

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GIOVANNA BIN

Significados de apoio social de acordo com um grupo de pessoas submetidas à
revascularização do miocárdio

RIBEIRÃO PRETO

2011

GIOVANNA BIN

Significados de apoio social de acordo com um grupo de pessoas submetidas à
revascularização do miocárdio

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa
Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar do adulto com
doenças agudas e crônico-degenerativas.

Orientadora: Profa. Dra. Lídia Aparecida Rossi

Ribeirão Preto

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Bin, Giovanna

Significados de apoio social de acordo com um grupo de pessoas submetidas à revascularização do miocárdio. Ribeirão Preto, 2011.

78 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Rossi, Lídia Aparecida.

1. Apoio social.
2. Revascularização miocárdica.
3. Etnografia.
4. Cultura.
5. Saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: BIN, Giovanna

Título: Significados de apoio social de acordo com um grupo de pessoas submetidas à revascularização do miocárdio

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa Enfermagem Fundamental.

Aprovado em : _____

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico esta dissertação

*Aos meus pais, **Jorge e Maria**, pelo exemplo de força e superação, por todo amor e incentivo, devo a vocês o que eu sou e o que eu tenho.*

*A minha irmã, **Giuliana**, por me incentivar, me animar e acreditar em mim sempre, por ser minha melhor amiga, muito obrigada por você existir na minha vida.*

Agradecimentos¹

A Deus, pela dádiva da vida, por todas as bênçãos que tem derramado sobre mim, por permitir mais esta vitória.

A Nossa Senhora das Graças, por mais esta graça alcançada em minha vida.

À Profa. Dra. Lidia Aparecida Rossi, por ter acreditado em mim, por todos os ensinamentos e compreensão.

Às Profa. Dra. Rosana Aparecida Spadoti Dantas e Profa. Dra. Maria Cristina Silva Costa, por toda colaboração e sugestões que enriqueceram este estudo.

Aos pacientes revascularizados que permitiram que eu conhecesse as suas histórias e apreendesse através de suas experiências.

Às minhas amigas, Josi, Lenir, Sidnéia, Renata, Denise, Gisele, Anice, pela compreensão e animação com que alegraram esta caminhada.

As colegas de pós-graduação, Flávia, Natália, Regiane, Rose, Luciana, Fernanda e Maria Helena, que compartilharam comigo a experiência de ser aluno de pós- graduação.

Aos colegas de trabalho do CTI adulto, por toda colaboração com a minha escala, muito obrigada.

A todas as pessoas que de alguma maneira me ajudaram a concluir este trabalho, muito obrigada.

¹ Esta dissertação foi revisada seguindo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa (1990), em vigor no Brasil a partir de 01 de janeiro de 2009.

RESUMO

BIN, G. Significados de apoio social de acordo com um grupo de pessoas submetidas à revascularização do miocárdio. 2011. 78p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

O objetivo principal deste estudo foi compreender os significados culturais de apoio social e descrever a experiência da enfermidade na perspectiva de um grupo de pessoas submetidas à revascularização do miocárdio (CRVM). O método etnográfico foi utilizado na condução deste estudo bem como os modelos explanatórios, propostos por Arthur Kleinman, foram utilizados para compreender o processo de saúde e doença. Participaram do estudo 11 pacientes moradores de Ribeirão Preto que foram submetidos à CRVM em um hospital terciário e universitário da mesma cidade. Para a coleta de dados, foram utilizados questionário com registro de dados sociodemográficos, entrevista semiestruturada e observações diretas, realizadas na residência dos sujeitos e durante o retorno às consultas médicas. A maioria dos participantes era do sexo feminino (seis), casada, com idade variando entre 49 e 73 anos e ensino fundamental incompleto. A partir da análise e interpretação dos dados, dois temas principais foram identificados: 1) *A experiência da revascularização do miocárdio* e 2) *Significado de apoio social: instrumental e emocional*. A notícia da necessidade da CRVM aconteceu de forma inesperada para os pacientes que não relacionavam os sinais e sintomas que apresentavam a qualquer problema de saúde cardiovascular. A necessidade da cirurgia fez com que os pacientes elaborassem diferentes explicações para o problema, como: causas comportamentais (maus hábitos alimentares e tabagismo), físicas (casos na família e consequência de outras doenças crônicas – diabetes e hipertensão arterial), religiosas (desígnio de Deus – provação), sociais (separações, frustrações) e emocionais (muito estresse, nervoso, muitas preocupações, muita ansiedade). Para os pacientes, esse período foi muito difícil, pois não queriam operar, tinham medo de morrer. O apoio dos familiares e de DEUS foi fundamental para tomarem a decisão pela CRVM. Após a CRVM, a principal fonte de apoio para esses pacientes foram os familiares que ofereceram apoio emocional e apoio instrumental. Observamos que o apoio dos profissionais da saúde foi restrito ao ambiente hospitalar e de maneira pontual antes da cirurgia. Para os pacientes, o apoio significou ajuda nas atividades domésticas e de autocuidado, principalmente prestada pelos familiares (cônjuge e filhos). Para os pacientes é muito difícil estar dependente dos familiares, uma vez que antes da doença a situação era inversa.

Descritores: apoio social; revascularização miocárdica; etnografia; cultura; saúde.

ABSTRACT

BIN, G. Meanings of cultural support according to a group of people submitted to coronary artery bypass graft surgery. 2011. 78p. Master's Thesis – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto.

The main goal of this study was to understand the cultural meanings of social support and to describe the disease experience from the perspective of a group of people submitted to coronary artery bypass graft (CABG). Ethnographic method was used to conduct this study, and the explanatory models proposed by Arthur Kleinman were used to understand the health and disease process. Study participants were 11 patients who lived in Ribeirão Preto and were submitted to CABG at a tertiary teaching hospital in the same city. For data collection, a questionnaire was used to register socio-demographic data, as well as a semi-structured interview and direct observations at the subjects' homes and during medical return appointments. Most participants were female (six), married, with ages ranging from 49 to 73 years and unfinished primary education. Based on data analysis and interpretation, two main themes were identified: 1) *The coronary artery by-pass graft experience* and 2) *Meaning of social support: instrumental and emotional*. Most patients unexpectedly received the News about the need for the CABG, who did not relate the signs and symptoms they displayed with any cardiovascular health problem. The need for the surgery made patients elaborate different explanations for the problem, such as: behavioral (bad eating habits and smoking), physical (cases in the family and consequences of other chronic illnesses – diabetes and arterial hypertension), religious (designed by God - probation), social (separations, frustrations) and emotional causes (great stress, nervous, many concerns, great anxiety). For patients, this period was very difficult, as they did not want to operate on, they were afraid of dying. The relatives and God's support was fundamental to decide on undergoing the CABG. After the CABG, the main support source for these patients were relatives, who offered emotional and instrumental support. We observed that health professionals' support was restricted to the hospital environment and happened promptly before the surgery. For the patients, support meant help with housework and self-care activities and mainly come from relatives (partner and children). It is very difficult for the patients do depend on their family members, as the situation used to be the opposite before the disease.

Descriptors: social support; coronary artery bypass graft surgery; ethnography; culture; health.

RESUMEN

BIN, G. Significados de apoyo social de acuerdo con un grupo de personas sometidas a la revascularización miocárdica. 2011. 78h. Disertación de Maestría – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto.

La principal finalidad de este estudio fue comprender los significados culturales de apoyo social y describir la experiencia de la enfermedad bajo la perspectiva de un grupo de personas sometidas a la revascularización miocárdica (CRVM). El método etnográfico fue utilizado para conducir este estudio, y los modelos explicativos propuestos por Arthur Kleinman fueron utilizados para comprender el proceso de salud y enfermedad. Participaron del estudio 11 pacientes moradores de Ribeirão Preto que fueron sometidos a la CRVM en un hospital terciario y universitario de la misma ciudad. Para la recolecta de datos, fueron utilizados un cuestionario con registro de datos sociodemográficos, entrevista semi-estructurada y observaciones directas, llevadas a cabo en la residencia de los sujetos y durante el regreso a las consultas médicas. La mayoría de los participantes era del sexo femenino (seis), casada, con edad variando entre 49 y 73 años y enseñanza fundamental incompleta. A partir del análisis e interpretación de los datos, dos temas principales fueron identificados: 1) *La experiencia de la revascularización miocárdica* y 2) *Significado de apoyo social: instrumental y emocional*. La noticia sobre la necesidad de la CRVM ocurrió de forma inesperada para los pacientes, que no relacionaban los señales y síntomas que presentaban a cualquier problema de salud cardiovascular. Como resultado de la necesidad de la cirugía, los pacientes elaboraron diferentes explicaciones para el problema, tales como: causas comportamentales (malos hábitos alimentares y tabaquismo), físicas (casos en la familia y consecuencia de otras enfermedades crónicas – diabetes y hipertensión arterial), religiosas (designio de Dios – probación), sociales (separaciones, frustraciones) y emocionales (mucho estrés, nervioso, muchas preocupaciones, mucha ansiedad). Para los pacientes, ese período fue muy difícil, ya que no querían operar, sentían miedo de morir. El apoyo de los familiares y de DIOS fue fundamental para decidir por la CRVM. Tras la CRVM, la principal fuente de apoyo para esos pacientes fueron los familiares que ofrecieron apoyo emocional y apoyo instrumental. Observamos que el apoyo de los profesionales de salud fue restringido al ambiente hospitalario y de manera puntual antes de la cirugía. Para los pacientes, el apoyo significó ayuda en las actividades domésticas y de autocuidado, principalmente prestada por los familiares (pareja e hijos). Para los pacientes, es muy difícil estar dependiente de los familiares, ya que la situación era inversa antes de la enfermedad.

Descriptores: apoyo social; revascularización miocárdica; etnografía; cultura; salud.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	9
2. OBJETIVOS	13
3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	15
3.1. Coronariopatias e apoio social.....	16
3.2. Modelos explicativos e etnografia.....	26
3.3. Seleção dos sujeitos	30
3.4. Trabalho de campo	31
3.5. Análise dos dados	34
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1. Características sociodemográficas.....	37
4.2. A experiência da revascularização do miocárdio	41
4.3. O significado de apoio social: instrumental e emocional	48
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
REFERÊNCIAS	60
APÊNDICE	71
Roteiro de entrevista semiestruturada.....	72
Coleta de dados sociodemográficos	73
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	75
ANEXO.....	77
Aprovação do Comitê de Ética.....	78

1. INTRODUÇÃO

Após terminar o curso de especialização em enfermagem em cardiologia no ano de 2008, iniciei minha participação no Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida (GIRQ) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Este grupo se propõe a estudar as relações existentes entre o processo de reabilitação, qualidade de vida e cultura de pessoas em condições crônicas de saúde, com o objetivo de estabelecer princípios de ação nos campos da pesquisa e assistência em saúde.

A minha formação acadêmica, tanto na graduação quanto na pós-graduação (especialização em enfermagem em cardiologia), foi centrada no modelo biomédico hospitalocêntrico, mas sempre me interessei em conhecer o “modo” de vida das pessoas, principalmente depois de vivenciarem situações tão marcantes, como, por exemplo, uma cirurgia de revascularização miocárdica (CRVM). O que isso significa para o paciente? Que mudanças acontecem na vida dessas pessoas depois da cirurgia? Como foi mudar? Existiram dificuldades? Quais? O que pode ser feito para facilitar o processo de recuperação após a cirurgia? O que pode ser feito para que essas pessoas sintam que ainda podem ser “donas” da sua própria vida?

Sempre foi muito interessante observar esses pacientes após a cirurgia, durante o processo de reabilitação. Alguns se comportavam como se tivessem nascido novamente, eram agradecidos pela nova chance que tiveram, era possível observar um comportamento mais “ativo” em relação ao problema de saúde, era possível observar mudanças efetivas na vida dessas pessoas, como a prática de atividades físicas, um novo hábito alimentar; porém outros pacientes, apesar de referirem mudanças, apresentavam um comportamento “passivo” em relação ao problema de saúde; parecia que a vida tinha perdido o sentido e que agora eram apenas doentes. Esse fato sempre me despertou curiosidade; será que os pacientes que são mais “ativos” têm maior apoio do que aqueles que são mais “passivos” em relação ao problema de saúde? Mas o que significa apoio para esses pacientes?

Foi com o interesse em conhecer o significado de apoio para esses pacientes que este trabalho foi iniciado.

A doença, além de todo o impacto fisiológico no organismo, traz uma variedade de significados do que “é” ou “estar” ou “ser” doente, significados estes que foram cultural e socialmente aprendidos, em um processo de construção e re-construção da experiência pelas pessoas que vivenciam o problema e por aquelas que convivem com elas, ao longo da vida (CANGUILHEM, 2002; VILA, 2006).

Sabemos que os pacientes que se submeteram a uma cirurgia de revascularização de miocárdio (CRVM) vivenciam uma condição crônica. De acordo com Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), doença crônica é toda condição que constitui um problema de saúde

que requer gerenciamento contínuo por vários anos. Podem ser do tipo transmissível, como HIV/AIDS e tuberculose, ou do tipo não transmissíveis, como, por exemplo, as doenças cardiovasculares (DCVs), câncer, diabetes, problemas mentais e incapacidades estruturais (amputações, cegueira).

Mais do que classificar as condições crônicas de saúde como um problema isolado ou como categorias de doenças transmissíveis ou não transmissíveis ou de acordo com as etiologias de um problema de saúde; é preciso compreendê-las em um contexto que impõe exigências ao sistema de saúde, nas respostas que o indivíduo dá a tal problema e na forma como o indivíduo e família vivenciam o problema (OMS, 2003).

Sabemos que as doenças cardiovasculares (DCVs) estão entre as principais causas de doenças crônicas de alta morbimortalidade no cenário mundial (OMS, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) destaca, em seu relatório de 2002, que as DCVs são responsáveis por cerca de 16,7 milhões de mortes em todo o mundo, sendo que 50% dessas mortes poderiam ser evitadas com medidas eficientes, como o aumento dos recursos financeiros para o combate dos fatores de risco como a hipertensão arterial, tabagismo, hipercolesterolemia, sedentarismo e obesidade (WHO, 2002).

A doença arterial coronariana (DAC) é uma resultante das DCVs que implica, na maioria das vezes, necessidade de cirurgia, a fim de melhorar a condição de vida dos sujeitos, uma vez que alivia os sinais e sintomas da insuficiência coronariana (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005). Entretanto, a cirurgia não devolverá ao paciente a condição de normalidade, ele continuará a vivenciar uma condição crônica (VILLA, 2006).

Apoio social, qualidade de vida, autoestima, autoeficácia e *coping* são construtos que se inter-relacionam e que têm sido utilizados para entender o processo de reabilitação de pessoas com condições crônicas (CONN; TAYLOR; ABELE, 1991; DANTAS; MOTZER; CIOL, 2002; MOTZER; STEWART, 1996). Entretanto, têm sido avaliados com o foco na mensuração da deficiência e da desvantagem experimentada pelos indivíduos, tendo em vista o desempenho de seus papéis sociais (BECH, 1992), sem considerar, muitas vezes, a perspectiva do indivíduo.

O apoio social é apresentado como um fator que ajuda a diminuir o estresse, favorecendo os mecanismos de enfrentamento de indivíduos em diferentes condições crônicas, entre elas as doenças cardíacas (PENNINX et al., 1999; UCHINO, 2006). A percepção do apoio social pode variar de acordo com o sexo, idade, escolaridade e estado civil dos indivíduos (ALLEN; YOUNG; XU, 1998).

Quando as pessoas adoecem, é importante o apoio dos familiares e amigos durante a hospitalização. Vila, Rossi e Costa (2008) identificaram, em estudo etnográfico, que todos os

pacientes coronariopatas, diante da manifestação da doença, buscaram apoio terapêutico em rede de relações familiares, antes da assistência médica. Porém, é após a alta hospitalar, no processo de reabilitação que as pessoas passam a ter de conviver com uma condição crônica e irão necessitar de maior apoio, pois vivenciam toda a ruptura causada pela doença, muitas vezes, incluindo limitações do retorno ao trabalho, perda de autonomia, dependência financeira e modificações na vida, como padrão de vida e desempenho de papéis sociais (VILA; ROSSI; COSTA, 2008).

A participação dos familiares, nos programas de reabilitação cardíaca, é importante para os pacientes em condições crônicas. Após o evento cardíaco ou intervenções terapêuticas, o apoio percebido pelo paciente, principalmente quando é proveniente do cônjuge, tem sido relacionado ao favorecimento da sua reabilitação, possibilitando o retorno às atividades profissionais (DANTAS; AGUILLAR; BARBEIRA, 2001) e diminuindo os níveis de depressão (PENNINX et al., 1999). Por outro lado, a falta de apoio social e o isolamento social estão constantemente associados a altas taxas de mortalidade entre pacientes com insuficiência cardíaca (MURBERG; BRU, 2001) e entre aqueles submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) (BRUMMET et al., 2001).

Outro aspecto importante na investigação do apoio social entre pacientes cardíacos é a constatação da associação positiva entre o apoio social, adesão ao tratamento e qualidade de vida. Pacientes casados ou que têm relações significativas têm maior apoio social, sendo esse positivamente relacionado ao estado emocional (diminuindo a ansiedade e a depressão) e à melhora da qualidade de vida, o que facilita o processo de reabilitação (BENETT et al., 2001; MOLLOY et al., 2008).

Entretanto, cada grupo apresenta, com suas especificidades socioculturais, formas diversas de atribuir sentido ao que é/estar e/ou sentir-se doente, ao seu tratamento e aos sistemas de apoio para enfrentar esse processo (VILA, 2006).

Pesquisas etnográficas têm demonstrado que os indivíduos se percebem doentes a partir de uma linha demarcadora estabelecida pela incapacidade de trabalhar, cabendo ao médico atestar, de acordo com critérios variados, se a impossibilidade para o trabalho é real ou não (ALVES; MINAYO, 1994; DUARTE, 1986).

Para o paciente revascularizado, a doença no coração pode ter um significado de incapacidade para o trabalho que o limita para assumir papéis plenos, fazendo com que se sinta inútil perante sua família (VILA; ROSSI; COSTA, 2008).

Dessa forma é imprescindível conhecermos o significado de “apoio” para o paciente que foi submetido à CRVM, para que possamos ajudá-lo nas suas reais necessidades e dificuldades no processo de reabilitação.

