



UNISUL

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

PATRÍCIA WATTHIER DE ABREU

O CORAÇÃO E AS SUAS MARCAS NO CORPO

Palhoça

2008

PATRÍCIA WATTHIER DE ABREU

O CORAÇÃO E AS SUAS MARCAS NO CORPO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Psicologia da
Universidade do Sul de Santa Catarina, como
requisito parcial à obtenção do título de Psicólogo.

Orientadora: Prof^a. Alessandra d'Avila Scherer, Msc.

Palhoça

2008

PATRICIA WATTHIER DE ABREU

O CORAÇÃO E AS SUAS MARCAS NO CORPO

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de psicólogo e aprovado em sua forma final pelo Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina — UNISUL.

Palhoça, 20 de novembro de 2007.

Profª e orientadora Alessandra d'Avila Scherer, Msc.
Universidade do sul de santa Catarina

Profª. Cristiane Peixoto, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Profª. Simone Vieira, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Dedico este trabalho à minha avó Selma, em especial, por sempre ter estado ao meu lado desde o início da minha caminhada e em todas conquistas assim como os momentos de dificuldade. Que sempre me incentivou a extrair com sabedoria o melhor das situações afim de a cada momento da minha vida me tornar uma pessoa melhor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus primeiramente e a minha família que me apoiou nesta caminhada e proporcionou suporte através do amor, mesmo muitas vezes à distancia. Especialmente a minha mãe Sandra, pai Vitor, mano Rodrigo, Vô Oscar e Vó Selma e Vó Dina.

A todos meus amigos, especialmente a Mari e Robi que fizeram parte desta mesma caminhada.

A minha orientadora Alessandra, que sempre reforçou nossos ganhos e sempre esteve ao nosso lado para construção do trabalho. Às minhas colegas de orientação, parceiras do mesmo objetivo. E a minha professora Anita, com quem conheci a psicologia hospitalar e me instigou interesse pelo tema escolhido.

Na sala fria
A mesa branca e impessoal
Rodeada de vultos brancos
E indefinidos
Que cifravam em linguagem curta o exato início da cirurgia

Na horizontal
A nudez de minha intimidade
Mostrava
A impotência de minha vontade
Perante os profetas da sobrevivência

Na embriaguez da anestesia
Pretendo avisar
- quando abrirem meu peito
E tiverem meu coração nas mãos
Por favor
Não deixem cair meus pensamentos pelo chão, pilheriando
Sobre poetas e sentimentos

(Sylvio de Barros Reis *apud* Quayle e Souza de Lúcia Borrador, 1982)

RESUMO

O presente trabalho trata-se de um estudo de multi-casos. É uma pesquisa exploratória de natureza qualitativa, com o objetivo de compreender o significado que pacientes coronariopatas, internadas em uma enfermaria específica de cardiologia de um hospital geral, atribuem à imagem corporal no pós-operatório de cirurgia coronariana. Na análise qualitativa foram coletados dados através de entrevista semi-estruturada, realizada com três pacientes coronariopatas que se submeteram pela primeira vez a uma cirurgia coronariana e que estavam na etapa hospitalar pós-operatória, mais especificamente, na pré-alta. Na análise qualitativa, foi verificado que as pacientes apresentaram estratégias de enfrentamento saudáveis frente às modificações sofridas na imagem corporal com a cirurgia, falando do problema, porém, cada uma com suas especificidades. A imagem corporal não se apresentou de maneira negativa, mesmo com as alterações das cicatrizes no corpo. Exceto uma das entrevistadas que afirmou que a cicatriz no peito poderia vir a ser um problema. Porém como a mesma já experienciou um processo de cicatrização anteriormente através de outra cirurgia, vivenciando-o de forma saudável, acredita que as suas cicatrizes não lhe trarão problemas quanto a sua imagem no pós-operatório. As outras duas informantes enfatizaram que a cicatriz tem um sentido de vitória pela vida. Inferiu-se a partir dos dados colhidos, que a idade não está diretamente relacionada aos cuidados com o corpo e a imagem corporal, mas sim principalmente aos fatores sócio-culturais apresentados pelas entrevistadas, pois as que apresentaram idade mais avançada conseguiram falar mais do corpo e da sua alteração, se comparadas a mais jovem, que demonstra ter as suas atividades e círculo social mais restrito. Nesse sentido inferiu-se a importância do círculo social e auto-estima na maneira de como cada informante percebe seu corpo e a imagem do mesmo.

Palavras – chave: Imagem Corporal. Coronariopatas. Cicatriz.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo de processamento de Stress e Coping de Lazarus e Folkman	33
Quadro 1 – Quadro comparativo dos sujeitos da pesquisa.....	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 PROBLEMÁTICA	11
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 Objetivo geral	13
1.2.2 Objetivo específico	13
1.3 JUSTIFICATIVA.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 PSICÓLOGO HOSPITALAR	17
2.1.1 Papel do Psicólogo na Cardiologia	18
2.2 SIMBOLOGIA DO CORAÇÃO	19
2.3 CONARIOPATIAS.....	21
2.3.1 Cirurgia Cardíaca	23
2.4 IMAGEM CORPORAL.....	24
2.4.1 Padrão de Beleza.....	28
2.5 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO (COPING).....	30
2.5.1 Enfrentamento e Gênero	32
3 MÉTODO	35
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	35
3.2 PARTICIPANTES.....	36
3.2.1 Critérios de Inclusão.....	36
3.2.2 Critérios de Exclusão.....	36
3.2.3 Caracterização das participantes da pesquisa.....	37
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	38
3.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	38
4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE CONTEÚDO	40
4.1 PERCEPÇÃO DE IMAGEM CORPORAL NO PÓS-OPERATÓRIO	40
4.1.1 Percepção da cicatriz.....	40
4.1.2 Percepção do corpo no pós-operatório	43
4.2 EMOÇÕES APRESENTADAS NO PÓS-OPERATÓRIO DESTES PACIENTES SOBRE A SUA IMAGEM	44
4.2.1 Medo como emoção presente no processo cirúrgico	45

4.2.2 Percepção do processo cirúrgico.....	47
4.2.3 Corpo e vaidade no cotidiano	48
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
REFERÊNCIAS	56
APÊNDICES	59
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista	60
ANEXOS	61
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	62
ANEXO B – Termo de Consentimento para Gravações de Voz	64

1 INTRODUÇÃO

A imagem corporal que cada sujeito tem de si provém de uma construção social e das suas próprias percepções. Neste trabalho busca-se compreender o significado que pacientes coronariopatas atribuem à imagem corporal no pós-operatório de cirurgia coronariana. Estes pacientes passam por uma cirurgia invasiva e delicada, sendo que a maioria deles traz questões bastante específicas e receios sobre este processo no pré, peri e pós-operatório. Tem-se o interesse de entender como estes pacientes percebem a sua imagem corporal com tamanha alteração no corpo, referente aos cortes que os identificam e os marcam como sujeitos cardiopatas.

É um tanto quanto interessante perceber que estes pacientes além de passar pelo *estresse* do seu adoecimento ainda se deparam com a modificação do corpo, algumas vezes de uma forma muito brusca. E por vezes, lidar com este processo é muito desafiador. Modificar e tocar o corpo, mais especificamente no peito, no coração, onde ficam todas as emoções, todos os “segredos” que às vezes foi tão difícil esconder, num determinado momento é necessário que médicos desconhecidos “adentrem esta intimidade”. Saindo do pós-operatório, todos vão saber que agora a máquina da vida e os segredos já não são mais segredos, pois pessoas estranhas colocaram as mãos no coração deste paciente.

Além disso, a questão da vaidade, em especial na mulher é muito delicada. Pois a imagem em geral é muito importante para o gênero feminino. E alterar esta imagem, cortar este corpo pode ser angustiante. Como fazer depois com esta cicatriz? E esta cirurgia, que na maior parte das vezes vem concomitante ao envelhecimento e denota a fragilidade do corpo, a perda da juventude e o definhamento de uma aparência que sempre foi zelada.

Não é novidade que a beleza, a aparência física é e sempre foi muito cobrada pela sociedade. Pessoas que vivem esta cobrança do meio social e da sua cultura podem perceber a sua imagem de maneira muito rígida, buscando a perfeição o tempo todo. Nesse sentido, muitas vezes até fazendo uso de violência contra si mesma, através de métodos invasivos, como cirurgia plástica, dentre muitos outros.

Os sentimentos vivenciados pelos pacientes que realizam cirurgia coronariana e não possuem recursos para enfrentar de uma maneira saudável tudo o que emerge da situação, geralmente aparecem como: ansiedade frente à modificação do corpo, receio da cirurgia, afastamento da família muitas vezes, medo da morte, sensação de impotência, modificação do corpo, medo da dor, de mudanças na sua vida após a cirurgia, etc.

Sendo assim, a psicologia tem um trabalho a desempenhar de extrema importância para a sociedade. Podendo intervir para que a vivência do processo cirúrgico ocorra da forma mais saudável possível do ponto de vista psíquico, para os pacientes a que a ele se submetem.

1.1 PROBLEMÁTICA

A imagem corporal trata da percepção que o sujeito tem sobre o seu corpo, e origina-se de um esquema corporal elaborado por ele mesmo respaldado nas impressões sociais. “(...) a imagem é um fenômeno social, pois há um intercâmbio contínuo entre nossa própria imagem e a imagem corporal dos outros.” (SCHILDER apud CASTILHO, 2003).

Nesse sentido é importante notar que alguns coronariopatas têm de passar por alterações necessárias no corpo e no seu estilo de vida devido à cirurgia cardíaca. E com isto, podem sofrer em função de cuidados reais e físicos com a própria saúde. Como é o caso de pacientes que necessitam ser operados e que muitas vezes a cicatriz fica muito aparente, como por exemplo, pacientes cardiopatas que passam pela cirurgia coronariana. “A cicatriz é definidora para se rotular um paciente cirúrgico e conseqüentemente, para caracterizá-lo como tendo uma imagem corporal alterada” (PEDROLLO E ZAGO, 2000, p. 408).

Sendo assim, percebe-se e encontra-se no diálogo do senso comum, bem como na literatura, o impacto que a cicatriz causa no olhar do “outro”. Dessa maneira, as impressões causadas nos outros refletem no próprio paciente que necessitou sofrer uma incisão de tamanho relativamente grande, e com isso seu corpo pode ser percebido de maneira diferente pelos outros. Podem ocorrer mudanças na percepção do corpo podendo ser estas positivas ou negativas. Assim,

a mudança ocorre na forma de perceber este corpo que agora se apresenta modificado para si mesmo e para a sociedade.

É necessário lembrar que o século XXI surge com a peculiaridade da grande incidência de problemas, tais como transtornos ligados à percepção da imagem corporal que é distorcida, o que gera sofrimento e tem como resultado pessoas que se tornam “escravas do um corpo utópico”. Segundo Castilho (2001), a beleza, independente de cultura, tem o objetivo de aumentar atração sexual ou social, e a perseguição deste ideal pode levar a práticas dolorosas e em decorrência disso levar até a um prejuízo da saúde.

Dessa forma, é pertinente pensar como o paciente, em especial as mulheres, encaram esta alteração corporal aparente e invasiva que é produzida pela cirurgia cardíaca. A mulher, como se percebe ao longo da história, sempre foi alvo maior de cobrança sobre a beleza de seu corpo em relação aos homens. Sendo assim, é importante salientar que no caso de pacientes mulheres que passam pela cirurgia cardíaca, infere-se que a alteração na imagem corporal, incluindo a cicatriz, seja de impacto, devido aos dados encontrados na literatura de que as mesmas dispõem de um cuidado maior com o próprio corpo em relação aos homens. Diante disto, Castilho (2001) exemplifica: “A atração física e os esforços em se ater ao ideal cultural têm sido uma tradição mais feminina do que masculina, exceção feita à cultura grega”. (CASTILHO, 2001, p. 13).

Os autores Pedrollo e Zago (2000), ressaltam a importância de que a equipe de saúde responsável pelo o paciente hospitalizado possa realizar avaliação da imagem corporal do paciente pós-cirúrgico. No caso de se identificar alterações negativas de imagem corporal, a ponto de causar um sofrimento no paciente, torna-se importante a realização de intervenções pelo psicólogo, respaldado pela equipe de saúde responsável por aquele paciente.

As intervenções psicológicas são fundamentais no caso dos pacientes desenvolverem estratégias de enfrentamento¹ disfuncionais frente ao adoecimento, bem como nos períodos pré, peri e pós cirúrgico, incluindo a alteração sofrida pela cicatriz em seu corpo que resulta em um sofrimento psíquico, seja este sofrimento um transtorno de imagem, ou um transtorno de humor, como o transtorno

¹ “(...) estratégias de enfrentamento ou *coping* são mecanismos que os sujeitos utilizam para controlar as demandas das relações sociais, manter os estados físicos, psicológicos e sociais estáveis e controlar os estressores potenciais antes deles se tornarem uma ameaça” (LORENCETTI, SIMONETTI, 2005. p. 946).

depressivo. Pode se citar, por exemplo, a fase do pós-operatório em que os pacientes passam pela U.T.I. (unidade de terapia intensiva), período que denota ao paciente um alívio por passar do pré-operatório, mas que pode ocorrer a queda das suas defesas. Assim, podendo acarretar quadros psicorreativos dando origem a depressão e por vezes estados confusionais psicossomáticos (OLIVEIRA; LUZ apud ISMAEL, 2003).

