



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

GILMARA RIBEIRO SANTOS RODRIGUES

**AJUSTAMENTO SOCIAL DE PESSOAS SUBMETIDAS À
REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MIOCÁRDIO:
UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

SALVADOR
2008

GILMARA RIBEIRO SANTOS RODRIGUES

**AJUSTAMENTO SOCIAL DE PESSOAS SUBMETIDAS À
REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MIOCÁRDIO:
UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Enêde Andrade da Cruz

SALVADOR
2008

R696 Rodrigues, Gilmara Ribeiro Santos.
Ajustamento social de pessoas submetidas à revascularização cirúrgica do
miocárdio: um estudo das representações sociais / Gilmara Ribeiro Santos
Rodrigues. - Salvador, 2008
129 f. : il. + apêndices e anexos

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da
Universidade Federal da Bahia - Salvador, 2008

Orientação: Prof^a Dr^a Enêde Andrade da Cruz

1. Cirurgia Cardiológica. 2. Pós operatório – promoção da vida. 3.
Revascularização do miocárdio. 4. Representações sociais. I. Cruz, Enêde
Andrade. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título

CDU:612.17:617

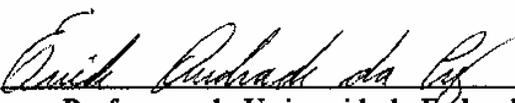
GILMARA RIBEIRO SANTOS RODRIGUES

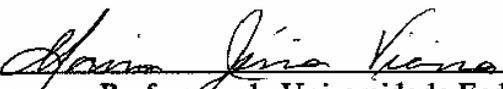
**AJUSTAMENTO SOCIAL DOS INDIVÍDUOS REVASCULARIZADOS
DO MIOCÁRDIO:
UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Aprovada em 28 de Fevereiro de 2008

BANCA EXAMINADORA

Enêde Andrade da Cruz 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Jésia Vieira 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal de Sergipe

Fernanda Carneiro Mussi 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Mirian Santos Paiva 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

*A **Deus**, por estar sempre trilhando os meus caminhos
e suavizando as minhas trajetórias nessa vida.*

*A meus **pais**, minha **madrinha** e **irmãos**, por sempre
apoiar e me fortalecer em minhas decisões.*

*A meu esposo **Amauri** e meus filhos **Guilherme** e
Sabrina, pela alegria de fazer parte da minha vida e
pela compreensão pela minha ausência, necessária ao
meu crescimento profissional.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter permitido que um sonho se tornasse realidade.

A minha mãe Jandira, da qual herdei o gosto pelo ensino, pelo carinho, amor, dedicação e por ser uma eterna mãezona.

A meu pai Gilberto, por ter enchido de risos e alegrias essa minha trajetória.

A minha madrinha Zuleica, segunda mãe que, com seu jeito doce, sempre se faz presente na minha vida.

A meu esposo Amauri, pela compreensão, amor e carinho e por sempre ter estimulado para que eu transformasse esse sonho em realidade.

Aos meus filhos Guigui e Sassá, razões do meu viver, que nesses dois anos suportaram minha ausência psíquica e muitas vezes física, com um sorriso e a saudade no olhar.

A minha irmã Simone, que sempre foi amiga, companheira, cúmplice e mãe de meus filhos, dando a eles e a mim todo o amor do mundo. E minha comadre, prima-irmã Isa, pela solidariedade e amizade.

A meu irmão Márcio, que mesmo não estando diretamente ligado a este processo, é minha alma gêmea.

Em especial, a minha orientadora Prof^a Dr^a Enêde Andrade da Cruz, tia Enedinha, por sua paciência, carinho, palavras de conforto, estímulos e exemplo como pessoa e conhecedora das representações sociais, sem a qual não seria possível e prazerosa a construção desta jornada.

À professora Dr^a Maria Jésia, pelas valiosas contribuições para meu caminhar nas representações sociais e para este estudo.

À professora Dr^a Mirian Paiva, pelo grande coração e se fazer presente nas horas de alegrias e principalmente nas horas difíceis, sendo difícil expressar com palavras a minha eterna gratidão e admiração.

À professora Dr^a Fernanda Mussi, que antes mesmo de contribuir para meu crescimento como pesquisadora, inspirou-me com seus estudos na área de cardiologia.

À professora Dr^a Enilda Rosendo, pelas palavras carinhosas e orientações.

A todas as professoras da pós-graduação da Escola de Enfermagem da UFBA, por compartilhar em diversos momentos grandes conhecimentos e experiências.

A meu sobrinho Ian, por ter sido o primeiro, antes mesmo do resultado da seleção, a apostar em mim ao dizer: — Tia, eu tenho certeza que você vai conseguir.

Aos meus sobrinhos Leonardo e, especialmente, Gustavo, por encher minha vida de sorriso.

A Isabel, por ter se tornado minha mãe e avó de meus filhos, preenchendo minha ausência com carinho e amor.

À amiga Cláudia Pires, por ter participado desta jornada e ter se feito presente em todos os momentos, desde o início, quando sugeriu o tema e torceu por mim até mesmo nos sonhos.

Às amigas Aldacy e Márcia Carneiro e ao amigo Enilson, por estarem sempre na torcida e por fazerem de nossa profissão uma enfermagem melhor.

Às amigas Ana Cristina, Olga Maria e Manuela, pela amizade, apoio e carinho nesses longos anos.

A amiga Mary Gomes, por sempre me proporcionar as grandes oportunidades de crescimento profissional e um companheirismo salutar.

Às novas amigas-irmãs Geovana Raimunda e Ana Flávia, por estarem comigo lado a lado nesses dois anos.

Às colegas do doutorado Kátia Veiga e Marizete, pelo apoio e contribuição no aprendizado.

Às eternas amigas Glícia e Evanilda, às quais dedico esta dissertação, pois sem elas talvez este sonho não tivesse se concretizado.

Ao Hospital Santa Isabel, por ter permitido a realização desta pesquisa, tão importante para mim.

À enfermeira Joilda, à técnica de enfermagem Ana Maria e a Dr. Belmiro, pelo ótimo acolhimento e auxílio na construção deste trabalho.

À enfermeira Maria Aldemira, da divisão de enfermagem, por contribuir no final deste processo com o tempo e a tranquilidade necessários para o curso de mestrado.

Aos colegas Taíze Muritiba, Nilton, Zelma, Rivaldina, Walquiria e Norma que em momentos diferentes me apoiaram e proporcionaram condições para que eu finalizasse esta trajetória.

A Carol, Eliene e Dilma, pela amizade, disponibilidade e palavras de conforto nos momentos mais difíceis.

As colegas da UTI, Anarilda, Laudi, Cláudia Cris, Márcia Harada, Aida e Luciana, pelo apoio e pela oportunidade de trabalharmos juntas.

Aos técnicos de enfermagem da UTI, Joseny, Uosnei, D. Heleninha, Itailza, Lívia, Etanilda, Vânia, Elionete, Edilivia, Sérgio, Andréia, Paulo, Eloísa, Tanízia, Jaciana, Gleice,

Reneide, Cristiane, Renilda, Paula, Ednélia, Edmary, Lindinalva, Adriana, Bárbara, Aduino e Joselita, por terem feito parte da mesma equipe de trabalho e por me fazer acreditar que a saúde de nossa clientela está sob os cuidados de excelentes profissionais.

Às colegas da disciplina Processo do Cuidar, da Uneb, na pessoa da coordenadora de enfermagem Ângela Góes e a amiga Lucimeire, pela compreensão no período de construção deste trabalho.

Aos secretários da pós-graduação da UFBA, Ana Cláudia e Ivan, pela disponibilidade e apoio nas horas necessárias.

A Maria José Bacelar Guimarães, pela atenção e grande colaboração na correção precisa deste trabalho, em tempo muito reduzido.

Aos usuários do ambulatório de cardiologia que contribuíram para esta pesquisa.

A única função de um enfermeiro é ajudar o indivíduo são ou enfermo, na realização daquelas atividades, que contribuem para a sua saúde, sua recuperação ou uma morte calma, que este realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade e o conhecimento necessário. E fazer isso de uma forma que ele adquira a independência tão rapidamente quanto possível.

Virgínia Handerson (1989, p. 6)

RODRIGUES, Gilmara Ribeiro Santos. **Ajustamento social de pessoas submetidas à revascularização do miocárdio: um estudo das representações sociais**. 2008. 129 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

RESUMO

A Teoria das Representações Sociais (TRS) permite o estudo dos fenômenos de grupos sociais, por meio da descoberta do modo como os indivíduos e grupos estabelecem um mundo estável, a partir da diversidade de atitudes individuais e de fenômenos que contribuem para a construção de um determinado conhecimento prático compartilhado por um grupo de pertença. Esta pesquisa tem o seguinte objetivo: analisar as representações sociais sobre o ajustamento social elaboradas pelos indivíduos submetidos à revascularização do miocárdio. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, objetivando analisar as representações sobre ajustamento social elaboradas pelos indivíduos submetidos à revascularização do miocárdio. O campo de pesquisa foi um ambulatório de isquemia de um hospital de grande porte, de administração mista, referência em cirurgia cardíaca, da cidade de Salvador - Bahia. Os dados foram coletados através de um instrumento misto de entrevista. Para a análise dos resultados da associação livre de palavras e das entrevistas foram utilizados, respectivamente, o programa informático EVOC e a análise temática de conteúdo, que a partir da frequência de unidades temáticas permitiram a análise quantitativa e qualitativa. Os resultados evidenciaram que a estrutura da representação do ajustamento social dos entrevistados tem como elemento central a Saúde, associada à necessidade de mudança de vida para o retorno ao cotidiano e as dores da recuperação pós-cirúrgica. Os elementos periféricos referem-se à gratidão a Deus para superação dos momentos difíceis do ajustamento social, que embora possam dar sustentação ao núcleo central, expectativa de uma vida saudável, estão associados a aspectos negativos, como a impotência, a tristeza e a necessidade de repouso. As representações sociais referentes às funções de saber e orientação para o ajustamento social estão relacionadas à compreensão e explicação da diversidade de concepções sobre esse ajustamento, decorrentes dos requisitos pessoais necessários e do conhecimento adquirido, destacados em cinco categorias e dezesseis subcategorias. Os resultados assinalam indicadores essenciais para avaliar o processo de ajustamento, implementar uma assistência considerando a individualidade de cada pessoa e a necessidade de mudança de hábitos de vida, no sentido de promover o ajustamento social e a saúde dessas pessoas e de seus familiares para melhoria de sua qualidade de vida. Poderão também influenciar na reflexão dos profissionais de saúde sobre as próprias concepções do ajustamento social.

Palavras-chave: Ajustamento social. Revascularização do miocárdio. Representações Sociais.

RODRIGUES, Gilmara Ribeiro Santos. **Social adjustment of people submitted to myocardial revascularization: a study of social representations.** 2008. 129 f. Dissertation (Masters in Nursing) – Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2008.

ABSTRACT

The Theory of Social Representations (TSR) permits the study of the phenomena of social groups, by means of the discovery of the means in which individuals and groups establish a stable world, as of the diversity of individual attitudes and of phenomena that contribute towards the construction of a determined practical knowledge partaken by the group in which the person belongs. This research has the following purpose: to analyze the social representations about the social adjustment developed by individuals submitted to myocardial revascularization. The field of the research was an ischemia clinic in a large hospital, of mixed administration, a reference in cardiac surgery in the city of Salvador - Bahia. The data was collected through a mixed instrument of interviews. For the analysis of the results of free association of words and the interviews, the computer program EVOC and thematic analysis of content were used, respectively, which from the frequency of the thematic units permitted a quantitative and qualitative analysis. The results evidenced that the structure representing the social adjustments of the people interviewed has Health as its central element, associated to the necessity of a change in order to return to the everyday life and the pain of post-surgery recovery. The peripheral elements refer to gratitude towards God for overcoming the difficult moments of social adjustment, which although may offer sustentation to the central nucleus, the expectation of a healthy life, are associated to negative aspects, such as impotence, sadness and the necessity to rest. Social representations relating to the functions of knowledge and guidance for the social adjustment are related to understanding and the explication of the diversity of conception about this adjustment, due to personal requirements and of acquired knowledge, evidenced in five categories and sixteen subcategories. The results mark essential indicators to evaluate the adjustment process, implement assistance considering the individuality of each person and the necessity of changing life habits, in the sense of promoting the social adjustment and the health of these people and of their families to improve their quality of life. It could also influence through the reflection of health professionals about their own conceptions on social adjustment.

Key words: Social Adjustment. Myocardial revascularization. Social Representations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

DIAGRAMAS

1 – Categoria central, segundo o significado das palavras	61
2 – Categoria periférica, segundo significado das palavras	64
3 – Concepção do ajustamento social segundo informantes - Salvador-Bahia, 2007	69
4 – Requisitos Necessários ao Ajustamento Social segundo informantes - Salvador-Bahia, 2007	76
5 – Reconhecimento do Atendimento para a recuperação e o ajustamento social segundo informantes, Salvador-Bahia, 2007	82
6 – Fatores que dificultam o ajustamento social segundo informantes - Salvador-Bahia, 2007	86
7 – Aspectos psicossociais do ajustamento social segundo informantes - Salvador-Bahia, 2007	93
8 – Síntese da RS do ajustamento social, segundo os indivíduos revascularizados do miocárdio – Salvador, Bahia, 2007	99

ESQUEMAS

1 – Plano de Análise	52
2 – Síntese da Análise das Subcategorias da Categoria I – Concepção do Ajustamento ...	75
3 – Síntese da Análise das Subcategorias da Categoria II - Requisitos Necessários ao Ajustamento Social (RNAS)	81
4 – Síntese das Subcategorias da Categoria III - Reconhecimento do Atendimento para a Recuperação e o Ajustamento Social (RARAS)	85
5 – Síntese das Subcategorias da Categoria IV - Fatores que Dificultam o Ajustamento Social (FDAS)	92
6 – Síntese da Categoria V - Aspectos Psicossociais do Ajustamento Social (APAS)	98

FIGURAS

1 - Modelo de análise das evocações por meio do quadro de quatro casas. Ordens Médias Ponderada de Evocação	48
---	----

QUADROS

1 – Síntese dos resultados do teste de associação livre de palavras e expressões na concepção dos indivíduos revascularizados do miocárdio sobre ajustamento social – Salvador, Bahia, 2007	59
2 – Visualização do Núcleo Central sobre o Ajustamento Social de Indivíduos Revascularizados, Salvador – BA, 2007	60
3 – Distribuição das Categorias e Subcategorias Simbólicas do Ajustamento Social de Indivíduos Submetidos à Revascularização Cirúrgica do Miocárdio – Salvador – BA, 2007	67
4 – Distribuição das Subcategorias Simbólicas conforme representatividade dos sujeitos entrevistados - Salvador – BA, 2007	68

LISTA DE TABELAS

1 – Distribuição da Faixa Etária segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007	53
2 – Distribuição do Tempo de Cirurgia segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007	54
3 - Distribuição do Sexo segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007	54
4 - Distribuição da Escolaridade segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007	55
5 - Distribuição da Renda Familiar segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007	56
6 – Distribuição do Estado Civil segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007	57
7 – Distribuição da Função Familiar segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007	57
8 – Distribuição das Atividades de Lazer segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007	58
9 – Distribuição da Atividade Social segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007	58

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APAS – Aspectos Psicossociais do Ajustamento Social
APASre – Religiosidade
APASsr – Satisfação pela Recuperação
APASsne – Sentimentos Negativos
CAS – Concepções do Ajustamento Social
CASrps – Recuperação da Potência de Ser
CASirm – Incorporação das Restrições Médicas
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DAC – Doença Arterial Coronariana
DCV – Doenças Cardiovasculares
EVOC – *Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations*
FDAS – Fatores que Dificultam o Ajustamento Social
FDASre – Restrições
FDASfo – Falha na Orientação
FDASfar – Falta de Adesão às Recomendações da Equipe de Saúde
GEPASE – Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração do Serviço de Enfermagem
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
OMS – Organização Mundial de Saúde
RARAS – Reconhecimento do Atendimento para a Recuperação e o Ajustamento Social
RARASvp – Valoração da Assistência dos Profissionais
RARASvc – Valoração da Cirurgia
RM – Revascularização do Miocárdio
RNAS – Requisitos Necessários ao Ajustamento Social
RNASerm – Experiência da Revascularização do Miocárdio
RNASsafa – Participação de familiares e amigos
RNASfv – Força de Vontade
RNASaor – Assimilação das Orientações Recebidas
RS – Representações Sociais
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUS – Sistema Único de Saúde

TALP – Teste de Associação Livre de Palavras

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNC – Teoria do Núcleo Central

TNS – Teoria do Núcleo Social

TRS – Teoria das Representações Sociais

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO	24
3	TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL E AJUSTAMENTO SOCIAL	35
4	METODOLOGIA	41
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	53
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	53
5.2	ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO AJUSTAMENTO SOCIAL DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MIOCÁRDIO	59
5.3	IMPORTÂNCIA DO AJUSTAMENTO SOCIAL DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MIOCÁRDIO – CONSTRUÇÃO DO SENSO COMUM	66
5.3.1	Categoria I – Conceção do Ajustamento Social (CAS)	69
5.3.2	Categoria II - Requisitos Necessários ao Ajustamento Social (RPNAS)	76
5.3.3	Categoria III – Reconhecimento do Atendimento para a Recuperação e o Ajustamento Social (RARAS)	82
5.3.4	Categoria IV – Fatores que Dificultam o Ajustamento Social (FDAS)	85
5.3.5	Categoria V – Aspectos Psicossociais do Ajustamento Social (APAS)	92
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
	REFERÊNCIAS	104
	APÊNDICE A - Carta de Anuência	114
	APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados	115
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	116
	APÊNDICE D – Unidades de Análises das Subcategorias	118
	ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Izabel	129

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) representam a maior causa de morbimortalidade no mundo, a despeito do significativo progresso no tratamento dessas afecções por meio de novos medicamentos, das novas técnicas de reperfusão coronariana, do avanço das cirurgias cardíacas e intervenções nos fatores de risco, a exemplo de dislipidemia, tabagismo, obesidade, sedentarismo e hipertensão arterial sistêmica.

No início do século XX, as doenças cardiovasculares contribuía com menos de 10% dos óbitos no mundo; no final deste século, este grupo de doenças foi responsável por, aproximadamente, metade dos óbitos nos países desenvolvidos e 25% nos países em desenvolvimento, como o Brasil (ALMEIDA et al., 2003).

As DCVs, representadas principalmente pelas doenças das artérias coronárias e cerebrovasculares, ocorrem por fatores diversos, que vão desde a constituição genética do indivíduo, hábitos de vida, idade, até a falta de controle precoce dos fatores de risco relacionados aos fenômenos de arteriosclerose (CONTI; ROCHA, 2005).

A alta incidência das doenças cardiovasculares e seu destaque como causa de morbimortalidade exigem da equipe de saúde e da sociedade estratégias para sua prevenção e tratamento. Minimizar os desconfortos causados pela doença e melhorar a recuperação dos indivíduos submetidos à Revascularização do Miocárdio (RM), ajudando no ajustamento a seu meio social, é o tema a ser discutido neste estudo.

As patologias isquêmicas do coração podem levar os indivíduos à hospitalização, sendo necessário, em alguns casos, o tratamento cirúrgico denominado revascularização do miocárdio. A RM, por se tratar de um processo com alta incidência de morbimortalidade, necessita que a equipe de saúde planeje sua assistência desde o diagnóstico inicial até o pós-operatório, visando a um retorno ao cotidiano adequado às condições individuais atuais, à restauração funcional do indivíduo, sua reintegração à família, à comunidade e à sociedade.

Para alguns indivíduos, este pós-operatório compromete algumas de suas necessidades básicas, como o autocuidado, a auto-estima, o controle eficaz do regime terapêutico, dentre outros. Este comprometimento gera alterações cognitivas e sensoriais e altera a tolerância às atividades laborais, à mobilidade física, à mobilização no leito e à sexualidade, que poderão interferir em seu processo de adaptação familiar e profissional (NASCIMENTO, 2005).

O modelo assistencial e unidimensional da intervenção médica nas organizações hospitalares tende a ser fragmentado e geralmente não tem resultados satisfatórios a longo prazo. Isto porque o tratamento cirúrgico pode diminuir temporariamente os danos e, conseqüentemente, a dor, mas na maioria das vezes não auxilia na busca da mudança de estilo de vida após a cirurgia de revascularização do miocárdio, da mesma forma que não necessariamente privilegia uma atuação voltada à mudança nos hábitos e comportamentos de risco (MUSSI, 2003).

De acordo com Sales (2003), devido ao modelo cartesiano, é possível encontrar profissionais de saúde que se limitam a prestar assistência visando apenas aos mecanismos biológicos das várias partes do corpo, sem se preocupar com as relações, inter-relações e acontecimentos da vida cotidiana dos portadores de determinada doença.

Mussi (2003) refere ainda que é comum a intervenção clínico-hospitalar atuar essencialmente no corpo e ser centrada na recuperação do órgão doente e no controle dos efeitos da doença no corpo, sem dar a mesma atenção aos fatores psicossociais, cuja alteração poderia contribuir para a prevenção de agravamento da doença, revelando incoerência com a preocupação de prevenção secundária.

Dessa maneira, pode-se inferir que os indivíduos submetidos à cirurgia de RM não são preparados de forma a restituir suas capacidades para adaptar-se à vida cotidiana após a cirurgia. Apenas recebem orientações restritas de alguns aspectos deste ajustamento. Isto torna necessário o auxílio profissional para ajudá-los no ajustamento social, já que o modelo médico atual, centrado apenas no corpo, reforça a ilusão do senso comum de retorno à vida normal anterior à RM, não reforçando a necessidade de mudança do estilo de vida (MUSSI, 2003).

Ao auxiliar a pessoa revascularizada no retorno ao cotidiano após a cirurgia, a equipe de saúde deve considerar o ajustamento social como uma mudança significativa no estilo de vida, por meio da aquisição de novos conhecimentos e experiências que permitam a interiorização de outras normas e valores eventualmente diferentes daqueles a que estava habituado. Este ajustamento ensina a viver socialmente em conformidade com a condição que passa a deter depois da revascularização do miocárdio, visando à promoção, manutenção e/ou restauração de sua saúde e o desenvolvimento e adaptação de suas funções, de maneira a favorecer o restabelecimento da independência, a preservação da autonomia na sociedade e a adequação à nova condição de vida cotidiana.

O ajustamento social, a comunicação e a educação preventiva em saúde, realizada por uma equipe multidisciplinar, são importantes porque a alta hospitalar é, para a maioria dos indivíduos, o momento de satisfação por se sentir recuperado, podendo tentar retornar à rotina

anterior à cirurgia que o levou à internação. Desta forma, deixando o hospital pela primeira vez e tentando reviver o cotidiano anterior à cirurgia, o paciente acaba por sofrer retorno da doença e nova hospitalização (MUSSEI, 2003).

Entende-se que os primeiros passos para estabelecer ações e estratégias que auxiliem no ajustamento social envolvem qualificação e comprometimento em todas as esferas do assistir, inclusive nas ações dos cuidados relacionados à alta hospitalar e à assistência comunitária. Assim, para o ajustamento social dos indivíduos revascularizados, deve existir a preocupação com a saúde no campo educativo, priorizando a promoção e prevenção da saúde, buscando o controle e a redução da proporção dos diversos fatores de risco cardiovascular, por meio da mudança de estilo de vida.

Esta mudança de estilo de vida é o grande desafio para o sucesso do ajustamento social, que implica em considerar a representação de cada indivíduo, sua história de vida, suas crenças, seus costumes e perspectivas sobre a doença, a terapêutica, a recuperação e o retorno ao cotidiano (MUSSEI, 2004).

Neste sentido, as Representações Sociais (RS) constituem-se em fator para o ajustamento social diretamente relacionado a seu sucesso ou insucesso, visto que é comum a cirurgia cardíaca gerar insegurança, ansiedade, medo de seqüela, dúvidas, sentimento de perda, de fracasso existencial e a sensação de estar chegando à finitude (NASCIMENTO, 2005).

Na maioria das vezes, o que a enfermeira pode vivenciar no dia-a-dia é a inexistência de um planejamento sistemático de alta hospitalar, e que o cuidado após essa alta é atribuído à família, que não tem treinamento e suporte adequados, dificultando o processo de ajustamento social do indivíduo submetido à RM. Aguillar (1990) pontua que o paciente cirúrgico e sua família têm assumido a responsabilidade de seu cuidado após a alta hospitalar, não estando devidamente preparados para assumi-la.

As orientações para a alta hospitalar que enfocam o ajustamento social dos indivíduos submetidos à RM ainda são incipientes e desenvolvidas por iniciativas isoladas de profissionais ou de algumas organizações, não sendo realizadas como exigências da maioria das organizações para cumprimento obrigatório das etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Este fato é destacado por Dantas, Aguillar e Barbeira (2001), quando afirmam a inexistência de uma proposta formal para o acompanhamento multidisciplinar, visando ao ajustamento social dos indivíduos atendidos pela organização.

As teorias administrativas expostas pelas mais variadas escolas é um exemplo claro da busca por uma melhor inserção do indivíduo na organização, considerando as pessoas como seres humanos, com personalidades próprias, diferentes entre si, com histórias pessoais e

particulares. Contudo os gestores e profissionais de saúde das organizações hospitalares nem sempre consideram como suas responsabilidades e parte do tratamento o acompanhamento e o suporte assistencial após a alta hospitalar, atribuindo apenas ao paciente a responsabilidade por seu sucesso ou fracasso no controle da doença (LEOPARDI, 2006).

É sabido que a orientação e o apoio emocional ao indivíduo durante a hospitalização e no momento da alta hospitalar influem no ajustamento social a médio e a longo prazo. Assim, a prática educativa é uma atribuição da enfermeira, especificamente no que se refere às medidas de promoção da saúde e prevenção de possíveis complicações. Estas devem estar centradas na educação para a saúde, que, de acordo com Mussi (2004), requer profissionais de saúde que conheçam a população que estão assistindo, para que possam levar em consideração suas especificidades e limitações nas estratégias de educação à saúde, visando à adesão ao tratamento e ao reconhecimento da necessidade um novo estilo de viver.

No ajustamento social, os mecanismos de adaptação dos indivíduos são diferenciados, a depender da cultura, da patologia, da raça, da idade e de vários outros fatores. Segundo Leite e Faro (2005), as capacidades do indivíduo para engajar-se no autocuidado para o ajustamento social acham-se condicionadas pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sociocultural, condições de saúde e recursos disponíveis.

Nesse contexto, deve ser focado principalmente o cuidar, o autocuidado e o controle relacionado à autonomia da pessoa, à realização de exercícios, ao controle da alimentação e uso de medicação para a modificação de estilos de vida que contribuem para a manutenção ou progressão da doença arterial coronariana, promovendo uma adequação do indivíduo à vida cotidiana após a alta hospitalar.

Na alta hospitalar, na perspectiva de uma compreensão holística, a despeito da assistência no processo de saúde-doença ser realizada por uma equipe multidisciplinar, a responsabilidade do ajustamento social é atribuída principalmente à equipe de assistentes sociais, estando outros profissionais, como enfermeiras, médicos e nutricionistas, distanciados do retorno da pessoa revascularizada a seu cotidiano.

A equipe multidisciplinar deve ser composta, no mínimo, por um médico (preferencialmente cardiologista), uma enfermeira, um fisioterapeuta, um nutricionista e um psicólogo, podendo ainda englobar outros profissionais, como assistente social e terapeuta ocupacional. Esta equipe que auxilia o indivíduo a reintegrar-se ao cotidiano deve reconhecer a magnitude da abrangência deste processo como essencialmente dinâmica, multi e interdisciplinar, fazendo interface com várias ciências, como a Enfermagem, a Medicina, a

Fisioterapia, a Educação Física e o Esporte, a Terapia Ocupacional, a Geriatria e Gerontologia, a Psicologia, entre outras (FARO, 2006).

Para Sisto e Pacheco (2002), podem existir dificuldades de ajustamento ao cotidiano em função das restrições das atividades física, sexual, alimentar e social causadas pela cirurgia, que alteram a atuação interpessoal e social do indivíduo como membro da sociedade. Neste contexto, os programas de ajustamento social podem melhorar a autoconfiança, a autoestima, estimular mudanças de comportamentos de risco e diminuir o número de reinternações hospitalares.

Diante do exposto, o cuidado de enfermagem deve ser norteado de forma singular, implementando o cuidado individualizado, com o intuito de facilitar o ajustamento do indivíduo na sociedade, uma vez que, reinserido no cotidiano, apresenta sentimentos positivos acerca de si mesmo, considerando-se competente em relação à vida e mantendo uma relação harmoniosa com seus pares. Nesse momento, a enfermeira deve atuar ajudando o indivíduo a reaver sua autonomia, privilegiando orientações voltadas para mudanças do estilo de vida (MUSSI, 2003).

Para Liddel (2002), os membros da equipe de saúde, reconhecendo os aspectos comuns entre todas as pessoas revascularizadas e a singularidade de cada indivíduo, trabalham com a pessoa, auxiliando-a a mover-se da dependência até a independência satisfatória, considerando as restrições alimentares e laborais e as atividades físicas, dentre outras, que podem se transformar em sentimentos de rejeição e incapacidade de readaptação às novas rotinas e mudança de estilo de vida após a cirurgia. Esta situação potencializa-se pelo fato de a sociedade valorizar o bom desempenho pessoal do ser humano em todos os aspectos: físico, psicológico, econômico e social.

Associado a esse fato, o apoio da sociedade e a interação social desenvolvem no indivíduo um sentimento de valorização por pertencer a um grupo e sentir-se aceito e estimado, capaz de desenvolver relações afetivas de identificação, de reconhecimento e de valoração social (COBB, 1994 apud CORTE, 2006).

Assim, a motivação para desenvolver este estudo surgiu na graduação, quando da participação no grupo de pesquisa intitulado Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração do Serviço de Enfermagem (GEPASE), na qualidade de bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Nessa ocasião foram desenvolvidos projetos e artigos sobre gerenciamento e qualidade da assistência e satisfação do cliente, para posterior avaliação do serviço de saúde. Soma-se a isto minha experiência profissional como enfermeira assistencial em Unidade Coronariana e em Serviços de Terapia Intensiva e,

posteriormente, em supervisão de estágios, como docente. Tive oportunidade de perceber, nas falas dos indivíduos revascularizados, além da satisfação, por se sentirem recuperados, certo temor, insegurança, frustração e uma situação de estresse ao vivenciarem a possibilidade de retornar à vida cotidiana após o procedimento cirúrgico, descobrindo suas novas limitações e medos, inclusive de retorno da doença e de nova internação.

Corroborando esta situação, Gasperi (2005, p.71) afirma:

[...] ao receber alta da unidade coronária as pessoas mesclam sentimentos de medo e euforia. A euforia de ter sobrevivido e de poder estar junto de seus familiares e o medo, pois aquela equipe numerosa e sempre presente da unidade de recuperação agora seria substituída por uma equipe menor.

Ressalta-se ainda a escassez de publicações relacionadas ao ajustamento social, à cirurgia de RM e às concepções e conhecimentos dos indivíduos revascularizados. Diversos trabalhos sobre este tema denotam particular interesse nas modalidades de pacientes psiquiátricos, adolescentes infratores, usuários de drogas e reabilitação físico-motora. Na área de cardiologia, os estudos estão relacionados ao retorno às atividades ocupacionais e à atividade sexual, como os estudos de Bittar (1993) e Dantas, Aguillar e Barbeira (2001).

Desta forma, delimitou-se como objeto de estudo o ajustamento social de indivíduos submetidos à revascularização do miocárdio. Refletindo sobre este objeto, questiona-se: quais as representações sociais elaboradas pelos indivíduos submetidos à revascularização do miocárdio sobre seu ajustamento social?

Estas constatações constituíram-se em desafio e estímulo para o desenvolvimento de uma pesquisa em que fosse possível detectar o processo de construção e aplicação das concepções sobre ajustamento social desses indivíduos, utilizando como subsídio a Teoria das Representações Sociais (TRS) de Moscovici (1978).

Para Blackburn (1997), Ferreira (2003) e Jodelet (2001), a Representação Social é entendida como o ato ou ação de formular ou conceber mentalmente uma idéia ou pensamento sobre algo, com base em uma apreciação ou avaliação, uma vez que as idéias dominantes, em um grupo social ou sociedade, deixam seus traços em todos os que dele fazem parte. Nessa mesma linha, Chinn e Kramer (1995) a entendem como a formulação mental complexa de uma experiência. Deste modo, Representação Social caracteriza-se como a imagem mental, formulação de idéias ou pensamento de um fenômeno descrito por meio de palavras, com base na experiência cotidiana.

As representações sociais são expressas por conceitos voltados para os domínios cognitivo, social, afetivo e simbólico. Assim, a utilização do aporte teórico da Teoria das

Representações Sociais (MOSCOVICI, 1978) para abordar o tema ora estudado decorreu do fato de esta teoria permitir o reconhecimento do papel dos indivíduos e grupos sociais na produção cotidiana de saberes e também a apreensão do conhecimento do senso comum desses grupos sociais, como os indivíduos submetidos à RM.

No caso desta população, Mussi (2003) constatou que as informações relacionadas à mudança de hábitos não necessariamente consideram as motivações para a ação individual que representam riscos para a doença, a origem dos desejos e necessidades da pessoa e os sentidos que atribuem às causas da doença e à própria vida. Deste modo, estudar o ajustamento social com base nas representações sociais de indivíduos submetidos à RM e nos elementos constitutivos da realidade destes pode permitir o entendimento de como esses indivíduos lidam com esta questão.

Para tanto, considera-se as RS fundamentais para apreensão deste objeto de estudo, visto que essas pessoas podem apresentar diferentes pensamentos, atitudes e posturas para ajustar-se à sociedade e serem aceitas por ela. Essas diferenças possibilitam o estabelecimento de propostas relativas à aproximação ou distanciamento das RS para selecionar os aspectos positivos que possam ajudar na construção de uma assistência adequada, atendendo especificidades individuais e dos grupos.

Como ressalta Abric (2000, p.27), “[...] não existe uma realidade objetiva [...] toda realidade é representada [...] reapropriada pelo grupo” que a reconstrói segundo seus valores, os quais são dependentes de sua história e do contexto social e ideológico que o circundam. Assim, os indivíduos submetidos à revascularização do miocárdio têm uma pertença em um grupo patológico/social e suas RS são construídas no contexto de saúde em que se desenvolvem as relações sociais, a visão global e unitária destas representações.

Esta pesquisa tem o seguinte objetivo: analisar as representações sociais sobre o ajustamento social elaboradas pelos indivíduos submetidos à revascularização do miocárdio. Estudar este ajustamento na perspectiva das representações sociais é buscar um olhar diferenciado sobre este objeto, de acordo com o conhecimento do senso comum compartilhado por um grupo de pertença e não apenas com o conhecimento teórico científico.

