



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

GILMARA RIBEIRO SANTOS RODRIGUES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES SUBMETIDAS À
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO SOBRE SEU CORPO: REPERCUSSÕES
PARA A SEXUALIDADE**

SALVADOR

2013

**UFBA
EE**

GILMARA RIBEIRO SANTOS RODRIGUES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES SUBMETIDAS À
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO SOBRE SEU CORPO: REPERCUSSÕES
PARA A SEXUALIDADE**

2013

Nº 25

GILMARA RIBEIRO SANTOS RODRIGUES

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES SUBMETIDAS À
REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO SOBRE SEU CORPO: REPERCUSSÕES
PARA A SEXUALIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem na Área de Concentração: Gênero; Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mirian Santos Paiva

SALVADOR

2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde, SIBI - UFBA.

R696 Rodrigues, Gilmara Ribeiro Santos

Representações sociais de mulheres sobre seu corpo após a revascularização do miocárdio: repercussões para a sexualidade/
Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues. - Salvador, 2013.

133 f.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mirian Santos Paiva.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem, 2013.

1. Sexualidade. 2. Imagem corporal. 3. Cirurgia cardíaca. 4. Gênero. 5. Enfermagem. I.Paiva, Mirian Santos. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 612.6

TERMO DE APROVAÇÃO

GILMARA RIBEIRO SANTOS RODRIGUES

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES SUBMETIDAS À REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO SOBRE SEU CORPO: REPERCUSSÕES PARA A SEXUALIDADE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial de aprovação para a obtenção do grau de Doutora em Enfermagem na Área de Concentração: Gênero; Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa: Mulher, Gênero e Saúde.

Aprovada em 14 de março de 2013.

BANCA EXAMINADORA

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

Marizete Argolo Teixeira Marizete Argolo Teixeira
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Evanilda Souza de Santana Carvalho Evanilda Souza de Santana Carvalho
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Estadual de Feira de Santana

Kátia Conceição Guimarães Veiga Kátia Conceição Guimarães Veiga
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

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

Sheva Maia Nóbrega Sheva Maia Nóbrega
Doutora em Psicologia Social e Professora da Universidade Federal de Pernambuco (Suplente)

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

À memória de minha mestra, amiga e mãe:

PhD Dr^a **Jandira Maria Ribeiro Santos**,

Os ventos que às vezes tiram algo que amamos são os mesmos que nos trazem algo que aprendemos a amar. Por isso não devemos chorar pelo que nos foi tirado, mas sim aprender a amar o que nos foi dado. Pois tudo aquilo que é realmente nosso, nunca se vai para sempre (BOB MARLEY).

Às pessoas importantes que fazem parte da minha vida:

meu esposo **Amauri** e meus filhos **Guilherme e Sabrina**,
minha **madrinha** Zuleica e meus **irmãos** Simone e
Márcio, pelo amor, apoio e compreensão.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo compromisso firmado em minha qualificação profissional e pelo apoio financeiro por meio da bolsa concedida.

Ao Hospital Ana Nery, inicialmente nas pessoas que representam o Comitê de Ética em pesquisa, Jucélia e Joana, e em especial ao Dr. Armênio Costa Guimarães pelo exemplo profissional e em pesquisa; à coordenadora geral de enfermagem Marli Moura, às coordenadoras de enfermagem Letícia Carla e Valéria Bress, e à secretária da Coordenação de enfermagem, Dulce, que possibilitaram que uma inquietação e a curiosidade baseada em evidências da minha prática profissional se transformassem em uma pesquisa que poderá contribuir para um melhor atendimento às mulheres que realizam cirurgia cardíaca.

À psicóloga do Hospital Ana Nery, Vera Tamássia, por ter-se disponibilizado em ser a responsável pela minha pesquisa no Hospital Ana Nery. E às enfermeiras Ione Araújo e Andréia Conceição Silva, e a toda a equipe de enfermagem e apoio (recepção/ secretárias/ técnicas) do ambulatório de cardiologia do HAN, pelo acolhimento inigualável e ajuda efetiva na identificação das mulheres viáveis para o estudo, que como em nenhum outro lugar sabem acolher colegas pesquisadoras, fazendo com que nos sintamos capazes e estimuladas a concretizar o nosso trabalho. A vocês, o meu muito obrigado.

AGRADECIMENTOS

A Deus,

por me lembrar do poder que possuo, por me mostrar que sou protegida, guiada e iluminada pela Sua presença divina no mais íntimo do meu ser. Por não me deixar esquecer que me habita e é a força que dá vida a minha alma. Por ter me dado tudo de que preciso para crescer e realizar plenamente meu potencial como pessoa! E por me fazer ter consciência dos dons que recebi e da possibilidade de multiplica-los e coloca-los a serviço dos outros e do mundo (VANZANT, 2005).

À minha mãe Janda, *in memorian*, pelo amor, exemplo, apoio, educação moral e ética, e por sempre incentivar o aprendizado continuado:

Você havia programado para sua filha toda uma trajetória de felicidade e empenhou-se para que se tornasse exequível a consecução dos seus planos. Investiu sua existência abençoada pela ternura e pelo amor, sem propor qualquer exigência. Desde os primeiros dias da nossa convivência, enquanto me embalava nos braços cantando as ternas canções de ninar, o seu pensamento voava na direção do futuro, pintando as paisagens ditosas para sua menina. Cresci sob o céu generoso do seu coração aberto ao enternecimento, sempre irrigada e mantida pela inefável vigilância do seu devotamento. À semelhança de uma delicada flor, você cuidava de mim, impedindo que os fatores de destruição me alcançassem. Enrijeceu-me os sentimentos morais em torno dos deveres e das responsabilidades, desenvolveu-me a inteligência com os recursos da sua pedagogia sábia e impulsionou-me ao progresso espiritual [...] Mas eu não me dava conta, porém, no meu estado de crescimento intelecto-moral, dos sacrifícios que tudo isso lhe causava, sem compreender que o pavio da vela que produz luz se gasta enquanto arde e consome o combustível que sustenta a claridade. Foi desse modo que você partiu para a imortalidade, quando eu estava a um passo do triunfo terreno. Jamais olvidarei o seu olhar de despedida, quando os lábios já não podiam emitir os sons das palavras. [...] Ninguém pensou, no entanto, que eu era o fruto da sua devoção, o resultado do seu miraculoso trabalho de modelar a argila que eu era, elaborando aquilo que me transformei. Venho hoje agradecer-lhe, estrela da minha noite e luz perene de todos os meus dias. As palavras são muito pobres para expressar-lhe o meu amor infinito e toda a minha gratidão [...] (FRANCO, 2012).

Aos meus filhos Gui e Sá, meus orgulhos e grandes amores da minha vida, as razões do meu viver, para que possam encontrar em mim um exemplo de luta e perseverança, principalmente nos estudos.

Ao meu esposo e companheiro Amauri, grande amor da minha vida, pelo apoio, dedicação, ternura e compreensão das minhas ausências e dos transtornos causados por este trabalho.

À minha orientadora Dr^a Mirian Santos Paiva, pela coragem diante do desafio de orientar alguém de outra área de atuação e linha de pesquisa, e que sem pestanejar abriu os seus braços em acolhimento e as portas para novas possibilidades em minha vida. E por esses quatro anos que convivemos, em meio, principalmente, a sobrecargas de trabalhos, preocupações e sofrimentos, mas que com risos e carinho teve paciência e soube conduzir-me até a concretização deste meu sonho.

À terapeuta Dr^a Tânia Andrade por nesses últimos anos ter sido uma grande profissional e parceira, além de estar ao meu lado, auxiliando-me a aprender a caminhar com as minhas próprias pernas, amenizando a grande saudade da minha mãe.

À Banca de Defesa, Dr.^a Evanilda Carvalho, Dr^a Marizete Argolo Teixeira, Dr^a Fernanda Mussi, Dr^a Kátia Veiga, Dr^a Enêde da Cruz (Suplente) e Dr^a Sheva Nóbrega (Suplente), por todas as contribuições essenciais para aquisição de novos conhecimentos e a construção deste trabalho, e por todo o suporte necessário. Em especial à Prof^a Dr^a Sheva Nóbrega, o meu muitíssimo obrigado por tudo e principalmente pelo apoio, compreensão, confiança, estímulo e pela imensa ajuda.

Em especial à Prof^a Dr^a Sheva Nóbrega, o meu muitíssimo obrigado por tudo e principalmente pelo apoio, compreensão, confiança, estímulo e pela imensa ajuda. Nunca vou esquecer esse grande vínculo de amizade que se constituiu entre nós. Que os espíritos de luzes sempre lhe protejam, e a mantenham essa pessoa de coração imenso e com grandes potenciais, pois não tenho como agradecer o que fez por mim durante essa árdua trajetória. Só posso lhe dizer que tem mais uma entre milhares de pessoas que lhe têm carinho, respeitam e admiram.

À Prof^a Dr^a Enêde Andrade da Cruz, que me reiniciou nessa trajetória da pesquisa desde o mestrado, apresentando-me a Teoria das representações sociais, sempre abrindo as portas da sua casa e me acolhendo como uma filha.

À Prof^a Dr^a Fernanda Mussi, que faz parte da minha história pela busca do conhecimento stricto sensu. Sempre me dando todo o apoio e carinho necessários, desde o mestrado

Às doutoras Marizete e Kátia Veiga pelos aconselhamentos e compartilhamento dos seus conhecimentos sobre o estudo e as experiências de doutoramento.

À Prof^a Dr^a Evanilda, pela relevante participação na minha vida e neste trabalho, pela amizade, parceria, apoio e aprendizado. Durante toda essa trajetória você compartilhou conhecimentos, sentimentos, afetos, palavras e estímulos para que eu pudesse construir esta tese, impedindo-me de desistir durante o árduo caminho, tornando-se, com os demais membros da sua família, a minha própria família.

À diretora da Escola de Enfermagem Prof^a Dr^a Heloniza Gonçalves Costa, que ao me acolher nessa Escola possibilitou-me a paz, o conforto e a tranquilidade física, mental e espiritual para que eu alcançasse êxito em finalizar esta tese.

Às professoras e secretários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Márcia e Samuel, que, além de agradecer, gostaria de parabenizar pelo Professoras além de agradecer,

gostaria de parabenizar pelo empenho e esforço para contribuir com a qualidade desse Programa.

À Prof^a e amiga Dr.^a Cristina Melo, muito obrigada pelo exemplo, conhecimento e aprendizado concedido desde a graduação em enfermagem, pelo afeto, carinho, palavras de incentivo e apoio que me ajudaram em reflexões e a seguir no momento mais difícil da minha vida pessoal e profissional.

Às mulheres que participaram deste estudo e que mesmo tendo passado por suas dores, aceitaram compartilhá-las comigo, transformando-as em sorrisos e na concretização desta tese.

Ao Dr. Vitor Luis Sousa Freaza, perito médico que mesmo sem tal conhecimento, em meu maior momento de fraqueza e impotência, acolheu-me com suas palavras e fez-me entender que apesar do contexto atual da saúde em nosso país, e mesmo quando o meu trabalho como enfermeira parecia ser solitário, eu estava contribuindo para um cuidado de qualidade aos usuários que necessitam de atendimento à saúde, e assim eu fazia a diferença. Fazendo-me desistir de abandonar a profissão e me estimulando a continuar com a minha trajetória de vida e profissional. O meu eterno muito obrigada.

À Glícia Gleide, Márcia Vivas e Manuela, minhas eternas amigas-irmãs, que por nem saber em qual momento exato nossas relações evoluíram de amizade verdadeira para se transformar em um grande laço familiar, com certeza pela ação de grandes amigos de luzes. E que estiveram ao meu lado em todos os episódios, principalmente nos difíceis, e no mais importante, agora, nesse momento feliz e tão importante da minha vida pessoal e profissional.

À Mary Gomes, pela já considerada, longa trajetória de cumplicidade, suporte e compartilhamento das alegrias, ansiedades, tristezas, dificuldades, enfim [...] pela grande e verdadeira amizade.

Às colegas e amigas do doutorado Cláudia Pires, Rosa Cândida, Aiseane Cedraz e Conceição Rivemales, pela união e companheirismo que fizeram com que essa jornada se tornasse mais suave, prazerosa e ter valido a pena, inclusive com a aquisição no meio de todo o processo de dois lindos e novos sobrinhos, Léon e Théo.

À enfermeira Simone Cardoso, que contribuiu desde o princípio na sua primeira gestão, autorizando a minha liberação do campo de trabalho para que eu pudesse estudar, e que ao longo dessa caminhada deu-me seu apoio moral e amizade.

À Valdira, Olga, Rosemary, Nilton e Selma, que apesar de estarem lotados no setor de Auditoria/Contas médicas do Comp-Hupes, nesse longo processo sempre atuaram junto a mim no setor de Apoio e Amizade total.

À Lucimeire Carvalho e Ana Carla Petersen, pela amizade e fortalecimento espiritual através das orações e palavras amigas.

À Geovana Raimunda pela amizade e parceria profissional, doando-se além de suas condições físicas e dificuldades pessoais para me aliviar o peso nesta reta final da tese.

Às colegas do Ambulatório Magalhães Neto, que além de amigas transformaram-se em meus anjos da guarda, protegendo-me e torcendo por mim na prática e em suas orações, fortalecendo-me e me dando seus colos e ombros amigos quando mais precisei. Em especial as enfermeiras e amigas, exemplos profissionais, Walquíria Rebouças e Norma Freitas, pelo amor, apoio, orações e atendimento diferenciado para os usuários do SUS. Ao auxiliar de enfermagem, já aposentado, Sr. Antônio, que com seu abraço iluminado me protegia, sustentava e guiava todos os dias.

Ao Lázaro, graduando da escola de enfermagem da UFBA, pela presteza e agilidade na transcrição e digitação dos dados da minha tese.

À Larissa Rodrigues, pelo apoio e grande disposição e ajuda no processamento dos dados coletados, inclusive, mais de uma vez, mesmo com a distância e a sobrecarga de atividades.

À Fátima, Reginaldo e Simone pela amizade e pelo apoio logístico, principalmente em relação aos meus filhos, durante toda essa trajetória, que juntamente com Ana Paula e Renata Achá contribuíram para os poucos momentos de diversão e lazer.

À minha prima Isa e seu filho Ian que para mim, além de irmã e sobrinho também são meus suportes.

Ao Sr. Moacyr e à sua família, em especial ao Pai André Senna, pela sensibilidade, preocupação, atenção e carinho com que contribuíram para me fortalecer e fazer com que eu pudesse seguir em frente e finalizar esse sonho.

Àquelas pessoas que, não conseguirei contemplar, e que já faziam ou passaram a fazer parte da minha vida, às quais não é preciso citar nomes, mas que fazem parte da construção deste trabalho, por me colocarem em suas orações, apoiarem, sustentarem, acreditarem em mim e torcerem pela minha superação e vitória. Enfim, agradeço a cada pessoa que me fez sorrir, refletir, prosseguir [...], me incentivaram e fizeram com que eu chegasse até aqui, no final de um novo recomeço.

Às minhas alunas e alunos que me ensinam, instigam e desafiam para a busca de novos conhecimentos para a constituição de novos saberes.

De tudo ficaram três coisas: a certeza de que estamos sempre começando [...] a certeza de que é preciso continuar [...] a certeza de que seremos interrompidos antes de terminar [...]

Façamos da interrupção um caminho novo [...] da queda, um passo de dança [...] do medo, uma escada [...] do sonho, uma ponte [...] e da procura, um encontro (SABINO, 2006, p. 145).

RESUMO

RODRIGUES, Gilmara Ribeiro Santos. **Representações sociais de mulheres submetidas à revascularização do miocárdio sobre seu corpo**: repercussões para a sexualidade. 2013. 133 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

Estudo de caso descritivo e analítico, com abordagens qualitativa e quantitativa. Objetiva-se analisar as representações sociais de mulheres submetidas à revascularização do miocárdio sobre o seu corpo e as implicações na sexualidade, à luz da teoria das Representações Sociais, focada na abordagem psicossocial e na categoria analítica gênero. Participaram do estudo 25 mulheres submetidas a esta cirurgia, atendidas em um ambulatório de cardiologia geral de um hospital público da cidade de Salvador-Bahia, durante os anos de 2011-2012. Foram observados os aspectos éticos e legais dispostos na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. A coleta de dados foi mediante duas técnicas projetivas, o Teste de Associação Livre de Palavras e o Desenho-Estória com Tema, e uma técnica discursiva, a entrevista semiestruturada. Para o tratamento dos dados do TALP foi utilizada a análise fatorial de correspondência por meio do software *Tri-deux-mots 2.2*, e os dados dos desenhos e entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo temática. Das mulheres pesquisadas, 72% tinham idade igual ou superior a 55 anos; 96% apresentaram manifestação coronariana antes da cirurgia; 68% tinham de 2 a 4 anos de tempo da realização cirúrgica; 68% eram casadas ou tinham relação estável; e 68% mantiveram a atividade sexual após o procedimento cirúrgico. Da análise de conteúdo emergiram três categorias e subcategorias: (1) Corpo melhorado, com duas subcategorias: Corpo vivo e Corpo em adaptação; (2) Corpo limitado e; (3) Corpo marcado, com a subcategoria Corpo solitário. A análise fatorial ofereceu uma leitura das variações semânticas na organização do campo espacial, sendo citadas 421 palavras pelas 25 mulheres, das quais 129 foram diferentes e demonstraram significância para as variáveis fixas: idade, tempo de cirurgia e vida sexual após a cirurgia. Os resultados do TALP evidenciaram que as participantes, independente da faixa etária, do tempo de experiência pós-cirúrgica, e de terem ou não atividade sexual após o procedimento, representam a intervenção cirúrgica como um marco em suas vidas, com repercussões negativas na sexualidade. As representações sobre o corpo após a cirurgia tentam dissimular o evidente sofrimento moral do estigma e o sentimento de anulação socioafetiva. A maioria das mulheres destacou que as cicatrizes no corpo causam danos emocionais e psicológicos. Conclui-se que as participantes, apesar de representarem seus corpos como fisicamente melhorados, que as levam a renascer e se adaptar a mudanças no estilo de vida prejudicial à saúde, também o representam como um corpo fragilizado por suas limitações e cicatrizes, resultando em experiências negativas sobre sua sexualidade, que as conduzem a sentimentos de solidão. Os resultados apontam que conhecer as representações e a influência do gênero na experiência do corpo após a revascularização do miocárdio contribui para a integralidade e individualização do cuidado, e melhor resolutividade dos problemas e dúvidas apresentados por esse grupo de mulheres. Dessa maneira, a enfermeira pode ajustar as orientações em saúde para cada sexo, em especial a mulher, contribuindo para a aderência às orientações do tratamento e aprimorando o cuidado de enfermagem.

Palavras-chave: Sexualidade. Imagem corporal. Cirurgia cardíaca. Gênero. Enfermagem.

ABSTRACT

RODRIGUES, Gilmara Ribeiro Santos. **Social representations of women submitted to the myocardial revascularization over his body**: repercussions in sexuality. 2013. 133 f. Thesis (Nursing Doctorate) – School of Nursing, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

This is a descriptive and analytical case study, with a qualitative and quantitative approach, with the purpose of analyzing the social representations (SR) of women about their body after the myocardial revascularization and discuss the implications of these representations for the sexuality, in the light of Social Representation Theory, focused on the psychosocial approach, and having gender as an analytical category. Twenty-five women submitted to myocardial revascularization surgery attended at a general cardiology outpatient clinic in a public hospital of the city of Salvador -Bahia, during the years 2011-2012, participated of the study. The ethical and legal aspects provisioned under Resolution 196/96, of the National Health Committee were observed. The data was collected by the application of two projective techniques, the test of free association of words and the story design with theme, and a discursive technique: the semi-structured interview. For the treatment of empirical data obtained from TALP was used to factor analysis of correspondence through the *Tri-deux-mots* software 2.2 and the data extracted from the drawings and interviews were submitted to thematic content analysis. 72% of the women surveyed had 55 or more years old; 68% were catholic; 96% presented the coronary demonstration before the myocardial revascularization; 68% had to 2 - 4 years of time performing surgery; 68% were married or had a stable relationship and 68% kept the sexual activities after the surgical procedure. The content analysis emerged three categories and subcategories: (1) Improved Body, with two subcategories: the living body and body on adaptation; (2) Limited Body and; (3) Body Marked, with the subcategory: lonely body. The factorial analysis offered a reading of the semantic variations in spatial field organization, where 421 words were cited by 25 women, 129 of which were different and demonstrated significance for fixed variables: age, surgery time and sex life after surgery. The results from the TALP showed that the participants of study, regardless of the age group, post-surgical experience time, and whether or not sexual activity after the procedure, represent the surgical intervention as a milestone in their lives, with negative repercussions in their sexual lives. The representations on the body and sexuality after surgery attempt to dissimulate the evident moral suffering of the stigma, but it is not possible to mask the concealment of pain, no longer physical, but the feeling of social and affective annulment. Most women emphasize that the scars on the body cause emotional and psychological damage. It is concluded that the participants in this study although represent their bodies as improved from a physical point of view that lead to rebirth and adapt to changes in lifestyle injurious to health, also represent how a body weakened by its limitations and scars, resulting in negative experiences about their sexual relationships that lead to feelings of loneliness. The results show that the representations and the influence of gender on the experience of the body after myocardial revascularization contributes to the completeness and individualization of care and best efficaciousness of the issues and questions presented by this group of women. In this way, the nurse may adjust the health guidelines for each genre, especially the woman, thus interfering in adherence to treatment guidelines and improving nursing care.

Keywords: Sexuality. Body image. Cardiac surgery. Gender. Nursing.

RESUMEN

RODRIGUES, Gilmara Ribeiro Santos. **Representaciones sociales de mujeres sometieron la revascularización del miocardio sobre su cuerpo: repercusiones en la sexualidad.** 2013. 133 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de la Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

Se trata de un estudio de caso del tipo descriptivo y analítico, con abordajes cualitativos y cuantitativos, con objetivos de analizar las representaciones sociales de las mujeres sobre su cuerpo tras la revascularización del miocardio y discutir las implicaciones de esas representaciones en la sexualidad a la luz de la Teoría de las Representaciones Sociales, enfocado en el abordaje psicosocial y del género como categoría analítica. Participaron 25 mujeres sometidas a la cirugía de revascularización del miocardio, atendidas en un ambulatorio de cardiología general de un hospital público de la ciudad de Salvador-Bahia, en los años de 2011-2012. Fueron observados los aspectos éticos y legales establecidos en la Resolución 196/96, del Consejo Nacional de Salud. Los datos fueron colectados mediante aplicación de dos técnicas proyectivas, el Test de Asociación Libre de Palabras (TALP) y el Dibujo Estória con Tema, y una técnica discursiva: la entrevista semiestructurada. Para el tratamiento de los datos empíricos obtenidos del TALP ha sido utilizado el análisis factorial de correspondencia a través del software *Tri-deux-mots* 2.2 y los datos obtenidos de los dibujos e de la entrevista han sido sometidos al análisis de contenido temático. De las mujeres investigadas 72% tenían la edad igual o superior a los 55 años; 68% eran católicas; 96% presentaron síntomas coronarios antes de la revascularización Del miocárdio; 68% tenían desde 2 hasta 4 años que habían realizado la cirugía; 68% eran casadas o tenían pareja estable y 68% mantuvieron la actividad sexual tras la cirugía. Del análisis de contenido surgieron tres categorías con correspondientes subcategorías: (1) Cuerpo mejorado, con dos sub-categorías: Cuerpo vivo y, cuerpo en adaptación; (2) Cuerpo limitado y; (3) Cuerpo marcado, con una sub-categoría: Cuerpo solitario. El análisis factorial ofreció una lectura de las variaciones semánticas en la organización del campo espacial, donde 421 palabras fueron citadas por las 25 mujeres, de las cuales 129 fueron diferentes y demostraron significancia para las variables fijas: edad, tiempo de cirugía y vida sexual tras la cirugía. Las participantes del estudio independiente del grupo de edad, duración de la experiencia pos-cirugía, y si es o no la actividad sexual después del procedimiento, la cirugía representa un marco en su vida, con repercusiones negativas en la relación sexual. Las representaciones del cuerpo y de la sexualidad después de la cirugía intentan disimular el evidente sufrimiento moral del estigma, pero no logra disfrazar la ocultación del dolor, no más físico, pero el sentimiento de anulación socio afectivo. La mayoría de las mujeres destacaron que las cicatrices en el cuerpo causan daño emocional y psicológico. Se concluye que los participantes en el estudio, a pesar de representar a sus cuerpos como mejorados desde el punto de vista físico por que las conducen al renacimiento y adaptación a los cambios de estilo de vida perjudiciales para la salud, también representan a su cuerpo como debilitado por las limitaciones y la presencia de cicatrices dando lugar a las experiencias negativas en sus relaciones sexuales que conducen a sentimientos de soledad. Los resultados señalan que conocer las representaciones y la influencia del género en la experiencia del cuerpo tras revascularización del miocardio contribuye para mayor integralidad e individualización del cuidado y mejor resolución de los problemas y dudas presentadas por ese grupo de mujeres. De esa manera, la enfermera puede ajustar las orientaciones en salud para cada género, en especial de la mujer, interviniendo así en la adherencia a las orientaciones del tratamiento y perfeccionando el cuidado de enfermería.

