

## “Manifestos do Coração”: Significados Atribuídos à Doença por Pacientes Cardíacos Pré-cirúrgicos<sup>1</sup>

Shana Hastenpflug Wottrich<sup>2</sup>  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Alberto Manuel Quintana  
Valéri Pereira Camargo  
Carmem Lúcia Colomé Beck  
Universidade Federal de Santa Maria

**RESUMO** - Este estudo objetivou explorar os significados atribuídos à doença cardíaca por pacientes cardíacos pré-cirúrgicos em tratamento ambulatorial no sul do Brasil. É um estudo clínico-qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, cuja coleta de dados aconteceu por meio de entrevistas semiestruturadas e da autofotografia, propostas a 15 indivíduos. Foi realizada análise de conteúdo temática, emergindo as categorias: Confrontação com a doença: os saberes em questão, Negação da doença, Doença e trabalho e Sexualidade rompida. Os resultados destacaram as dificuldades dos participantes relacionadas à apropriação do quadro da doença e à aceitação dessa condição. Salienta-se a premência de ações de saúde, que possam ser coadjuvantes na reestruturação das possibilidades de vida para os pacientes cardíacos pré-cirúrgicos.

**Palavras-chave:** psicologia da saúde, coração, doenças cardiovasculares, pacientes cardíacos pré-cirúrgicos

## “Manifestations of the Heart”: Meanings Attributed to the Disease by Pre-surgical Cardiac Patients

**ABSTRACT** - This study aimed to explore the meanings attributed to the cardiac disease by pre-surgical outpatients in the South of Brazil. It is a clinical and qualitative study, characterized as exploratory and descriptive. Data was collected through semi-structured interviews and auto-photography, proposed to 15 individuals. The use of thematic analysis resulted in the following categories which emerged: Confrontation with the disease: questioning existing knowledge, denial of the disease, disease and work, and ruptured sexuality. Results highlighted difficulties of the participants in regards to the appropriation of the disease condition as well as its acceptance. This result points out the need for health care actions that may help cardiac pre-surgical patients to restructure their possibilities of life.

**Keywords:** health psychology, heart, cardiovascular diseases, cardiac pre-surgical patients

Considera-se que o coração, como órgão, tem conotações e implicações afetivas que ultrapassam a sua função anatômica (Oliveira, 2008). Nesse âmbito, a vinculação entre as áreas de psicologia e de cardiologia traz uma perspectiva a respeito do corpo que aborda o homem em sua singularidade, na medida em que conflitos, sentimentos, dúvidas e receios emergem de suas experiências (Zaher, 2008).

Os indivíduos, em geral, compreendem as doenças com base no mundo simbólico que os circunda, ou seja, a representação de saúde e de doença revela uma articulação com a dimensão social (Ferreira, 1994; Helman, 2009; Minayo, 2010). Para o doente, o reconhecimento da doença diz respeito às construções sociais acerca do adoecimento, sendo que as capacidades de pensar e expressar as mensagens corporais estão sempre arraigadas a determinadas interpretações da realidade (Ferreira, 1995). Tais interpretações, segundo Reis e Fradique (2010),

representam a dimensão social dos significados atribuídos à doença, que se juntam às dimensões biológica, psicológica e biopsicossocial, configurando um complexo campo de inter-relações para o entendimento da doença.

Nesse contexto, o processo de percepção de sintomas da doença cardíaca é complexo, na medida em que pode não haver relação direta de tais sintomas com a patologia em si. Estudo de Brink, Karlson e Hallberg (2002), a respeito desta temática, referiu a existência de diferenças individuais concernentes à atenção que cada um tem sobre seu estado interno. É digno de nota que, na pesquisa mencionada, o relato de sintomas da doença cardíaca envolveu vários componentes, dentre eles: sinalizações do corpo, fatores psicológicos e fatores situacionais. Além disso, os sintomas da doença associam-se a questões de ordem emocional, ou seja, tanto emoções positivas, quanto negativas, podem ser consideradas pelos sujeitos como vinculadas ao comprometimento da saúde do coração (Bonomo & Araújo, 2009).