Para a realização do estudo, utiliza-se a Teoria das Representações Sociais (TRS), considerada adequada para pesquisas individual e social dos processos de saúde/doença e para explicar os processos sociocognitivos relacionados ao ajustamento social de indivíduos submetidos à revascularização cirúrgica do miocárdio. Também será utilizada a Teoria do Núcleo Social (TNS), que permite a visualização da estrutura da RS e a compreensão de sua significação e organização interna. Esses aspectos serão mais bem detalhados no Capítulo 3 desta Dissertação, que expõe a metodologia.

A relevância deste estudo está em possibilitar reflexões sobre as representações sociais de indivíduos submetidos à revascularização do miocárdio sobre seu ajustamento social, com base no conhecimento do senso comum produzido no cotidiano, para que se possa realizar uma assistência adequada, que possibilite mudança de estilo de vida e o retorno ao cotidiano. Espera-se também contribuir para a ampliação do tema estudado, preenchendo lacunas na área do conhecimento investigado e trazer para as discussões acadêmicas este tema, reforçando a importância desta abordagem nas grades curriculares dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem e nos serviços para a melhoria da assistência ao indivíduo revascularizado. Assim, como estimular a reflexão dos profissionais de saúde sobre suas próprias concepções de ajustamento social.

Nesta perspectiva, a pesquisa estrutura-se da seguinte maneira:

No capítulo 1, é feita a contextualização do objeto de estudo, destacando-se o ajustamento social da pessoa após a realização da cirurgia do miocárdio, buscando-se realizar uma abordagem sobre esse processo e levantando-se os aspectos objetivos e subjetivos que favorecem sua concretização.

No capítulo 2, apresenta-se a Teoria das Representações Sociais, buscando-se fazer uma aproximação conceitual desta com a Teoria do Núcleo Central, com destaque inicial para os aspectos teóricos da utilização da TRS na enfermagem e os diversos conceitos dos estudiosos desta teoria, buscando-se mostrar seu caráter social no que se refere à construção do senso comum e enfatizar os processos envolvidos na formação das RS e suas funções.

No capítulo 3, é descrita a metodologia, destacando-se o campo de estudo, a população alvo, a amostra e sujeitos, o instrumento e o procedimento de coleta de dados e as técnicas de análise.

No capítulo 4, são apresentadas a análise e a discussão dos resultados referentes ao ajustamento social, iniciando-se pela descrição das características sociodemográficas dos sujeitos, descrevendo-se em seguida a estrutura das representações sociais do ajustamento, bem como a análise quantitativa e a construção do senso comum do ajustamento social dos indivíduos submetidos à revascularização cirúrgica do miocárdio. As categorias com suas respectivas subcategorias constituem o eixo dessa análise, com destaque para a concepção desses indivíduos sobre seu ajustamento.

Nas considerações finais são enfatizados os resultados que evidenciaram a concepção do ajustamento social dos indivíduos submetidos à cirurgia do miocárdio, destacando-se a importância da apreensão e incorporação do conhecimento cotidiano do senso comum nas práticas dos profissionais da área da saúde.

2 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

As Doenças Cardiovasculares (DCVs) constituem as principais causas de morbimortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, devido à transição demográfica e epidemiológica caracterizada pela redução nas taxas de mortalidade por doenças infecciosas, aumento de expectativa de vida e mudanças no estilo de vida, associadas à urbanização (PALMEIRA, 2004).

Dados apresentados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) referem que do total de óbitos em 2001, 27,4% foram causados por doenças do aparelho circulatório e desses 22,8% foram causados por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). As doenças do aparelho circulatório encabeçam a lista de doenças que mais causam mortalidade; o IAM apresenta-se em segundo lugar nesta lista, ficando em primeiro lugar as doenças cerebrovasculares, que representam 32,8% das doenças do aparelho circulatório.

De acordo com projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2020, os países em desenvolvimento alcançarão o dobro de casos de doenças cardiovasculares existentes em 1990, podendo sobrevir uma epidemia de doenças cardiovasculares no mundo, com maior impacto nas classes sociais menos favorecidas (WHO, 2006). No Brasil, as DCVs são responsáveis por 27,4% de óbitos, com tendência crescente na incidência e prevalência, paralelamente ao aumento da sobrevida da população (BRASIL, 2002).

As doenças cardiovasculares vêm se tornando causa de elevados custos socioeconômicos, principalmente pelo caráter crônico e incapacitante e por suas características de abrangência populacional, transformando-se em alvo de interesse de pesquisadores e gestores das políticas de saúde (BRASIL, 2002).

A Doença Arterial Coronariana (DAC), dentre as doenças cardiovasculares, é uma patologia crônica que pode interferir na qualidade de vida das pessoas devido à deficiência de fluxo sanguíneo para o miocárdio: “A placa de ateroma pode provocar um estreitamento crítico da luz da artéria coronária, resultando em uma diminuição no fluxo sanguíneo coronariano e no suprimento inadequado de oxigênio para o músculo cardíaco.” (NETTINA, 2003, p. 346).

As formas de intervenção no desenvolvimento da DAC variam desde sua prevenção, com a mudança no estilo de vida, até seu tratamento, que pode ser realizado por meio de medicamentos, procedimentos invasivos e também mudanças no estilo de vida (GASPERI, 2005).

O tratamento cirúrgico denominado Revascularização do Miocárdio (RM) consiste na implantação de um enxerto de ponte na artéria coronariana com o intuito de normalizar o fluxo sanguíneo no miocárdio. A RM é indicada para indivíduos com angina não controlada por tratamentos médicos, angina instável, teste de tolerância a exercícios positivos, lesões não tratadas pela angioplastia coronária, lesão de mais de 60% na artéria coronária principal esquerda, e indivíduos portadores de complicações decorrentes de angioplastia mal sucedida (LIDDEL, 2002).

Diversos autores, entre eles Vargas, Dantas e Góis (2005), referem que a cirurgia de RM é uma das mais comumente realizadas. Como outras formas de tratamento da DAC, esta cirurgia não é curativa e deve ser acompanhada por outras medidas terapêuticas, como o uso de medicamentos e mudanças do estilo de vida — com modificações nos padrões alimentares e nos hábitos, como o tabagismo e o sedentarismo —, visando ao controle da progressão da doença.

Nesse sentido, faz-se necessário investir na prevenção, ou seja, atuar antecipadamente, para impedir situações e desfechos indesejáveis. Os níveis de prevenção podem ser: primário, quando atua na prevenção da ocorrência; secundário, voltado para o tratamento da doença já instalada, para evitar a evolução e complicações; e terciário, quando engloba ações voltadas para a limitação do dano, para a reabilitação do indivíduo após a cura da doença e para o ajustamento a uma nova vida.

Na perspectiva médica, a prevenção terciária está diretamente relacionada aos programas de reabilitação cardíaca, desenvolvidos com o propósito de auxiliar os usuários a retomar suas atividades diárias habituais. Tem início com a mobilização precoce e a deambulação, em casos de hospitalização prolongada, contribuindo para a diminuição da ansiedade e depressão e o aumento da capacidade funcional no momento da alta hospitalar, pois esses indivíduos, geralmente, apresentam um baixo condicionamento físico, limitando-se a retomar suas atividades familiares, sociais e profissionais (SBC, 2005). A prevenção terciária visa também promover a autonomia e a responsabilidade do indivíduo por sua recuperação (SILVA, 2006).

Os programas de reabilitação cardíaca, além de indicados para os indivíduos que foram submetidos à RM, sujeitos deste estudo, são recomendados para pessoas que sofreram infarto agudo do miocárdio, angina estável ou isquemia cardíaca crônica, caso a sintomatologia seja limitada e esteja controlada.

Os objetivos gerais da reabilitação cardíaca, por meio de intervenções centradas nas necessidades da pessoa, englobam a recuperação do indivíduo, a prevenção das incapacidades resultantes da disfunção cardíaca, a prevenção de episódios cardiovasculares subseqüentes, as

hospitalizações ou óbito por causas cardíacas (GIANNUZZI et al., 2003). Seus objetivos específicos incluem a estratificação do risco da doença cardíaca básica, a limitação de possíveis conseqüências psicológicas e emocionais adversas da doença, o alívio dos sintomas e a melhora da função cardíaca, a orientação e o apoio aos indivíduos e seus familiares, a supervisão nutricional e o treinamento físico (LION; CRUZ; ALBANESI, 1997).

Para Pitanga e Simão (2001 apud FARO, 2006), três são as categorias da reabilitação: a primeira compreende o reintegrar à vida diária, chamando a atenção para as atividades do cotidiano e o autocuidado; a segunda refere-se ao ajudar a conviver socialmente; e a terceira envolve o ajudar a conviver em família, permitindo ao indivíduo viver com dependência mínima, tornar-se um ser humano capaz e produtivo.

Silva (2006) divide a reabilitação cardíaca em três fases: fase de internamento, fase ambulatorial e fase de manutenção.

- a fase de internamento visa a reduzir o número de dias de internamento hospitalar e deverá ser realizada individualmente e/ou em grupos. Deve ser iniciada na admissão do usuário, com o intuito de prevenir a ocorrência de complicações respiratórias, reduzir a ansiedade do indivíduo em face de sua condição e patologia, elevar a independência, a confiança e aumentar o condicionamento associado à imobilização, assegurando que a pessoa tenha a funcionalidade requerida ao desempenho de suas atividades diárias;
- a fase ambulatorial inicia-se geralmente nas primeiras semanas (2 a 3 semanas) após alta hospitalar e pode prolongar-se por um período de 6 a 12 semanas. Desenvolve-se geralmente em regime ambulatorial, com supervisão de uma equipe multidisciplinar. Tem como objetivo ajudar o usuário a adquirir o conhecimento e as competências necessárias para a alteração de comportamentos e modificação de estilos de vida e favorecimento de sua capacidade aeróbia e funcional face às limitações impostas pela sua condição (se existentes), de forma a promover sua reinserção na vida ativa e a participação na sociedade. Literaturas mais antigas diferenciam o período ambulatorial em duas fases independentes: período pós-alta imediato e período de exercício;
- a fase de manutenção poderá prolongar-se durante anos ou mesmo por toda a vida do usuário com o objetivo de manutenção em longo prazo das capacidades e comportamentos desenvolvidos na fase ambulatorial; foca-se na auto-regulação do indivíduo e na adoção de comportamentos saudáveis. É realizada de forma autônoma pelo usuário, sem supervisão ou com supervisão mínima, no entanto deve ser avaliado periodicamente pela equipe de reabilitação cardíaca.

A reabilitação envolve a utilização de técnicas de exercícios físicos e respiratórios e ações interdisciplinares, como esforço conjunto de todos os profissionais e familiares, dentro e fora das instituições, e deve ter como objetivo comum a melhora e/ou reabilitação das funções diminuídas ou perdidas, para preservar a capacidade de viver de cada indivíduo envolvido na ação do cuidar (FIGUEIREDO, 2005). Após a RM, o paciente está sujeito à depressão enquanto ainda está internado ou após retornar ao lar. Neste sentido, os programas de reabilitação cardíaca têm efeitos significativos na função psicológica, participação social, retorno à atividade profissional e redução dos fatores e comportamentos de risco (DANTAS; AGUILLAR; BARBEIRA, 2001).

Em seu trabalho, Silva (2006) expõe que os benefícios e efeitos preventivos da reabilitação cardíaca incluem a redução da sintomatologia, melhoria na tolerância ao exercício e capacidade funcional, melhoria dos níveis lipídicos do sangue e perfil de risco global, redução do hábito de fumar, melhoria do bem-estar psicossocial e gerenciamento do estresse, atenuação do processo aterosclerótico, redução da taxa de reincidência de hospitalizações e diminuição da morbimortalidade. Em outras palavras, qualidade de vida e mudança de comportamentos de risco.

Para um ajustamento social adequado, além das técnicas de exercícios físicos e respiratórios e das ações multiprofissionais, a educação é utilizada de forma estratégica para promover alterações comportamentais, nomeadamente no estilo de vida e no controle da sintomatologia do indivíduo, visando melhorar a funcionalidade da pessoa, aumentar sua qualidade de vida e diminuir as limitações individuais (SILVA, 2006).

Os indivíduos que foram revascularizados do miocárdio precisam mudar comportamentos (deixar de fumar, controlar o estresse, mudar a dieta alimentar) e assumir novas tarefas (praticar exercícios físicos e usar medicamentos), sendo a auto-estima e a auto-eficácia fatores que influenciam as mudanças de comportamentos e favorecem o ajustamento social com qualidade de vida (VARGAS; DANTAS; GÓIS, 2005). Todavia, podem existir dificuldades no ajustamento social associadas ao medo, à insegurança pelo risco de ser acometido de uma sensação de dor, de novo infarto ou morte súbita, ou simplesmente pelo fato de mudar hábitos de vida (BITTAR, 1993), sendo necessário considerar as estratégias individuais que cada pessoa desenvolve para ajustar-se à nova condição de vida (DANTZER, 1998).

O ajustamento social, nesse contexto, consiste em dar continuidade ao tratamento e reintegrar o indivíduo submetido à RM a sua família, às atividades diárias do cotidiano e à sociedade, considerando suas crenças, interações sociais, seu desempenho e satisfação nos

diversos papéis sociais, reforçando a modificação dos estilos de vida que contribuem para a manutenção ou agravamento da afecção cardíaca e a prevenção e o controle dos fatores de risco cardiovascular (FARO, 2006; GIANNUZZI et al., 2003; PITANGA; SIMÃO, 2001 apud FARO, 2006; SILVA, 2006).

Devem ser adotadas medidas que objetivem readaptar a pessoa submetida à revascularização a um novo estilo de vida para que possa ter uma vida útil e produtiva. Esse processo engloba a prevenção e o controle dos fatores de risco, dietas especiais, reintegração social, educação e terapia ocupacional a esse grupo. Iniciativas do Ministério da Saúde, a exemplo das campanhas públicas de prevenção, enfatizam o controle dos fatores de risco causais e predisponentes e intensificam o combate aos fatores predisponentes (GUIMARÃES, 2002).

É indispensável estabelecer precocemente essas medidas e estratégias para minimizar os problemas e ajustar a pessoa que foi revascularizada a seu ambiente social por meio de um novo perfil de saúde. O ajustamento vai além da recuperação de funções perdidas ou alteradas; deve abordar o indivíduo em constante interação com a sociedade e seu meio ambiente, visando a qualidade de vida (FARO, 2006).

As características da cirurgia cardíaca como recuperação lenta, associada a diversos fatores de risco, possibilidade de complicações, necessidade de revisão periódica, tratamento para toda a vida e modificação de hábitos de vida ocasionam um estigma para essas pessoas, fazem com que se sintam diferentes e discriminadas e contribuem para a negação, para o isolamento social e a não adesão ao tratamento e ao ajustamento social (DAL SASSO, 1994; TORRES, 2005).

Assim, o preparo para o ajustamento social deve ser iniciado no período pré-operatório, por meio da educação e orientação do indivíduo e da família. Desde o diagnóstico clínico e prosseguindo durante toda a internação, deve ser-lhe fornecida assistência integral, de modo a ajudá-lo e a sua família a enfrentar problemas de ordem psicológica, social e de natureza física, facilitando a mudança de hábitos prejudiciais à saúde (GRECO, 2005).

É conhecida a importância da mudança de hábitos de vida para o controle e a prevenção dos fatores de risco cardiovascular, entretanto não se pode perder de vista que a necessidade de mudanças implica em conflitos e resistências que dificultam o ajustamento. Assim, concorda-se com Gasperi (2005), quando ressalta que tratar de uma pessoa portadora de cardiopatia não se resume a fornecer medicação ou bons cuidados de enfermagem. É preciso vê-la como um ser integral, que está passando por um momento único em sua vida e precisa de apoio emocional e orientações, um cuidado integral, que pode e deve ser prestado

por uma equipe multiprofissional, visando à mudança de hábitos prejudiciais, sem valorizar apenas o órgão doente da pessoa (REMEN, 1993).

Hawken et al. (2004) citam o *Interheart*, um grande estudo que avaliou os fatores de risco para a doença cardiovascular no mundo, inclusive no Brasil, demonstrando que nove fatores de risco estão diretamente relacionados à doença coronariana, seis deles de forma prejudicial (perfil lipídico desfavorável, tabagismo, *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, sobrepeso / obesidade abdominal e estresse psicossocial) e os outros três de forma protetora (vegetais e frutas diários, exercício físico e álcool em pequena dose diária). No Brasil foi realizado o estudo AFIRMAR, no qual a principal diferença encontrada em relação ao estudo de caso-controle mundial foi a ordem de importância de alguns fatores de risco (POLANCZYK, 2005).

Outros estudos destacam a prevalência dos fatores de risco, acima de cinquenta anos de idade, relacionada às alterações morfológicas e funcionais das artérias causadas pelo envelhecimento e a evidência de maior risco de evento cardiovascular no sexo masculino do que no sexo feminino, antes da perda do estrogênio na menopausa (AMATO et al., 2004; CONTI; ROCHA, 2005; MEIRA, 2004; STEFFENS, 2003).

Ainda, de acordo com Amato et al. (2004), a elevada mortalidade operatória nas mulheres em relação aos homens, pode estar relacionada à idade avançada na ocasião da cirurgia, a maior número de fatores de risco, sintomatologias e aspectos anatômicos que favorecem a dificuldade técnica durante a cirurgia, com maiores taxas de complicações e mortalidade hospitalar.

Meltzer, Pinneo e Kitchell (2000) referem que um dos principais responsáveis pelo agravamento das doenças cardíacas é a associação negativa entre fatores de risco que estão relacionados ao estilo de vida adotado pelas pessoas. Pellanda et al. (2002) complementam que a ocorrência de cardiopatia isquêmica pode ser o resultado de uma combinação de fatores genéticos, socioeconômicos e ambientais representados pelo estilo de vida durante a fase adulta.

A associação de diversos fatores de risco tem levado estudiosos mundiais a revisarem as diretrizes adotadas até o momento (GOLDMEIER; CASTRO, 2005). De acordo com Guimarães (2002), as várias categorias de fatores de risco são: em primeiro lugar, os fatores condicionantes que contemplam o perfil genético e o estilo de vida associado às questões sócio-culturais, gerando diversos graus de predisposição à aquisição das doenças cardiovasculares; em segundo lugar, os fatores causais relacionados diretamente ao dano cardiovascular, como as dislipidemias, a hipertensão arterial, a intolerância à glicose, a diabetes e o tabagismo; e em

terceiro lugar, os fatores predisponentes facilitadores do aparecimento dos fatores causais (sobrepeso e obesidade, sedentarismo e excessivo estresse psicológico).

Palmeira (2004) define como fatores de risco não modificáveis os aspectos biológicos, genéticos e hereditários não passíveis de modificação, como idade, sexo, história familiar e raça. Como fatores de risco modificáveis, o autor inclui as patologias e os distúrbios metabólicos, tais como a hipertensão arterial, as dislipidemias, as diabetes *mellitus*, a obesidade e as chamadas características comportamentais como sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool, hábitos alimentares, estresse e outros fatores psicossociais. Os fatores de riscos modificáveis e não modificáveis contribuem para o caráter crônico das doenças cardíacas, favorecem as complicações e são considerados os principais responsáveis pela morbimortalidade cardiovascular. Sobre a participação dos fatores psicossociais na doença coronariana, Mussi (2003, p. 89) esclarece:

Muito embora os fatores psicossociais ainda tenham sido considerados como coadjuvantes para o risco da doença coronariana isquêmica, inúmeros estudos prospectivos e experimentais têm demonstrado sua participação decisiva, tanto na patogênese da doença coronariana quanto em sua progressão, após ocorrência de infarto agudo do miocárdio.

Ainda de acordo com Mussi (2003), dentre os fatores psicossociais, a depressão, a ansiedade, a tensão no ambiente de trabalho e a falta de apoio social estão diretamente associadas à maior frequência de eventos coronarianos, o que eleva a probabilidade de RM e maior morbimortalidade. A autora, assim como Santos e Noronha (2001), refere ainda a associação inversamente proporcional entre a doença coronariana e o nível socioeconômico.

Destarte, é necessário modificar os comportamentos relacionados aos fatores de riscos modificáveis, dentre esses os fatores de riscos psicossociais, tais como características de personalidade, depressão, ansiedade, determinadas relações profissionais e sociais, pois estes interferem de forma danosa no organismo (NASCIMENTO, 2005).

Essas constatações ressaltam a importância e a necessidade de uma orientação adequada — desde a internação hospitalar — reforçada no momento da alta, e de ações dos profissionais de saúde que visem ao ajustamento social dos indivíduos revascularizados, ajudando-os a abandonar a ilusão de que será possível assumir vida normal, semelhante a anterior à cirurgia de RM, sem as deficiências anteriores e sem mudanças dos estilos de vida que prejudicam a saúde (ROMANO, 1998).

Coadunando com Mello Filho (1992) e Martins (2004), Nascimento (2005, p.11) comenta, acerca da RM:

[...] apesar dos benefícios que a revascularização do miocárdio traz, o trauma físico e psicológico, a ansiedade e o medo são inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, principalmente, quando se trata do coração que, para muitas pessoas, é considerado o centro das emoções, dos sentimentos e da vida.

Diante desses fatos e de outras prováveis complicações da RM, entende-se que é necessário que a enfermeira possua conhecimento e capacitação em uma variedade de áreas, inclusive na área de reabilitação cardíaca, pois, ainda no ambiente hospitalar, ela deve identificar e acessar todas as pessoas com suspeita de infarto agudo do miocárdio ou que foram submetidas à RM, e oferecer-lhes a escolha da reabilitação cardíaca, detalhando o processo, registrando a história da doença coronariana e orientando sobre mudanças no estilo de vida que favorecerão a boa saúde e o ajustamento social desses indivíduos.

Durante o ajustamento social, a equipe multidisciplinar deve desenvolver uma intervenção multifatorial que envolva avaliação médica, o exercício, o suporte psicológico, a intervenção ao nível comportamental e psicológico e a educação centrada nas necessidades do indivíduo, tendo a enfermeira um papel expressivo junto aos demais profissionais da equipe de saúde ao prestar uma assistência holística e compartilhada (SILVA, 2006). Nesta perspectiva, segundo Madeira (2005, p. 241), com base nas informações que vêm da experiência concreta, “[...] a educação constitui-se como construção social e histórica de saberes, os quais, em sua pluralidade, articulam as diversas culturas às dimensões psicossociais daqueles que as fazem e nelas se fazem”.

A ampliação das atividades da enfermeira na área da educação e da reabilitação cardíaca demonstra a responsabilidade que é inerente a esta profissão, revelando que é essencial sua contribuição para o ajustamento social do indivíduo submetido à RM. A atuação desta profissional no ajustamento social estende-se à posição de co-participante junto aos demais profissionais da área de saúde no plano global de prevenção, tratamento e reabilitação. No passado, o papel mais importante da enfermeira era apenas propiciar cuidados e conforto à medida que desempenhava funções específicas. Com o passar do tempo, entretanto, seu papel foi sendo ampliado e hoje incorpora a educação em saúde, a promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como a preocupação com o indivíduo (FIGUEIREDO, 2005).

De um modo geral, com base em um conceito mais amplo de saúde e em uma avaliação integral, os profissionais de saúde, especialmente a enfermeira, analisam as capacidades e limitações funcionais do indivíduo revascularizado, os fatores de risco aos quais está submetido e elabora, junto com ele, estratégias de prevenção e um plano de intervenção de enfermagem adequado e individualizado, visando estimular mudanças de comportamentos de risco para favorecer seu ajustamento social (SILVA, 2006; MELLO; FIGUEIREDO, 2005).

Com base nos objetivos da reabilitação, a enfermeira deve atuar para ajudar no ajustamento social da pessoa submetida à RM, objetivando possibilitar o apoio emocional necessário para melhor aceitação de sua nova condição e possibilitar a independência social e melhora da qualidade de vida, visto que essas pessoas têm dificuldades para conviver com as mudanças que possam ocorrer em suas vidas após a cirurgia (PIRES; SHAROVSKY; ROMANO, 1994).

Deve também auxiliá-la a se tornar independente, promovendo e incentivando o autocuidado por meio de orientações e treinamento físico, e estimular mudanças de hábitos que favoreçam a evolução ou recidiva da doença arterial coronariana, permitindo o ajustamento à vida social e familiar da melhor maneira possível e com qualidade (LEITE; FARO, 2005).

Gasperi (2005) sugere que é na fase ambulatorial que está inserido o processo de ajustamento social, foco deste trabalho. Assim sendo, durante a consulta, a enfermeira fará a entrevista e o histórico de enfermagem, buscando identificar as rotinas anteriores e as atuais, os problemas atuais e potenciais, principalmente os relacionados às atividades de vida diária, para, juntamente com o indivíduo, traçar os objetivos a serem alcançados no desempenho esperado após a intervenção de enfermagem.

Greco (2005) afirma que para se alcançar uma reabilitação efetiva, faz-se necessário um trabalho individualizado contínuo e interessado da enfermeira, baseado nas necessidades, condições físicas e psíquicas do indivíduo, para implementar um plano de orientações específico.

A enfermeira deve atuar também dando suporte emocional, ao avaliar o estado de ansiedade e/ou presença de depressão e respeitar as diversas estratégias de que o indivíduo se utiliza para enfrentar a difícil situação, dentre essas, as diversas crenças e religiosidade (HUF, 2002), para intervir nos aspectos comportamentais e educacionais. A maioria das pessoas, segundo Souza (2004), são seres religiosos e, sob uma visão holística de religiosidade, busca suporte emocional no que considera divino, vinculado ou não a uma religião específica, para tornar-se mais forte.

A enfermeira, no processo de ajustamento social, deverá ajudar a pessoa que foi revascularizada a se ver como um indivíduo responsável que reconhece em si a necessidade de mudança de atitude frente aos fatores de risco da doença, com autonomia para tomar decisões sobre seu estilo de vida e manutenção do tratamento. Mussi (2003) considera que se os indivíduos puderem conhecer os motivos decorrentes de suas escolhas e conseguirem incorporar a necessidade de mudança como forma de preservação da própria existência, é possível que deixem de se concentrar negativamente nas perdas produzidas pelo evento

coronariano e deixem de insistir em voltar à vida de antes, isto porque apenas informar a necessidade de controle dos fatores de risco da doença coronariana pode não ser suficiente para ajudá-lo a mudar seu modo de viver.

A autora entende que as estratégias somente terão êxito, quando considerarem a perspectiva dos indivíduos sobre o processo de adoecer e de autocuidado, de forma que se conheçam os significados que motivam as ações individuais e coletivas, assim como considerem a maneira como esses indivíduos apropriam-se do conhecimento que circula na sociedade sobre saúde e doença coronariana, bem como as dificuldades que enfrentam para seguir as recomendações terapêuticas. Só deste modo será possível definir a representação como uma visão funcional do mundo.

Na concepção de Abric (2000, p.28), a representação serve como guia de ação para orientar as ações e relações sociais, pois “[...] funciona como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com seu meio físico e social, determinando seus comportamentos e suas práticas”. Assim, as expectativas e percepção desses indivíduos sobre a saúde têm-se mostrado intimamente relacionadas com o retorno ao cotidiano, principalmente ao trabalho, evidenciando o conhecimento insuficiente sobre a doença e as crenças erradas associadas com expectativas negativas e sintomas de mal ajustamento e, portanto, falha em reassumir suas atividades após a cirurgia de RM (BITTAR, 1993).

Diversos autores, dentre eles, Faro (2006), Machado (2005), Romano (1994), Castanha, Coutinho e Saldanha (2005), destacam que o indivíduo e sua família também têm seus papéis preservados junto à equipe de especialistas e este papel, definido em sua expressão clínica e acadêmica, soma esforços, compartilha responsabilidades, conhecimento, reconhece os limites e enfatiza potencialidades e habilidades. É necessário, muitas vezes, alterar as relações familiares e redistribuir os papéis na família.

Assim, para que se possa atingir os objetivos do ajustamento é essencial que a família seja inserida no planejamento e na implementação dos cuidados propostos à pessoa revascularizada, visando o autocuidado e um ajustamento social com qualidade de vida. Segundo Leite e Faro (2005), a família é incorporada à equipe e é reconhecida como um sistema dinâmico que participa como um apoio contínuo, na solução de problemas, aprendendo a realizar cuidados contínuos necessários.

Nascimento (2005) entende que o apoio familiar e da equipe multiprofissional em reabilitar esse indivíduo é fundamental desde o início do tratamento e antes mesmo da cirurgia, pois isso irá facilitar o processo de adaptação e sua reinserção no ambiente familiar, além de seu retorno às atividades laborais o mais breve possível.

Na visão de Campos (2000), a repercussão psicológica da cirurgia no meio familiar e social do indivíduo revascularizado modifica sua relação com todos e consigo mesmo, visto que a doença coronariana é um mal físico que ataca não somente o corpo do ser humano, mas também os aspectos emocionais. Para sua recuperação e retorno à vida cotidiana, mesmo com limitações, faz-se necessário um cuidado efetivo e direcionado.

Visando minimizar essa dificuldade, Leite e Faro (2005) sugerem que é necessário focar na realização das atividades da vida diária para auxiliar o indivíduo a realizá-las da maneira mais independente possível. Para isto, torna-se necessário que a enfermeira, no ajustamento, conheça os hábitos e o estilo de vida do indivíduo no contexto da família e da sociedade.

Conhecendo a concepção dos indivíduos submetidos à RM sobre sua reinserção na sociedade, a enfermeira poderá ajudá-los a se adaptar, iniciando-os nas atividades de vida diária, ensinando-lhes a manterem-se ativos, aceitando suas limitações e ajudando-lhes a alcançar a confiança e a auto-suficiência. Conhecendo as representações dessas pessoas, a enfermeira poderá intervir para a mudança de estilos de vida prejudiciais, considerando as condições reais de cada uma e sua concepção sobre o processo saúde e doença e o ajustamento social, diminuindo as dificuldades a serem enfrentadas para que o ajustamento seja possível.

3 TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL E AJUSTAMENTO SOCIAL

A história das representações da doença é permeada de elementos naturais e sobrenaturais desde a pré-história, que se expressam por meio do sentimento de culpa, medo, castigo, superstição e mistério, o que dá sentido e impregna a cultura, os valores e as crenças da humanidade (SALES, 2003). Segundo o autor, mesmo com o desenvolvimento da medicina, as doenças consideradas estigmatizantes trazem concepções de ordem religiosa, filosófica e cultural, representações que se perpetuam em diversas culturas.

Sendo assim, a TRS, por ser uma teoria complexa e flexível que dá conta de comportar, explicar e entender as diversas situações, adéqua-se perfeitamente ao estudo proposto por preocupar-se com as representações que os indivíduos revascularizados têm em relação a seu ajustamento social. Para esta teoria, as ideologias, os saberes populares e o senso comum relacionam-se à racionalidade e significação da crença coletiva a respeito de um objeto social, com base na visão e percepção do próprio indivíduo.

A TRS, como referencial teórico, visa compreender a realidade cotidiana social em que estão inseridos os indivíduos submetidos à RM, a fim de buscar respostas à questão norteadora do estudo e atingir os objetivos traçados. Por ser genérica e complexa, pode descrever e explicar os fenômenos mais complexos como as experiências dos indivíduos, podendo ainda perdurar por ser elástica, uma vez que se modifica em função da diversidade dos problemas que deve resolver e dos fenômenos novos que deve descrever ou explicar (MOSCOVICI, 1994). Nesse contexto está inserida a complexidade do ajustamento social que depende da experiência individual de cada pessoa.

Surgida na Europa no final dos anos de 1960, a TRS estabelece uma ruptura com a visão dicotômica do positivismo, com base na crítica que Moscovici (1978) faz ao conceito de representações coletivas de Durkheim. Apenas nos anos 1970, a TRS encontra seu lugar na história, para suscitar o interesse na pesquisa, agora não somente da Psicossociologia, mas também de outros domínios, tais como da Sociologia, Antropologia, Filosofia e História (NÓBREGA, 2001). Sobre a utilização da TRS no Brasil, Camargo (2005, p.21) esclarece que “[...] abrange diferentes áreas do saber, configurando-se como um tipo de conhecimento efetivamente interdisciplinar, que colabora para explicação de problemas relevantes à educação, saúde, meio ambiente, entre outros”. Sobre a inclusão das RS nas áreas do

conhecimento, Paiva (2000, p.25) informa que “[...] foram, pouco a pouco, se inserindo nos estudos da área da saúde principalmente naqueles que dizem respeito às concepções da população sobre o processo saúde-doença”. Assim, a vertente metodológica da psicologia social que tem suscitado vários estudos na área da Enfermagem, tanto teóricos quanto empíricos, com base na Representação Social (RS), procura analisar o processo de apropriação pelo ser humano, de seu mundo, compreendendo a forma de pensar de grupos populacionais que compartilham do mesmo problema (FREITAS, 2004).

No Brasil, a TRS tem-se destacado como referência em inúmeros trabalhos de enfermeiras, que a vêm aplicando em suas áreas de atuação, tendo como base a abordagem de Moscovici. Cruz (2003) acredita que essa tendência deve-se ao fato de que a TRS facilita a identificação da percepção e visão dos grupos sociais, em que se inclui a visão individual dos problemas relativos à convivência social no mundo, além da possibilidade de ser trabalhada com várias correntes filosóficas.

A TRS caracteriza-se como o conhecimento que tem a finalidade de tornar familiar algo não familiar ou a própria não familiaridade, pois esse conhecimento está inscrito nas experiências ou acontecimentos sustentados por indivíduos e partilhados na sociedade. São representações de alguma coisa ou de alguém, que toma como ponto de partida a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda a sua estranheza e imprevisibilidade. Seu objetivo é descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, baseado em tal diversidade. As representações partilhadas têm ainda o papel de assegurar a coexistência entre o individual e o social (MOSCOVICI, 1994, 2003). Para Jodelet (2001, p. 22), ao interagir com a sociedade, o indivíduo partilha seus ideais, seus medos e anseios, por ser a “[...] RS uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

A Teoria das Representações Sociais permite uma heterogeneidade na investigação de objetos do conhecimento da prática socialmente elaborada e partilhada, podendo nesta pesquisa contribuir para que se conheça a concepção dos indivíduos revascularizados sobre seu ajustamento na sociedade. As RS são elaboradas para manter as pessoas informadas sobre o mundo circundante, para saberem como se comportar, como se dominarem física ou intelectualmente e como identificarem e resolverem os problemas que se apresentam (JODELET, 2001).

Constituir uma conexão entre o ajustamento social e a RS, no caso específico do indivíduo revascularizado, implica em pensar na concepção de grupo. As RS são expressões

de indivíduos ou grupos, que atribuem uma significação específica ao objeto por eles representado. Essas definições partilhadas pelos membros de um mesmo grupo constroem uma visão consensual da realidade para esse grupo (JODELET, 2001).

Moscovici (2003) considera que a TRS, além de apresentar uma intenção mais integrativa, tem pressupostos que implicam em considerar o comportamento social enquanto um comportamento simbólico, ou seja, enquanto atividade produzida pelos processos de comunicação e influência no contexto das relações interpessoais e grupais, tendo uma função também social e relacional.

