adoecimento por parte do paciente parece estar na impossibilidade de desempenho de sua rotina. Um dos aspectos mais ressaltados pelos participantes, nesse âmbito, diz respeito ao desempenho em atividades produtivas, que são mantidas a qualquer custo, até que o corpo não mais suporte a dor ou o desconforto. Mediante tal cenário, os participantes parecem dar-se por vencidos e reconhecer que algo não está bem consigo, buscando auxílio. Assim, partindo do pressuposto que os sintomas da doença não são, na maioria das vezes, perceptíveis aos olhos do paciente, este deve aceitar que outro fale dele e de sua condição. Para tanto, tem de abdicar de seu lugar enquanto sujeito possuidor de sua vida e de seu corpo.

Sobretudo, aceitar o adoecimento é também aceitar a finitude, senão da vida, da potencialidade do corpo. Essa situação parece ser acentuada mediante o simbolismo do órgão e da importância que, de fato, tem fisiologicamente. Assim, tal aceitação parece se dar sempre de forma ambivalente, sendo que a confrontação com a realidade parece intensificar-se quando existe a indicação para o procedimento cirúrgico.

A cirurgia parece despertar fantasias e medos que permeiam os planos e a rotina, remetendo os participantes a uma situação-limite, em que vida e morte estão em jogo. Por um lado, parecem haver momentos em que os participantes depositam na cirurgia as esperanças de uma vida melhor. Essa realidade é descrita, por vezes, com matizes de onipotência, sendo a situação cirúrgica significada como a cura para a doença. Embora essa realidade não seja coerente, dado o caráter de cronicidade da doença, parece ser o que mobiliza os entrevistados

a submeterem-se a ela. Trata-se de um procedimento que implica em riscos e, para que possa valer a pena, os benefícios supostos devem também ser grandes.

Após o procedimento, o que parece estar em jogo é um processo de reconhecimento de si mesmo, dos limites do corpo. A integridade corpórea é significada como rompida e tal realidade parece ser refletida, por vezes, na impossibilidade de realizarem-se planos para o futuro. Trata-se da vivência de um processo de adequação das expectativas anteriores à cirurgia, que parece depender intrinsecamente das referências de cada um sobre o processo.

Nesse ínterim, parecem existir movimentos reflexivos importantes, que fazem com que os sujeitos possam fazer uma avaliação de suas vidas e de suas implicações enquanto protagonistas delas. A religiosidade parece atravessar muitas das experiências relatadas, de forma que os participantes lançam mão de suas crenças para buscarem um sentido para o que vivenciam.

A partir desses apontamentos, considera-se que a vivência do processo cirúrgico diz respeito a uma experiência marcada por intensos sentimentos de desamparo e sofrimento. Portanto, os significados que permeiam esta realidade devem ser mais amplamente compreendidos pela equipe de saúde que acompanha tais pacientes. Dessa forma, pode ser construído um saber que circule na interface entre os universos médico e leigo, que possa dar conta das duas esferas e formatar um compromisso entre elas, amparando os pacientes no enfrentamento do processo cirúrgico.

Cabe ressaltar que a presente pesquisa traz um recorte das vivências dos sujeitos, buscando analisar as experiências em profundidade, de um período específico. Nesse escopo, entende-se que se tal proposta de pesquisa fosse realizada com indivíduos em outros momentos do processo cirúrgico, outros significados seriam desvelados pelos relatos. Admite-se, também, que esses resultados trazem a especificidade de um grupo de sujeitos, atendidos em um serviço específico e em uma região específica do país.

Sugere-se que outros estudos sejam empreendidos, no sentido de compreender o caráter de tais vivências em seus aspectos processuais. Um estudo longitudinal com pacientes cardíacos, que os acompanhasse desde o momento da indicação cirúrgica até um período significativo após o procedimento, poderia auxiliar no entendimento de tal experiência enquanto processo, talvez melhor acessando o processo de ressignificações que se supõem instalar ao longo das vivências.

Outra reflexão relevante, à guisa da conclusão, concerne aos aspectos metodológicos deste empreendimento científico. Utilizar a autofotografia como parte da proposta de trabalho enriqueceu o processo de apreensão de realidade, tão complexa como a relatada pelos

participantes. De fato, entende-se que tal recurso metodológico permitiu que a barreira da fala fosse parcialmente transposta, de forma que os significados atribuídos à realidade dos participantes pudessem ser evidenciados de forma mais ampla.