Diante do acima exposto, cabe ao psicólogo intervir e auxiliar o paciente para que possa elaborar estratégias de enfrentamento saudáveis e lidar com o seu corpo que sofreu ou sofrerá mudanças. Este paciente necessita perceber estas mudanças da forma mais saudável possível. Por isso, é pertinente buscar compreender a seguinte questão de pesquisa: *Qual o significado que pacientes mulheres coronariopatas atribuem à imagem corporal no pós-operatório de cirurgia coronariana?*

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Compreender o significado que as pacientes coronariopatas atribuem à imagem corporal no pós-operatório de cirurgia coronariana.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Verificar a percepção sobre a sua imagem corporal no pós-operatório;
- Identificar as emoções apresentadas no pós-operatório destas pacientes sobre a sua imagem corporal.

1.3 JUSTIFICATIVA

A presente pesquisa apresenta relevância social, científica e acadêmica. A relevância social se sustenta no sentido de que estudos que abordem o tema em questão possam auxiliar os pacientes que passam pela cirurgia coronariana, cujo processo ocasionará numa alteração no corpo do paciente e possivelmente provocará também alteração na maneira de como este percebe o seu corpo, podendo resultar numa imagem negativa e causar sofrimento devido a esta nova imagem de si mesmo. Segundo Castilho (2001), a imagem corporal negativa está relacionada com a insatisfação que o indivíduo tem da sua imagem corporal. As distorções ou imagem negativa do corpo podem acarretar em sérias patologias psiquiátricas.

Ainda sobre o aspecto acima abordado, Strain (apud BOTEGA, 2002 apud RAGAZONI et al, 2005), diz que um dos estressores do paciente hospitalizado por doença aguda é o medo de perdas ou danos à partes do corpo. Isto se refere à alteração do esquema corporal. Assim, o estudo poderá proporcionar maior clareza sobre os comportamentos, percepções, crenças e emoções que possam estar presentes nesta fase do processo cirúrgico.

Segundo Romano (2001), a reabilitação cardíaca implica em manutenção das capacidades fisiológicas, psicológicas e sociais do paciente. E isto são aspectos que já precisam ser levados em conta desde a pré-alta, ou seja, um pouco antes do paciente ganhar alta, quando o mesmo já apresenta um quadro de recuperação satisfatório. Isto indica uma boa qualidade de vida. Conforme Kellerman (1970, apud ROMANO, 2001), reabilitar é mais do que retornar ao trabalho, é somar vida aos anos – não somente anos à vida. E esta reabilitação já pode ser pensada pouco antes do paciente voltar pra casa. O retorno para casa implica ainda, segundo Romano (2001), em necessidades pedagógicas na relação médico-paciente. Isto significa que o paciente deve receber orientações para cuidados da sua saúde, inclusive do seu corpo.

Tendo em vista a relevância acadêmica, toda e qualquer pesquisa dentro da academia de Psicologia que tem como objetivo elucidar um determinado fenômeno psíquico é válida como pesquisa, e se tratando do tema abordado nesta, se torna relevante, pois trata de um fenômeno que pode causar sofrimento para o

paciente hospitalizado. Sendo assim, pesquisas que abordem o tema poderão auxiliar na melhor compreensão por parte do profissional psicólogo e assim proporcionar subsídios para a intervenção psicológica com estes pacientes.

Em se tratando da relevância científica, é válido salientar que neste contexto foram encontradas poucas pesquisas que descrevem o tema. Gudan e Col (1980, apud ROMANO, 2001), apresentam estudos anteriores à década de 80, com pacientes coronarianos preocupados com a somatização, que além da vida social reduzida, baixa auto-estima e sérias distorções a imagem corporal, apresentavam sinais de depressão. Com isto, é relevante conhecer mais sobre esta temática, afim de ampliar a produção científica na área.

Ainda sobre a relevância deste estudo, é importante citar uma autora pioneira da psicologia hospitalar no Brasil, que trata do tema aqui abordado com propriedade:

“Do ponto de vista psicológico há um desequilíbrio na auto-percepção e conseqüentemente da imagem corporal e na auto-estima do paciente. A auto-percepção significa uma mudança na auto-imagem, incluindo pensamentos e sentimentos que o eu tem ao observar seu próprio corpo. Algumas áreas da imagem corporal são especificamente mobilizadas por este tipo de cirurgia: distribuição de pêlos, peito, pernas, além das outras manipulações, como sondas, injeções, coletas de materiais e trocas de curativos. As mudanças na aparência do corpo, suas funções, que ocorrem durante o processo de revascularização, necessitam mudanças no comportamento para adaptar-se a nova situação.” (ROMANO, 2001, p. 117).

Pacientes muito rígidos com sua imagem corporal ou muito vaidosos e cuidadosos com o próprio corpo, podem não conseguir se utilizar de estratégias de enfrentamento que darão suporte para uma nova realidade corporal. Sendo assim, é possível que a alteração física não “acompanhe” a imagem que o indivíduo tem do seu corpo.

É pertinente delimitar um estudo com pacientes mulheres, pois é possível constatar através da literatura que as mesmas possuem um cuidado maior com o corpo e imagem corporal, devido à cobrança social e cultural, na maior parte das vezes. São raras as culturas que supervalorizam a beleza masculina e menos valorizam a beleza feminina, embora hoje, no ano de 2008, esta realidade entre diferença de gêneros relacionada ao auto-cuidado, já não é tão contrastante comparada à outros momento da história. Porém na literatura se encontra como exemplo de maior auto-cuidado dos homens, desde a antiguidade é a cultura grega.

Embora as mulheres sejam mais propensas a ter uma imagem corporal negativa, os homens, não são de forma alguma, imunes as questões de imagem corporal. As pessoas acreditam, erroneamente, que somente as mulheres odeiam seus corpos, em parte porque as mulheres verbalizam com mais frequência suas preocupações com a imagem do corpo. Ao fazê-lo, diminuem sua insatisfação e sofrimento porque encontram companhia. Os homens sofrem de forma silenciosa, acreditando que os “verdadeiros homens” não se importam com a aparência. Ter dificuldades com a imagem corporal ameaça a masculinidade. (CASTILHO,2001, p.29).

Outra razão que Castilho (2001) afirma é que as mulheres são mais estimuladas pela sociedade a valorizar-se pela atração física. E também, que alguns estudos científicos comprovam que quanto mais as pessoas modificam a aparência em busca de um corpo perfeito, mais suscetíveis à imagem corporal negativa elas são.

Em síntese, a presente pesquisa tem como pretensão compreender fenômenos ligados às alterações causadas pela cirurgia coronariana, no corpo e na imagem do mesmo. E, de acordo com a literatura, sentimentos ligados à imagem corporal negativa estão presentes neste processo cirúrgico. Supõe-se assim, que a imagem corporal negativa seja uma das possíveis mudanças apresentadas pelo indivíduo que passa pela cirurgia cardíaca, em especial pacientes do gênero feminino.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para possibilitar a compreensão do tema que pretende-se explorar serão apresentados alguns dos conceitos norteadores que fazem parte desta pesquisa. Neste serão apresentados temas como: Psicólogo Hospitalar; Papel do psicólogo na cardiologia; Coronariopatias; Imagem Corporal; Simbologia do coração; Mecanismos de Enfrentamento (Coping); Mecanismos de Enfrentamento e Gênero; Padrão de Beleza; Cirurgia coronariana.

2.1 PSICÓLOGO HOSPITALAR

A psicologia entra no hospital geral na década de 50 e apenas é regulamentada como prática no ano de 2000. Sendo que no Brasil surgem duas pioneiras apaixonadas pelo contexto hospitalar, as psicólogas, Matilde Neder e Bellkiss Romano, conforme Ismael (2005).

Neste aspecto, ao longo deste trabalho serão citadas contribuições importantes em especial de Bellkiss Romano. A mesma apresenta uma trajetória teórica e principalmente experiencial acerca da psicologia na cardiologia e sua relação com a psique humana.

Segundo Ismael (2005), a psicologia no hospital apresenta um aspecto bastante diferente do que se espera da prática psicológica. Para começar, o *setting* terapêutico é muito diferente daquele do consultório e a intervenção é diferenciada, pois deve ter começo meio e fim na mesma sessão, pois se trata da hospitalização, portanto não há tempo estipulado de tratamento, além do que, estes pacientes têm como principal demanda a dificuldade no processo de hospitalização e adoecimento.

O campo da psicologia hospitalar é bastante amplo, pois a riqueza no que diz respeito à psique humana dentro do contexto hospitalar é muito grande. Pois é muito visível a demanda que há. Porém, é diferente a maneira como ela emerge. Ao contrário de um consultório fechado, onde o paciente vai em busca do profissional, neste caso é o profissional que vai em busca do cliente (paciente).

Conforme Ismael (2005), a psicologia hospitalar possibilita vários tipos de trabalho devido a sua diversidade. Podem ser realizadas intervenções no ambulatório, enfermarias gerais e específicas, UTI, além de ser um campo bastante rico para realização de pesquisas.

Segundo a mesma autora ainda, é de extrema importância a entrevista, pois esta é que proporcionará uma investigação adequada para que se possa realizar uma intervenção. Ismael (2005) cita basicamente duas abordagens como modelo para a entrevista. A abordagem humanista de Rogers, que objetiva centrar no paciente o trabalho e a teoria cognitiva de Beck que trabalha os conteúdos do aqui agora.

Neste âmbito é possível trabalhar também com os familiares destes pacientes que vivenciam a doença e a hospitalização do parente. A psicologia intervém na medida em que identifica estratégias de enfrentamento que o indivíduo se utiliza para lidar com essas mudanças de vida e rotina. E se estes são funcionais ou disfuncionais, ou seja, saudáveis ou não. A intervenção deve ser focal, pois se trata de uma hospitalização, portanto nunca se sabe se o paciente vai estar ali no dia seguinte. Ismael (2005) afirma em seu livro “A psicologia cognitiva”, que trabalha questões no aqui agora tentando analisar crenças disfuncionais através da verbalização trazida pelo paciente.

2.1.1 Papel do Psicólogo na Cardiologia

No que diz respeito à cardiologia e a atuação do psicólogo na mesma, Romano (2001), traz aspectos importantes a serem observados para intervenção. O paciente coronariano em geral passa por práticas interventivas, desde exames até cirurgias. Algumas destas possuem riscos invasivos importantes. Os mesmos pacientes apresentam estados psicológicos específicos relativos a cada fase de hospitalização (pré, peri e pós) e é importante identificá-las de modo que a intervenção seja eficaz.

Ragazoni et al (2005), menciona que basicamente o papel do psicólogo na cardiologia pode ser realizado em três etapas bem distintas, quando há indicação de

cirurgia. Estas se dividem em pré-operatório, UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) e retorno ao leito. Na primeira parte, segundo Ragazoni et al (2005), o paciente deve investigar os possíveis sentimentos, fantasias frente a esta situação de cirurgia que procede. Investigar o histórico familiar, hábitos de vida, alimentação, rotina, relação com a vida profissional e os possíveis ganhos secundários. É importante que a família receba atendimento nesse período, pois também compartilha das ansiedades do familiar hospitalizado. Através desta investigação, pode se tentar minimizar a ansiedade do pré-operatório, como preparação para a cirurgia e obtenção de maior qualidade de vida nesta situação.

No segundo momento, a UTI, conforme Ragazoni et al (2005) o paciente nesse momento sente um alívio por constatar que sobreviveu à intervenção cirúrgica. E os seus receios são em relação às limitações físicas. Neste momento, o psicólogo pode fazer um papel de orientação sobre o que está acontecendo, o que modificou desde o dia da cirurgia e também possibilitar um vínculo do paciente com seus familiares.

Num terceiro momento, que é o retorno ao leito, o psicólogo dá a devolutiva ao paciente sobre suas emoções. Nessa fase o paciente está ansioso frente às alterações do corpo, dor, limitações, etc. As intervenções visam proporcionar preparo do paciente frente a estas mudanças e compreender os recursos de enfrentamento que o mesmo adquiriu para a sua alta.

O papel do psicólogo na cardiologia, segundo Oliveira e Luz (1992), pressupõe também entrevistas no pré-operatório que tem como objetivo identificar possíveis *stresses* relativos ao seu adoecimento e processo de hospitalização. Neste caso, o pré-operatório é um momento bastante singular, pois encontra-se além dos *stresses* mais comuns que aparecem em qualquer situação de adoecimento e hospitalização. Surge aí a questão da cirurgia que apresenta o risco da cirurgia além de toda simbologia atribuída ao coração.

2.2 SIMBOLOGIA DO CORAÇÃO

Falar do coração como órgão humano é remeter-se ao órgão da vida, ou seja, a máquina vital. Encontra-se no senso comum e na literatura o quanto este

órgão tem importância elevada para a maior parte das pessoas. Ragazoni et al, (2005), lembra que o coração é o órgão vital e ao mesmo tempo é a sede das nossas emoções, é lá que fica guardado tudo o que sentimos. Ainda a mesma autora afirma que a própria cultura coloca as cardiopatias num grau elevado de gravidade. Conforme a autora citada acima, a mesma traz em dados da (OMS) Organização Mundial da Saúde, do ano de 2004, que 29,2% das mortes no mundo e no Brasil conceitua a principal causa de óbitos por cardiopatias.