Neste sentido, as RS constituem-se em uma maneira específica de conhecer o mundo e se comunicar, ao mesmo tempo em que as comunicações lhe conferem um sentido. Ela determina, portanto, a visão de mundo dos sujeitos e suas relações com as pessoas e coisas de forma dialética, conforme a posição que elas ocupam na sociedade, enquanto seres sociais, possuidores de atividade simbólica e cognitiva (PAIVA; PAREDES, 2001). Logo, considera-se que existe analogia entre o processo de ajustamento social e as comunicações sociais aí produzidas.

A comunicação é o meio que favorece a elaboração da RS, processo que possibilita o princípio da indissociabilidade entre o indivíduo e a sociedade. Nóbrega (2001) considera que a comunicação enquanto fenômeno permite convergir os indivíduos numa rede de interações, em que qualquer coisa de individual pode tornar-se social ou vice-versa. A conversação configura e anima as representações sociais e desse modo lhes dá vida própria, com base nas diferentes formas de comunicação, como a difusão, a propagação e a propaganda, e modos de edificação das condutas de opinião, atitudes e estereótipos (MOSCOVICI, 2003).

Moscovici (2003) classifica e analisa os três sistemas indutores das representações, a saber: difusão, que pode ser caracterizada por uma indiferenciação dos laços entre o emissor e o receptor da mensagem, uma vez que não sugerem a mudança de atitude; a propagação, que tem relação com um objeto e exige uma organização mais complexa das mensagens; e a propaganda, cuja dinâmica encontra-se inscrita nas relações sociais conflituosas e está relacionada à auto-afirmação de um grupo.

A RS tem com seu objeto uma relação de simbolização e interpretação, de construção e expressão do sujeito (JODELET, 2001). O objeto, na concepção de Abric (2000, p.27), inscreve-se: “[...] num contexto ativo, sendo este contexto concebido pela pessoa ou grupo, pelo menos parcialmente, enquanto prolongamento do seu comportamento, de suas atitudes e das normas às quais ele se refere.” Assim, a depender de como a pessoa interpreta o processo de ajustamento social, ela vai comportar-se e agir de forma a facilitar ou dificultar essa etapa da assistência.

A RS localiza-se na interface do psicológico e do social. Jodelet (2001) afirma que as RS circulam nos discursos, sendo trazidas pelas palavras ou manifestadas pelas mensagens e imagens da mídia, contribuindo para a construção da realidade vivenciada no senso comum. Não obstante, há três décadas, Moscovici já compreendia que as RS estão vinculadas a valores, a noções e práticas individuais que orientam as condutas no cotidiano das relações sociais e se manifestam através de estereótipos, sentimentos, atitudes, palavras, frases e expressões. Para Abric (2000, p.21; 28):

As representações sociais são fenômenos complexos sempre ativados e em ação na vida social. Em sua riqueza como fenômeno, descobrimos diversos elementos: informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens etc.

[...] a RS é uma visão funcional do mundo que por sua vez, permite ao indivíduo ou ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências, permitindo assim ao indivíduo de se adaptar e de encontrar um lugar nesta realidade.

Diante do exposto, entende-se que o indivíduo revascularizado, com base nas RS desenvolvidas em seu grupo de pertença, criará mecanismos de adaptação para se reinserir nessa nova realidade social.

Consoante Nóbrega (2001), a RS tem como base de formação os processos da objetivação e da ancoragem: o primeiro consiste em reabsorver um excesso de significações, materializando o objeto; o segundo dá a atribuição de significado ao objeto social construído pelo sujeito. Assim, a objetivação é a condição de emergência da concretude e consiste em materializar as abstrações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável, enfim, transformar em objeto o que é representado. Para o autor:

No processo de objetivação, as palavras são acopladas às coisas, o abstrato é transformado em concreto enfim ocorre a materialização do excesso de significados absorvidos levando a classificação do processo de objetivação em: construção seletiva, esquematização estruturante e a neutralização. A construção seletiva consiste em utilizar-se dos elementos de informação que estão em circulação como fatos próprios do senso comum, preservando a coerência com o sistema de valores próprios ao grupo. A esquematização estruturante ou teoria do núcleo central introduzida por Abric (1994) que caracteriza o elemento fundamental da representação, pois é ele quem determina a significação e a organização da representação. A naturalização é a projeção abstrata do real, materializando entidades conceituais. (NÓBREGA, 1990, p.16).

A ancoragem enraíza a representação e seu objeto em uma rede de significações que permite situá-lo em relação aos valores sociais e dá-lhes coerência, instrumentaliza o saber e dá continuidade à objetivação (JODELET, 2001). Essas fases estão relacionadas ao processo de construção das RS. Para Nóbrega (1990), a ancoragem está dialeticamente articulada à

objetivação e permite compreender de que forma as representações contribuem para exprimir e constituir as relações sociais e ainda permite incorporar o que é desconhecido e novo em uma rede de categorias usuais.

Abric (1994) afirma que toda representação é organizada em torno de um núcleo central, constituído de um ou de alguns elementos que dão à representação seu significado. O núcleo central é estável, coerente, consensual e historicamente determinado e o sistema é flexível, adaptativo relativamente heterogêneo quanto a seu conteúdo.

A identificação do núcleo central é importante para se conhecer o objeto da representação. Para Abric (2000), o núcleo central ou núcleo estruturante de uma representação assume duas funções essenciais: geradora, que dá sentido aos outros elementos constitutivos da representação; e organizadora, que unifica e permite a estabilidade da representação. Acrescenta ainda que o núcleo central deve ter papel imprescindível na estabilidade e coerência da representação.

As RS têm quatro funções essenciais que influenciam fundamentalmente a dinâmica das relações sociais e as práticas. Duas dessas funções foram posteriormente acrescentadas por Abric (2000) às funções originais atribuídas por Moscovici (1978), que eram a contribuição na formação de condutas e de orientação das comunicações sociais. Deste modo, Abric (2000) assim define as funções da RS:

- função do saber – permite compreender e explicar a realidade, ou seja, favorece a aquisição do conhecimento segundo a capacidade cognitiva e os valores daqueles que participam de um grupo social;
- função identitária – define a identidade e permite a proteção da especificidade do grupo social, assegurando-lhe uma imagem positiva e sua especificidade;
- função de orientação – guia e orienta os comportamentos e a prática por meio da estratégia cognitiva a ser adotada pelo grupo, da antecipação de expectativas e da determinação de comportamentos ou práticas a serem seguidas e;
- função justificadora – permite justificar as tomadas de decisão e comportamentos, permitindo manter ou reforçar os diferentes comportamentos entre os grupos.

Desta forma, entende-se que as RS elaboradas pelo próprio grupo podem reforçar a concepção e o comportamento/atitudes dos indivíduos submetidos à RM sobre seu ajustamento social, em um contexto de interação social contínua. As RS podem caracterizar elementos importantes para a análise do ajustamento social de um grupo, porque são

originadas no cotidiano de cada indivíduo, com possibilidade de convergir e contribuir para a reelaboração e edificação de uma realidade e identidade social do grupo, com padrões de normas e valores sociais, individuais e históricos determinados pela configuração das RS no plano simbólico e social. E a enfermeira, por ser o profissional da equipe multidisciplinar que atua nas 24 horas na organização hospitalar, pode fortalecer o elo de proximidade com o paciente e os familiares e caracterizar as representações sociais destes indivíduos para o ajustamento social.

4 METODOLOGIA

Apresenta-se neste capítulo o caminho para atingir os objetivos traçados para este estudo, utilizando-se a Teoria da Representação Social. Este é um estudo de natureza quantitativa e qualitativa, no qual analisou-se como se processa o ajustamento social dos indivíduos submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, bem como buscou-se analisar as representações sociais sobre esse ajustamento.

- Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, tendo como fundamentação teórica a Teoria da Representação Social (TRS) de Moscovici (1978) e a Teoria do Núcleo Central (TNC) de Abric (1994), buscando aprofundar o conhecimento do senso comum sobre o ajustamento social dos indivíduos revascularizados, com base nas concepções apreendidas por meio da técnica de evocação livre de palavras e de conteúdo dos discursos expressos nas entrevistas.

A pesquisa exploratória é indicada, tanto para pesquisas quantitativas quanto qualitativas, permitindo o uso de diversos procedimentos para a coleta de dados, como a entrevista, a observação não participante, dentre outros (MARCONI; LAKATOS, 2007).

Considera-se descritiva por ter como objetivo primordial a descrição das características de uma determinada população (pessoas revascularizadas), de um fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre as variáveis (GIL, 2002). Segundo Serapione (2000, p.188): “[...] a pesquisa quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis.” Nesta mesma linha, Polit e Hungler (1995) referem que na pesquisa quantitativa existem elementos fortes de generalização e utiliza-se de tratamento estatístico para demonstrar suas afirmações.

Segundo Minayo (2000), as metodologias de pesquisas qualitativas são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade, sendo inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, tomadas tanto em seu advento quanto em sua transformação, como nas construções humanas significativas. Assim, “[...] baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos são possíveis, com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios autores” (POLIT; HUNGLER, 1995, p.371).

Em vista da complexidade desse fenômeno, a utilização da TRS no campo de pesquisa exige o uso de multimétodos de coleta e técnica de análise. Conforme Jodelet (1984), Oliveira et al. (2005) e Sá (2002) é uma estratégia para o enriquecimento da pesquisa. Flick (2006) reconhece que a realidade permite combinações variadas e uma multiplicidade de métodos para enriquecer a compreensão do fenômeno. .

Nesta mesma linha, Carvalho (2005) ressalta que este tipo de estudo possibilita conhecer o mundo simbólico construído pelos sujeitos dentro do mundo real, lembrando que esses mundos indissociáveis não estão prontos, mas em constante mudança, pois cada aproximação, cada comunicação, cada troca favorece a mobilidade das imagens e a re-elaboração dos significados, na relação sujeito-objeto, sujeito-sujeito e sujeito-contexto.

- Campo de Estudo

O estudo teve como campo de investigação o ambulatório de uma organização hospitalar de administração mista, de grande porte da cidade de Salvador, referência consolidada em Cardiologia, que realiza grande número de cirurgias cardíacas, sendo ainda referência de alta complexidade em Ortopedia, Neurologia e Oncologia.

Fundado em 1549, como hospital de caridade, destaca-se hoje pela eficiência do atendimento na área de Cardiologia e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. Ocupa uma área total de mais de 39 mil/m², sendo 29.900 m de área construída. Sua capacidade é de 476 leitos, 60% destinados a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Deste número, 75 leitos são de terapia intensiva distribuídos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) clínica, UTI cardiovascular, UTI cirúrgica, unidade coronariana e unidade semi-intensiva, além dos leitos de observação na unidade de emergência cardiopulmonar. Seu quadro de pessoal é formado por 1.235 profissionais de assistência, 276 de apoio e 400 da área administrativa.

Ocupa o terceiro lugar no Brasil em número de cateterismos cardíacos realizados; tem a única emergência na Bahia especializada em dor torácica e foi o primeiro hospital a realizar pesquisas com células-tronco para a cura da doença de Chagas. Atua em diversas especialidades ambulatoriais, dentre as quais o ambulatório de isquemia, e tem uma política de filantropia e responsabilidade social.

O ambulatório tem estrutura física ampla, com boa visualização, adequada para o atendimento de sua clientela. Atende às seguintes especialidades: Cardiologia, Neurologia, Oftalmologia, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Mastologia, Urologia, Ginecologia, Angiologia, Cirurgia torácica, Ortopedia, Pediatria e Clínica Médica.

Nas segundas-feiras pela manhã, quatro consultórios e uma sala de eletrocardiograma são destinados ao atendimento dos indivíduos com isquemia cardíaca e aqueles submetidos à RM, nos quais atuam um cardiologista, três residentes de medicina, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem.

O campo de investigação foi escolhido com base nos seguintes critérios: estar inserido no sistema de municipalização da Secretaria da Saúde do Estado como hospital de referência em Cardiologia; realizar o acompanhamento dos usuários do SUS, após cirurgia de revascularização do miocárdio; ter como finalidade o ensino, a pesquisa e a assistência; ter o serviço de enfermagem estruturado, organizado e sob a chefia de uma enfermeira.

Desta forma, contou-se com a oportunidade de maior fluxo de indivíduos submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio.

- População da Pesquisa

Como população da pesquisa, foram considerados todos os usuários do SUS, submetidos à RM, que estavam agendados para a revisão médica no ambulatório de isquemia do campo em estudo, constituindo 70 indivíduos revascularizados, no período de março a agosto de 2007, por já terem retornado à vida cotidiana após trinta dias da alta da organização hospitalar.

A escolha da população baseou-se nos seguintes critérios: pessoas revascularizadas que realizavam acompanhamento no ambulatório de isquemia do hospital em estudo, em condições de responder às solicitações formuladas, que já tinham retornado à vida cotidiana após, no mínimo, um mês e quinze dias de alta hospitalar e que aceitaram participar da pesquisa com a Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

Dessa população, dois participaram do teste para validação do instrumento; dois não aceitaram participar, alegando não saber responder o que estava sendo questionado, e cinco não compareceram à revisão médica agendada.

- Amostra / Sujeitos da Pesquisa

Para apreensão do núcleo figurativo ou estrutura das representações sociais, a amostra foi constituída por 61 sujeitos que representou 89,7% da população.

Para exploração do conteúdo das Representações Sociais, dentre os 61 sujeitos da amostra, foram entrevistados os primeiros 26, todavia o tempo de cirurgia era muito variado

(de 1 mês e 15 dias a 17 anos), o que podia interferir na concepção sobre o ajustamento social. Assim, dentre esses foram considerados 16 sujeitos com menos de cinco anos de cirurgia, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Ao referir na análise os conteúdos das falas dos entrevistados, o número que os identifica refere-se ao número de ordem de realização das entrevistas dos primeiros 26 sujeitos com tempo de cirurgia inferior a cinco anos.

Para a apreensão das representações sociais, além dos critérios anteriores, utilizou-se também o critério de o sujeito ter sido revascularizado há menos de cinco anos. A adoção deste procedimento visou reduzir as diferenças de conteúdos relacionadas ao tempo de cirurgia com base na seguinte reflexão: os indivíduos com maior tempo de cirurgia tendem a estar mais adaptados à vida cotidiana e com menos sintomatologias, enquanto aqueles com menos de cinco anos ainda podem apresentar dificuldades e, assim, ressaltar os elementos das RS que poderão servir como base para o planejamento de uma assistência que possibilite um ajustamento melhor; por isto, no caso deste estudo, são mais fidedignos.

Para a entrevista, foram seguidas as recomendações de Triviños (1987) e Trentini e Paim (1999), para os quais o pesquisador inicia a coleta de informação sem predeterminar o número de participantes, podendo acrescentá-los no decorrer da coleta, com o objetivo de somar diferentes informações ao tema de pesquisa. Ainda segundo esses autores, esgota-se a busca por entrevistados, à medida que ocorre a repetição de conteúdos em suas falas.

- Procedimentos e Instrumento de Coleta de Dados

Com base na escolha do campo de estudo, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao comitê de ética da organização escolhida e após a aprovação (Anexo A) foi realizada a apresentação à coordenadora de enfermagem e ao coordenador médico do referido ambulatório para entrega da carta de anuência (Apêndice A) e autorização do início da pesquisa. A coleta de dados foi realizada nos meses de maio a agosto de 2007, após aprovação do projeto e realização do teste do instrumento de pesquisa.

Foram utilizadas duas técnicas: a evocação livre e a entrevista gravada. A opção por estas técnicas resultou de sua adequação ao referencial teórico e ao objeto da investigação. Pela necessidade de economia de tempo para aproveitar a oportunidade de contato com os sujeitos, as duas técnicas de coleta de dados constaram de um único instrumento. Assim sendo, o instrumento utilizado (Apêndice C) foi dividido em três partes.

A primeira parte constou de itens relacionados aos dados objetivos de identificação do perfil sócio-demográfico dos sujeitos, tais como: idade, sexo, estado civil, existência de filhos, tipo de ocupação, grau de escolaridade, tempo de trabalho, atividade social e lazer, função familiar e tempo de cirurgia.

Em seguida os informantes foram treinados para o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) com outros termos e expressões indutoras específicas. Este teste, segundo Oliveira et al. (2005) e Tura (1998) é necessário para tornar o informante familiarizado com a técnica, além de possibilitar a utilização da expressão indutora do estudo de forma mais descontraída e espontânea.

A segunda parte constituiu-se de uma questão aberta para evocação livre de palavras assim formulada: “Cite cinco palavras que vêm a sua cabeça quando se fala em retorno à vida social, após a cirurgia de revascularização do miocárdio.” A resposta deveria apresentar pelo menos cinco palavras e/ou expressões que identificassem a visão do indivíduo sobre seu ajustamento social após a RM, assinalando a mais importante.

Esta parte caracterizou-se com o TALP, que constitui uma forma de apreensão da representação e permitiu ao informante falar — palavras ou expressões — após estímulo da mente, baseado na solicitação da relação do termo indutor com o objeto de estudo (SÁ, 2002). A forma de coletar as evocações das palavras ou associações livres consiste em pedir ao indivíduo que produza um número específico de palavras (máximo de seis) ou expressões que possa imaginar, a partir de um ou mais termos indutores, seguindo-se um trabalho de hierarquização dos termos produzidos, do mais para o menos importante para o sujeito da pesquisa. A aplicação deste teste tem como objetivo apreender a percepção da realidade de um grupo social com base em uma composição semântica preexistente (OLIVEIRA et al., 2005).

Esta técnica permite restringir as dificuldades e os limites das expressões discursivas, sendo habitualmente utilizada nas pesquisas de representações sociais, a despeito de ser também baseada numa produção verbal que possibilita a apreensão das projeções mentais de maneira descontraída e espontânea, revelando, inclusive, os conteúdos implícitos ou latentes que podem ser mascarados nas produções discursivas (ABRIC, 1994; OLIVEIRA et al., 2005).

Na terceira parte constaram as seguintes questões referentes à concepção dos indivíduos submetidos à RM sobre seu ajustamento na sociedade: Fale de seu retorno à vida social após a cirurgia; Como as pessoas de seu convívio social vêem seu retorno às atividades sociais após a cirurgia? Como você acha que outras pessoas submetidas à RM retornam às atividades sociais após a cirurgia. Conte sua experiência no retorno à vida social após a revascularização do miocárdio.

Como consistiu em entrevista de aprofundamento, emergiram outras questões em curso, com vistas à aquisição da maior qualidade possível de informações relativas ao objeto de estudo, no que diz respeito à fidelidade aos princípios da pesquisa em estudo, como recomenda Trentini e Paim (1999). As entrevistas foram coletadas e gravadas em fitas de áudio após anuência dos sujeitos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), determinado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 1996).

Inicialmente, a aproximação com os sujeitos foi realizada em sala de espera, enquanto aguardavam o atendimento médico. Neste momento, a autora atendia individualmente cada paciente, após encaminhamento de profissionais do serviço. Na oportunidade era feito o convite para participar do estudo, esclarecendo-se os objetivos da pesquisa, os riscos e os benefícios. Os sujeitos foram também esclarecidos em relação ao sigilo e anonimato e que sua participação era voluntária, com o direito de desistir a qualquer momento, sem prejuízo pessoal e nem da continuidade da pesquisa. Informou-se ainda que poderiam ter acesso a qualquer tempo às informações da pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas, respeitando as normas e diretrizes da pesquisa com seres humanos estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). Todos demonstraram interesse em participar.

Respeitando a privacidade dos sujeitos, as entrevistas foram aplicadas em um dos consultórios do ambulatório, em ambiente privativo, sem interrupções de qualquer natureza. Alguns, inicialmente, demonstraram inibição com o uso do gravador, mas após o término expressavam-se com mais liberdade, revelando fatos antes não abordados, os quais foram registrados em caderno de notas de campo logo após sua saída.

As entrevistas foram transcritas na íntegra pela própria autora e tiveram uma duração média de quarenta minutos. Após a conclusão, nenhum sujeito demonstrou interesse em retirar conteúdos ou desistir de participar do estudo. Neste momento, observou-se que os pacientes sentiam-se valorizados por seus problemas terem sido escutados livremente por um profissional de saúde e muitos expressaram palavras de agradecimento pela oportunidade de verbalizar seus sentimentos. Esta condição é destacada por Triviños (1987), quando ressalta que a entrevista, ao tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias para o enriquecimento da investigação.

Destaca-se que os conteúdos das entrevistas estarão de posse da autora por um período de cinco anos, conforme recomendações éticas (Resolução 196/96) e que após esse período serão destruídas.

- Tratamento dos Dados

A análise foi precedida do tratamento dos dados coletados. Inicialmente foram constituídos quadros com o perfil sócio-demográfico das(dos) informantes, e na seqüência utilizou-se o *software* EVOC, de Vergès (2000) para análise dos dados obtidos pelo teste de associação livre ou evocação de palavras e a técnica de análise temática de conteúdo para os dados coletados nas entrevistas. Nas subseções seguintes são expostos os procedimentos relativos à análise das evocações livres e à análise das entrevistas.

D) Análise das evocações livres

Para melhor compreensão do tratamento dos resultados foi inicialmente analisada a estrutura da representação social com base na Teoria do Núcleo Central (TNC) de Abric (1994), por considerar que "[...] a organização de uma representação social apresenta uma característica específica, a de ser organizada em torno de um núcleo central, constituindo-se em um ou mais elementos, que dão significado à representação". (ABRIC, 2000, p.31).

Abric (1994) criou a TNC com base na TRS para estudos da estrutura ou núcleo figurativo da RS, por ser um reflexo da realidade de um grupo social, baseada em uma composição semântica constituída de elementos sócio-cognitivos estruturados, organizados e hierarquizados do campo da RS, especialmente aqueles vinculados às condições e modos de viver.

Para os dados obtidos pelo teste de associação livre ou evocação de palavras foi utilizado o *software Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations* (EVOC), conjunto de programas informáticos articulados. No caso deste estudo, foi utilizado para a determinação da estrutura das representações sociais apreendidas, por ser de caráter espontâneo, ligado a uma dimensão projetiva mais fácil e rápida dos elementos semânticos implícitos e latentes que constituem o objeto estudado (OLIVEIRA et al., 2005; VERGÈS, 2000).

Desta forma foi utilizada a técnica de construção do quadro de quatro quadrantes de Vergès (2000), cuja frequência média determina a separação das evocações por meio da linha horizontal e a ordem média pela linha vertical. Este procedimento possibilitou o tratamento

estatístico dos dados com base na análise lexicográfica das palavras evocadas, por fornecer os elementos que identificam a estrutura ou núcleo figurativo da representação social, relativa ao termo indutor, conforme a Figura 1:

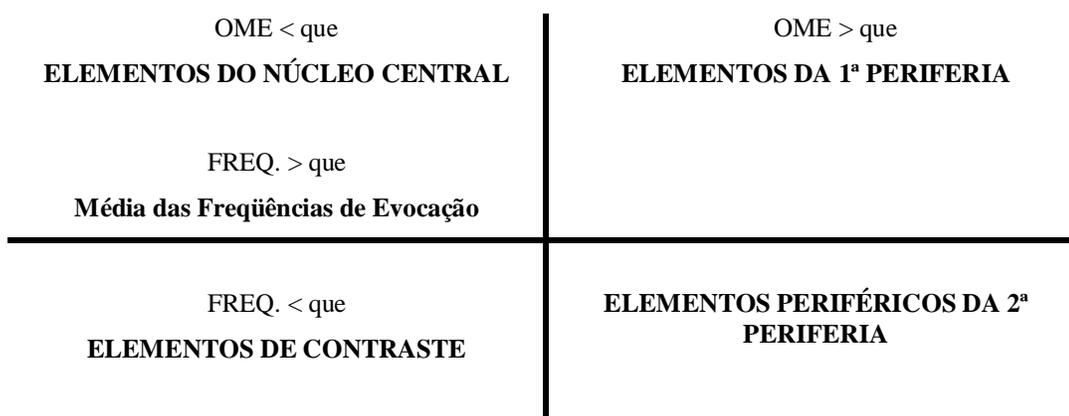


Figura 1 - Modelo de análise das evocações por meio do quadro de quatro casas. Ordens Médias Ponderada de Evocação

Fonte: Baseado em Oliveira et al. (2005, p.582)

A freqüência média salienta o aspecto coletivo das evocações, por apontar os termos recordados com mais freqüência, enquanto a ordem média ressalta o aspecto individual, por levantar os termos evocados mais rápido, e expor a ordem estabelecida pelos sujeitos estudados (CARVALHO, 2005).

Por meio do *software*, calculou-se a freqüência simples de cada palavra, seguida da média ponderada de cada uma, conforme a ordem de evocação e a média das ordens médias ponderadas do conjunto de termos ou expressões evocados. Segundo Sá (2002), a análise articulada desses dois índices permite destacar os elementos que provavelmente constituem o núcleo central da representação por sua saliência.

Em seguida, o número de corte foi determinado pela freqüência mínima considerada com base na utilização da lei logarítima de Vergès (2000), que permite a identificação de três zonas de freqüências: aquela em que o número de palavras é mínimo, seguida daquela em que as palavras são pouco numerosas para a mesma freqüência e daquelas em que o número de palavras é muito importante para uma mesma freqüência (OLIVEIRA et al., 2005).

Segundo Oliveira et al. (2005) e Tura (1998), os elementos que pertencem ao sistema central da RS são aqueles que apresentam maior freqüência de ocorrência e pronta evocação e

estão situados no quadrante superior esquerdo da figura apresentada anteriormente, enquanto os elementos periféricos são aqueles situados no quadrante inferior direito.

Os elementos constantes no quadrante superior esquerdo são aqueles mais freqüentes e prontamente evocados pelos sujeitos da pesquisa e estão associados aos valores e representam o caráter normativo da RS. Estes elementos têm relação com as condições históricas, sociológicas e ideológicas do grupo e podem se constituir nos elementos do núcleo central da representação, tornando possível a comparação, comprovação e relação com os conteúdos discursivos, que também possibilitam a análise da dimensão qualitativa (ABRIC, 2000; OLIVEIRA et al., 2005; SÁ, 2002).

As palavras organizadas no quadrante inferior direito constituem o sistema periférico da representação por se apresentarem em menor freqüência e serem as últimas evocadas. Esses elementos do sistema periférico são esquemas organizados pelo núcleo central, que possibilitam a adaptação do grupo à realidade, em função do convívio das experiências diárias originando representações mais individualizadas e mais acessíveis (ABRIC, 2000).

Os elementos do quadrante superior direito fazem parte da primeira periferia e podem evoluir para o núcleo central ou ser parte dele; os do quadrante inferior esquerdo são elementos intermediários situados entre o núcleo central e periférico da representação, os quais não são analisáveis pela teoria do núcleo central e sim pela grande teoria da RS (OLIVEIRA et al., 2005; SÁ 2002).

II) Análise das entrevistas

Para análise dos dados resultantes da entrevista foi utilizada a técnica de Análise temática de Conteúdo que, segundo Bardin (2004, p.99): “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, e cuja presença ou freqüência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.” e é definida como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores (quantitativos ou não), que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2004, p.37).

Segundo Vala (2001), a análise de conteúdo é a técnica privilegiada para o estudo deste tipo de material, pois ela poderá mostrar a importância relativa atribuída pelos sujeitos a temas da vida social, como a vida familiar, a vida econômica, a vida profissional, a vida

religiosa, entre outros. Nesse sentido, ressalta-se a concepção dos próprios sujeitos — indivíduos revascularizados — sobre sua vivência no cotidiano após sua alta hospitalar.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, analisadas, submetidas à classificação e codificação das áreas temáticas de conteúdo para possibilitar a apreensão dos núcleos de significados da representação sobre o ajustamento social dos indivíduos revascularizados, com base no desenvolvimento da pré-análise à organização dos dados, exploração dos materiais coletados e tratamento e interpretação dos resultados. Seguiu-se o plano de análise, conforme as etapas sugeridas por Bardin (2004) e Vala (2001): constituição do corpus ou conjunto de documentos, leitura flutuante, codificação e agrupamento em subcategorias simbólicas, categorização e construção do quadro de distribuição de categorias, descrição das categorias e tratamento dos resultados. Outros aspectos considerados na análise, segundo orientação de Vala (2001), foram:

- levantamento da frequência das unidades de análise e os aspectos importantes relacionados às representações sociais do ajustamento social, que constituem, juntamente com a associação livre de palavras, a análise quantitativa dos dados;

- verificação das características e/ ou requisitos necessários associados às (RS) do ajustamento, no que se refere às atitudes positivas e negativas, considerando a TRS e o sistema de valores dos sujeitos pesquisados e;

- verificação da associação e ou dissociação da RS, analisando o pensamento do grupo no que se refere às experiências dominantes, em cada etapa do ajustamento.

Também, procurou-se sistematizar a organização dos dados para a composição do corpus da pesquisa, seguindo orientação de Bardin (2004) e Vala (2001).

Na pré-análise, considerando-se o objetivo proposto e para sistematizar as idéias iniciais que levaram a um esquema do plano de análise, foi realizada a leitura flutuante do conteúdo das entrevistas, pelo qual foram escolhidos os documentos relativos ao ajustamento social do indivíduo revascularizado do miocárdio, para constituição do *corpus*.

Seguindo ainda a orientação de Vala (2001) foram considerados três tipos de unidades: unidade de contexto, o parágrafo; unidade de análise ou unidade de registro, o tema ou unidade de informação; unidade de enumeração, a atribuição da frequência absoluta e relativa.

Após a leitura exaustiva foram separadas as unidades de contexto para realização dos recortes e definição das unidades de análise referentes ao ajustamento social das pessoas

submetidas à RM. Foi atribuída a unidade de enumeração a cada unidade de análise temática que, segundo Bardin (2004), é a unidade em função da qual se procede à quantificação, com vistas à avaliação e separação quantitativa, considerando a variação qualitativa dos conteúdos temáticos nas unidades de contexto e nas unidades semânticas (VALA, 2001), a fim de verificar a importância atribuída pelos indivíduos submetidos à RM e a cada categoria e subcategoria simbólica.

A unidade de contexto corresponde ao maior segmento da mensagem, ou seja, o segmento mais largo de conteúdo que o analista examina sobre o objeto em estudo, sendo um suporte importante de validade e fidelidade do trabalho dos analistas, para melhor compreensão dos núcleos de significados e que serve de compreensão para codificar a unidade de informação.

A unidade de informação é a menor unidade de significação a ser codificada e corresponde ao segmento do conteúdo considerado como unidade temática base, que visa a subcategorização, categorização e contagem frequencial. Esta se caracteriza como uma asserção sobre determinado assunto que pode ser uma simples sentença (sujeito e predicado) ou um conjunto delas, sendo a mais útil unidade de registro, em análise de conteúdo, indispensáveis nos estudos sobre valores, crenças, atitudes e opiniões (FRANCO, 1986). Incluem-se ainda os estudos fundamentados na TRS, podendo ser constituída de sujeito, conector e predicado, sobre o conteúdo estudado que lhe dá qualificação (VALA, 2001).

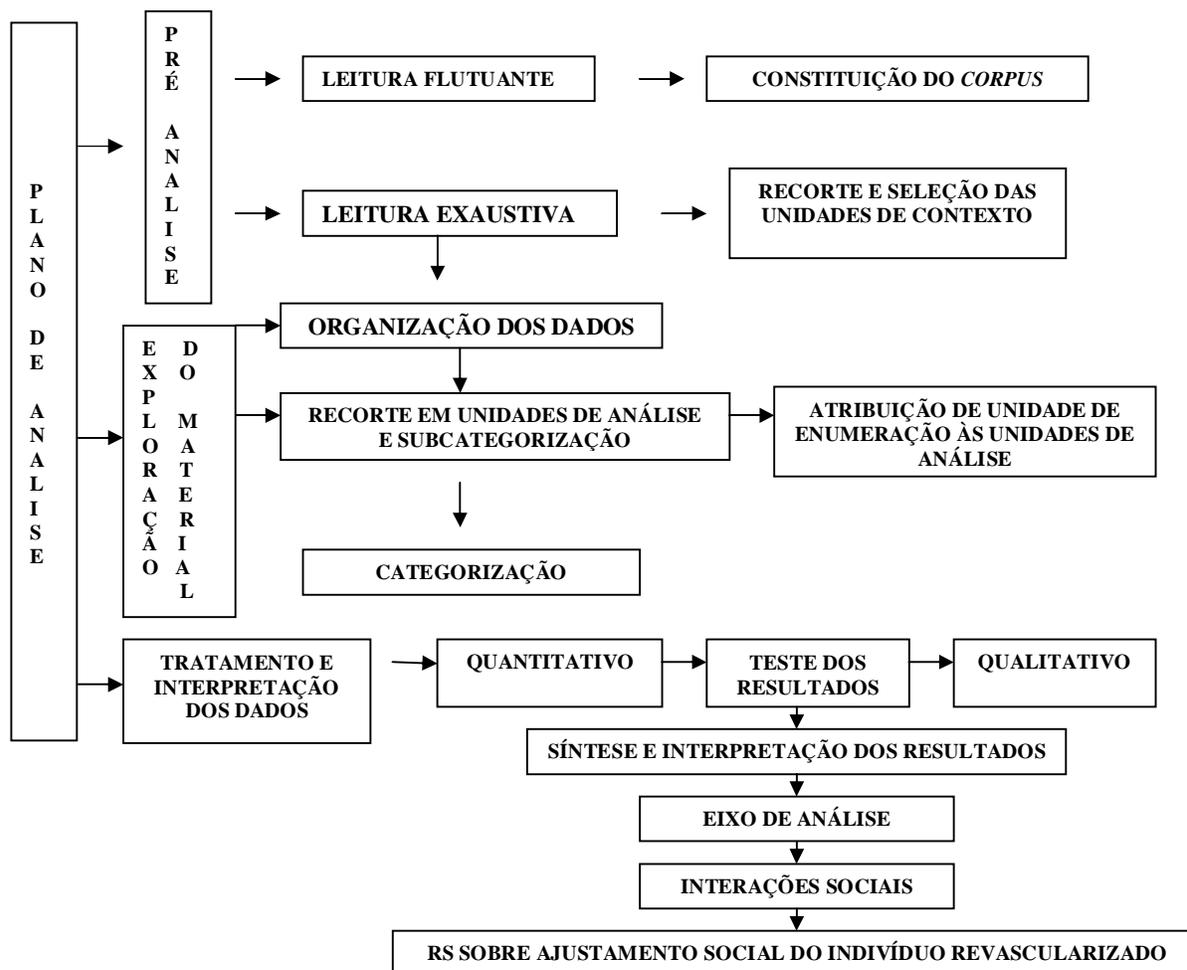
Posteriormente, na etapa de exploração do material, realizou-se a codificação por decomposição do *corpus* a fim de extrair as unidades de análise temáticas das entrevistas. Quando o material foi agrupado, seguindo os núcleos de significados em subcategorias simbólicas e categorias, consideraram-se as unidades semânticas e foram sendo construídos quadros de distribuição de categorias, correlacionando-as com o referencial teórico, para determinação dos procedimentos analíticos.