Outro estudo também atribuiu a existência de um descompasso entre o autorrelato de sintomas, a significação da gravidade da doença e as medidas objetivas da mesma, que pode ser explicado parcialmente pelo fato de a doença cardíaca ser, com frequência, uma doença silenciosa (Hirani,

1 Apoio: CAPES

2 Endereço para correspondência: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade, Campus Universitário, Trindade, Florianópolis, SC, Brasil. CEP: 88.040-500. E-mail: shana.wottrich@gmail.com

Pugsley, & Newman, 2006). Dessa forma, quando os sintomas ocorrem, há um período de choque psicológico, em que a resposta imediata pode ser a negação (Morse, 2000). Tal mecanismo de defesa aparece, face à doença cardíaca, vinculado à angústia de morte. Se a negação for acentuada e permanente ao longo do tempo, pode ser compreendida como subordinada a uma atitude de onipotência e desejo de domínio da realidade (Romano, 2001).

O paciente, muitas vezes, acaba atuando por intermédio de uma atitude de “concorrência” com a realidade, boicotando o tratamento e a sua recuperação (Ongaro, 2002).

Considerando-se o contexto descrito, destacam-se algumas experiências que podem ser vivenciadas como limitantes e gerar ansiedade ao longo do processo de adoecimento. Comumente, tais vivências de dificuldades são relacionadas ao desempenho sexual e limitações para a execução de atividades laborais.

As limitações expostas pelos pacientes em relação ao exercício da atividade sexual são apontadas como relevantes nos estudos encontrados (Albanesi Filho, 2000; Friedman, 2000; Silva, 2007; Vacanti & Caramelli, 2005), havendo relatos de uma redução significativa da atividade sexual após o adoecimento cardíaco (Vacanti & Caramelli, 2005). Esse cenário pode ser fruto de disfunções orgânicas reais e concretas, proporcionadas pelo adoecimento do coração. Nesse sentido, a impotência e a diminuição da libido são problemáticas comuns diante do quadro da doença (Albanesi Filho, 2000).

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

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

Salienta-se, ainda, que a relação dos sujeitos doentes com o trabalho parece ficar prejudicada ao longo do processo de vivência da doença. Culturalmente, para a população trabalhadora, a incapacidade para exercer atividades laborais coloca-se como pressuposto para o reconhecimento da doença (Minayo, 2010). O trabalho, em tal contexto, tem um valor social significativo, na medida em que o corpo é fonte de subsistência. Principalmente para os homens de classes populares, a aptidão para o trabalho é concebida como elemento que representa a própria identidade pessoal e social (Bazon, 2000). A incapacidade para essa incumbência, dessa forma, pode trazer sentimentos de desintegração social (Minayo, 2010) e perda identitária (Enriquez, 1999),

na medida em que o trabalho é o meio pelo qual o sujeito tem o seu reconhecimento (Enriquez, 1999; Jacques, 1996; Minayo, 2010).

Diante dessas sinalizações do corpo, estudo de Brink et al. (2002) relatou que parte dos pacientes teve dificuldade de identificar a problemática cardíaca, ou seja, articular os sintomas com o diagnóstico da patologia. Por outro lado, para alguns dos sujeitos estudados, houve atraso na busca por atendimento, visto que a percepção da doença específica que originou os sintomas ocorreu de forma limitada. Muitos pacientes relataram sentimento de espanto diante da constatação da doença cardíaca, uma vez que estava muito presente a ilusão de invulnerabilidade.

Pareceu haver ainda uma postura de defesa com relação à aceitação da sintomática, pois algumas pessoas desconsideraram a seriedade de seus sintomas (Bergvik, Sørli, & Wynn, 2010; Brink et al., 2002), o que remete à presença de um forte sentimento de onipotência. Alguns pacientes do estudo de Brink et al. (2002), ainda, mencionaram que a busca por cuidados médicos nem sempre foi decisão sua, mas, frequentemente, esteve vinculada à decisão de um familiar. Nesse sentido, muitas vezes, o paciente relatou ter sido forçado por outra pessoa a agir e a não negar a realidade. Assim, o contexto da doença, frequentemente, traz para a vida do enfermo um aspecto de fragilização, pois não coloca apenas a ameaça de morte real, mas também pode causar várias perdas que acarretam experiências de “mortes simbólicas” (D’Amato, 2008). Essas vivências mostram-se vinculadas às perdas da autonomia e do controle sobre as situações, às restrições alimentares e ao impedimento do desempenho da profissão (Campos, 1992; D’Amato, 2008). Ainda, podem ser consideradas pelos indivíduos como perdas irreparáveis, já que a doença cardíaca não é um quadro de saúde intermitente, mas crônico (D’Amato, 2008), podendo gerar sentimentos de ansiedade, raiva e medo (Campos, 1992).