Palabras clave: Sexualidad. Imagen corporal. Cirugía cardíaca. Género. Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Desenho-estória 1: A esperança depois da cirurgia	86
Ilustração 2 – Desenho-estória 2: O ser humano feliz	88
Ilustração 3 – Desenho-estória 3: O casal passeando	91
Ilustração 4 – Desenho-estória 4: Companheirismo e apoio	91
Ilustração 5 – Desenho-estória 5: O casal maravilha	92
Ilustração 6 – Desenho-estória 6: A vida após a cirurgia	92
Ilustração 7 – Desenho-estória 7: A cirurgia traz tristeza	94
Ilustração 8 – Desenho-estória 8: Coração partido	97
Ilustração 9 – Desenho-estória 9: Uma vida nova	98
Ilustração 10 – Desenho-estória 10: A distância	100
Ilustração 11 – Desenho-estória 11: Recomeço	101
Ilustração 12 – Desenho-estória 12: A vida como ela é	102
Ilustração 13 – Desenho-estória 13: Mulher separada do marido	102
Ilustração 14 – Desenho-estória 14: Felicidade do amor.	103
Ilustração 15 – Desenho-estória 15: A vida continua	104

LISTA DE ESQUEMAS

1 - Plano de Análise Temática de Conteúdo.	69
--	----

LISTA DE FIGURAS

1 - Diagrama de Técnicas Trianguladas.	70
2 - Categorias e subcategorias das Representações de mulheres submetidas à revascularização do miocárdio sobre seu corpo.	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estímulos Indutores e Variáveis fixas da Análise Fatorial de Correspondência. Salvador-Bahia, 2013.	76
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas de mulheres que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio (n=25) – Salvador (BA) – set. 2012/jan. 2013.	74
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Representação gráfica (Fatores 1 e 2) da AFC das RS de mulheres sobre seu corpo e as repercussões na sexualidade após a revascularização do miocárdio – Salvador-Bahia, 2013	78
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AFC – Análise Fatorial de Correspondência
AIDS – Síndrome da imunodeficiência adquirida
BVS – Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
COCHRANE Library – Base de dados em inglês sobre a atenção à saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DAC – Doença Arterial Coronariana
DC – Doença coronariana
DCV – Doenças Cardiovasculares
DE – Desenhos-estórias
DM – <i>Diabetes Mellitus</i>
E – Estímulo
E1 – Cirurgia cardíaca
E2 - Corpo de mulher

E3 – Corpo após a cirurgia
E4 – Sexo após a cirurgia cardíaca
ECG – Eletrocardiograma
ECO – Ecocardiograma
F1 – Fator 1
F2 – Fator 2
F1(+) – Fator 1 positivo
F1(-) – Fator 1 negativo
F2 (+) – Fator 2 positivo
F2 (-) – Fator 2 negativo
HAS – Hipertensão arterial sistêmica
IAM – Infarto Agudo do Miocárdio
IBECS – Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAPA – Medida ambulatorial da pressão arterial
MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
(Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica)
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAHO – Pan American Health Organization
POM – Pós-operatório mediato
RM – Revascularização do Miocárdio
RS – Representações Sociais
SciELO – *Scientific Electronic Library Online* (Biblioteca Científica Eletrônica em Linha)
SISNEP – Sistema Nacional de Pesquisa
SUS – Sistema Único de Saúde
TALP – Teste de Associação Livre de Palavras
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS – Teoria das Representações Sociais
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 REVISÃO DE LITERATURA	28
2.1 CORPO FEMININO, SEXUALIDADE E GÊNERO: IMPLICAÇÕES DA REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	28
2.2 A ABORDAGEM SEXUAL NA PERSPECTIVA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM	40
3 CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS PARA A COMPREENSÃO DA SEXUALIDADE DE MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA CARDÍACA	48
4 METODOLOGIA	56
4.1 TIPO DE ESTUDO	56
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	58
4.3 UNIVERSO DA PESQUISA, AMOSTRA E SUJEITOS	59
4.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	61
4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	65
4.5.1 Análise Fatorial de Correspondência (AFC)	66
4.5.2 Análise de Conteúdo dos Desenhos-Estórias com Temas	67
4.5.3 Análise Temática de Conteúdo das Entrevistas	67
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	71
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES	73
5.1.1 Análise Fatorial de Correspondência (AFC)	76
5.1.2 O Conhecimento do Senso Comum de Mulheres sobre seu Corpo e as Repercussões na Sexualidade após a Revascularização do Miocárdio	83
5.1.2.1 Categoria 1 – Corpo Melhorado	85
5.1.2.2 Categoria 2 – Corpo Limitado	93
5.1.2.3 Categoria 3 – Corpo Marcado e Solitário	98
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	109
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	123

APÊNDICE B – Instrumento para a Coleta de Dados	125
ANEXO A – Bancos de Dados do <i>Tri-Deux-Mots</i> 2.2	126
ANEXO B – Carta de Autorização do Comitê de Ética	130
ANEXO C – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos- CONEP	131
ANEXO D – Carta de Encaminhamento	132
ANEXO E – Carta de Liberação - Ambulatório do Hospital Ana Nery	133

1 INTRODUÇÃO

O interesse em estudar sobre pessoas com doenças cardiovasculares surgiu desde a graduação, quando ao cursar a disciplina Bloco Cirúrgico tive a oportunidade de assistir a várias cirurgias de revascularização do miocárdio (RM). Após ter concluído o curso de graduação em enfermagem em 1997.2, trabalhei em várias unidades de terapia intensiva (UTI), a maioria cirúrgica, em unidade coronariana, e em uma enfermagem cirúrgica de cardiologia, de diversos hospitais privados de Salvador. Na ocasião, fui preceptora das discentes residentes em enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Essa experiência teve duração de dois anos e acabou por me motivar a realizar a especialização de Enfermagem em Terapia Intensiva na UFBA, no ano de 2001.

No ano de 2006 concorri e fui aprovada para o Mestrado em Enfermagem pela UFBA, o qual foi concluído em fevereiro de 2008, tendo como produto final a dissertação intitulada “Ajustamento social de indivíduos submetidos à revascularização cirúrgica do miocárdio: um estudo das representações sociais”, sob a orientação da Prof^ª Dr^ª Enêde Andrade da Cruz.

Durante as entrevistas para a coleta de dados da dissertação de mestrado foi observado que as mulheres usavam de artifícios para esconder as cicatrizes da cirurgia. Essa preocupação com a marca da cirurgia alertou-me para os aspectos subjetivos relacionados à autoestima e à autoimagem dessas mulheres que, possivelmente, implicam em suas relações afetivas e com o seu próprio corpo. Além disso, elas referiam dificuldades no retorno às atividades sexuais, ora atribuídas às restrições físicas, ora vinculadas a um menor valor conferido ao corpo após a revascularização do miocárdio.

Tais constatações levaram-me a refletir que vivemos numa sociedade que valoriza a imagem corporal e que, além dos problemas e dificuldades ocasionados pela doença e pela cicatriz da própria cirurgia, e de outros aspectos relacionados à imagem corporal, nas mulheres essa questão assume uma proporção que ultrapassa o patamar do corpo físico e envolve o âmbito emocional (estima e imagem).

No momento da coleta dos dados eu notava que, apesar do instrumento de pesquisa não contemplar questões relativas à sexualidade, quando o gravador era desligado as entrevistadas sentiam-se à vontade para abordar essa temática, mesmo com dificuldades de expressão, denotando que a sexualidade fazia parte das preocupações e limitações experimentadas após a cirurgia do miocárdio. Elas expressavam queixas e dúvidas relacionadas às relações afetivas, sexuais e de gênero, dando ênfase às práticas sexuais após o diagnóstico da doença e a realização da cirurgia. Dúvidas como: a possibilidade de exercer a

prática sexual, ao tempo de início dessas práticas; a posição adequada para não comprometer a cirurgia; a presença de sintomas como a impotência sexual feminina.

Essas dúvidas eram direcionadas ao retorno às atividades sexuais e eram reportadas às questões sociais relacionadas ao gênero, considerando que homens e mulheres apresentam diferenciados perfis de adoecimento e morte, baseados na socialização e na cultura da realidade em que estão inseridos (NASCIMENTO, 1996).

O retorno às atividades sexuais após eventos cardiológicos também tem sido objeto de estudo, evidenciando que uma grande quantidade de pessoas não retorna à atividade sexual após a ocorrência da doença (DANTAS; AGUILLAR; BARBEIRA, 2001). No estudo de Rodrigues (2008), quando as mulheres abordavam a sexualidade, era impregnada pela ansiedade, por considerarem-se sem condições físicas e hemodinâmicas de manter o seu papel de mulher na sociedade, tal como exercer as atividades sexuais e domésticas. Já os homens abordavam o momento de poder voltar a exercer a atividade sexual, e de preferência o mais precocemente possível.

As mulheres entrevistadas nesse mesmo estudo apresentavam-se com a estima mais baixa em relação aos homens, também submetidos à cirurgia do miocárdio, e culpadas pela sua própria impotência sexual. As diferenças construídas e reproduzidas entre os homens e as mulheres “têm se convertido em desigualdades, estando as mulheres em posição inferior ou subordinada em relação aos homens, aos bens e aos valores considerados mais relevantes” (NASCIMENTO, 2002, p. 126).

Assim, ainda na minha dissertação (RODRIGUES, 2008), as mulheres apresentavam um discurso com maior dificuldade de recuperação e ajustamento social, impedindo a aceitação da condição de ser cuidada, demonstrando desconforto por não desempenharem, mesmo que temporariamente, suas atividades sexuais, domésticas, laborais e de cuidadoras, apegando-se, na maioria das vezes, à religião e à crença em Deus.

Essa dificuldade em aceitar ser cuidada pode estar relacionada ao fato de que os homens sempre foram acostumados a serem cuidados, enquanto as essas mulheres não têm o hábito de se permitir serem cuidadas, pois socialmente esse é um papel atribuído ao sexo feminino. Considerando-se que as escolas profissionalizantes das primeiras décadas do século XX, diferentemente da educação para os homens, destinavam ao gênero feminino apenas o ensino dos afazeres domésticos e do emprego de dotes, para que as mulheres pudessem encontrar um bom matrimônio (FERREIRA, 2012). Além disso, as mulheres passam a refletir e questionar sobre as relações interpessoais estabelecidas e as atividades anteriormente realizadas por elas (VIEIRA; QUEIROZ, 2006).

No cotidiano, como enfermeiras, cada vez mais nos defrontamos com pessoas acometidas por doenças cardiovasculares, entre elas a doença arterial coronariana, que muitas vezes requer como tratamento uma intervenção cirúrgica. Essa percepção pôde ser reforçada ao longo da minha vida profissional.

As doenças cardiovasculares (DCV) são a principal causa de morte em todo o mundo. A cada ano morrem mais pessoas por doença cardiovascular do que por qualquer outra causa. Mais de 80% das mortes por DCV ocorrem nos países em desenvolvimento. Calcula-se ainda que, em 2015, morrerão 20 milhões de pessoas por DCV, e se prevê que estas sigam sendo a principal causa de morte (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

No início do século XX, as doenças cardiovasculares contribuíam com menos de 10% dos óbitos no mundo; no final do mesmo século, esse grupo de doenças foi responsável por aproximadamente metade dos óbitos nos países desenvolvidos e 25% nos países em desenvolvimento, como o Brasil (ALMEIDA et al., 2005). As DCV são grupos de desordens que atingem o coração e os vasos sanguíneos, e incluem doenças, tais como a arterial coronária, a cerebrovascular, a reumática do coração e a cardíaca congênita, bem como, a trombose venosa profunda e embolia pulmonar. São responsáveis por quase 30% das mortes no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

As previsões apontam que, para o ano 2050, a mortalidade por infarto do miocárdio será aproximadamente 30% maior em mulheres do que em homens. As DCV, representadas principalmente pelas doenças das artérias coronárias e cerebrovasculares, ocorrem por fatores diversos, que vão desde a constituição genética do indivíduo, hábitos de vida, idade, até a falta de controle precoce dos fatores de risco relacionados aos fenômenos de arteriosclerose (CONTI; ROCHA, 2005).

As doenças crônicas não transmissíveis atualmente atingem as camadas jovens da população, independente do nível socioeconômico, refletindo mais gravemente entre os pobres e naqueles que vivem em países de baixa renda da América Latina e Caribe (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

As doenças cardiovasculares vêm se tornando causa de elevados custos socioeconômicos, principalmente pelo caráter crônico e incapacitante e por suas características de abrangência populacional, transformando-se em alvo de interesse de pesquisadores e gestores das políticas de saúde (BRASIL, 2010).

As doenças coronárias (DC) são uma das principais causas de mortalidade tanto no sexo feminino quanto no masculino, existindo diferenças de gênero na apresentação, na evolução e na maneira como a doença é abordada.

O maior estudo observacional sobre o assunto, o Framingham Heart Study, mostra que o infarto é mais incidente em homens, com morbidade seis vezes maior do que nas mulheres, na faixa etária de 35 a 44 anos. No entanto, após os 55 anos, a frequência no sexo feminino acelera rapidamente e a diferença é reduzida ao fator de 1 após os 75 anos, com tendência a superar o sexo masculino após a terceira idade (PIMENTA et al., 2001), em razão da diminuição do hormônio feminino, o estrogênio.

Outros estudos destacam a prevalência dos fatores de risco, acima de 55 anos de idade, relacionada às alterações morfológicas e funcionais das artérias causadas pelo envelhecimento e a evidência de maior risco de evento cardiovascular no sexo masculino do que no sexo feminino, antes da perda do estrogênio na menopausa (AMATO et al., 2004; CONTI; ROCHA, 2005; MEIRA, 2004; STEFFENS, 2003), sendo possível que outros fatores biológicos, psicossociais e comportamentais possam também contribuir para as diferenças de mortalidade entre os sexos. Conforme Varela, Salema e Bartilotti (2007), entre essas variáveis devem ser incluídas: índice de massa corpórea, nível socioeconômico, frequência de detecção e tratamento de doenças associadas, estresse psicológico e o comportamento do doente na busca de cuidados médicos.

A doença coronária e o seu tratamento influenciam a sexualidade, principalmente pelo fato de interferirem em aspectos biológicos e psicossociais, assim como as cicatrizes deixadas no corpo pela intervenção cirúrgica podem limitar os relacionamentos por reduzirem a autoestima. Assim sendo, descobrir as representações das mulheres submetidas à cirurgia do miocárdio possibilita entender as práticas destas após a cirurgia e a sua forma de se relacionar com o outro como sujeito afetivo, cognitivo e social. Conhecer as expectativas dessas mulheres e suas representações é primordial para entender as suas identificações e relações pessoais e grupais, contribuindo para a constituição de práticas assistenciais específicas para cada necessidade apresentada.

Com os resultados da minha dissertação de mestrado (RODRIGUES, 2008) foi percebida uma lacuna, por não questionar como os sujeitos restabeleciam a vida sexual, como vivenciavam a sexualidade após a revascularização cirúrgica do miocárdio e como essas pessoas significavam esse corpo após a cirurgia, visto que na perspectiva anterior de ajustamento social não foi incluído o olhar sobre a sexualidade, nem as questões de gênero.

Em 2009, disposta a preencher essa lacuna, iniciei minha participação no grupo de sexualidades, vulnerabilidades e gênero da Escola de Enfermagem da UFBA, ampliando com isso o interesse por estudar aspectos da sexualidade de mulheres que realizaram a cirurgia de revascularização do miocárdio.

O termo sexualidade no senso comum é arraigado pela complexidade do entendimento, principalmente por permitir diversas interpretações individuais, ancoradas na cultura, na crença, na religião, de acordo com cada grupo de pertença. Com esta pesquisa, após conhecer como a sexualidade é vivenciada por essas mulheres após a cirurgia, o cuidado da equipe de saúde, principalmente das enfermeiras, pode ser reestruturado de forma a incluir orientações específicas sobre a sexualidade de mulheres com doenças cardíacas.

Desse modo, para contextualização do objeto da pesquisa, foi realizada uma busca eletrônica sistemática no portal de periódicos e banco de dissertações e teses da Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) – LILACS, IBECs, MEDLINE, Cochrane, SciELO –, além do portal de periódico internacional *Science Direct* e *European Journal of Cardiovascular Nursing*, utilizando-se associações dos seguintes descritores: sexualidade; imagem corporal; cirurgia cardíaca; gênero e enfermagem, em português e inglês, no período de setembro de 2011 a janeiro de 2012.

Por meio dessa busca foram verificados na literatura científica escassos estudos desenvolvidos sobre essa temática, evidenciando uma lacuna de estudos voltados à apreensão da experiência das cirurgias do coração, especialmente sob a perspectiva de quem as vivencia.

Nesse sentido, no portal de periódicos da Capes, quando utilizados todos os descritores, ou associações com o descritor “cirurgia cardíaca/ torácica”, foi encontrado apenas um artigo sobre saúde e nutrição, o qual não tinha relação com o objeto de estudo. Todavia, quando utilizados apenas os descritores “sexualidade”, “imagem corporal” e “gênero” foram encontrados 49 artigos; destes, nenhum abordava a interface sexualidade e cirurgia cardíaca. No geral, esses artigos, em sua maioria, abordavam a percepção de corpo feminino vinculado à beleza e ao corpo em relação à área de educação, tanto para o (a) educador (a) quanto no processo de educação, principalmente na infância e na adolescência.

No banco de dissertações e teses da Capes, assim como no banco de periódicos, quando pesquisados todos os descritores, ou associações com o descritor “cirurgia cardíaca”, não foi encontrada nenhuma produção. Entretanto, quando utilizados os descritores “sexualidade”, “imagem corporal” e “gênero” foram levantadas 10 (dez) produções, das quais nenhuma tinha relação direta com o objeto de estudo. Apenas uma discutia as narrativas de vida de mulheres submetidas à mastectomia. Tratava-se de um estudo com abordagem qualitativa, que teve como objeto de estudo a percepção da mulher em relação às alterações ocorridas em seu corpo e em sua vida em função da mastectomia (AVELINO, 2007).

Ao utilizar, ainda no banco de dissertações e teses da Capes, os descritores “sexualidade” e “cirurgia cardíaca”, foi encontrada uma produção que abordava as implicações psicossociais das cardiopatias na qualidade de vida de pessoas submetidas ao procedimento cardio-cirúrgico e com risco cardíaco (MOURA, 2008). E por meio da combinação dos descritores “imagem corporal” e “cirurgia cardíaca” identificou-se uma dissertação sobre angústia e fantasias relacionadas ao paciente cardíaco cirúrgico, com referencial psicanalítico (FIGHERA, 2006). Contudo não abordava diretamente a sexualidade.

Na BVS não foi identificado nenhum artigo a partir dos descritores do estudo.

Na *Science Direct*, as produções atrelavam a sexualidade e a imagem corporal às áreas de geriatria, oncologia, bariátrica/obesidade e pessoas com mastectomia ou ostomia.

No *European Journal of Cardiovascular Nursing* foram encontrados 28 artigos, e destes apenas três tinham correlação com a temática desta pesquisa. O primeiro discutia acerca da orientação sexual de pacientes com infarto do miocárdio, na perspectiva da confiança, responsabilidade e percepção da prática das enfermeiras (JAARSMA et al., 2010). O segundo artigo tinha como objetivo explorar e descrever a experiência do relacionamento, experiência de relações íntimas de homens em conexão e após o primeiro infarto do miocárdio da sua parceira (ARENHALL et al., 2010). O último tratava-se de uma revisão bibliográfica e abordava como o relacionamento com o parceiro é afetado depois de uma doença cardíaca, após a alta hospitalar (DALTON et al., 2011).

De uma forma geral, as publicações, no Brasil, que abordavam a sexualidade como objeto de estudo na área da Enfermagem eram mais comumente voltadas para a sexualidade de mulheres mastectomizadas, e de maneira menos evidente sobre pessoas com insuficiência renal crônica, doenças endócrinas, câncer ou ostomias e doenças sexualmente transmissíveis em jovens e sexualidade/síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (CARVALHO, 2010).

Por representar um aspecto importante e pouco abordado no contexto da discussão sobre o cuidado em saúde, esse tema constituiu-se em um desafio e estímulo para o desenvolvimento de uma pesquisa em que fosse possível detectar o modo como a sexualidade é vivenciada, pensada e valorizada na dimensão subjetiva das mulheres após a cirurgia cardíaca.

Durante a pesquisa no banco de dissertações e teses da Capes, os estudos sobre sexualidade, em sua maioria, eram na perspectiva da disfunção sexual. Além disso, os estudos sobre sexualidade, em sua quase totalidade, tinham abordagem quantitativa e utilizavam o referencial teórico da psicanálise.

Compreendendo, nesse contexto, o processo saúde-doença como um fenômeno cultural e social, a sexualidade como manifestação da diversidade e da multiplicidade socialmente elaborada e partilhada não escapa a esse processo de interpretação, ou seja, para estudá-la é necessária a adoção de um referencial teórico de abordagem também culturalista, aqui a teoria da representação social (TRS).

A TRS foi introduzida na psicologia social por Serge Moscovici, na França, na década de 1960, por meio do estudo *La Psychanalyse, son image et son public*. O estudo das possíveis representações sociais (RS) que fazem parte da constituição da identidade da mulher após ser operada do coração busca compreender como elas representam o seu corpo após o procedimento cirúrgico e quais as repercussões na sexualidade, por meio de um único reconhecimento grupal, com base em uma abordagem psicossocial das RS. A partir dessa perspectiva, este trabalho poderá contribuir para a compreensão das repercussões sobre a sexualidade acarretadas pela cirurgia cardíaca, em especial relacionada às mulheres.

A escolha por estudar as mulheres deu-se por considerar que os estudos, em sua maioria, abordam gênero sem desagregação de sexo, ou priorizam o sexo sem valorizar as questões referentes ao gênero, especialmente o feminino. Daí o diferencial deste estudo ser o olhar para o que as mulheres relataram, suas expressões de sensações e sentimentos. Assim como, por haver constatado que as mulheres apresentam uma dificuldade maior em aceitar a condição de estar doente e a necessidade de ser cuidada, quando comparadas aos homens (RODRIGUES, 2008).

Considerou-se também que, assim como a idade, o sexo parece influir sobre a apresentação clínica do infarto agudo do miocárdio (IAM) (DA LUZ; SOLIMENE, 1999). E o estudo de Conti et al. (2002), o qual demonstra que de acordo com as evidências, não está definido se a mortalidade em mulheres com IAM ocorre pelo acometimento em idade mais avançada, pela diferença da incidência dos vários fatores de risco, ou se existe uma associação independente entre sexo feminino, morbidade e mortalidade pós-infarto agudo do miocárdio.

Gênero foi escolhido como uma categoria de análise por ter conotação social e cultural das diferenças sexuais que serviram à formulação que opõe sexo e gênero. Considera-se esse conceito importante para contextualizar o igual e desigual das mulheres pesquisadas e como forma culturalmente elaborada que se manifesta nos papéis atribuídos a cada sexo. Assim, faz-se necessário não perder o foco de que gênero é uma categoria analítica capaz de esmiuçar as relações desiguais de poder que se dão em torno das construções de masculinidades e feminilidades, históricas e culturalmente situadas, tanto do ponto de vista das relações interpessoais, quanto das desigualdades institucionais.

Assim, delimitou-se como objeto deste estudo as representações sociais de mulheres submetidas à revascularização do miocárdio sobre o seu corpo e suas implicações na sexualidade. Nesse sentido, buscando explorar tal fenômeno, defende-se a tese de que, as mudanças na sexualidade das mulheres que realizaram cirurgia de RM não são originadas exclusivamente pelas limitações físicas da doença e seu tratamento, mas determinadas por representações sociais acerca do corpo feminino enfermo que alteram a autoestima, a autoimagem, e pelo medo de complicações ou da recorrência de um novo infarto.

E questiona-se: como as representações sociais de mulheres submetidas à revascularização do miocárdio sobre o seu corpo implicam na sexualidade?

Para responder a essa questão, esta pesquisa tem como objetivo geral: analisar as representações sociais (RS) de mulheres submetidas à revascularização do miocárdio sobre o seu corpo e as implicações dessas RS na sexualidade. E como objetivos específicos:

- Aprender as representações sociais de mulheres submetidas à revascularização do miocárdio sobre o seu corpo.

- Aprender as implicações dessas representações sociais na sexualidade das mulheres submetidas à revascularização do miocárdio.

- Investigar as representações sociais de mulheres submetidas à revascularização do miocárdio sobre o seu corpo a partir das variáveis: tempo de cirurgia, idade e vida sexual.

Estudar o corpo e a sexualidade após a cirurgia do miocárdio na perspectiva das representações sociais é buscar um olhar diferenciado sobre a experiência das mulheres de acordo com o conhecimento do senso comum compartilhado por seu grupo de pertença e não apenas por meio do conhecimento técnico-científico. As RS podem se apresentar como uma das marcas identitárias que auxiliam na identificação do indivíduo no seu grupo de pertença. A reprodução da representação do indivíduo à coletividade trará rasgos da sua própria assimilação desta representação, misturada com a experiência pessoal da realidade em que está inserido (MOSCOVICI, 2003, p. 59).

Neste estudo, adotou-se a definição de sexualidade da OMS, que a expressa não apenas como sinônimo de coito e limitada à presença ou não do orgasmo, mas em uma perspectiva mais ampla, como parte integrante da personalidade de cada ser humano, como energia que motiva encontrar o amor, contato e intimidade e se manifesta na forma de sentir, nos movimentos das pessoas e como estas tocam e são tocadas (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Espera-se que este estudo contribua para suscitar as discussões relativas à sexualidade das mulheres, com base no conhecimento do senso comum produzido no cotidiano, para que

se possa oferecer à enfermagem informações sobre a subjetividade que subsidiem o cuidado às mulheres submetidas à revascularização miocárdica. As representações que essas mulheres constroem fazem parte da constituição de sua identidade e tornam-se relevantes para o entendimento não somente da sua forma de pensamento, mas como elas determinam as suas atitudes frente ao corpo pós-cirurgia e o exercício da sexualidade.

Pretende-se, também, com este estudo, contribuir para a revisão do próprio cuidado prestado, transpondo do discurso para a prática, especificamente da enfermagem.

Considerando-se que ainda hoje existe uma dificuldade de entender a mulher como sujeito vulnerável a eventos coronarianos, pois se difundem na sociedade ideias de que são os homens, por conta de seu estilo de vida, aqueles nos quais tais eventos são esperados, isso limita o reconhecimento das emergências cardíacas nas mulheres, retardando o diagnóstico e a intervenção sobre a doença nesse grupo.

Este estudo tem relevância social, científica e acadêmico-profissional, como produção de conhecimento que procura evidenciar formas de conhecimentos e práticas no âmbito da sexualidade feminina, em particular de mulheres revascularizadas do miocárdio, em contextos sociointeracionais singulares, estimulando a inclusão do enfoque de gênero na prestação dos cuidados de saúde.

Pesquisar as representações sociais de mulheres sobre o seu corpo após a cirurgia de revascularização do miocárdio possibilita a compreensão de condutas, crenças e valores relacionados aos processos de adoecimento, tratamento e de ajustamento social, em que se insere a sexualidade. Desta forma, pode conduzir os profissionais de saúde a práticas de cuidado direcionadas para as reais necessidades das mulheres que se submetem a essa cirurgia.

Ressalta-se a importância desta pesquisa no preenchimento de uma lacuna encontrada do ponto de vista da produção teórica, na medida em que agrega conhecimentos sobre a sexualidade de mulheres em situações de saúde doença, pois embora a sexualidade comece a ocupar espaço nas produções científicas da enfermagem brasileira, são poucas as pesquisas que problematizam esse tema em relação ao corpo submetido à cirurgia do miocárdio.