A categorização foi realizada com base na análise de ocorrências e similaridades, apresentadas pelas unidades de informação obtidas do conteúdo das entrevistas, que foram distribuídas em cinco categorias e quatorze subcategorias.

Nesse sentido estão em consonância com Spink (1993) que destaca as representações como fenômenos sociais acessados com base em seu contexto de produção, ou seja, baseado nas funções simbólicas e ideológicas que a servem e das formas de comunicação em que circulam, nas quais segundo Spink e Frezza (2004, p.21): “[...] os conceitos e teorias são produtos culturais socialmente construídos e legitimados”.

Na etapa de Tratamento, Interpretação e Inferência sobre os dados foram trabalhados os resultados reveladores de significados sobre o ajustamento social do indivíduo submetido à

RM. Para tanto, foram executados os testes de análise quantitativa e qualitativa, com a orientadora, para validação dos resultados. Em seguida, foi realizada a síntese da análise dos resultados, considerando como eixo de análise as interações sociais do grupo em estudo para apreensão das RS desses indivíduos, conforme Esquema 2:



Esquema 1 – Plano de Análise

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente, são apresentados os resultados referentes aos dados objetivos de identificação das características dos sujeitos da pesquisa, seguidos da análise quantitativa global do quadro realizado com base na atribuição da frequência absoluta e relativa às unidades de informação correspondentes a cada categoria e respectivas subcategorias simbólicas. Com este procedimento pretende-se destacar aquelas consideradas mais importantes pelos informantes, com aproximações estatísticas. Na seqüência, está exposta a distribuição das unidades de análise representadas pelo número de sujeitos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

A amostra do estudo constituiu-se de 61 indivíduos revascularizados que faziam acompanhamento no Ambulatório de Cardiologia da organização hospitalar em estudo, entre a faixa etária de 37 a 78 anos, que aceitaram participar da pesquisa. A Tabela 1 a seguir expõe o número de sujeitos da amostra por faixa etária:

Tabela 1 – Distribuição da Faixa Etária segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007

Faixa Etária	N.º	%
37 – 39	1	1,50
40- 49	9	14,70
50- 59	22	36,10
60- 69	20	33,00
70- 78	9	14,70
Total	61	100,00

Nesta tabela, observa-se que 83,8% da amostra, resultante da soma dos resultados parciais, estavam na faixa etária superior a cinquenta anos de idade, o que favorece o aparecimento de doenças cardiovasculares. Nestes casos, a idade é um fator de risco importante, principalmente após 55 anos, pois atua diretamente nas paredes das artérias, por

meio de alterações morfológicas e funcionais relacionadas ao envelhecimento, e indiretamente, por contribuir para um maior tempo de exposição a outros fatores de risco que influenciam no desenvolvimento da doença (MEIRA, 2004; STEFFENS, 2003).

Na tabela 2, apresenta-se a distribuição do tempo de cirurgia segundo os informantes da pesquisa para o TALP.

Tabela 2 – Distribuição do Tempo de Cirurgia segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007

Tempo de Cirurgia	N.º	%
1 mês e 15 dias - 11 meses	18	29,50
1 ano - 4 anos e 11 meses	27	44,30
5 anos - 9 anos e 11 meses	11	18,00
10 anos - 14 anos e 11 meses	3	4,90
15 anos - 17 anos	2	3,30
Total	61	100,00

Observa-se nesta tabela que há uma diversidade de tempo de cirurgia que oscilou de 45 dias a 17 anos, cujas formas de ajustamento social podem ser muito diferenciadas para a apreensão das RS sobre este ajustamento. Por um lado, encontram-se aqueles com menos de cinco anos de cirurgia, tempo ainda considerado como período de insegurança e adaptação, pois os indivíduos que foram revascularizados nesse período ainda estão inseguros e em fase de ajustamento. Por outro lado, aqueles com maior tempo, pela própria segurança que o tempo determina, encontram-se melhor ajustados com sua vida pós-cirurgia. Foram escolhidos para apreensão das RS, somente aqueles com período de até cinco anos, tempo correspondente à fase de manutenção da reabilitação cardíaca, o que permitiu que os indivíduos já pudessem desenvolver suas atividades com autonomia e de forma efetiva.

Na tabela 3 segue-se a distribuição dos informantes conforme o sexo.

Tabela 3 - Distribuição do Sexo segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007

Sexo	N.º	%
Fem	27	44,30
Masc	34	55,70
Total	61	100,00

Observa-se nesta tabela que, dentre os sujeitos da amostra, 44,3% eram do sexo feminino e 55,7% do sexo masculino. Desta forma, conforme a literatura, o sexo masculino apresenta maior risco de evento cardiovascular, contudo o risco feminino tende a se igualar ao masculino, principalmente pela perda do efeito protetor do estrogênio, que se apresenta diminuído com a menopausa (CONTI; ROCHA, 2005).

Todavia, de acordo com Amato et al. (2004), a mortalidade operatória nas mulheres tem registrado, em média, o dobro em relação aos homens. As razões, entretanto, não estão plenamente esclarecidas e várias hipóteses têm sido discutidas, tais como: na ocasião da cirurgia, as mulheres são mais idosas, têm maior número de fatores de risco, sintomatologias e aspectos anatômicos que favorecem a maior dificuldade técnica durante o ato cirúrgico, com maiores taxas de complicações e mortalidade hospitalar.

Em alguns estudos, ainda segundo os autores citados, após correção pela idade e fatores de risco, o sexo feminino deixa de ser prognóstico para maior mortalidade hospitalar. Estas conclusões, entretanto, não têm sido uniformes e, em alguns estudos, mesmo após a correção desses fatores clínicos e anatômicos, o sexo feminino continua relacionado à maior mortalidade e complicações, como se houvesse algo intrinsecamente ligado ao sexo, e ainda não esclarecido, levando a maiores complicações e dificuldades na fase hospitalar e de ajustamento social.

Na seqüência, apresenta-se a Tabela 4, que expõe a distribuição do grau de escolaridade dos sujeitos da amostra, cuja definição é determinada pelo Ministério da Educação (BRASIL, 2007).

Tabela 4 - Distribuição da Escolaridade segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007

Escolaridade	N.º	%
S/ Escolaridade	5	8,20
Primário	19	31,10
Fundamental	20	33,00
Médio	16	26,10
Superior	1	1,60
Total	61	100,00

Destaca-se nesta tabela a baixa escolaridade relacionada àqueles entrevistados sem escolaridade e com até o ensino fundamental que, somados, mostram um percentual bastante

elevado, constituindo 72,30% dos informantes. No entanto este dado, conforme Sales (2003), não prejudica o alcance dos objetivos para a apreensão das representações sociais, pois o senso comum circula por diversos grupos sociais, independente do grau de escolaridade.

Prosseguindo na caracterização dos sujeitos, apresenta-se a Tabela 5 com a distribuição da renda familiar, conforme informações dos entrevistados.

Tabela 5 - Distribuição da Renda Familiar segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007

Renda Familiar	N.º	%
<01 s.m.	4	6,50
1-2 s.m.	31	51,00
2-3 s.m.	22	36,00
4-5 s.m.	4	6,50
Total	61	100,00

No que se refere à variável *renda familiar*, observou-se na tabela acima que a renda em sua maioria é baixa, variando de menos de um salário mínimo a três salários, para a manutenção da família e do tratamento, o que pode dificultar o ajustamento social. Estas informações estão relacionadas às atividades profissionais desenvolvidas pelos sujeitos, a exemplo de motorista, do lar, comerciante, feirante, mestre-de-obras, professora, auxiliar de enfermagem, doméstica, técnico em eletrônica, que não recebem salário ou este é baixo.

Desses sujeitos, 26 (42,62%) são aposentados ou estão afastados das atividades por ter se submetido à cirurgia, e o fator financeiro não é o único aspecto que interfere no ajustamento. Algumas vezes a renda familiar não é muito baixa, contudo o número de pessoas em casa geralmente é elevado, o que pode implicar em dificuldades no controle da doença, devido ao alto custo, bem como na manutenção do tratamento (TORRES, 2005).

Neste sentido, a renda familiar e o nível de escolaridade, segundo Polanczyk (2005), vêm sendo relacionados ao desenvolvimento de doença cardiovascular no Brasil. O estudo AFIRMAR, citado por Santos e Noronha (2001), demonstrou que a renda elevada e a formação superior conferem proteção para ocorrência de eventos cardiovasculares, destacando que as populações com menor renda apresentam índices mais altos para diversas causas de morte.

Em seqüência, apresenta-se a Tabela 6, que apresenta a distribuição dos sujeitos da amostra por estado civil.

Tabela 6 – Distribuição do Estado Civil segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007

Estado Civil	N.º	%
Casado	39	64,00
Solteiro	15	25,00
Viúvo	5	8,00
Divorciado	2	3,00
Total	61	100,00

Nesta tabela, destaca-se que a maioria dos informantes era casada, com 64% dos resultados. Estes dados demonstram que o fato de a maioria dos informantes ser casada, pode ter maior apoio, não só do marido ou da esposa, como de outros familiares, entre os quais se incluem filhos.

Dando continuidade à caracterização dos sujeitos do estudo, segue a Tabela 7, que exhibe a distribuição dos informantes segundo a função na família.

Tabela 7 – Distribuição da Função Familiar segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007

Função Familiar	N.º	%
Provedor	34	55,70
Provedora	13	21,30
Do lar	14	23,00
Total	61	100,00

Nesta tabela, ressalta-se que todos os sujeitos do sexo masculino (55,7%) são provedores do lar, enquanto as mulheres estão distribuídas em: 21,3% provedoras e 23,0% têm como função a responsabilidade do lar.

A seguir, apresenta-se a Tabela 8, que dá a conhecer a distribuição das atividades consideradas de lazer segundo os entrevistados.

Tabela 8 – Distribuição das Atividades de Lazer segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007

Atividades de Lazer	N.º	%
Televisão	26	42,6
Igreja /Centro	12	19,7
Passear	08	13,1
Caminhar	04	6,6
Jogar dominó	03	4,9
Dançar	02	3,3
Ler	01	1,6
Cuidar de bichos	01	1,6
Nenhum	04	6,6
Total	61	100,0

Esta tabela mostra que a maioria dos indivíduos participantes do estudo que foram revascularizados do miocárdio, ao serem questionados sobre o que faziam para se divertir e os tipos de atividades de lazer, respondeu ter como atividade de lazer: assistir televisão (42,6%), ir à igreja/ centro religioso (19,7%) e passear (13,1%).

Vale destacar que 6,6% do grupo estudado refere não desenvolver atividades de lazer. Este resultado leva a questionar-se se a ausência de lazer é determinada por um hábito ou um costume familiar. Este questionamento poderá servir para estudos posteriores, pois se considera uma atividade importante para a saúde de todos os seres humanos, haja vista a diversidade de atividades de lazer apresentadas.

Além da atividade de ir à igreja/centro ser considerada como lazer na Tabela 8, segue a Tabela 9 que apresenta a religiosidade, segundo os sujeitos da amostra, também como atividade social.

Tabela 9 – Distribuição da Atividade Social segundo os sujeitos da amostra para apreensão da estrutura das Representações Sociais – Salvador, Bahia – 2007

Atividade Social	Nº	%
Igreja/ Centro	19	31,15
Atividades de Grupos	5	8,20
Nenhum	37	60,65
Total	61	100,00

Estes dados evidenciam a fé e a crença das pessoas revascularizadas, como será abordado na análise das categorias deste estudo. Sabe-se que a maioria das pessoas tem uma religião ou

acredita em um ser superior ao qual se apega nas horas difíceis, como fonte de esperança. Esta crença diminui a ansiedade e favorece o enfrentamento das situações de crise (SOUZA, 2004).

Ressalta-se que 60,6% dos indivíduos pesquisados referem não participar de atividades de grupos sociais. Dentre aqueles que participam de atividades de grupo, encontram-se os grupos de terceira idade, de dança de salão, de festas e outros, sendo praticamente a igreja, além da família, o único grupo social do qual participam, podendo-se inferir que essas pessoas tendem a se isolar socialmente.

5.2 ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO AJUSTAMENTO SOCIAL DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MIOCÁRDIO

Nesta etapa, apresenta-se, conforme os objetivos propostos, a estrutura da RS sobre o ajustamento social dos indivíduos submetidos à revascularização cirúrgica do miocárdio, embasadas na Teoria do Núcleo Central (TNC) de Abric (2000).

Com base nas evocações livres de palavras dos sujeitos, obteve-se como produto o *corpus* de análise constituído de 305 palavras, com uma ordem média em torno de três e frequência média de 8,25. Destas palavras, após aproximação por semelhança de significados, segundo, orientação de Tura (1998), foram desprezadas as palavras evocadas apenas uma vez, para tornar a análise mais consistente, representativa e limpa. Deste modo, foram excluídas 8 (2,62%) dessas palavras e mais 13 (4,38%), cuja frequência média foi inferior a três e ordem média inferior a um, tendo sido utilizadas 284 (93%) das palavras evocadas, que constituíram o *corpus* com 36 palavras diferentes, cuja síntese do resultado é apresentada no Quadro 1:

Resultados do Teste de Associação Livre de Palavras	N / %
Número de sujeitos	61
Número total de palavras evocadas	305
Número de palavras diferentes evocadas/ analisadas	36
Frequência média das evocações	8,25
Ordem média das evocações	03
Número de evocações desprezadas	21
Número total de evocações analisadas	284

Quadro 1 – Síntese dos resultados do teste de associação livre de palavras e expressões na concepção dos indivíduos revascularizados do miocárdio sobre ajustamento social – Salvador, Bahia, 2007

Em seguida, por meio do processamento dessas palavras pelo programa informático EVOC de Vergès (2000), com base na ordem média e frequência média de evocações de palavras, foi executada a construção das linhas que dividem o quadro de quatro quadrantes, no qual os eixos horizontal e vertical referem-se, respectivamente, à frequência média e à ordem média de evocação, apresentado no Quadro 2.

N.º sujeitos: 61

	OME < 3,0		OME ≥ 3,0			
Frequência ≥ 10	Saúde	47	2,426	Restrição de atividade	19	3,105
	Mudança de vida	10	2,500	Atividade social	18	3,500
	Normal	10	2,500	Fazer atividades	17	3,294
	Dores	10	2,600	Alegria	15	3,733
				Viver mais	12	3,083
Frequência < 10				Querer viver	12	3,167
	Remédios	9	2,556	Bom convívio familiar	10	3,300
	Ansiedade	8	2,875	Restrição alimentar	10	3,500
	Consulta médica	5	2,800	Tranqüilidade	10	3,400
	Cuidados	5	2,800	Gratidão a Deus	8	3,375
	Trabalhar	6	1,667	Sem saúde	7	3,143
				Tristeza	6	3,500
				Impotência	5	4,000
				Repouso	5	3,200

Quadro 2 – Visualização do Núcleo Central sobre o Ajustamento Social de Indivíduos Revascularizados, Salvador – BA, 2007

Observa-se no Quadro 2 que as palavras *Saúde*, *Mudança de vida*, *Normal* e *Dores* estão no quadrante superior esquerdo, indicando que esses elementos são, na evocação dos sujeitos, aqueles considerados principais e que podem compor o núcleo central (NC) da representação sobre o ajustamento social. A palavra *saúde* apresenta maior frequência e foi a mais prontamente evocada, significando a importância atribuída pelos participantes da pesquisa em função da ordem de evocação.

O conteúdo da estrutura da representação sobre o ajustamento social dos indivíduos submetidos à revascularização do miocárdio (RM) está relacionado à saúde associada à mudança de vida, como a retomada da vida cotidiana. Isto evidencia a importância atribuída por eles a este ajustamento, a despeito de vivenciarem situações de dor durante a recuperação, o que se coaduna com as afirmações de Abric (2000) relacionadas aos aspectos históricos e ideológicos de grupos sociais, como condição necessária a essa recuperação.

Neste caso, *mudança de vida* é uma expressão que aparece com a mesma frequência e ordem média de *normal*, o que leva a inferir-se que consiste no processo de transição do

estado de doença para o de saúde, como recuperação da funcionalidade, e esta inclui momentos de dor, já que aparece junto com a expressão saúde, evocada 47 vezes.

A estrutura da representação ressalta um sistema de antecipações e expectativas sobre os aspectos prescritivos que podem induzir a pessoa revascularizada a pré-julgar o ajustamento social como retorno da saúde, antes mesmo de vivenciá-lo. Este julgamento encontra respaldo na afirmação de Sá (2002, p.82): “[...] as prescrições absolutas ou incondicionais constituem o núcleo central, enquanto que os elementos periféricos envolvem prescrições condicionais.” O autor citado ressalta ainda que o núcleo central refere-se às atitudes e comportamentos do que “deve-se fazer” e neste estudo é representado por termos como *mudança de vida* e *saúde*, que parecem caracterizar o ajustamento social. O sistema periférico por sua vez, reflete aqueles comportamentos que em tal condição “precisam ser feitos”, como as necessidades biológicas e psicológicas dos indivíduos submetidos à revascularização cirúrgica do miocárdio.

Estes elementos, conforme Abric (2003), têm as funções *geradora*, *organizadora* e *estabilizadora* do núcleo central e mostram as condições necessárias ao ajustamento social, ou seja, parecem demonstrar que todos os indivíduos submetidos à RM devem passar por essas experiências. Segundo Abric (2003, p.38): “[...] toda modificação do núcleo central provoca uma transformação completa da representação e para que duas representações sejam diferentes, devem ser organizadas em torno de dois núcleos diferentes.”

Mediante a restauração da estrutura ou núcleo figurativo das representações sobre o ajustamento social, que está relacionado a uma série de significados, reconstruíram-se os conteúdos por meio dos sentidos das palavras evocadas, que foram ordenadas segundo o lugar que ocupam na estrutura da representação e categorizadas conforme sua relação e ligação com os diversos significados. Assim, foram identificadas uma categoria central e uma periférica, denominadas, respectivamente, de *saúde* e *gratidão a Deus*.

A categoria central *Saúde* está relacionada à mudança de vida que, por sua vez, está associada a duas condições: normal e dores. No Diagrama 1, a visualização desta categoria.

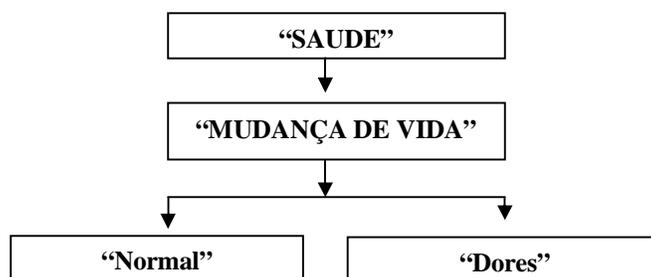


Diagrama 1 – Categoria central, segundo o significado das palavras

Esses elementos da categoria central parecem estar relacionados aos aspectos históricos, culturais e ideológicos combinados às condições clínicas, que fazem referência a um subconjunto de elementos que organizam a RS, denominados de Núcleo Central ou núcleo figurativo, rígido e resistente às mudanças, e determinam a organização daqueles elementos que dão o verdadeiro significado à RS (ABRIC, 2003).

A categoria *Saúde* mostra o significado e a natureza do ajustamento social para os indivíduos revascularizados, cujos comportamentos podem estar diretamente ligados à história ou à memória coletiva do grupo de convivência (constituído de indivíduos revascularizados do miocárdio) e também ao sistema de normas e valores, à natureza do envolvimento no grupo e à condição social vivenciada (ABRIC, 2000). No caso em estudo, foram identificadas situações opostas, que podem estar associadas à construção histórica. Assim, para alguns, a revascularização devolve a saúde com uma vida normal, enquanto para outros a mudança de vida ainda pode estar distante da normalidade, o que pode ser atribuído ao reduzido tempo posterior à cirurgia — quarenta e cinco dias a um ano — e à presença de dor, em algumas pessoas, em razão de sua própria individualidade e sensibilidade. Estas imagens são compartilhadas pela mídia, pelas informações recebidas dos profissionais de saúde nos serviços, pela leitura de artigos, pela troca de experiências com outras pessoas que já vivenciaram a doença coronariana e pela família em situações de encorajamento para o tratamento.

Deste modo, a comunicação, conforme ressaltam Jodelet (2001) e Moscovici (2003), é um instrumento importante na construção das RS. Essas evocações podem demonstrar claramente a importância atribuída pelo grupo em estudo aos elementos constituintes do ajustamento social, uma vez que podem retratar a atitude no desenvolvimento das atividades cotidianas de cada indivíduo, mediante o processo de interação e comunicação em relação ao ajustamento no grupo social.

Neste estudo, em consonância com Melo e Figueiredo (2005), acredita-se que a saúde é considerada como recuperação, manutenção do bem-estar físico, psíquico, social e ambiental no contexto social. Na concepção dos indivíduos revascularizados do miocárdio, a saúde está relacionada com uma vida normal, contudo a estrutura da representação social está inserida em uma situação conflituosa, pois, para alguns, a mudança de vida não implica apenas em retornar à vida cotidiana e social, mas inclui aspectos negativos relacionados à mudança de estilo de vida e às dores.

A saúde, na concepção dos indivíduos submetidos à revascularização do miocárdio participantes desta pesquisa, está relacionada diretamente com a realização da cirurgia. De fato, a cirurgia cardíaca constitui um procedimento terapêutico indispensável ao tratamento do

cardiopata, no entanto sabe-se que poderão persistir restrições físicas, alimentares, ao tabagismo e que esses indivíduos precisarão adaptar-se a medicamentos e realização de exercícios para adquirir a qualidade de vida que esperam.

Essas condições podem passar despercebidas dos indivíduos submetidos à RM no momento anterior à cirurgia, no qual podem vislumbrar sua recuperação após a cirurgia, imaginando voltar a ser saudável como outrora (SOUZA, 2004). Assim, após a realização da cirurgia, descobrem a necessidade da mudança do estilo de vida para terem uma vida saudável, considerando que a recuperação, a mudança de hábitos e o ajustamento constituem um processo doloroso. O termo *normal* está associado, muitas vezes, ao estilo de vida anterior, que inclui a não necessidade de remédios, de revisões médicas e não restrição alimentar. A persistência desta crença, entretanto, pode significar a manutenção dos fatores de risco para a doença coronariana.

Apesar de os indivíduos revascularizados terem o conhecimento de que é preciso a mudança do modo de viver para controlar e prevenir os fatores de risco que favorecem o retorno da doença e a necessidade de re-internação hospitalar, a conceituação dada à mudança de vida contempla praticamente apenas a transição de portadores de isquemia cardíaca para a condição de seres cirurgiados, como se apenas a cirurgia fosse suficiente para conseguirem automaticamente a recuperação total da saúde, sem riscos de recidiva da doença.

Considerando-se o pós-operatório da revascularização do miocárdio (em um sentido mais amplo do que voltar da morte), como o início de uma nova vida livre das deficiências anteriores, com nova chance de viver, com novos valores e propósitos de vida, tal como exposto por Romano (1998), percebe-se que as pessoas revascularizadas geralmente consideram a mudança de vida como retorno à realização das atividades diárias e cotidianas, ao trabalho e à realização de atividades físicas e sociais, sem considerar a necessidade de mudança do estilo de vida. Assim, ao reapoderar-se da identidade pessoal, o indivíduo tenta voltar à mesma vida cotidiana anterior à cirurgia e esse comportamento pode possibilitar a manifestação dos problemas anteriores e o retorno ao hospital, devido à relação de causa e efeito entre a afecção e o estilo de vida da pessoa (MUSSI, 2003). Desta forma, ao transitar entre o medo de morrer e o desejo de tornar-se uma pessoa sem dor, capaz de trabalhar, passear, sentir-se útil e com melhor qualidade de vida, a pessoa revascularizada vive um sentimento de ambivalência entre a vida saudável e as dores (SOUZA, 2004).

O termo *dores* pode refletir uma experiência desagradável para os indivíduos revascularizados e expressa a repercussão da cirurgia cardíaca no retorno à vida cotidiana, tanto no plano físico, relacionado à cicatrização, quanto no emocional, pelas limitações na

relação com seu grupo de convivência, revelando a influência negativa da dor ao ajustamento social.

Quanto aos elementos do sistema periférico, foram constituídos dos termos *Gratidão a Deus, Sem saúde, Tristeza, Impotência e Repouso*, os quais estão localizados no quadrante inferior direito. Estes se constituem nos elementos do sistema periférico por apresentarem menor frequência, além de serem evocados nos últimos lugares, o que pode dar sustentação e garantir os elementos do núcleo central do ajustamento social referentes à *saúde, mudança de vida, normal e dores*.

As palavras evocadas no sistema periférico estão presentes no cotidiano vivido pelas pessoas submetidas à revascularização e refletem a experiência recente desses indivíduos. Neste sentido corroboram o entendimento de Abric (2000), quando destaca que as RS advêm do enfrentamento da cirurgia diretamente relacionado ao contexto imediato, como o processo de recuperação e ajustamento. São, portanto, esquemas organizados pelo núcleo central que permitem o enraizamento e a adaptação do grupo à realidade relacionada ao ajustamento social, em função da interação das experiências cotidianas que podem gerar representações individualizadas, constituindo-se em componentes mais acessíveis e mais concretos às funções do núcleo central.

De acordo com esse mesmo autor, as funções do sistema periférico são: de concretização diretamente dependente do contexto e resultantes da ancoragem da representação na realidade, para criar ou transformar o significado dos elementos constitutivos do NC; de regulação, porque proporcionam a adaptação da representação às evoluções do contexto, nas quais se incluem a aquisição de sentido e a valoração para defesa e sustentação do NC. A estes podem adicionar-se os elementos contraditórios, condicionais à adaptação a este núcleo, dando dimensão qualitativa à representação interna do grupo.

Prosseguindo, apresenta-se o Diagrama 2 que visibiliza a categoria periférica denominada de *Gratidão a Deus*.

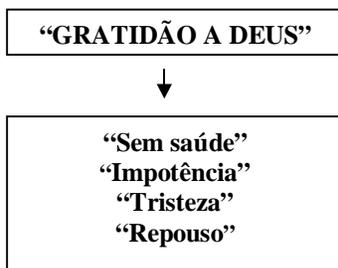


Diagrama 2 – Categoria periférica, segundo o significado das palavras

Esta categoria é constituída das evocações *sem saúde, impotência, tristeza e repouso* e estão relacionadas às cognições elementares, fazendo parte do contexto imediato de recuperação do indivíduo pós RM. Organizam-se em estruturas complexas, permitindo que esses indivíduos, no processo de ajustamento, busquem maneiras individuais para adaptar-se ao novo estilo de vida cotidiana, a depender da complexidade da cirurgia, tempo de cirurgia, idade, estado nutricional, condições financeiras, crenças, culturas, dentre outros.

A categoria *Gratidão a Deus* está associada à religiosidade e à crença. Revela que esses sujeitos apegam-se a Deus/Religião para suportar as restrições médicas (repouso), a impotência, a tristeza e a falta de saúde. De acordo com Huf (2002), a vivência religiosa traz benefícios positivos ao enfrentamento das situações angustiantes, promovendo a saúde mental e o equilíbrio interno, pois aqueles que têm fé superam mais efetivamente os desafios circunstanciais da vida.

A tristeza que leva ao apego a Deus e à religião, em razão da recuperação lenta e das limitações, restrições e dores, tem também uma relação adaptativa que pode manifestar-se frente aos outros, exigindo-lhes a compreensão, o cuidado, o consolo e a ajuda, como também pode imobilizar a pessoa e causar ocorrências de danos ou perdas maiores, além da necessidade de realizar a cirurgia (MARTINS, 2004). Essa tristeza, associada à saúde debilitada, que necessita de cuidados, e às restrições pós-cirurgia, implica em uma sensação de impotência frente ao cotidiano e à sociedade, pela dependência causada na recuperação após a cirurgia de RM.

De acordo com Pires, Sharovsky e Romano (1994), a maioria dos indivíduos revascularizados apresenta dificuldades para conviver com as mudanças que ocorrem em sua vida, sentindo-se ameaçados pelas restrições, podendo apresentar sentimentos de frustração, insegurança, fragilidade e impotência frente à nova situação. Deste modo, pode-se considerar que a revascularização do miocárdio interfere na vida social do indivíduo, já que as restrições podem limitá-lo em relação ao trabalho ou outra atividade que demande esforço físico, constituindo-se em um problema para o ajustamento social.

No quadrante superior direito ainda se encontram os elementos *restrição de atividade, atividade social, fazer atividades, alegria, viver mais, querer viver, bom convívio familiar, restrição alimentar e tranqüilidade*, que têm relação estreita e podem evoluir para o núcleo central (ABRIC 2000; SÁ, 2002).

Os elementos que aparecem no quadrante inferior esquerdo — *remédios, ansiedade, consulta médica, cuidados, trabalhar* — são contrastantes e intermediários entre o núcleo central e o periférico e, segundo Abric (2000) e Sá (2002), não são analisáveis por esta teoria,

mas pela TRS de Moscovici (1978). Infere-se que o cuidado contido neste quadrante parece estar relacionado ao conteúdo da representação social dos indivíduos revascularizados, que está ancorado na interface do sociocognitivo pela interferência do contexto sociocultural que abastece as imagens circulantes do imaginário social dos sujeitos em estudo. Neste sentido os resultados deste estudo assemelham-se com os apresentados por Sales (2003), em seu estudo sobre representações sociais do cuidado no diabetes *mellitus*.

5.3 IMPORTÂNCIA DO AJUSTAMENTO SOCIAL DE INDIVÍDUOS SUBMETIDOS À REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MIOCÁRDIO – CONSTRUÇÃO DO SENSO COMUM

A apreensão da representação social dos indivíduos submetidos à revascularização do miocárdio foi efetuada por meio de um conjunto de instrumentos que, por suas características, possibilitaram uma investigação coerente com os aspectos teóricos metodológicos necessários a estudos desta natureza, conforme sugerido por Abric (1994), Moscovici (1978), Sá (2002), Spink (1993), entre outros.

Além da análise da estrutura da RS, para melhor compreensão do ajustamento social do indivíduo submetido à RM, inicialmente são apresentados e discutidos os aspectos quantitativos, com respectivos quadros e diagramas subseqüentes, elaborados com base na frequência e no percentual das unidades de informação temáticas, considerando aquelas correspondentes a cada categoria e respectivas subcategorias. Com este procedimento, pretende-se determinar a relevância do conjunto de unidades de cada categoria, referente ao ajustamento social dos indivíduos participantes da pesquisa.

Em seguida, é apresentado e discutido o quadro referente aos aspectos que demonstram a representatividade das unidades de análise, apresentadas pelos 16 informantes que participaram da entrevista, determinando a frequência e o percentual correspondentes a cada categoria e respectivas subcategorias.

Na seqüência, são apresentados os aspectos qualitativos relativos à construção do conhecimento do senso comum, por meio de discursos obtidos nas entrevistas, considerando os núcleos de significados que possibilitaram destacar a ideologia dominante no grupo de pertença de pessoas submetidas à RM, evidenciando a importância dos aspectos individuais.

Segundo Jodelet (1994), cada indivíduo deixa seus traços no grupo social do qual faz parte ou está inserido.

Prosseguindo, apresenta-se e discute-se o Quadro 3 com a análise da importância do ajustamento social da pessoa submetida à RM. Em seguida, apresenta-se o Quadro 4 com a representatividade correspondente ao número de sujeitos entrevistados, quando são associadas a análise global quantitativa das categorias e as respectivas subcategorias.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	CÓD.	UNIDADES DE ANÁLISES			
			SUBTOTAL		TOTAL	
			F	%	F	%
I- CONCEPÇÃO DO AJUSTAMENTO SOCIAL (CAS)	RECUPERAÇÃO DA POTÊNCIA DE SER	CAS rps	138	30,7	109	24,3
	INCORPORAÇÃO DAS RESTRIÇÕES MÉDICAS	CAS irm			29	6,4
II- REQUISITOS NECESSÁRIOS AO AJUSTAMENTO SOCIAL (RNAS)	EXPERIÊNCIA DA REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO - Anterior à cirurgia - Posterior à cirurgia	RNA Serm	91	20,2	31	6,9
		RNA Serac			10	2,2
		RNA Serpc			21	4,7
	RNA Safa	28			6,2	
	RNA Sfv	19			4,2	
FORÇA DE VONTADE	RNA Saor	13	2,9			
III- RECONHECIMENTO DO ATENDIMENTO PARA A RECUPERAÇÃO E O AJUSTAMENTO SOCIAL (RARAS)	VALORAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS	RARASvap	37	8,2	19	4,2
	VALORAÇÃO DA CIRURGIA - Positiva - Negativa	RARASvc			18	4,0
		RARASvcp			9	2,0
		RARASvcn			9	2,0
IV- FATORES QUE DIFICULTAM O AJUSTAMENTO SOCIAL (FDAS)	RESTRIÇÕES	FDASre	86	19,1	52	13,8
	FALHA NA ORIENTAÇÃO	FDASfo			15	3,3
	FALTA DE ADESÃO ÀS RECOMENDAÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE	FDASfar			9	2,0
V- ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO AJUSTAMENTO SOCIAL (APAS)	RELIGIOSIDADE	APASre	98	21,8	34	7,5
	SATISFAÇÃO PELA RECUPERAÇÃO	APASsr			25	5,6
	SENTIMENTOS NEGATIVOS	APASsne			39	8,7
TOTAL					450	100

Quadro 3 – Distribuição das Categorias e Subcategorias Simbólicas do Ajustamento Social de Indivíduos Submetidos à Revascularização Cirúrgica do Miocárdio - Salvador – BA, 2007

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE ANÁLISE	SUJEITOS	
			F	%
I- CONCEPÇÃO DO AJUSTAMENTO SOCIAL (CAS)	RECUPERAÇÃO DA POTÊNCIA DE SER (CASrps)	109	16	100,0
	INCORPORAÇÃO DAS RESTRIÇÕES MÉDICAS (CASirm)	29	10	62,5
II- REQUISITOS NECESSÁRIOS AO AJUSTAMENTO SOCIAL (RNAS)	EXPERIÊNCIA DA REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO (RNASerm)	31	11	68,8
	- Anterior à cirurgia	10	5	31,3
	- Posterior à cirurgia	21	11	68,8
	PARTICIPAÇÃO DE FAMILIARES E AMIGOS (RNASafa)	28	8	50,0
	FORÇA DE VONTADE (RNAsfv)	19	4	25,0
	ASSIMILAÇÃO DAS ORIENTAÇÕES RECEBIDAS (RNASaor)	13	7	43,8
III-RECONHECIMENTO DO ATENDIMENTO PARA A RECUPERAÇÃO E O AJUSTAMENTO SOCIAL (RARAS)	VALORAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DOS PROFISSIONAIS (RARASvap)	19	3	18,8
	VALORAÇÃO DA CIRURGIA (RARASvc)	18	7	43,8
	- Positiva	9	5	31,3
	- Negativa	9	5	31,3
IV- FATORES QUE DIFICULTAM O AJUSTAMENTO SOCIAL (FDAS)	RESTRIÇÕES (FDASre)	52	13	81,3
	FALHA NA ORIENTAÇÃO (FDASfo)	15	2	12,5
	FALTA DE ADESAO ÀS RECOMENDAÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE (FDASfar)	9	6	37,5
V- ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO AJUSTAMENTO SOCIAL (APAS)	RELIGIOSIDADE (APASre)	34	14	87,5
	SATISFAÇÃO PELA RECUPERAÇÃO (APASsr)	25	8	50,0
	SENTIMENTOS NEGATIVOS (APASsne)	39	10	62,5

Quadro 4 – Distribuição das Subcategorias Simbólicas conforme representatividade dos sujeitos entrevistados - Salvador – BA, 2007

Observa-se, no Quadro 3, que foram ressaltadas cinco categorias e quatorze subcategorias identificadas pelos indivíduos submetidos à RM a partir de 450 unidades de informação relacionadas aos núcleos de significados sobre o ajustamento social. Estas foram codificadas e agrupadas por suas semelhanças.