É importante entender como é que o coração ganha tamanha importância e como ele está significado como o órgão que guarda as emoções. Fisiologicamente é possível explicar através do seguinte trecho:

(...) o sistema límbico como sede das emoções e nele se incluindo o hipotálamo que coordena as diversas funções neurovegetativas (inclusive cardiovasculares), encontramos o elo desse processo eminentemente psicossomático que é emocional. Regulando o sistema simpático e parassimpático, compete ao hipotálamo agir sobre as diversas estruturas orgânicas, estimulando-as ou inibindo-as. (CAMPOS, 1992, p. 236).

Ainda o mesmo autor diz que situações de ansiedade e tensão liberam determinados hormônios, corticosteróides e catecolaminas, sobre as supra-renais. Isso ocasiona um aumento na pressão arterial, aumentando assim o consumo de O₂, excitabilidade cardíaca. “A liberação excessiva e prolongada de catecolaminas e corticosteróides provoca: arritmias, hipertensão arterial, aterosclerose coronária, isquemia ou necrose miocárdio, insuficiência cardíaca”. (CAMPOS, 1992, p.236).

As cardiopatias segundo Ragazoni, et al (2005), podem ser consideradas crônicas ou agudas. Representam uma modificação real no estilo de vida que a pessoa terá a partir do diagnóstico. A cirurgia evoca um sentido de renascimento, principalmente para o cardiopata, que terá seu órgão vital literalmente nas mãos de outra pessoa, o cirurgião.

Romano (2001) compartilha a idéia de que o coronariopata tem sobre seu corpo, quando está sendo operado, é o mesmo que um “pedaço de carne” sendo cortado na mesa de cirurgia, enquanto sua alma sai visitar os mortos ou vaga pela sala de cirurgia. Essa mesma idéia denota o quanto o cardiopata, pode ter medo no pós-cirúrgico, pois surge neste momento a possibilidade de experimentar o descontrole seja físico ou emocional.

Alguns autores descrevem características de personalidade correspondente a cardiopatas. Sendo assim, foi encontrado na literatura algumas características que compõem a chamada personalidade do tipo “A” ou padrão de comportamento encontrados em pacientes cardiopatas de maneira predominante, que denotam uma pessoa competitiva, ambiciosa, aparentemente “forte” impaciente agitada, o que favorece a emergência da doença. Dentre estes autores que debatem esta temática estão: Friedman e Rosnman (1959), Freeman e Nixon (1987), Booth-Kewlwy e Friedman (1987); Reunanem (1987), dentre outros (apud CAMPOS, 1992). Ainda este estudo é apresentado, segundo Goldestein (2000 apud ISMAEL, 2005) como “Tipo A” que caracteriza-se por impaciência, agressividade, competitividade, auto-exigência, explosividade e ambição exacerbada .

2.3 CORONARIOPATIAS

As cardiopatias são as chamadas doenças do coração e estas se dividem em coronariopatias e valvulopatias. Porém, o presente trabalho que tem como variável as coronariopatias, limitar-se-á então apenas a uma breve introdução das cardiopatias, para maior esclarecimento deste fenômeno. Para compreender este fenômeno é necessário conhecer minimamente a fisiologia coronária e de que maneira acontecem as chamadas coronariopatias.

É possível encontrar na literatura e em sites específicos que oferecem conteúdo sobre o tema, como é o caso do site do Hospital do Coração (Hcor), muito reconhecido por estudos e intervenções nesta especialidade da medicina.

A doença coronária é provocada em geral pela aterosclerose, que se caracteriza pela presença de placas que obstruem o fluxo de sangue nesses vasos. Esses bloqueios são causados pelo acúmulo de lipídeos (material gorduroso) na parede vascular, o que é conhecido como placa de ateroma ou "lesão". (HCOR).

Awtry; Loscalzo (2002), afirmam que as ateroscleroses estão presentes em quase todas as idades e em ambos os sexos; entretanto, sua intensidade em uma dada pessoa varia em parte, de acordo com a sua constituição genética, fatores de risco e condições hemodinâmicas locais. Sendo assim, qualquer pessoa pode vir

a desenvolver aterosclerose. O que pode variar são fatores genéticos, fatores de risco e condições locais, conforme o autor acima cita. Os principais fatores de risco descritos na literatura são: diabetes, hipertensão, tabagismo, stress, etc.

Outra patologia coronariana é a Isquemia miocárdica. Esta trata-se de “(...)um estado de perfusão diminuída durante qual há falta de oxigênio no miocárdio. Conseqüentemente, há insuficiente para atender a demanda metabólica.” (AWTRY; LOSCALZO, 2002, p.75).

Durante a isquemia, a primeira anormalidade demonstrável da função cardíaca é uma diminuição da capacidade de relaxamento do miocárdio (disfunção diastólica), seguida por alteração da capacidade de contração (disfunção sistólica). (AWTRY; LOSCALZO, 2002, p. 75).

Segundo Awtry; Loscalzo (2002), a cardiopatia coronariana é a principal causa de morte nos países mais industrializados, inclusive os Estados Unidos, que compartilha também das altas taxas de baixa produtividade. Ainda conforme Awtry; Loscalzo (2002), essas doenças são muito mais comuns nos homens e tendem a aparecer 10 anos mais cedo que nas mulheres. Isto se deve em parte a efeitos protetores do estrogênio (hormônio produzido nas mulheres).

Conforme dados encontrados no Hospital do coração (HCOR), a doença coronária geralmente é identificada pela dor no peito, chamada angina². Ou simplesmente através de outros exames que não estão relacionados diretamente com o coração, por exemplo: teste de esforço, a cintilografia com radiosótopos, o ecocardiograma com estresse e a angiotomografia coronária. Partindo de um diagnóstico positivo é necessário fazer exames mais específicos que forneçam dados, como quantidade de artérias obstruídas, onde estas estão obstruídas. A técnica mais usada é o cateterismo. (HCOR)

² Conforme Awtry; Loscalzo (2002) é a popular dor no peito, uma queimação, que é originária de uma Isquemia transitória do miocárdio.

2.3.1 Cirurgia cardíaca

A cirurgia cardíaca é um procedimento um tanto quanto complexo devido a todo o simbolismo que o órgão coração adquire. Portanto, está intrinsecamente ligado às emoções e recebe um importante papel no corpo humano, que é responsável pela vida e morte. Conforme os autores Oliveira; Luz (1992), as alterações emocionais são associadas com as doenças coronárias. É comprovado em estudos científicos, conforme os mesmos autores apresentam que as interações emoção-coração apresentam correspondentes bioquímicos que agem diretamente no sistema simpático, parassimpático e hormônios que integram funções cerebrais cardíacas.

Durante toda a descrição da pesquisa foi tratada a questão da imagem corporal e salientando a cicatriz peitoral mais aparente e maior, mas não é possível esquecer que a cirurgia de coronária trata-se da troca das coronárias que, de algum modo, já apresentam obstrução. E neste caso, a restauração das coronárias parte das próprias coronárias que iniciam no coração e se estendem até as extremidades do corpo. Sendo assim, são retirados fragmentos de artérias coronárias que estão na extremidade, pernas e braços, para substituírem as partes obstruídas próximas ao coração. Consequentemente, é possível entender então, que para que seja feito este procedimento é necessário que se façam outras incisões nas partes de onde foram retirados fragmentos das coronárias localizadas nos membros inferiores ou superiores do corpo.

Nesse sentido, não é em vão que as pessoas atribuem ao órgão coração como centro das emoções. Portanto, a cirurgia cardíaca que é uma intervenção invasiva e tem como objetivo modificar estruturas do coração para reparar disfunções do órgão coração e suas “ramificações” veias e artérias. Isto pode representar uma “ameaça” à vida do paciente coronariopata.

Durante o processo que envolve a cirurgia, incluindo o pré e pós-operatório, podem surgir emoções como: ansiedade, medo do pós-operatório, medo da morte, receio pelo tamanho da cicatriz, receio se ficará melhor ou pior do que quando entrou no centro cirúrgico. “(...) para quem opera o coração é sempre tudo ou nada” (OLIVEIRA E LUZ, 1992, p.253).

Os aspectos psicológicos ficam muito explícitos em pacientes adultos que devem ser submetidos à cirurgia coronariana. Segundo Oliveira; Luz (1992), dentre os receios mais comuns estão: medo de morrer; operar o coração é mexer no centro da vida; U.T.I. (Unidade Terapia Intensiva); dor; sensibilidade; anestesia. Entre estes sentimentos, o medo da morte é muito observado, pois em princípio a morte parece um acontecimento muito distante e neste momento surge o fato de ter que mexer na “máquina da vida”, o coração. Isto muitas das vezes significa uma ameaça muito presente na vida do paciente coronariano. E além do mais, qualquer cirurgia oferece riscos.

Outro aspecto interessante de se ressaltar é o aspecto da cicatriz no peito que será conseqüência da cirurgia.

Isto o distinguirá entre outros seres humanos, muitos a tem como estigma de vulnerabilidade, enquanto para outros representa um ato de coragem. De qualquer modo, representa uma marca indelével de um momento decisivo que se torna público. (OLIVEIRA; LUZ, 1992 p. 253).

Há ainda distinção a ser feita entre os pacientes coronarianos que são congênitos e os coronarianos que adquirem a doença ao longo da vida. Mas de fato, as cardiopatias podem ser patologias crônicas ou agudas, sejam elas congênitas ou adquiridas após certa idade. E depois do conhecimento da doença, é importante tomar ciência de algumas mudanças necessárias nos hábitos de vida. Cada cardiopatia com as suas peculiaridades.

Estes hábitos podem fazer parte apenas após a cirurgia como também simplesmente após o diagnóstico, ou podem nunca vir a fazer parte da rotina de cardiopatas. Os hábitos incluem uma boa dieta pobre em gordura, sem tabagismo, sem bebidas alcoólicas, atividades físicas regulares e é claro uma vida com menos *stress*. Além de hábitos saudáveis é necessário fazer uso de medicamentos o que também se tornarão parte da rotina do coronariopata ao longo da vida.

2.4 IMAGEM CORPORAL

O fenômeno da imagem corporal é entendido com suas variáveis em diferentes correntes psicológicas. Serão abordados neste trabalho o conceito de imagem corporal proveniente de distintas abordagens, dentre elas a psicanálise e a psicologia cognitivo-comportamental.

Capsiano (1992) aborda sob a ótica psicanalítica a seguinte definição: “A imagem do corpo estruturaliza-se em nossa mente, no contato do indivíduo consigo mesmo e com o mundo que o rodeia. Sob o primado do inconsciente, entram em sua formação contribuições anatômicas, fisiológicas, neurológicas e sociológicas, etc.” (CAPSIANO, 1992, p. 179). Ou seja, a imagem do corpo não é meramente imaginação por si só. É uma construção através dos sentidos táteis, visuais, confirmação social e percepção do sujeito. Faz-se necessário, neste momento, adicionar ao trabalho, o pioneiro em estudos da imagem corporal, sob um olhar não apenas neurológico, como era no princípio.

O trabalho de Schilder veio mostrar a grande importância das atitudes e sentimentos corporais na determinação do comportamento. Foi também o primeiro a mostrar que os conceitos sobre a imagem corporal se aplicavam não apenas às misteriosas distorções associadas a patologias orgânicas cerebrais, mas também a quase todas as facetas da vida normal cotidiana. A imagem corporal tem um papel mediador em todas as coisas, desde uma escolha de vestimenta, passando por preferências estéticas, até a habilidade de empatizar com as emoções dos outros. (CASTILHO, 201, p. 26-7).

Schilder (1999), afirma que a imagem corporal é uma unidade que vai além da percepção e chama-se esquema corporal. Este esquema corporal é uma imagem tridimensional do corpo que o sujeito tem de si mesmo. Isto é a imagem corporal. Conforme Capsiano (1992), o esquema corporal é dinâmico e não estático, portanto, sofre alterações ao longo da sua construção. O corpo constrói-se como uma unidade, ainda o mesmo autor confirma que o ser humano conhece seu próprio corpo através dos sentidos ligados ao movimento psicológico de cada sujeito. Capsiano (1992) considera que a imagem corporal se modifica além das alterações por doença, maturação, dor, mutilação, pela insatisfação que surge de um distúrbio libidinal.

No que diz respeito à imagem corporal, embasado na abordagem cognitivo comportamental, citamos novamente Castilho (2001), que nos mostra o quanto importante é a imagem do corpo, e o como ela faz parte da identidade humana:

(...) dentre as diversas maneiras que o indivíduo possui a respeito de si mesmo, nenhuma é essencialmente imediata e central como a imagem de seu próprio corpo. Podemos dizer que a identidade humana é inseparável de seu substrato somático. O modo como as pessoas existem neste substrato acaba por determinar sua forma de existir no mundo. (CASTILHO, 2001, P.27).