A inserção dessa temática na academia e nas unidades de saúde poderá reforçar a necessidade do olhar integral sobre essas pessoas, por parte dos profissionais, ressaltando que aspectos relacionados ao corpo e à sexualidade não podem ser desconsiderados no cuidado prestado no campo da saúde.

A estrutura do trabalho está dividida em seis momentos distintos, de modo a trazer para a discussão saberes, conceitos ou discursos acerca do corpo, da sexualidade e de gênero após a cirurgia do miocárdio. Nessa perspectiva, a pesquisa estrutura-se da seguinte maneira:

O **capítulo 1** é esta breve introdução do trabalho.

No **capítulo 2** é feita a contextualização do objeto de estudo, destacando-se o corpo feminino, a sexualidade, o gênero e as implicações da revascularização do miocárdio; e o cuidado de enfermagem na perspectiva da abordagem sexual.

No **capítulo 3** apresenta-se a Teoria das Representações Sociais, buscando-se fazer uma aproximação conceitual dela com a temática, com destaque inicial para os aspectos teóricos da utilização da TRS na enfermagem e os diversos conceitos dos estudiosos desta teoria, buscando-se mostrar a relação das representações sociais com a sexualidade de mulheres submetidas à cirurgia do miocárdio.

No **capítulo 4** é descrita a metodologia, destacando-se o tipo de estudo, o cenário de estudo, os sujeitos da pesquisa, o instrumento, a técnica e o procedimento de coleta de dados, assim como as técnicas de análise, considerando-se os aspectos éticos de pesquisas com seres humanos 196/96.

No **capítulo 5** são apresentadas a análise e a discussão dos resultados referentes à sexualidade de mulheres submetidas à cirurgia do miocárdio, iniciando-se pela descrição das características sociodemográficas e cirúrgicas das entrevistadas, descrevendo-se em seguida a análise do objeto de estudo.

No **capítulo 6**, das considerações finais, são enfatizados os resultados que evidenciam que as mulheres submetidas às cirurgias de revascularização do miocárdio apresentam representações sobre a vida sexual que tentam dissimular a devastação oculta nas respostas sintomaticamente manifestas, e indicam quais prejuízos promovidos pelo corpo marcado com cicatrizes, tais como profundas lesões emocionais e psicológicas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo apresenta a fundamentação teórica de sustentação desta tese, articulando a interface entre o corpo feminino, a sexualidade e o gênero com as implicações da revascularização do miocárdio; e o cuidado de enfermagem na perspectiva da abordagem sexual.

2.1 CORPO FEMININO, SEXUALIDADE E GÊNERO: IMPLICAÇÕES DA REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

O corpo é socialmente construído e nele materializa-se a relação sujeito-sociedade. Dessa forma, o imaginário acerca do corpo vai refletir os conflitos e as diferentes concepções de corpo, corporeidade, relação corpo-mente ou corpo-alma que foram produzidos no passado e ainda podem ser identificados nos discursos atuais. O corpo como sistema biológico é afetado pela religião, pela profissão, pelo grupo familiar, pela classe e por outros intervenientes sociais e culturais (FERREIRA, 2006; RODRIGUES, 2006).

Rodrigues (2006, p. 48) ressalta que o corpo humano é socialmente concebido, e a análise da representação social do corpo oferece uma das numerosas vias de acesso à estrutura de uma sociedade particular. Atualmente, cultua-se o corpo belo e por isso se usam múltiplos artifícios para mantê-lo em forma. Entre as preocupações da vida cotidiana hoje estão as preocupações com a beleza, a magreza, a juventude e o vigor (FERREIRA, 2006).

Para Souza (2004, p. 65):

na tentativa de fazer-se amar, de provocar interesse, de ser atraente, o amor pela própria imagem física é constante. Mudam-se os padrões de beleza, mas não o amor pela autoimagem e, quando o indivíduo não aceita sua aparência, pode acreditar que os outros também não a apreciam.

A insatisfação com a imagem corporal pode levar a distúrbios psicopatológicos e à baixa estima, contribuindo para a não aceitação do próprio corpo. A obsessão com a aparência física é reforçada e estimulada pelos meios midiáticos e pelo padrão de estética estabelecido pela sociedade atual, que influenciam o comportamento das pessoas, principalmente em relação aos corpos das mulheres.

Ainda nesse sentido, Rodrigues (2006) destaca que o contexto social e cultural modela o corpo em suas diversas maneiras de expressão, como falar, andar, pular, saltar, dançar, sentar, rir, ficar de pé, dormir, tocar, ver, viver e morrer, ou seja, o indivíduo modela seu corpo no diálogo com a sociedade. As convenções sociais revelam a relação do indivíduo com

o seu meio social por meio de normas, ritos, características gestuais, formas de percepção, de expressão de sentimentos, distinção de classe, códigos culturais e sociais, jogos de aparência, jogos de sedução, erotização, adornos, moda, técnicas corporais, marcas de distinção, lazer, prazer, sexo, relação com o sofrimento, com a dor, entre outros, por meio do corpo.

O contexto social dá forma ao corpo por meio dos valores sociais vigentes, colocando a autoimagem como geradora de atributos pessoais e coletivos, produzindo diferentes valores, potencialidades e possibilidades de colocação nos mercados (profissional ou sexual), interferindo, assim, na relação com os parceiros, amigos e família (FERREIRA, 2006).

Nesse sentido, o corpo materializa a relação sujeito e sociedade, refletindo o diálogo entre o biológico e o simbólico na construção da subjetividade, pois os processos de subjetivação são construídos em relação direta com o corpo, tornando-se difícil entender e/ou explicar a complexidade da produção de sentidos sobre o corpo (FERREIRA, 2008).

A sociedade brasileira vivencia a hipervalorização da beleza, que pauta os sentidos atribuídos ao corpo, seus valores e significados. O corpo necessita ser construído socialmente, e constitui uma luta simbólica contra um estigma imposto àqueles que não se enquadram nas leis vigentes na sociedade contemporânea. Por ter um estigma, é reduzida a possibilidade da plenitude de vida do sujeito, que passa a ser alvo de diversos tipos de discriminação, que provocam dificuldade de aceitação social, contribuindo para seu isolamento perante a sociedade (BITTENCOURT et al, 2010).

O corpo reflete culturalmente as mais variadas esferas de poder, é vitimizado por apelos midiáticos, é produto da construção cultural, mas não é somente um agente passivo, ele também produz determinações culturais, ele é um veículo de transformação de papéis sociais (HASSEN, 2002).

As possibilidades estéticas permitem que o corpo transite por diferentes posições na hierarquia social, alterando e definindo trajetórias afetivas, pessoais, profissionais ou sociais, criando novos espaços na ordem social e produzindo novas formas de distinção social. Não sendo a imagem corporal mera sensação ou imaginação, essa é a forma como se estrutura em nossa mente a relação com o próprio corpo e com o mundo (FERREIRA, 2008).

É verdade que num sentido o corpo está em toda parte: ele acompanha a nossa vida como seres carnis (alimentação, sexualidade e saúde) e faz doravante parte das representações relativas à linguagem de nosso ser-no-mundo (estética, ética e direito). E toda relação não pode passar senão pelo corpo, nem mesmo produzir-se senão pelo corpo, sendo este ao mesmo tempo o que uma pessoa é, e o que ela tem (MARZANO-PARISOLI, 2004).

O corpo é uma construção social e cultural, cuja representação circula no grupo, investida numa multiplicidade de sentidos. Esses sentidos por vezes reafirmam, por outras se ampliam ou se remodelam e por, outras ainda, enxugam ou, mesmo, desaparecem. Mas de qualquer forma, as representações se formam de acordo com o desenvolvimento humano num dado contexto sócio histórico. (PERUZZOLO, 1998, p. 86).

O que se percebe é a reprodução de certos padrões que são sugeridos às mulheres. Nesse processo, os indivíduos, principalmente a mulher, desejam seguir os padrões estéticos ditados pela sociedade, seguindo normas impostas principalmente pela mídia, as quais nem sempre são fáceis de serem alcançadas, pois exigem imenso esforço por parte da pessoa a fim de reproduzi-las. E esses padrões referem-se, principalmente, à maneira de se comportar, de se vestir, insinuando, inclusive, a forma que o corpo feminino deve ter, gerando até mudanças de comportamento.

O corpo é socialmente e culturalmente constituído. A análise da representação social do corpo oferece uma das mais numerosas vias de acesso à estrutura de uma determinada sociedade, porque cada uma atribui ao corpo humano um sentido particular e este não é o mesmo para as diferentes sociedades (DELALIBERA, 2005).

A produção de sentidos sobre a imagem do corpo e a percepção que o sujeito tem do próprio corpo é, ao mesmo tempo, individual e coletiva, opera no social, mas não se limita a ele. Ela se desenvolve para além do indivíduo, das relações interpessoais ou dos complexos intrafamiliares, mesclando intensidades pré-verbais, afetos e códigos sociais de conduta (FERREIRA, 2008).

Coadunando com essas reflexões:

[...] as representações do corpo são representações da pessoa. Quando é mostrado o que faz o ser humano, os limites, a relação com a natureza ou com os outros, revela-se o que faz a carne. As representações da pessoa e do corpo estão sempre inseridas nas visões do mundo das diferentes comunidades. O corpo parece explicar-se a si mesmo, mas nada é mais enganoso. O corpo é socialmente constituído, tanto nas suas ações sobre a cena coletiva quanto nas teorias que explicam seu funcionamento ou nas relações que mantém com o homem que encarna. A caracterização do corpo, longe de ser unanimidade nas sociedades humanas, revela-se surpreendentemente difícil e suscita várias questões epistemológicas. O corpo é uma falsa evidência, não é um dado equívoco, mas o efeito de uma elaboração social e cultural. (LEBRETON, 2008, p. 26).

Marzano-Parisoli (2004) afirma que a fragilidade do corpo, sua vulnerabilidade à doença e sua impotência diante do envelhecimento tornam-se cada vez menos toleradas: em sua vontade de poder, nossas sociedades de hoje parecem não mais aceitá-las, o que torna crescente a procura por procedimentos cirúrgicos, em sua maioria com fins estéticos.

O objeto 'corpo' do discurso médico, o corpo são e/ou doente, é constituído a partir de uma concepção anátomo fisiológica que faz do ser corporal da pessoa uma simples estrutura modelável: um corpo cujos processos podem ser compreendidos a

partir de análises médico-científicas muito sofisticadas, cujos padrões psicofísicos são frequentemente estabelecidos a partir de uma definição ideológica da normalidade e cujas diferenças em relação aos modelos propostos são quase sempre interpretadas como imperfeições a corrigir e desvios a desaprovar. (MARZANO-PARISOLI, 2004, p. 66).

O adoecer implica em alterações no modo de vida, o que pode levar à criação de estratégias ou adequações a essa nova situação. A doença arterial coronariana (DAC) e a necessidade de intervenção cirúrgica podem provocar uma reavaliação dos papéis, fazendo a pessoa deparar-se com questionamentos relacionados à sua existência pregressa e futura, e no caso específico da mulher, questionamentos sobre o papel de mãe e mulher. No imaginário social a mulher representa o alicerce da família e a pessoa determinada a cuidar dos outros, e por ocasião de uma doença esse alicerce mostra-se abalado (FABBRO; MONTRONE; SANTOS, 2008).

Como para todas as doenças são atribuídos significados diversos, os cuidados à saúde precisam incorporar uma dimensão compreensiva de maneira a inserir a visão de mundo dos grupos atendidos, suas práticas e os sentidos por eles associados à experiência da enfermidade (VILA; ROSSI; COSTA, 2008). Não basta entender a enfermidade com base apenas nas representações sociais a ela relacionadas. É necessário compreender como tais representações são utilizadas, modificadas e ancoradas num conjunto de experiências acerca da doença (GOMES; MENDONÇA, 2002) e de acordo com cada grupo de pertença.

As atividades habituais dos indivíduos são limitadas pelos sintomas que se manifestam no corpo. O limite físico revela as restrições e impossibilidades de ação do corpo e, assim, a interação com os sintomas lembra-o da existência e da finitude do corpo (MUSSI, 2004).

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

De acordo com Breilh e Granda (1991), em nível individual ou singular, o processo saúde-doença manifesta-se com variações na frequência e na intensidade entre pessoas e pequenos grupos que se diferenciam entre si por atributos individuais tais como: sexo, idade, religião, escolaridade, rendimentos, entre outros. Em outro nível, entre classes sociais que compartilham das mesmas condições de vida e de trabalho, as manifestações se dão por meio de perfis de morbimortalidade peculiares de cada classe. No nível da estrutura social, relativo

a uma mesma formação social, o processo saúde-doença manifesta-se por meio de perfis de morbimortalidade peculiares dessa sociedade em relação às demais.

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a maior causa de mortalidade mundial, a despeito do significativo progresso no tratamento dessas afecções por meio de novos medicamentos, das novas técnicas de repercussão coronariana, do avanço das cirurgias cardíacas e intervenções nos fatores de risco para as doenças arteriais cardíacas.

As formas de intervenção no desenvolvimento das doenças cardíacas variam desde sua prevenção, com a mudança no estilo de vida, até seu tratamento, que pode ser realizado por meio de medicamentos, ou procedimentos invasivos e cirúrgicos (GASPERI, 2005).

Nos casos em que a obstrução coronária é muito severa pode ser indicada a angioplastia coronária ou a cirurgia de revascularização do miocárdio. Existe, nos dias atuais, a preocupação em reduzir os traumas causados pelas cirurgias cardíacas por meio das chamadas cirurgias cardíacas minimamente invasivas e as cirurgias sem a utilização da circulação extracorpórea. A cirurgia cardíaca minimamente invasiva vem tendo um grande desenvolvimento (LIMA; KUBRUSLY, 2004).

A experiência da cirurgia cardíaca é única e diferente para cada pessoa. Assim, a pessoa que se submeteu a esse tipo de cirurgia enfrenta a situação de um modo, a família de outro, e a equipe de saúde, usualmente, procura encará-la como se fosse algo rotineiro. No entanto, para a pessoa que se submeteu à cirurgia e seus familiares, essa é uma situação geradora de altos níveis de estresse, angústia e crise existencial (GASPERI, 2005).

Nas cirurgias cardíacas de grande porte ocorrem diversas transformações que deixam cicatrizes psicológicas e físicas. Cada pessoa pode ter uma relação diferente com seu corpo e muitas vezes pode abordar sua corporeidade de modo ambivalente. A pessoa humana reconhece-se a si mesma como um ser sensível que deseja, ama e sente dor e prazer graças a e em seu próprio corpo (MARZANO-PARISOLI, 2004).

A cirurgia cardíaca constitui uma ameaça que afeta a integridade do corpo. A angústia de alguns indivíduos em relação às cicatrizes corporais geradas pela cirurgia, a preocupação com a estética e a não aceitação desse corpo provocada pela marca cicatricial são uma constante.

Assim, se podem compreender os motivos que levam o indivíduo a preocupar-se com o aspecto cicatricial que ficará em seu tórax, não somente pela sua aparência estética, mas também pelo medo de perder a sensualidade que o envolve (SOUZA, 2004). Expor áreas do corpo marcadas por cicatrizes pode trazer desconforto, afetando a autoimagem, fazendo com que o indivíduo, especialmente a mulher, sinta vergonha de seu próprio corpo.

Para as mulheres preocupadas com a imagem corporal, aceitar as marcas impressas por cicatrizes cirúrgicas extensas causa um trauma que é traduzido pelo sofrimento ao imaginarem-se portadoras dessas tatuagens (SOUZA, 2004).

A marca corporal deixada pela cicatriz cirúrgica poderá ser vista como depreciação ou valorização da imagem corpórea, dependendo da estrutura psicológica de cada um e da influência exercida pelo seu meio sociocultural, o que interfere na total recuperação da doença.

A cicatriz cirúrgica assume um valor social e cultural, podendo acarretar tanto sentimento de angústia, como ser estigmatizante. Ao referir-se às pessoas estigmatizadas, Goffman (2010) afirma que se trata de estar diante de indivíduos que se encontram desabilitados de serem aceitos plenamente pela sociedade, e o estigma diz respeito a “um atributo profundamente depreciativo”, que pode ser um sinal ou uma marca corporal.

Segundo esse mesmo autor, o termo estigma é originado na Grécia antiga para referir-se a sinais corporais mediante os quais se buscava salientar aspectos extraordinários ou que servissem de desqualificação moral daqueles que os apresentava, e na atualidade relaciona-se muito mais às repercussões negativas sobre a vida das pessoas marcadas do que a uma referência à marca corporal em si.

Essas repercussões negativas podem estar relacionadas às perdas vividas pelo indivíduo no que se refere a sua autoimagem, autoestima e autonomia, e são compartilhadas pelo grupo, determinando as atitudes e os comportamentos assumidos no exercício da sexualidade. A cicatriz cirúrgica, por exemplo, pode comprometer a autoimagem da mulher operada ao expor áreas do corpo com a cicatriz, causando desconforto e interferindo na autoestima.

Na nossa sociedade, de acordo com Marzano-Parisoli (2004), o corpo torna-se o mais belo objeto de consumo, um produto entre outros, caracterizado por traços, muitas vezes idealizados, estabelecidos a partir do exterior, não sendo aceita em relação a esse modelo proposto a diferença, que transforma o corpo muitas vezes em objeto de rejeição e de culpabilização.

Segundo Ferreira (2008), mulher e corpo são duas noções difíceis de desvincular, e a sexualidade da mulher é muito corporalmente demarcada. A experiência sexual é marcada por diversos tipos de expectativas, em razão da complexidade que envolve as vivências do corpo e a sexualidade. Dentro de uma visão antropológica, a sexualidade é considerada como algo que não é dado pela natureza, nasce-se com um sexo, mas os comportamentos, desejos e sentimentos têm uma ligação direta com a forma como as relações de gênero estão

organizadas na sociedade (GOUVEIA; CAMURÇA, 2000). Aprende-se a viver o gênero e a sexualidade na cultura, por meio dos discursos repetidos nos meios de comunicação, das religiões, da ciência, das leis e também, contemporaneamente, por meio dos discursos dos movimentos sociais e dos múltiplos aparatos tecnológicos.

De acordo com a Pan American Health Organization (PAHO) e a World Health Organization (WHO) (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000, p. 6):

[...] a sexualidade remete para uma dimensão central do ser humano, que inclui identidade de gênero e sexual, orientação sexual, erotismo, apego emocional/amoroso, e reprodução. É experimentada ou expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, papéis e relacionamentos. Sexualidade é um resultado da interação dos fatores biológicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais, éticos e religiosos / espirituais. Embora a sexualidade possa incluir todos estes aspectos, nem todas estas dimensões precisam ser experimentadas ou expressadas. No entanto, em suma, a nossa sexualidade é vivida e expressa em tudo o que somos, o que sentimos, pensamos e fazemos.

Nesse sentido, a sexualidade é considerada um fator importante para a manutenção da qualidade de vida das pessoas e pode apresentar-se alterada em pessoas com doenças crônicas, em especial a DAC (BEDELL; DUPerval; GOLDBERG, 2002).

Face ao adoecimento crônico, a exemplo da DAC, a pessoa merece atenção especial dos profissionais de saúde e necessita de orientações específicas sobre o seu problema de saúde e possíveis consequências dessa condição para a sua sexualidade (SILVA, 2007).

Não obstante, a revascularização do miocárdio, prolongar a vida das pessoas, e melhorar, na maioria das vezes, sua qualidade de vida, ser uma pessoa revascularizada impõe várias limitações sobre a vida laboral, as relações afetivas, dificultando a manutenção dos relacionamentos sexuais (CASTANHA; COUTINHO; SALDANHA, 2005).

Para Stein e Hohmann (2011), o tratamento de pessoas com doença cardíaca produz diferentes níveis de restrição à atividade física, e, com ela, impactos distintos na vida sexual do indivíduo. Para Porto (2005), os cardiopatas, em sua maioria, apresentam um declínio em sua atividade sexual após a detecção da doença e seu tratamento, o que, associado à limitação de informações sobre a própria patologia, pode gerar insegurança e medo.

Estima-se que, após um diagnóstico ou procedimento cardíaco, 25% dos pacientes retornem à vida sexual normal, apresentando a mesma frequência e intensidade prévias; metade dos indivíduos retoma a vida sexual com algum grau de diminuição em frequência e/ou intensidade; os 25% restantes não reassumem sua vida sexual. Há diversas explicações para uma atividade sexual reduzida após eventos cardiológicos, dentre os quais podem ser

citadas: medo de morte durante o coito ou reinfarto, dispneia, ansiedade, *angina pectoris*, exaustão, alterações no desejo sexual, depressão, perda da libido, impotência, preocupação ou ansiedade do parceiro, além de sensação de culpa (RERKPATTANAPIPAT; STANEK; KOTLER, 2001; THORSON, 2003).

Após a cirurgia cardíaca, geralmente, a vida sexual pode voltar ao normal após o primeiro mês, respeitando-se, obviamente, os limites. Em razão de restrições, temores e necessidade de tratamento continuado, em alguns casos a pessoa pode desenvolver um quadro depressivo, o que é comum e deve ser tratado por meio de terapia ou medicamentos.

As doenças cardiovasculares interferem na atividade sexual dos indivíduos e muitas vezes atuam como um fator complicador e gerador de ansiedade e medo. Além disso, o uso de diversos medicamentos podem desencadear efeitos adversos que prejudicam a atividade sexual, especialmente a disfunção erétil e/ou perda da libido. Cabe principalmente ao médico explicar para a pessoa submetida à cirurgia qual a sua patologia, o tipo de cirurgia, os riscos, complicações e o resultado esperado para o tratamento da sua doença, favorecendo assim uma relação de confiança e segurança entre o médico e o indivíduo doente (STEIN; HOHMANN, 2011).

A existência de uma patologia crônica não deve ser um impeditivo da busca do prazer sexual em suas diferentes expressões, entretanto mitos, crenças e tabus impostos pela sociedade podem constituir-se obstáculos difíceis de ser transpostos por pessoas que já se encontram fragilizadas pela presença da doença crônica (MACHADO; PELÁ, 2001).

Estudos sobre o retorno às atividades sexuais após eventos cardiológicos ressaltam que muitas pessoas não retornam à atividade sexual após a ocorrência da doença e/ou da cirurgia. Muitos fatores, como alterações fisiológicas, disfunções induzidas por medicamentos e alterações vasculares associadas com fatores de risco, somadas ao impacto emocional, podem influenciar a vida sexual desses indivíduos (DANTAS; AGUILLAR; BARBEIRA, 2001). No entanto esses estudos não abordam como se dá essa mudança e como as pessoas a enfrentam, nem o universo simbólico que permeia os comportamentos.

Para Machado e Pelá (2001), a idade também influencia na retomada da atividade sexual, talvez pela influência do discurso no senso comum de que atividade sexual é coisa de jovens. Fica evidente que no indivíduo mais velho prevalece o interesse pela manutenção da vida sobre a atividade sexual, enquanto no mais jovem a atividade sexual e seu prazer aparecem como parte dessa vida que merece ser vivida.

Ao analisar o comportamento de homens e mulheres submetidos à cirurgia cardíaca, Machado e Pelá (2001) observaram que quando o homem se submete à cirurgia, a sua

parceira não cobra a retomada da atividade sexual e a iniciativa do recomeço fica a cargo do próprio doente, e o reinício da atividade sexual é pautado pelo medo e pela insegurança. Ao contrário, quando a mulher é quem faz a cirurgia, ela recomeça a atividade sexual pela cobrança do parceiro, e embora o medo também ocorra, prevalece a busca de posições que propiciem uma adequação para o ato sexual, na tentativa do encontro do prazer o mais breve possível, satisfazendo com isso o parceiro.

Assim, abordar os aspectos relativos à sexualidade das pessoas com doenças crônicas faz com que os profissionais de saúde se defrontem com muitos desafios voltados para as dificuldades de abordagem do tema, por envolver tabus e estar associado à história de vida, valores culturais e aspectos afetivos.

Nesse sentido, é importante que esses profissionais conheçam as representações sociais das mulheres submetidas à RM para desenvolver as atividades educativas e prestar o cuidado terapêutico, ajudando-as a viver em conformidade com a condição que passam a deter depois da cirurgia, visando também o desenvolvimento e adaptação de suas funções, orientando-as sobre a sexualidade, de maneira a favorecer o restabelecimento da independência, a preservação da autoestima, a autonomia na sociedade e a adequação à nova condição de vida cotidiana.

Os profissionais de saúde, ao cuidarem de pessoas com cardiopatias e/ou submetidas à cirurgia cardíaca e que têm alterações na sua imagem corporal e/ou autoestima, necessitam entender que elas não são assexuadas. Os profissionais precisam superar as próprias dificuldades acerca da sexualidade para que possam propor formas de tratamento e encaminhamentos que contemplem a manutenção da saúde sem negar a sexualidade.

O processo de cuidado que envolve a pessoa em cirurgia cardíaca deve levar em consideração as questões de gênero que perpassam pela mente e pelo corpo. A diferença de gênero não pré-existe nos corpos dos indivíduos para ser simplesmente reconhecida; em vez disso, ela é atribuída a um sujeito (ou a um corpo, uma prática, ou seja lá o que for) quando relacionamos esse sujeito (ou esse corpo ou essa prática) a um outro que é tomado como referência (LOURO, 2008, p. 22). Enquanto a sexualidade é elemento constitutivo das pessoas, é dimensão e expressão da personalidade, e por ser um atributo inerente à pessoa humana, manifesta-se independente de qualquer ensinamento (FAGUNDES, 2003).

As diferenças de gênero na experiência da cardiopatia tornam-se um fato de vital importância quando se pretende abordar o enfoque de gênero face à cardiologia. Existem diferenças não só em relação à manifestação clínica da doença coronariana, mas, também, na abordagem terapêutica ou na forma de responder ao evento cardíaco.

Assim, Gomes e Mendonça (2002, p. 124) afirmam que:

[...] o status de ser doente pode agregar papéis comuns a todas as pessoas independentemente de gênero, mas a forma como esses papéis são vivenciados e os significados a eles atribuídos podem assumir contornos distintos nas culturas de gênero. Assim, a representação socialmente construída de doença pode ter uma base comum a homens e mulheres, mas a forma de produção e transformação dessas representações costuma se diferenciar por gênero. O processo do adoecer feminino também se configura sobre experiências diferenciadas daquelas que envolvem o adoecer masculino. Por outro lado, tanto no senso comum como nos meios acadêmicos, costuma-se fazer certas demarcações entre ‘doença da mulher’ e ‘doença do homem’.