Para além dos aspectos técnicos, empregar esse recurso pareceu implicar num maior comprometimento, tanto dos entrevistados, quanto da pesquisadora, com a relação que foi construída entre ambos. Trata-se de uma co-construção legítima, em que ambos os membros da díade mostraram-se partícipes do processo de ressignificações já abordado nessa escrita.

Nesse sentido, embora o presente trabalho diga respeito a um processo de pesquisa, destaca-se a impressão indelével dos efeitos desse processo em alguns participantes. A proposta de solicitar imagens produzidas pelos indivíduos pareceu outorgar-lhes o direito de dizer algo sobre si. Entendeu-se que, ao mesmo tempo em que a utilização de tal recurso abriu novos campos de análise, também permitiu uma via de recriação da temática. A resposta a uma pergunta com imagens, assim, possibilitou a passagem de uma experiência específica a outra, a saber, houve uma re-situação da fala, na medida em que a primeira fala mostrou-se uma experiência distinta do ato de fotografar, da mesma forma que falar após fotografar diferiu da experiência anterior.

Dessa maneira, de forma legítima, saber e fazer mostraram-se imbricados, permitindo que a inscrição da experiência nas imagens funcionasse como ponto de partida para que os indivíduos olhassem de outra forma para si, reconhecendo-se como co-participantes na construção de sua história. Assim, histórias, por vezes fragmentadas, negadas, porque sofridas, puderam ser (re)construídas, formatando um espaço que, acredita-se, seja de potencialização da vida.

REFERÊNCIAS

- AI, A. L. et al. Faith-based and secular pathways to hope and optimistic subconstructs in middle-aged and older cardiac patients. **Journal of Health Psychology**, v. 9, n. 3, p. 435-450, 2004.
- BACHION, M. L., et al. Identificação do “medo” no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 298-304, 2004.
- BANKS, M. **Dados visuais para pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 2008.
- BARROSO, F. L. O paciente e seu cirurgião. In: MELLO FILHO, J. **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992. p. 259-262.
- BARTHES, R. **A câmara clara**: nota sobre a fotografia. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.
- BLEGER, J. **Temas de psicologia**: entrevista e grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1980.
- BOROWSKY, F. **Representação do self em pré-adolescentes em situação de risco**: método de autofotografia. 2002. 76f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.
- BRAGA, C. G.; CRUZ, D. de A. L. M. da. A resposta psicossocial de impotência em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 37, n.1, p. 26-35, 2003.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicadores e dados básicos – 2008**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/c08.def>>. Acesso em: 22 ago. 2010.
- CASETTO, S. J. Sobre a importância de adoecer: uma visão em perspectiva da psicossomática psicanalítica no século XX. **Psichê**, v. 10, n. 17, p. 121-142, 2006.
- CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n.4, p. 679-684, 2006.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. **Relatório de avaliação 2007-2009 trienal 2010**. Disponível em: <<http://trienal.capes.gov.br/wp-content/uploads/2010/12/PSICOLOGIA-RELATÓRIO-DA-AVALIAÇÃO-FINAL-dez10.pdf>>. Acesso em 15 fev. 2011.

COSTA, A. B.; MAUTONE, G. M. As imagens e as coisas: fotografia e produção de conhecimento. In: TITTONI, J. (Org.), **Psicologia e fotografia: experiências em intervenções**. Porto Alegre: Dom Quixote, 2009, p. 24-45.

DANTAS, R.A.S.; GÓIS, C.F.L.; SILVA, L. M. Utilização da versão adaptada da escala de qualidade de vida de Flanagan em pacientes cardíacos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.13, n.1, p. 15-20, 2005.

DINIZ, D. Ética na pesquisa em ciências humanas – novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 417-426, 2008.

DUBOIS, P. **O ato fotográfico e outros ensaios**. 6. ed. Campinas: Papyrus, 2003.

FONTANELA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17 – 27, 2008.

FREUD, S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: **Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud**. RJ: Imago, 1972. v. VII.

FREUD, S. À Guisa de introdução ao narcisismo (1914). In: **Escritos sobre a psicologia do Inconsciente**. RJ: Imago, 2004.