Segundo Castilho (2001), a imagem corporal se forma a partir da infância e aos dois anos de idade é capaz de reconhecer a imagem do seu corpo refletida no espelho. Assim, gradualmente vai formando a representação do seu corpo e inicia o processo de percepção sobre como os outros vêem a sua aparência. No momento em que a criança passa interagir com o outro, na pré-escola, aprende como as características físicas são vistas socialmente e desta forma, absorve conceito do que é valorizado como atraente, trazendo como conseqüência possíveis sentimentos de autovalor.

Ainda para a autora citada acima, inúmeros fatores levam as pessoas a estabelecerem relações positivas ou não. Dentre estes, pode-se citar as influências históricas, ou seja, as circunstâncias do passado que moldam a forma de cada um perceber sua aparência. E as influências atuais que se referem às experiências cotidianas que determinam os pensamentos, sentimentos e reações relativas a aparência.

A teoria cognitiva parte da premissa que as emoções são ocasionadas pelos pensamentos, assim como os julgamentos e interpretações dos eventos e não os eventos em si que acarretam as reações emocionais. Assim, as emoções que se relacionam à imagem corporal também são regidas pelos pensamentos. As cognições que fazem parte da imagem corporal negativa desencadeiam sentimentos desagradáveis e comportamentos disfuncionais. Segundo Castilho (2001), a imagem corporal negativa pode ser compreendida da seguinte maneira:

Muitos padrões de pensamentos são tão habituais e automáticos que quem os possui pode não ter clara consciência de sua ocorrência. Determinados eventos podem disparar estes pensamentos que, uma vez iniciados, acarretam danos emocionais que, por sua vez, aumentam as ruminacões autocríticas aumentando ainda mais o desespero. Evitar tais situações ou tentar corrigir ou esconder as imperfeições na aparência são formas encontradas para lidar com o desconforto, porém estas estratégias promovem um alívio apenas temporário e, na realidade, perpetuam o problema. (CASTILHO, 2001, p. 41).

Segundo a teoria cognitiva, a distorção da imagem corporal é um fenômeno multidimensional por envolver aspectos perceptivos, de atitude e

comportamentais. O aspecto perceptivo refere-se à percepção que o indivíduo possui sobre o próprio corpo, ou seja, como o percebe com relação ao seu tamanho e forma. O aspecto de atitude são os pensamentos, as crenças e a resposta emocional que se relacionam ao medo de experienciar o próprio corpo. E o aspecto comportamental refere-se aos comportamentos e estilo de vida correlacionada à consciência sobre o próprio corpo.

Segundo Castilho (2001), tais aspectos estão relacionados à distorção da imagem corporal apresentada nos transtornos alimentares. Porém, afim de buscar subsídios teóricos que ofereçam sustentação a este estudo, é válido realizar uma transposição destes aspectos para a problemática aqui abordada que é a possível insatisfação e/ou distorção da imagem corporal ocasionada pela cicatriz da cirúrgica.

Embasado ainda na teoria cognitivo-comportamental, que tem como dois “pilares” importantes, a cognição (pensamento, crenças) e o comportamento, Castilho (2001), afirma que assim como as emoções humanas são regidas por pensamentos, acontece o mesmo com a imagem corporal, que também é dirigida por pensamentos. Estes que estão interligados com as emoções e comportamentos. Castilho (2001) afirma que nenhuma maneira que cada sujeito tem de pensar sobre si mesmo é tão importante quanto a sua própria imagem, ou seja, é a sua identidade para o mundo.

Nesse sentido, faz-se necessário possibilitar um breve entendimento sobre o funcionamento da Teoria Cognitivo-Comportamental. Esta teoria compreende o fenômeno da imagem corporal e suas distorções, que são a imagem negativa ou distorcida, ou seja, não corresponde a realidade. E trabalha com a concepção de que é necessário além de modificar o comportamento, também é necessário modificar pensamentos e emoções para que a pessoa possa ter uma imagem do corpo saudável de modo que não destoe da realidade.

Para entender o conceito de imagem corporal negativa, Castilho (2001) contribui esclarecendo que a imagem corporal positiva não significa uma boa aparência, mas trata-se de uma imagem que cause satisfação ao indivíduo. Dessa forma, a imagem corporal negativa está relacionada com a insatisfação que o indivíduo tem da sua imagem corporal. As distorções ou imagem negativa do corpo podem acarretar sérias patologias psiquiátricas que, segundo Castilho (2001), é basicamente dividida em dois grandes grupos:

1º) Característica central da doença, como Transtorno dismórfico do corpo, Delírios somáticos, Bulimia, Anorexia, Hipocondria, Transexualismo, Auto-mutilação e Koro.

2º) Transtornos que têm como foco principal a imagem corporal, mas podem apresentar-se como sintoma associado. Por exemplo: Depressão, Disfunção sexual e Esquizofrenia.

Assim, a partir das abordagens teóricas sobre a imagem corporal, é inevitável dizer o quão importante é este fenômeno para a constituição do sujeito, e que o mesmo faz parte das suas construções de identidade em relação ao meio social que está inserido. Sendo assim, a imagem do corpo é e sempre foi um fenômeno importante que faz parte de cada sujeito e como ele se apresenta para os outros e para si mesmo. Schilder (1950) afirma que a imagem corporal é modificada através das emoções. Cada emoção modifica o corpo de determinada maneira, sendo assim o sujeito percebe este corpo conforme as emoções sentidas.

Nós expandimos o corpo quando nos sentimos felizes e apaixonados. Abrimos os braços, gostaríamos de envolver a humanidade neles. Nós crescemos e os limites de nossa imagem corporal perdem sua característica de demarcação (...) Expandimos e contraímos o modelo postural do corpo; subtraímos e adicionamos partes; nós o reconstruímos; juntamos os detalhes; criamos novos detalhes; fazemos isto com o nosso corpo e com as expressões do corpo. Estamos continuamente experienciando-o. (CASTILHO apud SCHILDER, 1950, p.210).

2.4.1 Padrão de beleza

Já se diz no senso comum que a beleza está nos olhos de quem vê. O conceito de beleza é um tanto quanto amplo, pois epistemologicamente se constrói em meio social e culturas diferentes. A autora Wolf (1991), traz em seu livro “O mito da beleza”, uma discussão sobre este “mito” que envolve particularmente o sexo feminino. Porém, mito num sentido de que se trata de uma construção ao longo de uma história, cultura, religião, lei e economia.

O sexo feminino ganha atenção para este tema, pois difere do gênero masculino, pela sua construção histórica em diferentes culturas. Tanto que já foi citado neste trabalho a contribuição da autora Castilho (2001), que ressalta que a

única cultura que valoriza mais a beleza do gênero masculino é a cultura grega. Nesse sentido, é importante trazer autores que debatem esta questão da beleza em especial no sexo feminino, como Wolf (1991), aborda no livro citado à cima. A beleza para Wolf (1991), nada mais é do que uma qualidade e que parece ser esta indispensável a mulher querer encarná-la para que o homem tenha o dever de querer possuir estas mulheres que “encarnam” a beleza.

A autora trata a questão do trabalho que surgiu com a igualdade dos sexos, e exigiu e exige igualdade nas condições de trabalho, igualdade, para que ambos os sexos tenham direito de trabalho trouxe desde a década de 80, 90. Surge neste momento a chamada QBP (Qualidade de Beleza Profissional). Para uma mulher conseguir um emprego tem que ter uma aparência agradável. Hoje, no ano de 2008, observa-se ainda que muitas das vezes o que importa é a imagem, mesmo que a lei vete a discriminação, seja por sexo, idade ou aparência, não é raro empregadores exigirem foto em currículo, sendo este um requisito para ocupação de cargo.

Outra questão que Wolf (1991) suscita é a violência que a as mulheres fazem contra si mesmas para serem consideradas socialmente lindas. Esta violência que engloba desde métodos mais simples como aplicação de cremes anti-idade até cirurgias estéticas está intrinsecamente ligado à economia. A busca pela perfeição do belo como aparência física requer intervenções muitas vezes drásticas no corpo em busca de uma “aparência perfeita”. Mas afinal o que é perfeito? Castilho (2001) contribui, constatando que as mulheres procuram cirurgia plástica para buscar o bem estar psicológico. Mas, para que isso ocorra de forma saudável, deve haver mudança cognitiva, emocional, perceptiva e comportamental.

Wolf(1991) descreve a respeito deste mito da beleza e leva a refletir um pouco do que é a mitologia de beleza e o que é o perfeito. Até que ponto é saudável buscar um corpo perfeito? É necessário fazer uso de “violência” para buscar um ideal de corpo, um ideal de imagem?

(...) a relação de cada um com o seu corpo, especialmente suas crenças, percepções, pensamento, sentimentos e ações, pode necessitar ser revista e fortalecida. O que você aparenta é, certamente, um aspecto de quem você é, ter dificuldade em aceitar a sua aparência torna difícil que você se aceite como pessoa. (CASTILHO, 2001, p.32).

A autora faz alguns questionamentos como: “O que há afinal de tão fantástico em ter uma aparência jovem? (...) A identidade da mulher representa alguma coisa? Ela deve ser forçada a querer ter aparência de uma ou outra pessoa?” (WOLF, 1991, p. 360). Todas essas perguntas de alguma forma são apresentadas à sociedade o tempo todo, principalmente pela mídia e reforçada pela cultura, sociedade e economia.

2.5 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO (*COPING*)

Frente às mudanças e desequilíbrios do ambiente relacionados a situações estressoras, as pessoas reagem de determinada maneira, conforme Zakir (2003). Quando reagimos, acionamos o que chamamos de estratégias de enfrentamento ou *coping*. Zakir (2003) ressalta que situações estressoras podem evocar diferentes respostas classificadas em dois tipos: *stress* e *coping*. O *stress* se refere às respostas involuntárias que em uma situação estressora ocorre espontaneamente.

Já o *coping*, que também ocorre a partir de estímulos estressores, é uma resposta mantida por suas conseqüências (o stress), que podem ser mudanças internas ou externas ao organismo (LAZARUS & FOLKMAN, 1984 apud ZAKIR, 2003). Pode-se citar, para esclarecer, outros autores juntamente com Folkamn que compartilham o mesmo conceito de Estratégia de Enfrentamento. “Enfrentamento refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais do indivíduo” (FOLKMAN, et al, 1986 apud SEIDL, et al, 2001, p. 225).

Segundo Folkman e Lazarus (1984 apud ZAKIR, 2003), o *coping* tem como função modificar as relações do indivíduo com o ambiente. Dessa forma, controlar o que gera stress. Neves, et al (apud Zakir, 2003), diz que os mecanismos de *coping* se instalam ao longo do desenvolvimento humano e dependem da resposta do indivíduo as variáveis do contexto. Segundo Seidl, et al (2001), as estratégias de enfrentamento são classificadas por suas funções. E estas são

dividas em duas: focalização no problema e focalização na emoção. Porém, os mesmos autores afirmam que uma estratégia não exclui a outra.

Seidl; Tróccoli; Zannon (2001), demonstra uma pesquisa realizada para medir Instrumentos que meçam estratégias de enfrentamento, sendo as mais conhecidas (VITALIANO; COLS, 1985; GIMENEZ; QUEIROZ, 1997). Neste estudo foram descobertas, por exemplo, que estratégias de enfrentamento relacionadas às práticas religiosas, pensamentos fantasiosos, são usadas muito mais pelas mulheres independentes do stress.

Alguns autores como Jalowiec; Powers (1984 apud CAPSIANO, 1992), classificam as principais estratégias de enfrentamento como:

- Enfrentar problema objetivamente;
- Buscar diferentes alternativas de enfrentamento;
- Falar sobre o problema;
- Ter esperança de melhora;
- Procurar rede familiar;
- Agitar-se fisicamente;
- Vícios, como drogas, fumo, bebidas;
- Comer e/ou dormir;
- Adoecer fisicamente;
- Agressão, gritos;
- Meditar; relaxar;
- Isolar-se;
- Esquecer o problema;
- Resignar-se;
- Fantasiar o problema;
- Rezar;
- Prepara-se para o pior;
- Dedicar-se ao trabalho;
- Dentre outros.

O enfrentamento é considerado uma resposta cujo objetivo é aumentar a percepção de controle pessoal. A tendência a escolher determinada estratégia de enfrentamento depende do repertório individual (por exemplo: habilidades de solução de problemas, habilidades sociais, valores e crenças culturais) e de

experiências tipicamente reforçadas (SAVOIA, 1996 apud NEVES; SANTOS; DOMINGOS)

Segundo Scott (1994, apud NEVES; SANTOS; DOMINGOS), referindo-se a mecanismos de enfrentamento usados em situação de doença em especial ao câncer, diz que as estratégias de enfrentamento podem falhar quando há tentativa demasiada de usá-las. Sendo assim muitas pessoas não conseguem enfrentar de modo psicologicamente saudável a doença, demonstrando estes déficits.

Os fracos enfrentadores apresentam dois déficits principais em seu repertório de enfrentamento: tendem a usar demasiadamente estratégias menos efetivas na resolução de problemas e são incapazes de gerar estratégias de enfrentamento alternativas. Essas deficiências são acompanhadas por altos níveis de sofrimento emocional. (SCOTT 1994, apud NEVES; SANTOS; DOMINGOS, p. 203).