A terminologia “gênero” enquanto conceito surgiu especialmente a partir dos anos 1960, quando os primeiros grupos de teóricas e ativistas feministas se inclinaram sobre as problemáticas das mulheres para contraporem-se à ideia de essência, recusando assim qualquer explicação pautada no determinismo biológico que pudesse explicar os comportamentos de homens e mulheres, empreendendo, dessa forma, uma visão naturalizada, universal e imutável dos comportamentos.

Tal determinismo serviu muitas vezes para justificar as desigualdades entre ambos, baseando-se em suas diferenças físicas. Na perspectiva das relações de gênero importa discutir os processos de construção ou formação histórica, linguística e social, instituídas na formação de mulheres e homens (SOUZA, 1999).

O fato de um indivíduo ser do sexo masculino ou do sexo feminino não significa apenas que ele possui uma determinada conformação anatômica e fisiológica. Significa também que ele possui um status social cujos limites, direitos e obrigações estão devidamente convencionados e em relação aos quais a sociedade mostra determinadas expectativas. (RODRIGUES, 2006, p. 68-9).

O termo “gênero”, inicialmente, de acordo com Heilborn (1991), tinha uma acepção relacionada aos indivíduos de sexos diferentes, ou, ainda, coisas sexuadas, mas, atualmente, refere-se à distinção de atributos culturais alocados a cada um dos sexos e à dimensão biológica dos seres humanos.

O conceito de gênero implica em uma relação entre o masculino e o feminino, que em nossa sociedade são considerados opostos e também complementares, e que produzem uma distribuição desigual de poder, autoridade e prestígio entre as pessoas, de acordo com o sexo. Para Heilborn (1999, p. 61-2), “o gênero é um elemento constitutivo da razão simbólica”.

Diferenciando-se de uns e igualando-se a outros, homens e mulheres vão construindo suas identidades. O conhecimento de si mesmo é dado por meio da alteridade, pelo conhecimento recíproco dos gêneros, num contexto relacional com base em aspectos da história, das tradições, das normas e dos interesses de um dado grupo social (FAGUNDES, 2005). Souza (2005, p. 24-5) corrobora essa ideia ao afirmar ser certo que não há como negar

as diferenças entre homens e mulheres, seja no campo biológico ou na esfera sociocultural, visto que tais simetrias são muito mais decorrentes das experiências vivenciadas desde o nascimento.

A categoria de gênero, nesse contexto, foi idealizada para compreender de que modo as relações de poder entre homens e mulheres eram influenciadas pela constituição de desigualdades com base nas diferenças biológicas. A rejeição ao determinismo biológico implicou na utilização do termo “gênero”, uma vez que a palavra “sexo” ou a expressão “diferença sexual” guardavam implícitas essa concepção (SCOTT, 1990). “A partir desta definição, as mulheres e os homens seriam definidos reciprocamente e nenhuma compreensão de um deles podia ser alcançada por um estudo separado” (SCOTT, 1990, p. 5).

A referida categoria tem passado por significativas transformações, possibilitando-lhe assim um caráter mais dinâmico ao ser compreendida como uma categoria relacional e contextual, na tentativa de contemplar as complexidades e conflitos existentes na formação dos sujeitos. Essas ressignificações do conceito, extremamente necessárias, trazem uma maior vitalidade para a compreensão das relações de gênero, ao deixarem de estar vinculadas a uma variável que reforçava dicotomias rígidas (SOUZA, 1999).

Quase um século depois, desnaturalizar hierarquias de poder baseadas em diferenças de sexo tem sido um dos objetivos centrais dos estudos de gênero. Estabelecer a distinção entre os componentes: natural/biológico em relação a sexo; e social/cultural em relação a gênero foi, e continua sendo, um recurso utilizado pelos estudiosos de gênero para destacar essencialismos de toda ordem que há séculos sustentam argumentos biologizantes para desqualificar as mulheres, corporal, intelectual e moralmente (CITELI, 2001).

Segundo Gómez (1993), a expressão “gênero” refere-se a um conjunto de traços que envolvem personalidade, atitudes, sentimentos, valores, condutas e atividades, e que por meio do processo social diferenciam o homem da mulher. Nesse enfoque, não se fica restrito apenas ao campo fisiológico, incluem-se também outras dimensões ligadas ao sexo, pré-definidas pelos valores culturais e atribuídas ao homem e à mulher, estabelecendo relações entre si, fazendo emergir papéis, necessidades e acesso a recursos de acordo com diferenças pessoais.

De acordo com Souza (1999), o conceito de gênero tem sido utilizado de diversas maneiras, às vezes de forma equivocada ou mesmo banalizada, ao apresentar enfoques neutralizantes e fixos, colocando o conceito de gênero como sinônimo de papéis sexuais, de estereótipos sexuais ou de identidades sexuais.

A concepção de gênero distingue-se da de sexo, que se refere exclusivamente ao aspecto biológico e anatômico, que determina se o ser humano é um homem ou uma mulher e, em caso mais raro, hermafrodita (STREY, 1994). Gênero indica uma construção psicossocial, cultural e historicamente construída ao longo do desenvolvimento, que vai definir papéis masculinos e femininos, significando e caracterizando a personalidade, o comportamento sexual, a aparência física, entre outros, tanto do homem como da mulher em uma dada sociedade (SCOTT, 1995; STREY, 1994).

O sexo social e historicamente construído é produto das relações sociais entre homens e mulheres e deve ser entendido como elemento constitutivo destas mesmas relações nas quais as diferenças são apresentadas como naturais e inquestionáveis. Ao contrário, a análise mais profunda de tais relações revela condições extremamente desiguais de exercício de poder, aonde as mulheres vêm ocupando posições subalternas e secundárias em relação aos homens. A utilização da categoria gênero pretende assim explicar, à luz destas relações de poder, as manifestações fenomênicas sociais das mulheres, entre elas, o processo saúde-doença. (FONSECA, 1997, p. 10).

Em se tratando de mulheres, além do conhecimento das especificidades da biologia feminina, há que se conhecer e compreender as especificidades da condição da mulher no espaço social considerado, por meio dos fatores que concretizam as desigualdades existentes entre os sexos histórica e socialmente construídos, valorizando, assim, o uso da categoria analítica “gênero” para a compreensão das desigualdades sociais e do processo saúde-doença focado em cada sujeito ou em cada grupo social (FONSECA, 1997).

Para Souza (1999), a identidade de gênero e a identidade sexual são diferentes, estão em constante transformação e embora intimamente relacionadas não são uma só “coisa”. Para Louro (1997 apud Souza, 1999), enquanto a identidade de gênero liga-se à identificação histórica e social dos sujeitos, que se reconhecem como femininos ou masculinos, a identidade sexual está relacionada diretamente à maneira com que os indivíduos experenciam seus desejos corporais, das mais diversas formas: sozinhos, com parceiros do mesmo sexo ou não.

A nossa cultura tende a reduzir a sexualidade à sua função reprodutiva e genital. Sexualidade e reprodução são processos que se expressam graças a órgãos específicos do ser humano e, por isso, têm uma estreita relação, mas não significam a mesma coisa. Sexualidade é muito mais do que ter um corpo apto para procriar e apresentar desejos sexuais; pressupõe intimidade, afeto, emoções, sentimentos e bem-estar individual decorrentes, inclusive, da história de vida de cada pessoa. Transcende as manifestações do corpo e a genitalidade. (FAGUNDES, 2003, p. 14).

Nos tempos atuais, verifica-se que a despeito da manutenção da condição desfavorável da mulher na sociedade, um conjunto complexo de alterações sócio-históricas vem delineando um caminho ainda impreciso para o processo de construção dos gêneros (SOUZA, 2005, p.

112). Assim, as narrativas de doenças elaboradas por mulheres requerem uma compreensão, entre outros aspectos, de questões de gênero, podendo-se supor que a narrativa feminina sobre a doença é diferente da masculina (GOMES; MENDONÇA, 2002, p. 123-124).

Os sintomas de DC das mulheres e dos homens geralmente são distintos, o que contribui para que alguns casos femininos de cardiopatia passem imperceptíveis. As doenças cardiovasculares frequentemente são consideradas um problema “masculino”, sendo a principal causa de morte das mulheres em idade avançada, que tendem a apresentar cardiopatias mais tardiamente que os homens (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009b).

A atenção à saúde da mulher tem-se centrado sobre os problemas que elas sofrem durante a gravidez e o parto, ressaltando a necessidade da abordagem de um cuidado de saúde voltado para as diferenças do sexo, o que ajudaria a compreender melhor os problemas de saúde das mulheres e identificar formas de lidar com eles.

De acordo com a World Health Organization (2007), a identificação das diferenças de gênero na doença cardiovascular pode permitir a formulação de estratégias de promoção da saúde e prevenção mais eficazes, o que conduz a melhorias na saúde das mulheres.

2.2 A ABORDAGEM SEXUAL NA PERSPECTIVA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Nas sociedades antigas, os problemas de saúde eram tratados por pessoas que detinham papel de destaque nos grupos. Sem remuneração, essas pessoas diagnosticavam, decidiam a terapêutica, preparavam os medicamentos e os administravam.

A partir do século XIX, na Inglaterra, surgiu, com Florence Nightingale (1820-1910), a ideia de cuidado em enfermagem, quando ela recrutou e treinou mulheres para cuidar de feridos de guerra, durante a Guerra da Crimeia. Na época, a cientificidade era relegada à caridade de mulheres, porém tal fato serviu como marco da profissão de enfermagem. Posteriormente, o cuidado passa a ser uma prática desenvolvida pela enfermeira como “auxiliar do médico”, e na atualidade sustenta-se por pilares de cientificidade e subjetividade.

O modelo biomédico, ao se apoiar nos meios diagnósticos para evidenciar as lesões e doenças, afastou-se do indivíduo doente enquanto totalidade viva, e permitiu que o diagnóstico substituísse a atenção e o cuidado integral à saúde (LUZ, 1997). Recentes propostas de humanização e integralidade no cuidado em saúde têm-se configurado em poderosas e difundidas estratégias para enfrentar criativamente a crise e construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil (AYRES, 2004).

Cuidado em saúde envolve a promoção, a proteção, a prevenção, a recuperação, a reabilitação, a manutenção, o diagnóstico e o tratamento como ações primordiais para o processo saúde–doença, considerando o indivíduo na sua totalidade, proporcionando-o atenção integral à saúde. A definição do termo “cuidado” adotado neste estudo é: “designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde” (AYRES, 2004, p. 22).

Cuidar não representa a cura, mas uma atitude de conforto e de bem-estar àquele que precisa de cuidado, atendendo às necessidades nas suas dimensões biopsicossociocultural e espiritual de forma contínua e interligada, sem fragmentação (SILVA; PIRES; RODRIGUES, 2008). A prática profissional tem demonstrado que o cuidado de enfermagem deve ir além do biológico, assistir os indivíduos como um todo, ou seja, o cuidado deve ser realizado para suprir não somente as necessidades biológicas, mas também as dimensões social, psicológica e espiritual. Pois “o cuidado busca promover, manter e/ou recuperar a dignidade e totalidade humanas, englobando a saúde de forma integral no contexto psicobiológico, espiritual, social e político” (WALDOW, 2004).

Cuidar em enfermagem é estar presente, ver, ouvir, acompanhar, ajudar, tratar, atender as necessidades humanas utilizando conhecimentos próprios da profissão e saberes das diversas áreas do conhecimento em prol de uma assistência sistematizada e de qualidade. As ações de enfermagem possibilitam processos únicos de interações, estabelecendo relações plurais entre sujeitos e cuidadores, pois esses indivíduos estão inseridos num contexto social, com culturas, crenças e valores peculiares (ALCÂNTARA; SHIRATORI; PRADO, 2008, p. 42).

No contexto social em que as mulheres revascularizadas do miocárdio estão inseridas, podem existir dificuldades para a adesão ao cuidado de saúde – neste, circunscrito o cuidado de enfermagem – associadas ao medo, à insegurança pelo risco de ser acometida por uma sensação de dor, um novo infarto ou morte súbita, ou simplesmente pelo fato de mudar hábitos de vida (BITTAR, 1993). Assim, todo o cuidado de saúde prestado tem como objetivo auxiliar o indivíduo a retomar suas funções cotidianas rotineiras o mais rápido, seguro e confortável possível.

Quando se enfocam as alterações cardiovasculares é de fundamental importância abordar-se a prática do cuidado, visto ser um aspecto indispensável para a melhoria da qualidade de vida e redução do risco de complicações. Os cuidados de enfermagem à pessoa que é submetida a uma operação variam de acordo com o tipo de cirurgia e de indivíduo para

indivíduo, atendendo as necessidades básicas e as reações psíquicas e físicas manifestadas durante todo o perioperatório.

Para alguns indivíduos, a cardiopatia e a necessidade de intervenção cirúrgica geram uma série de alterações de ordem física que prejudica o convívio social, compromete algumas de suas necessidades básicas, como o autocuidado, a autoestima, a autoimagem, o relacionamento com o próprio corpo e com o outro, o controle eficaz do regime terapêutico, dentre outros. Esse comprometimento gera alterações cognitivas e sensoriais e altera a tolerância às atividades laborais, à mobilidade física e à sexualidade, que poderão interferir em seu processo de adaptação familiar, profissional e social (NASCIMENTO, 2005; FABRO; MONTRONE; SANTOS, 2008).

Vila, Rossi e Costa (2008) concordam com essa afirmação ao referirem que a cirurgia de revascularização do miocárdio, mesmo quando realizada adequadamente, tem repercussões físicas, psicológicas e sociais, demandando adaptações com mudanças no estilo de vida, ainda que busque garantir alívio dos sintomas da insuficiência coronariana por meio da melhora do funcionamento cardíaco, assim como a prevenção do infarto do miocárdio e a recuperação física, psíquica e social do indivíduo, objetivando melhoria da qualidade de vida.

Essas mesmas autoras, em seu estudo sobre a experiência da cirurgia cardíaca, demonstraram que essa cirurgia estava vinculada a três aspectos principais: os sentimentos ante a iminência da intervenção, a compreensão da cirurgia como situação entre a vida e a morte e as consequências da cirurgia. Já o estudo de Rodrigues (2008) demonstra que os sentimentos após a realização da cirurgia cardíaca englobam situações afetivas positivas relacionadas à religiosidade e à satisfação pela recuperação, além de sentimentos negativos ancorados no medo de sequelas, de recidiva da doença e da morte; na aflição pelas restrições médicas; na sensação de inutilidade e impotência pela limitação; e na necessidade de dependência do cuidado do outro.

A relevância do cuidado de enfermagem se põe na ausência da potencialidade individual humana de cuidar de si e/ou da sua família assumir esse cuidado. Assim, o cuidar está na missão, visão e valor da profissão de enfermagem. Nessa perspectiva, o cuidar constitui-se a essência das práticas de enfermagem, servindo à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos indivíduos, família e comunidade, objetivando atender as necessidades de saúde.

O objetivo do cuidar da profissão de enfermagem tem como prioridade aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer (WALDOW, 1999). E pode ser entendido como uma

atitude e envolvimento afetivo, ético e profissional de corresponsabilidade com o outro de quem se cuida e com sua vida. Nascimento e Trentini (2004) propõem conciliar razão e sensibilidade, subjetividade e objetividade no ato de cuidar, pontuando a necessidade de diálogo/comunicação, terapêutica e o regaste dos conceitos de integralidade e humanização para prática de enfermagem.

Diversas diretrizes internacionais já recomendam que os profissionais de saúde abordem, no atendimento às pessoas cardíacas, a função sexual, todavia raramente acontece esse tipo de orientação na prática do cuidado. Considerando-se que o processo de enfermagem visa à integralidade do cuidado, a sexualidade deve ser entendida e considerada como uma das necessidades a serem incluídas no processo de prestação do cuidado.

Nesse contexto é importante enxergar o outro em sua alteridade, o que representa mais que ver o outro; significa criar condições fundamentais para que o cuidado apareça. Dessa maneira, o cuidado emerge apenas quando a existência de alguém adquire significado para as pessoas envolvidas, ou seja, o cuidador e aquele que está sendo cuidado (FUKUMITSU; CAVALCANTE; BORGES, 2009).

A integralidade do cuidado possibilita uma visão global das necessidades dos indivíduos e família para que seja possível o cuidado direcionado individualmente. Já o cuidado humanizado está voltado para a manutenção da dignidade humana, respeito às suas necessidades, valores, princípios éticos e morais, suas crenças e de seus familiares, como também no alívio da dor e sofrimento, preservação da privacidade e condições que facilitem o restabelecimento da saúde ou morte digna (LEITE; NUNES; BELTRAME, 2004).

Para cuidar é preciso reconstruir práticas de saúde que possibilitem a dimensão comunicacional, como um espaço para a relação terapêutica (AYRES, 2004). Sampaio, Freitas e Pedreira (2005) demonstram que conversar com o indivíduo e a família sendo presença constante pode ser o melhor tratamento para amenizar reações de medo e incertezas sobre doença e prognóstico da cirurgia.

A enfermeira deve atuar também dando suporte emocional, ao avaliar o estado de ansiedade e/ou presença de depressão e respeitar as diversas estratégias de que o indivíduo se utiliza para enfrentar a difícil situação (HUF, 2002). As dúvidas são inúmeras nesses casos; a enfermeira deve estar atenta para captar os sinais de incertezas, estabelecendo espaços para o diálogo, o vínculo, a abertura para a escuta, deixando que o indivíduo expresse os seus sentimentos, especialmente quando o tema a ser abordado envolver aspectos como as crenças, a cultura, a religiosidade, tabus, como é o caso da sexualidade.

Abordar a sexualidade das pessoas implica considerar as representações de cada uma delas, sua história de vida, suas crenças, seus costumes e perspectivas sobre a cirurgia, a terapêutica, a recuperação, o corpo, o retorno às atividades cotidianas e a sexualidade.

Para entender a sexualidade, de acordo com Fagundes (2003), é necessário analisá-la como um processo relacional intenso que se fundamenta, basicamente, em elementos discretos, mas complementares: o potencial biológico, as relações sociais de gênero e a capacidade psicoemocional dos indivíduos.

A sexualidade é definida como a maneira de uma pessoa expressar seu sexo, ou seja, por meio de sua forma de vestir, de andar, de falar, de sua postura, enfim, por meio de suas especificidades, de seu jeito de ser (PAPALEO NETO, 1996). Atualmente, percebe-se que as pessoas não estão preparadas para lidar com o modo como as sexualidades estão sendo vivenciadas em diferentes espaços socioculturais.

A sexualidade também tem sido entendida e descrita de formas bastante distintas e conflituosas: por um lado, a abordagem da sexualidade como sendo uma produção da cultura e não um instinto biologicamente determinado vem tendo uma importante penetração nas áreas da educação e da saúde e, ao mesmo tempo, a compreensão de que sexualidade envolve mais do que sexo genital voltado para a reprodução da espécie, poucas vezes, foi tão naturalizada como sendo um fundamento da psique e da personalidade humana, como hoje (MEYER; KLEIN; ANDRADE, 2007, p. 222).

Não se nasce com a sexualidade determinada, ela é aprendida, construída e modificada na trajetória de vida das pessoas e, desse modo, produzida pela cultura, pela história, nas trocas, nas relações sociais, em contextos históricos e culturais diversos (LOURO, 2008). De acordo com Fagundes (2003, p. 14), “a dimensão biológica não é suficiente para explicar a sexualidade humana; faz-se necessária a função simbólica da linguagem para penetrar na complexa estrutura do relacionamento sexual, fortemente dependente de valores, mitos, crendices e tabus”.

A dimensão da sexualidade propriamente dita é basicamente normativa, de mediação sociocultural e nomeadora dos dispositivos que reconfiguram as representações de sexualidade nos relacionamentos sociais; ela é concebida como o resultado de uma elaboração de cada indivíduo (RESSEL, 2003).

A sexualidade e o encontro afetivo-sexual envolvem a busca por satisfação pessoal, sentimento de prazer e segurança afetiva. É preciso atentar que a sexualidade não se restringe à dimensão reprodutiva, envolve rituais, linguagens, fantasias, representações, símbolos e convenções.

A partir daí, o profissional deverá estar apto para ajudá-lo, recorrendo à ajuda dos familiares para participar ativamente do processo de reabilitação à saúde. O processo de

adoecer contempla uma rede que envolve o ser doente e as pessoas do seu convívio social. O adoecer deve ser pensado como um espaço em que se refletem interações entre atores sociais, organizações e grupos sociais, com base na representação dessas pessoas como ser doente e a experiência da doença no seu grupo de pertença (GOMES; MENDONÇA, 2002).

A família deve ser incorporada à equipe e reconhecida como um sistema dinâmico que participa como apoio contínuo na solução de problemas, aprendendo a realizar cuidados contínuos necessários (LEITE; FARO, 2005). Pois respeitar os direitos, decisões, autonomia, permitir a participação do indivíduo e da família no processo de cuidar, assim como assistir o doente são aspectos que convergem e dão sentido ao cuidado integral.

O alcance da efetividade nas ações de saúde inclui o exercício da integralidade do cuidado, da construção de uma relação indivíduo/enfermeira/família baseada na escuta sensível e na educação à saúde, aliada a uma responsabilidade de apropriar-se das amplas necessidades de tecnologia para prestar o cuidado (JUNQUEIRA, 2005).

Cuidar do ser humano em sua integralidade é um desafio para os profissionais de saúde, pois essas pessoas, quando submetidas à cirurgia, vivenciam a preocupação e um sentimento de inutilidade por terem que se ausentar de seus lares, pelas limitações nas atividades sexuais, laborais e domésticas a que estavam habituadas (FABBRO; MONTRONE; SANTOS, 2008) e por terem que mudar alguns hábitos de vida considerados maléficos para a saúde.

A integralidade, em síntese, insere-se na perspectiva do conceito ampliado de saúde, nas relações dialógicas, no trabalho em equipe, na horizontalidade dos saberes, na valorização da condição humana e no reconhecimento do usuário como sujeito de direitos. Assentado na interdisciplinaridade, na integralidade e na valorização do outro, o cuidado dirige-se para o sujeito e para a dimensão e essência do humano. O agir do profissional, nesse contexto, aproxima-o de uma prática transformadora com um olhar mais atento e amplo, recheado de compromisso e enriquecido pelo diálogo (SOUSA; ERDMANN, 2008, p. 42).

Diante de alterações promovidas por intervenções como a cirurgia, pode ocorrer da mulher não aceitar sua nova situação, seu corpo e aparência modificados, e isso poderá lhe trazer dificuldades no campo social e sexual, fazendo-a preocupar-se em esconder o corpo do olhar ou contato com o (a) parceiro (a), tornando, nesse contexto, o sexo um ato cercado de apreensão e fuga (SOUZA, 2004).

As representações sociais da enfermidade passam, então, a expressar estratégias e experiências humanas, necessitando de interpretação sobre a experiência vivida. O ser humano deve ser sujeito das ações, com direitos a um cuidado integral, humanístico, em vez de, por necessitar de cuidados de saúde, tornar-se objeto das ações dos profissionais de saúde.

Assim sendo, o indivíduo cuidado passa a ter uma identidade, deixa de ser objeto, passa a ser respeitado, tocado e compreendido (SILVA; PIRES; RODRIGUES, 2008).

Para Maia e Vagheti (2008. p. 16):

[...] o redespertar para uma nova consciência e ética do cuidar em saúde deve emergir de um modelo de práticas de cuidar, que conduza os profissionais de saúde para além das atuais abordagens de cuidado; portanto, a um paradigma ancorado na sensibilidade, nas diferentes linguagens e experiências, ou seja, uma mudança ontológica expressando uma síntese entre gênero humano, ciência, tecnologia, natureza e Universo.

A condição do sujeito impõe respeitar e ouvir o outro em uma oportunidade de encontro em que é possível verbalizar medos, anseios, desejos, conhecimentos e, em especial, um momento de fazer escolhas, caracterizando-nos como sujeito responsável, capaz e autônomo (SOUSA; ERDMANN, 2008, p. 40). Esta oportunidade e momento possibilita a inclusão da sexualidade, na perspectiva da integralidade.

A crença de que o indivíduo que necessita de cuidado não é apenas um objeto a ser consertado, mas sim um ser humano com inúmeras possibilidades de existência que carrega experiências e vivências, parece ser o foco do cuidado atual, quando valores como a sensibilidade, a compreensão do outro e a compaixão são resgatados (SIMÕES, 2002).

Para um ajustamento social adequado, além das técnicas da saúde e das ações multiprofissionais, a educação é utilizada de forma estratégica para promover alterações comportamentais, nomeadamente no estilo de vida e no controle da sintomatologia do indivíduo, visando melhorar a funcionalidade da pessoa, aumentar sua qualidade de vida e diminuir as limitações individuais (SILVA, 2006). Assim como para auxiliar no ajustamento social após a cirurgia de revascularização do miocárdio, permitindo o restabelecimento, quando e nas condições possíveis, das atividades laborais, sociais e sexuais.

O cuidado para o ajustamento social, nesse contexto, incide em dar continuidade ao tratamento clínico e reintegrar a mulher submetida à RM à sua família, às atividades diárias do cotidiano e à vida social, com o olhar para sexualidade como uma necessidade que pode estar afetada depois da cirurgia, considerando suas representações sociais, crenças e interações sociais.

O campo da saúde deve se preocupar com a sexualidade, pois estudos comprovam que problemas sexuais sempre acompanham doenças crônicas como a DAC, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o *Diabetes Mellitus* (DM) (HO; FERNANDÉZ, 2006). Mesmo com o avanço científico e tecnológico das últimas décadas, nota-se que a evolução não se processa

de maneira homogênea, sendo a sexualidade um tema impregnado de mitos, preconceitos, tabus e desconhecimentos para muitas pessoas (GIR; NOGUEIRA; PELÁ, 2000). Vale ressaltar ainda que os problemas que envolvem a sexualidade face à enfermidade ultrapassam a esfera biológica, uma vez que a vivência objetiva de tais dificuldades é permeada de aspectos da subjetividade humana.