2. OBJETIVOS

1. Caracterizar, em relação aos aspectos sociodemográficos, o grupo de pacientes submetidos à CRVM, admitidos na Unidade de Pós-Operatório de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
2. Compreender os significados de apoio social na perspectiva de pacientes submetidos à CRVM, admitidos na Unidade de Pós-Operatório de Cirurgia Torácica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
3. Descrever a experiência de enfermidade na perspectiva do grupo estudado.

3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1. Coronariopatias e apoio social

Progressos na área médica e na saúde pública têm levado à mudança no perfil epidemiológico mundial que tem se refletido no aumento da perspectiva de vida da população e, conseqüentemente, no aumento das condições crônicas (OMS, 2003, 2011).

As condições crônicas preocupam o mundo, pois representam um desafio para os atuais sistemas de saúde e a cada ano crescem de forma alarmante, causando grande impacto econômico e social, evidenciando um problema de saúde pública (OMS, 2002, 2003, 2011). Existe uma diversidade de doenças, dentro da categoria de doenças crônicas, uma especialmente preocupante são as doenças cardiovasculares (DCVs).

Dados mais recentes da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstram que, em 2004, morreram 17,1 milhões de pessoas, representando 29% do total de mortes no mundo, por DCVs, sendo que 7,2 milhões dessas mortes foram em razão das doenças coronárias e 5,7 milhões, devido ao acidente vascular cerebral (OMS, 2011). As mortes por DCVs afetam ambos os sexos, e mais de 82% ocorrem em países de baixa e média renda. Estima-se que, em 2030, morrerão cerca de 23,6 milhões de pessoas por DCVs, principalmente por doenças cardíacas e por acidente vascular cerebral que continuarão sendo a principal causa de morte no mundo (OMS, 2011). Cerca de quatro milhões de pessoas morrem anualmente na Europa devido às DCVs (KATTAINEN; MERILANINEN; SINTONEN, 2006).

O Ministério da Saúde, no Brasil, também tem demonstrado preocupação quanto à incidência das doenças crônicas. Em 2008, publicou as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência. Essa publicação é resultado da Portaria MS/GM nº 399 do Ministério da Saúde, de 2006, que instituiu as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde que contém três dimensões que consistem nos: pacto pela vida, pacto pelo sistema único de saúde (SUS) e no pacto de gestão. Todos esses pactos revelam a preocupação do Ministério da Saúde em relação ao envelhecimento populacional ativo e saudável, quanto à existência de dupla carga de enfermidade, tanto transmissível quanto não transmissível. Ao longo dessa diretriz, fica evidente o conceito de saúde como algo determinado socialmente, que requer melhoria nas condições de vida e da qualidade de vida da coletividade. Fica explícita também a importância de um modelo de organização do sistema de saúde que esteja mais próximo do contexto de vida da população, para que se possa compreender e propor intervenções de forma mais resolutiva e integrada (BRASIL, 2008).

No Brasil, as DCVs foram responsáveis por 32% das mortes entre os anos de 1995 e 1999, com taxa de mortalidade de 157 por 100 mil habitantes (MELLO-JORGE; GOTLIEB; LAURENTI, 2001).

As doenças cardiovasculares representam um fardo para as economias dos países. De acordo com dados da OMS, durante a próxima década (2006-2015), a China perderá US\$ 558.000 milhões da renda nacional devido ao curso da doença cardíaca e do diabetes. (OMS, 2011). Ribeiro et al. (2005) mostram que o cuidado de pessoas com doença arterial coronariana (DAC) tem um alto custo financeiro, sabemos que a DAC gera a necessidade de internações hospitalares, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, acompanhamento médico e tratamento farmacológico contínuo.

É importante ressaltar que as doenças cardiovasculares afetam muitas pessoas na meia-idade, muitas vezes, limitando consideravelmente o rendimento e a poupança financeira para os doentes e suas famílias. Somando o rendimento financeiro diminuído das famílias e os altos custos dos cuidados médicos, isso pode acarretar um prejuízo para o desenvolvimento socioeconômico das comunidades e países (OMS, 2011).

Dentre as DCVs, a DAC é atualmente a principal causa de morte e invalidez no mundo. Cerca de oito milhões de pessoas na Europa sofrem de angina e doze milhões, nos Estados Unidos, sendo que a incidência anual é de 150 mil novos casos. No Brasil, houve 140 mil óbitos por DAC, segundo dados do DATASUS (FERREIRA; TIMERMAN, 2007). De acordo com dados do DATASUS, já morreram 960 pessoas no estado de São Paulo, de janeiro a abril de 2011, em consequência do infarto agudo do miocárdio (IAM) (BRASIL, 2011).

Podemos, então, pensar no impacto econômico e social que a DAC causa em um país, por isso, é lícita a preocupação das autoridades e da sociedade com o manejo dessa doença que acomete principalmente indivíduos na faixa etária produtiva (entre 30-65 anos de idade) (BARBOSA, 2006).

Além dos prejuízos na esfera econômica e social, a DAC e as DCVs geram traumas psicológicos e sociais vivenciados pelo doente e pela família que, muitas vezes, precisam se adaptar a uma nova realidade (FARDY; YANOWITZ; WILSON, 1998).

A DAC é uma doença complexa. Presente na humanidade há milhares de anos e diagnosticada há cerca de 90 anos, consiste na presença de placas de ateroma nas artérias coronárias, causando insuficiência coronariana (SILVA, A., 2000). Essas placas de ateroma formadas através do processo de aterosclerose são influenciadas por diversos fatores que podem ser modificáveis (hiperlipidemia, hipertensão, diabetes, tabagismo, sedentarismo,

obesidade, hiper-homociteïnemia, lipoproteína elevada, níveis elevados de fibrinogênio, atividade fibrinolítica diminuída, níveis elevados de proteína C reativa) ou não modificáveis (idade, sexo, história familiar positiva) (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

Essas placas de ateroma, ao longo do tempo, obstruirão o lúmen dos vasos sanguíneos, em especial das coronárias, podendo causar eventos coronarianos agudos que podem ser classificados em três tipos: angina instável, infarto do miocárdio agudo (IAM) sem supradesnivelamento de segmento S-T e o IAM com supradesnivelamento de S-T (PINHEIRO, 2005; WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

As manifestações clínicas da DAC podem variar desde a ausência de sinais e sintomas, angina incapacitante, infarto agudo do miocárdio (IAM) até a morte súbita. Podem ser empregados três tipos principais de tratamento: o tratamento clínico (envolvendo uso de fármacos, dieta e combate aos maus hábitos); o tratamento por angioplastia coronariana e o tratamento cirúrgico pela cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) (FAVARATO, 2004; WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

Há controvérsias a respeito do início da cirurgia cardíaca no mundo. Relatos indicam que, em 1810, foram feitas as primeiras drenagens cirúrgicas do pericárdio por Francisco Romero, na Espanha, e Baron Jean Dominique Larrey, na França. Em 1890, tentativas de correção de ferimentos semelhantes já haviam sido relatadas por Ansel Cappelen, na Noruega, e por Guido Farina, em Roma, mas o primeiro caso de intervenção cirúrgica no coração é atribuído a Ludwing Rehn, que, em setembro de 1896, suturou com sucesso um ferimento cardíaco (PRATES, 1999).

No Brasil, a primeira operação cardíaca foi a sutura de um ferimento cardíaco, em agosto de 1905, pelo cirurgião paulista João Alves de Lima, e o paciente sobreviveu apenas uma hora. Em 1948, Arthur Domingues Pinto, em Santos, realizou a primeira cirurgia de Blalock-Taussig no Brasil. Em 1950, o primeiro caso de coarctação da aorta foi operado. Em 1945, Joaquim Azarias de Britto realizou a primeira ligadura de canal arterial, no Rio de Janeiro. Em 1951, Euryclides de Jesus Zerbini realizou, no Hospital de Clínicas de São Paulo, a primeira comissurotomia mitral digital. Em 1954, Margutti publicou os primeiros casos de correção de comunicações interatriais. Em 12 de novembro de 1956, Hugo Felipozzi realizou a primeira operação com circulação extracorpórea no Brasil, com a correção de um defeito do septo atrial (PRATES, 1999).

Já as operações diretas sobre as artérias coronárias foram iniciadas, em 1965, por Zerbini e Jatene, em São Paulo. Em 1968, iniciaram-se as pontes de safena, principalmente pelos grupos de Adib Jatene e Zerbini, em São Paulo, e Waldir Jaskbik e Domingos Moraes, no

Rio de Janeiro. Em 26 de maio de 1968, Zerbini realizou, no Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo, o primeiro transplante cardíaco no Brasil e da América Latina e o 17º no mundo (PRATES, 1999). Ao longo dos anos, a cirurgia cardíaca e, em especial, a de CRVM têm evoluído devido ao aprimoramento de técnicas cirúrgicas e da escolha dos enxertos arteriais.

A CRVM consiste em uma incisão mediana no esterno. O paciente pode ter sua circulação sanguínea desviada para um circuito cardiopulmonar, conhecido como circulação extracorpórea (CEC). É inserido o enxerto arterial ou venoso distal à lesão da artéria coronária, fazendo uma “ponte”, desviando o sangue da artéria obstruída para um novo vaso (STOLF; JATENE, 1998).

A indicação da CRVM depende de vários fatores, mas as principais situações de indicação são: artéria coronária esquerda com obstrução maior de 50%; paciente com comprometimento de tronco arterial, função ventricular esquerda diminuída, angina instável, angina estável crônica (limitante de estilo de vida) e que não responde ao tratamento clínico ou a técnicas intervencionistas (angioplastia) (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

A CRVM não cura o doente, ela alivia sintomas, tenta restabelecer a capacidade física, aumentar a sobrevida, procurando proporcionar uma vida com melhor qualidade ao indivíduo, uma vez que ele ainda continua sendo um paciente com uma condição crônica de saúde (SOUZA; GOMES, 2008).

A CRVM, além de todas as repercussões físicas e psicológicas, também pode trazer repercussões no âmbito social e emocional nas vidas dos sujeitos. A CRVM irá necessitar que esse sujeito se adapte a uma nova realidade de limitações e necessidade de mudanças que podem ser observadas no papel social dentro do núcleo familiar e nas condições de trabalho (ROEBUCK, FURZE, THOMPSON, 2001; VILA, 2006).

Mesmo depois da cirurgia, o indivíduo continuará a vivenciar todas as consequências que uma condição crônica acarreta, necessitando de apoio de seus familiares para enfrentar as mudanças que deverão ocorrer em seu estilo de vida após o evento cardíaco (VILA, 2006, VILA; ROSSI; COSTA, 2008).

A dinâmica da vida do sujeito que sofreu o evento cardíaco agudo será alterada. A pessoa, que poderia antes se considerar saudável, sem problemas de saúde, passa a ter que conviver com uma condição crônica que irá requerer cuidados e monitoramento e implicará uma série de mudanças em sua vida (VILA, 2006).

Sabemos que o processo de reabilitação após a CRVM sofre interferências de vários fatores, físicos, sociais e psicológicos, que implicarão diretamente na maneira como o sujeito vivencia a experiência da doença (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

Considerando a diversidade dos fatores sociais, o apoio social tem sido apontado em vários estudos como um elemento facilitador do processo de reabilitação, após eventos estressantes na vida (BOUTIN-FOSTER, 2005a; REBLIN; UCHINO, 2008; UNO; UCHINO; SMITH, 2002; UCHINO, 2006).

Boutin-Foster (2005a) constatou que o apoio social, especificamente o apoio instrumental, caracterizado como ajuda na dieta, nas atividades físicas e medicação, ajudou a promover mudança de comportamento, permitindo a busca de hábitos saudáveis, segundo os pacientes.

Reblin e Uchino (2008) observaram que pessoas com menor participação social estão mais propensas a ter um primeiro infarto e que pessoas que vivem com maior integração social apresentavam um maior efeito protetor em relação à morbidade do infarto.

Rodrigues e Seidl (2008), em revisão da literatura, encontraram vários estudos que mostraram a influência positiva do apoio social como elemento protetor e facilitador do tratamento e de comportamentos saudáveis em pacientes coronarianos, causando impacto na diminuição da morbimortalidade.

Apesar de o termo apoio social ser frequentemente utilizado por profissionais da saúde e por leigos, sua conceituação é multifacetada em razão das diferentes perspectivas que o envolvem (FINFGELD-CONNETT, 2005; HUPCEY, 1998; MCNALLY; NEWMAN, 1999). Para Uchino (2004), esse fato é resultado da diversidade de áreas de pesquisa que estudam esse tema.

Os termos apoio social e suporte social são referidos na literatura nacional isoladamente ou como sinônimo. Segundo o dicionário Houaiss da Língua Portuguesa apoio é o que serve para amparar, firmar, segurar, sustentar (alguém ou algo), é auxílio, amparo, ajuda, é assentimento em relação a alguém ou a algo, em função de julgamento favorável, aprovação, aplauso, argumento, prova com que se ratifica alguma coisa (APOIO, 2001); e suporte é qualquer coisa cuja finalidade é sustentar (algo), escorar, arrimo, é aquilo que dá suporte, que auxilia ou reforça (SUPORTE, 2001).

Neste estudo optamos por nos referir a apoio social na tradução do termo *social support*, por considerar que está seria a melhor versão para o português, uma vez que a definição de apoio é mais abrangente.

Foi na década de 1980 que surgiu a discussão sobre o apoio social e da sua utilização como estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde-doença. O epidemiologista John Cassel (1976) e Sidney Cobb (1976) foram os primeiros pesquisadores a investigarem essa relação entre o apoio social e o aparecimento de doenças. Eles descreveram a primeira teoria que relacionavam o ambiente psicossocial ao modelo de determinação de doença.

Cassel (1976) e Cobb (1976) acreditavam que as relações sociais afetavam diretamente o organismo após vivenciarem situações de estresse, como a morte de um familiar, ou a descoberta de uma enfermidade. As pessoas poderiam adoecer, em razão do estresse causado por esses eventos, uma vez que esse estresse gera uma resposta fisiológica, culminando em uma diversidade de respostas neuroendócrinas, ocasionando a redução da imunidade. Dessa forma os indivíduos que contavam com apoio social, enfrentavam melhor esses momentos, pois o apoio social era uma espécie de amortecedor e mediador, reduzindo o estímulo nocivo provocado pelo evento estressor (ALMEIDA-FILHO, 2004).

De maneira geral, esses pesquisadores buscavam compreender de que forma o apoio social poderia proteger os indivíduos de danos à saúde ou deixá-los mais vulneráveis ao desenvolvimento de doenças. Eles observaram a grande influência do apoio na vida dos indivíduos através das interações sociais (SEIDL; TROCCOLI, 2006).

Cassel (1976) acreditava que o apoio social oferecido através dos relacionamentos sociais ajudava o indivíduo a enfrentar melhor as situações estressantes da vida. Era através do apoio social que o sujeito apresentava maior resistência e uma melhor imunidade, reduzindo, assim, a possibilidade de um adoecimento físico e psicológico.

Cobb (1976), em uma revisão da literatura, procurou evidenciar a relação positiva do apoio social e o enfrentamento de situações críticas na vida das pessoas, especialmente, situações de doença. Em situações de crise, as pessoas se sentem amparadas quando têm apoio social. Os estudos revisados pelo autor indicavam que o apoio social poderia reduzir a quantidade de medicação prescrita, além de acelerar a recuperação e facilitar o tratamento médico, atuando de forma protetora em momentos estressantes da vida de uma pessoa, como na recuperação de uma doença e hospitalização.

Há uma variedade de conceitos para o constructo apoio social. Para Cobb, apoio social é toda e qualquer informação que leve o sujeito a acreditar que ele é cuidado, amado, estimado e valorizado, e que pertença a uma rede de comunicação e da obrigação mútua (COBB, 1976).

Para Victor Vicent Valla (1998), educador e pesquisador norte-americano, que estudava o campo de educação popular no Brasil desde 1964, apoio social era

[...] qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas, com as quais teríamos contatos sistemáticos, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, que gera efeitos positivos para o sujeito que recebe como também para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham mais sentido de controle de suas vidas (VALLA, 1998, p. 156).

Apesar da variedade de conceitos de apoio social, muitos estudiosos concordam que este constructo é dinâmico, interpessoal, consistindo na troca de informações e na interação entre pessoas que oferecem o apoio a outra que necessita dele; é um processo ativo. Concordam ainda que é preciso defini-lo segundo o contexto em que está sendo analisado, levando-se em conta os fatores culturais e socioeconômicos, os programas de intervenção e as iniciativas comunitárias de cada sociedade e a maneira como esses fatores determinam o significado de apoio social (TEXEIRA, 2002).

Os estudos de apoio social podem ser divididos em duas categorias, a estrutural e a funcional. Os aspectos estruturais do apoio observam principalmente o número de pessoas que integram a rede social do indivíduo, independente da ocorrência de eventos estressores. Esses estudos trabalham com o número de pessoas da rede social, tipos de papéis sociais, incluindo participação em instituições, como a de grupos religiosos, família e comunidade. A segunda categoria diz respeito aos aspectos funcionais do apoio que investigam principalmente a disponibilidade e a modalidade do apoio recebido, o nível de satisfação, em relação à situação e a contextos específicos. Incluem uma avaliação subjetiva em relação às necessidades e às expectativas da pessoa em relação ao apoio recebido (MCNALLY; NEWMAN, 1999; RODRIGUES; SEIDL, 2008; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006; THOITS, 1995).

Os aspectos funcionais do apoio social também podem ser classificados em duas categorias principais: apoio instrumental e apoio emocional. O apoio instrumental se refere à ajuda que alguém oferece na resolução de situações práticas, como o apoio financeiro, material, na realização de atividades diversas do dia a dia. O apoio emocional seria demonstrar através de gestos, comportamentos, presença física, atitudes como telefonemas, envio de flores e cartões, sensação de afeto, acolhimento, de forma tal que o outro se sinta amado, estimado e cuidado. Atitudes que demonstrem, por parte de quem oferece o apoio, sincera preocupação e sentimento de auxílio. A prestação desse tipo de apoio visa a aliviar sentimentos de incerteza, ansiedade, depressão e estresse (FINFGELD-CONNETT, 2005).

Existe ainda uma terceira categoria que se refere ao aspecto funcional do apoio, que é o aporte de informações; seriam as orientações, os conselhos que o indivíduo recebe, auxiliando-o a lidar com situações difíceis (FINFGELD-CONNETT, 2005).