Para finalizar, o *coping* ou mecanismos de enfrentamento, segundo Zakir (2003), se instala ao longo do desenvolvimento humano e varia de acordo com as respostas que o indivíduo dá nas situações que ele vivencia. Trata-se de uma série ampla de respostas e são acionadas em situações estressoras, e isto pode mudar ou não o contexto.

2.5.1 Enfrentamento e Gênero

Segundo Zakir (2003), é possível fazer uma distinção de estratégias de enfrentamento através dos gêneros, e ainda sobre idade. Segundo a autora os homens utilizam-se mais de mecanismos de enfrentamento do tipo centrado no problema, e as mulheres utilizam mais mecanismos centrados na emoção. Ainda encontrado na literatura outros autores que compartilham da mesma idéia, segundo Koegh e Herdenfeldt (2002 apud CALAIS, 2003), as mulheres utilizam estratégias muito mais focadas na emoção do que os homens e, além disso, suas respostas frente ao stress em geral são mais negativas em relação aos homens, ou seja, disfuncionais.

O *coping* centrado no problema consiste em se dirigir esforços no sentido de mudar a situação que deu origem ao mal-estar, de solucionar problema, mudando a relação do indivíduo com o seu ambiente, de modo a se modificar as contingências responsáveis pela tensão. (ANTONIAZZII, DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998 apud ZAKIR, 2003).

Nesse caso, as mulheres encaram as situações como imutáveis, e os homens conseguem percebê-las de modo a entender suas contingências com maior praticidade. De acordo com Ferreira (1997 apud ZAKIR, 2003), as mulheres valorizam mais a sensibilidade, amabilidade, e os homens a independência, a assertividade. No sentido mais popular, as mulheres são mais sentimentais e os homens mais racionais. A seguir, uma figura que ilustra o processamento de stress e coping:

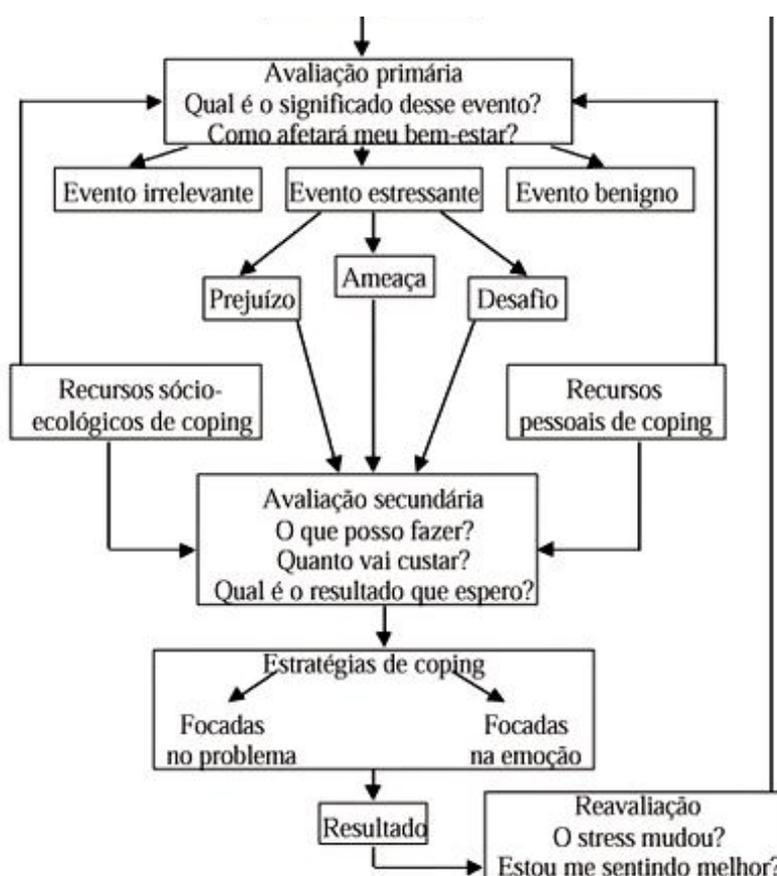


Figura 1 – Modelo de processamento de Stress e Coping Lazarus e Folkman (1984)
Fonte: Peixoto (2004)

Segundo Zakir (2003), a ingestão de álcool como alívio de agentes estressores pode ser utilizado como coping, este é um exemplo de *coping* centrado na emoção. “Este tipo de *coping* é aprendido na adolescência, enquanto o *coping* centrado no problema é aprendido na infância e muito menos utilizado por adultos.” (COMPAS, 1987 apud ZAKIR, 2003).

Conforme Peixoto (2004), o *coping* centrado na emoção tem foco em amenizar as emoções que geram o stress. Por exemplo: ingerir substâncias como álcool que trazem sensação tranquilizadora. Já o *coping* centrado no problema tem como foco negociar o conflito, tentando modificar a situação ou o problema, em outra palavra é mais objetivo.

3 MÉTODO

A atual pesquisa foi escolhida com o intuito de compreender um determinado fenômeno psicológico. E a partir disso foi escolhido um método de característica descritivo-exploratória e natureza qualitativa, pois se trata de um fenômeno da área da saúde. E foi mensurado qualitativamente de modo que pudesse se aperfeiçoar o conhecimento sobre o referido fenômeno.

A presente pesquisa foi realizada no Hospital de Caridade da cidade de Florianópolis que é gerido pela Irmandade Nosso Senhor dos Passos, entidade religiosa com fins filantrópicos. O Hospital inaugurado no ano de 1789, conta hoje com 224 leitos ativos, dispõe de serviços especializados em diversas clínicas, incluindo cirurgias e tratamentos os mais variados. Está distribuído em unidades de internação, contando também com serviços de pronto socorro, U.T.I., centro cirúrgico, assim como os ambulatoriais, para atendimento a toda população do estado de Santa Catarina.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

É qualitativa, pois teve o intuito de obter o conhecimento de um fenômeno psicológico através de um instrumento de pesquisa que proporcionou identificar e qualificar um determinado fenômeno e não quantificar o mesmo. É de natureza descritivo-exploratória. Segundo GIL (1996), as pesquisas exploratórias objetivam aprofundar idéias ou descobrir intuições, dessa forma visa compreender este fenômeno específico em profundidade.

Minayo (2000), diz que a fase exploratória da pesquisa é tão importante, que ela por si só compreende uma pesquisa. Ou seja, "(...) compreende a etapa da escolha do tópico e investigação, de delimitação do problema, de definição do objeto e dos objetivos, de construção do marco teórico conceitual, dos instrumentos da coleta da exploração." (MINAYO, 2000, p. 89).

Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionáveis. (GIL, 1999, p. 43).

A pesquisa descritiva ainda segundo GIL (1996), descreve características de um fenômeno ou população, ou ainda estabelecer relações entre variáveis. Sendo assim, esta pesquisa proporcionará trabalhar com descrições e interpretações através da exploração e descrição do fenômeno estudado.

3.2 PARTICIPANTES

Esta pesquisa trata-se de um estudo de multi-casos que foi realizado com 03 (três) participantes. Como forma de escolha da(s) probanda(s), foram escolhidas de forma aleatória nos prontuários da enfermagem específica de cardiologia (Bernadete) do Hospital de Caridade, que se enquadraram nos critérios definidos, que passaram pela cirurgia coronariana neste hospital.

3.2.1 Critérios de Inclusão

Os sujeitos da pesquisa deverão preencher os seguintes critérios:

- Sexo feminino;
- Que tenham realizado a primeira cirurgia coronariana;
- Consentir que o pesquisador entre em contato com o participante para saber de seu estado de saúde (ver termo de consentimento pós-informado, abaixo);
- Estejam em Pré-alta

3.2.2 Critérios de Exclusão

- Qualquer intercorrência clínica ou psíquica em que haja a necessidade de alguma intervenção para salvaguardar os interesses da paciente;
- Ter as funções psíquicas prejudicadas pelo processo cirúrgico.

3.2.3 Caracterização das participantes da pesquisa

I01- Mulher de 60 anos, reside em Florianópolis, é viúva há três anos. Mora sozinha e tem dois filhos. Seu grau de instrução é primeiro grau incompleto. Sua profissão é do lar. Tem atividades sociais, de lazer e comprometimento com a sua comunidade. Participa do grupo da terceira idade, promovendo jantares, bailes, viagens, ir à praia e outras atividades interativas. Gosta de sair para conversar com suas amigas, pois segunda ela, ficar muito tempo em casa a faz sentir solidão, o que não gosta.

I02- Mulher de 45 anos, reside no município de Mafra, mora com dois filhos e o marido. É zeladora e não relatou ter atividades de lazer. Apenas relatou sua rotina de trabalho fora de casa e também as suas atividades domésticas. Seu grau de instrução é o primeiro grau.

I03 – Mulher de 63 anos, casada, tem três filhos. Reside em Florianópolis com o esposo. Um dos filhos mora no exterior. É empresária aposentada, porém ainda está trabalhando em meio período do dia. Possui o ensino superior completo. Gosta de viajar, inclusive para fora do Brasil, para visitar o filho. Parece gostar de cuidar da sua aparência, pois durante a entrevista, estava com trajes de dormir de boa aparência, e estava maquiada.

	Idade	Estado civil	Profissão	Residência	Escolaridade	Convênio
I01	60	Viúva	Do lar	Florianópolis	1ºgrau incom.	SUS
I02	45	Casada	Zeladora	Mafra	1ºgrau comp.	SUS
I03	63	Casada	Empresaria aposentada	Florianópolis	Superior	UNIMED BÁSICA

Quadro 1 - Quadro comparativo dos sujeitos da pesquisa
Fonte: Elaborada pela autora da pesquisa.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Sendo esta pesquisa um estudo de multicasos, foi utilizado como instrumento de coleta de dados entrevista individual, semi-estruturada. Este tipo de entrevista, segundo Gil (1999), é desenvolvida de modo mais espontâneo e não tão fechado quanto a entrevista estruturada, possibilitando ao participante formular respostas mais abertas.

O instrumento foi aplicado no período pós-operatório, mais propriamente dito na pré-alta. Para tal constatação as pacientes foram acompanhadas desde a saída da UNICOR (Unidade do Coração) e retorno ao leito, para escolher o melhor momento para aplicação do instrumento ao participante, ou seja, na pré-alta (quase alta).

A entrevista foi gravada para que fosse possível colher os dados da maneira mais fidedigna possível. Sendo assim, buscou-se através desse método alcançar os objetivos propostos pelo pesquisador na referida pesquisa. A coleta de dados foi realizada na instituição Hospital de Caridade, localizado na cidade de Florianópolis (SC).

3.4 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

A análise de conteúdo é a técnica escolhida pelo pesquisador. Esta se caracteriza por “(...) investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas manifestações”. (GIL, 1999, p. 165). “A análise de conteúdo desenvolve-se em três fases: (a) pré-análise; (b) exploração do material; e (c) tratamento dos dados, inferência e interpretação.” (BARDIN, 1977 apud GIL, 1999, p. 165).

Em um segundo momento, após a coleta de dados, foi feita a interpretação dos mesmos e relacioná-los com o referencial teórico apresentado nesta pesquisa. Para tanto, foi preciso transcrever as entrevistas que foram

gravadas. E, sendo assim, foram categorizadas para relacionar os dados com a teoria transcrita ao longo da pesquisa.

Assim, foi possível compreender qualitativamente os resultados da pesquisa. De forma que a teoria e os objetivos serão correlacionados para que seja possível realizar interpretação, descrever os resultados e elaborar uma conclusão.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DE CONTEÚDO

Nesta pesquisa objetivou-se entender percepções e emoções de pacientes coronariopatas em relação à cicatriz e a sua imagem corporal como um todo num pós-operatório de cirurgia coronariana. As entrevistadas foram três pacientes mulheres da ala de cardiologia do Hospital de Caridade e a escolha deu-se principalmente devido ao histórico de culto ao corpo mais presente no gênero feminino, como se observa ao longo da história.

Essa afirmação está embasada por Castilho (2001) que afirma: “A atração física e os esforços em se ater ao ideal cultural têm sido uma tradição mais feminina do que masculina exceção feita à cultura grega”. (CASTILHO, 2001, p. 13).

Nesse momento iniciar-se-á uma apresentação e análise dos dados colhidos para a pesquisa que possam ser relacionados com os objetivos propostos da mesma. Através do roteiro de entrevista foram colhidos os dados e num segundo momento foram transcritos e criadas categorias para melhor esclarecimento do conteúdo que as informantes trouxeram nas entrevistas.

A apresentação, análise e discussão dos dados serão feitas primeiramente através da divisão entre os dois objetivos específicos da pesquisa. Para ambos objetivos foram criadas cinco categorias para melhor organização dos dados e clareza do trabalho. Duas categorias que contemplam o primeiro objetivo e três categorias que correspondem ao segundo objetivo específico.

Partindo do primeiro objetivo específico da pesquisa, que se trata da *percepção de imagem corporal no pós cirúrgico* far-se-á discussão sobre a cicatriz num primeiro momento. E em um segundo momento irá se discutir outras três categorias provenientes do segundo objetivo específico, *emoções apresentadas no pós-operatório destes pacientes sobre a sua imagem corporal*.