3 CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS PARA COMPREENSÃO DE CORPO E SEXUALIDADE DE MULHERES SUBMETIDAS À REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Esta pesquisa foi conduzida à luz da Teoria das Representações Sociais por tratar-se da dimensão simbólica elaborada pelos atores sociais (mulheres) nos espaços comunicacionais e por ser esta dimensão determinante de suas atitudes nos aspectos afetivo, cognitivo e comportamental, e por considerar-se que:

A TRS reconhece o valor da dimensão subjetiva, o aspecto cognitivo do indivíduo, que segundo esta perspectiva interfere nas práticas sociais, nas atitudes e condutas relativas ao objeto da representação. A pesquisa que usa a teoria das representações sociais como referencial teórico focaliza sua atenção no conhecimento dos participantes da mesma, enquanto conhecimento importante para se compreender o cotidiano dos mesmos. O referencial da TRS permite esclarecer como se dá o processo de assimilação dos fatos que ocorrem no meio, como os mesmos são compreendidos pelos indivíduos e grupos, e como o conhecimento construído sobre estes fatos são expressos por meio de sua comunicação e em seus comportamentos. (SILVA; CAMARGO; PADILHA, 2011, p. 948).

Para este estudo das quatro dimensões das RS – a função do saber; a função identitária; a função de orientação; e a função justificadora –, a função de orientação foi utilizada por guiar os comportamentos e a prática por meio da estratégia cognitiva a ser adotada pelo indivíduo/grupo, da antecipação de expectativas e da determinação de comportamentos ou práticas a serem seguidas, o que possibilita o planejamento de um cuidado individualizado, direcionado e sistematizado.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) surge na Europa no início dos anos 1960, por meio do estudo “A psicanálise, sua imagem e seu público”, publicado em Paris, quando Moscovici, com base no marco da psicologia social, estabelece uma ruptura com a visão dicotômica do positivismo, a partir do conceito de representações coletivas de Durkheim, que coloca o indivíduo como um produto das instituições sociais, ressaltando a inter-relação entre sujeito e não-sujeito, e sujeito e outro sujeito (GOMES, 2010).

A TRS, por sua vez, traz um importante resgate dos conhecimentos construídos socialmente por meio das experiências das pessoas, ou seja, do senso comum. Nesse sentido, Nóbrega (2001, p. 62) assinala que “antes do advento da teoria das representações sociais, o pensamento das massas, correntemente denominado o ‘senso comum’, era considerado como um *corpus* de conhecimento ‘confuso’, ‘inconsistente’, ‘desarticulado’ e ‘fragmentado’, ao contrário do conhecimento científico”.

A TRS de Moscovici, pelo grande interesse que despertou, foi desmembrada em três correntes psicossociais: a abordagem culturalista de Denise Jodelet, mais próxima da teoria inicial; a abordagem societal de Willem Doise, que possui perspectiva sociológica, e a abordagem estrutural de Jean-Claude Abric, que enfatiza a dimensão cognitiva-estrutural das representações sociais (PAVARINO, 2003; ALMEIDA et al., 2005).

A Teoria permite uma heterogeneidade na investigação de objetos do conhecimento da prática socialmente elaborada e partilhada. Para Jodelet (2001, p. 22), ao interagir com a sociedade, o indivíduo partilha seus ideais, seus medos e anseios, por ser a “[...] RS uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

E posteriormente, surge no Brasil, em 1978, com o título: “A Representação Social da Psicanálise” (MOSCOVICI, 1978). Cruz (2003) afirma que, no Brasil, a TRS tem-se destacado em razão de facilitar a identificação da percepção e visão dos grupos sociais, em que se inclui a visão individual dos problemas relativos à convivência social no mundo, além da possibilidade de ser trabalhada com várias correntes filosóficas. “A teoria abrange diferentes áreas do saber, sendo um conhecimento efetivamente interdisciplinar que colabora para a explicação de problemas relevantes à educação, saúde, meio ambiente, entre outros” (CAMARGO, 2005, p. 21). Paiva (2000) aponta que a teoria aos poucos foi se inserindo nos estudos da área da saúde, principalmente naqueles relativos às concepções da população sobre o processo saúde-doença.

Além de apresentar uma intenção mais integrativa, a TRS tem pressupostos que implicam em considerar o comportamento social enquanto comportamento simbólico, ou seja, enquanto atividade produzida pelos processos de comunicação e influência no contexto das relações interpessoais e grupais, tendo uma função também social e relacional (MOSCOVICI, 2003). E por ser uma teoria complexa e flexível, que dá conta de comportar, explicar e entender as diversas situações, adéqua-se perfeitamente à pesquisa proposta por permitir entender a subjetividade que envolve a sexualidade das mulheres que realizaram cirurgia cardíaca.

A TRS se ocupa de explorar e explicar o conhecimento elaborado socialmente, o conhecimento do senso comum. Tal conhecimento inclui conteúdos cognitivos, simbólicos e afetivos que têm o papel de orientar as condutas e comportamentos das pessoas no seu cotidiano. Baseando-se no sistema cognitivo que compõe as RS é possível reconhecer os estereótipos, opiniões, crenças, valores e normas que costumam orientar positiva ou negativamente as atitudes (CARVALHO, 2010).

Toda representação é sempre a representação de um objeto por um sujeito. Não existe, portanto, representação sem objeto. Dessa forma, uma representação não pode ser compreendida enquanto processo cognitivo individual, já que é produzida no intercâmbio das relações e comunicações sociais. A representação descreve as interconexões entre o sujeito e o sistema, o sujeito e o objeto. Um não existe sem o outro, porém cada um possui suas próprias especificidades (MACHADO et al., 1997).

Abric (2000, p. 156), ao tratar da dinâmica das representações sociais, expõe o seguinte: um conjunto organizado de opiniões, de atitudes, de crenças e de informações referentes a um objeto ou a uma situação. É determinada ao mesmo tempo pelo próprio sujeito (sua história, sua vivência), pelo sistema social e ideológico no qual ele está inserido e pela natureza dos vínculos que ele mantém com esse sistema social.

De acordo com Moscovici (2007, p.41), para compreender melhor a conduta humana, e o modo como os atores sociais se agrupam, deve-se considerar os afetos, condutas, organização, crenças, atitudes, valores que permeiam as experiências sociais. O referido autor ainda acrescenta que “representações, obviamente, não são criadas por um indivíduo isoladamente. Uma vez criadas, contudo, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem, e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem”.

As representações sociais são elaboradas através de experiências pessoais e de interações entre sujeitos de determinados grupos sociais por meio de processos cognitivos e sociais e, portanto, variam ao longo do tempo e nos diversos grupos de pertença. Com efeito, proporcionam o surgimento de uma identidade do grupo baseada nas experiências vivenciadas por ele.

As representações sociais (RS) são expressões de indivíduos ou grupos que atribuem uma significação específico ao objeto por eles representado, uma relação de simbolização e interpretação, de construção e expressão do sujeito. Essas definições partilhadas pelos membros de um mesmo grupo constroem uma visão consensual da realidade para esse grupo.

Essas representações são elaboradas para manter as pessoas informadas sobre o mundo circundante, para saberem como se comportar, como se dominarem física ou intelectualmente e como identificarem e resolverem os problemas que se apresentam (JODELET, 2001). O objeto, na concepção de Abric (2000, p. 27), inscreve-se: “[...] num contexto ativo, sendo este contexto concebido pela pessoa ou grupo, pelo menos parcialmente, enquanto prolongamento do seu comportamento, de suas atitudes e das normas às quais ele se refere”.

As representações sociais caracterizam-se como o conhecimento que tem a finalidade de tornar familiar algo não familiar ou a própria não familiaridade, pois esse conhecimento está inscrito nas experiências ou acontecimentos sustentados por indivíduos e partilhados na sociedade. São representações de alguma coisa ou de alguém, que toma como ponto de partida a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda a sua estranheza e imprevisibilidade. Seu objetivo é descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, baseado em tal diversidade. As representações partilhadas têm ainda o papel de assegurar a coexistência entre o individual e o social (MOSCOVICI, 1994, 2003).

Para Carvalho (2010), o conhecimento do senso comum, embora elaborado individualmente, é partilhado com o grupo. Deste, se extrai o que os indivíduos elaboram em comum, o que pensam semelhantemente, tornando esse modo de pensar uma espécie de guia para as práticas e comportamentos do referido grupo. No entanto as representações, por serem flexíveis e estarem em constante mudança, permitem a diferença, e a partir desta, a possibilidade de criar uma nova referência que venha a modificar em longo prazo a representação inicial.

Para Jodelet (2001), as representações sociais são formas de conhecimento prático, voltadas para o cotidiano e para a comunicação (senso comum), e são elaborações de sujeitos sociais sobre objetos socialmente valorizados. Como forma de conhecimento prático, refere-se à realidade social e confere às representações sociais a dupla face de estruturas estruturadas e estruturas estruturantes. Por outro lado, as representações são interpretações da realidade, conseqüentemente uma construção social, fruto da realidade intraindividual; a relação com o real é sempre mediada por categorias histórica e subjetivamente constituídas (SPINK, 1993).

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

A comunicação é o meio que favorece a não separação entre o indivíduo e a sociedade e a elaboração da RS, por configurá-la e animá-la, e desse modo lhe dá vida própria, com base nas diferentes formas de comunicação, como a difusão, a propagação e a propaganda, e modos de edificação das condutas de opinião, atitudes e estereótipos (MOSCOVICI, 2003). Nóbrega (2001) considera que a comunicação enquanto fenômeno permite convergir os

indivíduos numa rede de interações, em que qualquer coisa de individual pode tornar-se social ou vice-versa.

Jodelet (2001) destaca que as RS circulam nos discursos, sendo trazidas pelas palavras ou manifestadas pelas mensagens e imagens da mídia, contribuindo para a construção da realidade vivenciada no senso comum. Ao passo que Moscovici compreende que as RS estão vinculadas a valores, a noções e práticas sociais que orientam as condutas no cotidiano das relações sociais e se manifestam por meio de estereótipos, sentimentos, atitudes, palavras, frases e expressões.

A RS é uma visão funcional do mundo, e ao considerá-la enquanto fenômeno complexo, nos deparamos com diversos elementos: informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, entre outros. Dessa forma, permite ao indivíduo ou ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências, permitindo-o se adaptar e encontrar um lugar nesta realidade (ABRIC, 2000).

De acordo com Cardoso (2000), a compreensão das representações sociais se dá em três momentos denominados cenários. O primeiro é aquele em que ocorre a formação das representações individuais, relacionadas ao imaginário social; o segundo cenário do imaginário coletivo, em que se formam as representações sociais; e o terceiro, resultante da interação dos dois primeiros, no qual ocorrem as ações socialmente representadas, denominado de realidade social como atuação.

As representações são classificadas e analisadas por Moscovici (2003) por meio de três sistemas indutores, a saber: difusão, em razão da indiferença dos laços entre o emissor e o receptor da mensagem; a propagação, que tem relação com um objeto e exige uma organização mais complexa da mensagem; e a propaganda, cuja dinâmica encontra-se inscrita nas relações sociais conflituosas e está relacionada à autoafirmação de um grupo. E tem como base de formação os processos da objetivação e da ancoragem.

Ao criar a teoria das representações sociais, o saber do senso comum, Moscovici (2003) também se ocupou em analisar a forma como as representações sociais se formam, concebendo dois processos: a objetivação e a ancoragem. Essas etapas não são distintas ou hierarquizadas, mas entrelaçadas e articuladas, sendo estudadas individualmente apenas com fins didáticos.

A elaboração e funcionamento de uma representação podem ser entendidos através desses dois processos, objetivação e ancoragem, que compreendem a articulação entre conteúdo cognitivo e as determinações sócio-históricas em que surgem e circulam as

representações. Envolvem aspectos figurativos e simbólicos, as dimensões psicológica e social, o esforço e a necessidade humana de lidar com o real, o concreto, o familiar, de modo a dar sentido a vida.

Baseado em Moscovici (1978), ancorar é denominar, classificar fenômenos desconhecidos, novos para o senso comum, a partir de conhecimentos já existentes, atribuindo significado aos objetos. Assim, a ancoragem para esse autor refere-se à inserção orgânica do que é estranho ao pensamento já constituído. Está dialeticamente articulada à objetivação e permite compreender de que forma as representações contribuem para exprimir e constituir as relações sociais e, ainda, permite incorporar o que é desconhecido e novo a uma rede de categorias usuais (NÓBREGA, 1990). A ancoragem enraíza a representação e seu objeto em uma rede de significações que permite situá-los em relação aos valores sociais e dar-lhes coerência; instrumentaliza o saber e dá continuidade à objetivação (JODELET, 2001).

A objetivação consiste na cristalização de uma representação, em reabsorver um excesso de significações, corporificar os pensamentos, tornar físico e visível o impalpável e transformar em objeto o que é representado, enquanto a ancoragem dá a atribuição de significado ao objeto social construído pelo sujeito (NÓBREGA, 2001).

Vala (2001) aborda que a objetivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes das representações e ao percurso por meio do qual tais elementos adquirem materialidade e se formam expressões de uma realidade vista como natural. A objetivação e as fases de construção seletiva, esquematização e naturalização, destacando que o sujeito apreende do conteúdo teórico do objeto alguns elementos para relacioná-los com os outros, agregando-os em um sistema de imagens antes de atribuir ao objeto o caráter de natural, guardando uma relativa coerência. Segundo suas palavras, “não só o abstrato se torna concreto através da sua expressão em imagens e metáforas, como o que era percepção se torna realidade, tornando equivalente a realidade e os conceitos” (VALA, 2001, p. 465).

A naturalização é a projeção abstrata do real, materializando entidades conceituais (NÓBREGA, 1990).

Compreender o fenômeno das representações sociais é necessário para saber e entender os motivos pelos quais uma pessoa ou um grupo busca criar imagens, construir explicações que poderão revelar ou ocultar a sua ou as suas intenções. Nesse sentido, os grupos criam representações para selecionar a informação que advém do meio externo e, desse modo, controlar os comportamentos individuais (MOSCOVICI, 2003).

As RS têm quatro funções essenciais que influenciam fundamentalmente a dinâmica das relações sociais e as práticas. Duas dessas funções foram posteriormente acrescentadas

por Abric (2000) às funções originais atribuídas por Moscovici (1978). De fato, uma explicação adequada dos fenômenos de representação social deve dar conta de suas origens, de seus fins ou funções e das circunstâncias de sua produção. Para Moscovici (2004, p. 34) as representações apresentam duas funções:

- a) Elas convencionalizam os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram. Elas lhes dão uma forma definitiva, as localizam em uma determinada categoria e gradualmente as põem como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. Todos os novos elementos se juntam a esse modelo e se sintetizam nele. Mesmo quando uma pessoa ou objeto não se adequam exatamente ao modelo, nós o forçamos a assumir determinada forma, entrar em determinada categoria, na realidade, a se tornar idêntico aos outros, sob pena de não ser nem compreendido, nem decodificado. Nós pensamos através de uma linguagem; nós organizamos nossos pensamentos, de acordo com um sistema que está condicionado, tanto por nossas representações, como por nossa cultura;
- b) Representações são *prescritivas*, isto é, elas se impõem sobre nós com uma força irresistível. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que nós comecemos a pensar e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado.

Para Abric (2000, p.28) essas representações têm um papel fundamental na dinâmica das relações e nas práticas sociais e respondem a quatro funções que as sustentam:

1) Função de saber: As RS permitem compreender e explicar a realidade. Elas permitem que os atores sociais adquiram os saberes práticos do senso comum em um quadro assimilável e compreensível, coerente com seu funcionamento cognitivo e os valores aos quais eles aderem.

2) Função identitária: As RS definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos. As representações têm por função situar os indivíduos e os grupos no campo social, permitindo a elaboração de uma identidade social e pessoal gratificante, compatível com o sistema de normas e de valores socialmente e historicamente determinados.

3) Função de orientação: As RS guiam os comportamentos e as práticas. A representação é prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias. Ela define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social.

4) Função justificadora: Por essa função as representações permitem, a posteriori, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos. As representações têm por função

preservar e justificar a diferenciação social, e elas podem estereotipar as relações entre os grupos, contribuir para a discriminação ou para a manutenção da distância social entre eles.

Diante do exposto, as representações da doença são situadas em termos mentais, abstraídos do conhecimento incorporado, da influência e das forças sociais e históricas que moldam significados de doença (GOMES; MENDONÇA, 2002, p. 113). Assim, as RS podem subsidiar a análise do significado do corpo revascularizado e sua repercussão para a sexualidade de mulheres que realizaram cirurgia do miocárdio, porque são originadas no cotidiano de cada mulher, com possibilidade de convergir e contribuir para a reelaboração e edificação de uma realidade e identidade social do grupo, com padrões de normas e valores sociais, individuais e históricos determinados pela configuração das RS no plano simbólico e social.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo será descrito o método da pesquisa, destacando-se o tipo de estudo, o cenário, os sujeitos, o instrumento e o procedimento de coleta de dados e as técnicas de análise, considerando-se os aspectos éticos de pesquisas com seres humanos 196/96.

Como método científico é entendido um conjunto de normas básicas de como se deve proceder para produzir-se o conhecimento dito científico.

Utilizou-se de multimétodo, considerando-se que nos estudos de representações sociais o uso de múltiplos métodos permite que cada um desempenhe seu papel, evitando as limitações da abordagem única. E foram definidos para esta pesquisa os métodos qualitativo e quantitativo, tendo em vista as definições e argumentações que seguem.

Esta pesquisa se ocupa de explorar aspectos subjetivos da experiência de mulheres após a realização da revascularização do miocárdio, que remete à maneira de pensar e atribuir significados.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso do tipo descritivo e analítico, com abordagens qualitativa e quantitativa, que buscou apreender o conhecimento do senso comum de mulheres que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio, relacionadas ao próprio corpo e às suas repercussões na sexualidade, baseado na Teoria das Representações Sociais (TRS) de Moscovici (1978), focada na abordagem psicossocial das RS.

Como método de pesquisa, utiliza-se o estudo de caso em muitas situações, para contribuir com o conhecimento que se tem dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados (YIN, 2005, p. 24). Em geral, os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo 'como' e 'por que', quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. (YIN, 2005).

Estudos de casos têm por objetivo aprofundar a descrição de determinada realidade. O tratamento estatístico no estudo de caso é simples quando a análise é quantitativa. A análise qualitativa pode ter apoio quantitativo, mas geralmente se omite a análise estatística ou o seu emprego não é sofisticado. Podem permitir e formular hipóteses para encaminhamento de outras pesquisas (TRIVIÑOS, 2009).

Considera-se descritiva por ter como objetivo primordial a descrição das características de uma determinada população, de um fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre as variáveis (GIL, 2002).

Do ponto de vista metodológico, não há contradição, assim como não há continuidade, entre investigação quantitativa e qualitativa. Ambas são de natureza diferente, entretanto, trata-se de duas perspectivas aparentemente incompatíveis para aproximar-se da realidade observada, mas ambas estão relacionadas às mesmas questões: Quais as condições que permitem ao pesquisador ter acesso à realidade social? Quais critérios possibilitam estabelecer se os procedimentos e as regras interpretativas são adequados para representar os processos de construção do sentido dos atores? (SERAPIONE, 2000, p. 188).

Ainda de acordo com o Serapione (2000, p. 188-89),

[...] poder contar com achados obtidos com métodos qualitativos e quantitativos, permitem garantir um razoável grau de validade externa e interna. As experiências das pesquisas de campo, baseadas em uma perspectiva mais pragmática, sugerem que da combinação das duas abordagens (cada uma no seu uso apropriado) é possível obter ótimos resultados, ao enriquecer o estudo através da mescla criteriosa dos dois métodos, ou seja, a chamada pesquisa multimétodo.

Segundo Minayo (2000), as metodologias de pesquisas qualitativas são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade, sendo inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, como nas construções humanas significativas. Assim, essa concepção coaduna com Flick (2009), quando relata que as abordagens qualitativas têm em comum o fato de buscarem esmiuçar a forma como as pessoas constroem o mundo à sua volta, o que está fazendo ou que está lhes acontecendo em termos, para que tenha sentido e ofereça uma visão rica. Representam formas de sentido, as quais podem ser reconstruídas e analisadas com diferentes métodos qualitativos, para descrever e explicar as questões sociais e psicológicas.

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde. (TURATO, 2005, p. 509).

Os métodos qualitativos devem ser utilizados quando o objeto de estudo não é bem conhecido. Por sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito, são aptos para descobrir novas conexões e explicar significados. De fato, durante a pesquisa, frequentemente emergem relações entre variáveis, motivações e comportamentos completamente inesperados, que não surgiriam utilizando um questionário estruturado, cuja característica técnica é a uniformidade do estímulo (SERAPIONE, 2000, p. 190).

Por outro lado, a abordagem quantitativa utiliza experimentos, lida com números, usa modelos estatísticos para explicar os dados (BAUER; GASKELL; ALLUM, 2008). Para Serapione (2000, p. 188), “[...] a pesquisa quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis”.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

Este estudo foi realizado em um ambulatório de um hospital público e de referência em cardiologia no estado da Bahia, sediado na cidade de Salvador, credenciado como Hospital-Escola, que presta atendimento especializado aos usuários submetidos a cirurgias cardíacas.

O hospital oferece à população um atendimento especializado, focado em doenças cardiovasculares, nefrologia, clínica médica, cardiologia pediátrica, cirurgia vascular geral, clínica cirúrgica e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

São realizadas cerca de 1.000 cirurgias cardíacas anualmente, entre cirurgias pediátricas, vasculares, valvares, revascularização do miocárdio, congênitas, aneurismas e implante de marca-passo.

O referido ambulatório funciona de segunda a sexta-feira, das 07h às 18h, e sábado de 07h às 12h. A equipe de saúde é formada por uma médica coordenadora do serviço, dez médicos em média por turno, que realizam as consultas médicas, uma enfermeira coordenadora, duas enfermeiras assistenciais no turno matutino e uma no turno vespertino, cinco técnicas de enfermagem distribuídas nos dois turnos para verificação de pressão arterial e glicemia capilar, e duas técnicas para realização de eletrocardiograma (ECG) e instalação da medida ambulatorial da pressão arterial (MAPA). Atuam ainda no ambulatório três recepcionistas, duas secretárias administrativas e uma secretária da chefia de enfermagem.

A enfermeira coordenadora responde pelo setor ambulatorial, em que se insere o serviço de cardiologia, e pelo corpo de profissionais de enfermagem.

As enfermeiras assistenciais têm o papel de orientar sobre a terapêutica para os indivíduos que apresentam anormalidades clínicas alarmantes, como crises hipertensivas e alterações significativas da glicemia capilar, centrada apenas na recuperação física/mecânica do corpo.

Observou-se que em razão do número insuficiente de enfermeiras por turno, apenas uma, às vezes duas, no turno matutino, não há uma proposta de cuidado de enfermagem às

peessoas atendidas nas subespecialidades cardiovasculares do ambulatório. Não é realizada a consulta de enfermagem, e nem são fornecidas orientações de cunho social e subjetivo, momento em que a pessoa enferma poderia tirar suas dúvidas sobre a terapêutica, o retorno à vida cotidiana e o comportamento social e sexual pós-procedimento cardíaco.

O atendimento médico no ambulatório de cardiologia é realizado por subespecialidades: cardiologia geral, cardiologia pediátrica, cardiologia cirúrgica (pré e pós-cirúrgico), cardiologia congênita, cardiologia geriátrica, coronariopatia, valvulopatia anticoagulação, arritmologia, marca-passo e hipertensão arterial. Cada especialista atende uma média de 16 usuários por turno.

Os exames solicitados, além do ECG, MAPA, e Ecocardiograma (ECO), são realizados fora da organização, os quais são agendados pelas enfermeiras que dão as orientações para sua realização. Dentre esses exames incluem-se a cintilografia miocárdica; o *Holter* e o Teste ergométrico. Os usuários também são encaminhados para outros serviços para realização de exames laboratoriais, de preferência os centros de saúde do bairro onde residem.

A escolha do campo de estudo deve-se ao fato deste atender uma demanda significativa de pessoas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), submetidas à cirurgia cardiovascular e com base nos seguintes critérios: estar inserido no sistema de municipalização da Secretaria da Saúde do Estado como hospital de referência em cardiologia; realizar o acompanhamento dos usuários do SUS após cirurgia cardíaca; ter como finalidade o ensino, a pesquisa e a assistência; ter o serviço de enfermagem estruturado, organizado e sob a chefia de uma enfermeira.

O ambulatório de cardiologia cirúrgica atende pessoas submetidas às cirurgias, que ainda estão no pós-operatório mediato (POM) e com restrições médicas. Assim, a pesquisa foi desenvolvida no ambulatório de cardiologia geral, pois nele foi possível encontrar mulheres que atendiam aos critérios de inclusão do estudo, principalmente no que diz respeito ao exercício da sexualidade.

4.3 UNIVERSO DA PESQUISA, AMOSTRA E SUJEITOS

Parte-se do entendimento de que as representações que os sujeitos exprimem são construídas, moldadas e retrabalhadas (reconstruídas) dentro de uma dinâmica rede de relações interpessoais em um contexto de pertença social.

Com base na TRS, são considerados sujeitos deste estudo as mulheres que expressam suas RS, atribuindo uma significação específica ao objeto por elas representado (o corpo após a cirurgia de RM), de maneira a conhecer as implicações para a sua sexualidade, por meio de uma visão consensual da realidade para elas, ao partilharem essas definições em seus grupos de pertença.

Como se tratou de um estudo de caso e, pela dificuldade de acesso aos dados que informavam o quantitativo de mulheres que preenchiam aos critérios do estudo atendidas no ambulatório, foi utilizada a amostragem por conveniência. Ressalta-se a utilização da amostra não probabilística selecionada por acessibilidade e por tipicidade. A amostra é definida por acessibilidade quando, longe de qualquer procedimento estatístico, seleciona sujeitos para o estudo pela facilidade de acesso a eles (VERGARA, 2007).

O universo desta pesquisa abrangeu 224 indivíduos que realizaram cirurgia cardíaca, no período de coleta de dados, de 05 de setembro de 2011 a 21 de janeiro de 2012.

Desse total, inicialmente foram excluídos 133 por serem cirurgias de troca de válvulas, 56 por serem homens, restando 35 mulheres agendadas para a consulta de revisão médica no ambulatório. Destas, 07 tinham mais do que 60 anos de idade, não atendendo a um dos critérios de inclusão previamente estabelecidos neste estudo. Dessas 28 mulheres ainda foram excluídas três, porque não compareceram à consulta agendada no período de coleta de dados.

Atenderam aos critérios de inclusão para o estudo 25 mulheres adultas submetidas à cirurgia de RM, que frequentaram a unidade ambulatorial do campo de pesquisa no período de coleta de dados e que possuíam até 60 anos de idade. Como critério de exclusão foi utilizada a idade acima de 60 anos, pois de acordo com a OMS, para os países em desenvolvimento, são consideradas pessoas idosas. E por poder apresentar um viés para a apreensão do objeto de estudo, em razão da maioria das mulheres nessa faixa etária poderem apresentar diminuição significativa da atividade sexual ou abstinência.