As categorias reproduzem o conteúdo das RS sobre o ajustamento social das pessoas que foram submetidas à revascularização do miocárdio e foram assim denominadas: Concepções do Ajustamento Social (CAS), Requisitos Necessários ao Ajustamento Social (RNAS), Reconhecimento do Atendimento para a Recuperação e o Ajustamento Social (RARAS), Fatores que Dificultam o Ajustamento Social (FDAS) e Aspectos Psicossociais do Ajustamento Social (APAS). As subcategorias ressaltam o processo de ancoragem das RS desse ajustamento. A seguir são analisadas as categorias.

5.3.1 Categoria I – Concepção do Ajustamento Social (CAS)

Nesta categoria foram englobadas as unidades de informação, nas quais os entrevistados especificaram o conjunto de elementos sobre o ajustamento social, por meio de suas próprias percepções e concepções, que estão relacionadas à recuperação da potência de ser pela mudança de vida, ao retorno a uma vida saudável e à incorporação das restrições médicas.

Esta categoria foi a mais destacada na percepção dos sujeitos da pesquisa, com 100% de representatividade desses informantes (Quadro 4), sendo constituída por 138 unidades de análise temáticas que correspondem a 30,7% do total de unidades de informação (Quadro 3). Esta põe em evidência duas subcategorias, conforme Diagrama 3: Recuperação da Potência de ser (CASrps) e Incorporação das Restrições Médicas (CASirm), como condições essenciais ao ajustamento social, representando os valores e as crenças dos informantes ancorados na mudança de vida.

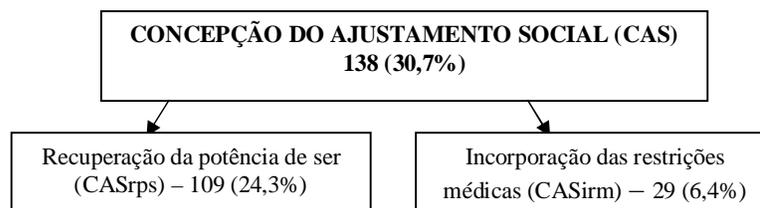


Diagrama 3 – Concepção do ajustamento social segundo informantes - Salvador-Bahia, 2007

Observa-se, no diagrama acima, que a subcategoria mais ressaltada foi Recuperação da Potência de Ser, com 24,3% das unidades de análise, seguida da Incorporação das Restrições Médicas, com 6,4% dessas.

A concepção das pessoas revascularizadas sobre o ajustamento social está ancorada na mudança de vida associada à recuperação da potência de ser e recuperação de uma vida saudável.

Para os indivíduos que foram submetidos à cirurgia de RM, no tratamento da doença cardíaca, a recuperação da potência de ser está atrelada à necessidade de mudança do estilo de vida para recuperar uma vida saudável. Esta mudança para ser efetiva, seguindo as reflexões de Torres (2005), deve partir da compreensão pessoal, da verificação da necessidade da

própria pessoa, com base na avaliação e tomada de decisão, o que é essencial à mudança de vida, à recuperação da potência de ser e a uma vida saudável.

Desta forma, o significado do senso comum destaca similaridades com o conhecimento científico no que tange às condições consideradas reais para o ajustamento social do indivíduo submetido à RM.

Apresentam-se, a seguir, as diversas significações do ajustamento construídas pelos entrevistados e que estão associadas às concepções sobre o ajustamento social, resultantes do conhecimento do senso comum.

- Recuperação da Potência de Ser (CASrps)

As concepções constituídas pelos sujeitos submetidos à RM envolvem uma diversidade de conceitos específicos relacionados à recuperação da potência de ser relativos à mudança de vida causada pela realização da cirurgia. Estas mudanças são representadas pelo retorno à vida saudável, ao cotidiano, às atividades sociais, de lazer e física.

A recuperação da potência de ser está associada ao modo como o indivíduo vê sua condição clínica e à importância atribuída por eles a seu ajustamento, e pode influenciar os comportamentos adotados no retorno ao cotidiano. Esta avaliação, isoladamente, assume um sentido positivo acessível a todos. No entanto consiste em um processo singular da visão do indivíduo revascularizado, que difere de pessoa para pessoa, conforme sua visão de mundo, valores culturais e tempo de cirurgia, manifestando-se sob a forma de alegria ou de esquecimento dos momentos de sofrimento e aflição, como destacam as seguintes falas:

É ter uma vida normal depois de ter o que teve (1). O retorno depende da pessoa (19). A gente com saúde é alegria (12). Para mim tudo aquilo já se acabou (14). É importante retornar a vida normal (1). O meu retorno à vida social foi bom (3). Foi bom porque sobrevivi e estou ótimo (6). Meio apertado o retorno (13). Não é bem assim, não foi muito boa a volta (19). O meu retorno não foi bom (21).

Estas falas destacam algumas condições do ajustamento social valorizadas pelos informantes e as conseqüências positivas da cirurgia, que possibilitam atitudes e comportamentos de adequação e satisfação para esse ajustamento. Ressaltam também situações negativas que, na concepção dos sujeitos que foram revascularizados, demonstram comportamentos e posturas com evidências de insatisfação e não adequação ao ajustamento social.

Pode-se inferir que o ajustamento social depende de vários fatores, dentre eles a história de vida, as crenças, a personalidade, o apoio familiar e de amigos, as expectativas sobre a vida e a maneira de encarar a doença. Deste modo, as representações enquanto sentidos atribuídos a um dado objeto mobilizam o sujeito todo, sua história, seus afetos, sua cultura, sua inserção na totalidade social (MADEIRA, 2005).

A recuperação da potência de ser pela mudança de vida, por um lado mostra o retorno ao cotidiano na condição de sentir-se ativo para o desenvolvimento das atividades físicas, sociais e de lazer, com melhora das condições clínicas e físicas e tendência ao autocuidado, demonstrados nas seguintes falas:

Hoje saio [...] participo da minha igreja [...] Faço minhas coisas normalmente [...] Só não vou poder abusar (1). Ainda posso tomar minha cervejinha (19). A gente não deve ir atrás das pessoas que bebem (14). Não vou fazer uma coisa que vá me prejudicar (7).

Por outro lado, a recuperação está associada aos aspectos negativos relacionados à restrição e à necessidade de controle dessas atividades, destacadas nas expressões:

Tem horas que a gente sai do controle (5). Não acho que o repouso seja muito bom [...] Não é muito bom (6).

Essas falas demonstram a diversidade de formas utilizadas pelos entrevistados para o retorno à vida cotidiana.

Nesse contexto, inclui-se o retorno ao trabalho que, na concepção dos indivíduos submetidos à RM, está relacionado às condições do desenvolvimento de sua ocupação. A vontade de trabalhar, para alguns, e a condição de não poder devido às limitações associadas às condições clínicas e físicas são manifestadas nas seguintes falas:

Outros se sentem bem e voltam às atividades (26). As pessoas retornam bem às atividades (4). As pessoas voltam e trabalham (1). O trabalho [...] ficou para meus filhos e netos (8).

Essas condições, segundo Jodelet (2002), têm uma conotação muito forte com a alteridade na relação com o outro, pois depende, provavelmente, da visão pessoal do indivíduo revascularizado, em razão das transformações e diversificações das mudanças de perspectivas para a convivência com o outro, uma vez que, para esse outro, é possível retornar ao trabalho, mas

para si não é tão simples. O retorno ao trabalho representa a retomada de sua identidade, de seu papel e de seu reconhecimento e valorização como sujeito dentro de um contexto familiar e social.

As falas dos entrevistados ratificam o exposto por Guillette et al. (1989 apud BITTAR,1993), segundo os quais, após a cirurgia de revascularização do miocárdio, a volta ao trabalho está relacionada aos seguintes fatores: gravidade da doença cardíaca, sexo, classe social, tipo de trabalho, falta de cooperação do empregador, super-proteção da família, ausência de programas de reabilitação, mercado de trabalho, desemprego, benefícios sociais, idade, ocupação, educação, renda familiar, residência urbana ou rural, atitude do médico e atraso de sua avaliação médica.

O trabalho, além de estar inserido na cultura como enaltecido do homem, conferindo-lhe *status*, também se constitui em seu principal instrumento de sobrevivência, porque na sociedade capitalista a pessoa é considerada com base em sua condição socioeconômica, por sua força produtiva e ainda pela capacidade de manter-se saudável e independente (SOUZA, 2004).

Um aspecto que interfere na recuperação da potência de ser, que pode acontecer devido às limitações e restrições físicas e sociais, é o isolamento social temporário ou por um tempo maior. O estigma e a discriminação podem se manifestar de diversas maneiras, nos mais variados contextos, sendo influenciados pelos significados e representação social da própria sociedade, conforme visto nesta fala:

Algumas amigas se afastaram bastante de mim (21).

Esta fala ressalta que a revascularização do miocárdio pode ser representada como uma doença que causa limitações, fazendo com que as pessoas, muitas vezes, se isolem devido ao medo advindo do estigma social. Esta condição é destacada por Dal Sasso (1994), quando afirma que a cirurgia cardíaca pode implicar em um isolamento social, tanto para a pessoa que a enfrentou quanto para seus familiares, os quais, por sua vez, impedem-na de interagir socialmente e desenvolver ações construtivas, deixando-a mais vulnerável ao isolamento frente à confrontação com os problemas da vida diária.

Considerando esses aspectos, compete à enfermeira e aos demais membros da equipe multiprofissional, no âmbito da saúde, atuar para minimizar essas situações, ajudando aos indivíduos submetidos à RM a superarem este possível isolamento, auxiliando-os no ajustamento social (FIGUEIREDO, 2005). Essa profissional, através da visão integral do ser, deve valorizar as atividades que esses indivíduos ainda podem desenvolver dentro de suas

limitações e de suas potencialidades, criando espaços de ajuda mútua como programas e grupos que vivenciam experiências semelhantes.

Neste sentido, a recuperação da potência de ser está relacionada ainda às condições referentes ao desenvolvimento das atividades, pelas pessoas submetidas à RM, para as quais tinham limitações físicas e clínicas, favorecendo as expectativas de maior tempo de vida com melhor qualidade. Esta perspectiva ganha relevância ao ser avaliada pelos sujeitos entrevistados.

O termo *expectativa* é definido por Ferreira (2003), como esperança fundada em supostos direitos, probabilidades ou promessas. No caso dos sujeitos em estudo, pode significar também a esperança de que alguma coisa nova e agradável possa acontecer no futuro, permitindo um ajustamento social completo e saudável ou medo constante de recidiva da doença com necessidade de reinternação, medo de morte iminente e por ser portadora de outra patologia, como registrada na fala:

Algumas pessoas acham incrível minha recuperação [...] porque sou diabética (5).

O significado de ser-e-viver saudável no mundo manifesta-se no modo de ser e viver anteriormente, o que, para alguns entrevistados, parece estar distante, pois, geralmente, desejam ser saudáveis e percebem seu estado de estar cirurgiado como uma perda de seu eu anterior (SOUZA, 2004). Outras falas, como as que seguem, mostram o contrário:

Hoje me considero novo em relação ao que estava (3). Nunca tive problema de estar me sentindo mal [...] Não sinto nada (23).

Estas falas ressaltam que a recuperação da potência de ser também está relacionada à melhora do quadro clínico e da qualidade de vida. Para alguns, tem relação ainda com o desaparecimento de sintomas anteriores à cirurgia.

Esta subcategoria encontra-se vinculada à seguinte, por caracterizar-se como condição indispensável à recuperação da potência de ser.

- Incorporações das Restrições Médicas (CASirm)

A subcategoria Incorporações das Restrições Médicas (CASirm) congrega os elementos que estabelecem limites essenciais ao ajustamento social dos indivíduos submetidos à RM e é constituída por 29 (6,4%) das unidades de informação. Foi considerada relevante por 62,5% dos sujeitos entrevistados.

A incorporação das restrições médicas é essencial para a adoção de um novo estilo de vida, baseado nas diferentes experiências prévias, nos valores e normas de comportamentos que perpassam o cotidiano social, tais como normas de vida, visão de mundo, crenças e determinados valores, tendo em vista as dimensões de conteúdo e processo, ou seja, a objetivação e a ancoragem. Estas são essenciais à elaboração das RS que têm formas específicas e estabelecem mediações por meio de interação e trazem a produção simbólica para um nível quase material, dando conta da concreticidade dessa representação na vida social (JODELET, 1984).

Ressalta-se ainda que a ancoragem está relacionada à interpretação do sujeito sobre uma dada realidade, quando transforma algo estranho em familiar. De acordo com Moscovici (2003), com base na vivência anterior ao ajustamento social, os conhecimentos, as imagens, as idéias e a linguagem são compartilhados pelo grupo, que pode determinar a direção e as condições iniciais para as quais as pessoas revascularizadas tentam orientar seus comportamentos no processo de ajustamento.

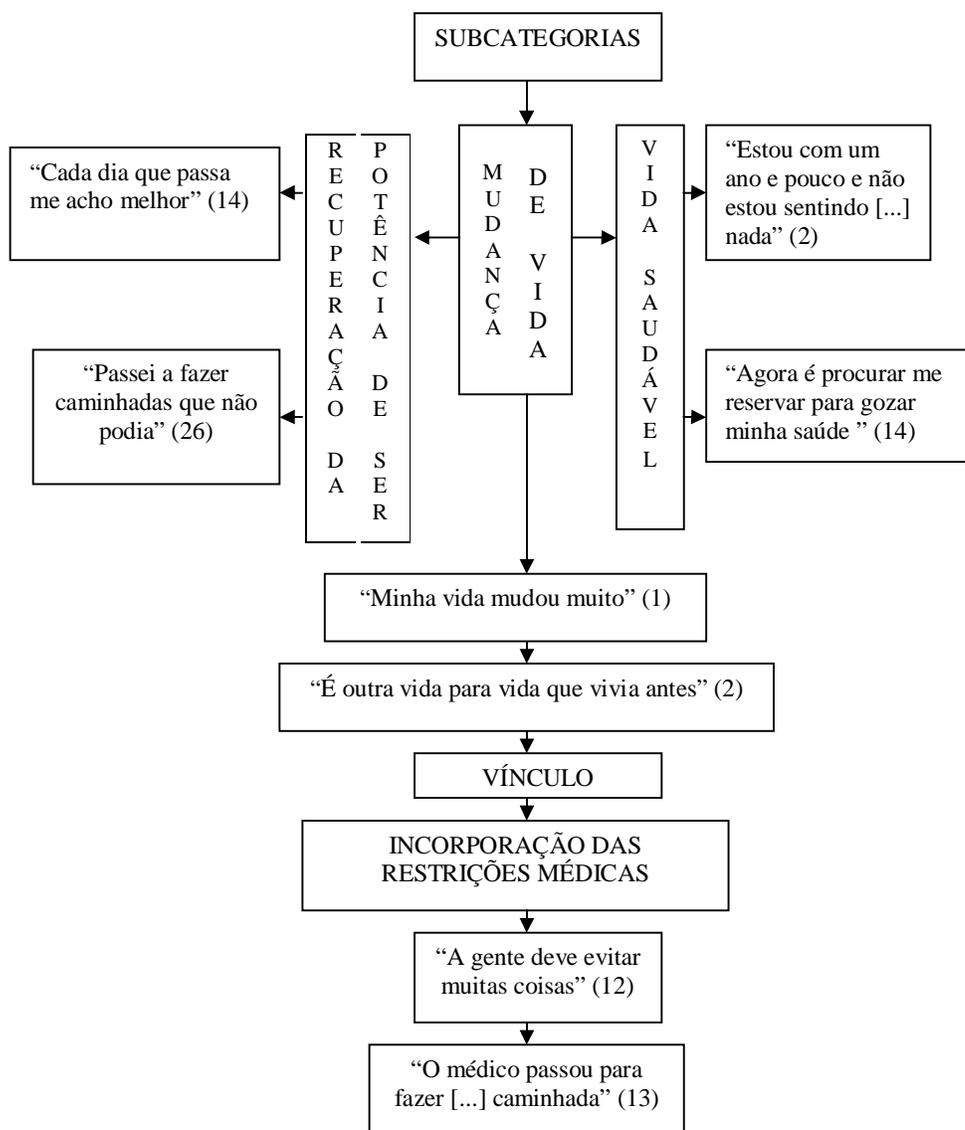
A incorporação das restrições médicas no entendimento dos indivíduos revascularizados do miocárdio é um marco que separa a vida anterior à cirurgia da vida após a cirurgia. É uma mudança completa, que para uns é para melhor e para outros é para pior. Isso ocorre pelo fato de o ajustamento se dar de forma individualizada em um mesmo grupo de pessoas. Apesar de o cuidado ao portador de cardiopatia miocárdica ter especificidades para esse grupo de pertença, as necessidades do ajustamento são distintas pelos diversos hábitos de vida, crenças, culturas, valores e pensamentos, cujas características individuais podem depender do contexto social em que as pessoas vivem, pois é nesse espaço que as RS são elaboradas. Nas falas dos sujeitos isto pode ser observado:

Minha vida mudou muito [...] Falam do jeito que me viram e [...] do jeito que estou hoje [...] Falam muito da mudança em minha vida (1). É outra vida para a vida que vivia antes (2). Mudou tudo (21). Depois [...] da cirurgia tive mais cuidados comigo (18). Comecei a fazer atividades (19). A gente olha para [...] pessoa que jamais vai [...] fazer as coisas [...] que fazia antes e hoje não pode (16).

Estas falas ressaltam que a recuperação cirúrgica e o ajustamento social só acontecerão de forma satisfatória, se houver a mudança no estilo de vida. Deste modo, o tratamento medicamentoso tende ao insucesso se a alimentação não for ajustada e adequada, se não houver o controle do peso ideal, se não fizer atividades físicas regulares, ou se outros fatores do estilo de vida não forem abolidos ou reduzidos após a cirurgia de RM..

Nessa linha de entendimento, Pires, Sharovsky e Romano (1994), em seu estudo sobre o impacto emocional da cirurgia cardíaca, perceberam que a maioria dos sujeitos apresentava dificuldades para conviver com as mudanças causadas pela doença em sua rotina de vida, sentindo-se ameaçados pela intervenção e pelas restrições que poderiam ter no ajustamento social.

A partir desta análise apresenta-se, no Esquema 2, a síntese da categoria I – Concepção do Ajustamento Social e suas respectivas subcategorias com as principais unidades de informação.



Esquema 2 – Síntese da Análise das Subcategorias da Categoria I – Concepção do Ajustamento

5.3.2 Categoria II - Requisitos Necessários ao Ajustamento Social (RPNAS)

A Categoria II – Requisitos Necessários ao Ajustamento Social ressalta o conjunto de condições pessoais indispensáveis ao ajustamento social que necessita de maior conhecimento para a compreensão e ajuda ao indivíduo submetido à revascularização do miocárdio. Assim, os requisitos necessários são entendidos neste estudo como um conjunto de condições específicas e necessárias à pessoa que foi revascularizada para o ajustamento social e, portanto, parece ser condição essencial a esse ajustamento (MORA, 1998).

Esta categoria, com 91 (20,2%) do total das unidades de informação, foi evidenciada por 93,80% dos entrevistados. Embora apresentada nos Quadros 3 e 4 como segunda categoria na ordem de ajustamento, está em terceiro lugar entre as categorias mais destacadas. Coloca em evidência quatro subcategorias: Experiência da Revascularização do Miocárdio (RPNASerm), com 31 (6,9%) das unidades de informação; Força de Vontade (RPNASfv), com 19 (4,20%) dessas unidades que estão vinculadas à Participação de Familiares e Amigos (RPNASafa), com 28 (6,2%) das unidades e a Assimilação das Orientações Recebidas (RPNASoor), com 13 (2,9%) das unidades de informação temáticas, apresentadas no Diagrama 4.

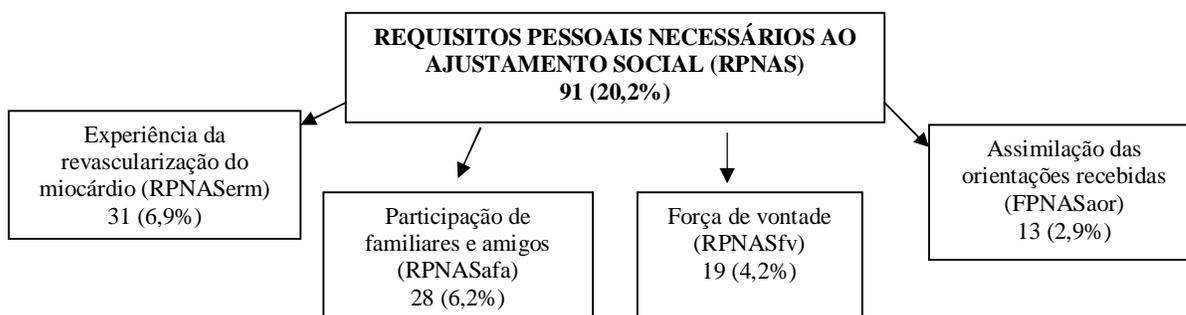


Diagrama 4 – Requisitos Necessários ao Ajustamento Social segundo informantes - Salvador-Bahia, 2007

- Experiência da Revascularização do Miocárdio (RPNASerm)

O requisito da experiência da revascularização do miocárdio está ancorado na vivência pré e pós-operatória. A construção do senso comum dos informantes mostra que esta é construída pela comunicação e interação social desses indivíduos com os outros e pela

expressão, através da linguagem, dos diversos acontecimentos na forma em que se apresentam em sua realidade. A experiência, portanto, pode ser variável e conflituosa, em condições opostas, relacionadas à avaliação dos aspectos positivos e negativos vivenciados, que contribuem ou não para o desenvolvimento de habilidades necessárias ao ajustamento social.

A subcategoria RPNASerm evidenciou-se no discurso de 68,89% dos pesquisados, que atribuíram importância maior à experiência pós-operatória, com 4,7% das unidades de informação. Esta reflete o contexto atual em que a pessoa submetida à RM está inserida e sua vivência para o ajustamento social.

A experiência, segundo Mora (1998, p.263), consiste na “[...] apreensão por parte de um sujeito de uma realidade, uma forma de ser, um modo de fazer, uma maneira de viver [...] um modo de conhecer algo imediatamente antes do juízo formulado acerca do apreendido”. A experiência neste estudo foi entendida, portanto, como a forma dos indivíduos revascularizados darem significado à própria experiência na realidade vivenciada após a cirurgia. Para Moscovici (2003), a experiência está vinculada à estória de outras pessoas que vivenciaram o mesmo tipo de procedimento e é partilhada na conversação para elaboração das representações sociais que pode dar uma vida nova, como uma maneira de se relacionar e se comunicar. As falas dos sujeitos participantes da pesquisa registram:

A experiência foi boa (19). Fico conversando com o povo o que estou sentindo (4). Teve gente que veio me dizer que já foi aberta várias vezes (13). A minha experiência foi muito sofrida (21).

Essas falas expressam as experiências, idéias e linguagem compartilhadas pelos indivíduos revascularizados e parecem direcionar as condutas e posicionamento frente ao ajustamento social. Por outro lado, a ausência de vivência pessoal, não só dos sujeitos como dos familiares para este tipo de situação, pode proporcionar o desenvolvimento de habilidades para aceitar e se ajustar mais facilmente.

Esse requisito constitui a objetivação do ajustamento social, que é produto da comunicação para reproduzir o objeto no mundo exterior, entre o grupo social. Assim, para Moscovici (2003), a objetivação une a idéia de transformar o não familiar com a realidade em familiar, modificando a visão subjetiva em real. Ainda na concepção de Moscovici (2003), as representações sobre o ajustamento social são complexas e necessariamente inscritas nas referências de pensamentos preexistentes, de acordo com as crenças, valores, tradições e imagem do mundo e da existência. Desta forma, infere-se que as representações sociais dos

indivíduos submetidos à revascularização do miocárdio estão relacionadas à experiência vivenciada por eles antes e durante seu ajustamento e à importância atribuída por eles a esse ajustamento social.

- Participação de Familiares e Amigos (RPNASafa)

Na concepção dos sujeitos, a participação de familiares e amigos é necessária e por meio do apoio condiciona o sucesso do ajustamento. Esta participação está ancorada na superproteção. Eles ressaltam a importância de os amigos e familiares estarem apoiando e incentivando, não colocando limites e respeitando os aspectos da individualidade, sem diferenciá-los das demais pessoas de seu grupo social, como pode ser constatado na fala a seguir:

As pessoas têm que ajudar a você a retornar [...] As pessoas têm que estar conversando, não botando limite pela cirurgia [...] Devem nos tratar de maneira normal [...] Acho melhor assim, acho melhor assim [...] Não devem dizer o que devo fazer ou deixar de fazer (5).

Nota-se a importância atribuída pelos sujeitos do estudo ao apoio recebido para o sucesso do ajustamento social, caracterizando as imagens, sentimentos e concepção de segurança no cotidiano. Esse apoio pode contribuir para uma recuperação clínica mais rápida, para a elevação da auto-estima, adesão ao tratamento e para a adequação ao novo estilo de vida.

A cirurgia traz alterações e transformações no organismo como também no modo de vida e nas relações sociais e familiares de um indivíduo (CASTANHA; COUTINHO; SALDANHA, 2005), principalmente pela necessidade de redistribuição dos papéis familiares. Isto porque, quando um adulto se submete a cirurgia cardíaca muitas vezes é necessário delegar a outros as funções que exercia dentro do grupo familiar, como, por exemplo, cuidar da casa, fazer as compras, levar os filhos à escola, pagar as contas.

O adoecer interfere no equilíbrio familiar, motivando a redistribuição de papéis, a reorganização emocional, a quebra de rotinas, situações que envolvem aspectos econômicos e financeiros (ROMANO, 1994). A reestruturação dos papéis na família é influenciada pela qualidade dos vínculos entre as pessoas que a compõem e/ou aos amigos próximos, além da condição socioeconômica. Na concepção dos entrevistados, é difícil ou praticamente impossível submeter-se às rotinas e condições do tratamento sem esse apoio. O apoio da

família e de amigos assume destaque por ser essencial e indispensável, tendo em vista que os indivíduos em ajustamento necessitarão de ajuda e cuidado por um longo período e só a família e/ou pessoas significativas dispõem-se a assumir tais compromissos (MACHADO, 2005). As falas seguintes são ilustrativas:

O apoio também ajuda o retorno [...] Umhas pessoas lhe dão ânimo (5). O mais importante [...] é a ajuda da família [...] Meus colegas e amigos me deram a maior força para retornar ao trabalho. (2). Só tive paz quando estava na casa dos parentes porque eles me apoiaram (4). A minha família me acompanha direto (8).

Também é considerada a falta de apoio por parte de conhecidos e as expectativas de terceiros que muitas vezes têm uma abordagem negativa, preconceituosa e grosseira para com os indivíduos que foram submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. Para Castanha, Coutinho e Saldanha (2005, p. 183) esse “[...] preconceito atinge profundamente os indivíduos, influenciando-os na percepção de sua doença e no comportamento de outras pessoas frente a ela.” A fala a seguir explicita este aspecto:

Dizem [...] pensei que você tinha morrido [...] Você não morreu? [...] Você escapou dessa? [...] Algumas pessoas são [...] grosseiras [...] Outras pessoas tiram seu ânimo (5).

- Força de Vontade (RPNASfv)

Força de vontade é relatada como uma necessidade de imprimir um esforço além do usual para superar as dificuldades e sofrimento para se ajustar na sociedade. O sucesso do ajustamento social, na concepção de 4,2% dos informantes, está diretamente associado à presença desse atributo, como observado nas falas a seguir:

Se as pessoas tiverem força de vontade retornam as atividades sociais [...] Senão sempre vão achar que estão doentes [...] Tem que dizer: quero retornar ao meu trabalho (2). [...] a recuperação depende de si próprio [...] Nunca deixei me abater [...] pela cirurgia (5). A pessoa, tendo coragem de fazer, é tudo normal (14).

Essas falas expressam que o atributo força de vontade está ancorado na determinação e é indispensável e decisivo para a atitude da pessoa revascularizada frente ao ajustamento

social. Essa atitude mostra a reflexão desses indivíduos, utilizando comportamentos decorrentes não só da experiência cotidiana, como de atitudes pessoais, que podem não ser diretamente observáveis, pois se caracterizam como uma variável latente explicativa da relação entre o ajustamento social e seu comportamento.

Nesse sentido, ao comparar a dependência de si próprio, onde se inclui a força de vontade como fonte e o ajustamento social como alvo, evidencia-se a importância desse requisito como solução para o ajustamento social, que pode não acontecer se este requisito não estiver presente. Na concepção de Vala (2001), há uma dependência da força de vontade como requisito para a objetivação do ajustamento, uma vez que na realidade existe uma subordinação entre essa e o ajustamento social, como necessidade indispensável. Essa referência à força de vontade atribui aos sujeitos maior compromisso para consigo mesmos e responsabilidade para a adesão ao tratamento.

- Assimilação às Orientações Recebidas (RPNASaor)

O senso comum relativo à mudança de hábitos ainda apresenta a assimilação das orientações recebidas como imprescindível para a mudança do estilo de vida e indispensável para um bom ajustamento social. Esta assimilação está ancorada na obediência às orientações da equipe de saúde.

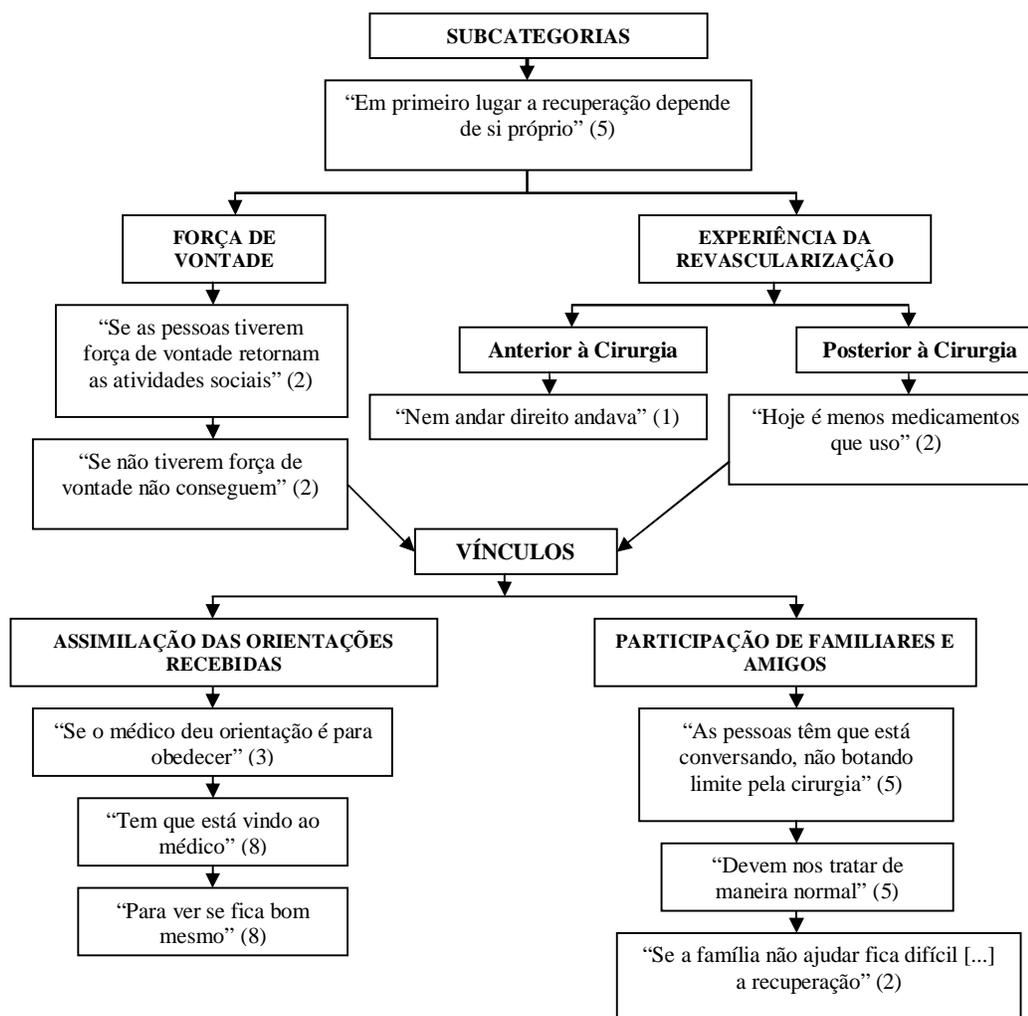
A assimilação, na concepção dos sujeitos, está vinculada às orientações médicas, à falta de conhecimento sobre o assunto e ao autocuidado. Para esses sujeitos, o ajustamento social depende de sua obediência às orientações prescritas pelo médico, tais como: necessidade da revisão periódica, realização de exames, uso de medicamentos, restrições alimentares e físicas. As falas que seguem são ilustrativas:

Se o médico deu orientação é para obedecer (3). Tem que fazer o que o médico recomenda (12). Se a pessoa gosta de si [...] não comete imprudências (7). Se não vier ao médico não vai saber como é que está [...] Tem que está vindo ao médico [...] Para ver se fica bom mesmo (8).

Esses sujeitos expressam o valor atribuído ao controle da patologia para a prevenção de possíveis complicações pós-cirurgia, que podem proporcionar melhor qualidade de vida. Pode-se perceber nas falas que os informantes conhecem a necessidade e a importância da obediência, percebendo o cumprimento do acompanhamento clínico como uma obrigação para estar bem.

É importante ressaltar que os requisitos necessários assim como “[...] as estratégias de ajustamento são muito variáveis de um indivíduo para outro e para um mesmo indivíduo de um momento para outro, mesmo para um acontecimento idêntico”, como diz Dantzer (1998, p.41).