4.1 PERCEPÇÃO DE IMAGEM CORPORAL NO PÓS-OPERATÓRIO

4.1.1 Percepção da cicatriz

As três Informantes entrevistadas apresentam a questão da cicatriz de uma maneira positiva, porém cada uma com suas peculiaridades. Isto é representado através das falas das três mulheres entrevistadas. Antes da coleta de dados esperava-se talvez encontrar sujeitos com desvio³ da imagem corporal, conceito este explicado por Capsiano (1992) que afirma que este fenômeno pode ocorrer devido a não correspondência do corpo com a imagem. Inferiu-se que este fenômeno poderia acontecer nestes casos de cirurgia coronariana, devido a incisão que tem como resultado uma cicatriz relativamente grande no peito. Porém, através das entrevistas, as três informantes que se dispuseram a colaborar com pesquisa respondendo a entrevista não apresentaram o desvio de imagem corporal.

Ainda Strain (apud BOTEGA, 2002 apud RAGAZONI et al, 2005), diz que um dos estressores do paciente hospitalizado por doença aguda é: Medo de perdas ou danos à parte do corpo. Isto se refere à alteração do esquema corporal. Este estressor durante a pesquisa era uma das hipóteses, medo de danos a partes do corpo, o que está claramente ligado a alteração da imagem corporal.

Exemplificado pela seguinte fala:

"Ele fico meio estragadinho. Eu do graças a Deus por estar toda cortadinha, mas estar aqui. Pra mim é muito importante. Então espero que a minha cicatrização seja muito breve porque eu tenho facilidade de cicatrização." (I03)

Nesse sentido, vale lembrar o conceito de imagem corporal apresentado por Castilho (2001) que aborda a imagem corporal como a maneira mais central que o indivíduo pode ter de si mesmo. Castilho, (2001) afirma que nenhuma maneira que cada sujeito tem de pensar sobre si mesmo é tão importante quanto a sua própria imagem, ou seja, é a sua identidade para o mundo.

De acordo com a teoria psicanalítica, a forma como o sujeito percebe sua imagem determina sua forma de existir no mundo. Capsiano (1992) confirma a importância da nossa imagem corporal e que ela se estruturaliza através do olhar de cada sujeito para si mesmo e do olhar dos outros para este sujeito. E compartilhando da idéia de Schilder, Tavares (2003) afirma que há uma troca constante entre a imagem corporal individual com a dos outros.

³ Entende-se por desvio da Imagem corporal, conforme Capsiano, 1992, a não satisfação, ou distorção, da imagem com corpo, ou seja, quando a imagem corporal não corresponde ao corpo físico.

Após este breve resgate de alguns dos principais conceitos norteadores desta pesquisa, segue-se na análise das falas das informantes o significado da cicatriz, que está intimamente ligado com sua imagem corporal.

"Nada a ver isto aqui é experiência de vida, é sinal de ressuscitação, eu não encaro isso como agora não posso nem mais me olhar, não!." (I03)

A evidência anterior da informante I03, expressa o sentido de ressuscitação em relação a cicatriz confirma a citação a afirmação de Ragazoni, et al (2005), (...) a cirurgia evoca um sentido de renascimento, principalmente para o cardiopata, que terá seu órgão vital literalmente nas mãos de outra pessoa, o cirurgião.

Ainda, a citação anterior é bem vinda para explicar o significado da cicatriz para informante 02 e 03, pois as mesmas trazem a cicatriz como marca de sobrevivência, ou vitória de um momento decisivo, no caso, cirurgia do coração.

Esta afirmação é evidenciada pelas seguintes falas:

"Uma cicatriz vale mais do que perdê uma vida né" (I02)

"Ele fico meio estragadinho. Eu do graças a Deus por estar toda cortadinha, mas estar aqui. Pra mim é muito importante." (I03)

O que distingue a informante 02 da 03 é que a entrevistada 03 apresenta um discurso mais elaborado e vinculado também de religiosidade. O discurso mais rebuscado possivelmente seja devido a sua "bagagem cultural", ou seja, nível socioeconômico e também formação educacional. Já a informante 01 no que se refere ainda sobre a categoria cicatriz, não traz claramente um significado semelhante como o das informantes 02 e 03, pois a I01 não fala da cicatriz como uma questão de sobrevivência e sim muito mais como imagem corporal e vaidade. Como é evidenciado na fala de I01 abaixo:

"(...)a cicatriz ta bem, vai fica uma cicatriz muito bem assim, não vo ter nada contra ela, por que ela ta bem sequinha."(I01)

Outro significado que aparece nas informantes 02 e 03 através das falas representativas acima é a cicatriz como ato de coragem, o que corrobora com os autores, Oliveira e Luz (1992) que colocam que cicatriz para os coronariopatas, será como uma marca que os distinguirá dos demais sujeitos. Representa um ato de coragem que cada um passou por um momento de vulnerabilidade, e agora encontra-se marcado pela situação experienciada. Da mesma idéia, outros dois autores, Pedrollo e Zago (2000) compartilham que o coronariopata através da sua

cicatriz torna-se uma marca para o sujeito. “A cicatriz é definidora para se rotular um paciente cirúrgico e conseqüentemente, para caracterizá-lo como tendo uma imagem corporal alterada” (PEDROLLO e ZAGO 2000, p. 408).

Nesta pesquisa, como já mencionado anteriormente, não foram encontrados dados de distorção de imagem corporal, já que esta consiste em um fenômeno multidimensional por envolver aspectos perceptivos, de atitude e comportamentais. (CASTILHO, 2001).

É importante ressaltar que a informante 02 não relatou em nenhum momento preocupação com a imagem do corpo, bem como comportamentos de auto-cuidado com a aparência. Com isso, existe a possibilidade desta entrevistada apresentar baixa auto-estima, o que corrobora com os autores Gudan e Col (1980, apud ROMANO, 2001), que apresentam estudos anteriores à década de 80 com pacientes coronarianos preocupados com a somatização que, além da vida social reduzida, sérias distorções com a imagem corporal, apresentavam sinais de depressão e baixa auto-estima.

A informante I01 traz em seu discurso que a experiência de ter passado por outras cirurgias lhe possibilitou compreender que a sua cicatrização é mais fácil, devido a isso expressa que não terá medo em relação as suas marcas corporais. E a informante I03 relata na entrevista também ter vivenciado outro processo cirúrgico anteriormente. Evidenciada pela fala:

“Mas eu já tive medo na primeira cirurgia que eu fiz do pulmão, que é nas costas.” (I01)

“Nãããã, esta deve ser a décima cirurgia! Mas do coração é a primeira.” (I03)

O fato das entrevistadas abordadas acima ter realizado processos cirúrgicos anteriores, possivelmente proporcionou enfrentamentos saudáveis frente ao evento cirúrgico, que possibilitaram desenvolver estratégias de enfrentamento para esta situação (a cirurgia cardíaca). A aprendizagem proporcionada pela experiência de outros procedimentos cirúrgicos possivelmente possibilitaram a obtenção de repertório comportamental de enfrentamento para vivenciar o atual processo, incluindo a cicatrização.

4.1.2 Percepção do corpo no pós-operatório.

É um tanto difícil remeter-se ao corpo no pós-cirúrgico sem citar a cicatriz. Portanto, nesta categoria aparecem falas retratando o pós-cirúrgico representado também pela cicatriz. A categoria corpo no pós-cirúrgico é representada por I03 e I02 que trazem nas suas falas que cicatriz tem um sentido muito mais de valor à vida do que de aparência corporal. Porém I03 diz que o corpo ficou “estragadinho”, e também parece não demonstrar tanta preocupação com o processo de cicatrização, pois afirma ter “facilidade de cicatrização”. A entrevistada parece constatar que o corpo está de alguma forma salvo do perigo, pois o risco cirúrgico já passou. Isso que corrobora com o que os autores Oliveira e Luz (1992) afirmam, que o que os pacientes mais temem é morrer, pois se trata de operar o órgão mais importante do corpo, o responsável pela vida, o coração.

Através das falas pode-se perceber o que foi analisado acima:

“Uma cicatriz vale mais do que perdê uma vida né” (I02)

“Ele ficô meio estragadinho. Eu do graças a Deus por estar toda cortadinha, mas estar aqui pra mim é muito importante. Então espero que a minha cicatrização seja muito breve porque eu tenho facilidade de cicatrização.” (I03)

A informante 01 traz em seu decurso o relato de que percebe o corpo no pós-cirúrgico, como bem estar e não se remete ao pós-operatório como “alívio” por ter sobrevivido a cirúrgica, ao contrário das outras duas informantes, como já fora apresentado anteriormente.

“Quanto ao meu corpo assim eu to me sentindo melhor do que antes, a cicatriz ta bem, vai fica uma cicatriz muito bem assim, não vô ter nada contra ela, por que ela ta bem sequinha.” (I01)

Dessa maneira é possível observar a diferença de percepção do corpo no pós-cirúrgico das três informantes. Sendo assim, infere-se a partir dos dados que as entrevistadas percebem o corpo no pós-operatório como positivo para a saúde.

4.2 EMOÇÕES APRESENTADAS NO PÓS-OPERATÓRIO DESTES PACIENTES SOBRE A SUA IMAGEM CORPORAL.

4.2.1 Medo como emoção presente no processo cirúrgico

O medo é terceira categoria que corresponde ao segundo objetivo específico da pesquisa referida, que trata-se da identificação das emoções apresentadas no pós-operatório, destes pacientes sobre a sua imagem corporal. Esta categoria em princípio é representada pela seguinte fala:

“Mas eu já tive medo na primeira cirurgia que eu fiz do pulmão, que é nas costas. Medo que pudesse me prejudicar, de eu não poder usar mais minhas blusinhas decotadas, que eu gosto, né... nem ir a praia.” (I01)

Compreende-se que o medo de I01 está relacionado com a imagem corporal, caso seu corpo apresentasse dificuldade para cicatrização. A informante 01 relata ter medo de não poder usar determinadas roupas ou fazer algumas atividades que permitam expor partes do corpo alteradas pelas cicatrizes cirúrgicas. Dessa forma, fica claro a preocupação com a sua imagem.

Nesse sentido, a informante 01 através do seu discurso resgata a importância do meio social na construção da sua imagem corporal, este que faz parte da sua identidade. Para tanto, é representativo e válido citar novamente autores no decorrer desta análise, que contribuíram para o referencial teórico da pesquisa no conceito de imagem corporal.

Para Capsiano (1992) ao conceituar e descrever brevemente como se dá a construção da imagem corporal em cada sujeito. “A imagem do corpo estruturaliza-se em nossa mente, no contato do indivíduo consigo mesmo e com o mundo que o rodeia. Sob o primado do inconsciente, entram em sua formação contribuições anatômicas, fisiológicas, neurológicas e sociológicas, etc.” (CAPSIANO, 1992, p. 179).

Ainda, o mesmo autor contribui afirmando que a imagem corporal sofre alterações conforme as mudanças corporais, nesse sentido o sujeito que possui uma imagem corporal de acordo com a realidade corporal, física, apresenta uma imagem corporal positiva ou saudável, o que aparentemente foi encontrada nas respostas das informantes na pesquisa.

Tendo em vista que a imagem corporal se altera devido alterações no corpo, esperava-se neste trabalho colher o relato das alterações de imagem conforme Capsiano (1992) afirma que a imagem corporal se altera perante alterações por doença, maturação, dor, mutilação. Pois as entrevistadas passaram

alteração corporal devido a cirurgia, dor e doença. Porém, como já foi mencionado, as informantes demonstraram apresentar através do relato de cada uma, imagem corporal positiva de acordo as alterações corporais, sem desvio ou insatisfação.

Para a informante 02, o medo é descrito da seguinte forma:

"Tenho medo de pode fica sem trabalha sabe. Não pode fazer muito esforço. Meu problema maior é não pode trabalha pra não pode ajudar em casa, é sobre o que eu mais penso." (I02)

Esta informante descreve o medo relacionado com o retorno as suas atividades, diferente da informante 01 que fala do medo mais relacionado a aparência alterada. A fala da informante 02 confirma o que diz Ragazoni, et al (2005) o paciente sente talvez um certo alívio por ter sobrevivido a cirurgia e neste segundo momento, pós cirúrgico, que está mais ligado a vida pós-operatória, na maior parte dos casos sente medo de estar limitado fisicamente para desempenhar atividades que realizava anteriormente a cirurgia. E, neste momento, deverá ter um cuidado maior com o seu corpo para maior adesão ao tratamento.

Como demonstra I02 na fala anterior, a sua maior preocupação é em não poder retomar as suas atividades e em nenhum momento a mesma fala de auto-cuidado, nem antes e nem depois da cirurgia. Ressalta-se ainda que esta é a mais nova das entrevistadas, com 45 anos de idade, fazendo um contraste com as outras duas informantes que possuem idades entre 60 e 63 anos e que demonstram em algum momento da entrevista preocupação com a imagem corporal e vaidade.