Em consonância com os dados apresentados, fica claro que a compreensão da experiência da doença cardíaca implica a consideração dos significados atribuídos à experiência pelos sujeitos que a vivenciam. Tais significados influenciam a forma como o indivíduo pensa e age em relação a ela (Minayo, 2010), devendo, portanto, ser considerados no planejamento de ações em saúde. Por significados, entende-se o “querer-dizer” do fenômeno para o sujeito, na sua perspectiva e entendimento, levando em conta aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais (Turato, 2008). No marco dessa compreensão, este artigo traz alguns resultados oriundos de uma pesquisa que teve como objetivo principal explorar os significados atribuídos à doença cardíaca por pacientes pré-cirúrgicos.

## Método

### Delineamento

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

## **Participantes**

Participaram deste estudo 15 pacientes pré-cirúrgicos cardíacos, nove homens e seis mulheres, cujas idades variaram de 47 a 73 anos. Tais pacientes tinham indicação para a cirurgia em período não superior a seis meses a partir da data do contato. Foram excluídos do estudo os pacientes menores de 18 anos, que não residiam na cidade onde ocorreu o estudo e que, em função de problemas físicos, não podiam falar. O número de entrevistados foi concebido segundo o critério de saturação da amostra (Minayo, 2010).

## **Técnicas e Procedimentos de Coleta de Dados**

A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas e da autofotografia. A entrevista semiestruturada, conforme as orientações de Minayo (2010), constou de eixos norteadores sobre os quais os participantes foram convidados a falar, com base em suas experiências: o diagnóstico da doença, a indicação cirúrgica, o paciente antes da cirurgia, sexualidade e expectativas diante da cirurgia. Tais eixos, conforme as orientações de Turato (2008), não se configuraram como perguntas, mas, sim, como pontos que deviam ser abordados pelo entrevistado.

Nesse sentido, ao apresentar a pesquisa, o entrevistador solicitou ao respondente que falasse sobre a sua experiência relacionada ao adoecimento de forma geral. Caso o entrevistado não abordasse os eixos anteriormente descritos especificamente, o pesquisador solicitava que assim o fizesse. Tal formato de entrevista trata-se de uma abordagem que prioriza a relação entre entrevistador e entrevistado, tornando o momento de coleta de dados o menos formal possível.

Os prováveis participantes foram abordados pelo pesquisador antes ou depois de consultas médicas ambulatoriais em um hospital universitário de referência no interior do Rio Grande do Sul, com a mediação da equipe médica, e convidados a participarem das duas etapas previstas na coleta de dados da pesquisa. Mediante a aceitação do convite, o primeiro momento (a entrevista inicial) aconteceu em local mais apropriado para os interesses do participante. A aceitação da participação na primeira etapa da pesquisa não implicava necessariamente a participação na segunda. Foi solicitado consentimento verbal e escrito dos participantes, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Após a entrevista inicial, os participantes que aceitaram participar da segunda etapa da pesquisa receberam uma máquina fotográfica analógica, com filme de 12 poses, pertencente ao pesquisador. Foi solicitado que retratassem objetos, pessoas e/ou lugares que remetesse à sua realidade atual, caracterizando, assim, a técnica da autofotografia (Neiva-Silva & Koller, 2002).

A fotografia aqui é entendida como um instrumento de autorrepresentação (Tacca, 1991), que facilita o desencadeamento de evocação de memórias que não podem ser lembradas espontaneamente (Loizos, 2008). Após terem sido tiradas as fotos, a máquina foi devolvida ao pesquisador e as imagens foram reveladas por ele. A partir daí, uma segunda entrevista foi agendada para que se pudesse abordar o

conteúdo das fotos, buscando, com isso, maior profundidade de conteúdo do material (Neiva-Silva & Koller, 2002). Todas as entrevistas realizadas foram gravadas, e, posteriormente, transcritas. Dos 15 participantes da pesquisa, seis aceitaram participar da atividade de produção de imagens.