Conhecendo os benefícios do apoio social, tem sido grande o interesse em estudá-lo e avaliá-lo na perspectiva das pessoas que vivenciam uma condição crônica de saúde, especialmente o paciente coronariopata que, mesmo depois da CRVM, continua vivendo uma condição crônica. Esse constructo ajuda a ampliar a compreensão do processo saúde-doença, para além das causas fisiológicas, mas também para a experiência da doença na vida do sujeito.

Várias pesquisas têm sido realizadas investigando a relação entre o apoio social e a qualidade de vida de pacientes cardíacos (BARRY et al., 2006; DUNCKLEY et al., 2008), entre apoio social e as manifestações de sintomatologia (HAMALAINEM et al., 2000; LINDSAY, SMITH, WHEATLEY 2001; UCHINO, 2006), apoio social e morbimortalidade, em diversas patologias entre elas as doenças cardiovasculares (IKEDA et al., 2008; OKKONEN; VANHHANEN, 2006; REBLIN; UCHINO, 2008; UCHINO, 2005), entre a relação do apoio social e os fatores de risco (WANG; MITTLEMAN; GOMER, 2005) e a importância do apoio social no período de reabilitação (CRAIG; LYNCH; QUARTNER, 2000, SHEN; MCCREARY; MYERS, 2004).

Estudos epidemiológicos indicam que indivíduos com baixos níveis de apoio social apresentam maiores taxas de mortalidade, especialmente na doença cardiovascular (BERKMAN; LEO-SUMMERS; HORWITZ, 1992).

No estudo desenvolvido por Okkonen e Vanhanen (2006), foi avaliada a relação entre o apoio familiar, o fato de viver sozinho e a saúde subjetiva após a CVRM, esses pesquisadores identificaram que os pacientes que tinham baixo apoio familiar, antes da cirurgia, apresentaram mais sintomas de depressão, de ansiedade e de desesperança do que aqueles que tinham maior apoio familiar; e que os pacientes que viviam sozinhos também apresentaram mais sintomas depressivos, de desesperança e de dor no peito do que aqueles que viviam com outras pessoas.

Há investigações que buscam explicar a relação entre o apoio social e os efeitos físicos e psicológicos nos indivíduos. Uno, Uchino e Smith (2002), por exemplo, investigaram a reatividade cardiovascular entre mulheres em uma situação de estresse, quanto ao tipo de apoio, o emocional e o instrumental. Foi observado que mensagens de apoio emocional foram úteis, observando-se uma menor reatividade cardíaca, pois esse apoio expressava sentimentos de cuidado, preocupação, afeto e compreensão. Entretanto, quando o tipo de apoio oferecido

foi o instrumental, observou-se que não houve redução da reatividade cardiovascular. Esse tipo de apoio, segundo o autor, poderia implicar a ideia de que a pessoa não seria capaz de desempenhar uma determinada atividade.

O estresse agudo em pacientes cardíacos pode precipitar isquemia, por causar alterações hemodinâmicas na pressão arterial e na frequência cardíaca (UCHINO, 2006). Neste contexto, o apoio social pode beneficiar os pacientes porque diminui os efeitos deletérios das alterações cardiovasculares durante eventos de estresse (UCHINO, 2006). A falta de apoio social pode ter um efeito mais acentuado nas mulheres com doença arterial coronariana que, segundo Uchino (2006), quando tinham baixo apoio emocional, apresentaram progressão mais rápida da doença.

Leegaard e Fagermoen (2008), em um estudo de revisão, apresentaram uma síntese dos estudos qualitativos sobre a experiência de pacientes revascularizados, no período de recuperação e reabilitação. Foram analisados 19 estudos que utilizaram metodologias distintas (estudos etnográficos, teorias fundamentadas nos diálogos naturalísticos, fenomenológicos e outros estudos descritivos). Os autores identificaram cinco experiências principais vivenciadas pelos pacientes: relatos de ruptura, derrota, medo, começo de uma nova vida, de dor no pós-operatório e a de se sentirem sozinhos mesmo na vigência de apoio. Os pacientes relataram a importância das relações de apoio para a recuperação, após a cirurgia, porém relataram solidão e dificuldade em compartilhar e explicar para os outros a experiência de quase morte e o medo de morrer após a cirurgia.

Dunckley et al. (2008) investigaram os fatores facilitadores e os obstáculos após a alta de pacientes revascularizados, na perspectiva dos próprios pacientes e dos profissionais de saúde. Eles observaram que existem várias fontes de apoio social e que a equipe de saúde foi uma fonte ativa através de telefonemas durante as primeiras semanas após a CVRM. Também foi observado que a família é um importante fator de influência benéfica para a recuperação, abrangendo tanto os aspectos práticos como emocionais para o desenvolvimento de uma boa recuperação. Para os autores, o apoio social está associado às características pessoais, por exemplo, indivíduos mais otimistas tendem a ter maior apoio do que necessitam, pois são mais agradáveis e tendem a estar acompanhados de outras pessoas que, direta e indiretamente, fornecem algum tipo de apoio.

Sabendo da relevância do apoio social para a recuperação da saúde e para a modificação de comportamentos e hábitos de vida, Boutin-Foster (2005a) avaliou os tipos de apoio instrumental que pacientes coronarianos percebiam como úteis para alcançar essas modificações. Utilizando uma abordagem fenomenológica, a pesquisadora observou que o apoio instrumental tornou mais fácil a prática de comportamentos mais saudáveis, aliviando

situações estressantes e facilitando o processo de recepção aos cuidados de saúde. Os pacientes relataram a importância de ter alguém para auxiliar na preparação de refeições mais saudáveis, para oferecer e lembrar das medicações, para ajudar e incentivar nas atividades físicas, além de poder contar com alguém que se responsabilize pelos cuidados com sua família e com o trabalho durante a sua ausência, e para também ajudar a conseguir os cuidados médicos, chamando ambulância e levando às consultas.

Lindsay, Smith, Wheatley (2001) investigaram a relação entre apoio social e sintomas físicos, após 12 meses da CVRM, utilizando três instrumentos: o SF-36, um questionário de atividades sociais (com 11 perguntas sobre o número de amigos, membros da família com quem os pacientes mantinham contato, o quanto eles se sentiam à vontade para conviver com eles, e o número de vezes que se encontram) e uma escala analógica (um traço horizontal contínuo variando de 0 a 7, em que zero representa "nenhum efeito no bem-estar geral e sete representa total deficiência, desconforto e restrição de vida). Esses instrumentos foram aplicados no pré-operatório e após 12 meses da cirurgia. As autoras concluíram que pacientes com baixos valores no SF-36 e no questionário social no pré-operatório apresentaram menor alívio dos sintomas físicos, principalmente em relação à angina e à falta de ar. O estudo concluiu que a melhoria da percepção geral da saúde e do bem-estar após a CVRM foi observada em pacientes que tinham um maior número de contatos sociais.

Parece evidente a relevância do apoio social na recuperação da saúde das pessoas, especialmente, dos indivíduos cardíacos. Entretanto, é necessário ainda investigar as fontes desse apoio que podem depender de fatores individuais, culturais e socioeconômicos.

Não são apenas os familiares que são fontes de apoio social, mas também os amigos, colegas de trabalho, vizinhos, profissionais de saúde, eles também têm sido identificados como provedores de apoio social (RANTANEN, KAUNONEN, ASTEDT-KURKI, 2004; SILVÉRIO; DANTAS; CARVALHO, 2009;).

Apesar de todos os benefícios conhecidos do apoio social na saúde e na recuperação dos indivíduos, alguns estudos têm também mostrado que algumas interações podem ser prejudiciais ao paciente. Boutin-Foster (2005b), em um estudo qualitativo, procurou identificar as características das interações sociais problemáticas do apoio entre os pacientes que foram internados por uma síndrome coronariana aguda e os diferentes membros de suas redes sociais. Foram identificados que telefonemas excessivos, expressões emotivas demasiadas, conselhos e sugestões sem serem solicitadas, informações sem meios de serem executadas e tentativas de controle causavam estresse ao paciente, podendo interferir negativamente em sua recuperação.

Assim, é relevante conhecer o verdadeiro significado que esse constructo, o apoio, representa para o paciente, em especial o paciente coronariopata revascularizado que vive permanentemente uma condição crônica, com possibilidade de vivenciar outros eventos cardíacos agudos, e que necessita permanentemente manter um estilo de vida saudável.

3.2. Modelos explicativos e etnografia

Com o objetivo de compreender o significado cultural de apoio social para um grupo de pessoas revascularizadas, optamos por utilizar o método etnográfico na condução desta investigação e, na interpretação dos dados, pelos modelos explicativos de doença, propostos por Arthur Kleinman, buscando compreender os significados de apoio social e a “experiência da enfermidade” para esse grupo de pessoas.

Arthur Kleinman, médico psiquiatra e antropólogo, Byron Good e outros estudiosos formaram um grupo de pesquisadores que questionaram se as diversas categorias de diagnósticos psiquiátricos não seriam diferentes nos mais diversos tipos de cultura. Eles representavam um grupo de estudiosos preocupados com a etnografia clínica (ALVES, 1993).

Para Kleinman (1984), que sempre se preocupou em contextualizar culturalmente a “experiência da enfermidade”, tudo o que se relaciona ao cuidado à saúde necessita ser estudado considerando o sujeito dentro de sua realidade social, como respostas ao processo de doença, socialmente organizado em um sistema cultural que constitui o sistema de cuidado à saúde.

A “experiência da enfermidade” “é um termo que se refere aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença” (ALVES, 1993, p. 263). Há dois grandes grupos de teorias interpretativas que tentam explicar esse fenômeno, que são diferentes entre si. Um grupo considera que as forças sociais configuram o conhecimento, as crenças e a escolha de tratamento da enfermidade, e o outro grupo, embora não desconsidere esses aspectos, enfatiza as estruturas cognitivas subjacentes aos relatos individuais sobre a doença. Byron Good e Arthur e Kleinman são os principais representantes desse segundo grupo de teorias (ALVES, 1993).

Os sistemas de cuidados à saúde são social e culturalmente construídos e constituem formas da realidade social, compreendida como um sistema de significados simbólicos e normas que irão orientar os indivíduos em relação ao comportamento, à percepção, à

compreensão do mundo e à comunicação com as pessoas. Isto ocorre por meio do processo de socialização, no contexto das relações das pessoas com outros grupos sociais, entre eles a família (Kleinman, 1984). A família é um importante meio de socialização dos indivíduos, ensinando a estes seus valores, suas crenças e seus hábitos (VITALE, 1995). De acordo com Helman (1984), cada família representa uma unidade da sociedade, com sua própria organização, suas crenças e sua visão de mundo. Quando um dos membros da família adoece, toda a família também irá vivenciar a experiência da enfermidade desse indivíduo (WRIGHT & LEAHEY, 1994).

Kleinman (1984) propõe o modelo explicativo, para compreender essa “experiência da enfermidade”, considerando o sujeito inserido em sua realidade social, em todos os seus aspectos sociais, culturais, psicológicos e físicos envolvidos.

O modelo explicativo corresponde a um conjunto de proposições e generalizações, tácitas ou explícitas sobre a enfermidade (KLEINMAN, 1984). Representa “as noções sobre um episódio de doença e seu tratamento que são empregadas por todos aqueles engajados em um processo clínico” (ALVES, 1993, p.266). É um modelo que estabelece um quadro analítico que mostra comparações entre diferentes culturas e sistemas de tratamento (ALVES, 1993, 2006).

Nesse contexto do modelo explicativo, a compartimentalização do sistema de cuidados à saúde, segundo Kleinman (1984), pode ser composta por três setores, o profissional que se refere aos saberes e práticas alicerçadas no conhecimento científico ou por uma tradição específica de cuidados à saúde como a homeopatia, a biomedicina; o *folk*, que corresponde às atividades de tratamento e assistência desenvolvidos por grupos religiosos, curandeiros, rezadores; e o popular composto pelos leigos, no qual se concentram os saberes e as práticas cotidianas que se relacionam com o fenômeno saúde-doença. É nesse setor popular que o sujeito irá construir as diversas percepções e concepções de tratamento e cura que vão avaliar e julgar os conhecimentos e práticas dos outros setores (profissional e o *folk*) (ALVES, 2006).

Para Kleinman (1984), o conceito de doença pode ser observado por dois olhares distintos, o olhar do profissional da saúde, que está direcionado para as alterações fisiológicas e estruturais do organismo (*disease*), e o olhar direcionado para a perspectiva da experiência da doença, vivenciada pelo sujeito e pelos familiares (*illness*). Portanto, há uma distinção analítica entre a “doença processo” (*disease*), referente à anormalidade do processo biológico de acordo com o entendimento médico, a “doença experiência” (*illness*) que corresponde à experiência subjetiva da doença e a expressão cultural da doença (*sickness*) (EISENBERG, 1977; LAPLANTINE, 1991; UCHÔA, 1997).

A experiência da doença (*illness*), de acordo com Kleinman (1984), envolveria todo um processo de percepção, resposta afetiva direta, atenção, cognição e atribuição de valor à manifestação da doença enquanto um processo, resultado de todas as interações interpessoais do indivíduo. Deve ser compreendida em um contexto de significados simbólicos e de interações sociais (KLEINMAN, 1984, 1988).

Assim, a ênfase no entendimento do contexto cultural em que se constrói o modelo explicativo da doença representa o ponto central da abordagem interpretativa, interessada em apreender os significados socialmente atribuídos à saúde-doença. O enfoque confere grande destaque ao reconhecimento da existência de diversidades no interior da construção de modelos explicativos da doença, assim como às contradições e interações de modelos biomédicos, “profissionais” (centrados na doença e seus sintomas), e os modelos populares ou “culturais” (utilizados pelos doentes e suas famílias) (KLEINMAN, 1978, 1984).

Levando em conta o fato de considerarmos o paciente como um ser bio-psico-social-cultural-espiritual, é fundamental que o profissional da saúde compreenda esse aspecto da experiência da doença para o sujeito, a fim de poder planejar intervenções que auxiliem efetivamente esse indivíduo durante esse processo de doença. Faz-se necessário que o profissional não veja a doença somente como um processo fisiológico ou como um desvio social, mas que também a analise sob a ótica do conjunto de conhecimentos, crenças e valores atribuídos pelos diversos grupos socioculturais (PINTO; ZAGO, 2000).

Descrevemos, a seguir, a condução do método etnográfico, buscando compreender os significados de apoio social e descrever a experiência da enfermidade vivenciada pelo grupo estudado.

A etnografia possibilita a compreensão dos problemas apresentados pelos indivíduos. De acordo com Morse e Field (1995), a etnografia permite obter acesso às práticas e crenças sobre a saúde, possibilitando que o pesquisador observe o fenômeno no contexto em que ele ocorre, favorecendo assim a compreensão do comportamento de saúde e de doença.

A pesquisa etnográfica começou a ser desenvolvida no final do século XIX, mas quem primeiro estabeleceu-a como método foi o antropólogo inglês Malinowski em seus estudos na Melanésia, no início do século XX (ROMANELLI, 1998). A etnografia é concebida como um método específico que requer o contato direto entre pesquisador e pesquisados, a atenção aos significados de ações e representações e a consideração do contexto cultural em que tais significados são elaborados. Como método, tem sido utilizada por profissionais de diversas áreas, inclusive por pesquisadores da área da saúde (COSTA, 2002, 2004).

Para Spradley (1980), a etnografia é a descrição do sistema de significados culturais de um determinado grupo, sendo que os significados consistem nas “perspectivas de vida das pessoas de um grupo social”. Para Geertz (1978), antropólogo, americano, principal representante da Antropologia Interpretativa, a etnografia consiste em uma “descrição densa”. É através dessa descrição que será possível a busca por significados, por meio da observação das condutas social e culturalmente modeladas.

Portanto, a etnografia permite a compreensão dos significados, intenções e o universo simbólico dos indivíduos com quem o pesquisador irá interagir, visando favorecer uma atuação consciente e respeitadora dos universos culturais dos diversos segmentos e grupos da área da saúde, de maneira compreensiva (MAGGS-RAPPORT, 2001). Mas então o que é esse universo cultural? O que é cultura?

De acordo com Langdon e Wiik (2010), o termo cultura é utilizado de maneira corriqueira no nosso cotidiano, referindo-se ao fato de uma pessoa ter cultura, quando ela tem formação escolar avançada, ou se pertence a uma família de alto nível socioeconômico, ou se compreende bem as instruções transmitidas, ou se entende de arte e filosofia, no entanto, o conceito de cultura é muito diferente. Para esses autores, a cultura pode ser entendida como um conjunto de elementos que irão mediar e qualificar qualquer atividade física e mental que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada pelos diversos membros de um grupo social. São esses elementos que os sujeitos de um grupo social irão utilizar para construir significados para suas ações e interações.

Geertz (1978) ao definir cultura recorre a Max Weber e afirma que “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu” (GEERTZ, 1978, p. 15). Geertz (1978) assume a cultura como sendo estas teias.

Ainda nessa perspectiva, o autor considera que:

[...] como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis (o que eu chamaria símbolos, ignorando as utilizações provinciais), a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível – isto é, descritos com densidade (GEERTZ, 1978, p. 24).

Para Laraia (1999), estudar a cultura é “estudar um código de símbolos compartilhados pelos membros dessa cultura”. Portanto, a cultura é um universo de símbolos

e significados que irão permitir aos indivíduos pertencentes a um determinado grupo social interpretar suas experiências e guiarem suas ações, de maneira que isso faça sentido a eles.

Para compreender os significados das experiências dos indivíduos, é necessária a análise das estruturas de significação que orientam as ações e representações do grupo social.

Utilizaremos o método etnográfico, que segundo Geertz, (1978), implica observação participante, entrevista e contato pessoal com os sujeitos do estudo, a fim de compreender os significados de suas ações; no nosso estudo, compreender os significados de apoio social.

O desenvolvimento de uma pesquisa, com um grupo de pessoas que sofreu um evento cardíaco, utilizando o método etnográfico, necessita de uma relação de proximidade entre o sujeito e o pesquisador, exigindo que sejam aguçados os sentidos e a capacidade de captar algo além de palavras. Porém, nesse processo de fusão de dois universos simbólicos distintos, é fundamental o constante exercício da autorreflexão e da crítica para não acarretar erros de avaliação, pois os valores do próprio pesquisador podem se interpor (COSTA, 2002, 2004).