A síntese desta análise é apresentada a seguir, para melhor visualização dessas subcategorias:



Esquema 3 – Síntese da Análise das Subcategorias da Categoria II - Requisitos Necessários ao Ajustamento Social (RNAS)

5.3.3 Categoria III – Reconhecimento do Atendimento para a Recuperação e o Ajustamento Social (RARAS)

Observa-se que a última categoria, evidenciada por 56,3% do total dos entrevistados, em ordem de importância foi a Categoria III – Reconhecimento do Atendimento para a Recuperação e o Ajustamento Social (RARAS), com 37 (8,2%) das unidades de registro. Esta retrata os elementos considerados importantes pelos sujeitos do estudo para sua recuperação e ajustamento, conferindo valores positivo e negativo. Nesta categoria foram ressaltadas duas subcategorias, assim denominadas: Valoração da Assistência dos Profissionais (RARASvap) e Valoração da Cirurgia (RARASvc). Dentre essas subcategorias, a mais destacada está relacionada à RARASvap, com 19 (4,2%) das unidades de registro, seguida da RARASvc, com 18 (4,0%) das unidades de análise, conforme Diagrama 5.

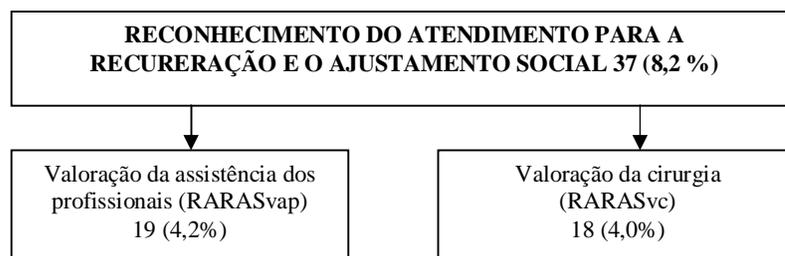


Diagrama 5 – Reconhecimento do Atendimento para a recuperação e o ajustamento social segundo informantes, Salvador-Bahia, 2007

- Valoração da Assistência dos profissionais (RARASvap)

A subcategoria RARASvap traduz a concepção das pessoas submetidas à RM sobre a assistência prestada pelos profissionais de saúde. Está ancorada no modo de atendimento, no apoio, no acolhimento, na forma de acolhimento, na atitude, no interesse e na competência dos profissionais.

O apoio recebido da equipe de saúde está relacionado às imagens positivas que são favoráveis ao cuidado recebido e à conduta desses profissionais. Para os entrevistados, a assistência recebida é satisfatória e transmite segurança. Este achado coaduna-se com os encontrados por Sales (2003) em seu estudo.

Os relatos desses sujeitos revelam a valorização da competência e do atendimento dos profissionais envolvidos na assistência a eles prestada e o reconhecimento do papel dessa equipe para a sua sobrevivência, conforme expressam os entrevistados:

Achei um amor, gostei, amei de mais a assistência da equipe [...] É tanto que ainda continuo vindo ao hospital [...] Se não fosse a equipe não estaria viva [...] Não tenho o que dizer de pessoa alguma aqui [...] Achei muitos médicos maravilhosos aqui no hospital (5). Se não fossem vocês do hospital teria morrido [...] Os profissionais do hospital são humanos [...] Agradeço à equipe [...] tudo que foi feito por mim [...] O hospital é nota mil [...] Achei-me aqui como se estivesse num plano de saúde (7). Peguei uma equipe muito boa aqui no hospital (9). O hospital foi o lugar que me acolheu na hora da [...] agonia (1).

É importante ressaltar que a assistência prestada pelos profissionais de saúde às pessoas revascularizadas do miocárdio não deve limitar-se ao tratamento da doença, mas sim a interpretar os fenômenos sociais ou as representações sociais desse grupo. Consoante Sales (2003, p. 59): “Saber interpretar e utilizar os conhecimentos apreendidos no âmbito do cotidiano exige compreender o significado das diferentes culturas e meios de vida, nos quais se desenvolvem diferentes atividades humanas, dentre outras, a prática do cuidado.”

Outro aspecto a ser considerado, conforme autora citada, é a necessidade de os vínculos de relação estabelecidos pelos profissionais de saúde com esses sujeitos favorecer e estimular a confiança neles depositada pelos revascularizados. O cuidado relacional e humanizado, valorizando o indivíduo como um ser integral, pode contribuir para fazer desaparecer

[...] o modelo cartesiano ainda encontrado na atualidade, quando nos deparamos com profissionais de saúde que se limitam a compreender os mecanismos biológicos de várias partes do corpo, sem estarem interessados nas relações, inter-relações e acontecimentos da vida cotidiana dos portadores de determinada doença, que se constituem diversificadas visões de mundo. (SALES, 2003, p. 46).

- Valoração da Cirurgia (RARASvc)

Na visão dos informantes, a valoração da cirurgia envolve aspectos positivos e negativos, estando ancorada na resolução do problema de saúde e na melhora do quadro clínico. Para alguns é o motivo de uma nova vida, para outros não surtiu o efeito desejado, é um fator limitador, como destacado nas seguintes falas:

Se não fizesse a cirurgia não sobreviveria (8). A cirurgia me deixou em condições para trabalhar [...] Estou melhor [...] depois de operado, mas tem o repouso [...] a maioria que fez a cirurgia não está bem [...] A pessoa que está operada não tem as condições que tinha antes (6). Quando fiz a cirurgia não pensei mais em nada (14). A cirurgia é para melhora e pareço que senti uma piora (19). Tem pessoas que acham que você fez a cirurgia e se recuperou muito rápido (5).

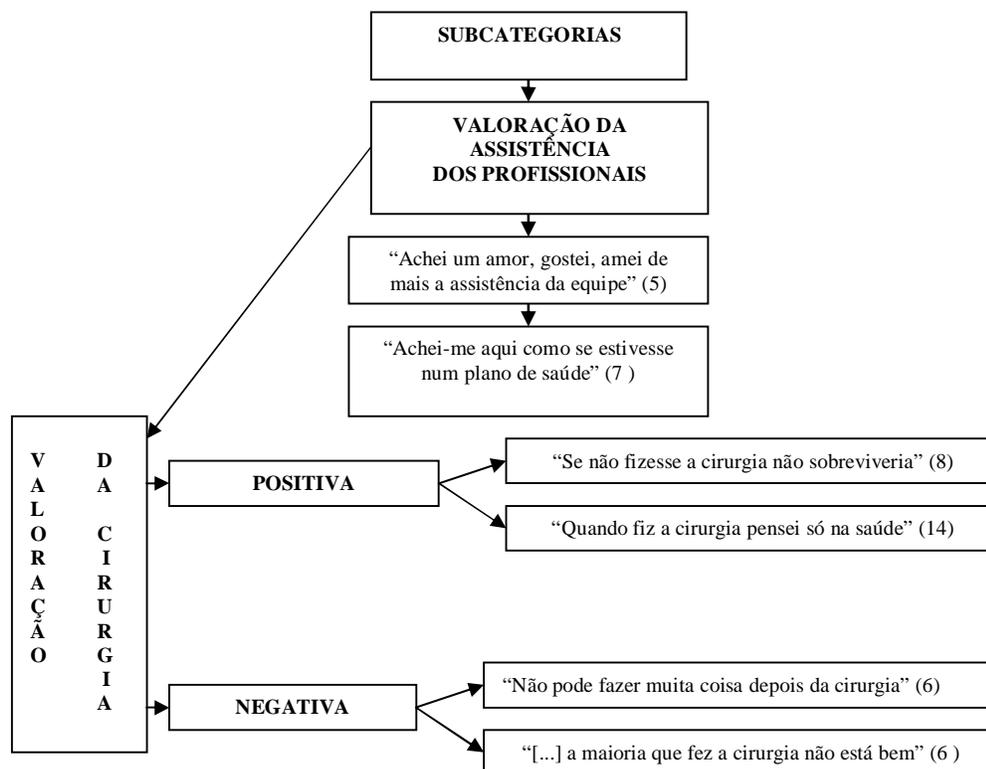
A valorização da cirurgia é simbolizada nas falas dos informantes como o retorno da vida, por ter vivenciado um momento delicado do existir, estimulando reflexões sobre a relação vida e morte e reflete a expectativa de continuar a viver. Essa valoração contrapõe-se à insegurança e ao medo por ter vivenciado a cirurgia cardíaca, ao risco da cirurgia, ao medo da morte, das seqüelas e da dependência do outro, ressaltando os valores culturais da sociedade, que considera a cirurgia como a última tentativa para a solução do problema cardíaco:

Os indivíduos selecionam e descontextualizam a mensagem atribuindo-lhe significados a partir dos valores preexistentes na sua cultura, conferindo-lhe um valor funcional à medida que sirva de referência para compreender a realidade e guiar sua conduta, designando a formação da representação de um dado objeto. (SALES, 2003, p.58).

Na concepção dos indivíduos revascularizados, a vida é o mais importante. Em alguns casos, é difícil para eles acreditar que conseguiram sobreviver a uma cirurgia do coração, conforme as falas a seguir:

O importante é viver (15). Viver [...] é o mais importante (26). Bom é a pessoa que está com saúde (6). Estou de bem com a minha vida (18). Tenho que dizer a mim, sobrevivi [...] Tenho que dizer a mim: estou viva (22).

Para melhor visualização dessas subcategorias, apresenta-se a síntese dessa análise no Esquema 4, a seguir:



Esquema 4 – Síntese das Subcategorias da Categoria III - Reconhecimento do Atendimento para a Recuperação e o Ajustamento Social (RARAS)

5.3.4 Categoria IV – Fatores que Dificultam o Ajustamento Social (FDAS)

Nesta quarta categoria foram agrupadas as unidades de análise temáticas, nas quais os informantes expressaram suas concepções relativas às dificuldades encontradas para o ajustamento social. As subcategorias estão associadas às características negativas relacionadas aos aspectos clínicos, físicos, educativos e disciplinares que dificultam o ajustamento.

A categoria mais ressaltada por 81,3 % dos informantes do estudo e com 86 (19,1%) das unidades de registro está relacionada aos Fatores que Dificultam o Ajustamento Social (FDAS) e põe em evidência três subcategorias: Restrições (FDASre), com 52 (13,8%) das unidades de análise; Falha na Orientação (FDASfo), com 15 (3,3%) das unidades temáticas e Falta de Adesão às Recomendações da Equipe de Saúde (FDASfar), com 9 (2,0%) das unidades de análise.

A frequência elevada das dificuldades, com 86 (19,1%) das unidades de análise (Diagrama 6), permitiu observar-se que podem interferir no ajustamento social e contribuir para uma reinserção social inadequada e limitada. As dificuldades na concepção dos informantes estão relacionadas às restrições como limitações, dores e alimentares (que também apareceram no núcleo central das representações sociais), à falta de orientação ou orientação inadequada e à falta de adesão às recomendações.

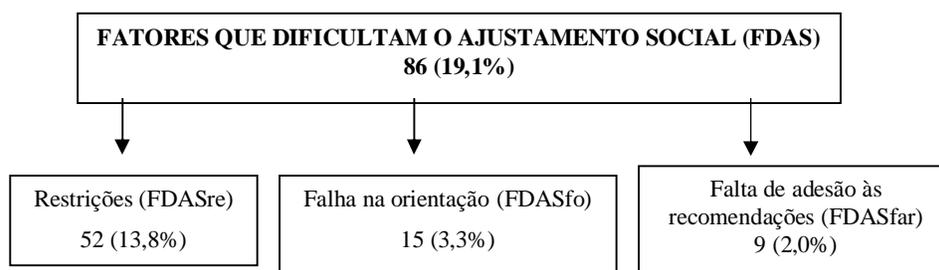


Diagrama 6 – Fatores que dificultam o ajustamento social segundo informantes - Salvador-Bahia, 2007

- Restrições (FDASre)

As Restrições infligidas às pessoas submetidas à RM estão ancoradas nas restrições físicas, de atividades, alimentares e na dor. Essas restrições, a despeito de sofrerem a influência da limitação física, do medicamento e da própria evolução da doença, estão muitas vezes relacionadas ao aspecto psicossocial (CASTANHA; COUTINHO; SALDANHA, 2005).

As limitações físicas e de trabalho associadas às dores provocadas pela cirurgia, à dependência dos outros para cuidar de si mesmo, à dieta rigorosa com incorporação de novos alimentos e ao abandono de outros que são de seu gosto e hábito, bem como o uso de medicamentos podem provocar alterações psicossociais e emocionais relativas aos sentimentos de aflição, tristeza, frustração e inutilidade, dificultando o ajustamento social, como expressado nas seguintes falas:

Não tenho a atividade que gostaria de ter [...] Não posso caminhar devido à cirurgia [...] Tenho restrição hoje em dia em relação ao que fazia antigamente (19). Depois que se faz uma cirurgia dessa não tem condição de nada [...] Agora não posso abusar

e pegar peso [...] Não faço como fazia antes [...] Não posso me esforçar muito (2). Não tenho condições de jeito nenhum (7). Quando saí levei três meses me deitando só estirada [...] Não posso pegar peso (4). Não posso fazer tudo no serviço (6).

Observa-se também, no Quadro 4, que as subcategorias Incorporação das Restrições Médicas e Sentimentos Negativos foram enunciadas por igual número de sujeitos, 62,5%. Isso sugere que, na crença dos indivíduos revascularizados, a incorporação das restrições médicas necessária à mudança de estilo de vida e os sentimentos negativos relacionados às restrições presentes após a cirurgia são situações significantes, porque alteram a perspectiva de retorno a uma vida cotidiana sem limitações, fazendo-se necessária a assimilação de novos hábitos e comportamentos considerados muitas vezes desagradáveis e pouco atraentes. São exemplos as dores e as restrições alimentares e físicas que influenciam e provocam nos indivíduos entrevistados emoções negativas de medo, inutilidade, impotência e conformismo no ajustamento social.

Concorda-se com Nascimento (2005), quando ressalta que as relações interpessoais, o *status* social, a condição econômica e a posição que a pessoa submetida à RM exerce no mercado de trabalho e na família estão diretamente relacionados a seus valores. Conseqüentemente, qualquer mudança de vida que implique na perda de um desses elementos — por exemplo, o estilo de vida e as limitações — pode causar impacto psicológico emocional, comprometendo a saúde e o ajustamento social. Pensar na possibilidade de não poder voltar a trabalhar e exercer seu papel familiar e social, tornando-se um fardo para a família e a sociedade, provoca sentimentos de inutilidade e impotência, como evidenciam as falas a seguir:

[...] o pessoal cria que não pode fazer muita coisa (6). Não fiz nada mais do que tinha vontade de fazer [...] Sinto-me inútil por ficar dependendo dos outros para tudo [...] Sinto-me inútil por não poder fazer nada (21).

Não obstante a cirurgia de revascularização do miocárdio prolongar a vida das pessoas e melhorar, na maioria das vezes, sua qualidade de vida, ser uma pessoa revascularizada impõe várias limitações, entre as quais profissionais, relações afetivas, dificuldade de manter relacionamentos sexuais (CASTANHA; COUTINHO; SALDANHA, 2005). A estas incluem-se as limitações físicas, alimentares e as dores, que em alguns casos persistem mesmo após a cirurgia, principalmente no período de cicatrização, como destacam as falas a seguir:

Tem vez que o peso vem, tem vez que passa [...] Quando puxo o fôlego acho que tem uma abertura no tórax (8). Passei a sentir [...] dores que interrompem meu sono [...] Depois da cirurgia fiquei pior [...] Estou sentindo dores no peito após a anestesia (13). Tenho dores [...] A dor é uma das coisas que me prejudica (19).

A dor é uma experiência desagradável e expressa a repercussão dessa experiência tanto no plano físico como psicológico (CARVALHO, 2005). Mobiliza aspectos psicossociais relacionados à limitação física que desestruturam a pessoa revascularizada, causando sentimentos de tristeza e impotência, como foi também visualizado na estrutura das representações sociais desses sujeitos.

Outro aspecto que dificulta o ajustamento social é a necessidade de seguir uma dieta específica, considerada a restrição alimentar. Os indivíduos entrevistados, quando possível, seguem as orientações quanto à necessidade do ajustamento da alimentação ao novo estilo de vida. Pode-se perceber nas falas dos sujeitos que, apesar do interesse de seguir a dieta rigorosa, não é possível fazê-lo, muitas vezes por questões financeiras. Muitos, após a cirurgia, deixaram de trabalhar, sendo sustentado por familiares, por isto não se sentem à vontade para exigir a especificidade da dieta prescrita, como registram as falas a seguir:

O médico falou: o senhor não pode usar gordura de qualquer tipo, de jeito nenhum (3). Como muito pouco sal [...] acompanhando a orientação médica (8). Posso dizer que faço oitenta por cento do regime, vinte por cento não (19).

Deve-se também considerar a dificuldade para mudar os hábitos alimentares, visto que esses são construídos com a eleição de alimentos que provocam prazer e satisfação nas pessoas e são adquiridos desde a infância. Muitas vezes abandonar determinados alimentos consiste em situações de sofrimento para os indivíduos revascularizados, que têm a necessidade de fazê-lo por motivo da doença coronariana.

Os hábitos nutricionais são adquiridos desde a infância e dependem de diversas variáveis, tais como fatores culturais, religiosos e socioeconômicos, o que dificulta a mudança. No caso dos indivíduos revascularizados, tornam-se necessários incentivos e orientações adequadas sobre a substituição de alimentos, visando a oferecer-lhes maior segurança e tranquilidade, bem como a prevenção de complicações. Da mesma forma que os hábitos nutricionais, as representações sociais são históricas em sua essência e influenciam o desenvolvimento do indivíduo desde a primeira infância (MOSCOVICI, 2003).

Desse modo, de acordo com Souza (2004), pode-se considerar que a doença cardiovascular provavelmente interfere na vida social da pessoa, já que é uma situação que pode limitá-la em relação ao trabalho ou no exercício de outra atividade que demande esforço físico e disponibilidade, constituindo-se em um problema.

- Falha na Orientação (FDASfo)

A falha na orientação, na concepção dos entrevistados, está ancorada nas informações dúbias recebidas ou na falta de informação sobre a cirurgia, dificultando o entendimento da necessidade de mudanças dos estilos de vida prejudiciais à saúde e o ajustamento à vida social após a cirurgia.

Segundo os informantes, as orientações são dadas somente após o questionamento dos próprios indivíduos revascularizados e algumas vezes são prestadas de maneira incompleta, confusa e incompreensível, com limitados esclarecimentos para o grau de escolaridade dos destinatários, que em sua maioria têm apenas o ensino fundamental. A fala a seguir é ilustrativa:

Questionei sobre minha alimentação [...] tive que cobrar que tipo de cirurgia tinha feito [...] a gente fica naquela dúvida [...] Disseram que eram quatro pontes de safena [...] Depois disseram que eram três pontes de safena [...] Depois era uma ponte de safena [...] o médico disse: você fez a ligação da ponte mamária que estava entupida [...] Devia ter mais uma atenção ao paciente [...] do tipo a senhora não faça isso, não faça aquilo [...] o médico devia explicar (7).

Esta fala chama a atenção para a utilização de muitos termos técnicos pelos profissionais, o que pode dificultar a comunicação entre as partes. Desta maneira, ressalta-se a necessidade de os profissionais de saúde considerarem os aspectos individuais de cada pessoa e a importância de escolher o momento certo de expor as orientações, bem como a importância em orientar também os familiares, para que esses possam ser multiplicadores destas informações em períodos de ausência da enfermeira ou do médico (GASPERI, 2005).

Os profissionais de saúde, de acordo com Remen (1993), tendem a valorizar a parte doente das pessoas que dependem de seus cuidados, o que os impede de visualizar e valorizar em suas orientações e assistência as potencialidades das partes saudáveis que esses indivíduos revascularizados ainda preservam.

Rabelo e Padilha (1999) referem que entre os motivos que levam o profissional a não orientar a pessoa que necessita destas orientações encontram-se a falta de conhecimento sobre a importância de orientar e a falta de motivação, em função de baixos salários e de longas jornadas de trabalho, entre outros. Inclui-se aqui também a falta de conhecimento a respeito do assunto que necessita ser orientado, pois, infelizmente, em algumas circunstâncias, podem-se encontrar profissionais não suficientemente capacitados para exercer a função de promotores de saúde e/ou educadores em saúde (GASPERI, 2005). Este estudo aponta a importância da enfermeira levantar junto aos indivíduos revascularizados as principais questões e dúvidas que mais os preocupam, para que possam fundamentar as orientações que necessitam receber no pré, trans e no pós-operatório, para um ajustamento social eficiente.

Entende-se que uma orientação que forneça todas as informações que a pessoa que se submeteu à revascularização do miocárdio e seus familiares necessitam, usando uma linguagem compreensível, destacando o que é importante, atentando para a necessidade, a vontade e o momento correto de fornecê-las, poderia ajudar estas pessoas a enfrentarem esta nova situação e se ajustarem na sociedade.

Observa-se nas falas referências apenas às orientações médicas, inferindo-se que a atuação da enfermeira na orientação para o ajustamento social é pouco visível para o grupo em estudo. Vale ressaltar que as orientações de enfermagem podem estar centradas no modelo médico assistencial da orientação voltada apenas para a doença, relacionadas à orientação específica do horário do uso das medicações e restrições alimentares e físicas, sem levar em consideração os aspectos psicossociais, a sexualidade e a sociabilidade desses indivíduos.

No esforço de aplicar a ciência nos cuidados com a saúde, o sistema tendeu a separar a doença da estrutura de referência e considerou-a isoladamente, sem levar em conta a pessoa que sofre com ela ou o ambiente social que em parte, a encorajou ou provocou [...] deixando de conhecer e compreender a situação específica e a pessoa como elas realmente são. (REMEN, 1993, p.26).

Destaca-se neste momento a inexistência de programas de reabilitação cardíaca na cidade do Salvador, constituídas por uma equipe multidisciplinar, que trabalhem especificamente as dificuldades e os problemas enfrentados pelas pessoas revascularizadas no ajustamento. Ressalta-se ainda o papel fundamental que a enfermeira desempenha no ajustamento social, enquanto elemento decisivo nos processos interacionais cliente/família/equipe para o autocuidado e independência nas atividades da vida cotidiana.

- Falta de Adesão às Recomendações da Equipe de Saúde (FDASfar)

A falta de adesão às recomendações da equipe de saúde e a falta de consciência efetiva da necessidade de mudança de estilo de vida é considerada um problema importante relacionado ao ajustamento social do indivíduo revascularizado. É importante que este indivíduo tenha conhecimento sobre sua doença e sobre as formas de tratamento, para evitar suas complicações e obter maior participação dele no esquema terapêutico (TORRES, 2005).

As características da cirurgia, como recuperação lenta, associação com diversos fatores de risco, possibilidade de complicações, necessidade de revisão médica constante, tratamento para toda vida e modificação de hábitos de vida, trazem um estigma para o indivíduo revascularizado, fazendo-o sentir-se diferente e discriminado. Isto contribui para falhas da adesão e negação e não aceitação no processo de ajustamento social.

A adesão dos indivíduos revascularizados ao tratamento é o grande desafio para os profissionais que atuam na reabilitação cardíaca. A adesão significa a incorporação consciente das orientações prescritas pelos diversos profissionais da equipe multiprofissional, no que se refere ao uso adequado das medicações, reeducação alimentar, realização de exercícios físicos regulares, redução e controle dos fatores de riscos, mudança de estilo de vida e participação de programas para pessoas cardíacas (TORRES, 2005).

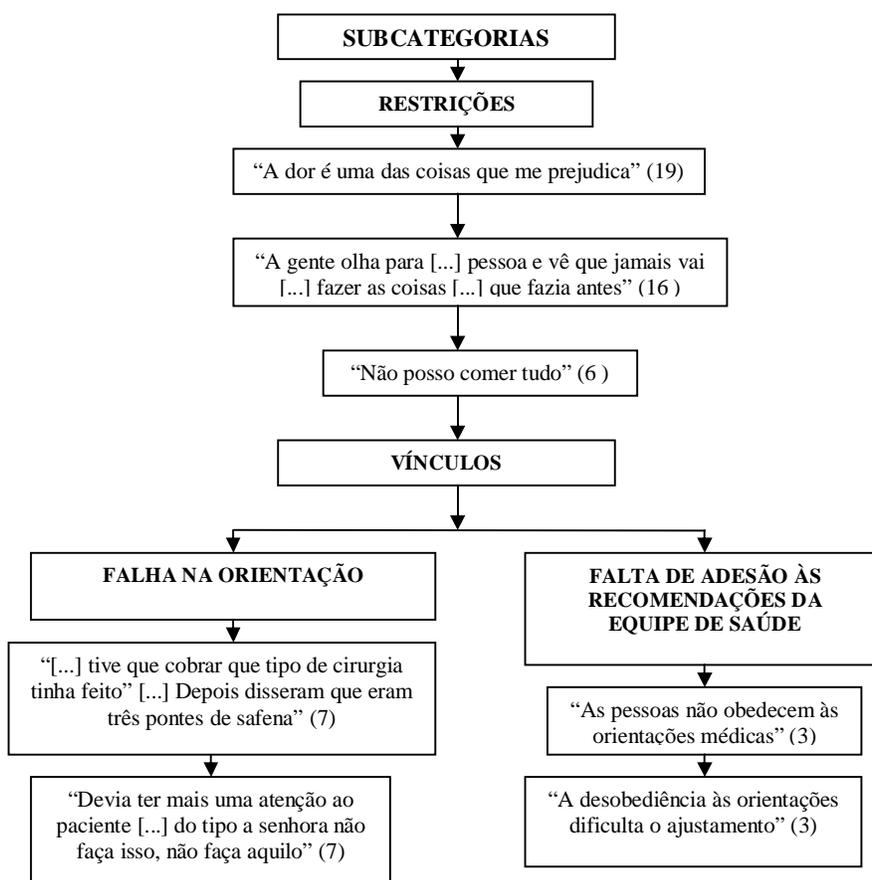
O trabalho de educação com esses indivíduos deve ser realizado em todas as etapas do processo de cuidado, mesmo antes de se chegar à cirurgia, como última medida de controle e recuperação da doença. A adoção de um novo estilo de vida é construída com incorporação de novas atitudes de forma paulatina. Assim, desejar a incorporação de novos hábitos de maneira repentina pode constituir-se em um equívoco por parte de quem cuida e de quem é cuidado, interferindo negativamente na adesão ao tratamento e no ajustamento. A adesão depende da individualidade, subjetividade, experiência, grupo de pertença e representação social de cada indivíduo, como confirmam as seguintes falas:

Tem gente que arrisca com imprudências (7). Um amigo andou comendo tudo que viesse [...] Um amigo andou subindo e descendo ladeira e faleceu (10). As pessoas retornam com desobediência [...] A desobediência às orientações dificulta o ajustamento (3). Se a família não ajudar fica difícil [...] a recuperação (2).

Destaca-se ainda que um grande número de informações dadas de uma só vez, apenas no momento da alta ou depois dela, com características sempre restritivas, e a não existência de um programa específico para o grupo de pessoas revascularizadas, com sala de espera,

vídeos e cartilhas educativas, que ofereça a estas pessoas a possibilidade de desenvolverem trabalhos educativos, dificultam a assimilação das orientações e a possibilidade de troca de experiências que sejam favoráveis ao ajustamento social.

Segue uma síntese das subcategorias da categoria Fatores que Dificultam o Ajustamento Social:



Esquema 5 – Síntese das Subcategorias da Categoria IV - Fatores que Dificultam o Ajustamento Social (FDAS)

5.3.5 Categoria V – Aspectos Psicossociais do Ajustamento Social (APAS)

Em destaque de importância no discurso de 87,5% dos informantes está a Categoria V – Aspectos Psicossociais do Ajustamento Social, com 98 (21,8%) das unidades de análise. Esta categoria retrata as concepções subjetivas do ajustamento social, assinalando os

sentimentos mobilizados durante esse ajustamento. Engloba situações afetivas positivas e negativas, conforme o Diagrama 7, que põem em evidência três subcategorias relacionadas a Religiosidade (APASre), com 34 (7,5%) unidades de análise, a Satisfação pela Recuperação (APASsr), com 25 (5,6%) unidades de informação, e Sentimentos Negativos (APASsn), com 39 (8,7%) unidades de análise. A síntese desta categoria é apresentada no Diagrama 7, a seguir:

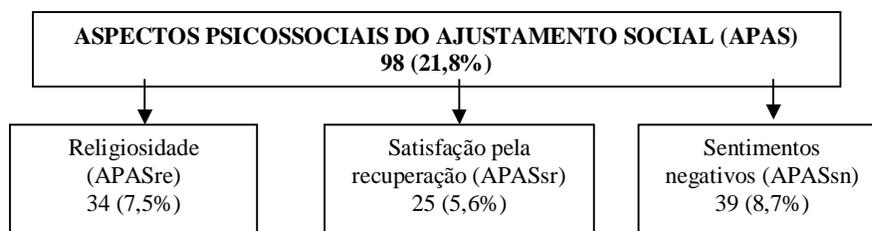


Diagrama 7 – Aspectos psicossociais do ajustamento social segundo informantes - Salvador-Bahia, 2007

A Categoria V — Aspectos Psicossociais do ajustamento Social (APAS) demonstra a Religiosidade, a Satisfação pela Cirurgia e os Sentimentos Negativos ancorados no medo e na aflição inerentes ao enfrentamento de uma nova situação, pela necessidade de mudança do estilo de vida e pelo sentimento de inutilidade e impotência frente à doença e à recuperação lenta.

Assim, estar atento à subjetividade da pessoa, ao enfrentamento da situação saúde/doença, à manifestação de tristeza e medo, de atitudes de agressividade ou recusa dos cuidados, às crenças e expectativas poderá revelar dados importantes para a solução de problemas que envolvem o contexto do cuidado da pessoa. (CARVALHO, 2005, p. 26-27).

As subcategorias APASr, APASsr e APASsn consistem em respostas ou reações subjetivas de cada indivíduo no ajustamento social a determinados acontecimentos cotidianos, as quais são sempre acompanhadas de emoções fortes, que podem ser agradáveis ou desagradáveis a depender dos estímulos. Neste sentido, na concepção do senso comum, a visão do coração na cirurgia de revascularização do miocárdio é de um símbolo cultural da vida, que é manifestado como produto das múltiplas atualizações vivenciadas pelos indivíduos nos diversos estilos sociais.

As representações sociais elaboradas pelas pessoas revascularizadas fundamentam suas atitudes e comportamentos no ajustamento social após a cirurgia. Esses comportamentos, por sua vez, são justificados por suas crenças. Assim, no processo de ajustamento social, os

estilos adotados pelos indivíduos têm uma forma particular de imaginar a vida como se fosse o coração, e qualquer situação que o afete está pondo em risco a vida. Assim a sobrevivência é cercada de aspectos psicossociais, devido ao medo da morte, da nova fase de vida, das condições clínicas e da necessidade de mudança de hábito.

- Religiosidade (APASre)

A construção do senso comum da religiosidade está ancorada na crença e na gratidão a Deus, como já evidenciado na estrutura da representação do ajustamento social. Nas concepções e nas emoções emergentes da experiência cirúrgica, a pessoa vivencia o ajustamento social de maneira particular e única. Esta situação é também destacada por Mello Filho (1992, p.253), quando explica:

[...] a cirurgia cardíaca é um grande evento na vida das pessoas: primeiro, porque sendo um procedimento complexo e não fisiológico, tanto pode preservar a vida e melhorá-la quanto extingui-la. Em segundo lugar, essa cirurgia simbolicamente vai mexer com o centro da vida e templo dos sentimentos. Por fim, a partir da operação o cliente conviverá com sinais físicos da cirurgia, sendo a cicatriz no peito a mais evidente. Isto o distinguirá entre os outros seres humanos; muitos a têm como um estigma de vulnerabilidade, enquanto para outros representa um ato de coragem.

Inferre-se que os indivíduos, para aceitarem melhor a nova condição de vida, apóiam-se em algo para explicar essa situação, como a crença religiosa, conforme as seguintes falas:

Agradeço muito, muito mesmo a Deus [...] ter encontrado uma pessoa que me ajudasse [...] Agradeço muito [...] também ao hospital [...] Apeguei-me tanto com Deus que hoje estou viva (1). Graças a Deus, meu marido, meus irmãos, minha família inteira sempre tiveram cuidado comigo [...] A minha fé é muito grande (5). Acho que me sinto até uma pessoa feliz (16). Se não fosse Deus teria morrido (7). A pessoa se entregando a Deus é tudo normal (14).

A construção das crenças é processada por cada sujeito individualmente e deriva das interações e comunicações no grupo de pertença, estabelecendo a representação social compartilhada por todos que fazem parte deste grupo. De acordo com Sales (2003, p.41): “[...] mesmo com a difusão de informações científicas que refuta determinados estereótipos, a riqueza das representações das doenças em razão dos aspectos culturais dos povos aponta para a eficácia das funções psicológicas da crença.” Este entendimento é confirmado pelo que foi encontrado no sistema periférico da estrutura da representação social, relacionado à gratidão a Deus.

Os sentimentos de tristeza, inutilidade e de impotência fazem com que o indivíduo procure amparo na fé e na religiosidade, na tentativa de amenizar seus medos (SOUZA, 2004).

- Satisfação pela recuperação (APASsr)

A satisfação, na concepção dos indivíduos submetidos à RM, está ancorada no bem-estar e na elevação da auto-estima e envolve o prazer por sua recuperação, tanto para si, como para os amigos e familiares.

Ressalta-se que quando uma pessoa da família adoecer ou se recupera toda a família participa do mesmo processo de adoecer e se recuperar, conforme expressam as falas:

Um motivo de alegria poder pelo menos fazer alguns exercícios (12). Os familiares ficaram bem satisfeitos [...] Os colegas ficaram muito contentes em me ver continuar trabalhando sem sentir nada [...] Eu e minha família ficamos muito alegres (2).

As pessoas idealizam como o corpo deveria parecer e isto pode resultar em insatisfação. A importância atribuída à imagem corporal após a cirurgia está na base da formação da auto-imagem e da auto-estima, como pode ser percebido nas seguintes expressões:

Eu mesma estou me achando melhor [...] Estou me sentindo bem [...] estou mais gordinha (4). Estou me cuidando por conta própria [...] gosto de mim (7).

Na sociedade brasileira existe uma grande preocupação com a imagem e a beleza corporal, pois se confere *status* àqueles que se mantêm nos padrões impostos por essa cultura. Consoante Souza (2004), dentre as várias maneiras que o ser humano tem para pensar a respeito de si mesmo, a principal é a da imagem que ele faz de seu próprio corpo. A imagem do corpo proporciona uma base de identidade pessoal e toda mudança na estrutura e na função deste é experimentada como uma ameaça à pessoa, pois ocorre um permanente intercâmbio entre a própria imagem e a imagem dos demais.