Para o teste de associação livre de palavras (TALP) foram utilizadas todas as mulheres que atendiam aos critérios de inclusão. Destas, 15 mulheres participaram da técnica DE com tema, e 07 participaram da Entrevista.

Para a entrevista foram acatadas as recomendações de Triviños (2009) e Trentini e Paim (1999), que destacam que a pesquisadora inicia a coleta de informação sem predeterminar o número de participantes, podendo acrescentá-los no decorrer da coleta, com o objetivo de somar diferentes informações ao tema de pesquisa. Assim, esgotou-se a busca por entrevistadas à medida que ocorreu a repetição de conteúdos em suas falas.

4.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

As pesquisas fundamentadas na Teoria das Representações Sociais requerem uma diversidade de instrumentos para coleta de informações, de modo a possibilitar um maior aprofundamento e complementaridade sobre o tema pesquisado. Utilizou-se uma abordagem multimetodológica para apreensão do conteúdo das representações sociais. Primeiramente, os dados foram colhidos por meio da aplicação de duas técnicas projetivas: o teste de evocação livre de palavras (TALP) e o procedimento de desenhos-estórias (DE) com tema. E, posteriormente, após as técnicas projetivas, mediante a entrevista semiestruturada.

A coleta de dados ocorreu no ambulatório de cardiologia geral, de acordo com a disponibilidade das participantes, no momento de espera ou após a consulta de revisão médica.

Para a aproximação com os sujeitos do estudo, considerando ser um ambulatório de cardiologia geral, inicialmente, durante a triagem com para a verificação da glicemia capilar e da pressão arterial sistêmica, as técnicas de enfermagem questionavam se as mulheres já haviam sido submetidas a algum tipo de cirurgia cardíaca, e quando obtinham uma resposta positiva, as encaminhavam individualmente ao consultório onde a pesquisadora se encontrava. Nesse momento, a própria pesquisadora apresentava-se como enfermeira discente do curso de doutorado e pesquisadora, fazia o convite para participarem da pesquisa, informando o objeto de estudo, os objetivos, os aspectos éticos da pesquisa, as técnicas de coletas de dados e enfatizava que as mesmas não tinham a obrigatoriedade de participar da pesquisa.

Depois de esclarecidas sobre a importância de sua colaboração para a pesquisa e após aceitação, o TCLE (APÊNDICE A) era assinado, conforme determina o Conselho Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 1996).

As informantes foram treinadas para o TALP com outros termos e expressões indutoras específicas diferentes do instrumento da pesquisa, como, por exemplo, carnaval. Esse treinamento, de acordo com Oliveira e Amâncio (2005) e Tura (1998), é necessário para tornar o informante familiarizado com a técnica, além de possibilitar a utilização da expressão indutora do estudo de forma mais descontraída e espontânea.

Por conta da necessidade de economia de tempo para aproveitar a oportunidade de contato com as participantes, as três técnicas de coleta de dados constaram de um único instrumento. Assim sendo, o instrumento utilizado (APÊNDICE B) foi dividido em quatro partes.

A primeira parte constou de itens relacionados aos dados objetivos de identificação do perfil sociodemográfico das participantes, tais como: idade, religião, tempo de cirurgia, manifestação clínica da doença coronariana, vida sexual ativa após a cirurgia e situação conjugal. Não foi incluída a escolaridade como característica sociodemográfica por este dado, conforme Sales (2003), não prejudicar o alcance dos objetivos para a apreensão das representações sociais, pois o senso comum circula por diversos grupos sociais, independente do grau de escolaridade.

A segunda parte caracterizou-se com o TALP, que constitui uma forma de apreensão da representação e permitiu ao informante falar palavras ou expressões, após estímulo da mente, tendo-se como base a solicitação da relação do termo indutor com o objeto de estudo (SÁ, 2002). A aplicação desse teste teve como objetivo apreender a percepção da realidade de um grupo social com base em uma composição semântica preexistente (OLIVEIRA; AMÂNCIO, 2005). Essa técnica permitiu restringir as dificuldades e os limites das expressões discursivas, sendo habitualmente utilizada nas pesquisas de representações sociais, a despeito de ser também baseada numa produção verbal que possibilita a apreensão das projeções mentais de maneira descontraída e espontânea, revelando, inclusive, os conteúdos implícitos ou latentes que podem ser mascarados nas produções discursivas (ABRIC, 1994; OLIVEIRA; AMÂNCIO, 2005).

De acordo com Carvalho (2010), o TALP pode ser aplicável a indivíduos ou grupos de várias faixas etárias e com diversos graus de instrução, o que favorece a apreensão de conteúdos da cultura de variados grupos sociais, tornando esta uma de suas maiores vantagens na pesquisa social.

Assim, para essa mesma autora, nas RS, o TALP contribui para aproximar os métodos quantitativos e qualitativos. Uma vez que aos entrevistados confere-se liberdade de expressão para produzir conteúdos acerca do objeto investigado compatível com abordagens subjetivas-qualitativas, ao mesmo tempo em que possibilita um processamento estatístico típico das abordagens quantitativas.

A parte do instrumento para o TALP constou de quatro termos indutores (variáveis de opinião) relativos à temática: **cirurgia cardíaca; corpo de mulher; seu corpo após a cirurgia; e sexo após a cirurgia cardíaca**. E para a Análise Fatorial de Correspondência (AFC) foram utilizados como variáveis fixas (sociodemográficas): **idade; tempo de cirurgia e vida sexual após a cirurgia** (APÊNDICE B).

A escolha dessas variáveis fixas para este estudo deu-se por considerar-se que a concepção da cirurgia e suas repercussões sobre a representação do corpo e as implicações na sexualidade podem variar de acordo com a idade, resultando em representações com

atribuição de significação completamente diferenciada entre os grupos etários; e por considerar diferenças de intensidade na atividade sexual de acordo com a faixa etária. Além de pressupor que não apenas a idade, mas o tempo de cirurgia pode interferir na vida sexual após a cirurgia. Assim como, o tempo de cirurgia pode influir nas representações das mulheres a depender do menor ou maior tempo de realização do procedimento. Pressupõe-se também que a representação em relação ao corpo e as implicações da sexualidade são mais marcantes para as mulheres que continuam a exercer a atividade sexual.

A forma de coletar as evocações das palavras ou associações livres consistiu em pedir para as entrevistadas produzirem um número específico de palavras e/ou expressões (no caso, cinco) que expressassem a concepção delas sobre o corpo e a sexualidade após a cirurgia de revascularização do miocárdio, utilizando-se o instrumento de coleta de dados impresso. A aplicação desse teste tem como objetivo apreender a percepção da realidade de um grupo social com base em uma composição semântica preexistente (OLIVEIRA; AMÂNCIO, 2005).

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

Nesse sentido, a pesquisadora, ao fazer o uso de técnicas projetivas para a apreensão das RS, tem acesso aos aspectos que se encontram na esfera mais inconsciente dos entrevistados, considerando-se que a depender da temática abordada os sujeitos podem apresentar dificuldades para expressar suas ideias e opiniões durante a entrevista e verbalizar somente o que é aceito no discurso normativo da sociedade (aspectos mais periféricos das RS), e que estão contaminadas pelo discurso ideológico dominante (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003).

A terceira parte foi constituída pelo Desenho-Estória com Tema, que é uma técnica projetiva bastante utilizada na apreensão das representações sociais por favorecer aos indivíduos a revelação de suas representações e facilitar a análise do conteúdo subjetivo e melhor apreensão do objeto de estudo.

As técnicas projetivas devem ser interpretadas como a comunicação entre sujeitos, individuais ou coletivos, cujo psiquismo não é diretamente acessível, de modo completo, pela introspecção e/ou observação do comportamento manifesto (AIELLO-VAISBERG, 1996). Assim, o desenho e a estória funcionaram como agentes facilitadores para o acesso aos conteúdos inconscientes e de acesso difícil em pesquisa, como é o caso da sexualidade.

De acordo com Farias e Furegato (2005), o desenho-estória com tema mostra-se uma técnica projetiva adequada para se criar o ambiente favorável à investigação de aspectos difíceis de abordar e para acessar os conteúdos inconscientes que, frequentemente, não são revelados com o uso de procedimentos de técnicas diretas de abordagens.

Essa técnica foi desenvolvida com base no procedimento de Desenhos-Estórias proposto por Trinca (1987) e combina elementos gráficos com verbais, o que permite a compreensão de aspectos dinâmicos profundos da personalidade e a apreensão do que cada indivíduo diz acerca da subjetividade do seu grupo de pertença (VIEIRA, 2001; COUTINHO; NOBREGA; CATÃO, 2003). Possibilita o acesso às ideias e às emoções de forma mais espontânea (FARIAS; FUREGATO, 2005), pois o sujeito se percebe como sujeito da ação, de sua própria história (MIRANDA et al., 2007).

A aplicação dessa técnica consistiu em solicitar a realização de um desenho sobre a sexualidade, em impresso próprio; após a criação do desenho, as participantes foram orientadas a escrever abaixo da produção gráfica uma estória relacionada ao desenho (APÊNDICE B). A criação do desenho foi individual, utilizando-se de papel ofício e hidrocores ou canetas coloridas. Antes da aplicação do estímulo, foi informado que os desenhos produzidos seriam analisados em conjunto, de modo a manter o anonimato das depoentes (RIBEIRO et al., 2007; FARIAS; FUREGATO, 2005).

Na quarta parte, constaram três questões norteadoras da entrevista: Como uma mulher que passou por uma cirurgia cardíaca se comporta no relacionamento com as pessoas? O que mudou em você, em seu corpo e na sua vida após a cirurgia cardíaca? Após a cirurgia cardíaca, como ficaram o seu relacionamento com o seu parceiro e a sua vida sexual?

A entrevista semiestruturada com roteiro previamente elaborado, testado e corrigido (APÊNDICE B) foi efetivada após preenchimento dos dados demográficos e da aplicação da técnica de associação livre de palavras e do desenho-estória tema.

A entrevista é a forma mais direta de obter informações, e quando realizada individualmente, contém um caráter pessoal, que motiva a entrevistada a responder sobre processos subjetivos da experiência cirúrgica e crenças, assim como revelar sentimentos, emoções e atitudes em relação à sexualidade após a cirurgia de RM (BRASILIENSE, 2007). Na entrevista semiestruturada, o entrevistador faz perguntas pré-estabelecidas que considere principais, mas está livre para ir além, podendo elaborar novas perguntas que tornem as respostas mais completas. Minayo (2003) refere que essa técnica permite combinar perguntas fechadas e abertas de forma que os depoentes respondam a questões com uma variedade de

alternativas previstas e, ao mesmo tempo, exponham livremente suas ideias sobre o tema proposto pelo investigador.

As entrevistas duraram em média 5 a 10 minutos. É válido informar que as depoentes não foram induzidas pela pesquisadora a participar do estudo em nenhum momento. Sendo as entrevistas gravadas com a permissão das mesmas.

Para reduzir possíveis desconfortos, a coleta de dados foi realizada em ambiente restrito. Utilizou-se um consultório onde podiam estar presentes somente a investigadora e a entrevistada, de modo a preservar a privacidade delas e o caráter sigiloso de informações que se referem à intimidade destas, zelando pela integridade e bem-estar das envolvidas, atendendo à Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

4.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

A análise e interpretações dos dados, de acordo com Gomes (2010), têm como foco principal a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre a temática investigada. Sendo necessário considerar tanto as opiniões e crenças homogêneas, quanto a diversidade destas dentro de um mesmo meio social.

A triangulação utilizada como estratégia de análise, nos estudos fundamentados na TRS, possibilita a articulação entre os fatos e as ações dos indivíduos, o que, por sua vez, permite a apreensão dos significados construídos socialmente na relação dos sujeitos com o meio (SOUZA; ZIONI, 2003).

Ao utilizar a TRS buscou-se compreender a realidade cotidiana das mulheres que fizeram a cirurgia de revascularização do miocárdio, ancorada no seu contexto social e cultural, sem isolá-la da sua história de vida. Assim, pretendeu-se abordar a vivência individual dessas mulheres de maneira articulada com sua pertença e interação no grupo social, o que concretiza os fenômenos sociais.

Utilizou-se, na análise dos dados, a técnica análise fatorial de correspondência para os dados do TALP (CIBOIS, 1995), a análise de conteúdo para a análise das histórias dos desenhos (COUTINHO, 2001) e a análise de conteúdo temática para as entrevistas (BARDIN, 2004).

4.5.1 Análise Fatorial de Correspondência (AFC)

Para análise dos dados obtidos mediante o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), as palavras evocadas foram submetidas à análise fatorial de correspondência (AFC) por meio do *software Tri-deux-Mots*.

A AFC constitui-se em uma técnica estatística descritiva multivariada que evidencia as afinidades entre certas linhas e colunas de uma matriz de dados e que se baseia na hipótese da independência entre as linhas e as colunas dessa mesma tabela (OLIVIERA; AMÂNCIO, 2005), o que proporciona a construção de gráficos, os quais revelam as aproximações e oposições dos fatores analisados e, assim, permite “a apreensão e a representação gráfica, em simultâneo, de vários conjuntos de variáveis qualitativas descrevendo um mesmo objeto, evidenciando as inter-relações existentes em cada um dos conjuntos dessas variáveis [...]” (OLIVEIRA; AMÂNCIO, 2005, p. 334). Também “revela o jogo de oposições que são evidenciadas pelos sujeitos nas respostas aos estímulos indutores, favorecendo a identificação das representações sociais nele contido” (PAIVA; AMÂNCIO, 2004, p. 6).

As evocações apreendidas pelos estímulos indutores também foram analisadas qualitativamente, sendo toda a análise fundamentada na perspectiva de gênero e na Teoria das Representações Sociais.

Por meio dessa técnica de análise foi possível cruzar as variáveis de opinião as quais foram levantadas pelos estímulos indutores: **cirurgia cardíaca; corpo de mulher; seu corpo após a cirurgia;** e **sexo após cirurgia cardíaca** como as variáveis fixas: **idade** (menos de 55 anos = 1; a partir de 55 anos = 2); **tempo de cirurgia** (menos de 2 anos = 1; de 2 a 4 anos = 2); e **vida sexual após a cirurgia** (ativa = 1; inativa = 2) para exploração das representações sobre a sexualidade de mulheres submetidas à revascularização do miocárdio.

O processamento do *Tri-Deux-Mots 2.2* obedeceu a três etapas: a primeira etapa – elaboração de dicionário com todas as palavras evocadas referentes a cada estímulo indutor; a segunda etapa – a categorização, que utilizou a frequência e similaridade semântica como critérios; e a terceira etapa – banco de dados, que foi construído com base na organização das variáveis fixas e de opinião, relacionadas a cada estímulo indutor apresentado pelas entrevistadas.

4.5.2 Análise de Conteúdo dos Desenhos-Estórias com Temas

A análise dos desenhos-estórias com temas foi realizada mediante o modelo proposto por Coutinho (2001), que consiste na observação sistemática dos desenhos e temas; seleção dos desenhos por aproximação dos temas; leitura flutuante das unidades temáticas das estórias; recorte e categorização das unidades temáticas; e análise e interpretação dos conteúdos temáticos agrupados por categorias, para auxiliar na organização dos conteúdos das estórias.

4.5.3 Análise Temática de Conteúdo das Entrevistas

Para a análise dos dados obtidos pela entrevista utilizou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2004), quando após a análise crítica dos dados coletados foram feitas a classificação e a codificação dos dados para possibilitar a apreensão dos núcleos de significados da representação e o estabelecimento de categorias, para em seguida interpretar e discutir os resultados.

Dentre os métodos propostos para se realizar uma análise de conteúdo, foi selecionada a análise temática de conteúdo, que propõe desvendar os núcleos de sentido que constituem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado, considerando-se que a presença de determinados temas significa os valores de referência e sentidos presentes no discurso (MINAYO, 2000).

Assim, após a identificação dos núcleos estruturadores ou temas recorrentes nos discursos, buscou-se a manifestação do sentido contido nos conteúdos das diversas falas, de forma a permitir a compreensão das representações sociais.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, analisadas, submetidas à classificação e codificação das áreas temáticas de conteúdo para possibilitar a apreensão dos núcleos de significados da representação das mulheres que realizaram a cirurgia de RM, com base no desenvolvimento da pré-análise à organização dos dados, exploração dos materiais coletados e tratamento e interpretação dos resultados. Seguiu-se o plano de análise, conforme as etapas sugeridas por Bardin (2004) e Vala (2001): constituição do *corpus* ou conjunto de documentos; leitura flutuante; codificação e agrupamento em subcategorias simbólicas; categorização; descrição das categorias; e tratamento e interpretação dos resultados.

Ao sistematizar a organização dos dados para a composição do *corpus* da pesquisa, seguiu-se a orientação de Bardin (2004) e Vala (2001). Na pré-análise, ponderando-se os objetivos propostos e para sistematizar as ideias iniciais que levaram ao esquema do plano de análise, foi realizada a leitura flutuante do conteúdo das entrevistas, pela qual foram escolhidos os documentos relativos à representação social das mulheres sobre o seu corpo após a cirurgia e a repercussão na sexualidade, para constituição do *corpus*.

De acordo com a orientação de Vala (2001), foram considerados dois tipos de unidades: unidade de contexto, o parágrafo; unidade de análise ou unidade de registro, o tema ou unidade de informação. Após a leitura exaustiva foram separadas as unidades de contexto para realização dos recortes e definição das unidades de análise referentes à RS das mulheres submetidas à cirurgia de RM e suas repercussões na sexualidade.

A unidade de contexto corresponde ao maior segmento da mensagem, ou seja, o segmento mais largo de conteúdo que o analista examina sobre o objeto em estudo, sendo um suporte importante de validade e fidelidade do trabalho dos analistas para melhor compreensão dos núcleos de significados, e que serve de compreensão para codificar a unidade de informação. Esta última é a menor unidade de significação a ser codificada e corresponde ao segmento do conteúdo considerado como unidade temática base, que visa à subcategorização, e categorização. Caracteriza-se como uma asserção sobre determinado assunto que pode ser uma simples sentença (sujeito e predicado) ou um conjunto delas, sendo a mais útil unidade de registro, em análise de conteúdo, indispensáveis nos estudos sobre valores, crenças, atitudes e opiniões (FRANCO, 1986).

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

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

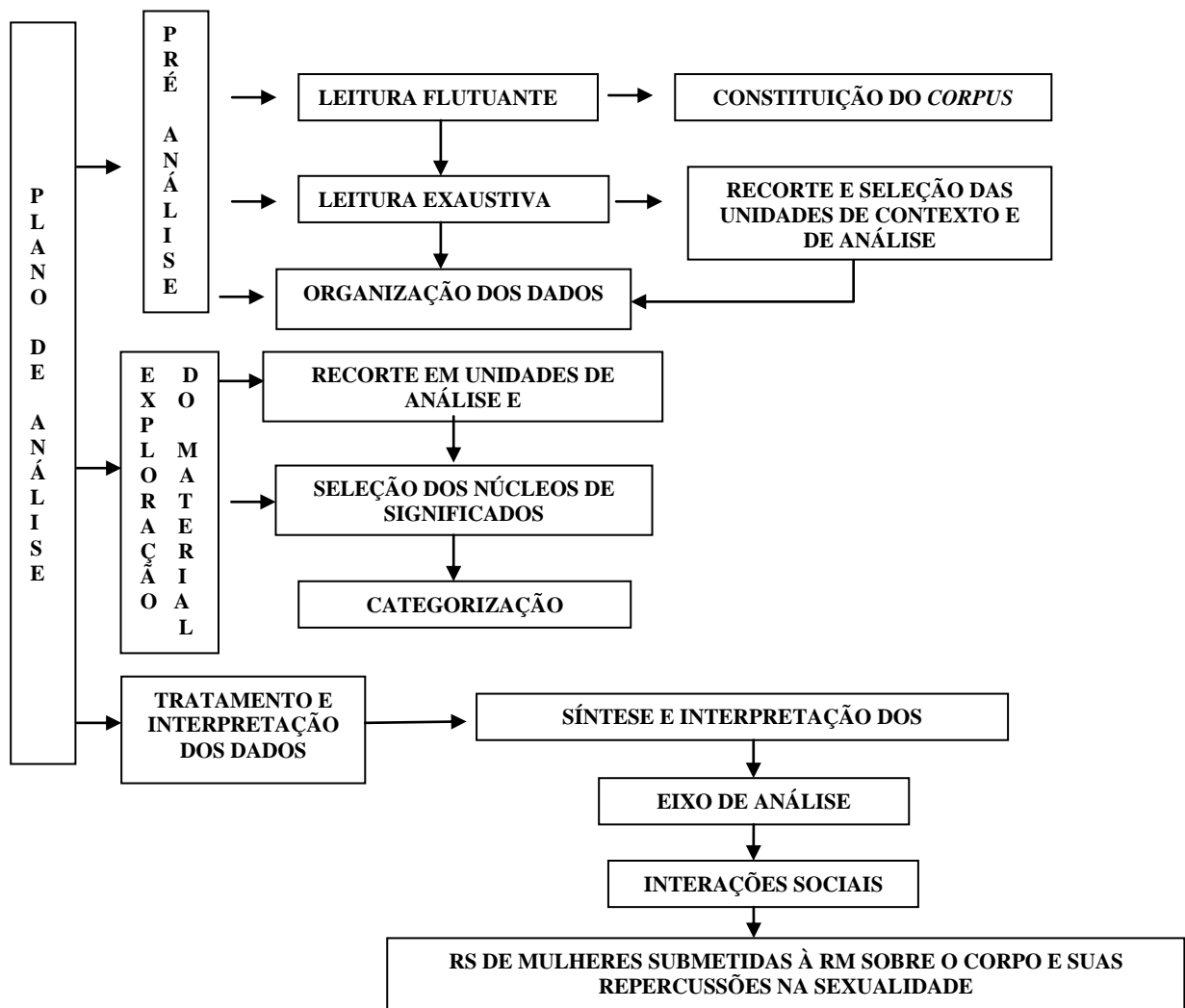
Na etapa de Tratamento, Interpretação e Inferência sobre os dados foram analisados os resultados reveladores de significados sobre as representações das mulheres pesquisadas sobre o objeto de estudo. Em seguida, foi realizada a síntese da análise dos resultados, considerando como eixo de análise as interações sociais do grupo em estudo para apreensão das RS de mulheres submetidas à cirurgia de RM sobre o corpo e suas repercussões na sexualidade.

A seguir apresento, na Figura 1, o esquema com a síntese da análise de conteúdo das entrevistas, considerando como eixo de análise as interações sociais do grupo em estudo para apreensão das RS dessas mulheres submetidas à RM.

Considerando-se que este é um estudo que aborda questões relativas à sexualidade, para análise dos dados coletados, “gênero” foi utilizado como categoria de análise.

A estratégia metodológica de triangulação dos dados coletados foi utilizada por permitir, concomitantemente, a validação dos dados e uma inserção mais aprofundada no contexto de onde emergem os fatos, as falas e as ações dos sujeitos (SOUZA; ZIONI, 2003).

Esquema 1– Plano de Análise Temática de Conteúdo



Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho.

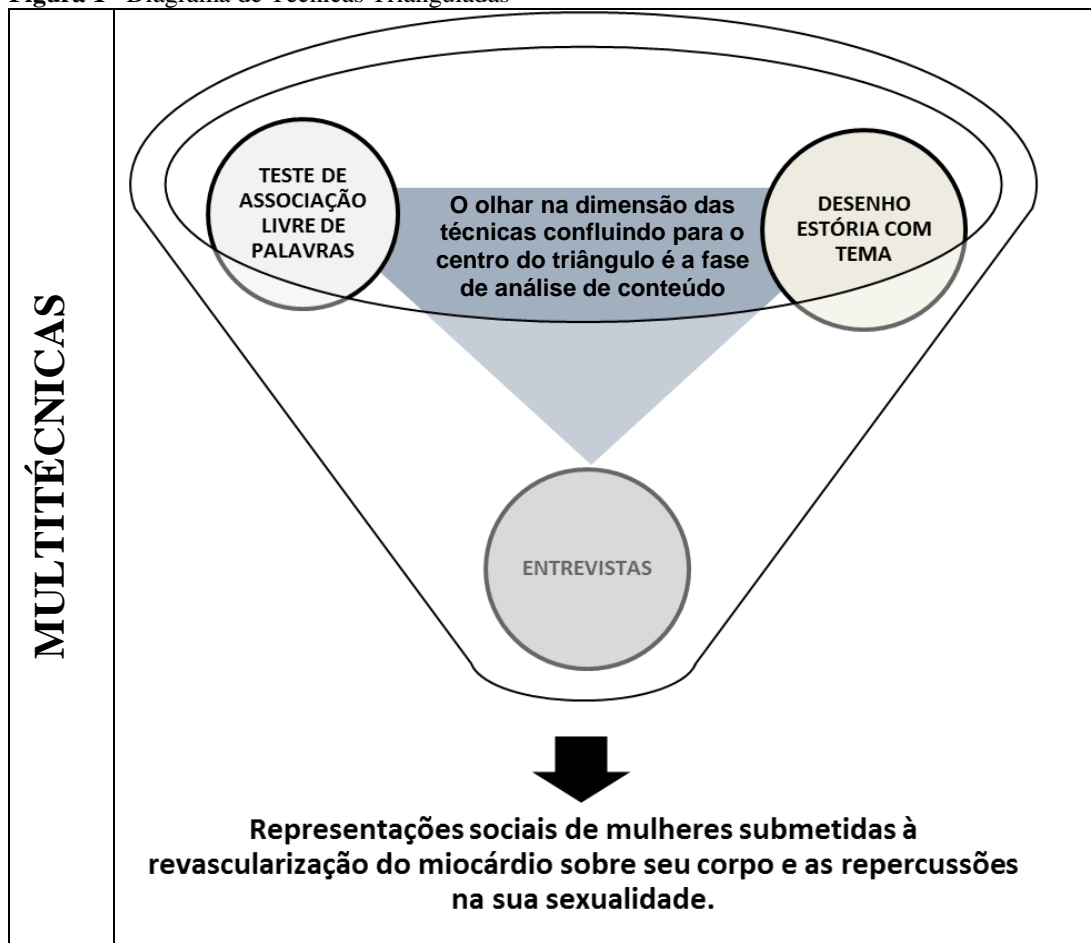
A triangulação metodológica é sugerida com o objetivo de enriquecer a compreensão do fenômeno e fortalecer a confiança nas interpretações (CRUZ, 2003; SPINK, 1995). Assim, considerar a questão de pesquisa a partir de diferentes abordagens metodológicas

(triangulação) implica assumir diferentes perspectivas sobre a temática, que podem ser substanciadas pelo emprego de vários métodos e/ou em várias abordagens teóricas, devendo estas estar ligadas. Além disso, refere-se à combinação de diferentes tipos de dados no contexto das perspectivas teóricas que são aplicadas aos dados (FLICK, 2009, p. 62).