## **Procedimentos de Análise dos Dados**

As falas oriundas das entrevistas, com e sem as fotos, foram categorizadas tendo como referência a análise de conteúdo temática (Bardin, 1977/2008; Minayo, 2010; Turato, 2008) buscando resgatar os temas abordados de forma expressa e latente (Turato, 2008). A análise do conteúdo das fotos seguiu alguns elementos do roteiro proposto por Tacca (1991), em que foi considerada a valoração dos participantes, fotografia por fotografia, elemento por elemento fotografado, indivíduo a indivíduo. Assim, realizou-se o estudo complementar do conteúdo das falas e das imagens (Joly, 2008), de forma que algumas categorias contemplaram apenas as falas, e outras categorias partiram da análise do conteúdo tanto das falas, quanto das imagens.

## **Considerações e Aspectos Éticos**

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

## **Resultados e Discussão**

Com base nos dados provenientes da coleta de dados, emergiram algumas categorias que retratam os significados atribuídos pelos pacientes cardíacos no processo de adoecimento.

### **Confrontação com a Doença: os Saberes em Questão**

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

mediante os parâmetros do saber popular, dos significados atribuídos ao uso dos próprios corpos pelos participantes. Nesse contexto de ruptura, portanto, quem nomeia a doença parece ser, em geral, um médico balizado em resultados de exames.

As falas a seguir elucidam esta categoria:

*Na hora que eu saí do cateterismo, que ele [o médico] chegou e me falou aquilo ali [doença cardíaca]. (M4, 68 anos)*

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

*Então, o que tá acusando são os aparelhos. Nenhum médico atesta. Nenhum médico que é formado não atesta. Eu que sou leigo, não posso também. Não estou sentindo nada ao contrário, que eu diga que seja ou não seja. (M7, 71 anos)*

Dessa forma, a confrontação com a doença parece acontecer de forma ambivalente. Não há nenhuma marca evidente no corpo que indique a problemática, de maneira que é necessário, para que o paciente se aproprie do quadro que vivencia, que ele acredite no relato de outra pessoa, em exames e recursos tecnológicos. Tal cenário parece evidenciar uma situação de extrema impotência e de desapropriação de seu próprio corpo.

O indivíduo é destituído do lugar daquele que pode falar de si mesmo e nomear a sua problemática, podendo iniciar, assim, um processo de despersonalização. Esse processo diz respeito a uma espécie de desestruturação subjetiva, em que o doente é colocado em situação passiva frente aos fatos e perspectivas existenciais, deixando de ter significado próprio para representar a si mesmo baseado em diagnósticos e procedimentos médicos (Angerami-Camon, 2006; Botega, 2006).

### Negação da Doença

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

Os fragmentos a seguir ilustram esta categoria:

*Sempre fui de boa saúde. Quando disseram que era do coração (doença) até achei que era brincadeira [...] Nada, nada me atinge na vida. Me atingiu agora essa, que ainda tenho as minhas dívidas. (M7, 71 anos)*

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

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

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

*Assim como antes, não mudou nada. Como eu te disse, eu esqueço que estou doente do coração. (F3, 68 anos)*

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

### Doença e Trabalho

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

*Eu sou sozinho, eu e ela [esposa]. Então, tenho que me virar pra dar sustento pros meus dois filhos e eu e a esposa também.*

*Então, você caiu doente, você não é nada mais. (M1, 48 anos)*

Cinco dos participantes que aceitaram realizar a segunda parte da pesquisa por meio da autofotografia (M1, M4, M7, M9 e F5), registraram em imagens atividades de trabalho ou cotidianas que não mais podiam realizar em função das condições de saúde. Inclusive, um dos participantes (M9) registrou, na sequência de fotos, todo o processo envolvido em seu local de trabalho prévio ao adoecimento. Alguns registros são exemplificados nas Figuras 1, 2 e 3.

A Figura 1 traz uma das produções de M1, de 48 anos. Trata-se de uma área que costumava manter limpa. Nota-se que a composição e o enquadramento da imagem colocam como aspecto central o mato, que toma conta do espaço das construções. A fala do entrevistado complementa a compreensão da imagem:

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

A Figura 2 retrata como aspecto central um televisor, mencionado pela participante F5, de 71 anos, como o entretenimento que tem, mediante a impossibilidade de

desempenhar outras atividades em função do adoecimento. A Figura 3 foi produzida por M9, de 57 anos. Trata-se de uma das seis imagens que mostra o trabalho desempenhado por ele antes do adoecimento. Exibe, como figura central,



Figura 1. Produção fotográfica de M1, 48 anos.