- Sentimentos Negativos (APASsn)

Cada indivíduo reage à cirurgia e ao ajustamento social de um modo particular, individual. Desta maneira os profissionais de saúde, principalmente a enfermeira, devem

observar as reações emocionais da pessoa que foi submetida à revascularização do miocárdio, apreendendo, antes de tudo, que esse indivíduo é único e que não deve ser rotulado por sua doença. Segundo Remen (1993, p.24): “[...] há uma forte tendência no pensamento contemporâneo a enxergar, a nós e aos outros, não como se tivéssemos nossas doenças, mas como se fôssemos nossas doenças.”

A subcategoria APASn está ancorada no medo de seqüelas, de recidiva da doença e da morte; na aflição pelas restrições médicas e perda da potência de ser; e na sensação de inutilidade e impotência pela limitação e necessidade de dependência do cuidado do outro.

Esta subcategoria, que envolve as concepções para o ajustamento social do indivíduo revascularizado, foi também identificada no estudo realizado por Torres (2005). Para esta pesquisadora: “[...] parece revelar que o estigma da doença, o preconceito e às concepções acerca da mesma caracterizam um comportamento de negação e de não aceitação da doença.” (TORRES, 2005, p. 101).

O vivenciar a necessidade de cirurgia cardíaca é única e diferente para cada indivíduo e o fato de ser uma cirurgia cardíaca causa mais ansiedade do que se fosse em outro órgão, devido à simbologia do coração como o centro da vida. Isto traz sentimento de destruição total do ser e, conseqüentemente, aflição e medo da morte (MELLO FILHO, 1992). O medo aparece nas falas dos sujeitos da pesquisa de diferentes maneiras, dependendo da intensidade com que os acomete, sendo referido como preocupação, ansiedade, sofrimento, tristeza, estresse, angústia, aflição.

Ao deparar-se com a possibilidade da morte, o indivíduo experimenta sentimentos de medo e aflição com variação de intensidade, perceptível ou não, que o acompanham durante todo o ajustamento. A pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca enfrenta a situação juntamente com a família, sendo uma situação geradora de altos níveis de estresse, angústia e aflição, como destacado nas seguintes falas:

Estão sofrendo todo mundo junto (21). É a falta de impotência que me deixa meio triste (13). Ficam preocupados com a operação [...] Alguns têm medo de voltar a trabalhar (26).

Outro fator que pode gerar aflição para a pessoa que se submeteu à cirurgia cardíaca é o fato de receber uma assistência fragmentada, ou seja, cada profissional trata apenas de sua especialidade, não enxergando a pessoa como um ser humano integral (GASPERI, 2005). Em

seu estudo, esta autora constatou que a aflição das pessoas estava intimamente relacionada com o medo de não poder manter o estilo de vida ao qual estavam acostumadas, ou seja, não poder mais trabalhar, ter momentos de lazer e ficar com a saúde debilitada, dependente de outras pessoas, prejudicando, desta forma, sua qualidade de vida.

O coração é um dos órgãos mais importantes do corpo humano e faz todo o organismo funcionar. Na percepção do senso comum, é o órgão que representa a vida e os mais puros sentimentos de amor, paixão, raiva e tristeza; por isso gera tanto medo e angústia ao adoecer (GASPERI, 2005). A ameaça de interrupção da vida, quando se acredita que há muito por realizar, conduz a uma sensação de tarefa inacabada, de inutilidade e impotência frente aos acontecimentos, sendo esses sentimentos constrangedores, principalmente se essas pessoas tinham uma vida atribulada, cheia de afazeres e obrigações, e eram responsáveis pelo sustento da família (SOUZA, 2004).

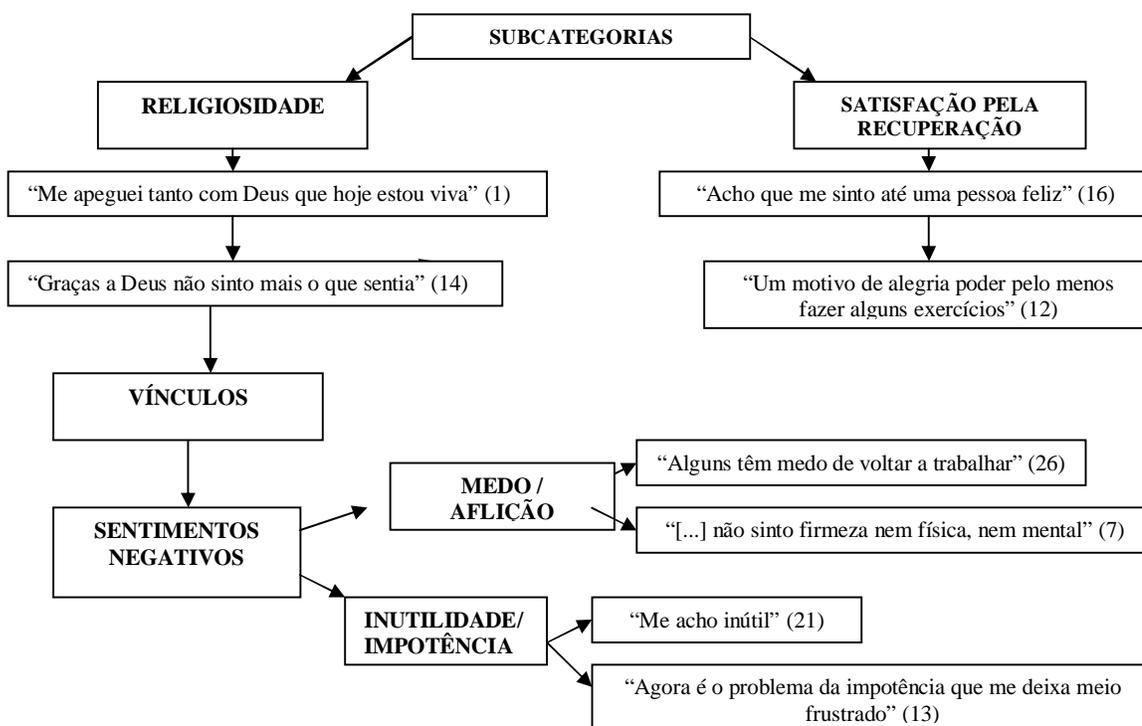
Esses sentimentos podem estar relacionados às perdas vividas pelo indivíduo no que se refere a sua auto-imagem, auto-estima e autonomia e são compartilhados pelo grupo, determinando as atitudes e os comportamentos assumidos. A cicatriz cirúrgica, por exemplo, pode comprometer a auto-imagem da pessoa revascularizada. Expor áreas do corpo com a cicatriz pode trazer desconforto e interferir na auto-estima.

Pode-se inferir que as expectativas que já existiam antes da cirurgia com características mais negativas, devido ao medo do desconhecido, cedem lugar a expectativas relacionadas a maior tempo e à qualidade de vida. Uma demora no atendimento dessas expectativas ou o não acontecimento das mesmas está diretamente relacionado aos conflitos psicossociais, como sentimentos de tristeza, inutilidade, impotência e conformismo com a situação atual. Assim, a enfermeira deve considerar como a pessoa enfrenta internamente o processo de ajustamento, deve procurar conhecer, perceber e levar em consideração as fontes causadoras de sentimentos negativos e fornecer orientações adequadas a esta pessoa e a seus familiares sobre os assuntos que sentem necessidade em ser orientados, valorizando os sentimentos positivos. A insegurança em relação à nova situação aumenta a aflição e, conseqüentemente, a dificuldade de lidar com a doença e/ou com a adaptação ao novo estilo de vida, como ressaltam as falas a seguir:

*Não sinto firmeza tanto física, como mental [...] não me acho ainda em condições (7).
Aí me conformo, a vida tem que ser assim mesmo (4). Sinto-me inútil por não poder fazer nada [...] Sinto-me inútil por ficar dependendo dos outros para tudo (21). Agora é o problema da impotência que me deixa meio frustrado (13).*

Ressalta-se também que as subcategorias Religiosidade e Sentimentos Negativos emergiram, respectivamente, nas falas de 87,5% e 62,5% dos entrevistados, demonstrando que a religião é acessada como um suporte para dar sentido a uma nova vida, uma vida com restrições. É também expressada nas atitudes de gratidão a Deus por ter sobrevivido ao risco de morte, principalmente durante a cirurgia e em outros momentos difíceis da vida: “Vários estudos têm demonstrado a valia do apoio religioso em todas as fases da vida, essencialmente para os portadores de algum transtorno da Saúde.” (SALES, 2003, p.85).

No Esquema 6, a síntese dos Aspectos Psicossociais do Ajustamento Social:



Esquema 6 – Síntese da Categoria V - Aspectos Psicossociais do Ajustamento Social (APAS)

A concepção do ajustamento social para este grupo coincide com o exposto na literatura científica e está relacionada ao retorno ao cotidiano com uma vida saudável, para a qual se faz necessária a mudança de vida. Destarte, ressalta-se a importância de a enfermeira efetivar um plano terapêutico para todas as fases do tratamento e do ajustamento, considerando todas as necessidades de orientação da pessoa submetida à RM e também suas necessidades psico-sócio-emocionais para sua recuperação e ajustamento social. É também

importante que essa profissional tenha condições de promover atividades educativas, coletivas específicas para esse grupo, enfatizando o retorno a suas atividades sociais, físicas, de lazer e de trabalho, vinculado às orientações recebidas sobre a cirurgia e o ajustamento, à necessidade de dieta saudável, à prática de exercícios, ao uso de medicações prescritas e à mudança de hábitos após a cirurgia.

O Diagrama 8 permite melhor compreensão dessas representações:

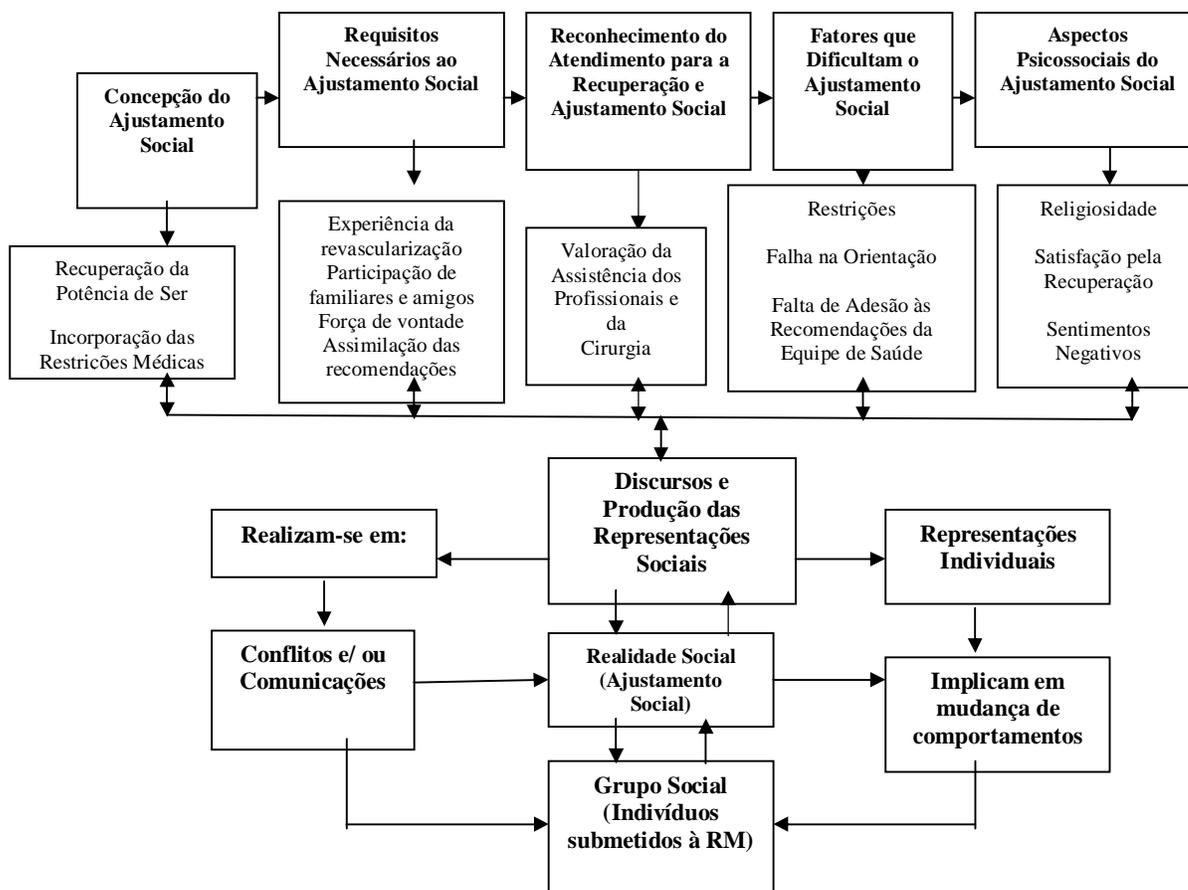


Diagrama 8 – Síntese da RS do ajustamento social, segundo os indivíduos revascularizados do miocárdio – Salvador, Bahia, 2007

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ajustamento social visa dar continuidade ao tratamento cirúrgico e reajustar o indivíduo submetido à RM a sua família, às atividades diárias do cotidiano e à sociedade, por meio do conhecimento de suas interações e papéis sociais, do controle da sintomatologia, da mudança dos estilos de vida prejudiciais à saúde e da prevenção e controle dos fatores de risco cardiovascular, para melhorar sua funcionalidade, aumentar sua qualidade de vida e diminuir as limitações individuais.

Este estudo buscou analisar as Representações Sociais sobre o ajustamento social elaboradas pelas pessoas submetidas à revascularização cirúrgica do miocárdio. Considerando o objetivo proposto, pretendeu-se evidenciar a importância das RS e suas possíveis interferências no contexto social das pessoas submetidas à RM, pois, fazendo parte de um mesmo grupo de pertença, ao serem ouvidas, tiveram a oportunidade de expressar percepções, crenças e valores que as conduzem em seu cotidiano.

Procurou-se compreender como as RS dos entrevistados, que foram submetidos ao mesmo procedimento cirúrgico, conduzem e orientam seu ajustamento social pelo conhecimento do senso comum. Dentre as diversas teorias que norteiam a assistência de enfermagem, foram utilizadas as Teorias das Representações Sociais e do Núcleo Central com multimétodos de análise para a identificação dos conteúdos e da estrutura da representação do ajustamento desses indivíduos. Considera-se que o ajustamento social é edificado com base em um saber, o senso comum, tendo os aspectos psicossociais como eixo para esta elaboração.

As representações do ajustamento social, na concepção dos entrevistados, não diferem muito do que é encontrado na literatura e estão relacionadas à recuperação da potência de ser e à incorporação das restrições médicas para o retorno ao cotidiano.

O conhecimento do senso comum orienta os comportamentos sociais do grupo de pessoas submetidas à RM, permitindo a troca de experiências baseada em conhecimentos prévios, o que gera representações sociais diversificadas sobre o ajustamento, mesclando sentimentos positivos pela sobrevivência com sentimentos negativos associados às dores, aflição, impotência e limitações.

As conseqüências da cirurgia avaliadas positivamente, tais como a expectativa de uma vida saudável e o apoio familiar, possibilitam atitudes e comportamentos de adequação e satisfação no ajustamento enquanto os significados das situações negativas, na concepção dos sujeitos que foram revascularizados, ressaltam comportamentos e posturas com evidências de insatisfação e não adequação ao ajustamento social.

A estrutura da Representação Social dos indivíduos pesquisados evidenciou que o núcleo central revela expectativas sobre o ajustamento relacionadas à saúde, demonstrada por meio dos elementos *Saúde, Mudança de vida, Normal e Dores*. Já o sistema periférico retrata a necessidade no contexto vivido de se apegar a um Ser supremo e à fé para superar as dificuldades do ajustamento. É evidenciada pelos termos *Gratidão a Deus, Sem saúde, Tristeza, Impotência e Repouso*, inferindo-se que o ajustamento social para essas pessoas é difícil, por requerer mudança de estilo de vida e envolver a ausência de saúde e aspectos sensoriais e emocionais.

Os resultados deste estudo ressaltam a concepção do senso comum dos indivíduos que foram revascularizados do miocárdio. Para essas pessoas, o ajustamento social foi elaborado com base em uma diversidade de conceitos que envolvem suas características pessoais, passando por diversas opiniões, que incluem desde as concepções sobre o ajustamento, os requisitos pessoais necessários, a valoração, a viabilidade até os aspectos psicossociais para o ajustamento. Esses indivíduos consideram que a mudança de vida relativa à realização da cirurgia está associada à recuperação de sua funcionalidade, tendo, assim, dificuldades para realizar as mudanças necessárias ao estilo de vida benéfico à saúde e para a adesão ao tratamento.

Diante da diversidade de situações vivenciadas no ajustamento social pelos sujeitos em estudo, os profissionais de saúde se defrontam com muitos desafios voltados para as dificuldades de mudança do estilo de vida e para o retorno ao cotidiano após a cirurgia de revascularização. Neste sentido, é necessário que esses profissionais conheçam as representações sociais desse grupo de pertença — pessoas revascularizadas do miocárdio — para que possam promover a saúde, possibilitando a esses indivíduos o acesso às informações que os ajudem a escolher as melhores opções para aprimorar suas condições de vida, orientando sobre as mudanças necessárias em seu estilo de vida, para melhorar o processo de recuperação e o ajustamento social.

Desse ponto de vista, é importante que a equipe multiprofissional que presta a assistência a esse grupo de pessoas no ajustamento social considere suas representações, pois estas podem interferir e dificultar as mudanças de hábitos necessárias ao ajustamento. Essas representações sociais podem contribuir para uma abordagem de saúde integral e significativa, uma vez que, mesmo que o comportamento e o processo da doença sejam semelhantes, cada pessoa está inserida em seu contexto social, que abrange os aspectos biológicos, espirituais e psicossociais específicos.

A promoção de saúde associada à educação em saúde está vinculada ao conhecimento dos hábitos e costumes do indivíduo submetido à RM, de seus familiares e das pessoas que o

cercam, visando à mudança de hábitos prejudiciais e à erradicação dos fatores de risco cardiológicos. Uma das formas de atingir a finalidade da promoção de saúde é por meio da educação em saúde prestada na organização hospitalar e no âmbito social, levando em consideração os hábitos e costumes dos envolvidos no ajustamento social. A educação em saúde poderá auxiliar os indivíduos submetidos à RM a modificarem seus hábitos, favorecendo o ajustamento e a qualidade de vida dessas pessoas, ajudando-as a aceitar ou, pelo menos, a entender esta nova condição, aderir ao tratamento e se ajustar na sociedade.

De acordo com os resultados encontrados é preciso efetivar mudanças nas práticas profissionais, considerando que as orientações prestadas pela equipe de saúde, especialmente pela enfermeira, possibilitará a promoção da saúde da pessoa submetida à RM e de seu familiar, visando a um melhor ajustamento e a uma adequação de hábitos e costumes. A equipe de saúde estará lidando com essas pessoas nos diversos espaços de atuação e com a objetividade e subjetividade dos conteúdos emocionais de quem tem dificuldade para se reajustar na sociedade.

Nas orientações e assistências proporcionadas pelos profissionais de saúde ao grupo em estudo, deve-se considerar que a subjetividade dos aspectos psicoemocionais norteia o adoecer humano, perpassando o surgimento da doença, seu desenvolvimento, a adesão ao tratamento até o ajustamento. Por isto é importante compreender o significado que a própria pessoa dá a sua doença e ao ajustamento social. A percepção desses indivíduos sobre a patologia e o ajustamento ao cotidiano está relacionada a suas atitudes, que poderão ou não contribuir para a adesão e/ou o reajustamento na sociedade. As orientações prestadas ao grupo de pessoas que foram revascularizadas são relevantes para o ajustamento, por fornecer subsídios para que possam adequar seu estilo de vida a suas necessidades atuais, dando segurança e autonomia para aderir ao tratamento e ajustar-se à sociedade.

As orientações e assistências propiciadas devem considerar a individualidade dessas pessoas no contexto do processo saúde-doença e em seu ajustamento na sociedade, por serem vivenciados de modo particular, a depender da história de vida, da cultura e crenças, permitindo que o indivíduo possa voltar a exercer seu papel na sociedade, pois, em uma sociedade capitalista, uma pessoa que não tem condições de ser produtiva pode sentir-se marginalizada, impotente e inútil para sua família e para a sociedade.

Conhecer as representações sociais dos indivíduos submetidos à RM pode também suscitar um bom inter-relacionamento e auxiliá-los a aderir às ações de prevenção e ao tratamento favorecendo o ajustamento e a mudança de seus hábitos prejudiciais a saúde e de seus familiares, gerando uma melhor qualidade de vida para os envolvidos no processo de ajustamento social.

Ressalta-se a importante contribuição das representações para a melhor compreensão do ajustamento social das pessoas em estudo, uma vez que destas surgiram aspectos que possibilitaram a seleção dos elementos que podem contribuir de forma essencial na construção de uma prática assistencial inovadora. É um grande desafio levantar reflexões que contribuam para as revisões de conceitos e da própria assistência, transpondo do discurso para a prática, especificamente da enfermagem.

O desenvolvimento desta pesquisa propiciou o entendimento da importância de criarem-se estratégias de cuidado e desmistificar muitos valores e crenças que subsistem entre essas pessoas, para melhorar a compreensão e reorientação desse ajustamento e promover a saúde dessas pessoas e de seus familiares. Dentre as estratégias, deve ser considerada a implementação de um programa específico para a promoção da saúde das pessoas submetidas à cirurgia cardíaca e seus familiares, de forma a assistir integralmente esse grupo, mediante um plano terapêutico individual, considerando as representações desse indivíduo após o levantamento das dúvidas e dificuldades para o ajustamento social. Deve também ser considerada a possibilidade de formação de grupos terapêuticos com uma equipe multidisciplinar de ajuda a essas pessoas e suas famílias para a troca de experiências, a implementação de sala de espera nos consultórios com atividades educativas e a difusão de informações pelos diversos meios de comunicação, para promover esclarecimentos e estimular a mudança de hábitos prejudiciais à saúde.

Espera-se que o desenvolvimento deste estudo possa contribuir com as discussões relativas ao ajustamento social dos indivíduos submetidos à RM com base no conhecimento do senso comum produzido no cotidiano, para que se possa prestar uma assistência que possibilite seu ajustamento na sociedade, orientando-os para uma vida saudável e adequada a sua situação atual. Espera-se também estimular a abordagem deste tema na academia e nas organizações hospitalares, reforçando a atuação dos profissionais junto à comunidade, para conhecer como essas pessoas percebem a cirurgia e o ajustamento, bem como as representações que motivam as ações individuais e do grupo de pessoas que foram revascularizadas.

Considerando-se a reduzida produção científica sobre o objeto de estudo buscou-se destacar a dimensão do ajustamento, analisando os conteúdos e estrutura da representação social do ajustamento. Entende-se que esta dissertação não esgotou as possibilidades de conhecimento sobre o tema e permitiu vislumbrar áreas que exigem maior aprofundamento. Por isto, seria recomendável que outras pesquisas pudessem dar continuidade a esta investigação, de modo a ampliar cada vez mais o conhecimento sobre as questões envolvidas na temática do ajustamento social das pessoas que foram revascularizadas do miocárdio.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean. Claude. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Univeritaires de France, 1994.

_____. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: Rev.Goiânia; AB, 2000. p-27-38.

_____. A abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, Pedro Humberto; LOUREIRO, Marcos Correa da S. (Orgs.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003. p. 37-57.

AGUILLAR, Olga Maimoni. **A alta do paciente cirúrgico no contexto do sistema de saúde**. 1990. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

ALMEIDA, Fernanda Fuscaldi et al. Fatores preditores da mortalidade hospitalar e de complicações pré-operatórias graves em cirurgia de revascularização do miocárdio. **Arq Bras Cardiol**, Belo Horizonte-MG, v. 80, n. 1, p.41-50, 2003.

ALVES, Maria Dalva Santos. **Mulher e saúde**: representações sociais no ciclo vital. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC/. Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.

AMATO, Vivian Lerner et al. Resultados imediatos da cirurgia de revascularização miocárdica: comparação entre homens e mulheres. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo-SP, v.83, n.especial, p.14-20, 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BITTAR, Olímpio José Nogueira Viana. Retorno ao trabalho após revascularização do miocárdio. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo-SP, v. 27, n.3, p. 195-203, 1993.

BLACKBURN, Simon. **Dicionário Oxford de filosofia**. Consultoria da edição brasileira, Danilo Marcondes. Tradução de Desidério Murcho et al. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Rev. Bioética**, Brasília, v. 4, n. 2, Suplemento, p. 15-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ação Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Cadernos de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: protocolo**. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Mortalidade**. DATASUS. Disponível em <<http://www.datasus.org.br>>. Acesso em: 14 mar. 2006.

_____. Ministério da Educação. **Home page**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br>> Acesso em: 27 dez. 2007.

CAMARGO, Brígido Vizeu. Introdução. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes (Org). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2005. p.19-23.

CAMPOS, Elisa Maria Parahyba. Suporte social: da teoria à prática. In: SANTOS, Vera Lucia Conceição de Gouveia; CESARETTI, Isabel Umbelina Ribeiro. **Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.16. p. 291-302.

CARVALHO, Evanilda Souza de Santana. **Cuidando de pessoas com feridas infectadas: representações sociais da equipe de enfermagem**. 2005. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

CASTANHA, Alessandra Ramos; COUTINHO, Maria Penha de Lima; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Depressão e soropositividade para o HIV: dois fenômenos em extensão. In: COUTINHO, Maria Penha de Lima; SALDANHA, Ana Alayde Werba (Orgs.). **Representação social e práticas de pesquisa**. João Pessoa: UFPB, 2005. p.173-190.

CHINN, Peggy L; KRAMER, Maeona K. **Theory and nursing: a systematic approach** 4. ed. New York: Mosby, 1995.

CONTI, Ricardo Augusto Slaibi; ROCHA; Rodolfo de Souza. Risco cardiovascular: abordagem dentro da empresa. **Rev. Bras. Med. Trab.**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 10-21, jan./jul. 2005.

COBB, Noel. **Italian archetypal psychology journal Anima Socialis: the soul of the convivium**. Londres, 1994. Apud CORTE, Regina Lucia. **Importância do aspecto psicológico na reabilitação do paciente cardiopata**. Disponível em: <<http://www.Socerg.Org.br/medicos/revistamarco98/6htm>>. Acesso em: 11 nov. 2006.

CORTE, Regina Lucia. **Importância do aspecto psicológico na reabilitação do paciente cardiopata**. Revista Socerj, v. 11, n. 1, p. 31-7, jan. 1998. Disponível em: <<http://www.socerj.org.br/medicos/revistamarco98/6htm>>. Acesso em: 11 nov. 2006.

COUTINHO, Maria Penha de Lima; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Desenvolvimento sócio histórico da depressão e representações sociais. In: COUTINHO, Maria Penha de Lima; SALDANHA, Ana Alayde Werba (Orgs.). **Representação social e práticas de pesquisa**. João Pessoa: UFPB, 2005. p.11-37.

CRUZ, Enêde Andrade da. **Práticas profissionais dos trabalhadores em central de material e esterilização**: representações sociais da equipe de enfermagem. 2003. 214 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

DAL SASSO, Grace Teresinha Marcon. **A crise como oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda**: um desafio para a enfermagem. 1994. 228 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; AGUILLAR, Olga Maimoni; BARBEIRA, Claudia Benedita dos Santos. Retorno às atividades ocupacionais e sexuais após cirurgia de Revascularização do Miocárdio. **Rev Latino-am Enfermagem**, São Paulo v.9, n.4, p.26-31, jul. 2001.

DANTZER, Robert. Ajustamento. In: DORON, Roland; FRANÇOISE, Parot (Org.). **Dicionário de psicologia**. Tradução de Odilon. São Paulo: Ática, 1998. p. 40-41.

ELIADE, Mircea. **Imagens e símbolos**: ensaio sobre o simbolismo mágico-religioso. São Paulo: Martins Fontes: 1996. Cap. 5. p. 151-178.

FARO, Ana Cristina Mancussi. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 40, n.1, p. 128- 33, 2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio** – Dicionário da Língua Portuguesa. Século XXI. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2003.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005.

FLICK, Uwe. Combining Methods- Lack of Methodology. **Ongoing Production on Social Representations Sociales**, v.1, n.1, p. 43-48, 1992. Disponível em: <<http://www.psr.jku.at/psr1992>>. Acesso em: 23 nov. 2006.

FRANCO, Maria Laura P.B. O que é análise de conteúdo. **Cadernos do Programa de Estudos da Pós-graduação em Psicologia da Educação**, Fortaleza, impresso, n. 7, p. 20-31. 1986.

FREITAS, Maria Yaná Guimarães Silva. **Representações sociais dos portadores do HIV e dos profissionais de saúde sobre a AIDS**. 2004. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

GASPERI, Patrícia de. **A enfermagem promovendo a saúde no cuidado a pessoas que vivenciam cirurgia cardíaca**. 2005. 98f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

GIANNUZZI, Pantaleo et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation. Position paper of the Working Group on Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology of the European Society of cardiology. **European Heart Journal**, Veruno, Italy, p.1273-78, 2003.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDMEIER Sílvia; CASTRO, Iran. A teoria do autocuidado no manejo dos fatores de risco (obesidade, hipertensão e tabagismo) em pacientes pós-infarto agudo do miocárdio. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v.49, n.3, 149-154, jul./set. 2005.

GRECO, Ana Patrícia de C. **Representações sociais de pessoas com estomas intestinais permanentes em relação ao seu ajustamento social**. 2005. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

GUILLETTE, W. et al. Committee report on economic, administrative and legal factors influencing the insurability and employability of patients with ischemic heart disease. **J. Am. Coll. Cardiol.**, Atlanta, n.14, p. 1010-1015, 1989. Apud BITTAR, Olímpio José Nogueira Viana. Retorno ao trabalho após revascularização do miocárdio. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n.3, p. 195-203, 1993.

GUIMARÃES, Armênio Costa. Prevenção de doenças cardiovasculares no século 21. **Hipertensão**, Salvador, v. 5, n. 3, p.103-106, 2002.

HAWKEN, Steven et al. Association of psychosocial risk factors with risks of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries. The Interheart study: case-control study. **Lancet**, v. 364, p.953-962, 2004.

HENDERSON, Virgínia. **Princípios básicos sobre cuidados de Enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

HUF, Dulce Dirclair. **A face oculta do cuidar**: reflexões sobre a assistência espiritual em Enfermagem. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.

JODELET, Denise. Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In: MOSCOVICI, Serge (Org.) **Psychologie sociale**. Paris: Presses Universitaires de France, 1984. p. 357-389.

_____. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, Denise. **Les représentations sociales**. 4. ed. Paris: Presses Universitaires de France, 1994. p. 31-61.

_____. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (Org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p.17-44.

_____. A alteridade como produto e processo psicossocial. In: ARRUDA, Angela (Org.) **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 2002. p.47-67.

LEITE, Valéria Barreto Esteves; FARO, Ana Cristina Mancussi. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico – motora. **Rev. Esc. Enferm.**, São Paulo, v.39, n.1, p.92-96, 2005.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teoria e método em assistência de Enfermagem**. 2. ed. rev. ampl. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LIDDEL, Dorithy B. Princípios e práticas de reabilitação. In: SMELTER, Suzane C; BARE, Brenda G. **Tratado de enfermagem medico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.181-207. Cap. 14. v.1.

LION, Lucia Afonso Cruz; CRUZ, Pedro di Marco; ALBANESI, Francisco Manes. Avaliação de programa de reabilitação cardíaca: análise após 10 anos de acompanhamento. **Arq. Bras. Cardiol.**, Rio de Janeiro, v.68, n.1, p. 13-19, 1997.

MACHADO, Wiliam César Alves. Reabilitação domiciliar: uma questão de saúde pública. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005. p. 435-486.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MADEIRA, Margot Campos. Representações sociais e processo discursivo. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes (Org.) **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: EDUFPB, 2005. p.459-470.

MARTINS, José Maria. **A lógica das emoções: na ciência e na vida**. Petrópolis: Vozes, 2004.

MEIRA, Leanderson Franco de. **Capacidade para o trabalho, fatores de risco para as doenças cardiovasculares e condições laborativas de trabalhadores de uma indústria metal-mecânica de Curitiba /PR**. 2004. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Tecnologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

MELLO, Enirtes Caetano Prates; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. Níveis de atenção à saúde: cuidado preventivo para o corpo. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul: Yendis, 2005. p. 125-142.

MELLO FILHO, Júlio de et al. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MELTZER, Lawrence; PINNEO, Rose; KITCHELL, J. Roderick. **Enfermagem na unidade coronariana**. São Paulo: Atheneu, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MORA, José Ferrater. **Dicionário de filosofia**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. Social representations and pragmatic communication. **Social Science Informations**, Paris, v. 33, n. 2, p.163-177, 1994.

_____. **Representações sociais: investigações em Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes, 2003. p.146-161.

MUSSI, Fernanda Carneiro. Desconforto, modelo biomédico e enfermagem: reflexões com base na experiência de homens infartados. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v.16, n.3, p.88-97, 2003.

_____. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. **Rev. Latino-am Enferm.**, Salvador, v.12, n. 5, p.751-759, set./out. 2004.

NASCIMENTO, Patrícia Veiga. **Revascularização do miocárdio: processo de adaptação do indivíduo nas relações familiares e no trabalho**. 2005. 96 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

NETTINA, Sandra M. **Prática de enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

NÓBREGA, Sheva Maia. **O que é Representações Sociais**. Texto apresentado ao curso de Doutorado em Psicologia Social, Ecole dès Hautes Etudes em Sciences Sociales, Paris, 1990.

_____. Sobre as teorias das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes (Org.). **Representações Sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB, 2001. p. 55-88.

OLIVEIRA, Denize C. et al. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB, 2005. p.573-603.

PALMEIRA, Cátia Suely. **Fatores de risco cardiovascular em funcionários de uma instituição de ensino superior**. 2004. 106f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

PAIVA, Mirian Santos. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para HIV**. 2000. 170f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

_____; PAREDES, Antônia Silva. **Aspectos teórico-metodológicos sobre representações sociais**. Trabalho apresentado ao 2º. Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, Painel II: A multiplicidade de abordagens metodológicas a considerar. Belém, PA, 27-30 maio 2001.

PELLANDA, Lúcia Campos et al. Doença cardíaca isquêmica: a prevenção inicia durante a infância. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v.78, n.2, p.91-96, abr. 2002.

PITANGA, F.S.M.; SIMÃO, R.C.A. Compreendendo a reabilitação: visão de uma equipe interdisciplinar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 25, n. 4. p.355-357, 2001. Apud FARO, Ana Cristina Mancussi. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 40, n.1, p. 128- 33, 2006.

PIRES, C. A.; SHAROVSKY, Lilian Lopes; ROMANO, Bellkiss Wilma. Coronariopatas e valvopatas: impacto emocional da cirurgia cardíaca. Estudo comparativo. **Rev. Soc. Cardiol. do Est. S.P.** São Paulo, v.4, n.5 (Supl. A) , p.1-7, set./out. 1994.