FREUD, S. Pulsões e destinos da pulsão (1915). In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. RJ: Imago, 2004.

FREUD, S. O Eu e o Id (1923). In: **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. RJ: Imago, 2004.

GARBOSSA, A. et al. Efeitos de orientações fisioterapêuticas sobre a ansiedade de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v.24, n. 3, p.359-366, 2009.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.G; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

GUERRIERO, I. C. Z. **Aspectos éticos das pesquisas qualitativas em saúde**. 2006. 318f. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

HADDAD, M. C. L.; ALCANTARA, C; PRAES, C. S. Sentimentos e percepções do paciente pós-operatório de cirurgia cardíaca, vivenciados em Unidade de Terapia Intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, n.1, p. 65-73, 2005.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

HIRANI, S.P.; PATTERSON, D.L.H.; NEWMAN, S.P. What do coronary artery disease patients think about their treatments? An assessment of patients' treatment representations. **Journal of Health Psychology**, v. 13, n.3, p. 311-322, 2008.

HIRANI, S.P.; PUGSLEY, W.B.; NEWMAN, S.P. Illness representations of coronary artery disease: an empirical examination of the Illness Perception Questionnaire (IPQ) in patients undergoing surgery, angioplasty and medication. **British Journal of Health Psychology**, v. 11, p.199-220, 2006.

JÄRVINEN, O. et al. Improved health-related quality of life after coronary artery bypass grafting is unrelated to use of cardiopulmonary bypass. **World Journal of Surgery**, v. 28, p. 1030-1035, 2004.

JOLY, M. **Introdução à análise da imagem**. 12. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2008.

KIYOHARA, L. Y. et al. Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. **Revista do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, v.59, n. 2, p. 51-56, 2004.

LAVILLE, C.; DIONE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artes Médicas; Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LIMA, M. E. A. T. Análise do discurso e/ou análise de conteúdo. **Psicologia em Revista**, v. 9, n. 13, p. 76-88, 2003.

LOIZOS, P. Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In: BAUER, M.G; GASKELL, G. (Ed.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, p. 137-155.

LOSS, E.; MANTOVANI, M. F.; SOUZA, R. H. S. A percepção do cardiopata frente à cirurgia cardíaca. **Cogitare Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 65-71, 2003.

MAHERIE, K.; BOEING, P.; PINTO, G. C. Pesquisa e intervenção por meio da imagem: o recurso fotográfico no cotidiano de varredores de rua. **Psico**, v. 36, n. 6, p. 213-219, 2005.

MARCONI, M. de A; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1986.

MAURENTE, V. Ver, conhecer e pensar por caminhos fotográficos. In: TITTONI, J. (Org.), **Psicologia e fotografia: experiências em intervenções**. Porto Alegre: Dom Quixote, 2009, p. 46-55.

MAURENTE, V.; TITTONI, J. Imagens como estratégia metodológica em pesquisa: a fotocomposição e outros caminhos possíveis. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 3, 2007.

MCDUGALL, J. **Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MCDUGALL, J. **Em defesa de uma certa anormalidade: teoria e clínica psicanalítica**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

MCDUGALL, J. **Teatros do Eu**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

MELLO FILHO, J. (Org), **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: uma compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, v.9, n. 2, p.191-211, 2003.

NEIVA-SILVA, L. **Expectativas futuras de adolescentes em situação de rua: um estudo autofotográfico**. 2003. 176f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

NEIVA-SILVA, L.; KOLLER, S. H. O uso da fotografia em psicologia. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 237-250, 2002.

NOGUEIRA, C.R.S.R. et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio com e sem circulação extracorpórea. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n.4, p. 238-244, 2008.

NUNES, E. D. Aspectos éticos considerados pelos pesquisadores que usam abordagens qualitativas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 351-360, 2008.

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

OLIVEIRA, M. F. P; LUZ, P. L. O impacto da cirúrgica cardíaca. In: MELLO FILHO, J. (Org), **Psicossomática Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992. p. 253-257.

PERES, R. S. O corpo na psicanálise contemporânea: sobre as concepções psicossomáticas de Pierre Marty e Joyce McDougall. **Psicologia Clínica**, v. 18, n. 1, p. 165-177, 2006.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, D.; DESDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise do discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. **Alea**, v. 7, n. 2, p. 305-322, 2005.