Figura 2 Produção fotográfica de F5, 71 anos



Figura 3 Produção fotográfica de M9, 57 anos

um senhor trazendo um carregamento que ocupa quase toda a imagem. Uma das questões simbólicas que pode ser considerada segundo a composição da imagem é que o indivíduo que figura nela mostra-se praticamente excluído da imagem. O que vigora de mais central nela é o que ele carrega, ou seja, elemento que pode remeter à importância do trabalho na construção da subjetividade do participante. Tal entendimento é ratificado pelas verbalizações do sujeito na entrevista, que enfatizaram a relação dele com o seu trabalho.

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

Estes fragmentos ilustram essa questão:

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

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

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

### Sexualidade Rompida

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

Alguns pacientes assim se manifestaram:

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

Os sentimentos subjacentes à fala acima transcrita evidenciaram-se na medida em que o relato surgiu baseado em uma das fotografias produzidas pelo participante. Um aspecto central da imagem é o rosto do paciente. A cabeceira da cama em que dorme, separado da esposa, aparece apenas como pano de fundo. Tal imagem dá vazão ao relato acima

exposto, evidenciando a importância da vivência da limitação nessa esfera. Para manter o caráter sigiloso e o compromisso ético com o paciente, optou-se por apenas descrever tal imagem, entendendo que a sua divulgação implicaria em uma ruptura com o anonimato.

*Claro que o medicamento também atrapalha. O medicamento é muito forte. Quando tomo esses remédios, principalmente pela parte da manhã [...] Aquilo dá uma, movimenta com a gente, com a cabeça, dá náusea. Dá um série de abalos assim, mas é tudo passageiro, tudo passa. Isso aí atrapalha um pouquinho, não chega a ser uma, mas a gente sente uma...* (M4, 68 anos)

Essa realidade é relatada com certa parcimônia e dificuldade pelos participantes, denotando ser difícil expor aspectos tão íntimos (Silva, 2007). Nesse contexto, pode-se entender a ambivalência presente na segunda fala, em que o participante narra as dificuldades sexuais de forma superficial, amenizando o relato de suas limitações nessa esfera.

Ressalta-se que, na presente pesquisa, apenas os homens mencionaram de forma mais específica dificuldades nesse aspecto, muito embora a questão sobre a temática tenha sido proposta a todos. Essa questão pode ser entendida à luz das diferenças de significados socialmente construídos acerca da sexualidade em relação aos sexos. Enquanto que para os homens o desempenho sexual está muito vinculado à ideia de virilidade, de identidade de gênero (Leal, 2003), para as mulheres, o desempenho de sua sexualidade parece não apresentar a mesma relevância na construção de sua identidade de gênero. Assim, pode-se entender a ausência de relatos das mulheres abordando tal temática, entendendo que a vivência de limitações no desempenho sexual pode não se constituir numa fonte de ansiedade significativa para elas.

## Considerações Finais

O presente estudo destaca os significados atribuídos à doença para pacientes pré-cirúrgicos cardíacos. Entre tais significados, salientam-se as dificuldades de apropriação do quadro da doença e a ambivalência presente. Por um lado, o corpo parece sinalizar que algo não está bem, pois a rotina é alterada e o cotidiano é atravessado por múltiplas impossibilidades. Por outro lado, os relatos apontam a necessidade de manutenção dos parâmetros normais de vida de cada um, impedindo que a doença seja significada como limitação que impeça o viver. Assim, as experiências relatadas parecem trazer consigo a vivência de sofrimento psíquico, na medida em que os sujeitos relatam a sensação de desamparo diante da doença, mostrando-se confusos sobre como agir diante das limitações do corpo.

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

Além dessas constatações, salienta-se que este estudo traz um recorte das vivências dos sujeitos, retratando alguns

aspectos do período anterior à realização da cirurgia cardíaca. É possível que aspectos institucionais, como o tipo de assistência prestada a esses pacientes, tenham influenciado a forma com que eles relataram vivenciar o adoecimento. Diante dessas considerações, contribuiria para o maior aprofundamento dos aspectos processuais dessa experiência a realização de estudo longitudinal, que compreendesse acompanhamento dos participantes ao longo de diferentes estágios do adoecimento e que envolvesse sujeitos vinculados a várias instituições de saúde, tanto públicas quanto privadas.