POLANCZYK, Anne Carisi. Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos! **Arq Bras Cardiol**, Porto Alegre, v. 84, n. 3, p.199-201, 2005.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Tradução Regina Machado Garcez. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RABELO, Samara Eliane; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. Qualidade de vida e cliente diabético: um desafio para clientes e enfermeira. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.8, n. 3 p. 250-262, set./dez. 1999.

REMEN, Rachel Naomi. O que está certo com o paciente? In: _____. **O paciente como ser humano**. 2. ed. São Paulo: Summus, 1993. p.19-43.

ROMANO, Belkiss Wilma. Aspectos psicológicos e sua importância na cirurgia das coronárias. In: STOLF, Noedir Antonio Groppo; JATENE, Adib Domingos. **Tratamento cirúrgico da insuficiência coronária**. São Paulo: Atheneu, 1998. p. 282-290.

ROMANO, Belkiss Wilma. A família e o adoecer durante a hospitalização. **Rev Soc Cardiol.**, São Paulo, v. 7, n.5, p. 58-62, 1994.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2002.

SALES, Zenilda Nogueira. **Representações sociais do cuidado no diabetes mellitus**. 2003. 160 f. Tese (Doutorado em Medicina) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

SANTOS, Simone M; NORONHA, Cláudio P. Padrões espaciais de mortalidade e diferenciais socioeconômicos na cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n.5, p.1099-1110, set./out. 2001.

SBC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretriz de reabilitação cardíaca**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2005. p. 432-440.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA, Helena. Reabilitação cardíaca. Essfisionline. **Revisão de literatura**, Lisboa, v. 2, n.3, p. 52-69, jun. 2006.

SISTO, Fermino Fernandes; PACHECO, LÍlian. Estudo exploratório para a construção de um instrumento de ajustamento social. **Rev. Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 83-90, jul./dez. 2002.

SOUZA, Rosa Helena Silva. **Sentimentos e percepções do cliente em pré-operatório de cirurgia cardíaca**. 2004. 106 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

SPINK, Mary Jane. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 300-308, jul./set. 1993.

SPINK, Mary Jane; FREZZA, Rose Mary. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da psicologia social. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 17-41.

STEFFENS, André A. Epidemiologia das doenças cardiovasculares. **Rev da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, Ano XII, n. 3, p. 5-15, set./dez. 2003.

TORRES, Raimeyre Marques. **Adesão ao tratamento: representações sociais de portadores de diabetes mellitus**. 2005. 186 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lígia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURA, Luis Fernando Rangel. Aids e estudantes: a estrutura das representações. In: JODELET, Denise; MADEIRA, Margot. (Orgs.). **Revista Aids e Representações Sociais: a busca de sentidos**. Natal: EDUFRN, 1998. p. 121-154.

VALA, Jorge. A análise de conteúdo. In: SILVA, Augusto Silva; PINTO, José Madureira. (Orgs.). **Metodologia das ciências sociais**. 11. ed. Porto, PT: [s.n], 2001, p. 101-128. Cap. IV.

VARGAS, Tatiana Victorelli Pires; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; GÓIS, Cristiane França Lisboa. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de RM. **Rev Esc Enferm**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 20-27, 2005.

VERGÈS, Pierre. **Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations**. Manuel d'utilisateur. Aix em Provence, 2000.

WHO – World Health Organization. **Home page**. Disponível em: <<http://www.who.int>> Acesso em: 18 nov. 2006.

APÊNDICE A - Carta de Anuência



**Universidade Federal da Bahia
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação
Curso de Mestrado em Enfermagem**



CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo. Sr

Chefe do Serviço de Unidade de Terapia Intensiva Cardiovascular

Prezado Senhor:

Venho à presença de V.^s solicitar autorização para a coleta de dados na Unidade Ambulatorial de Cardiologia Silva Lima, desta organização hospitalar.

Esta etapa faz parte da pesquisa intitulada Ajustamento social: concepções de indivíduos submetidos a revascularização do miocárdio (RM).

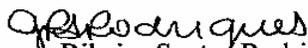
Cabe salientar que a população a ser estudada será os indivíduos que foram submetidos à cirurgia de RM nesta organização no ano de 2006 e freqüentam o ambulatório Silva Lima, que concordem voluntariamente em participar do estudo. A estratégia para a coleta de dados será a entrevista individual gravada após anuência do (a) entrevistado (a).

Para tanto, estou encaminhando em anexo o projeto de pesquisa elaborado e informo que este já está no comitê de ética e Pesquisa deste hospital.

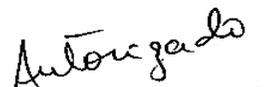
Outrossim, informo que o relatório será apresentado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - Ufba, para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Certa de contar com a colaboração de V. ^s, agradeço antecipadamente e me coloco à disposição para os esclarecimentos necessários.

Atenciosamente,


Gilmaria Ribeiro Santos Rodrigues
Mestranda em Enfermagem da Ufba


Prof.ª Dr.ª Enéde Andrade da Cruz
Orientadora


Autorizado
Dr. Belmiro Araújo Júnior
Coordenador do Curso de Mestrado em Enfermagem
UFBA

APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de Dados

Título do projeto: AJUSTAMENTO SOCIAL DE PESSOAS SUBMETIDAS À
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.

Data: ___/___/2007

PARTE I -DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____	Sexo: _____
Estado Civil: _____	Nº de Filhos: _____
Escolaridade: _____	Profissão: _____
Tipo de ocupação: _____	Tempo de trabalho: _____
Atividade social: _____	Lazer: _____
Papel Familiar: _____	Tempo de cirurgia: _____

Faixa salarial: menor que 01 salário mínimo ()	01 salário mínimo ()
entre 2 a 3 salários mínimos ()	entre 4 a 5 salários mínimos ()
entre 6 a 7 salários mínimos ()	acima de 7 salários mínimos ()

PARTE II – ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

1. Cite cinco palavras que vem a sua cabeça quando se fala em retorno à vida social após a cirurgia de revascularização do miocárdio (ajustamento social). E assinale a que você considera a mais importante.

PARTE III – QUESTÕES RELATIVAS AS REPRESENTAÇÕES

1. Fale do seu retorno à vida social após a cirurgia.
2. Como as pessoas do seu convívio social vêem o seu retorno as atividades sociais após a cirurgia?
3. Como você acha que as outras pessoas revascularizadas retornam às atividades sociais após a cirurgia?
4. Conte sua experiência no retorno a vida social após a revascularização do miocárdio.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal da Bahia
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação
Curso de Mestrado em Enfermagem



MESTRANDA: GILMARA RIBEIRO SANTOS RODRIGUES

TELEFONE: 32837631 (Pós-graduação)

E-MAIL: jubaenfa@hotmail.com

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: Glícia Gleide Gonçalves Gama

UNIDADE DE TRABALHO: Unidade de Dor Torácica (UDT) do HSI

E-MAIL: gliciagama@hotmail.com

Você está sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa intitulada, AJUSTAMENTO SOCIAL DE PESSOAS SUBMETIDAS À REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO: UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia pela mestranda Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues.

Pretendo desenvolver o estudo analisando as representações sociais sobre O ajustamento social elaborada por indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. Representação social é uma forma de conhecimento particular, elaborado e partilhado por um grupo social que tem como função a construção de comportamentos. Esse conhecimento é construído através do processo de comunicação e interação social do grupo, a partir das percepções e concepções individuais.

O trabalho requer a participação voluntária de pessoas entre 20 e 65 anos de idade que tenham realizado cirurgia de revascularização do miocárdio.

A coleta de dados será feita no ambulatório de cardiologia ou local previamente combinado com você, com vistas a evitar constrangimento à sua pessoa. Os depoimentos da entrevista serão gravados em fita cassete, após a sua permissão, e transcritos na sua íntegra pela pesquisadora. Você poderá requerer a escuta ao final da entrevista, estando permitida a

retirada ou acréscimo de informações. Esta entrevista constará de um roteiro cuja temática envolve os aspectos relativos ao ajustamento social do indivíduo submetido à revascularização do miocárdio.

O benefício potencial desta participação é que os dados fornecidos ajudarão a construir novos referenciais para o estabelecimento de propostas que possam contribuir de forma positiva na construção de modelos de uma assistência inovadora.

Todas as entrevistas apenas serão realizadas após aprovação da comissão de ética do Hospital Santa Isabel (HSI) e da autoridade competente desta instituição, depois de fornecidas as explicações sobre os objetivos da pesquisa e quaisquer outras que se fizerem necessárias. Você tem direito a todos os esclarecimentos que julgar necessários e a desistir a qualquer momento dessa participação, sem prejuízo pessoal. Serão preservadas a sua identificação e privacidade. Por isso, todas as informações obtidas neste estudo que possam ser identificadas permanecerão confidenciais. Seu nome não será revelado em qualquer relatório ou publicação resultante deste estudo. Todas essas recomendações estão de acordo com a resolução n. 196/96, do conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação e em artigos científicos. A pesquisadora não estar sendo remunerada para a realização deste estudo, assim como os entrevistados não receberão benefícios financeiros para a sua participação no mesmo.

Se você tiver qualquer dúvida ou problema durante a realização deste estudo, poderá entrar em contato com a autora através do Programa de Pós-graduação da EEUFBA pelo telefone (71) 3263-7631.

Declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente Pesquisa.

Salvador, ____ de _____ de 2007

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE D – Unidades de Análises das Subcategorias

Categoria I – CONCEPÇÃO DO AJUSTAMENTO SOCIAL (CAS) = 138

SUBCATEGORIAS		U.A.
Recuperação da Potência de Ser	62	É uma coisa que todo mundo deve ter (1)
		É ter uma vida normal depois de ter o que tive (1)
		Voltei a vida normal logo, logo (1)
		Um retorno normal (8)
		Cada dia que passa me acho melhor (14)
		[...] Fui melhorando (1)
		[...] estou muito, muito bem mesmo (1)
		Estou me recuperando (2)
		Tem pessoas que retornam otimamente (19)
		No retorno foi tudo bem (23)
		No retorno foi tudo normal (23)
		Voltei a minha vida normal (26)
		Só fiz mesmo a cirurgia e pronto (23)
		Não mudou nada em mim (23)
		Estou tirando proveito do transporte, porque não pago (3)
		Ainda posso tomar minha cervejinha [...] até falecer vai ser assim (19)
		Não mudou nada em mim [...] (23)
		Faço minhas coisas normalmente (1)
		Vida normal (12)
		Prefiro continuar como estou no conforto (7)
		O retorno não é muito bom (6)
		Têm pessoas que não retornam otimamente (19)
		Tem muitas pessoas que [...] se sentem piores do que eu (16)
		Retornam com alegria de viver (12)
		[...] sempre foi um jeito de alcançar a felicidade (12)
		Demorou um pouquinho, mas nada tive para ficar do jeito que estou (1)
		Prefiro continuar como estou no conforto (7)
		O retorno depende da pessoa (19)
		As pessoas vêem bem o meu retorno (6)
		Vêem o meu retorno otimamente (26)
		Outras pessoas acham incrível [...] ter resistido a cirurgia devido a dificuldade de cicatrização porque sou diabética (5)
		Tem pessoas que acham que você fez a cirurgia e se recuperou muito rápido (5)
		Meus irmãos que já fizeram essa cirurgia dizem que [...] é normal (4)
		O retorno foi bom (13)
		O retorno foi com sucesso (13)
		Acham o meu retorno bom (19)
		O retorno foi bom (19)
		A recuperação foi boa (19)
		Meio apertado o retorno (13)
		É importante retornar a vida normal (1)
		Ter uma vida normal é ótimo mesmo (1)
		Ter uma vida normal é bom, é bom demais (1)
		O meu retorno a vida social foi bom (3)

SUBCATEGORIAS	U.A.
	O meu retorno à vida social foi bom (6)
	Vêm bem o meu retorno (23)
	A maioria das pessoas que conheci [...] no hospital [...] se afastou (21)
	Nunca mais vi ninguém para conversar sobre atividades (21)
	Nunca mais vi ninguém para conversar sobre a cirurgia (21)
	Algumas amigas se afastaram bastante de mim (21)
	Algumas pessoas são [...] grosseiras (5)
	Já outras pessoas têm aquele carinho (5)
	Têm pessoas que são [...] muito agressivas (5)
	Uma pessoa disse para meu marido: ela escapou mesmo? (5)
	Umhas pessoas lhe dão ânimo (5)
	Outras pessoas tiram seu ânimo (5)
	Acham-me com a aparência boa (7)
	Todos me apóiam pela cirurgia que fiz, olham para mim, conversam comigo (14)
	[...] para os meus familiares está sendo complicado (21)
	Alegria, vêem muita alegria em mim (12)
	Estão gostando do meu retorno (26)
	É uma coisa muito boa, tudo na maior felicidade (3)
	No geral me senti bem (26)
	Nunca tive problema de está me sentindo mal (23)
	Não preciso voltar para o hospital (23)
	Não sinto nada (23)
	Estou me sentindo jovem (26)
	Vivo tranqüilo (12)
	Hoje estou tranqüilo (13)
	Tem [...] anos que não [...] sinto nada (16)
	Estou aproveitando o momento (3)
	[...] estou vivendo (6)
	Sou um homem normal (14)
	Bom é a pessoa que está com saúde (6)
	Viver [...] é o mais importante (26)
	Fica bom (13)
	Estou com um ano e pouco e não estou sentindo [...] nada (2)
	Me vêem bem (14)
	Algumas pessoas acham incrível minha recuperação [...] porque sou diabética (5)
	[...] se correr tudo bem no máximo em dois anos [...] vou está bem tranqüilo (2)
	Espero uns [...] dois anos e meio para a minha recuperação (2)
	Espero que Deus me dê esse retorno (5)
	Dizem [...] pensei que você tinha morrido (5)
	Você não morreu? (5)
	Você escapou dessa? (5)
	Você tem sete vidas? (5)
	Quero viver muitos anos de vida e saúde (7)
	Gostaria de está caminhando (19)
	Continuo fazendo algumas atividades (2)
	Comecei a fazer atividades (19)
	Passsei a fazer caminhadas que não podia (26)
	Voltei ao trabalho (26)

SUBCATEGORIAS		U.A.
		Passei a ter vontade de trabalhar (26) Amanhã vou ao Canela agendar o ecocardiograma para minha esposa (3) Todo mundo acha que fisicamente posso fazer tudo (19) Estão vendo que foi bom o retorno as atividades (13) As pessoas retornam bem às atividades (4) As pessoas voltam e trabalham (1) Sou aposentado, não trabalho (3) O trabalho [...] ficou para meus filhos e netos (8) A atividade é a mesma (23) Outros se sentem bem e voltam às atividades (26) Hoje saio [...] participo da minha igreja (1) Saio para passear (23) Estou aqui e na mesma hora no interior (23) Saio e ando à vezes (13) O médico mandou andar (13) O médico passou para fazer [...] caminhada (13)
Incorporação das Restrições médicas	29	Minha vida mudou muito (1) Não acho que o repouso seja muito bom (6)
		Não vou fazer uma coisa que vá me prejudicar (7) Se insistir não vou sobreviver (7) Se voltar para o hospital talvez não sobreviva (7) É outra vida para vida que vivia antes (2) Achei que ficou tudo diferente (21) Mudou tudo (21) Ela estava tão mal no dia que vi , Hoje ela está tão bem (5) Hoje me considero novo em relação ao que estava (3) Para mim tudo aquilo já se acabou (14) Agora que me acostumei estou me virando de lado (4) Falam do jeito que me viram e [...] do jeito que estou hoje (1) Falam comigo: você teve duas vidas (1) Falam muito da mudança em minha vida (1) Logo no início [...] o povo me achou muito magra (4) Uns ficavam achando que estava magra, que não estava muito bem (4) A gente deve evitar muitas coisas (12) Agora é procurar me reservar para gozar minha saúde (14) Agora é me reservar não [...] fazendo [...] coisas, que certas pessoas com o tempo faz. (14) A gente não deve ir atrás das pessoas que fazem coisas erradas (14) A gente não deve ir atrás das pessoas que bebem (14) A gente não deve perder noite (14) Não vou ficar pela rua zanzando [...] hoje em dia [...] nada presta (14) Não é agora [...] nessa idade que vou ficar pela rua zanzando (14) Procurar me reservar é isso para mim (14) Não posso fazer muita coisa (6) Dizem que [...] sou outro (14) Daí para [...] melhor (14)

Categoria II – REQUISITOS NECESSÁRIOS AO AJUSTAMENTO SOCIAL (RNAS) = 91

SUBCATEGORIAS		U.A.
Força de vontade	19	Se as pessoas tiverem força de vontade retornam as atividades sociais (2)
		Se não tiverem força de vontade não conseguem (2)
		Sempre vão achar que estão doentes (2)
		Tem que ter aquela força de vontade (2)
		Tem que dizer quero retornar ao meu trabalho (2)
		Se não tiver força de vontade não consegue (2)
		Se não quiser retornar ao trabalho não consegue (2)
		Esse é o sentido que tenho (2)
		Creio que as outras pessoas são da mesma forma (2)
		[...] a recuperação depende de si próprio (5)
		Tem que retornar a necessidade de sentir-se viva (5)
		Nunca deixei me abater [...] pela cirurgia (5)
		O que importa é querer o bem de alguém (5)
		Quero é viver (7)
		Quero ousar na vida (7)
		Quero abusar da vida (7)
		Trabalhar a gente tem vontade (7)
Contínuo na luta que vinha (14)		
A pessoa tendo coragem de fazer é tudo normal (14)		
Assimilação das orientações recebidas	13	Se o médico deu orientação é para obedecer (3)
		Se a pessoa gosta de si [...] não comete imprudências (7)
		Tem que conversar até chegar ao máximo divisor comum (7)
		Posso fazer isso, não posso fazer aquilo (7)
		Tenho que acompanhar a adequação médica (12)
		Tem que fazer o que o médico recomenda (12)
		Só não vou poder abusar (1)
		Tem que está vindo ao médico (8)
		Tem de acompanhar [...] como acompanhamento (8)
		Se não vier ao médico não vai saber como é que está (8)
		Tenho todo cuidado (23)
		Quem passou por esses problemas não deve facilitar muito (12)
		Algumas pessoas acham que devo me policiar mais (5)
Participação de familiares e amigos	28	As pessoas têm que ajudar a você a retornar (5)
		As pessoas têm que está conversando, não botando limite pela cirurgia (5)
		Não devem dizer o que devo fazer ou deixar de fazer (5)
		Devem nos tratar de maneira normal (5)
		Acho melhor assim, acho melhor assim (5)
		Se a família não ajudar fica difícil [...] a recuperação (2)
		Meus colegas e amigos me deram a maior força para retornar ao trabalho (2)
		O apoio também ajuda o retorno (5)
		Ouçó essas pessoas [...] para não facilitar (5)
		A família me ajuda (2)
		O mais importante [...] é a ajuda da família (2)
		Quando estava internado, a família toda veio me visitar (3)
		Era tanta gente que achava que aborrecia o hospital (3)
		Só tive paz quando estava na casa dos parentes porque eles me apoiarem (4)

SUBCATEGORIAS		U.A.
		Não querem que eu [...] pegue peso (4)
		Meu marido principalmente [...] teve cuidado comigo (5)
		A minha família me acompanha direto (8)
		Vivo bem com minha família (23)
		Os colegas ficaram muito contentes pelo meu retorno ao trabalho (2)
		Os colegas ficaram muito contentes em me ver continuar trabalhando sem sentir nada (2)
		Ficaram muito alegres (2)
		Alegres pela minha recuperação (26)
		Os familiares ficaram bem satisfeitos (2)
		A família fica muito alegre (2)
		Ave Maria todos na maior alegria (3)
		Tenho a minha patroa [...] e uma moça de trinta anos e outra filha de vinte e oito que [...] são todas boas comigo (3)
		Sentia-me tão feliz com a visita da família que chegava a chorar (3)
Experiência da RM	31	
Anterior a cirurgia	10	Nem andar direito andava (1)
		Não andava (1)
		Ficava em cima de uma cama (1)
		Vim para o hospital aos empurrões (3)
		Antes parava no meio da escada por falta de ar, não agüentava (3)
		Antes da cirurgia já estava com impotência sexual (13)
		Era uma pessoa deprimida (1)
		Fiquei pensativo antes de fazer a cirurgia (14)
		A vida que vivia era só tomando medicamentos (2)
		Conversaram comigo que podia fazer a cirurgia tranqüilo que não é nada de mais(14)
Posterior a cirurgia	21	Está sendo uma experiência boa (1)
		Tomei bastante comprimidos durante três anos e ainda venho tomando(3)
		Hoje é menos medicamentos que uso (2)
		[...] venho acompanhando com as medicações certas (8)
		Me falaram que não sabiam que era assim (14)
		Alguns que já fizeram a cirurgia [...] me falaram que estão bem (14)
		Desde que foi programada essa minha cirurgia não tive conforto (19)
		Diversas pessoas [...] se sentem muito bem (19)
		Umhas pessoas [...] se sentem otimas (19)
		Outras pessoas [...] se sentem regulares (19)
		A experiência foi boa (19)
		[...] não tenho contato com ninguém que fez essa mesma cirurgia (21)
		A minha experiência foi muito sofrida (21)
		Minha experiência é a mesma (23)
		Fico conversando com o povo o que estou sentindo (4)
		O porque de serem abertos várias vezes não sei (13)
		Senti a experiência tudo tranqüilo (13)
		Há [...] três meses no mês de janeiro senti outra dor (16)
		Tive que vim para Cachoeira, fiquei três dias internada (16)
		Não é bem assim, a volta não foi muito boa (19)
		O meu retorno não foi bom (21)

**Categoria III – RECONHECIMENTO DO ATENDIMENTO PARA A RECUPERAÇÃO E
O AJUSTAMENTO SOCIAL (RARAS) = 37**

SUBCATEGORIAS		U.A.
Valoração da Cirurgia	18	
Positiva	9	Bom que a cirurgia deu tudo certo (5)
		A cirurgia me deixou em condições para trabalhar (6)
		Estou melhor [...] depois de operado, mas tem o repouso (6)
		Se não fizesse a cirurgia não sobreviveria (8)
		Foi bom porque sobrevivi e estou ótimo (6)
		Quando fiz a cirurgia não pensei mais em nada (14)
		Quando fiz a cirurgia pensei só na saúde (14)
		Não posso reclamar da cirurgia (19)
		Demorou a cicatrização do tórax (5)
Negativa	9	Os pontos da perna se abriram (5)
		Não pode fazer muita coisa depois da cirurgia (6)
		[...] a maioria que fez a cirurgia não está bem (6)
		A maioria que fez a cirurgia está doente (6)
		A pessoa que está operada não tem as condições que tinha antes [...] então não está bem (6)
		Teve gente que veio me dizer que já foi aberto várias vezes (13)
		A cirurgia não está como devia (19)
		A cirurgia é para melhora e parece que senti uma piora (19)
		Minha cirurgia foi incompleta (21)
Valoração da Assistência dos Profissionais	19	O hospital é nota mil (7)
		Não tenho o que dizer do hospital (7)
		O hospital foi o lugar que me acolheu na hora da [...] agonia (1)
		Achei-me aqui como se estivesse num plano de saúde (7)
		Agradeço muito [...] também ao hospital (1)
		Agradeço ao hospital também (1)
		Agradeço aos médicos daqui (1)
		Não tenho o que dizer de pessoa alguma aqui (5)
		Achei muitos médicos maravilhosos aqui no hospital (5)
		[...] depois da mão de Deus confio muito no médico (5)
		Não tenho o que dizer das enfermeiras (5)
		Achei um amor, gostei, amei de mais a assistência da equipe (5)
		É tanto que ainda continuo vindo ao hospital (5)
		Se não fosse a equipe não estaria viva (5)
		Se não fossem vocês do hospital teria morrido (7)
		Agradeço à equipe [...] tudo que foi feito por mim (7)
		Os profissionais do hospital são humanos (7)
		Recebi tudo nas mãos (7)
		O tratamento, o carinho, a dedicação, os médicos, tudo (7)

Categoria IV – FATORES QUE DIFICULTAM O AJUSTAMENTO (FDAS) = 86

SUBCATEGORIAS		U.A.
Falta de Adesão às recomendações da Equipe de Saúde	9	As pessoas retornam com desobediência (3)
		As pessoas não obedecem as orientações médicas (3)
		Tem gente que arrisca com imprudências (7)
		A desobediência às orientações dificulta o ajustamento (3)
		Às vezes experimenta uma coisinha[...]Sabendo que é uma coisa errada (12)
		Às vezes a gente facilita (12)
		Não é bom facilitar (12)
		Tem horas que a gente sai do controle (5)
		Algumas pessoas acham que faço coisas que não devo (5)
Restrições	52	A gente deve acompanhar o regime médico (12)
		Não facilito com nada, nem com comida (4)
		Não posso comer tudo (6)
		Venho acompanhando não comendo sal nas alimentações (8)
		Como verdura [...] acompanhando a comida sem sal (8)
		Muitas coisas inclusive gordura não como (12)
		Carne de porco, coisas pesadas não posso comer (12)
		A minha alimentação é boa (19)
		Me alimento bem (19)
		Posso dizer que faço oitenta por cento do regime, vinte por cento não (19)
		Tomo uma cervejinha de vez em quando (19)
		O médico falou: o senhor não pode usar gordura de qualquer tipo, de jeito nenhum (3)
		O médico pediu muito para não comer com sal (8)
		Como muito pouco sal [...] acompanhando a orientação médica (8)
		Tem vez que o peso vem, tem vez que passa (8)
		Quando puxo o fôlego acho que tem uma abertura no tórax (8)
		Quando subo e desço escada sinto aquele peso forte no tórax (8)
		Às vezes passo uns quinze dias, um mês, sem o peso no coração (8)
		Durante três anos foi muito sofrimento (16)
		Hoje só tenho dor nas pernas, não tenho mais nada (3)
		[...] ficou somente o peso que tem quando respiro forte (8)
		Depois da cirurgia [...] passei a sentir mais essas dores na barriga (13)
		Estou sentindo dores na perna após a anestesia (13)
		Estou sentindo dores no peito após a anestesia (13)
		Estou sentindo dor de cabeça após a anestesia (13)
		Estou sentindo dor no estômago após a anestesia (13)
		Passei a sentir [...] dores que interrompem meu sono (13)
		Depois da cirurgia fiquei pior (13)
		Tenho dores (19)
		A dor é uma das coisas que me prejudica (19)
		Não me sinto bem (19)
		[...] de dois anos para cá [...] a cirurgia começou a decair [...] devido ter mais artérias entupidadas (19)
		Sinto muitas dores (21)
		Com dois meses fui ao médico em Mairi porque estava me sentindo mal (4)
Os médicos [...] marcaram para retornar só [...] após dois meses (4)		

SUBCATEGORIAS		U.A.
		<p>Caminhada, eu caminhava uma hora e quarenta minutos (19)</p> <p>Agora não posso abusar e pegar peso (2)</p> <p>Não faço como fazia antes (2)</p> <p>Não posso me esforçar muito (2)</p> <p>Ainda não estou fazendo nada (4)</p> <p>Não posso pegar peso (4)</p> <p>Não estou pegando peso (4)</p> <p>Quando saí levei três meses me deitando só estirada (4)</p> <p>Não posso fazer tudo no serviço (6)</p> <p>[...] o retorno ainda não está favorável (7)</p> <p>Não tenho condições de jeito nenhum (7)</p> <p>Depois que se faz uma cirurgia dessa não tem condição de nada (2)</p> <p>Não vou para as festas (14)</p> <p>Procuro evitar e não fazer nada disso (14)</p> <p>Tenho restrição hoje em dia em relação ao que fazia antigamente (19)</p> <p>Hoje não consigo mais caminhar (19)</p> <p>Não posso caminhar devido a cirurgia (19)</p> <p>Não tenho a atividade que gostaria de ter (19)</p> <p>Não faço mais nada (21)</p> <p>Não faço as coisas que tenho vontade (21)</p> <p>A gente olha para [...] pessoa e ver que jamais vai [...] fazer as coisas [...] que fazia antes (16)</p> <p>Não fiz nada mais do que tinha vontade de fazer (21)</p> <p>Não posso fazer as coisas (16)</p> <p>[...] o pessoal cria que não pode fazer muita coisa (6)</p> <p>Não posso mais trabalhar (8)</p> <p>Me aposentei depois da cirurgia (13)</p> <p>Não trabalho (21)</p>
Falha na Orientação	15	Questionei sobre minha alimentação (7)
		<p>[...] tive que cobrar que tipo de cirurgia tinha feito (7)</p> <p>[...] a gente fica naquela dúvida (7)</p> <p>[...] o médico devia explicar (7)</p> <p>Então perguntei finalmente fui operada de quê? (7)</p> <p>Meus amigos, minhas colegas de trabalho, meus filhos vão perguntar (7)</p> <p>Aí que fui saber (7)</p> <p>Devia ter mais uma atenção ao paciente [...] do tipo a senhora não faça isso, não faça aquilo (7)</p> <p>Não uso sutiã porque os médicos não me deram ordem (4)</p> <p>Agora que vou saber dos médicos se [...] posso usar o sutiã (4)</p> <p>Questionei sobre minha alimentação (7)</p> <p>Disseram que eram quatro pontes de safena (7)</p> <p>Depois disseram que eram três pontes de safena (7)</p> <p>Depois era uma ponte de safena (7)</p> <p>[...] o médico disse: você fez a ligação da ponte mamária que estava entupida (7)</p>

Categoria V – ASPECTOS PSICOSSOCIAIS (APAS) = 98

SUBCATEGORIAS		SENTIMENTOS POSITIVOS
Religiosidade	34	Agradeço muito, muito mesmo a Deus [...] ter encontrado uma pessoa que me ajudasse (1)
		Tive Deus que me deu muita força (1)
		Agradeço muito a Deus (1)
		Fui bem graças à Deus (1)
		Graças a Deus fui muito bem, em relação ao que tive (3)
		Graças a Deus saí do hospital bem (3)
		[...] graças a Deus todo mundo está me achando bem (4)
		Graças a Deus, meu marido, meus irmãos, minha família inteira sempre tiveram cuidado comigo (5)
		Graças a Deus ele abriu as portas do hospital (7)
		Estou bem Graças a Deus (12)
		Graças a Deus não sinto mais o que sentia (14)
		Até hoje graças a Deus não sinto nada (14)
		Graças a Deus hoje na minha cabeça não tem nada de preocupação (14)
		Graças a Deus nunca fiquei pela rua zanzando (14)
		Graças a Deus estou normal (16)
		[...] vivo há cinco anos, graças a Deus (16)
		Graças a Deus comigo não aconteceu nada (23)
		Graças a Deus sempre me dei bem (23)
		Graças a Deus minha vida é normal (23)
		Graças a Deus minha vida é a mesma (23)
		Me apeguei tanto com Deus que hoje estou viva (1)
		Tenho muita fé em Deus (5)
		A minha fé é muito grande (5)
		Vou ter sempre essa fé (5)
		Se não fosse Deus não estaria viva (5)
		Se não fosse Deus teria morrido (7)
		A pessoa se entregando a Deus é tudo normal (14)
		Quando fiz a cirurgia me entreguei a Deus (14)
		Pedi tanto a Deus que ele me ajudou (16)
		Deus ajudou melhorou (16)
		Tudo é quando Deus quer fazer milagre (23)
		Deus vai e salva qualquer um (23)
		Que Deus me dê condições (7)
		Pretendo pedi a Deus que continue com a normalidade que me sinto (14)
Satisfação pela Recuperação	25	Eu mesma estou me achando melhor (4)
		Estou me cuidando por conta própria [...] gosto de mim (7)
		Estou me sentindo bem [...], estou mais gordinha (4)
		A gente com saúde é alegria (12)
		É um motivo de alegria retornar (12)
		Um motivo de alegria poder voltar (12)
		Acho que me sinto até uma pessoa feliz (16)
		Fiquei muito contente porque fui bem recebido (2)
		Não gosto de tristeza (12)
		Gosto de alegria (12)
		Tenho a atividade de viver contente (12)
		A gente tem aquele prazer de viver (12)
		Um motivo de alegria poder pelo menos fazer alguns exercícios (12)
		Gosto de me distrair (23)

SUBCATEGORIAS		SENTIMENTOS POSITIVOS
		Gosto de jogar meu dominó (23) Gosto de passear (23) Me senti bem no retorno (13) Me sinto muito bem (14) Não senti mais nada (14) Fico satisfeito do mesmo jeito (8) Cada dia que passa me acho melhor (14) Vivo satisfeito (23) Eu e minha família ficamos muito alegres (2)
Sentimentos Negativos	39	Sentí medo pela falta de orientação alimentar (3)
		É mais o medo da pessoa que não quer fazer a cirurgia (14) Foram três anos de sofrimento (3) [...] paz, nunca tive (4) Lá vai preocupação porque mãe sempre se preocupa com tudo (4) Preocupo-me muito com a família, o que me causa [...] desconforto (5) Preocupo-me com as pessoas, o que me causa [...] desconforto (5) [...] estou triste há quinze dias [...] perdi meu irmão (5) Isso me deixou lá embaixo (5) É a falta de impotência que me deixa meio triste (13) As dores da perna, as dores que sinto no peito me deixam meio triste (13) Fiquei pensativo [...] agora é me tranquilizar (14) Durante dois anos foi um sofrimento (16) Senti doloroso (16) [...] meu esposo também se senti assim (16) Estão sofrendo todo mundo junto (21) Sofro por ver os outros sofrendo (21) Alguns têm medo de voltar a trabalhar (26) Ficam preocupados com a operação (26) Ficam com receio (26) [...] não sinto firmeza tanto física, como mental (7) Não tenho condições de jeito nenhum (7) [...] não me acho ainda em condições (7) Aí me conformo, a vida tem que ser assim mesmo (4) Não fiz nada porque quero que seja tudo nos conformes (4) Para depois não [...] dar qualquer problema porque facilitei (4) Vou levando até quando Deus quiser (14) Acho-me inútil (21) Sinto-me inútil por não poder fazer nada (21) Sinto-me inútil por não poder exercer as minhas atividades dentro de casa (21) Sinto-me inútil por não poder sair para resolver os meus problemas (21) Sinto-me inútil por ficar dependendo dos outros para tudo (21) Fico me sentindo inútil (21) É a impotência que me deixa meio triste (13) Agora o problema da impotência que me deixa meio frustrado (13) Melhor e na mesma da hora [...] sinto que não posso fazer tudo (16) Depois da cirurgia fiquei com falta da potência (13) Não estou tão velha que não posso sair sozinha (16) Aquela pessoa que vive mais dependente dos outros (16) Me sinto dependente dos outros (16)

Total de UA = 450

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Izabel



4. PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Izabel, acatando o parecer da relatora designada e referido projeto, em uso de suas atribuições, **aprova** o Projeto de Pesquisa, estando o mesmo de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97.



Prof. Dr. Celso Luiz Santiago Figueiró
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Santa Izabel