Ainda de acordo com Flick (2009), a triangulação metodológica envolve um processo complexo de comparar cada método com o outro de forma a maximizar a validade dos esforços de campo. Nesse contexto, a discussão de triangulação também envolve o uso de observações históricas, biográficas e, quando for o caso, específicas em termos de gênero.

A Figura 1 apresenta a compreensão do jogo geométrico do diagrama de multitécnicas trianguladas para conhecer, compreender e analisar as informações das mulheres do estudo. Triangular significa imbricar as informações provenientes das três técnicas. A figura do triângulo, no qual de um lado está o TALP, no outro, o DE com tema e, no terceiro lado, a entrevista, converge para o centro para a compreensão da confluência das técnicas da análise e interpretação dos dados (TEIXEIRA, 2009).

Figura 1– Diagrama de Técnicas Trianguladas



Fonte: Elaborada pela autora deste texto com base em Teixeira (2009, p.101).

No centro do triângulo está a análise temática advinda das evocações, das estórias e dos discursos das informantes, que ao serem imbricados afunilam-se para a representação social de mulheres sobre seu corpo após cirurgia cardíaca e as repercussões desta para a sua sexualidade, revelando-se um processo dinâmico de análise que permitiu conhecer, compreender e analisar as informações das mulheres que participaram desta pesquisa.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi desenvolvida com base nas normas e diretrizes da pesquisa com seres humanos, estabelecidas pela Resolução 196/ 96, usando o protocolo de consentimento livre e esclarecido dos sujeitos (BRASIL, 1996).

Inicialmente, o projeto foi encaminhado ao Campo de Estudo para solicitação da autorização visando ter acesso para a realização da pesquisa. Em seguida, foi protocolado no Sistema Nacional de Pesquisa (SISNEP) mediante o preenchimento da Folha de Rosto de protocolo de pesquisa, e, posteriormente, enviado ao Comitê de Ética para que fosse feita a sua apreciação.

Os primeiros contatos com a unidade ocorreram após a aprovação do comitê de ética da organização que serviu como campo de pesquisa, quando a pesquisadora foi apresentada, atendendo a solicitação de entrega do projeto, e recebeu a autorização para ingressar na unidade para a realização do estudo. Nesse momento foi entregue uma cópia do projeto, juntamente com um ofício de encaminhamento, folha de rosto para apreciação e a autorização para a coleta de dados. Após a aprovação pelo comitê, conforme processo sob o número 69/2011, foi efetivado o primeiro contato com a coordenadora geral de enfermagem para apresentação do projeto e seus objetivos. Em seguida foi realizado o mesmo procedimento com as enfermeiras assistenciais e os demais membros da equipe de saúde do ambulatório de cardiologia.

Buscando respeitar a privacidade das participantes, elas foram convidadas individualmente para integrar o estudo. Foram esclarecidas em relação ao sigilo e anonimato, e que toda informação obtida de sua participação neste estudo seria tratada de forma estritamente confidencial, deixando claro que os resultados obtidos seriam utilizados apenas para fins científicos, ficando sua identidade mantida em sigilo, sendo de conhecimento apenas da investigadora do estudo, e que seus nomes não seriam revelados em qualquer relatório ou publicação resultante do estudo. Para efeito de divulgação e para garantir o anonimato das informantes, os discursos e desenhos seriam identificados mediante enumeração.

Dessa forma, foi preservada a privacidade, através de entrevistas individuais em consultórios e o anonimato; a participação foi voluntária, elas tinham o direito de aceitar ou não participar desta pesquisa e poder desistir ou anular o consentimento em qualquer fase, caso decidissem, sem prejuízo algum para sua assistência. E que poderiam ter acesso, a qualquer tempo, às informações da pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas, respeitando as normas e diretrizes da pesquisa com seres humanos estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

As entrevistadas também foram orientadas quanto aos objetivos da pesquisa, os riscos e os possíveis benefícios dessa participação. Esta pesquisa, embora não ofereça nenhum risco à integridade física das pessoas nela envolvidas, poderia causar-lhes constrangimento em razão da exposição de suas percepções e por tratar de questões íntimas de sua vida social, afetiva e sexual. As entrevistadas poderiam sentir-se com medo de ser criticadas ao expor seus valores e crenças. Todavia, com as medidas tomadas para preservar a privacidade e a aproximação realizada com as mulheres do estudo, observou-se que as entrevistadas não se apresentavam constrangidas, mas discursavam mais fluentemente sobre a cirurgia do que sobre o tema sexualidade.

Considerou-se como possibilidade dos benefícios que os dados fornecidos possam ajudar a construir novos referenciais para o estabelecimento de propostas e contribuir de forma positiva na construção de modelos da prática assistencial, assim como o estudo poderá garantir o desenvolvimento de um cuidado efetivamente mais humanizado.

As entrevistas foram coletadas e gravadas em um gravador digital após anuência das participantes e assinatura do termo livre de consentimento (APÊNDICE A). Logo após a gravação as participantes puderam escutar, revisar, modificar ou acrescentar, ou ainda retirar conteúdos e/ou quaisquer informações que julgassem pertinente, mas nenhuma delas teve o interesse de fazê-lo.

As entrevistas foram transcritas na íntegra imediatamente após o seu término, tal como preconiza a tradição das pesquisas qualitativas, porém, quando necessário, houve uma adequação do discurso oral à linguagem escrita, para se garantir a inteligibilidade do depoimento (PALOS, 2000).

Os resultados deste estudo, além de publicados na tese, serão apresentados sob a forma de artigos, em congressos e encontros científicos. E os dados serão conservados pela investigadora para posterior aproveitamento em outras pesquisas, bem como para a necessidade de dirimir quaisquer dúvidas, atendendo ao que determina a Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996), do ministério da saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A elaboração de representações sociais sobre o corpo após a revascularização do miocárdio em mulheres é uma experiência que se inicia antes mesmo da cirurgia, na medida em que elas, nos ambulatorios, nos hospitais e por meio da mídia, partilham imagens, conceitos e opiniões que influenciam o seu modo de pensar e de agir após a cirurgia, configurando um tipo de conhecimento específico desse grupo, o conhecimento do senso comum.

Os resultados serão apresentados, inicialmente, através da caracterização sociodemográfica das participantes, seguido dos dados obtidos mediante a AFC das evocações do TALP e, posteriormente, aqueles provenientes das entrevistas e dos desenhos-estórias com temas. Por fim, será apresentada a análise e discussão dos resultados, utilizando-se o suporte da TRS e gênero.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES

A população da pesquisa foi composta por mulheres que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio e estavam em consulta de revisão cirúrgica na unidade ambulatorial do campo de pesquisa no período de coleta de dados, e que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos para esta pesquisa. A amostra foi composta por 25 mulheres. Em seguida, os dados serão apresentados em forma de tabela.

Na Tabela 1 estão apresentados os dados sociodemográficos da amostra para o TALP, 25 participantes.

Tabela 1 – Características sociodemográficas das mulheres que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio (n=25) – Salvador (BA) – set. 2012–jan. 2013

Características Sociodemográficas	n (%)
Grupo etário	
49 – 54 anos	7 (28 %)
55 – 59 anos	18 (72%)
Manifestação clínica da DAC antes da cirurgia: IAM/ Angina	
Sim	24 (96 %)
Não	1(4%)
Tempo de cirurgia	
Menos de 2 anos	8 (32%)
De 2 a 4 anos	17 (68%)
Situação conjugal	
Casada	13 (52%)
Relação estável/ vive com um companheiro	4 (16%)
Solteira	2 (8%)
Viúva	2 (8%)
Separada /Divorciada	4 (16%)
Vida sexual após a cirurgia	
Ativa	17 (68%)
Inativa	8 (32%)

Fonte: Elaborada pela autora deste trabalho.

Quanto à idade, 72% da amostra pertenciam à faixa etária igual ou superior a 55 anos. A idade é um fator de risco importante, principalmente após os 55 anos, pois há atuação diretamente nas paredes das artérias, por meio de alterações morfológicas e funcionais relacionadas ao envelhecimento, e, indiretamente, por contribuir para um maior tempo de

exposição a outros fatores de risco que influenciam no desenvolvimento da patologia (MEIRA, 2004; STEFFENS, 2003), o que favorece o aparecimento de doenças cardiovasculares. Estudos como os de Amato et al. (2004) e Conti e Rocha, (2005) também destacam a prevalência dos fatores de risco, acima de 55 anos de idade, relacionada à evidência de maior risco de evento cardiovascular no sexo masculino do que no sexo feminino, antes da perda do estrogênio na menopausa.

Do total de entrevistadas, 24 (96%) apresentaram manifestação clínica da doença coronariana antes da cirurgia, e apenas 1 (4%) não apresentou. É fato conhecido que a mulher está mais protegida do que os homens contra a doença cardiovascular durante a idade fértil, pelo possível efeito do hormônio estrógeno, ocorrendo o aumento da vulnerabilidade dessas mulheres a partir da quarta década, quando se inicia o declínio desse hormônio.

Em geral, a doença cardiovascular na mulher manifesta-se mais tarde que no homem, e soma-se a múltiplos fatores de risco, geralmente não sendo o infarto do miocárdio a primeira manifestação da doença na mulher. Não obstante ser a primeira manifestação da doença coronária na mulher, nela ocorre em idade mais avançada, é mais silenciosa e associa-se sempre a uma mortalidade duas vezes maior que a do homem (CONTI et al., 2002).

O tempo máximo transcorrido da cirurgia cardíaca entre as participantes do estudo foi de 4 anos. Considerando-se que 8 (32%) tinham menos de 2 anos de operadas (média de 1 ano) e 17 (68%) de 2 anos a 4 anos cirurgia. Para processamento no programa *Tri-Deux-Mots* 2.2 para a AFC considerou-se a média de 2 anos em relação ao tempo transcorrido da cirurgia, encontrado entre as participantes.

Notou-se que o tempo decorrido da cirurgia concentrou-se entre 2 a 4 anos (17%), possivelmente pelo fato de apartir dos seis primeiros meses a revisão médica ser agendada de forma mais espaçada, geralmente para intervalos anuais. O período de até cinco anos após a cirurgia corresponde à fase de controle e manutenção da reabilitação cardíaca, o que permite que as pessoas possam desenvolver suas atividades com mais autonomia e de forma efetiva.

Por um lado, encontram-se também aqueles com menos de dois anos de cirurgia, tempo ainda considerado como período de insegurança e adaptação, pois os indivíduos que foram revascularizados nos últimos 24 meses sentem-se inseguros em relação ao retorno às atividades laborais, sociais e sexuais. Enquanto aqueles com maior tempo, cuja cirurgia transcorreu há período igual ou acima de 4 anos, frequentemente não aderem mais às revisões médicas de controle, por, normalmente, neste período já se encontrarem melhor adaptados à vida pós-cirurgia (RODRIGUES, 2008).

Quanto à situação conjugal, 13 (5,2%) eram casadas, 2 (8%) solteiras, 2 (8%) viúvas e 4 (16%) separadas/divorciadas, e 4 (16%) viviam relações estáveis. Dentre as 4 mulheres separadas/divorciadas, 2 entrevistadas afirmaram que a cirurgia contribuiu para provocar a separação. Esses dados demonstram que o fato de a maioria das mulheres ser casada pode ter maior apoio, não só do marido, como de outros familiares, como os filhos.

Ressalta-se que 17 (68%) entrevistadas mantiveram a vida sexual ativa após cirurgia e 8 (32%) não exerciam atividade sexual.

Para acessar o conhecimento do senso comum elaborado por mulheres submetidas à revascularização do miocárdio sobre seu corpo e sexualidade foi necessário ingressar no contexto partilhado pelas mesmas após a RM, em busca de suas falas, suas imagens e experiências, para apreender e analisar as suas representações sociais sobre o corpo e, por fim, discutir as implicações desse conhecimento particular para as vivências da sexualidade, à luz da TRS e de gênero, as quais serão apresentadas neste capítulo.

5.1.1 Análise Fatorial de Correspondência (AFC)

Os dados obtidos mediante a técnica de associação livre de palavras, oriundos da evocação aos estímulos (E) indutores: **cirurgia cardíaca** (E1), **corpo de mulher** (E2), **seu corpo após a cirurgia** (E3) e **sexo após a cirurgia cardíaca** (E4) foram agrupados conforme o significado semântico. E, posteriormente, processados pelo *software Tri-Deux-Mots*, versão 2.2, e submetidos à AFC, permitindo a apreensão das RS das mulheres do estudo.

O tratamento dos dados foi realizado tomando como referência a frequência igual ou superior a 4 (quatro) para as evocações de um mesmo estímulo indutor. O banco de dados foi constituído pelas variáveis fixas (sociodemográficas): **idade**, **tempo de cirurgia** e **vida sexual após cirurgia**, conforme mostrado no Quadro 1.

VARIÁVEIS FIXAS (SOCIODEMOGRÁFICAS)			ESTÍMULOS
Idade	Tempo de cirurgia	Vida sexual após cirurgia	E1= Cirurgia cardíaca E2 = Corpo de mulher E3 = Seu corpo após cirurgia E4 = Sexo após cirurgia cardíaca
1 - menos de 55 anos 2 - a partir de 55 anos	1 - menos de 2 anos 2 - 2 a 4 anos	1 - ativa 2 - inativa	
FATORES 1 e 2			
F1+ = Mulheres sexualmente ativas após a cirurgia; entre 2 a 4 anos de cirurgia.			
F1- = Mulheres sexualmente inativas após a cirurgia; e menos de 2 anos de cirurgia.			
F2+ = Mulheres com menos de 55 anos e de 2 anos de cirurgia.			
F2- = Mulheres a partir de 55 anos; e entre 2 a 4 anos de cirurgia.			

QUADRO 1 – Estímulos indutores e variáveis fixas da Análise Fatorial de Correspondência. Salvador-Bahia, 2013. Fonte: Elaborado pela autora deste trabalho.

O Gráfico 1 apresenta o resultado do TALP aplicado a uma amostra de 25 mulheres, ao conjunto dos 4 estímulos acima categorizados, que evocaram 421 respostas (ver Anexo A), das quais 129 foram diferentes. As palavras sublinhadas correspondem às variáveis sociodemográficas, e a cor dupla (azul e vermelho) numa palavra significa que a mesma contribuiu na construção dos dois fatores (F1 e F2).

O primeiro fator, **F1**, horizontal e de cor vermelha, explica 47,8 % da inércia total e possui valor próprio de 0,041916; o segundo fator, **F2**, eixo vertical e de cor azul, explica 42,2% da inércia total, com valor próprio de 0,037027, o que se traduz na soma dos dois fatores em 90% de significância, superando, em muito, o valor mínimo esperado nos estudos de representações sociais (15%).

O Fator 1 explica a porção maior de informações e mais importante dos dados, sendo complementado pelas informações fornecidas no Fator 2.

No mesmo Gráfico 1 estão representadas algumas palavras seguidas de dois numerais, o 1º número referente ao estímulo correspondente e o 2º numeral correspondente à variável idade (cor preto), pois em um segundo momento, ainda por meio do software *Tri-deux-mots* 2.2, foi colocada em oposição para a análise fatorial de correspondências, apenas a variável fixa “idade”, em oposição aos mesmos estímulos indutores.

Essa necessidade em relação ao fator idade ocorreu em razão de uma maior clareza sobre qual grupo etário se referiu a determinadas palavras. Dessa maneira, A variável idade permanece identificada conforme legenda, com o número 1 para as mulheres com idade inferior a 55 anos e 2 para as mulheres com idade igual ou superior a 55 anos.

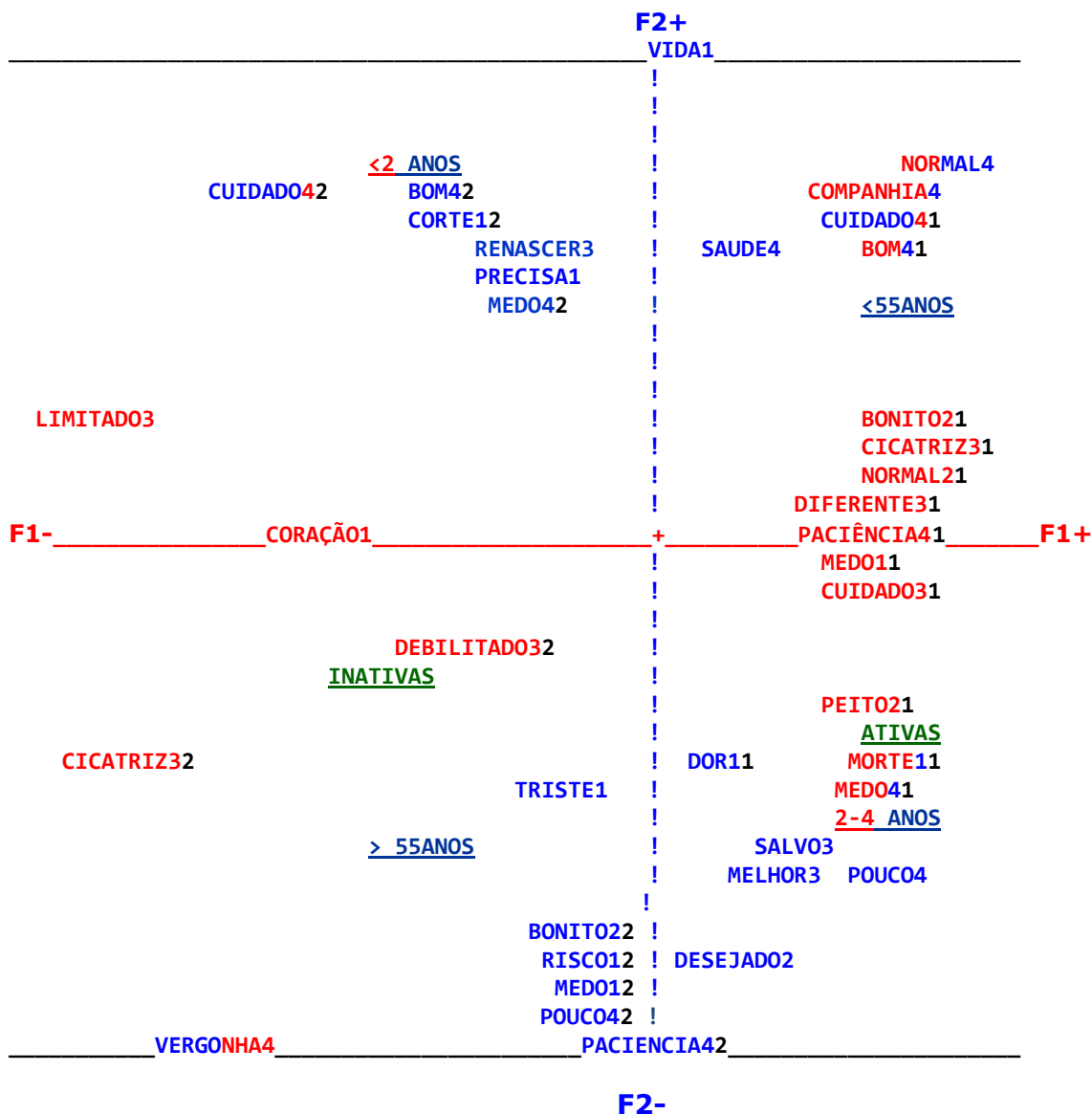


GRÁFICO 1 – Representação gráfica (Fatores 1 e 2) da AFC das RS de mulheres sobre seu corpo e as repercussões na sexualidade após a revascularização do miocárdio – Salvador-Bahia, 2013. Fonte: *Tri-deux-mots 2.2*

O Gráfico 1 evidencia no Fator 1 uma oposição entre a vida sexual e o tempo de cirurgia. Em razão da relação entre essas variáveis pode-se dizer que o fator 1, ou eixo 1, seja denominado de **vida sexual e tempo de revascularização do miocárdio (cirurgia)**.

No F1+, vermelho, lado positivo, à direita, encontram-se as mulheres sexualmente ativas após a cirurgia (68,9% de respostas), que já foram submetidas à intervenção cirúrgica cardíaca há um tempo mais longo de experiência, que decorre entre 2 e 4 anos (68,2% de respostas). Com relação ao estímulo 1 (cirurgia cardíaca), essas mulheres evocaram respostas **medo**, e **morte**. Sobre o estímulo 4 (sexo após cirurgia cardíaca), consideraram que é **normal** e é necessário ter **paciência**.

As mulheres sexualmente ativas com tempo de cirurgia acima de 2 anos, mesmo com o passar do tempo, ainda representam a cirurgia cardíaca como **medo e morte**. O que pode levar à inferência de que essas mulheres vivem preocupadas com a possibilidade de um novo evento coronariano e, ainda, com a necessidade de outra cirurgia. A insegurança provoca um aumento da dor física e moral e do sofrimento, não apenas pela crença relativa na instância da morte, mas também pela dificuldade de expressão deste sentimento até para si próprio (KOURY, 2003). Representam ainda o sexo após a RM como **normal**, a despeito de referirem a importância da **paciência** para retornar à vida sexual.

No mesmo Fator 1, vermelho, lado negativo, oposto ou à esquerda, as que possuem vida sexual inativa (31,1% respostas) somadas às que realizaram a cirurgia há menos de 2 anos (31,8% respostas) referem-se à cirurgia cardíaca (E1) como um **corte** que é realizado no **coração**. Esse grupo de mulheres considera que seu corpo após a cirurgia (estímulo 3) ficou **debilitado**, marcado pela **cicatriz** e que sofre com **limitações**. Com relação ao sexo após a cirurgia (estímulo 4), elas se sentem **envergonhadas** e acreditam que têm que ter **cuidado**.

Chama atenção o fato de que as mulheres que realizaram a cirurgia há menos de 2 anos ainda não têm vida sexual. Assim como o fato de ninguém, nos dois grupos, ter evocado qualquer resposta sobre o estímulo 2 (corpo de mulher).

Em virtude do menor tempo de realização da cirurgia de revascularização do miocárdio, ainda permanece forte a representação da cirurgia com aspectos negativos relacionados com a estética, corte e cicatriz, e com aspectos físicos que limitam o corpo, que causam vergonha e requerem cuidado na atividade sexual. O contexto social modela o corpo com os valores sociais vigentes, colocando a autoimagem como geradora de atributos pessoais e coletivos, produzindo diferentes valores, potencialidades e possibilidades de colocação nos mercados (profissional ou sexual), interferindo, assim, na relação com os parceiros, amigos e família (FERREIRA, 2006).

Para Dantas, Aguillar e Barbeira (2001), a realização da atividade sexual antes da cirurgia e seis meses após está atrelada a mudanças e adaptações. No estudo dessas autoras, houve tendência da população estudada mudar sua atitude com relação às atividades sexuais, não retornando às mesmas após a RM – 82,3% alegaram vida sexual ativa antes da revascularização cardíaca. Dentre os pacientes que não haviam retornado à vida sexual, alegaram a não liberação médica e referiram perda da libido em decorrência dos problemas de saúde. Essas autoras detectaram também que os pacientes, em sua maioria, reiniciaram as atividades sexuais dois meses após a cirurgia (DANTAS; AGUILLAR; BARBEIRA, 2001).

Ainda no referido estudo, observou-se uma tendência da população estudada a não retornar às atividades sexuais após cirurgia antes do fim da cicatrização da esternotomia, ou seja, dentro das 8 (oito) primeiras semanas, período pós-cirúrgico em que os pacientes, geralmente, não haviam sido avaliados em um segundo retorno médico. Ressaltam, ainda, as autoras, que os aspectos relacionados à vida sexual foram pouco discutidos entre o médico-doente-esposa (DANTAS; AGUILLAR; BARBEIRA, 2001).

O Fator 2, cor azul, vertical, caracteriza-se pela idade ou fator etário. Na parte superior (F2+) encontram-se as mulheres com idade abaixo de 55 anos (38,2% de respostas), coincidindo, também, com as que têm menos de dois anos de cirurgia, em oposição ao F2 negativo, parte inferior, onde se localizam as mulheres com idade igual ou acima de 55 anos (61,8%) e experiência mais longa com a realização da cirurgia cardíaca.

Pode-se observar no Gráfico 1 uma representação com atribuição de significação completamente diferenciada entre os dois grupos etários quanto à cirurgia cardíaca e à prática sexual após a intervenção médica.

Diversos estudos destacam a prevalência dos fatores de risco, acima de cinquenta anos de idade, relacionada às alterações morfológicas e funcionais das artérias causadas pelo envelhecimento e a evidência de maior risco de evento cardiovascular no sexo masculino do que no sexo feminino, antes da perda do estrogênio na menopausa (AMATO et al., 2004; CONTI; ROCHA, 2005; MEIRA, 2004; STEFFENS, 2003). É possível que outros fatores biológicos, psicossociais e comportamentais possam, também, contribuir para as diferenças de mortalidade entre os sexos. Conforme Varela, Salema e Bartilotti (2007), entre essas variáveis devem ser incluídas: índice de massa corpórea, nível socioeconômico, frequência de detecção e tratamento de doenças associadas, estresse psicológico e o comportamento do doente na busca de cuidados médicos.

As mulheres de idade menor que 55 anos e com menos de dois anos de cirurgia, situadas na parte superior do Gráfico 1, representam a cirurgia cardíaca (E1) como necessária, é **preciso** ser realizada, pois significa, sobretudo, **vida**. É tão significativa essa intervenção cirúrgica que seu corpo, após a cirurgia (E3), se fez **renascer**. O estímulo sexo após a cirurgia (E4) foi representado pelas evocações **bom, normal, saúde**, tem que ter **cuidado e companhia**, o que significa não abandono.

Em resumo, esse grupo ressalta os aspectos de otimismo e perseverança por considerar-se renascida, ter resgatado a vida, supostamente temida pela ameaça de morte, recuperado a saúde, embora represente a continuidade da atividade sexual sintomática. Esta última representada de forma muito moderada e sem expressão de entusiasmo. O que deixa

subjacente que algum segredo não foi revelado a respeito da atividade sexual, se for considerado o quanto o sexo é central na vida das mulheres saudáveis e sem impedimentos ou limitações físicas.