Neste caso, observa-se o que de fato causa maior preocupação para cada uma das entrevistadas na vida pós-cirúrgica. E mais uma vez remete-se a diferença entre nível socioeconômico, cultura e idade para a percepção que cada sujeito atribui a sua imagem corporal. Que importância a imagem do corpo tem para si e para os outros.

Diante do acima exposto, é importante ressaltar que as informantes com idade mais avançada, como já fora mencionado, parecem aceitar o seu o corpo e sua imagem, acompanhando as mudanças da sua idade e, portanto, não deixando o auto-cuidado e a auto-estima ficarem abalados.

Conforme Novaes (2000), o fato de algumas mulheres com idade avançada estarem sem parceiro, sejam elas viúvas ou divorciadas, pode interferir na diminuição da auto-estima devido ao sentimento de perda, da beleza física, da libido, do status profissional, etc. Porém, nesta fase, assim como em qualquer idade, é

importante cuidar da aparência. Neste sentido, Novaes (2000) corrobora com os dados encontrados nesta pesquisa. Pois, as informantes 01 e 03, com idade mais avançada parecem manter o investimento no auto-cuidado com a aparência.

4.2.2 Percepção do processo cirúrgico

A categoria cirurgia mostra a percepção da cirurgia no pós-cirúrgico. Todas as três informantes parecem perceber de forma saudável a sua recuperação e estado físico e percebem a cirurgia como ganho para a saúde em relação a sua qualidade de vida anterior a esta intervenção. Oliveira e Luz (2003 apud ISMAEL), afirmam que pode ocorrer casos em que os pacientes não consigam utilizar o *coping*⁴ ou estratégias de enfrentamento de maneira saudável, sendo assim, desenvolvem estratégias de enfrentamento disfuncionais para lidar com uma determinada situação. Conforme Zakir (2003), as estratégias de enfrentamento se instalam ao longo do desenvolvimento humano e variam de acordo com as respostas que o indivíduo dá nas situações que ele vivencia, ou seja, trata-se de uma série ampla de respostas e são acionadas em situações estressoras e isto pode mudar ou não o contexto.

Neste caso, estratégias de enfrentamento disfuncionais diante do adoecimento, pré, péri e pós cirúrgico, incluindo a alteração sofrida pela cicatriz em seu corpo que resulta em um sofrimento psíquico. O trecho anterior apresenta as fases do processo cirúrgico e que estratégias de enfrentamento disfuncionais o mesmo pode provocar, porém na presente pesquisa não foi possível identificar estratégias disfuncionais para enfrentamento em situações no pós-operatório relacionadas à imagem corporal. A seguir, algumas falas que representam a percepção do pós-operatório para cada uma das informantes:

“Eu queria dizer assim oh, que foi uma cirurgia muito grande que eu não esperava recupera tão depressa, né. E que pra mim é vida nova, né, desse meu repouso que eu tenho que fazer” (I01)

⁴ *Coping*: é um conceito retirado da psicologia cognitivo-comportamental que quer dizer estratégia de enfrentamento. Este conceito refere-se a comportamentos e pensamentos relacionados a enfrentamento de situações que são estressoras.

“Agora to me sentindo melhor né, porque antes eu tinha que anda um pouquinho e para né. Agora eu to caminhando mais sem para né” (I02)

“Então foi isso que me aconteceu, foi uma cirurgia muito séria. Pra alguns foi um milagre. Só Deus sabe graças a Deus. Mas to aqui” (I03)

A frase anterior confirma a seguinte citação: “(..) para quem opera o coração é sempre tudo ou nada” (OLIVEIRA E LUZ, 1992, p.253).

Percebe-se também que a informante 03 apresenta seu discurso muito atrelado à religiosidade, sendo esta uma estratégia de enfrentamento muito utilizada pela mesma durante a entrevista. Além disso, seu discurso mostra-se melhor elaborado, possivelmente pelo seu nível social e cultural que difere das outras duas informantes, provindas de uma classe social menos favorecida. Na sentença abaixo é possível observar o discurso de I03 atrelado à religiosidade, bem como um discurso mais rebuscado:

“Não querida, só quero dizer que agradeço à vida, à Deus, não fico dizendo, porque comigo??? Graças à Deus aconteceu e teve saída. Então não tem que reclamar de nada, só agradecer à Deus, aqui me trataram bem foi um spa (risos)” (I03)

4.2.3 Corpo e vaidade no cotidiano

Nesta categoria relacionada ao corpo e a vaidade que as mulheres apresentam no dia-a-dia, torna-se relevante notar que possivelmente a diferença que as mulheres apresentam com relação a este aspecto esteja ligada à rede social que possuem. Daí a importância do meio social, das atividades sociais que as mesmas desempenham, para a construção da imagem corporal.

Na pesquisa observou-se que a informante mais jovem (45 anos), porém com uma rede social mais limitada que as demais informantes demonstraram maior dificuldade de falar e cuidar do corpo, bem como das suas alterações decorrentes do procedimento cirúrgico (cicatrizes). Limitando-se apenas a respostas mais fechadas e ligadas a outras questões como retorno ao trabalho e referiu-se ao corpo como ferramenta de trabalho, diferente das outras duas, que conseguem falar do corpo e demonstrar um cuidado com a sua aparência.

Nesta categoria, devido à riqueza dos dados, optou-se por manter as falas das informantes na íntegra, para melhor compreensão da análise. A rede social, o nível cultural e a vaidade, foram questões observadas através da rotina de cada uma, que é evidenciada pelas respostas de cada uma das informantes, respectivamente abaixo:

O meu dia-a-dia em casa, eu so viúva a três anos. A minha rotina em casa é fazer meu serviço da casa, assim pra mim mesma, né, e vo p/ grupo de idoso, sou voluntária, né eu acompanho, eu tenho minhas colega que eu saiu p/ conversa, porque se agente ficar muito em casa, porque se agente fica em quatro paredes a solidão é muito triste né, conversa com quem né? Daí eu saiu conversa com as minhas colegas, levo uma vida normal. (I01).

Agora eu to encostada. Mas antes eu trabalhava em casa e trabalhava fora né. Levantava seis e meia, tinha deixa café pras crianças. As vezes lavava alguma roupa e pendurava, pra ir trabalhar né. Daí de tarde chegava limpava a casa né, fazia janta e deixava almoço p/ as crianças. Essa era minha rotina do dia. Eu não gosto de sair em festa! (I02).

Hoje? É que eu já tive uma vida muito estressante, muito, muito estressante, já trabalhei muito, já viajei. Mas hoje a minha vida é tranqüila..por isso que eu perguntei se vocês tinham estudado no colégio catarinense, porque eu tenha uma papelaria no colégio catarinense, porque meu marido foi funcionário durante 36 anos e diretor por 26. Então como eu estava com duas funcionarias, tava com uma vida bem mais tranqüila e chego no inicio do ano ele também se aposentou..então eu tava assim numa vida tranqüila, eu tava planejando a minha aposentadoria, quando aconteceu este estes imprevistos todos. Mas é a vida da gente é uma coisa assim nada é ao acaso. Porque meu marido quando era diretor trabalhava até o final da noite, aí quando ele se aposentou, ele começou a me ajudar, começou a se inteirar no meu trabalho. Aí m eu organismo disse ah é então agora se entrega. Então foi assim.(não da pra entender). Então daqui pra gente ele já está me proibindo, mas eu não quero larga mão de tudo, porque trabalhei uma vida toda, me dediquei. Eu trabalhei desde os 5, 6 anos, por que meu pai tinha negócio, agente já ajudava meu pai, então eu não posso agora voltar na minha casa e ficar sentadinha. Mas eu já estava passando pra meio expediente. Então eu fico meio expediente, ele assume. Isso é bom. (I03).

Nas frases anteriores que relatam a rotina de cada informante é possível inferir como ocorre o auto-cuidado para cada uma delas, como também são suas atividades diárias e qual a contribuição de fatores como o nível sócio-econômico e o meio social para a construção de uma imagem corporal satisfatória. Percebe-se através do discurso das mesmas que talvez I01 e I03 possivelmente apresentam maior preocupação para com a aparência. Sendo assim, infere-se que as duas não apresentam imagem corporal negativa, como também outras características relacionadas a esta.

Já a I02 não demonstra claramente em seu relato baixa auto-estima e insatisfação com a imagem corporal. Portanto, é presunçoso afirmar que I02 apresente imagem corporal negativa. Novamente Castilho (2001) para contribuição do respaldo teórico desta pesquisa, afirma que a imagem corporal negativa (insatisfação com a imagem) pode ter algumas características, como baixa auto-estima, dificuldade na esfera social, sentimentos de inadequação, dentre outros.

Para enriquecer a discussão teórica, Romano (2003) afirma que o paciente que passa pela cirurgia coronariana, passa também por mudanças de auto-percepção e conseqüente de imagem após a cirurgia. Porém, é válido lembrar que é possível não ocorrer a correspondência da mudança de imagem corporal concomitantemente à mudança corporal. Nesse sentido, Romano (2003) cita que psicologicamente pode haver uma discrepância entre a auto-percepção e realidade, afetando assim a imagem corporal.

Do ponto de vista psicológico há um desequilíbrio na auto-percepção e conseqüentemente da imagem corporal e na auto-estima do paciente. A auto-percepção significa uma mudança na auto-imagem, incluindo pensamentos e sentimentos que o eu tem ao observar seu próprio corpo. Algumas áreas da imagem corporal são especificamente mobilizadas por este tipo de cirurgia: distribuição de pêlos, peito, pernas, além das outras manipulações, como sondas, injeções, coletas de materiais e trocas de curativos. As mudanças na aparência do corpo, suas funções, que ocorrem durante o processo de revascularização, necessitam mudanças no comportamento para adaptar-se a nova situação. (ROMANO, 2001, p. 17).

Para demonstrar como as informantes agiram com a alteração do corpo e a imagem corporal, falar-se-á agora sobre as estratégias de enfrentamento usadas pelas mesmas. Estratégias que representam a forma como as pessoas se comportam frente as situações.

Como estratégia de enfrentamento todas as informantes demonstraram enfrentar o problema objetivamente, pois as mesmas falam da cicatriz e não relatam nenhum sentimento negativo pela mesma. O *coping* ou mecanismos de enfrentamento, segundo Zakir (2003), se instala ao longo do desenvolvimento humano e varia de acordo com as respostas que o indivíduo dá nas situações que ele vivencia. Trata-se de uma série ampla de respostas e são acionadas em situações estressoras e isto pode mudar ou não o contexto.

Zakir (2003), afirma que é possível separar a forma de mecanismos de enfrentamento por gênero e idade. Os homens utilizam mais estratégias de enfrentamento focadas no problema e as mulheres na emoção.

Ainda, encontrado na literatura outros autores que compartilham da mesma idéia, segundo Koegh e Herdenfeldt (2002 apud CALAIS, 2003), que as mulheres utilizam estratégias muito mais focadas na emoção do que os homens e, além disso, suas respostas frente ao stress em geral são mais negativas em relação aos homens, ou seja, disfuncionais.

Neste sentido, conforme a citação acima que suscita maior utilização de estratégias de enfrentamento das mulheres focadas na emoção. Porém, parece que as informantes da presente pesquisa apresentaram o contrário, ou seja, estratégias de enfrentamento centradas no problema. Falar das questões que a cirurgia acarretou no seu corpo e imagem, é colocado pelas informantes de maneira objetiva, pois as três conseguem falar do significado da cirurgia e da cicatriz, cada qual com suas peculiaridades e significações:

“Ele fico meio estragadinho. Eu do graças a Deus por estar toda cortadinha, mas estar aqui. Pra mim é muito importante. Então espero que a minha cicatrização seja muito breve porque eu tenho facilidade de cicatrização.” (I03)

Baseado na análise realizada acima, os autores Jalowiec; Powers (1984 apud CAPSIANO, 1992) em sua classificação apresentada anteriormente no referencial teórico deste estudo, sobre as principais estratégias de enfrentamento frente ao estresse, demonstram que falar sobre o problema constitui numa estratégia de enfrentamento focada no problema.

Em síntese, foi possível observar que a estratégia de enfrentamento que surgiu em comum entre as três informantes, foi falar sobre o problema. Porém, a I03 trouxe como estratégia de enfrentamento a religiosidade também, como enfrentamento deste processo e atribui a sua recuperação à um milagre.

Para finalizar, infere-se dentre outros resultados desta pesquisa, o quão importante é o olhar do outro na construção e modificação da imagem corporal, reforçando uma determinada maneira de posicionar-se no mundo.

Um corpo é, necessariamente, um corpo entre corpos. [...] A palavra “ego” não tem sentido quando não existe um ‘tu’ [...]. Interessamo-nos tanto por nossa integridade quanto pela dos outros [...]. Não há imagem corporal sem personalidade. Mas o desenvolvimento pleno da personalidade do outro e de seus valores só é possível através do corpo e da imagem corporal. (TAVARES, 2003 apud SCHILDER, 1994, p. 243-4).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados encontrados na pesquisa demonstram três diferentes maneiras de percepção da imagem corporal no pós-operatório da cirurgia coronariana, pois trata-se de uma pesquisa que foi realizada com três pacientes coronariopatas que tiveram a sua primeira experiência de cirurgia coronariana. As três informantes são mulheres de distintas faixas-etárias, formação educacional e nível socioeconômico, que estavam realizando a sua primeira cirurgia coronariana. No entanto, após a verificação dos dados e a descrição dos resultados, percebeu-se que características como idade, formação educacional e nível socioeconômico é que possibilitaram os diferentes resultados que foram obtidos com as entrevistadas.