3.3. Seleção dos sujeitos

Participaram do estudo pessoas adultas (maiores de 18 anos), de ambos os sexos, que se submeteram à CRVM há mais de 6 meses e que estavam em seguimento ambulatorial no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP – USP), moradoras na cidade de Ribeirão Preto.

Os sujeitos do estudo foram selecionados a partir de uma lista de pessoas admitidas em regime de internação na Unidade de Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca e Torácica do HCFMRP – USP e da indicação de pessoas que conheciam indivíduos submetidos à CRVM.

O HCFMRP-USP foi selecionado por ser uma instituição de referência no atendimento a pacientes coronariopatas que necessitam realizar cirurgia de revascularização do miocárdio com o financiamento do Sistema Único de Saúde.

Em 2009, foram admitidos, na unidade pós-operatório de cirurgia torácica do HCRP/FMRP/USP, 623 pacientes. Desses pacientes, 46 foram submetidos à CVRM, dois pacientes morreram no pós-operatório imediato. Dos 44 sujeitos restantes, 12 eram moradores de Ribeirão Preto e foram pré-selecionados para o estudo. Fizeram parte desse grupo três mulheres e nove homens. Ao iniciar o contato com essas pessoas, verificamos que dois pacientes haviam falecido, um estava internado e um não foi localizado, mesmo depois de

várias tentativas de contato. Além desses sujeitos, também foram incluídos no grupo três mulheres que foram indicadas pelos pacientes. Dessas, duas atendiam aos critérios de inclusão (S 3 e S4), a outra (S11) não atendia por ter sido submetida à cirurgia há 45 dias quando nos conhecemos. Decidimos incluir esta última no estudo, por ela ter fornecido informações relevantes e, por ter, durante nossos contatos, completado seis meses de pós-operatório, mantendo as mesmas informações. Embora seus dados não fossem diferentes dos outros participantes, falava com muita emoção e maior riqueza de detalhes. Portanto, o grupo de sujeitos final foi de 11 indivíduos, sendo cinco homens e seis mulheres, com idades entre 49 anos e 73 anos. O tempo transcorrido da cirurgia, até a data do primeiro contato, variou de 1 mês e meio a 27 meses.

O Quadro 1 mostra o número de sujeitos, sexo, idade.

Sujeitos	Sexo	Idade (anos)
S1	Masculino	66
S2	Feminino	60
S3	Feminino	71
S4	Feminino	66
S5	Masculino	73
S6	Masculino	61
S7	Masculino	61
S8	Masculino	49
S9	Feminino	61
S10	Feminino	57
S11*	Feminino	62

*S11 – participante que momento do primeiro contato tinha 45 dias de pós-operatório.

Quadro 1 - Distribuição de pacientes segundo sexo e idade

3.4. Trabalho de campo

Silva, V. (2000) afirma que

O trabalho de campo é um momento privilegiado para promover o conhecimento das várias concepções de mundo presentes nas diversas culturas, pois é nele que a alteridade, premissa do conhecimento antropológico se realiza (SILVA, V., 2000, p. 25).

Assim como Vila (2006), consideramos o trabalho de campo a principal etapa de um estudo etnográfico. É nessa etapa que ocorre o encontro etnográfico, em que o pesquisador

tenta compreender “as teias de significados culturais” tecidas pelo grupo em estudo, a fim de identificar, refletir e compreender suas ações e seus pensamentos.

É durante o trabalho de campo que o pesquisador irá realizar o exercício de estranhamento consigo e com o outro, para que possa refletir com crítica sobre o universo cultural e apreender o significado cultural de determinado evento.

Iniciamos o trabalho de campo em abril de 2010 e finalizamos em abril de 2011. Coletamos os dados em dois ambientes distintos: na residência do paciente e no hospital (nos retornos médicos).

Após identificar o paciente como um possível participante, o primeiro contato aconteceu de duas maneiras ou, por telefone, quando explicava o objetivo do estudo e, posteriormente, agendava um dia para a entrevista ou, pessoalmente, quando encontrava o paciente no retorno ambulatorial. É importante ressaltar que não encontramos qualquer resistência por parte dos pacientes para agendar a visita em suas residências; todos foram muitos receptivos.

Nos domicílios dessas pessoas, foram realizadas observações diretas e entrevistas. Foram realizados um encontro, no retorno desses pacientes ao ambulatório, e duas visitas em suas residências.

Para a obtenção dos dados para o nosso estudo, utilizamos a observação direta e entrevistas semiestruturadas, as quais foram gravadas com autorização dos entrevistados que concordaram em participar e, posteriormente, essas foram transcritas (pela pesquisadora responsável). Os dados coletados, por meio da observação direta, foram registrados em um diário de campo.

A observação direta compreendeu: conhecer a casa da pessoa, conhecer as condições de moradia; conhecer as pessoas que moravam na casa, se trabalhavam e em que trabalhavam; o papel do participante no núcleo familiar, como eles se divertiam, o tipo de lazer que preferiam, os tipos de acesso à saúde de que dispunham, e a distância desses serviços, possíveis assistências comunitárias e religiosas e outros sistemas de apoio social e se houve mudanças sobre todos esses aspectos depois do evento cardíaco.

É por meio do contato direto entre o pesquisador e o evento estudado que a observação é realizada, a fim de obter informações sobre a realidade das pessoas em seu contexto social (GUALDA; HOGA, 1997).

O roteiro da entrevista foi formulado para captar: a) os sentidos que os sujeitos atribuem ao apoio social; b) as associações que fazem do evento cardíaco com a vida atual e anterior ao evento; c) as explicações dos fatores determinantes e a compreensão dos

significados que elaboram acerca da condição atual e sua relação com o tipo de apoio recebido (Apêndice).

Segundo Minayo (1998), a entrevista é um instrumento privilegiado para a coleta de informações na área das ciências sociais, pois possibilita a fala, que é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, de normas e de símbolo.

O roteiro da entrevista semiestruturada utilizado consistiu nas seguintes perguntas: Conte-me o que aconteceu com você? Como você se sentiu depois que voltou para casa? Como ficou sua vida depois da cirurgia? Como você pensa que as pessoas podem se recuperar de um problema como o seu, do que elas precisam? Você contou ou conta com a ajuda ou apoio de alguém ou de organização para enfrentar seu problema de saúde? Quem ajudou? Quem tem ajudado? Que tipo de apoio você acha que as pessoas que fizeram uma cirurgia como a sua deveriam ter depois da alta? Do que você sente mais falta? Realizamos outras perguntas que surgiram durante a entrevista, além das previstas no roteiro, pois esclareceram aspectos contraditórios ou que não estavam claros.

Também coletamos dados sociodemográficos sobre os participantes e sobre a situação de saúde anterior à manifestação da condição crônica, história, situação atual e regime terapêutico (Apêndice).

No primeiro encontro com o paciente, independentemente, se foi no hospital, durante o retorno médico ou no domicílio, inicialmente a pesquisadora se apresentava ao paciente ou ao familiar que a recebia, e explicava a razão do estudo e a contribuição esperada com a realização da pesquisa, entregando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a obtenção do consentimento, iniciava a pesquisa com o preenchimento do questionário sociodemográfico. Realizamos as entrevistas no segundo encontro com os pacientes, em que já havíamos solicitado a autorização para gravar as informações. Enfatizávamos em todos os encontros com os pacientes que seriam respeitados o anonimato e o desejo deles de não abordar assuntos que não desejassem (Apêndice).

Após fazer a primeira pergunta, observávamos que os pacientes se sentiam mais à vontade em relatar o início de seus problemas de saúde, referindo detalhes, como dia, mês, hora, nome do médico e situações que permeavam o contexto em que receberam a notícia da necessidade da cirurgia cardíaca.

Todos os participantes aceitaram gravar a entrevista e foi possível observar que, no momento em que se queixavam de algum funcionário do hospital, eles perguntavam se não tinha problema gravar, nesse momento reafirmava o anonimato.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e nas transcrições, recebemos o auxílio de uma aluna de graduação, mas revisamos todas as entrevistas depois de transcritas.

Após cada encontro, registrávamos, em um diário de campo, as observações sobre o comportamento do sujeito durante a entrevista, sobre ambiente domiciliar, sobre o contexto familiar e a relação com outros familiares. Nesse diário, também registrávamos nossas reflexões sobre aspectos observados no momento da entrevista.

3.5. Análise dos dados

O processo de examinar, reduzir, organizar e descrever as narrativas, compreendidas como histórias contadas e reconstruídas de forma sequencial, contemplando o enredo, os personagens, o tempo, o espaço e o ambiente consiste no processo de análise dos dados. A narrativa permite, de maneira indireta, conhecer a experiência do outro que narra a experiência da maneira como a percebeu, de como a interpretou (GARRO, 1994).

Segundo Aquino (2001), a pesquisa etnográfica deve captar quatro modos distintos de um texto: a narração, a descrição, a interpretação e a compreensão. A narração realça a importância do indivíduo falar de si mesmo, possibilita a construção e a organização da experiência pessoal. A descrição permite descrever os acontecimentos e atividades diárias dos sujeitos envolvidos. A interpretação permite a reconstrução dos processos e das relações que constituem as interações do sujeito. A compreensão consiste na identificação das relações entre o homem e o pensamento, buscando explicações que dão sentido ao fenômeno investigado.

Neste estudo, a análise dos dados foi conduzida com base nas propostas de Miles e Huberman (1994) que consistem em três fases principais: a redução dos dados, apresentação dos dados e o delineamento das conclusões e verificações.

Na primeira fase, que consiste na redução dos dados, ocorreram a transcrição e a leitura cuidadosa de toda a narrativa dos participantes e das notas do diário de campo. Durante todo o processo de análise, foram considerados os dados obtidos com as observações, entrevistas e notas apreendidas no diário de campo. Considerando-se o volume de informações oriundas dessas fontes de dados, buscamos organizar os dados a fim de tecer significados que elucidassem o significado de apoio social.

A segunda fase consistiu na identificação e agrupamento das unidades de significados (códigos). Estes códigos foram apresentados em um quadro e foram comparados entre si. A partir da comparação das unidades de significados, os dados semelhantes foram agrupados em categorias pela verificação das semelhanças e diferenças entre os códigos, originando a formação de núcleos temáticos, iniciando assim a terceira fase do processo de análise (COSTA et.al., 2008; DUARTE, 2004). Com a análise dos núcleos temáticos, buscamos compreender os significados de apoio social. No decorrer desse processo, houve a necessidade de retornar ao trabalho de campo para esclarecer informações que não ficaram claras, assim como novos questionamentos que foram feitos a partir da transcrição e leitura das entrevistas (DUARTE, 2004).

Foram identificados, após o processo de análise dos dados, dois núcleos temáticos principais: 1) a experiência da revascularização do miocárdio; 2) o significado de apoio social: o apoio emocional e o apoio instrumental.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentados e discutidos as características sociodemográficas e os núcleos temáticos identificados, a partir da experiência da enfermidade e do apoio social vivenciados pelos sujeitos participantes deste estudo, a saber: a experiência da revascularização do miocárdio e o significado de apoio social.

4.1. Características sociodemográficas

Sujeito	Sexo	Idade (anos)	Estado Civil	Ocupação	Religião	Anos de Estudo	Renda Mensal Individual (R\$)
S1	Masc.	66	Casado	Aposentado (Motorista)	Espírita	4	1.400,00
S2	Fem.	60	Solteira	Aposentada (Vendedora e Trabalho Informal)	Católica	8	700,00
S3	Fem.	71	Viúva	Aposentada (Empregada Doméstica)	Católica	4	500,00
S4	Fem.	66	Viúva	Aposentada (Empregada Doméstica)	Católica	4	1.000,00
S5	Masc.	73	Casado	Aposentado (Lavrador)	Católico	Zero	500,00
S6	Masc.	61	Casado	Afastado pelo INSS (Técnico de telefônica e Trabalho Informal)	Católico	4	600,00
S7	Masc.	61	Casado	Afastado pelo INSS (Vendedor e Trabalho Informal)	Espírita e Católico	16	1.500,00
S8	Masc.	49	Casado	Trabalho Formal (Representante Comercial)	Católico	11	2.500,00
S9	Fem.	61	Separada	Aposentada (Vendedora)	Espírita	10	800,00
S10	Fem.	57	Casada	Trabalho Forma (Técnica de Enfermagem)	Evangélica	13	2.200,00
S11	Fem.	62	Casada	Aposentada (Bancaria)	Evangélica	7	2.000,00

Quadro 2 - Caracterização sociodemográfica das pessoas que realizaram a revascularização do miocárdio, Ribeirão Preto, SP, 2008-2010

No Quadro 2, estão apresentadas as características sociodemográficas dos indivíduos submetidos à revascularização do miocárdio.

O grupo estudado foi composto por seis mulheres e cinco homens, com idades variando de 49 a 73 anos, a maioria casada e aposentada antes da cirurgia. Apenas dois participantes estavam afastados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) (S6 e S7) e após a cirurgia somente dois pacientes voltaram a trabalhar formalmente (S8 e S10).

Observamos, também, que a maioria dos participantes informou ser católica. Em relação ao grau de escolaridade, a maioria estudou até o ensino fundamental. Apenas um participante informou ter ensino superior completo e outro ser analfabeto. Em relação à renda salarial dos participantes, a maioria recebia de um a dois salários mínimos por mês (salário mínimo considerado é de R\$545,00 – mês de referência março de 2011). Três pacientes informaram que estavam aposentados ou afastados pelo INSS, mas que depois da cirurgia continuavam a exercer atividades informais para complementar a renda mensal e ajudar nas despesas da casa. Essas atividades consistiam da venda de fraldas, roupa e de pequenos consertos domésticos.

É importante citar que os pacientes, mesmo aposentados devido à idade, continuaram a trabalhar até o momento do evento cardíaco que antecedeu a cirurgia cardíaca.

[...]Trabalhava, trabalhava por dia, eu lava e passava roupa, depois que eu comecei a passar mal que eu fui ao postinho, que me falaram que eu estava com esse problema de angina, eu parei, os meninos não quiseram, as meninas falavam: mãe para com isso, a mãe não tem precisão de trabalhar doente, não tá boa, já trabalhou muito, para com isso, fazendo o servicinho de casa já está bom, aí eu parei, eu tenho a aposentadoria, não é muita coisa, é um salário mínimo, mas é o que eu tenho e me ajuda, e eu parei de trabalhar pra fora, mas continuei, eu dava conta de casa, fazia tudo de casa, quando parou de uma vez, eu senti mal, eu não aceitava, eu queria fazer, agora não, agora parece que eu estou aceitando mais, não dá, fazer o quê!(S3, F, 71)².

Eu trabalhei até em maio do ano passado, na chácara. Eu fazia limpeza. Trabalhei lá 13 anos, depois que voltei da fazenda. Fazia de tudo. Fazia buraco, plantava bananeira. Fazia de tudo. Limpava, carpia, fazia de tudo, era bem ativo. Eu era bem ativo. Daí, eu fui sentindo, no começo do ano, eu fui sentindo, quando andava, eu ia sentindo aquilo... (Nesse momento o paciente coloca a mão no peito ao falar, fazendo um tipo de careta). Eu trabalhava, e aí era cada vez mais dor. Foi aí que eu falei eu acho que eu vou parar. Aí a Dra falou: tá mal pode parar: o senhor vai ter que fazer cirurgia (S5, M, 73).

Quatro participantes que antes da cirurgia moravam sozinhos ou longe da casa dos filhos, depois da cirurgia, passaram a morar com alguém; um paciente mudou de cidade para

² Os participantes foram identificados por um número, (exemplo, Sujeito 3 – S3), sexo (feminino - F ou masculino - M) e idade, permanecendo como no exemplo S3, F, 73.

ficar mais perto do filho (S7); morava em uma casa com a esposa ao lado da casa do filho. Três pacientes voltaram a morar com os filhos após a cirurgia (S3, S4 e S9). Uma paciente (S3) considera que depois que passou a morar com a filha teve uma diminuição da independência.

[...]pra quem era acostumado a ficar todos esses anos sozinha, fazia de tudo, eu era uma pessoa que fazia tudo, limpava, lavava, passava, eu fazia as coisas pra rua, eu me virava sozinha, elas só começaram a me acompanhar quando o médico falou que eu estava com um problema cardíaco, aí no dia que tinha médico, quando uma não podia ir a outra ia, ou às vezes a minha irmã ia. Mas eu sempre fui assim, eu sempre fiz minhas coisas, saía para onde eu queria, de noite, de dia, fechava a minha porta e ia embora. E depois que eu fiz essa cirurgia, para você ver, a gente fica dependente dos outros né! A gente espera que dê banho, espera que arrume a comida, espera que leve para cama, essa minha filha me levava todo dia de manhã para dar uma voltinha no quarteirão que o médico falou que eu tinha que fazer isso, e como eu estava aqui na companhia dela, ela me pegava de manhã e ia andar comigo, me segurava no braço, andávamos até lá na frente e voltávamos. Ela que ficou mais sobrecarregada de mim. Mas não foi fácil de aceitar e até hoje eu acho difícil. Eu falo: ai me Deus do céu! Uma pessoa que toda a vida fez tudo sozinha, hoje tem muitas coisas que tem que depender! (S3, F, 71).

A maioria dos pacientes era casada há mais de 20 anos, uma paciente sempre fora solteira (S2) e morava com o pai de 88 anos, com a sobrinha, o marido da sobrinha e com a filha do casal. Duas pacientes eram viúvas e depois da cirurgia, uma saiu de sua casa para morar com a filha e com os netos, em um cômodo que foi construído no fundo da casa da filha (S3); e a outra teve a filha e o neto mudando-se para a sua casa depois da cirurgia (S4). Uma paciente era separada (S9) há mais de 20 anos, e a filha morava com ela, depois que se separou, essa paciente relata sentir falta de ter um companheiro com quem possa partilhar a vida.

[...]sinto muita falta de não ter um companheiro pra dividir situações, problemas e alegrias, tristeza, dividir tudo, porque nem tudo você pode levar pra seus filhos, dividir com eles, entendeu? Porque cada um tem a sua vida e tem que percorrer o caminho deles e fazer a vida deles, entendeu? (S9, F, 61).

No quadro a seguir, observamos o estado civil atual, o tempo do estado civil atual, número de pessoas que moram na mesma casa do paciente e o parentesco.