ROMANO, B. W. Aspectos psicológicos e sua importância na cirurgia das coronárias. In: ROMANO, B.W. **Psicologia e cardiologia: encontros possíveis**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.p. 111-144.

ROMANO, B. W. Por que considerar os aspectos psicológicos na cirurgia de revascularização do miocárdio. In: ROMANO, E. W. B. (org) **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. p.55-66.

RUMSFELD, J.S. et al. Predictors of health-related quality of life after coronary bypass surgery. **Annals of Thoracic Surgery**, v.77, p. 1508-1513, 2004.

RUSCHEL, P. P., DAUDT, P. E., SANTOS, M. F. Grupoterapia na redução de complicações pós-operatórias em cirurgia cardíaca. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 2, n. 3, p. 57-60, 2000.

SILVA, W. V.; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.6, p. 673-676, 2005.

SCHRAMM, F. R. A moralidade da prática de pesquisa nas ciências sociais: aspectos epistemológicos e bioéticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 773-784, 2004.

SOUZA, R. H. S.; MANTOVANI, M. F.; LABRONICI, L. M. O vivido pelo cliente em pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 2, 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/403/97>> Acesso em: 26 Set. 2008.

TACCA, F. de. Sapateiro: o retrato da casa. **Revista Studium 10**, 1991. Disponível em: <<http://www.studium.iar.unicamp.br/10/4.html>> Acesso em 22 Jun. 2009.

TACCA, F. de. Imagem fotográfica: aparelho, representação e significação. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 3, p. 9-17, 2005.

TAKIUTI, M. E. et al. Qualidade de vida após revascularização cirúrgica do miocárdio, angioplastia ou tratamento clínico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.88, n.5, p. 537-544, 2007.

TEIXEIRA, L. C. Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. **Latin-american Journal of Fundamental Psychopathology**, v. 6, n. 1, p. 21-42, 2006.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Pró-Reitoria de Pós-Graduação e pesquisa. **Estrutura e apresentação de monografias, dissertações e teses**: MDT. 2. ed. rev. e ampl. Santa Maria: Ed. UFSM, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Projeto político pedagógico do Programa de Pós-graduação em Psicologia.** Disponível em: <<http://w3.ufsm.br/ppgp/apcn.pdf>>. Acesso em 15 fev. 2011.

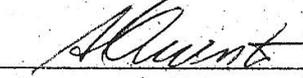
VICENTE, L. B. Psicanálise e psicossomática: uma revisão. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v. 7, n. 2, 257-267, 2005.

ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ANEXOS

Anexo A

Folha de registro no Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA DIREÇÃO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
Protocolo de Registro, Acompanhamento de Projetos e Autorização Institucional	
Nº Inscrição DEPE: <u>077/2009</u> Data: <u>30/07/2009</u>	
Responsável: <u>ALBERTO MANUEL QUINTANA</u> Função: <u>COORDENADOR</u>	
CPF: <u>414806780/15</u> SIAPE: <u>379606</u> Telefone: <u>3220 9233</u>	
Unidade/Curso: <u>DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA</u>	
Título: <u>MANIFESTOS DO CORAÇÃO: SIGNIFICAÇÕES DA CIRURGIA CARDÍACA PARA PACIENTES PRÉ E PÓS - CIRÚRGICOS</u>	
<input type="checkbox"/> Ensino <input checked="" type="checkbox"/> Pesquisa <input type="checkbox"/> Extensão <input type="checkbox"/> Prospetivo <input type="checkbox"/> Retrospectivo	
Declaro ter conhecimento das resoluções nº 196/96 e nº 251/97 do Conselho Nacional de Saúde e que este projeto não está em desacordo com nenhum dos itens destas resoluções.	
 _____ Coordenador do Projeto Prof. Dr. Alberto M. Quintana Chefe do Departamento de Psicologia CCSH/UFSM	
Setores Envolvidos	Aprovação do Responsável
<u>Serviço de Cardiologia</u>	<u>Dr. Jones Oliveira de Moraes</u> CARDIOLOGISTA CREMERS 18855
<u>Programa Residência</u>	<u>Prof. Dr. Sérgio Nunes Pereira</u> MÉDICO CLÍNICO - HUSM - UF.M. CREMERS 18855
<u>Relatório de U.F.M.</u>	<u>Dr. Jones Oliveira de Moraes</u> CARDIOLOGISTA CREMERS 18855
<u>Departamento de Psicologia</u>	<u>Prof. Dr. Sérgio Nunes Pereira</u> MÉDICO CLÍNICO - HUSM - UF.M. CREMERS 18855
Parecer - DEPE	<u>Autorizado</u>
<u>Prof.ª Dr.ª Maria Saleti Lock Vogt</u> Fisioterapeuta - CREFITO n.º 2615-F Vice-Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão UFSM	<u>Autorizado</u>
<input type="checkbox"/> Concluído <input checked="" type="checkbox"/> Desistiu	Data: <u>3/8/9</u>
<input type="checkbox"/> Tema Livre <input type="checkbox"/> Publicado <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Internacional	
O presente registro não contempla alocação de recursos porventura solicitados.	