As três informantes conseguiram expressar através do relato o seu significado de imagem corporal e as alterações sofridas devido às alterações no corpo resultantes do procedimento cirúrgico. Portanto, inferiu-se que as mesmas conseguiram utilizar-se de estratégias de enfrentamento saudáveis, falando do problema.

Os dados mostram que os fatores primordiais que contribuíram para os diferentes resultados foram possivelmente o nível socioeconômico e o círculo social apresentados pelas informantes. E, ao contrário do que se previa antes da realização da pesquisa de campo, a idade é uma variável que apresenta influência na diferença de cada informante sobre a forma de falar e perceber o seu corpo, assim como de cuidá-lo. Pois as duas informantes de idade mais avançada (60 e 63 anos), apesar de possuírem nível educacional e socioeconômico diferentes, conseguem demonstrar através do seu relato um auto-cuidado maior e preocupação com a aparência do que a informante mais jovem (45 anos).

Neste sentido, o que pareceu contribuir bastante para o auto-cuidado e preocupação com imagem corporal foi o círculo social relatado por meio da descrição de suas rotinas diárias. Nestas falas, elas relataram sobre o seu dia-a-dia, bem como sobre as pessoas que mantinham vínculo afetivo, se tinham ou não atividades de lazer, dentre outras questões. Por isso, foi importante conhecer um pouco da rotina das informantes, pois estas respostas deram respaldo para encontrar os resultados desta pesquisa.

Além disso, verificou-se três diferentes significados da imagem corporal após a cirurgia coronariana. Duas das entrevistadas I02 e I03 falaram da cicatriz como marca de sobrevivência e afirmaram que ter sobrevivido é mais importante do que as marcas que adquiriram. Porém, a entrevistada I02 trouxe um discurso mais rebuscado, isto deve-se possivelmente ao seu nível educacional, pois a mesma é a única que tem curso superior, além de relatar que viaja e conhece outras culturas. Apresenta um discurso embasado na religiosidade e utiliza-se deste como estratégia de enfrentamento. Já I02 tem um nível educacional menos elevado, possuindo apenas o primeiro grau e, além disso, relatou que não gosta de sair, trabalhando como zeladora.

Já I01 assemelha-se com I03 na faixa-etária, pois tem 60 anos e apesar de ser viúva, possui atividades de lazer, gosta de sair e relatou gostar de cuidar do corpo que em outrora teve medo que as marcas das cicatrizes de outra cirurgia realizada anteriormente poderiam vir a ser um problema para a sua imagem. Assim, a impedindo de realizar determinadas atividades, como ir à praia, conforme seu relato. Porém, como sua cicatrização foi saudável, a mesma constatou que não teria problemas com as marcas corporais resultantes da cirurgia coronariana. A entrevistada I01 consegue diferenciar seu discurso das demais, falando das cicatrizes e remetendo-se às mesmas num sentido mais estético e não como sinal de sobrevivência, conforme as outras duas informantes relataram.

Percebeu-se o quanto é importante o meio social para a construção da imagem corporal, bem como a identidade como um todo, confirmado pelo referencial teórico apresentado.

Conforme já mencionado, esta pesquisa possibilitou encontrar alguns resultados que contribuíram para entender a relação com a imagem corporal que as pacientes que passam pela cirurgia coronariana apresentam, tendo como um dos resultados as alterações do corpo. Porém, devido alguns percalços como o curto espaço de tempo para realização das entrevistas e as rotinas institucionais do local onde foi realizada a coleta de dados, não foi possível entrevistar um número maior de mulheres, o que poderia acrescentar e enriquecer esta pesquisa.

Este trabalho, que se trata de um fenômeno psicológico encontrado no hospital, pode proporcionar conhecimentos principalmente para os profissionais psicólogos que atuam no campo hospitalar, pois permitiu um conhecimento novo e

desta forma poderá instigar os mesmos a dar suporte para os sujeitos que passam por conflitos relativos à imagem corporal no pós-cirúrgico de cirurgia coronariana.

Sugere-se também a realização de uma pesquisa que verifique o significado da imagem corporal de homens que passam por este tipo de cirurgia, assim como realizar o estudo com um número maior de participantes, fazendo um comparativo de gênero. Outra sugestão pode ser realizar uma pesquisa com pacientes que já retomaram suas rotinas de vida, com um tempo mínimo de 6 (seis) meses após a cirurgia, para observar a ocorrência de fato de mudança em algumas atividades devido a alteração no corpo, e se há alteração na imagem corporal, bem como quais estratégias de enfrentamento são utilizadas por estes sujeitos no pós-operatório tardio, possibilitando um aprofundamento da compreensão de como a cicatriz cirúrgica interfere na vida dos pacientes submetidos a este processo, em que mesmo com o passar do tempo, o coração deixa as suas marcas no corpo...

REFERÊNCIAS

CALAIS, Sandra Leal. Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao stress. In: LIPP, Marilda Emmanuel Novaes e Cols (Org.). Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CAMPOS, Eugenio P. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In: MELLO, Julio de (Org.). Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. cap. 22, p. 234-252.

CAPSIANO, Francisco H. Imagem Corporal. In: MELLO, Julio de (Org.). Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. cap. 22, p. 179-192.

CASTILHO, Simone M. A Imagem Corporal. Santo André: ESTEc Editores Associados, 2001.

CECIL, Russel L., M.D. Medicina Interna Básica. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GIL, Antonio C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 3 ed. São Paulo: Ed. Atlas, 1991.

HOSPITAL do coração. Disponível em:

<http://www.hcor.com.br/index.asp?Fuseaction=Conteudo&idioma=1&Menu=12,29,159,0&ParentID=159> Acesso em: 15 de abr. 2008

ISMAEL, Sílvia M.C (Org). A prática psicológica e sua interface com as doenças. São Paulo: Casa dos Psicólogos, 2005.

LORENCETTI, A.; SIMONETTI, AP. As estratégias de enfrentamento de pacientes durante o tratamento de radioterapia. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro; 13(6): 944-50.

MINAYO, Maria Cecília de. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa. 7 ed. São Paulo: Ed. Hucitec Abrasco; Rio de Janeiro:, 2000.

NOVAES, Maria H. Psicologia da terceira idade: Conquistas possíveis e rupturas necessárias. Construção de trajetória da vida na terceira idade, p.35-6. Rio de Janeiro: Ed. NAU, 2000.

NEVES, Eliany Moreira Lima; et. al. In: GUILHARDI (Org). Sobre comportamento e cognição: estratégias de Enfrentamento em pacientes com câncer. São Paulo: Ed. ESTEc.

OLIVEIRA, Maria de Fátima Praça de; LUZ, Protásio Lemos da. O impacto da cirurgia cardíaca. In: MELLO, Julio de. (Org.). Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. cap. 23, p. 253-258.

PEDROLO, Flavia Tatiana; ZAGO Márcia Maria Fontão. A Imagem Corporal alterada do laringectomizado: Resignação com a condição. Revista Brasileira de Cancerologia, 2000 46(4): 407-15. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v04/pdf/artigo6.pdf. Acesso em: 23 mar. 2008

PEIXOTO, Cristiane do N. Estratégias de Enfrentamento de Estressores Ocupacionais em Professores Universitários. **Dissertação de Mestrado**. 2004. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Florianópolis.

RAGAZONI; et al. A atuação da Psicologia Clínica hospitalar em cardiologia. In: ISMAEL, Sílvia M.C (Org). A prática psicológica e sua interface com as doenças. São Paulo: Casa dos Psicólogos, 2005.

ROMANO, Bellkiss Wilma. Alterações neurológicas, cognitivas e psicológicas decorrentes da cirurgia cardíaca. In: _____. Psicologia e Cardiologia: Encontros Possíveis. São Paulo: Casa dos Psicólogos, 2001, p. 77-92.

_____. Aspectos psicológicos e sua importância na cirurgia das coronárias. In: _____. Psicologia e Cardiologia: Encontros Possíveis. São Paulo: Casa dos Psicólogos, 2001, p. 111-144.

SCHILDER, Paul. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SEIDL, Eliane M. F.; TRÓCCOLI, Bartholomeu T.; ZANNON, Célia M. L. da Costa. Análise Fatorial de uma medida de Estratégias de Enfrentamento. Ver. Psicologia teoria. Set-Dez. 2001. Vol. 17 n3. pp. 225-234

TAVARES, Maria da C. G. C. F. Imagem Corporal: Conceito e desenvolvimento. São Paulo. Ed. Manole, 2003.

WOLF, Naomi. O Mito da Beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.

ZAKIR, Norma San'Ana. Mecanismos de Coping. In: LIPP, Maria Helena Novaes. Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: teoria e aplicações técnicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. cap. 14, p. 93-98.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista

- 1) O que você está sentindo em relação ao seu corpo agora, após a cirurgia?
- 2) Como você está percebendo a(s) suas(s) cicatriz(es)? E o seu corpo?
- 3) Você acha que mudará algo em sua rotina de vida (atividades cotidianas, sociais, de lazer, etc...) após a cirurgia devido a cicatriz?
- 4) Caso sim, o que especificamente mudaria?
- 5) Existe algo que você queira falar sobre algo que não foi perguntado sobre a cirurgia e o seu corpo?

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa cujo tema é “O significado que pacientes coronariopatas atribuem à imagem corporal no pós-operatório imediato de cirurgia coronariana e as possíveis estratégias de enfrentamento adotadas por eles diante da alteração corporal resultante da intervenção cirúrgica”. Estou ciente de que a pesquisa será realizada obedecendo aos seguintes critérios:

- a- O tempo de realização das entrevistas será de 40 a 50 minutos;
- b- O horário para a realização das entrevistas, será combinado com os participantes, considerando a disponibilidade dos mesmos e será agendada pelo próprio pesquisador com antecedência;
- c- Para o armazenamento das informações, a entrevista será gravada com a permissão do participante e posteriormente transcritas para que se possa garantir o registro de todas as falas do paciente. Para o tratamento e análise das falas, serão feitos, após a realização das entrevistas, quadros com os questionamentos dela surgidos. A análise de conteúdo será feita através da descrição das falas do paciente, com o intuito de concluir o conhecimento produzido;
- d- A pesquisa será realizada no Hospital de Caridade, em uma enfermaria específica da cardiologia (Bernadete), mais precisamente no quarto do paciente;
- e- Os instrumentos utilizados para a coleta de dados serão o guia da entrevista semi-estruturada, previamente elaborado e o gravador de voz;
- f- Pelo fato de a pesquisa acontecer dentro do hospital, a pesquisadora estará vestida de acordo com as normas do mesmo, com um jaleco branco e sapatos fechados.

Os riscos e desconfortos apresentados pela pesquisa são mínimos, porém no caso de haver desconforto emocional durante a entrevista, terei direito a interromper a entrevista e receber atendimento psicológico.

Estarei contribuindo para a produção de conhecimento científico sobre o significado que pacientes coronariopatas atribuem à imagem corporal no pós-operatório imediato de cirurgia coronariana e as possíveis estratégias de enfrentamento adotadas por eles diante da alteração corporal resultante da intervenção cirúrgica. Este conhecimento poderá ser útil na atuação de profissionais psicólogos e o restante da equipe de saúde responsável por estes perfil de pacientes da área hospitalar.

Estou ciente que durante os procedimentos práticos deste estudo serei acompanhado pela pesquisadora.

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi, de forma clara e objetiva, todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Eu compreendo que neste estudo as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim. E que poderei ter acesso as informações da pesquisa a qualquer momento.

Declaro que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso: _____

RG: _____

Local e data: _____

Assinatura: _____

PESSOAS PARA CONTATO:

PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Alessandra d'Avila Scherer

ALUNA RESPONSÁVEL:

Patrícia Watthier de Abreu

NÚMERO DO TELEFONE:

(48) 9156-8008

NÚMERO DO TELEFONE:

(48) 8822-8580

ENDEREÇO:

Rua Antonio Schroeder, n.º103
Apartamento 302.
Barreiros – São José

ENDEREÇO:

Rua Eliseu di Bernardi, 584
Apto 01
Campinas – São José

ANEXO B – Termo de Consentimento para Gravações de Voz



UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL
CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÕES DE VOZ

Eu _____
permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha gravação de
minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa
possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou
periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto
quanto possível, por nome ou qualquer outra forma.

As gravações de voz ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores
pertinentes ao estudo e sob sua guarda.

Nome do sujeito da pesquisa e/ou paciente: _____

RG: _____

Endereço: _____

Assinatura: _____

Equipe de pesquisadores:

Instituição de Ensino: Universidade do Sul de Santa Catarina – Fone: (48) 3321-
3000

Professora: Alessandra d'Avila Scherer - Fone: (48) 9156-8008

Aluna: Patrícia Watthier de Abreu - Fone: (48) 8822-8580

Data e Local onde será realizado o projeto:

Florianópolis, _____

Adaptado de: Hospital de Clínicas de Porto Alegre / UFRGS