Em termos metodológicos, cumpre destacar que esta pesquisa evidencia as potencialidades do uso da autofotografia na pesquisa, de forma complementar à entrevista. O uso de imagens neste estudo possibilitou que eventuais dificuldades de verbalização, por parte dos participantes, fossem parcialmente transpostas, favorecendo o processo de atribuição de significados às suas experiências. Nessa perspectiva, sugere-se que o recurso a imagens seja implementado em outros contextos de pesquisa, especialmente nos que envolvam memórias de difícil acesso, cuja evocação implique a mobilização emocional dos participantes.

Em conclusão, entende-se que, ao haver uma compreensão mais profunda sobre os significados das experiências relatadas neste estudo, vinculadas ao adoecimento, os profissionais de saúde poderão apoiar estratégias que permitam uma construção de sentido mais facilitadora de significados úteis e alavancadores de saúde para os pacientes. Enfatiza-se, assim, o papel e a responsabilidade da intervenção do psicólogo diante de tal situação, entendendo que é dele a responsabilidade primária de atuar como potencializador da saúde psicológica dos pacientes.

## Referências

- Albanesi Filho, F. M. (2000). A doença cardíaca, a insegurança e a disfunção sexual. *Revista SOCERJ*, 13(3), 50-56. Retrieved from [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2000\\_03/a2000\\_v13\\_n03\\_art07.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2000_03/a2000_v13_n03_art07.pdf)
- Angerami-Camon, V. A. (2006). O psicólogo no hospital. In V. A. Angerami-Camon (Ed.). *Psicologia hospitalar teoria e prática* (pp.25-28). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Bardin, L. (2008). *Análise de Conteúdo* (L.A. Reto, & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Ed. 70. (Trabalho original publicado em 1977)
- Bazon, M. R. (2000). Dinâmica e sociabilidade em famílias de classes populares: histórias de vida. *Paidéia*, 10, 40-50. doi: 10.1590/S0103-863X2000000100004
- Bergvik, S., Sørlie, T., & Wynn, R. (2010). Approach and avoidance coping and regulatory focus in patients having coronary artery bypass surgery. *Journal of Health Psychology*, 15, 915-924. doi: 10.1177/1359105309359542
- Bonomo, A. M. S., & Araujo, T.C.C.F. (2009). Psicologia aplicada à cardiologia. Um estudo sobre emoções relatadas em exame de holter. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 65-74. doi: 10.1590/S0102-37722009000100008
- Botega, N. J. (2006). Reação à doença e à hospitalização. In N. J. Botega. (Ed.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (pp. 49-66). Porto Alegre: Artmed.