Anexo B

Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Manifestos do coração: Significações da cirurgia cardíaca para pacientes pré e pós-cirúrgicos.

Número do processo: 23081.010101/2009-88

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0174.0.243.000-09

Pesquisador Responsável: Alberto Manuel Quintana

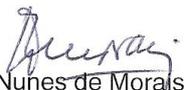
Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Dezembro/2009 - **Relatório final**

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 24/09/2009

Santa Maria, 24 de Setembro de 2009.


Edson Nunes de Moraes
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

APÊNDICE

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Estamos realizando uma pesquisa intitulada “Manifestos do coração: significados da cirurgia cardíaca para pacientes pré e pós-cirúrgicos”. Tal pesquisa procura compreender os significados que pacientes pré e pós-cirúrgicos cardíacos atribuem a suas vivências atuais. Para isso, solicitamos a sua colaboração voluntária na realização de entrevistas.

Após a realização de uma primeira entrevista, você será convidado a utilizar uma máquina fotográfica analógica com filme de 12 poses para buscar retratar elementos que remetam aos seus sentimentos e percepções diante da experiência de cirurgia. Essa máquina pertence ao pesquisador, que será encarregado de revelar o filme e manter as imagens em sua posse para os fins da pesquisa. Caso aceite participar deste segundo momento, você será convidado para uma outra entrevista, que versará sobre as imagens.

Os riscos provenientes da situação de pesquisa não são maiores ou distintos dos que os advindos de uma conversa informal. No entanto, você poderá sentir-se desconfortável ao lembrar de algumas situações de sua vida e falar sobre elas. A participação não lhe trará benefício direto, mas contribuirá para os estudos referentes ao processo de cirurgia cardíaca, de modo a suscitar reflexões sobre esse período tão complexo. Se houver no momento da pesquisa algum fator que lhe provoque angústia, os pesquisadores poderão sugerir a busca por um serviço de apoio para que você possa conversar, visando minimizar o foco de sofrimento.

Para melhor registro dos dados, as entrevistas poderão ser gravadas, se isso for de sua concordância. Salientamos que será mantido o seu anonimato, ou seja, os dados que pudessem vir a identificá-lo serão mudados por códigos e todas as fitas serão desgravadas após a transcrição. O anonimato das imagens fotográficas também será garantido através do uso de recursos gráficos. Tais medidas ficam aos cuidados da equipe da pesquisa.

Sempre que achar necessário, você poderá solicitar esclarecimentos sobre aspectos da pesquisa, sendo também possível desistir da participação em qualquer etapa do trabalho, sem que isso venha lhe trazer prejuízos. Salientamos que sua participação não interferirá no tratamento que vem recebendo no hospital.

Shana Hastenpflug Wottrich
Pesquisadora

Alberto Manuel Quintana
Orientador

Eu, _____, RG
N. _____ informo que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, sobre os objetivos, riscos e benefícios, além de ser informado sobre os meus direitos como participante desta pesquisa, da qual aceito participar livre e espontaneamente.

Assinatura do participante

Data: ____/____/2009.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
CEP/UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702 Cidade Universitária - Bairro Camobi - Santa Maria - RS. Tel.: (55)32209362; e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br
Equipe de pesquisa: Coordenador, Prof. Dr. Alberto M. Quintana (Tel:3222-0936; e-mail:albertoq@gmail.com); Psicóloga Shana Hastenpflug Wottrich (Tel: 3025- 7673, e-mail: shana.wottrich@gmail.com).