Sujeitos	Estado civil	Tempo do estado civil (anos)	Nº de pessoas que moram com o paciente	Parentesco das pessoas que moram com o paciente
S1	Casado	38	2	Esposa Filha
S2	Solteira	60	4	Pai Sobrinha Marido da sobrinha Sobrinha neta
S3	Viúva	55	3	Filha Netos
S4	Viúva	15	2	Filha Neto
S5	Casado	55	5	Esposa Filhos Genro Neto
S6	Casado	39	1	Esposa
S7	Casado	40	1	Esposa
S8	Casado	26	4	Esposa Filhos Sogro
S9	Separada	25	1	Filha
S10	Casada	27	3	Esposo Filhos
S11	Casada	35	4	Esposo Filha Netos

Quadro 3. Caracterização dos pacientes quanto ao estado civil atual, tempo do estado civil atual, número de pessoas que moram na mesma casa do paciente, parentesco.

Observamos que, dos sete pacientes que são casados, apenas dois moram somente com o cônjuge, os outros vivem e dividem a casa com filhos, netos e com o sogro.

Durante visita à residência desses pacientes, pudemos observar a construção de quartos no fundo do quintal, ou o remanejamento dos cômodos da casa para acomodar os familiares que foram morar com eles. A maioria das casas dos pacientes era composta por: sala, cozinha, dois quartos, um banheiro e uma pequena área de quintal; onde em alguns casos foram construídos cômodos para acomodar seus familiares. Fonseca (2005), em seu trabalho sobre análise da dinâmica das relações familiares em grupos populares, mostra que é comum as famílias brasileiras aumentarem o número de cômodos em suas casas, no fundo do quintal, para receber seus filhos que casaram ou descasaram, ou que diante de alguma dificuldade necessitam da ajuda da família. Segundo a autora, essa característica é comum em famílias pertencentes a classes econômicas mais pobres no Brasil.

Foi verificado, também, que a maioria dos pacientes morava em bairros populares da cidade, com vizinhos com os quais mantinham relações de amizade. Uma paciente (S9)

mudou de bairro após a cirurgia e foi morar em um apartamento localizado em um bairro de classe média. Essa paciente comenta que sentiu muita falta dos vizinhos.

[...]já a gente mudou, ficou mais isolado, eu gosto mais daqui pela segurança e tudo, né?! Mas assim, eu fiquei longe da companhia que eu tinha das duas vizinhas, que eram muito boas! Aí o que eu faço? Se eu sinto que eu não vou ficar bem sozinha, que começa a bater assim aquela coisa de ficar pensando coisa ruim, ah! [...](S9, F, 61).

Sete pacientes moravam em casa própria e quatro, em casas alugadas. Nas casas desses pacientes, havia imagens religiosas, Bíblia e retratos da família. Esses objetos sempre estavam na sala das casas. Em todas as entrevistas, todos os pacientes citaram a importância da fé e da crença em Deus e indicavam a imagem ou a Bíblia quando falavam sobre o assunto.

4.2. A experiência da revascularização do miocárdio

No núcleo temático **a experiência da revascularização do miocárdio**, foram agrupadas as unidades de significados relacionadas à experiência da enfermidade cardíaca e as explicações sobre a enfermidade cardíaca para esse grupo de paciente.

De acordo com Lagdon (1995), “para entender a percepção e o significado é necessário acompanhar todo o episódio da doença: o seu itinerário e os discursos dos atores envolvidos em cada passo da seqüência de eventos”. Por essa razão, antes de compreendermos o significado de apoio social, é necessário descrever a experiência da enfermidade desse grupo de pessoas submetidas à CRVM.

De acordo com o depoimento dos participantes, a descoberta da disfunção cardíaca aconteceu de forma súbita, foi uma surpresa a constatação de um problema coronário e a necessidade de CRVM.

Eu fiz um checke e não deu nada aí eu pedi pra fazer uma esteira pra fazer exercício numa academia. Aí eu fui fazer uma esteira, a esteira acusou que eu estava com uma veia entupida e eu não sentia nada. Nada, nada, nada (S8, M, 49).

Eu estava limpando o quintal... O jardineiro estava cortando e podando a árvore e aí senti que estava flutuando, estava com mal-estar. Nisso a minha sobrinha chegou com carrinho do neném e deixou ali pra mim cuidar do neném, mas aí eu comecei a ficar ruim, ruim. Eu senti uma dor aqui assim óh (indica a região do esterno), no osso, parece, e parecia que o meu pé ia sair do chão, pensei que estava flutuando. Peguei o cartão do SUS e fui lá na casa da minha irmã, encontrei com ela...mas eu estava me sentindo tão mal que precisamos sair

correndo, eu estava enfartando. Meu cunhado que me levou no postinho, mediram minha pressão, a moça que trabalhava no posto olhou pro meu cunhado e falou assim 'você pode levar ela lá no outro postinho que atende emergência, mas o senhor não espera nada não, pode já entrar com ela e falar que a pressão está alta. Lá no outro posto eu apaguei, foi uns 40 minutos (S2, F, 60).

Aconteceu que eu saí daqui para trabalhar no terreno que a gente tem aqui, na Rua Pará. E até então eu nunca tinha sentido nada, carpina os matos, e estava plantando um pé de fruta que a minha esposa tinha comprado e no início uns 10 minutos depois eu comecei suar demais, transpirava demais, eu queria continuar, mas não conseguia, eu parado, continuava o problema voltava, né? Peguei larguei tudo lá e vim embora tirei o dia do trabalho. Aí fui medir a diabete, estava alta, estava 330, a pressão estava 18 por 9. Aí minha filha me levou para o Cuiabá (posto de saúde). Chegando lá o médico pediu um eletro, aplicou já um remédio pra diabetes, a insulina, só que ele falou que o problema poderia ser antigo. Problema recente a gente não sabe, você vai diagnostica aquilo na hora, né? e aí ele (o médico) falou 'você tem que procurar um cardiologista e fazer os exames pra saber qual é a gravidade do problema, às vezes é um probleminha sem importância, pode ser até de nascença (S1, M, 66).

Em outros estudos com pacientes coronariopatas revascularizados, os pacientes, também, demonstraram surpresa ao receberem a notícia do problema coronário e da necessidade da cirurgia, algo que provocou uma mudança no “ritmo” do dia a dia do paciente (Silva, A., 2000; Vila, 2006). Em nosso estudo, apesar de apresentarem sinais e sintomas característicos de coronariopatia, os pacientes não associavam essa sintomatologia ao problema cardíaco. A maioria dos pacientes também apresentava outros problemas de saúde, como a diabetes, a hipertensão e a hipercolesterolemia, mas não associava esses fatores à predisposição de um problema cardíaco. Os pacientes associavam os sintomas da coronariopatia a situações de estresse no trabalho, à idade, a situações de perda de entes queridos e de doença na família.

Porque eu sentia quando eu estava andando, eu cansava muito, mas achava que era porque eu trabalhava demais, não era, sabe?(10, F, 57).

Antes de acontecer o evento agudo cardíaco (o infarto do miocárdio ou a angina instável), os pacientes já apresentavam sinais da coronariopatia, por exemplo, a dor no peito e a falta de ar, porém, a procura por ajuda médica aconteceu apenas no momento em que já não podiam realizar suas atividades rotineiras ou depois do evento agudo. Um paciente detectou o problema durante exames periódicos.

Eu caminhava bastante né! e de repente eu comecei a sentir dor no peito, eu já sentia dor, mas era de gastrite, essa dor é bem diferente, a gastrite dói em baixo, mas essa dor era aqui (paciente nesse momento indica com a mão o peito), doía muito, eu sentia falta de ar eu

parava, e fazia assim (mostra que fazia massagem no peito) e voltava pra casa, um quarteirão eu não aguentava andar. A gente não sabe explicar, era uma pressão. Eu não consegui andar um quarteirão reto eu voltava, aí ficou vários dias assim, essa dor, aí eu sou bem de aguentar. Aí um dia eu fui no forró com a minha filha, pra dançar eu estava muito bem, vai de carro, não sente nada, aí eu fui dançar com uma amiga, me deu uma dor muito forte. Aí eu sempre falava, “nossa essa dor parece que eu estou enfartando”, aí eu falei na hora pra ela, vamos sentar porque parece que eu to enfartando, eu sentei e não dancei mais, a dor era só no peito, depois que sentei a gente veio embora. Aí no outro sábado começou a doer forte demais, não parava, eu sentada, quietinha vendo televisão e a dor vinha (S4, F, 66).

Eu estava colocando no meu escritório umas prateleiras e começou a me dar uma dor. Nunca tinha sentido nada (...) aí começou aquela dor, aquela dor, aquela dor, aquela dor, nisso o meu filho vinha chegando, era uma quinta-feira (...) aí ele me viu, disse que eu estava branquinho, branquinho, aí ele me perguntou se eu estava sentindo alguma coisa, eu falei que estava com uma dor danada no peito. Aí ele sentiu alguma coisa anormal e me colocou dentro do carro e foi correndo pro hospital, lá já me encaminharam para uma maca, já puseram alguma coisa na minha boca, já me levaram pra UTI, eu fiquei uns 3 dias na UTI, a pressão estava 23 por qualquer coisa e não abaixava, não abaixava, não abaixava eu fiquei quase que 2 dias na UTI até abaixar a pressão. Aí quando a pressão voltou aos ritmos normais de doze, treze aí eu voltei pro quarto e fiquei uma semana lá. Disseram que eu tinha problema, que eu precisava fazer uma série de exames, aquela coisa e tal. Só que a gente sabe como um bom brasileiro, a medicação do médico foi boa, eu melhorei, eu não fui atrás (S7, M, 61).

A constatação da coronariopatia e da necessidade da CRVM provoca uma ruptura na vida do paciente (THEOBALD; MCMURRAY, 2004; VILA, 2006) que passa a conviver com uma doença que traz limitações e implica a necessidade de mudanças. Sentimentos de tristeza, por sentir-se inválido, medo de morrer e revolta fizeram parte dessa experiência da descoberta da doença e da necessidade da cirurgia.

Eu fiquei assim muito abalada, ainda cheguei a perguntar pro médico, que foi lá conversar comigo se não tinha um medicamento que pudesse usar, porque eu tinha medo de fazer essa cirurgia. Eu tinha medo! eu morria de medo, e ele falou que não, que os remédios que tinha que usar eu já estava usando, e que esses remédios não iam resolver o meu problema, que o meu problema só era a cirurgia. E eu fiquei muito abalada, no começo eu não queria aceitar. Eu falava para minhas filhas: eu não vou fazer essa cirurgia! (S3, F, 71).

Gente tudo o que fizemos até agora que eu to ajudando, será que eu não vou ver esse sucesso deles? (se referindo aos filhos) Aí eu pensava, mas se eu não puder ver eu pelo menos lutei para eles poderem alcançar, para que eles sejam alguma coisa, poderem fazer o quê! O meu menino eu já tinha visto formar, se formou, no ano em que eu enfartei que ele se formou em fevereiro. E a menina ainda, tadinha! estava acabando o terceiro ano e indo pro quarto ano! (S10, F, 57).

Assim como nos estudos de Nucci (2003), Silva (2000), Vila, Rossi e Costa (2008), e Vila (2006), a maioria dos pacientes em nosso estudo relatou que a perda da saúde foi

percebida como a diminuição das condições de prazer. Os sujeitos citaram que, após a descoberta do problema cardíaco e da cirurgia, a vida mudou, agora vivenciam limitações físicas, como a incapacidade de trabalhar, de fazer atividades que antes lhes davam prazer.

a gente gostava de passeio, é muito problemático de passear, é muito difícil hoje tem lugares que mesmo na cadeira de rodas eu não tenho força, eu até tenho força só que eu tenho medo de fazer e de dar a dor. Fico com medo, entende? Então é isso aí que tá machucando a gente e tá assim matando aos poucos a gente, é que nem a gente fala, nós vamos morrer eu vou morrer não vai ter quem faça, morrer não digo também de tristeza, mas assim sabe? a vida deu uma rasteira muito grande na gente e a gente o que vai fazer, é que nem eu falo se eu brigar, xingar eu vou continuar com meu problema, se eu der risada eu também vou continuar então pelo menos eu vou rir (S7, M, 61).

Apesar da maior parte dos pacientes já estar aposentada antes da CRVM, foi nítida a importância do trabalho na vida desses indivíduos. Apesar de não trabalharem formalmente, os pacientes do sexo masculino exerciam atividades informais; alguns cuidavam de um terreno, plantando legumes, verduras e frutas; outros faziam “bicos”, como eletricitistas e técnico de telefonia e ocupavam o seu dia exercendo essas atividades. Após a constatação do problema cardíaco, essas atividades foram interrompidas, causando no paciente um sentimento de inutilidade, pois agora não poderiam “fazer mais nada”.

Segundo Ribeiro e Léda (2004), o trabalho é impregnado de toda uma subjetividade, inserido em um contexto econômico, político e social, e a sociedade continua muito vinculada ao mesmo, cultivando-o como algo essencial. A capacidade do indivíduo em trabalhar é socialmente reconhecida como norma fundamental para definição do conceito de normal dentro do nosso contexto social.

Para Canguilhem (2002), o conceito de normalidade envolve o desempenho satisfatório de papéis sociais no contexto de vida familiar e social, incluindo o trabalho e a autonomia. A impossibilidade de exercer o trabalho acarreta sentimentos de perda de autonomia, tristeza e perda da normalidade, fazendo com que o indivíduo se sinta desvalorizado.

As mulheres que participaram deste estudo referiram preocupação com a limitação na realização dos serviços domésticos, como atividades de limpar a casa, lavar as roupas e carregar peso. Essas mulheres que antes ajudavam os filhos, os maridos, passam agora a necessitar de ajuda depois da CRVM. É histórica a relação das mulheres com o cuidado dos familiares e com os serviços domésticos. De acordo com Muraro e Boff (2002), existe uma relação entre fêmeas e prole, como origem do cuidado e afetividade da espécie humana, que é muito forte e histórica.

Assim como Vila (2006), foi possível observar que a experiência da doença é influenciada pelo gênero. Essa autora traz que:

[...] culturalmente, homens e mulheres exercem papéis sociais diferentes, não apenas em relação ao sexo, mas, principalmente, aos múltiplos padrões culturais familiares construídos ao longo de sua existência. (...) o homem deixa o status de provedor da casa e torna-se dependente da mulher e dos filhos. A mulher continua dentro de casa, mas passa a depender mais dos filhos (VILA, 2006, p. 105).

Além desse aspecto, também foi observado que os pacientes além de atribuírem a doença aos maus hábitos de alimentação e à hereditariedade, identificaram, como fatores associados ao adoecimento, as situações ao longo da vida de sofrimentos, perdas e desígnio divino. Resultados semelhantes foram encontrados por Vila (2006) e Silva A. (2000) especificamente com pacientes cardíacos revascularizados. Neste estudo, os pacientes, também, atribuíram várias explicações para a doença cardíaca, situações da vida pessoal que geraram estresse, problemas de saúde anteriores e hábitos e comportamentos não saudáveis.

Olha eu nem sei o que eu acho viu! Sabe por que eu não estava sentindo nada. Eu sempre fui no médico, sempre fiz os exames e estava sempre tudo bem. O doutor disse que foi o diabete, mas sabe o que eu acho que é mesmo uma provação de Deus (S11, F, 62).

Vida sedentária e lógico eu criei quatro filhos sozinha, eu trabalhava em dois empregos, eu não tinha uma vida regular, eu não tinha uma vida normal, entendeu? Além do que eu sou uma pessoa muito preocupada com os meninos (filhos e filhas) eu tinha eles estudando, eu tinha que dar conta daquilo, né? (S9, F, 61).

Eu era muito ansiosa, qualquer coisa me preocupava muito, assim, por exemplo, me preocupava, mas eu não falava para você que eu estava preocupada, eu guardava pra mim, ficava tudo guardadinho (S10, F, 57).

Good (1994) considera que as representações sobre saúde-doença são construídas a partir de um conjunto de valores e conhecimentos que são próprios de cada sociedade e de cada cultura. Estão incluídos nesses conhecimentos e valores padrões de sinais e sintomas, que possibilitam uma diversidade de explicações para a doença e caracterizam a compreensão popular da doença em suas diversas formas. Assim, além do aspecto físico, a doença também é fruto dos aspectos pessoal, social e sobrenatural (Helman, 1994). Para Kleinman (1988), a enfermidade é denominada a partir da percepção das alterações físicas e das relações com outros aspectos das biografias dos envolvidos. Nesse sentido, é no conjunto de conhecimentos e experiências vivenciadas a partir das relações com os outros ao longo da vida que o sujeito vai orientar e dar significado para os eventos de sua vida, assim como para o seu problema de

saúde. A cultura molda a experiência da doença para o sujeito. Por essa razão, essa experiência assume vários sentidos.

É importante que os profissionais de saúde reconheçam que o paciente possui seu próprio conhecimento sobre a doença, elaborando explicações para seu acontecimento e que esse conhecimento é culturalmente influenciado. O profissional da saúde deve considerar no momento que interage com seu cliente que para esse indivíduo, a doença não se refere apenas aos aspectos biológicos, mas também aos sociais e culturais.

Depois da descoberta da coronariopatia e de suas implicações, esses pacientes, após uma série de exames, constatam a necessidade da cirurgia de CRVM como única alternativa de melhora. Essa descoberta levou os pacientes a perceberem esse momento como de escolha entre a vida e a morte.

Assim como em Vila (2006), os pacientes deste estudo apenas descobriram a gravidade do seu problema de saúde quando houve a necessidade da intervenção cirúrgica. Porém, apesar da necessidade da cirurgia, muitos em um primeiro momento se negaram a operar.

Fizeram o cateterismo em mim e eu fiquei uma semana internado e queriam me operar, fizeram o cateterismo e verificou-se que estava com duas artérias entupidas e eles queriam no caso me operar. Me seguraram uma semana e eu fiz de tudo, fiz o possível e o impossível primeiro para não ficar lá, não queria operar de jeito nenhum! (S7, M, 61).

Eu não queria fazer essa cirurgia. Para você ver a mais simples eu não fiz e uma cirurgia dessa, né! Ai a minha filha perguntou para o Dr. Francisco se não tinha outro jeito senão a cirurgia. Aí ele falou: se eu fosse ela eu faria porque ela poderia ter morrido na esteira, e ela pode até morrer dormindo (S11, F, 62).