- Brink, E., Karlson, B.W., & Hallberg, L.R.M. (2002). To be stricken with acute myocardial infarction: a grounded theory study of symptom perception and care-seeking behavior. *Journal of Health Psychology, 7*, 533-543. doi: 10.1177/1359105302007005673
- Campos, E. P. (1992). Aspectos psicossomáticos em cardiologia. In J. Mello Filho (Ed.), *Psicossomática hoje* (pp. 234-252). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Carvalho, L. & Cidade, W. (2000). Depressão, impotência e cardiopatia. *Revista SOCERJ, 13*(3), 46-49. Retrieved from [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2000\\_03/a2000\\_v13\\_n03\\_art06.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2000_03/a2000_v13_n03_art06.pdf)
- D'Amato, C.V.S. (2008). Mortes, perdas e luto em cardiologia. In C. P. Almeida, & A.L.A. Ribeiro (Eds.), *Psicologia em cardiologia: Novas tendências* (pp. 199-208). Campinas, SP: Alínea.
- Enriquez, E. (1999). Perda do trabalho, perda da identidade. *Cadernos da Escola do Legislativo, 5*, 53-73. Retrieved from [http://www.almg.gov.br/opencms/export/sites/default/consulte/publicacoes\\_assembleia/periodicas/cadernos/arquivos/pdfs/09/perda.pdf](http://www.almg.gov.br/opencms/export/sites/default/consulte/publicacoes_assembleia/periodicas/cadernos/arquivos/pdfs/09/perda.pdf)
- Ferreira, J. (1994). O corpo sógnico. In P. C. Alves, & M. C. de S. Minayo (Eds.), *Saúde e doença: Um olhar antropológico* (pp. 101-111). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ferreira, J. (1995). Semiologia do corpo. In O. F. Leal (Ed.), *Corpo e significado: Ensaio de antropologia social* (pp. 89-104). Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Friedman, S. (2000). Cardiac disease, anxiety and sexual functioning. *American Journal of Cardiology, 86* (suppl. 2A), 46-50F. doi: 10.1016/S0002-9149(00)00893-6
- Helman, C.B. (2009). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed.
- Hirani, S. P., Pugsley, W. B., & Newman, S.P. (2006). Illness representations of coronary artery disease: an empirical examination of the Illness Perception Questionnaire (IPQ) in patients undergoing surgery, angioplasty and medication. *British Journal of Health Psychology, 11*, 199-220. doi: 10.1348/135910705X53443
- Jacques, M. da G. C. (1996). Identidade e trabalho: uma articulação indispensável. In A. Tamaio, J. E. Borges-Andrade, & W. Codo (Eds.), *Trabalho, organizações e cultura* (pp. 41-47). São Paulo, SP: Cooperativa de Autores Associados.
- Joly, M. (2008). *Introdução à análise da imagem*. (12ª ed.). Campinas, SP: Papirus.
- Leal, A. F. (2003). *Uma antropologia da experiência amorosa: estudo de representações sociais sobre sexualidade* (Unpublished master's thesis). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Loizos, P. (2008). Vídeo, filme e fotografias como documentos de pesquisa. In M. G. Bauer, & G. Gaskell (Eds.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (pp. 137-155). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Minayo, M. C. de S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Morse, J. M. (2000). Responding to cues of suffering. *Health Care for Women International, 21*, 1-9. doi: 10.1080/073993300245366
- Neiva-Silva, L., & Koller, S. H. (2002). O uso da fotografia em psicologia. *Estudos de Psicologia, 7*, 237-250. doi: 10.1590/S1413-294X2002000200005
- Oliveira, M. F. P. (2008). Aspectos emergentes da psicologia em cardiologia no terceiro milênio. In C. P. Almeida, & A. L. A. Ribeiro (Eds.), *Psicologia em cardiologia: Novas tendências* (pp. 7-10). Campinas, SP: Alínea.
- Ongaro, S. (2002). O doente coronariano e seus dinamismos psíquicos. In E. W. B. Romano (Ed.), *A prática da psicologia nos hospitais* (pp.55-66). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Reis, J.C, & Fradique, F. S. (2010). Developmental levels in adult's conception of health and disease. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*, 493-504. doi: 10.1590/S0102-37722010000300012
- Rerkpattanapipat, P., Stanek, S., & Kotler, M.N. (2001). Sex and the heart: what is the role of the cardiologist? *European Heart Journal, 22*, 201-208. doi: 10.1053/euhj.1999.2010
- Romano, B. W. (2001). Aspectos psicológicos e sua importância na cirurgia das coronárias. In B. W. Romano (Ed.), *Psicologia e cardiologia: Encontros possíveis* (pp. 111-144). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, S. S. da (2007). *Resgatando conflitos relativos à sexualidade dos clientes portadores de coronariopatias* (Unpublished doctoral dissertation). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Tacca, F. de. (1991). Sapateiro: o retrato da casa. *Revista Studium 10*. Retrieved from <http://www.studium.iar.unicamp.br/10/4.html>.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.
- Vacanti, L. J., & Caramelli, B. (2005). Idade e distúrbios psicológicos. Variáveis associadas à disfunção sexual no período pós-infarto. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 85*, 110-114. doi: 10.1590/S0066-782X2005001500007
- Zaher, V. L. (2008). Ética em psicologia aplicada à cardiologia. In C. P. Almeida, & A. L. A. Ribeiro (Eds.), *Psicologia em cardiologia: Novas tendências* (pp. 11-21). Campinas, SP: Alínea.

Recebido em 07.05.2012

Primeira decisão editorial em 06.06.2014

Versão final em 28.06.2014

Aceito em 19.01.2015 ■