Muitos pacientes relataram medo de morrer na cirurgia, justificando a recusa em operar.

É porque dá uma impressão que quando vai operar o coração é que a gente vai morrer. É uma coisa assim que vai mexer, eu acho uma cirurgia um pouco grande. E que a vida é gostosa, é bonita, né! Você não quer morrer, né! (S2, F, 60).

Eu fiquei apavorada né! eles me avisaram lá no campus que eu ia operar, aí eu piorei eu tive duas crise muito feia, de choro mesmo, uma senhora que internou depois e que já tinha feito a cirurgia me mostrou os cortes, daqui até ali no meio (paciente indica com as mãos os cortes do peito), aí quando eu vi os cortes, porque toda a vida eu tive medo de corte (S4, F, 66).

Eu tinha medo... iche! eu morria de medo, e ele falou que não, que os remédios que tinha que usar eu já estava usando, e que esses remédios não iam resolver o meu problema, que o meu problema só era a cirurgia. E eu fiquei muito abalada, no começo eu não queria aceitar (S3, F, 71).

A cirurgia cardíaca é representada pelos pacientes como algo de extrema gravidade, que só se justifica na iminência da morte e como única alternativa a esta. Depois de conversarem com os familiares e com os médicos, os pacientes tomaram a decisão de realizar a cirurgia.

O médico conversou muito com a gente, comigo e com minha esposa, o risco era perigoso dar um infarto e eu ficar né! Então tinha que fazer a cirurgia e eu fiz sossegado, a cirurgia foi boa (S8,M, 49).

Todo mundo conversava, família, os vizinhos, porque eu tenho muita gente amigo lá no Irajá, porque eu morei muitos anos lá, não a senhora deve fazer porque olha, tem tanta gente que opera do coração e vive o dobro de vida ainda, vai fazer. E todo mundo conversando e colocando na minha cabeça que eu tinha que fazer, que era pro meu bem, que eu ia ficar boa (S3, F, 71).

Diante do risco da morte, a crença religiosa aflora, trazendo a figura de Deus. Os pacientes relatam a entrega da vida nas mãos de DEUS no momento da CRVM, acreditavam que o que tinha que acontecer iria acontecer. Acima de tudo, afirmam-se os desígnios divinos determinando os acontecimentos.

Rezei até na hora em que eu dormir lá pra operar. Foi importante rezar porque acalma a gente, dá paz e confiança que tudo está nas mãos de Deus (S5, M, 73).

No momento da CRVM, referem principalmente o apoio da família e da crença em DEUS para tomar a decisão, uma vez que não tinham como continuar vivendo sentindo dor e vivenciando tantas limitações.

Depois de realizarem a CRVM, todos os pacientes relataram que a vida melhorou, apesar de vivenciarem ainda algumas limitações.

É engraçado, depois da cirurgia me recuperei tudo direitinho, cada dia eu me sentia melhor, certo? E eu me sinto bem, não tenho nada. A vida ficou melhor. Me sinto mais animada. Ando, vou à cidade ando, ando, ando, coisa que ultimamente antes da cirurgia eu não fazia, eu tinha um cansaço fora do comum (S9, F, 61).

A vida valoriza. Já fez nove meses já. A vida melhorou. Fica meio dolorido, mas está bom! Consigo andar, voltei com a bicicleta, tá tudo bem! (S5, M, 73).

Assim como no estudo de Vila (2006), apesar de considerarem que a vida melhorou depois da CRVM, os pacientes relatam, ainda, dificuldade da mudança de estilo de vida, como, por exemplo, o hábito do tabagismo.

Fumar é uma das coisas que é difícil de largar de uma vez você sabe, tem dia que dá sim, tem dia que você pega e fuma assim não adianta, sabe?(S9, F, 61).

Diante dos relatos dos pacientes, é comum a ideia de que a cirurgia não resolveu definitivamente o problema cardíaco e que, por essa razão, é preciso também o acompanhamento contínuo quanto à medicação, ao controle da alimentação, à prática de exercícios e da renúncia aos hábitos não saudáveis como o tabagismo. O reconhecimento da condição crônica pelo paciente é um aspecto importante, pois desse reconhecimento depende a adesão ao tratamento, para a prevenção de novos infartos.

Como já foi dito anteriormente, a experiência da doença é algo culturalmente influenciado, assim como a experiência da CRVM. Os pacientes atribuem significados a essa experiência de acordo com suas vivências ao longo da vida, em suas relações sociais, no seio da sua família, de seu trabalho e de suas crenças.

4.3. O significado de apoio social: instrumental e emocional

Sabemos que a CRVM traz inúmeras modificações na vida do sujeito, em suas diferentes esferas: física, psicológica e social (VILA, 2006). O construto apoio social tem sido estudado como um elemento facilitador do processo de reabilitação após a CRVM (BOUTIN-FOSTER, 2005a; REBLIN; UCHINO, 2008; UNO; UCHINO; SMITH, 2002; UCHINO, 2006).

Pesquisas feitas principalmente nos Estados Unidos da América têm mostrado a interferência positiva do apoio social nas vidas dos doentes cardíacos, favorecendo mudanças de comportamento e inclusão em programas de reabilitação e reduzindo as taxas de mortalidade (MOLLOY et al., 2008).

Este estudo teve como um dos objetivos compreender o significado de apoio social para os pacientes submetidos à CRVM. Assim, buscamos com esta investigação responder a algumas questões: O que é o apoio social para esses pacientes? É realmente importante? Quais as fontes de apoio desses pacientes?

O apoio social para esses pacientes teve significado de “ajuda”, “foi tudo”, “foi muito importante”, “foi fundamental”. Assim como no trabalho de Vila, Rossi e Costa (2008), em que a maioria dos pacientes buscou apoio terapêutico em redes de relações familiares antes da assistência médica, essa característica também esteve presente neste estudo.

Uma amiga minha acostumada a ligar todos os dias, nesse dia ela ligou e eu falei”Ai Vanda a dor não passa, a dor no peito não passa” Aí ela falou: “ vamos no médico” e eu falei: “Não vou não!” Aí ela veio me buscar e falou: vamos lá em casa, eu faço uma sopinha e depois nós vamos (S4, F, 66).

Os membros da família estiveram presentes nos relatos de todos os pacientes. Foram os familiares que orientaram e possibilitaram a procura por assistência médica diante dos sinais e sintomas que apoiaram o paciente quanto à decisão de operar e que estiveram presentes no período de recuperação física e de reabilitação.

O apoio social pode ser classificado em duas categorias distintas, a estrutural e a funcional. A categoria estrutural do apoio social diz respeito ao número de pessoas da rede social, tipos de papéis sociais, incluindo participação em instituições, como a de grupos religiosos, familiares e comunidade. A categoria funcional refere-se à disponibilidade e à modalidade do apoio recebido, ao nível de satisfação, em relação à situação e aos contextos específicos. Nessa categoria é incluída uma avaliação subjetiva em relação às necessidades e às expectativas da pessoa quanto ao apoio recebido. A categoria funcional é também classificada em duas categorias: apoio emocional e apoio instrumental (MCNALLY; NEWMAN, 1999; RODRIGUES; SEIDL, 2008; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006; THOITS, 1995).

Neste estudo, em relação à categoria estrutural do apoio, o paciente submetido à revascularização do miocárdio recebeu esse apoio das suas redes de relações concebidas na família, no trabalho, em grupos religiosos de que participam e na comunidade, representada por vizinhos.

Em relação à categoria funcional do apoio, o apoio emocional foi demonstrado pela presença física de familiares, não deixando o paciente sozinho, assim como por palavras de conforto, confiança, esperança, que eram oferecidas pelo cônjuge e pelos filhos.

O apoio é uma visita. Só do cara chegar aqui, e falar: “se precisar de alguma coisa você me dá um toque, você me procura, você manda alguém me avisar”. Só isso aí já é um apoio né? E eu precisei muito disso aí, porque a gente ficava muito triste aqui, sozinho, fica muito triste, é muito triste. Às vezes a minha esposa sentava na cama e ficava lá comigo, só pra eu não ficar sozinho, porque eu sou muito emotivo (S6, M, 61).

O apoio foi isso, né?! a família te ajudar na recuperação. Eu não ficava sozinho, eles te apoiam em tudo, né?! Você tem o principal que é isso. Você tem que ter isso! (S8, M, 49).

Elas (filhas e irmã da paciente) conversavam muito comigo lá, dava muita força, se acontecia alguma coisa diferente elas chamavam alguém, já ficava um acompanhante por causa da idade né! Foi muito importante, porque eu acho, olha você já pensou a gente ter que ficar em um hospital, numa cirurgia que eu fiz, dessa difícil, e não ter um apoio da família, deve ser muito triste. Graças a Deus a minha família toda me apoiou. Até os meus irmão me deram muita força, iam lá me ver, conversavam muito comigo (S3, F, 71).

O apoio emocional consiste em um processo de ajuda, demonstrado por meio de comportamentos, presença física, atitudes como telefonemas, envio de flores e cartões, sensação de afeto, acolhimento, de forma tal que o outro se sinta amado, estimado e cuidado. Gera uma atitude emocional positiva, reforçando a estima e a confiança dos sujeitos (FINFGELD-CONNETT, 2005; WILLS, 1985).

O momento mais difícil para os pacientes foi o período da hospitalização. Nesse período, os pacientes relataram a importância do apoio emocional, apresentando como as principais fontes do apoio emocional os familiares que o visitavam diariamente.

Para os pacientes, era importante a presença de familiares e amigos, pois a presença deles fazia com que se distraíssem e evitassem pensar no problema de saúde por alguns momentos.

É importante, para ajudar para na recuperação, é bom conversar, me ajuda a recuperar, faço uma higiene mental, para mim, porque ficar em casa cansa viu! (S10, F, 57).

Porque quando estávamos conversando com uma pessoa, com alguém ali no quarto, a gente distraía, mudava um pouco a cabeça. Porque se você fica sozinha em uma cama de hospital o que fica pensando? Você fica martelando naquilo que passou, no problema, e enquanto você está conversando com alguém distrai a mente né! E eles não me deixavam sozinha. Todo dia eles iam me ver. Meus dois irmãos trabalhavam e iam lá de noite, depois do trabalho. Até a minha irmã que tem problema pra andar depois do derrame veio me ver, eles tinham que trazer ela, eu falava, não precisa, eu to bem, mas ela vinha me ver (S3, F, 71).

Meu filho, sempre me perguntava se estava animada, ele sempre me falava que eu tinha que ir sem medo, ele me animava. O pessoal da igreja, tive um maior apoio, quando vi as irmãs lá no hospital, rezando, cantando, quase chorei, de emoção, isso é muito importante, porque fortalece o emocional da gente, não fisicamente, mais o emocional, dá força (S10, F, 57).

Nesse período de internação, a equipe médica aparece também como uma fonte de apoio emocional.

Mas aí assim é muito apoio, né?! dos colegas, né?! os médicos também é muito bom lá, teve uma época que era o doutor Luciano, doutora Fernanda, conversava muito comigo, eles conversavam muito comigo, me tranquilizava, me deixava mais calma. Todo mundo ia me visitar no hospital, meus amigos, lá do hospital eu tenho muitos. Aí eu fui ver o quanto eu era querida lá, que eu tinha tantos amigos, lá na UCO (unidade coronariana) tinha que barrar as visitas porque queria todo mundo chegar, entrar e não podia. Todo dia todo mundo ia me visitar, foi muito importante pra mim, porque eles falavam que eu tinha que ficar lá, que eu tinha que sair de lá já operada, porque eu não podia ir pra casa porque corria o risco, né? E que eu ia ficar bem. E que eles estavam bem também. Eles me davam muita força (S10, F, 57).

Os pacientes relataram que se sentiam mais calmos, depois de conversar sobre a cirurgia com o médico e com a equipe que visita os pacientes na véspera da cirurgia.

Eles não enganam a gente, antes de fazer essa cirurgia, eles contaram tudinho, tudo o que eu iria passar. Na véspera da cirurgia me chamaram em uma sala, sentou dois médicos e uma enfermeira, eles contaram tudinho o que eu iria passar. Explicaram tudo direitinho, a senhora vai passar por isso, por aquilo, essa cirurgia é demorada, depois eles chamaram as minhas filhas, conversaram com elas, explicaram pra elas tudo direitinho, depois eu não tive mais medo (S3, F, 71).

Os pacientes também encontraram apoio de outros pacientes que também estavam internados e vivenciavam situação semelhante.

Internei pra operar, conhecia uma senhora no meu quarto que até me dava muita força, era uma pessoa excelente (S9, F. 61).

Me levaram lá pro campus, eu fiquei 30 dias internada, sem nada, não doeu nada, nada, nada, fiquei lá, me divertindo lá com a turma de pacientes que estavam internados no 5º andar, falando besteira, aí com 1 mês marcou a cirurgia. Tinha uma senhora lá que choramos juntas, entramos juntas, operamos juntas, saímos juntas, ela mora lá em Sertãozinho, é a Estela, e até hoje a gente se fala por telefone (S4, F, 66).

Porém para alguns cônjuges, nesse período da hospitalização, houve também um desgaste em permanecer no hospital todos os dias. Para eles, os familiares e os amigos poderiam ter ajudado, revezando-se no acompanhamento do paciente, durante a semana, pois compareciam apenas nos finais de semana.

Quando ele ficou internado, e eu ficava triste, porque lá no HC pode ficar um acompanhante, eu tive que ficar me humilhando pedindo para as pessoas ficarem com ele, porque eu não dava conta sozinha. O irmão dele, que me ajudou um pouco, mas o resto, nossa, tinha dia que eu ficava assim doidinha, eu ficava aqui, passava pela minha cabeça, pra quem que eu vou pedir pra, pelo menos, de dia, ficar lá (hospital), né! (esposa do S6)

Houve críticas quanto à ajuda oferecida aos pacientes por parte da equipe de enfermagem. Considerando-se o fato de que a enfermagem tem o cuidado como objetivo de sua assistência, alguns pacientes relataram que não se sentiam cuidados por parte da equipe.

Eu briguei no hospital, porque tem paciente que é chata né! não deixava a gente dormir, peguei uma paciente lá, não deixava ninguém dormir, tem que respeitar os outros né! Teve uma noite que eu passei a noite inteira no refeitório, sentada antes da cirurgia e a turma lá da noite no 9º andar, nossa é muito ruim, aí na hora que apareceu essa paciente que não deixava a gente dormir, nossa aí piorou tudo! Aí eu fui lá no refeitório, passei a noite inteirinha e eles também não deram bola, eles viam a minha cama, via que estava vazia, não

deram a mínima, nem pra me procurar onde eu estava, eles não foram, eu acho que era o dever não é não? E se eu tivesse pulado da janela? Quer dizer eles não estavam nem aí né! Eu acho muito errado eles são muito ruim viu! Eu acho que enfermeiro não pode agir assim, tinha que ver onde eu estava, o que estava acontecendo, porque eu estava ali no refeitório, nossa! (S4, F, 66).

Tinha um paciente que tinha operado antes de mim uns par de dias. Ele chorou a noite inteira. Nossa ninguém conseguiu dormir com aquela barulheira lá. Eles choravam, nossa! (S5,M, 73).

Os pacientes ficaram internados em média sete dias depois da CRVM, após esse período, tiveram alta e retorno hospitalar em 30 dias. No período de internação, apesar das críticas, os pacientes demonstraram estar agradecidos por terem sido operados na instituição, pois consideraram que tiveram muita sorte. Agradeceram os médicos por terem salvado a vida por meio da cirurgia.

Eu, graças a Deus, cá na mão dum pessoa e no hospital excelente, aquele doutor lá é brincadeira, viu? O doutor, ele é um, ele é um pai para gente (S8, M, 49).

Após a CRVM, os pacientes retornaram para casa e sofreram mudanças nos papéis sociais. Passaram a vivenciar o papel de doente operado do coração, dependendo da ajuda de outras pessoas para cuidados de higiene, alimentação e transporte. Apesar de saberem que não podiam realizar trabalhos que necessitem de força e rapidez, passaram a vivenciar essa situação de forma concreta.

O apoio instrumental compreendeu diversas atividades do dia a dia, na realização de trabalhos domésticos e na ajuda financeira. É um apoio instrumental, atividades de ajuda física como cuidar de alguém, auxiliar nos trabalhos domésticos, realizar tarefas para as quais os indivíduos estavam fisicamente incapacitados (FINFGELD-CONNETT, 2005; WILLS, 1985). Nesse caso, os familiares apareceram, novamente, como principal fonte de apoio. Para os pacientes foi muito importante a presença de familiares no hospital após a CRVM, permitindo que se sentissem mais seguros, pois recebiam ajuda para levantar, caminhar, ir ao banho.

Minha irmã me ajudava lá no hospital, ela ficava a noite, para me ajudar às vezes eu queria ir no banheiro, levantar, subir na cama, porque aquelas camas são muito altas, ela me ajudava a dar banho lá no hospital, e depois aqui em casa também. Foi muito importante, ter ela ali, porque já pensou a gente ter que ficar em um hospital, numa cirurgia que eu fiz, dessa difícil, e não ter um apoio da família, deve ser muito triste (S3, F, 71).

Os pacientes que não tiveram o acompanhamento de qualquer membro da família, após a CRVM, relataram que gostariam de ter recebido maior apoio por parte da equipe de enfermagem.

Diante desses relatos é possível refletir sobre o quanto a presença dos familiares no hospital é importante para os pacientes. Entretanto, os relatos e as observações realizadas, também, nos mostram que, muitas vezes, os familiares passam a realizar atividades instrumentais que seriam da equipe de enfermagem. Nesse contexto, a equipe de enfermagem se coloca distante do paciente e da família, agindo mais como um supervisor do trabalho do cuidado realizado pelo familiar do que como aquele que deveria cuidar em todos os sentidos.

A principal fonte de apoio emocional para o paciente foi a família. Os familiares, principalmente cônjuge e filhos, foram as principais fontes de apoio instrumental para o paciente. No domicílio, os familiares ajudaram o paciente em atividades como: preparo das refeições, medicações, comparecimento às consultas médicas e realização de exames, limpeza da casa, cuidado com as roupas, incentivo e acompanhamento em atividades físicas, além de ajuda no banho e para vestir uma roupa.

Na primeira semana foi minha filha que me ajudou a tomar banho (...). Ela também comprou uma caixinha, que era tudo separadinho, ela guardou os remédios que eu tinha que tomar tudo, até hoje a caixinha está lá. Aí você pega ali de manhã e vai dando sequência porque são 10 comprimidos, né! Então não tem jeito de errar (S1, M, 66).

Minha filha ia ficar uns dias, sabia né! Eu só não sabia quanto tempo ela ia ficar, eu pensava que ela ia ficar só uma semana, mas ela acabou ficando um mês, foi bastante. Ela ajudou, ela dava os remédios direitinho, eram 9 remédios, então ela continua responsável em pegar os remédios até hoje. Aí ela escreveu na caixinha, tudo, horário, sabe como é. Eu li e tomava. Ela me pergunta: “Mãe você tá tomando o remédio certinho, no horário, mãe?”. Ela ia buscar minha roupa e lavava, até que eu comecei a lavar, aos pouquinhos sabe (S4, F, 66);

Nos primeiros dias minhas irmãs me ajudaram, mas depois, você sabe, a cirurgia vai melhorando e a gente vai fazendo. Lavavam a roupa, fizeram comida, não dava pra fazer nada. Mas é ruim também ficar sem fazer nada. Meu pai me ajudava, ele fazia a comida, ele escolhia a verdura, preparava a salada, às vezes minha irmã pegava uma marmitta e mandava. Minha sobrinha chegava aqui e falava: “hoje eu vou fazer o almoço, eu vou passar o dia aqui com você”. Minha irmã também sempre me perguntava: “quer que eu ti faço alguma coisa? Eu vou fazer um macarrão, ou uma coisa mais leve, uma sopa!” (S2, F, 60).

Nos primeiros 15 dias a minha nora, a Aline ficou aqui comigo também, ela fazia comida para mim, media a minha glicemia, e me ajudava a aplicar a insulina, faz 5 anos que uso a insulina (S10, F, 61).

Os familiares se adaptam à nova condição e passam a desempenhar funções que anteriormente pertenciam ao paciente. É uma nova realidade para paciente e para familiares.

De acordo com observações e relatos dos pacientes e familiares, não há qualquer tipo de apoio contínuo por parte dos profissionais de saúde a essa nova realidade que os familiares passam a enfrentar. O cuidado oferecido e o apoio dado ficam restritos ao hospital durante a internação e nas consultas no retorno médico.

Três pacientes relataram engajamento em um grupo de reabilitação realizado duas vezes por semana no hospital. Contam que, nesse grupo, pessoas com problemas coronários se reúnem para realizar exercícios com acompanhamento médico. Uma paciente que participava desse grupo parou de frequentar as atividades devido a problemas com horário. Outra paciente, além de frequentar a atividade física nesse grupo, foi convidada a participar de um grupo de pesquisa, formado por pacientes coronariopatas e duas psicólogas, esse grupo se reúne às terças-feiras no período da tarde por cerca de uma hora, em uma sala dentro do hospital. O grupo partilha as dificuldades vivenciadas depois da cirurgia e seus problemas que têm causado preocupação e tristeza. Essa paciente que participa desse grupo com as psicólogas, relatou gostar muito dessas reuniões, pois percebeu que existem muitas pessoas que vivenciam o mesmo problema e que, ao partilhar suas experiências de vida com outros, um ajuda o outro.

Após a CRVM, além do apoio instrumental, os pacientes também relataram ter recebido apoio emocional. Esse apoio além da família é oferecido com maior intensidade por vizinhos e amigos da igreja.

Todo mundo ligava do trabalho, para cumprimentar e era cesta aqui, uma cesta dali, muitas mensagens, era o dia inteiro, então quer dizer, eu tive muita ajuda e foi importante porque eu não senti que eu estava doente, você entendeu? Não parecia que eu tinha feito cirurgia. Não parecia nada, porque não deu nem tempo pra pensar nessas coisas. Sempre alguém farreando aqui, nem dava tempo de cochilar, era alguém que chegava, meus vizinhos, né! O pessoal da igreja, porque eu sou evangélica, né! Então o pessoal lá da igreja ligava e vinha aqui também (S10, F, 57).

Quando eu estava em casa eles vieram também, rezaram e cantaram para mim também, os jovens, e depois vieram as irmãs, perdi as contas, e rezavam, e leram a bíblia, ofereceram ajuda financeira, graças a Deus eu não preciso, e eu não ia tirar de alguém que precisa. Os vizinhos, eu nem sabia que tinha tantos vizinhos, nossa vieram me oferecer carro, se eu precisasse. Eu ficava alegre, veio meu irmão, meus sobrinhos, minha cunhada, eu ficava muita feliz, porque a gente se sente importante né! Eles conversaram bastante comigo, isso anima, alegre (S11, F, 62).

Uma fonte de apoio social importante para os pacientes, em todo o processo de adoecimento, foi atribuída por eles à crença e à fé em Deus. Todos os pacientes citaram que ter fé é fundamental para poder se recuperar depois da CRVM. Aquino e Zago (2007) referem

que a busca pelo apoio religioso acontece em situações de doenças graves. Outros pacientes justificaram o aparecimento e a necessidade da CRVM como uma provação de Deus e mais uma batalha a ser vencida. Apesar da provação imposta por Deus, é Ele que também tem o poder de decidir entre a vida e a morte.

Olha bem, primeiro a gente precisa acreditar muito em Deus, é o que a gente conversava lá, nos vamos com Deus pra essa mesa e nos vamos sair de lá. Fé em Deus, no médico, porque o médico me transmitia uma confiança tremenda. Então, nos fomos com uma confiança em DEUS e no médico, né! E a gente tem que ser forte também, não pode ficar choramingando, e fazer corpo mole, melhorou, segue a vida, deu pra levantar da cama, levanta, não fica lá fazendo manha! (S4, F, 66).

Eu creio que Deus estava passando comigo naquele vale, e eu comecei agradecer e no outro dia eu agradei o dia inteiro. A noite eu consegui dormir a noite inteira. Aí me recuperei e fiquei ótimo, mas foi por Deus, porque se Deus não põe a mão, eu não estava lá, a velha (outra paciente que estava internada) que estava do meu lado morreu (S10, F, 57).

Tem que ter fé em Deus mesmo, porque a cirurgia é uma cama elástica, você sobe nela e ela te leva lá pra DEUS, aí Deus vê se é para você ficar lá, ele segura senão, ele te manda de novo, não é verdade? Porque a cirurgia ela é de alto risco! (S11, F, 62).

Por meio dos relatos dos pacientes e observação nas casas dos pacientes, foi possível observar que a religião e a crença em um “Ser” superior é algo fundamental na vida dessas pessoas.

Segundo Minayo (1988), Deus é considerado como um “Ser” que dirige a vida e traz segurança, paz, harmonia para o enfrentamento dos sofrimentos, angústias e incertezas. O sistema de crenças interiorizado tem papel fundamental no processo de adoecimento das pessoas e em suas motivações, interferindo na percepção e na tomada de decisões frente à doença. A religião e a fé são estratégias que possibilitam a compreensão do processo de adoecimento e uma reação positiva frente ao tratamento (MARUYAMA, 2004).

De acordo com Naraynasamy et al. (2004), a fé, independente da religião, é um dos fatores determinantes no tratamento da saúde e na qualidade de vida.

De acordo com Geertz (1989), a religião é

[...] um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de fatualidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas (GEERTZ, 1978, p. 104-105).

A religião fornece elementos que ordenam as ambiguidades da vida e os paradoxos da existência humana, inclusive em situações de doença. É através dos símbolos que esses elementos são transmitidos dentro do grupo social. É por meio dos símbolos que os homens se comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida. Para Geertz (1978), os símbolos consistem em elementos usados para qualquer objeto, ato, acontecimento, qualidade ou relação que serve como vínculo a uma concepção.

Nucci (2003) afirma que a fé, a crença na dimensão do sagrado, parece estar incorporada à pessoa que vivencia a experiência da enfermidade e que, em momentos de desamparo suscitado pela possibilidade da morte, é para a religião que o homem se volta, a religião fornece o alívio da angústia e das incertezas que se instalam perante a impotência do medo frente ao sofrimento.

Além da fé em Deus, a rede de pessoas que partilham da mesma crença foi fundamental para lidar com as mudanças e o entendimento do problema.

Foram lá no hospital fazer oração. Na família assim quase todos são evangélicos, então todas as igrejas foram e oraram, então foi muito apoio, eu acho que fiquei assim com um monte de gente ao meu redor, eu fiquei pequenininha entendeu (S10, F, 57).

Vieram me ver, a minha vizinha, ela falava sobre o peso da oração e que todo mundo fez oração para mim, os amigos lá são todos da Igreja, foi muito importante, isso ajuda muito a gente, dá ânimo, anima a pessoa (S3, F, 71).

É relevante a importância do apoio religioso na vida dos pacientes cardíacos que, depois de viverem essa experiência da CRVM, atribuem um novo significado à vida. Esse apoio social tanto se reveste do caráter estrutural (da instituição e do grupo religioso), quanto do caráter funcional (emocional).

Observamos, por meio deste trabalho, que o principal significado de apoio para o paciente revascularizado consiste em ajuda multidimensional. Esse apoio representa para os pacientes estímulo, que é fundamental para enfrentar uma nova etapa da vida.

Foi consenso entre todos os pacientes que a vida depois da CRVM mudou. Diante da nova oportunidade, aproveitam a vida de forma “mais leve”, desejando realizar sonhos que ainda não foram realizados.

Os profissionais da saúde necessitam compreender todos os aspectos que cercam a experiência do paciente submetido à CRVM e a importância da manutenção das fontes de apoio que tanto auxiliam o paciente na retomada da vida e na manutenção de sua saúde em busca de comportamentos saudáveis.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os referenciais teóricos e metodológicos utilizados neste trabalho permitiram identificar os significados atribuídos ao constructo apoio social para pacientes que vivenciaram a experiência da CRVM.

A experiência da enfermidade acarreta uma ruptura na vida do sujeito e dos familiares. Por meio dos relatos dos participantes ficou clara a idéia de que a doença é concebida de duas formas bem distintas, como um processo físico biológico (*disease*) e como uma experiência vivenciada pelo sujeito (*illness*). Enquanto experiência vivenciada pelo sujeito é influenciada por crenças, valores, normas de condutas compartilhadas e apreendidas nas relações sociais, gerando o significado do que é ser um doente cardíaco que vivenciou uma CRVM e necessita de apoio para se adaptar a essa nova realidade.

Na perspectiva dos participantes deste estudo, a CRVM provocou uma série de mudanças na vida dos indivíduos, tanto de caráter físico, como social e psicológico de maneira inesperada. Além de vivenciar a ruptura provocada pela enfermidade e pelo impacto da cirurgia, que os coloca, entre a possibilidade da cirurgia e da morte, eles passam, também, a reconhecer e a enfrentar a convivência com a condição crônica e o desafio da readaptação. Um paciente que outrora se sentia independente passa a ser dependente em muitos aspectos de sua vida.

Diante de todas as mudanças que o paciente vivencia de forma intensa e rápida, o apoio social se apresenta como elemento facilitador no enfrentamento desse processo de readaptação, minimizando os sofrimentos da nova condição de vida. Esse apoio é proveniente, principalmente, dos familiares, que estão sempre presente cuidando de fato, tanto do ponto de vista instrumental como emocional.

Foi pontual o oferecimento de apoio por parte dos profissionais de saúde, que ofereceram principalmente apoio instrumental, durante o período de hospitalização. A família, mesmo nesse momento, aparece como principal fonte de apoio, realizando, muitas vezes, atividades que seriam da equipe de enfermagem. Após alta hospitalar, foram os familiares, grupos de amigos e DEUS que ofereceram apoio aos pacientes que vivenciam agora essa nova realidade. Assim, observamos que as principais fontes de apoio foram os familiares, a crença em Deus e os grupos religiosos, que ofereceram conforto e condições para os participantes enfrentarem o momento mais crítico de suas vidas, quando estavam entre a vida e a morte e, ainda, enfrentarem o processo de reabilitação que implica mudanças no estilo de vida.

É fundamental que o profissional de saúde reconheça as principais fontes de apoio para o paciente, explorando ao máximo os benefícios que elas podem proporcionar, a fim de auxiliar o paciente a se readaptar à nova condição.

Percebe-se que não houve uma preocupação por parte da instituição em que ocorreu a cirurgia de CRVM, de verificar como o paciente ficou, depois que recebeu alta. Essa verificação apenas aconteceu durante o retorno médico.

Para os pacientes, o apoio social significou a ajuda, eles referem ser de extrema importância poder ter apoio, pois se sentem seguros e confiantes para enfrentar esse novo recomeço.

Observando a importância do apoio social para a reabilitação do paciente revascularizado, há necessidade de repensarmos a forma de como cuidamos e planejamos a assistência aos nossos clientes, a fim de realmente atendermos às suas reais necessidades, que continuam depois da alta hospitalar.

O que tem sido prioridade no nosso cuidado? Serão somente os aspectos físicos da intervenção cirúrgica ou será que os aspectos sociais e psicológicos que caracterizam o paciente como um ser único e especial têm sido uma preocupação na prática do cuidado?

Acreditamos que seja preciso realizar pesquisas que investiguem o significado de apoio para os profissionais de saúde, a fim de a preocupação em oferecer e garantir apoio para pacientes que têm seu coração submetido a uma cirurgia e que passam a vivenciar uma experiência cercada de diversos significados seja uma realidade e não apenas um discurso.

REFERÊNCIAS³

³ As referências estão de acordo segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), reconhecida através da Lei 4.150, de 21 de novembro de 1962.

ALLEN, K.; YOUNG, D. R.; XU, X. Predictors of long-term change in functional status after coronary artery bypass graft surgery in women. **Prog. Cardiovasc. Nurs.**, Philadelphia, v. 13, n. 2; p. 4-10, 1998.

ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não transmissíveis. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004.

ALVES, P. C. A. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, jul./set. 1993.

ALVES, P. C. A. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1547-1554, ago. 2006.

ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

APOIO. In: HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

AQUINO, M. A. Configurações etnográficas: demarcando um território de pesquisa: aula de leitura em sala de aula universitária. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 11, n. 1, p. 1-24, 2001.

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas pra um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 42-47, jan./fev. 2007.

BARBOSA, G. R. **Atividade física e doença arterial coronariana: revisando a literatura**. 2006. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

BARRY, L. C; KASL, S. V; LICHTMAN, J; VACCARINO, V; KRUMHOIZ, H. M. Social support and change in health-related quality of life 6 months after coronary artery bypass grafting. **J. Psychosom. Res.**, Londres, v. 60, p. 185-193, 2006.

BECH, P. Measuring quality of life. The medical perspective. **Nord J Psychiatr.**, Oslo, v. 46, n. 2, p. 85-93, 1992.

BENNETT, S. J; PERKINS, S. M; LANE, K. A; DEER, M; BRATER, D. C; MURRAY, M. D. Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. **Qual. Life Res.**, Oxford, v. 10, p. 671-82, Oct. 2001.

BERKMAN, L. F.; LEO-SUMMERS, L.; HORWITZ, R. I. Emotional support and survival after myocardial infarction: a prospective, population based study of the elderly. **Ann. Intern. Med.**, Philadelphia. v. 117, n. 12, p 1003-1009, 1992.

BOUTIN-FOSTER, C. Getting to the heart of social support: a qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. **Heart Lung**, St. Louis, Mosby, v. 34, n. 1, p. 22-9, 2005a.

BOUTIN-FOSTER, C. In spite of good intentions: patients' perspectives on problematic social support interaction. **Health Qual. Life Outcomes**, Londres, v. 3, n. 52, p. 1-7, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Datasus**: indicadores de saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 21 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**. 2008. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2011.

BRUMMETT, B. H; BAREFOOT, J. C; SIEGLER, I. C; CLAPP-CHANNING, N.E; LYTLE, B.L; BOSWORTH, H. B; et.al., Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. **Psychosom Med.**, Baltimore, v. 63, n. 2, p. 267-72, 2001.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CASSEL, J. C. The contribution of the social environment to host resistance. **Am. J. Epidemiol.**, Baltimore, v. 104, p. 107-123, 1976.

COBB, M. Social support as a moderator of life stress. **Psychosom. Med.**, Baltimore, v. 38, n. 5, p. 300-312, Sep./Oct. 1976.

CONN, J. V. S.; TAYLOR, S. G.; ABELE, P. B. Myocardial infarction survivors: age and gender differences in physical health, psychosocial state and regimen adherence. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 16, n. 9, p. 1026-1034, 1991.

COSTA, M. C. S. Afinação dos instrumentos: delineamento da pesquisa etnográfica. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DO BRASIL DE PESQUISA QUALITATIVA, 1., 2004, Taubaté. **Anais...** Taubaté: Unitau, 2004. 1 CD-ROM.

COSTA, M. C. S.; ROSSI, L. A.; LOPES, L.M; CIOFFI, C. L. Significados de qualidade de vida: análise interpretativa baseada na experiência de pessoas em reabilitação de queimaduras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 252-259, 2008.

COSTA, M. C. S. Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 372-82, 2002.

CRAIG, F. W.; LYNCH, J. J.; QUARTNER, J. L., The perception of available social support is related to reduced cardiovascular reactivity in phase II cardiac rehabilitation patients. **Integr. Physiol. Behav. Sci.**, New Brunswick, v. 35, n. 4, p. 272-283, oct./dec. 2000.

DANTAS, R. A. S. O.; MOTZER, S. A.; CIOL, M. A. The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. **Int. J. Nurs. Stud.**, Oxford, v. 39, n. 7, p. 745-55, 2002.

DANTAS, R. A. S.; AGUILLAR, O. M.; BARBEIRA, C. B. S. Retorno às atividades ocupacionais e sexuais após cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 26-31, jul. 2001.

DUARTE, L. F. D. **Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

DUNCKLEY, M; ELLARD, D; QUINN, T; BARLOW, J. Coronary artery bypass grafting: Patients' and health professionals' views of recovery after hospital discharge. **Eur. J.Cardiovasc. Nurs.**, Amsterdam, New York, v. 7, p. 36-42, 2008.

EISENBERG, L. Disease and Illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. **Cult Med Psychiatry**, Dordrecht, v. 1, n. 1, p. 9-23, Apr. 1977.

FARDY, P. S.; YANOWITZ, F. G.; WILSON, P. K. **Reabilitação cardiovascular: aptidão física no adulto e teste de esforço**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

FAVARATO, M. E. C. S. **Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronariana submetidos a diferentes tratamentos: comparação entre gêneros**. 2004. 69 f. Tese (Doutorado) - Escola de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

FERREIRA, J. F. M.; TIMERMAN, A. Diagnóstico e estratificação de risco na sala de emergência. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 243-256, jul./ago./set. 2007.

FINFGELD-CONNET, D. Clarification of Social support. **J. Nurs. Scholarsh.**, Indianapolis, v. 37, n. 4, p. 300-301, 2005.

FONSECA, C. Concepções de famílias e praticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n. 2, p. 50-59, maio-ago. 2005.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GEERTZ, C. **O Saber local**. Petrópolis: Vozes, 1999.

GOOD, B. J. **Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective**. New York: Cambridge University Press, 1994.

GARRO, L. C. Chronic illness and the construction of narratives. In: GOOD, M. D; BRODWIN, P. E; GOOD, B. J; KLEINMAN, A. **Pain as a human experience: an anthropological perspective**. Los Angeles: University of California Press, 1994. Cap. 5. p. 100-137.

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 410-422, mar. 1997.

HAMALAINEN, H; SMITH, R; PUUKKA, P; LIND, J; KALLIO, V; KUTTILA, K; et.al., Social support and psychological recovery one year after myocardial infarction or coronary artery bypass surgery. **Scand. J. Public. Health.**, Estocolmo, v. 28, p. 62-70, 2000.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: ArtMed, 1994.

HUPCEY, J. E. Clarifying the social support theory-research linkage. **J Adv Nurs**, Oxford, v. 27, p. 1231-1241, 1998.

IKEDA, A; HIROYASU, I; ICHIRO, K; KAZUMASA, Y; MANAMI, I; SHOICHIRO T; et.al., Social support and stroke and coronary heart disease: the JPHC study corts II. **Stroke.**, Baltimore, v. 39, n. 3, p. 768-75, 2008.

KATTAINEN, E.; MERILANINEM, P.; SINTONEN, H. Sense of coherence and health-related quality of life among patients undergoing coronary artery bypass grafting or angioplasty. **Eur. J. Cardiovasc. Nurs.**, Amsterdam ; New York, v. 5, n. 1, p. 21-30, 2006.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc. Sci. Med.** Oxford, v. 12, p. 85-93, 1978.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture.** Berkley: University of California, 1984.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing and the human conditions.** New York: Basic Books, 1988.

LANGDON, E. J. **A doença como experiência: a construção da doença e seu desafio para a prática médica.** Palestra oferecida na conferencia 30 anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1995. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm#_ftn1>. Acesso em: 16 maio 2011.

LANGDON, E. J.; WIJK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, maio/jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2011.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da doença.** São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LARAIA, R. B. **Cultura: um conceito antropológico.** 12. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LEEGAARD, M.; FAGERMOEN, M. S. Patients' key experiences after coronary artery bypass grafting: a synthesis of qualitative studies. **Scand J Caring Sci.**, Estocolmo, v. 22, p. 616-628, 2008.

LINDSAY, G. M.; SMITH, L. N.; WHEATLEY, D. J. The influence of general health status and social support on symptomatic outcome following coronary artery bypass a grafting. **Heart**, Londres, v. 85, p. 80-86, 2001.

MAGGS-RAPPORT, F. "Best research practice": in pursuit of methodological rigour. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 35, n. 3, p. 373-383, 2001.

MARUYAMA, S. A. T. **A experiência da colostomia por câncer como ruptura biográfica na visão dos portadores, familiares e profissionais de saúde: um estudo etnográfico.** 2004. 286 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MCNALLY, S. T.; NEWWMAN, S. Objective and subjective conceptualizations of social support. **J. Psychosom. Res.**, Londres, v. 46, n. 4, p. 309-14, 1999.

MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R. **A saúde no Brasil: análise do período 1996 a 1999**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2001.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**. London: Sage Publications, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1998.

MINAYO, M. C. S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, abr. 1988.

MOLLOY, G. J.; HAMER, M.; RANDALL, G.; CHIDA, Y. Marital status and cardiac rehabilitation attendance a meta-analysis. **Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.**, Londres, v. 15, n. 5, p. 557-561, 2008.

MORSE, J. M.; FIELD, P. A. **Qualitative research methods for health professionals**. 2. ed. London: Sage Publication, 1995.

MOTZER, S. U.; STEWART, B. J. Sense of coherence as a predictor of quality of life in persons with coronary heart disease surviving cardiac arrest. **Res Nurs Health.**, Nova York, v. 19, p. 287-298, 1996.

MURARO, R. M.; BOFF, L. **Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças**. Rio de Janeiro: Sextane, 2002.

MURBERG, T. A.; BRU, E. Social relationships and mortality in patients with congestive heart failure. **J. Psychosom. Res.**, Londres, v. 51, n. 3, p. 521-527, Sep. 2001.

NARAYANASAMY, A; CLISSETT, P; PARUMAL, L; THOMPSON, D; ANNASAMY, S; EDGE, R. Responses to the spiritual needs of older people. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 48, n. 1, p. 6-16, oct. 2004.

NUCCI, N. A. G. **Qualidade de vida e câncer: um estudo compreensivo**. 2003. 225f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

OKKONEN, E.; VANHANEN, H. Family support, living alone, and subjective health of a patient in connection with a coronary artery bypass surgery **Heart Lung.**, St. Louis, Mosby, v. 35, n. 4, Jul./Aug. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Notas informativas**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>>. Acesso em: 9 mar. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, DF, 2003.

PENNINX, B. W; VAN TILBURG, T; KRIEGSMAN, D. M; BOEKE, A. J; DEEG, D. J; VAN EIJK, J. T. Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. **J. Aging. Health.**, Newbury Park, v. 11, n. 2, p. 151-68, 1999.

PINHEIRO, M. G. V; RABELO, A. J; JESUS, R. S; NASCIMENTO, L. C; COSTA, U. M. M. Síndromes coronarianas agudas na ausência de doença arterial coronariana significativa. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, , v. 84, n. 1, p. 24-28, jan. 2005.

PINTO, M. H.; ZAGO, M. M. F. A compreensão do significado cultural do aneurisma cerebral e do tratamento atribuídos pelo paciente e familiares: um estudo etnográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 51-56, jan. 2000.

PRATES, P. R. Pequena história da cirurgia cardíaca: e tudo aconteceu diante de nossos olhos. **Rev. bras. cir. cardiovasc.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 177-184, 1999.

RANTANEN, A.; KAUNONEN, M.; ASTEDT-KURKI, P. Coronary artery bypass grafting: social support for patients and their significant others. **J. Clin. Nurs.**, Oxford, v. 13, p. 158-166, 2004.

REBLIN, M.; UCHINO, B. N. Social and emotional support and its implication for health. **Curr. Opin. Psychiatry.**, Filadélfia, v. 21, n. 2, p. 201-205, 2008.

RIBEIRO, C. V. S.; LÉDA, D. B. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estudos e Pesquisas em Psicologia, UERJ**, v. 4, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo>>. Acesso em: 25 maio 2011.

RIBEIRO, R. A; Mello, R. G. B; Melchior, R; Dill, J. C; Hohmann, C. B; LUCCHESI, A. M; et.al.,Custo anual do manejo da cardiopatia isquêmica crônica no Brasil. Perspectiva pública e privada. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 85, n. 1, p. 3-8, jul. 2005.

RODRIGUES, M. A.; SEIDL, E. M. F. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. **Paidéia**, Ribeirão Preto v. 18, n. 40, p. 279-288, 2008.

ROEBUECK, A. L. C.; FURZE, G.; THOMPSON, D. R. Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 34, n. 6, p. 787-794, Jun. 2001.

ROMANELLI, G. A entrevista antropológica: troca e alteridade. In: _____. **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto: Legis Summa, 1998. p. 119-133.

SEIDL, E. M. F.; TROCCOLI, B. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 22, n. 3, p. 317-326, set./dez. 2006.

SHEN, B. J.; MCCREARY, C. P.; MYERS, H. Independent and mediated contributions of personality, coping, social support, and depressive symptoms to physical functioning outcome among patients in cardiac rehabilitation. **J. Behav. Med.**, Nova York v. 27, n. 1, p. 39-62, 2004.

SILVA, A. L. **A vida por um fio, a doença que ataca silenciosamente**: desvendando as representações de pessoas portadoras de doença arterial coronária e repensando a assistência de enfermagem. 2000. 271 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SILVA, V. G. **O antropólogo e sua magia**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000.

SILVÉRIO, C. D.; DANTAS, R. A. S.; CARVALHO, A. R. S. Avaliação do apoio social e da auto-estima por indivíduos coronariopatas, segundo sexo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 407-414, 2009.

SOUZA, D. S. R.; GOMES, W. O futuro da veia safena como conduto na cirurgia de revascularização miocárdica. **Rev. bras. cir. cardiovasc**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 3-7, 2008.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. Orlando: Winston, 1980.

STOLF, N. A. G.; JATENE, A. D. **Tratamento cirúrgico da insuficiência coronária**. São Paulo: Atheneu, 1998.

SUPORTE. In: HOUAISS, A.; VILLAR, M. S.; FRANCO, F. M. M. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

THEOBALD, K.; MCMURRAY, A. Coronary artery bypass graft surgery: discharge planning for successful recovery. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 47, n. 5, p. 483-491, 2004.

THOITS, P. A. Stress, coping and social support process: Where are we? What next? **J. Health Soc. Behav.**, Albany, v. 35, p. 53-79, 1995. Extra Issue: Forty Years of Medical.

UCHINO, B. N. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. **J. Behav. Med.**, Nova York, v. 29, n. 4, p. 377-384, 2006.

UCHINO, B. N. **Social support and physical health**. New Haven: Yale University Press, 2004.

UCHINO, B. N. Social support and physical health: understanding the health consequences of relationships. **Am. J. Epidemiol.**, Baltimore, v. 161, n. 3, p. 297- 298, 2005.

UCHÔA, E. **Epidemiologia e antropologia**. Contribuições para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. São Paulo: Hucitec Abrasco, 1997.

UNO, D.; UCHINO, B. N.; SMITH, T. W. Relationship quality moderates the effect of social support given by close friends on cardiovascular reactivity in women. **Int. J. Behav. Med.**, Hillsdale, v. 9, n. 3, p. 243-262, 2002.

VALLA, V. V. Apoio social e saúde: buscando compreender a fala das classes populares. In: COSTA, M. V. (Org.). **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1998. p. 151-180.

VELHO, G. **Metamorfose**: antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

VILA, V. S. C. **O significado de qualidade de vida**: perspectivas de indivíduos revascularizados e de seus familiares. 2006. 148 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A.; COSTA, M. C. S. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. **Ver. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 750-756, 2008.

VITALE, M. A. F. Socialização e Família: uma análise intergeracional. In: CARVALHO, M. C. B.; SZYMANSKI, E. D.; SARTE, C. A.; MELLO, S. L.; GOMES, J. V.; ROMANELI, G. et al. **A família contemporânea em debate**. 4ª Ed. São Paulo: Educ: Cortez editora, 1995, 89-96.

WANG, H. X.; MITTLEMAN, M. A.; GOMER, K. O. Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. **Soc. Sci. Med.**, Oxford, v. 60, p. 599-607, 2005.

WILLS, T. A. Supportive functions of interpersonal relationships. In: COHEN, S.; SYME, S. L. (Org.). **Social support and health**. London: Academic Press, 1985. p. 61-82.

WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia**. Barueri: Manole, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**: report of a joint WHO FAO expert consultation. Geneva, 2002.

WRIGHT, L. M. **Nurses and families**. A guide to family assessment and intervention. 2 ed., Philadelphia, FA. Davis, 1994. 233p.

APÊNDICE

Roteiro de entrevista semiestruturada

1) Conte-me o que aconteceu com você?

2) Como você se sentiu depois que voltou para casa?

3) Como ficou sua vida depois da cirurgia?

4) Como você pensa que as pessoas podem se recuperar de um problema como o seu, do que elas precisam?

8) Você contou ou conta com a ajuda ou apoio de alguém ou de organização para enfrentar seu problema de saúde?

9) Quem ajudou? Quem tem ajudado?

10) Que tipo de apoio você acha que as pessoas que fizeram uma cirurgia como a sua deveriam ter depois da alta?

11) Do que você sente mais falta?

Coleta de dados sociodemográficos

I – Identificação

Nº do sujeito: _____

Registro HCRP _____

1. Iniciais: _____

2. - Data de nascimento: ____/____/____

3. Sexo: () 0.feminino () 1. masculino

4. Raça: () 0.negro () 1.branco () 2. amarelo () 3. outros

5. Data da entrevista: _____

6. Naturalidade: _____

7. Procedência: _____

8. Religião: () 0.católico () 1.espírita () 2.evangélico () 3.protestante

() 4. outros _____

8.1. Participa de atividades religiosas semanalmente ou com certa regularidade (missas, cultos, reuniões de grupos,...)?

() 0. Não () 1. Sim

8.2. Quantas vezes semanais? _____/semana

9. Escolaridade: _____ anos que frequentou o ensino formal.

9.1. Até qual série do ensino formal você frequentou?

0.() Fundamental incompleto 1.() Fundamental Completo 2.() Ensino Médio Incompleto

3.() Ensino Médio Completo 4.() Superior Incompleto 5.() Superior completo

10. Estado civil: () 0.solteiro () 1.casado () 2.amasiado () 3. viúvo () 4.separado

11. Após a cirurgia cardíaca, houve mudança na sua situação de trabalho?

() 0 Não () 1 Sim

Situação de trabalho	ANTES	DEPOIS
1 Ativo		
2 Aposentado		
3 Afastado ou aposentado por problemas de saúde		
4 Aposentado + trabalha		
5 Recebendo pensão do cônjuge		
6 Dona de casa		
7 Recebendo bolsa família		
8 Outros		

Especificar: _____

12 - Renda Mensal Individual antes da cirurgia R\$ _____

12.1. Não saber referir ()

12.2. Renda Mensal Individual depois da cirurgia R\$ _____

12.3. Não saber referir ()

12.4. Renda Mensal Familiar antes da cirurgia R\$ _____

12.5. Não saber referir ()

12.6. Renda Mensal Familiar depois da cirurgia R\$ _____

12.7. Quantas pessoas dependem dessa renda? _____

Composição Familiar (quem mora na casa e qual a relação com o paciente):

Parentesco	Idade	Estado Civil	Contribuição p/ renda familiar (sim ou não?)	Estado de saúde atual/anterior	Grau de escolaridade (anos)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUJEITO: PACIENTE

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Giovanna Bin. Enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

PROJETO DE PESQUISA: “Significados culturais de apoio social de acordo com um grupo de pessoas submetidas à revascularização do miocárdio”

O Sr. (a) está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) de uma pesquisa que tem como objetivo entender os significados culturais de apoio social, para pessoas que fizeram cirurgia de ponte de safena no coração. Se o Sr. (a) concordar em participar, irei visitá-lo (a) em sua casa de acordo com a sua disponibilidade de dias e horários para entrevistá-lo (a) e se concordar nossa conversa poderá ser gravada, utilizarei um roteiro de entrevistas, e também irei observar como você vive e como vivem as pessoas que moram com você. A nossa conversa poderá durar até 1 hora ou o tempo que desejar. O Sr. (a) não terá custo financeiro e também não irá ganhar dinheiro com essa pesquisa. O Sr. (a) não será identificado em qualquer momento desta pesquisa, e tudo que contar para mim será sigiloso e confidencial. O Sr. (a) está livre para aceitar ou não em participar deste estudo, sem sofrer prejuízo no seu seguimento nesta instituição de saúde. Se não estiver à vontade para falar sobre algum assunto, o Sr. (a) não precisa responder às questões e poderá se retirar da pesquisa a qualquer momento. Este estudo não lhe causará risco ou desconforto físico e o Sr. (a) está livre para falar apenas o que sentir vontade. Os resultados deste estudo irão nos ajudar a entender o processo de reabilitação e melhorar a qualidade da assistência prestada a outras pessoas que também operaram do coração. Em caso de qualquer dúvida a respeito da pesquisa, o Sr. (a) poderá ligar para mim em qualquer horário. Este termo de consentimento foi elaborado em duas vias, e o Sr. (a) receberá uma cópia.

Eu, _____ RG _____ fui informado

(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas.

Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão

se assim o desejar. A pesquisadora responsável me certificou de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais e será garantido o sigilo quanto a minha identidade.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e que este estudo não envolve riscos. Em caso de dúvidas, poderei chamar a pesquisadora Giovanna Bin ou a orientadora deste estudo Profa. Dra. Lídia Aparecida Rossi no telefone (16) 3602-3402.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Tenho ciência do exposto acima e desejo participar do estudo, sendo minha contribuição na busca da melhora do atendimento a pessoas que possa encontrar-se em situações semelhantes à minha.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do Paciente

Giovanna Bin

Pesquisadora responsável Fone: (16) 39661063; (16)36023402; (16) 91258857.

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 3900 Sala 69 – CEP 14040-902 Ribeirão Preto –SP

Aprovação do Comitê de Ética



www.hcrp.fmrp.usp.br



Ribeirão Preto, 28 de abril de 2009

Ofício nº 1276/2009
CEP/SPC


Prezadas Senhoras,

O trabalho intitulado **"SIGNIFICADOS CULTURAIS DE APOIO SOCIAL DE ACORDO COM UM GRUPO DE PESSOAS SUBMETIDAS À REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO"** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 285ª Reunião Ordinária realizada em 27/04/2009 e enquadrado na categoria: **APROVADO, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, de acordo com o Processo HCRP nº 1528/2009.

Este Comitê segue integralmente a Conferência Internacional de Harmonização de Boas Práticas Clínicas (IGH-GCP), bem como a Resolução nº 196/96 CNS/MS.

Lembramos que devem ser apresentados a este CEP, o Relatório Parcial e o Relatório Final da pesquisa.

Atenciosamente.


PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
 (Coordenador do Comitê de Ética em
 Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP)

Ilustríssimas Senhoras
GIOVANNA BIN
PROFª DRª LÍDIA APARECIDA ROSSI (Orientadora)
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Comitê de Ética em Pesquisa HCRP e FMRP-USP - Campus Universitário
 FWA - 0000 2733; IRB - 0000 2186 e Registro SISNEP/CONEP nº 4
 Fone (16) 3602-2228 - E-mail: cep@hcrp.fmrp.usp.br
 Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