A situação é mais afrontosa para as mulheres com idade acima de 55 anos e com experiência no tempo de cirurgia entre 2 e 4 anos. Esse grupo é marcado pelo pessimismo em relação à própria cirurgia cardíaca (E1), que mesmo após anos de realizada, ainda é considerada um **risco** e algo **triste**.

Por outro lado, é o único grupo que quando responde ao estímulo 2 (corpo de mulher) representa que existe **desejo**, e quando fala do próprio corpo após a cirurgia (E3) interpreta este com diversos adjetivos negativistas, expressando o aspecto da frustração, do mal-estar consigo mesma. O corpo após a cirurgia é representado como **salvo**, de uma suposta tragédia, mas considerado apenas como **melhor**. Em meio a essa situação, o sexo após cirurgia cardíaca (E4) é **pouco** e pesaroso, pois causa **vergonha**.

As mulheres maiores de 55 anos que têm 2 a 4 anos de cirurgia são as únicas que representam o corpo de mulher como desejado, idealizado. Entretanto elas consideram o seu corpo apenas como salvo e melhor, mas não o referem como desejado; fazem pouco sexo por ter vergonha do corpo cicatrizado e medo de prejudicar a cirurgia ou ter um novo infarto.

Essas mulheres podem sentir vergonha simplesmente ao se imaginarem expostas, quando desnudas durante a atividade sexual. Nesse momento sentem-se vulneráveis por mostrar o corpo marcado por uma cicatriz que remete a uma doença do coração, tornando-as frágeis e limitadas, e por outro lado pela estética corporal comprometida.

De acordo com Le Taille (2002), as representações de si são sempre valorativas e a tendência natural de cada um é procurar imagens positivas de si. Assim, fica claro por que uma imagem negativa causa uma dor psíquica: causa um sentimento de inferioridade em relação à boa imagem que se quer ter.

Como conclusão, as mulheres que passaram pela cirurgia de revascularização do miocárdio, independente da faixa etária, terem pouco ou mais tempo de experiência pós-cirúrgica e terem ou não atividade sexual após o procedimento, representam a intervenção cirúrgica cardiológica como um fato marcante na vida, com repercussões negativas na vida sexual. Ainda que as mulheres com menos de 55 anos de idade e pouco tempo de cirurgia sejam otimistas, a ênfase é dada ao corpo e à vida que venceu a morte.

As representações sobre a vida sexual após a cirurgia tentam dissimular a devastação oculta nas respostas sintomaticamente manifestas. A maioria cautelosa e reservada (cuidado, paciência, pouco), ou de lamentação autodepreciativas (vergonha), indica os prejuízos do

corpo dilacerado com cicatrizes expostas, que engendram profundos danos emocionais e psicológicos. O evidente sofrimento moral do estigma não consegue disfarçar a ocultação de uma grande fratura, não mais física, pior e mais difícil de curar, o sentimento de anulação socioafetiva.

Em um segundo momento, ainda por meio do *software Tri-deux-mots 2.2*, foram colocadas em oposição, para a análise fatorial de correspondências, apenas as variáveis fixas/sociodemográficas “idade”, em relação aos mesmos estímulos indutores: cirurgia cardíaca (E1); Corpo de mulher (E2); Seu corpo após a cirurgia (E3) e Sexo após a cirurgia cardíaca (E4). Essa necessidade em relação ao fator idade ocorreu em função de tornar mais claro qual grupo etário referiu-se a determinadas palavras. Dessa maneira, no Gráfico 1 estão representadas algumas palavras seguidas de dois numerais: o 1º refere-se ao estímulo e o 2º à variável “idade” (cor preto). A variável “idade” permanece identificada conforme legenda, com o número 1 para as mulheres com idade inferior a 55 anos e 2 para aquelas com idade igual ou superior a 55 anos.

Ao analisar-se o Gráfico 1, percebe-se que as mulheres com menos de 55 anos de idade, quando evocado o primeiro estímulo, cirurgia cardíaca (E1), expressam as palavras **dor**, **medo** e **morte**. Enquanto para o estímulo 2, Corpo de mulher, elas o denominam como **normal** e **bonito**. Assim como nesse mesmo estímulo citam o **peito** da mulher, que na nossa cultura está muito atrelado à sensualidade e sexualidade. A pluralidade de perspectivas que influenciam a construção de sentidos sobre a imagem do corpo é inter e transdisciplinar, envolvendo instâncias psíquicas, individuais, coletivas, culturais, sociais, simbólicas, institucionais, religiosas, entre outras.

Todavia, ao referirem-se ao seu corpo após a cirurgia (E3), as mesmas o consideram **diferente**, em razão da **cicatriz**, e que requer **cuidado**, denotando um corpo frágil. Existem dois tipos de portadores de estigma: o indivíduo que possui um estigma não visível, o qual pode manipular ou não a informação sobre a marca que o diferencia; e o indivíduo visivelmente estigmatizado, que constantemente se expõe às tensões geradas durante os encontros sociais, constituindo uma interação angustiante não só para o portador, como também para as pessoas consideradas normais, pela redução de oportunidades, pois o diferente tem a característica de nocivo/incapaz (BITTENCOURT et al., 2010).

As mulheres com menos de 55 anos de idade, quando questionadas sobre o sexo após a cirurgia cardíaca (E4), consideram-no como **bom**, mas que requer **paciência** e **cuidado**, e causa-lhes **medo**.

Em relação às mulheres a partir de 55 anos de idade, sobre o estímulo 1, cirurgia cardíaca, ainda conservam sentimentos de cunho mais penosos, como o **medo** em razão do **risco** e do **corte** cirúrgico. Para o estímulo 2, corpo de mulher, elas só o referenciam como **bonito**. Enquanto ao remeterem-se ao seu corpo após a cirurgia (E3), apenas ressaltam a **cicatriz**.

O sexo após a cirurgia cardíaca (E4), para as mulheres com idade igual ou superior a 55 anos, também é considerado como **bom**, que requer **paciência** e **cuidado** e causa-lhes **medo**. Contudo elas relatam ser **pouco** o ato sexual após a cirurgia, o que pode estar relacionado a um medo maior atrelado ao fator idade, e a proximidade com a morte em caso de alguma complicação em virtude do esforço físico. Na vida sexual dessas mulheres denotou-se evidente redução da frequência de relações sexuais, associada à perda da autoestima, evidenciada pelo medo da dor física e de complicar a cirurgia.

5.1.2 O Conhecimento do Senso Comum de Mulheres sobre seu Corpo e as Repercussões na Sexualidade após a Revascularização do Miocárdio

Este subcapítulo expõe a análise das categorias e subcategorias resultantes da organização dos discursos das mulheres informantes apreendidos por meio das narrativas, trianguladas com os desenhos-estórias e palavras evocadas mediante o TALP, técnica apresentada no capítulo precedente, que nesse momento do estudo faz-se mostrar, à luz do referencial teórico da TRS.

A metodologia adotada foi efetuada por meio de um conjunto de instrumentos que, por suas características, possibilitaram uma investigação coerente com os aspectos teóricos metodológicos necessários a estudos dessa natureza, conforme sugerido por diversos autores como Abric (1994), Moscovici (1978), Sá (2002) e Spink (1993), e permitiu que as participantes produzissem um amplo conteúdo para a apreensão da representação social dessas mulheres submetidas à revascularização do miocárdio.

As representações construídas socialmente pelas mulheres informantes neste estudo permitiu apreender aspectos subjetivos do conhecimento do senso comum, por meio de discursos obtidos nas técnicas projetivas e nas entrevistas, considerando os núcleos de significados que possibilitaram destacar a ideologia dominante no grupo de pertença de mulheres submetidas à RM, ressaltando-se a importância dos aspectos individuais, considerando-se que cada indivíduo deixa seus traços no grupo social do qual faz parte ou está inserido (JODELET, 1994).

Para compreender essas representações foi necessário considerar as três dimensões das RS, a cognitiva, a afetiva e a cotidiana, buscando a influência delas no processo de elaboração dessas representações. Os dados obtidos das entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo temática de Bardin (2004) e deram origem a três categorias e duas subcategorias, conforme a Figura 2 a seguir.

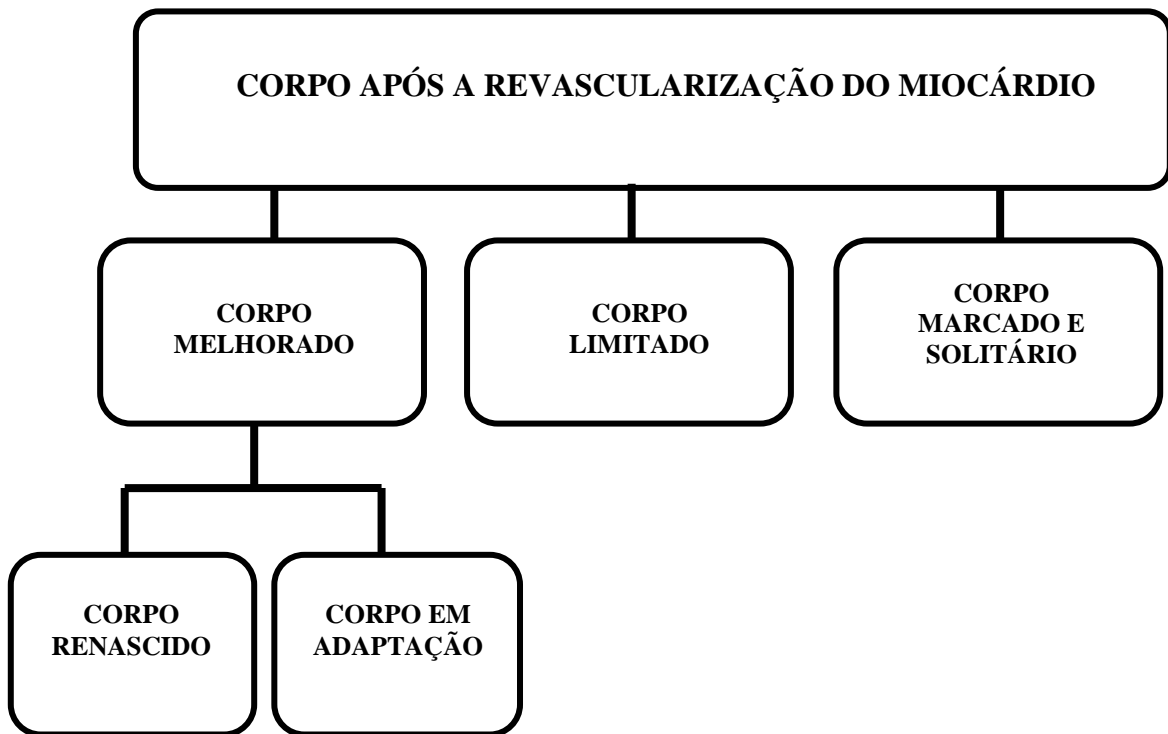


Figura 2 – Categorias e subcategorias das representações de mulheres sobre o corpo após à revascularização do miocárdio.

Fonte: Elaborada pela autora deste trabalho.

Após a realização da cirurgia de revascularização do miocárdio (RM), as mulheres descobrem a necessidade da mudança do estilo de vida prejudicial para obterem uma vida considerada mais saudável, o que pode se constituir em um processo doloroso. Nesse sentido, o pós-operatório da RM é representado como o início de uma nova vida, livre das deficiências anteriores, uma nova chance de viver, com novos valores e propósitos de vida. Percebe-se que as mulheres geralmente consideram a mudança de vida como retorno à realização das atividades cotidianas, ao trabalho doméstico e a realização de atividades físicas e sociais.

Dessa forma, ao transitar entre o medo de morrer e o desejo de tornar-se uma pessoa sem dor, útil e com melhor qualidade de vida, a mulher, após a cirurgia de RM, experimenta um sentimento de ambivalência entre a vontade de voltar à vida social anterior e a necessidade de adaptação ao novo estilo de vida.

A seguir serão apresentadas as categorias apreendidas, que se traduzem nas representações sobre o corpo após a cirurgia de revascularização do miocárdio, e discutidas suas implicações para o exercício da sexualidade dessas mulheres. São elas: categoria 1 – corpo melhorado, com duas subcategorias: corpo renascido e corpo em adaptação; categoria 2 – corpo limitado, e; categoria 3 – Corpo marcado e solitário.

5.1.2.1 Categoria 1 – Corpo Melhorado

Para as mulheres do estudo, a vida torna-se melhor após a cirurgia e traz esperança de seu prolongamento, antes ameaçada pelo risco de morte eminente. Assim, as mulheres representam seu corpo como melhorado, o qual, embora possa oportunizar a continuidade da vida, necessita adaptar-se a uma rotina nova de hábitos.

A categoria corpo melhorado está organizada em duas subcategorias: corpo renascido e corpo em adaptação.

a) SUBCATEGORIA CORPO RENASCIDO

As mulheres entrevistadas acreditam que a cirurgia de revascularização do miocárdio lhes oportuniza um corpo mais saudável e com isso há a possibilidade de viver mais, em condições melhores do que antes do procedimento. Nesse sentido, alimentam expectativas positivas de uma vida melhor e mais duradoura, que as motivam a planejar o futuro, como pode ser observado na fala da entrevistada a seguir:

Ah, em mim mudou muita coisa, eu aprendi a ter paciência, buscar mais a Deus também. Mudou minha vida toda, fiquei feliz, não sinto mais falta de ar, caminho bem agora, só tenho que falar isso, o que eu posso falar, fiquei bastante feliz, contente, porque agora eu vivo né? Depois da cirurgia, eu vivo assim como se fosse uma vida renovada (E. 6).

A representação da cirurgia de revascularização do miocárdio como vida também ficou evidenciada no teste de associação livre de palavras (TALP). Foram evocadas palavras como **vida, renascer, salvo e melhor**.

Estudos que compararam a qualidade de vida de doentes no pré-operatório de cirurgias cardíacas observou que a qualidade de vida depois da cirurgia foi referida como melhor quando comparada à de doentes antes de serem operados; entretanto destaca-se que tal melhoria foi pontuada na maioria das dimensões, com exceção das dimensões Função social e Desempenho físico (FERREIRA et al., 2008). Os aspectos excetuados podem estar relacionados ao fato das pessoas perderem autonomia e alterarem suas relações sociais, de trabalho, lazer e sexualidade, como encontrado neste estudo com mulheres.

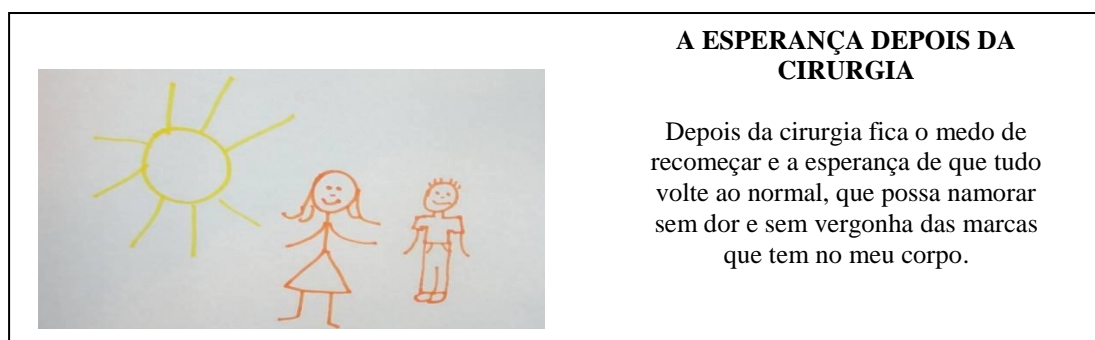
Outro estudo comparou a qualidade de vida de pessoas submetidas a tratamento cardiológico clínico e cirúrgico, durante 10 anos de seguimento, e revelou que a melhora na qualidade de vida, a diminuição de sintomas dolorosos, o aumento da atividade física e a redução no uso de drogas antianginosas foi superior naqueles tratados por cirurgia somente nos primeiros anos de acompanhamento (TAKIUTI et al., 2007).

A cirurgia traz a esperança de se viver mais e ter a oportunidade de realizar seus sonhos e objetivos, bem como repensar o modo de viver a própria existência, possibilitando retomar ou construir novos planos de realização pessoal. Nesse sentido, as mulheres deste estudo veem a cirurgia como uma oportunidade dada por Deus, intermediada pelos profissionais de saúde. A fé em Deus fica evidente nas falas das informantes, assim como a esperança nos desenhos-estórias com tema.

A vida lhe deu uma chance, Deus lhe deu para você pegar com toda a garra, nada de querer ficar negativa. Sempre ficar para cima, ficar forte (E. 2).

Deus me conforta e me dar forças para voltar à vida, assim como Ele me deu a oportunidade de sobreviver a uma cirurgia, então retornamos à vida, todos os momentos. É porque ali você quer defender o seu coração, um órgão que depende de você para não ter aborrecimento, não ter assim [...] passar raiva, porque ali o que você viver, você vai transferir para o coração, então você tenta fugir, evitar aquela maneira de ser aborrecida (E. 6).

Ilustração 1 – Desenho-estória 1: A esperança depois da cirurgia



Fonte: Desenho-estória elaborado por E. 9.

A fé, a esperança e a crença evidenciadas nos discursos e no DE revelam que essas mulheres apegam-se a Deus para suportar os momentos difíceis da vida, no caso em questão a cirurgia cardíaca e suas consequências, e assim recorrem ao divino com o objetivo de encontrar forças e, sobretudo, sobreviver sem complicações.

De acordo com Huf (2002), a vivência religiosa traz benefícios positivos ao enfrentamento das situações angustiantes, promovendo a saúde mental e o equilíbrio interno, pois aqueles que têm fé superam mais efetivamente os desafios circunstanciais da vida.

O medo, a preocupação e a tristeza levam ao apego a Deus, em razão da recuperação lenta e das limitações, restrições e dores. Existe também uma relação adaptativa que pode manifestar-se frente aos outros, exigindo-lhes a compreensão, o cuidado, o consolo e a ajuda, além de poder imobilizar a pessoa e causar ocorrências de danos ou perdas maiores, além da necessidade de realizar a cirurgia (MARTINS, 2004).

A busca pela religiosidade, representada pela figura de Deus, é marcada por promessas de mudanças de comportamentos considerados prejudiciais à saúde, contudo a adesão a tais mudanças depende de vários fatores, dentre eles a história de vida, as crenças, a personalidade, o apoio familiar e de amigos, as expectativas sobre a vida e a maneira de encarar a doença (RODRIGUES, 2008). Desse modo, as representações enquanto sentidos atribuídos a um dado objeto mobilizam o sujeito, sua história, seus afetos, sua cultura e a sua inserção social (MADEIRA, 2005).

O recomeço após a cirurgia e a necessidade da mudança de vida mostra o retorno ao cotidiano na condição de sentir-se ativo para o desenvolvimento das atividades físicas, sociais e de lazer, com melhora das condições clínicas e físicas e tendência ao autocuidado (RODRIGUES, 2008).

Bom [...], por enquanto, eu continuo com melhoras. O que mudou foi a vida para melhor, melhorou, minha saúde melhorou, porque desde quando eu estava sentindo falta de ar, a médica disse que era para eu ter tido um infarto fulminante, mas graças a Deus, Ele me poupou do infarto fulminante, então eu já estava me sentindo quase me arriando, mas a cirurgia, primeiramente Deus, me levantou muito (E. 7).

Embora reconheçam que a cirurgia lhes concede mais vida, têm consciência da necessidade do autocuidado contínuo, buscando adaptar-se a um novo padrão de vida que inclui dietas, exercícios, exames, revisões médicas e outras atividades relacionadas à sua saúde. Sendo evidente a necessidade de **cuidado** nos discursos, assim como no TALP.

Deu para aprender a valorizar mais a vida. Aprendi a valorizar mais as pessoas, meu corpo, a me cuidar mais, aprendi que ele é o veículo que me permite estar aqui, então eu tenho que procurar manter a minha saúde, é [...] aprendi que dependemos de uma equipe, de profissionais, de pessoas, de tudo para conseguir uma readaptação na vida normal mesmo (E. 4).

A doença cardíaca remete ao risco de morte imediata; um problema cardíaco subtrai a esperança de uma realização, que fica suspensa em virtude dos riscos da doença e de seu extenuante tratamento. A revascularização do miocárdio traduz-se numa vida com sofrimento, e falência das funções sociais. Nesse sentido, a realização da cirurgia é a possibilidade de manter os papéis sociais esperados. A fase pós-cirúrgica, para as mulheres, é marcada pela esperança, otimismo, planos para o futuro e aspiração pela felicidade, por terem estado tão

próximo da morte e poderem continuar vivas, não obstante a forte representação do **medo**, destacada nas falas e nas evocações do TALP:

“Ficou melhor, um pouquinho, deu medo no começo, mas depois foi apropriando, apropriando e ficou bastante melhor agora, bom né, e ficou bom” (E. 6).

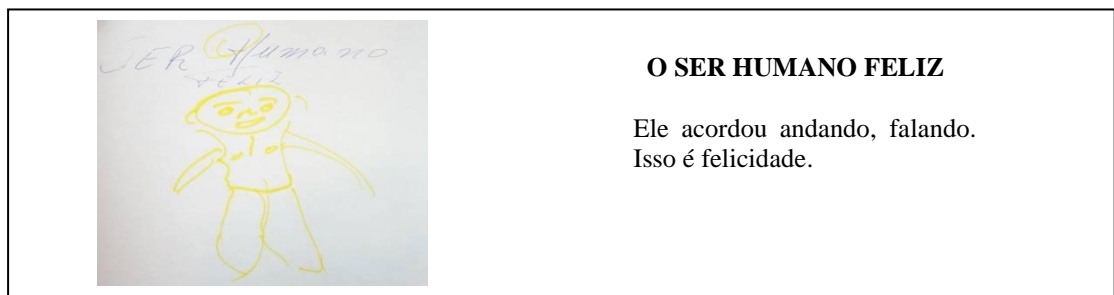
Mulheres e homens constroem suas identidades, relacionando ao seu sexo todos os dispositivos que socialmente e culturalmente lhes são impostos e, conseqüentemente, apreendidos. Existe estreita e contínua ligação do social e do biológico, que envolve os corpos dos sujeitos, e é esta a perspectiva de gênero considerada neste estudo. Todavia, por ser muito sutil, o poder que permeia as relações entre os gêneros nem sempre é percebido como fenômeno de dominação ou submissão, e por isso encontra-se tão enraizado e vem se perpetuando nas sociedades (FAGUNDES, 2005).

A objetivação do masculino e do feminino em entidades ontologicamente diferentes é regulada por uma assimetria que atravessa todos os processos sociocognitivos que participam para a construção do “ser” homem e do “ser” mulher. Munidos desse “saber”, os indivíduos orientam a sua percepção enquanto homens e mulheres nas interações do cotidiano, uma vez que a atenção dedicada ao comportamento das mulheres não é orientada pelo reconhecimento da sua diferença enquanto condição coletiva, ou destino. Além disso, essa assimetria desempenha também uma função reguladora dos efeitos das mudanças sociais sobre o universo simbólico que diferencia os dois sexos (AMÂNCIO, 1993).

Após a cirurgia, mesmo que inconsciente, acontece a negação do processo de adoecimento e da cirurgia, como pode ser observado no desenho-estória 2 (Figura 5).

Na estória do desenho a seguir, percebe-se que a autora refere-se ao boneco desenhado, operado, como do gênero masculino, o que leva a supor uma questão de alteridade, quando ela transfere para o outro o problema, como se não fosse sobre ela mesma ou não estivesse incluída nele.

Ilustração 2 – Desenho-estória 2: O ser humano feliz



Fonte: Desenho-estória elaborado por E. 14.

A observação da diferença dos sexos estaria na base de todo pensamento, tradicional e científico. Desde seu surgimento, o pensamento teria se apoiado sobre o que é mais próximo do homem: o meio que o cerca e seu corpo; este último, através da estabilidade da localização dos seus órgãos e dos processos funcionais elementares, se oferecia como lugar de observação de constantes. Entre essas constantes, a da diferença de sexo e do seu papel na reprodução constituiria 'o último batente do pensamento' sobre o qual se fundamenta uma oposição conceitual essencial: a do idêntico e do diferente, que se desenvolve numa série de oposições entre valores concretos e abstratos ao princípio de uma lógica social, a 'lógica da diferença', posta em prática para dar sentido a toda experiência humana. A partir daí, torna-se possível mostrar como o jogo dos sistemas de representações estabelece, no seio das relações de gênero, uma 'valência diferencial dos sexos'. Esta, que é cultural e não natural, expressa uma relação orientada, conduzindo à dominação social do princípio masculino, que pode ser evidenciado em todos os contextos históricos e sociais. (JODELET, 2001, p. 52-53).

A alteridade, ainda de acordo com Jodelet (2001), é resultado de duplo processo de construção e de exclusão social que, indissolavelmente ligados como os dois lados duma mesma folha, mantêm sua unidade mediante um sistema de representações. Em face dessa realidade, a necessidade de proteger-se da exclusão social faz com que as mulheres afastem-se de suas atividades sociais comuns e até mesmo de familiares, com consequentes prejuízos ao tratamento adequado dos casos (SILVA; PAZ, 2010).

“O processo identitário é um tema correntemente vivido no interior dos grupos sociais. Por meio dele, os sujeitos se organizam em um movimento de diferenciação entre si e os outros, no interior dos grupos de pertença” (FERREIRA, 2012, p. 112), de forma a organizar os elementos da relação social entre as mulheres que realizaram a cirurgia de revascularização do miocárdio e as outras pessoas, suas representações, valores, crenças, significados e sentidos.

Nesse contexto, ainda de acordo com esse autor:

A alteridade – sendo a relação entre o 'eu' e o 'outro' – é um elemento fundamental na formação da identidade dos sujeitos dentro e fora dos grupos sociais. A partir dela, o ser se constitui para si e para o grupo social, em um constante processo de diferenciação e identificação com 'outro' que partilha com ele o mesmo campo social. A presença do outro é fundamental tanto na construção da identidade do 'eu' como sujeito individual quanto na sua formação, participação e identificação a partir dos seus grupos de pertença social (FERREIRA, 2012, p. 118).

O indivíduo traz a sua marca de diferenciação pessoal e grupal, que permeia as relações sociais, tendo o “outro” um papel relevante nas relações interpessoais para a formação dos grupos de pertença e movimentação das representações sociais na sociedade.

Para tanto, faz-se necessário avaliar, além da maneira pela qual os indivíduos se reconhecem uns nos outros na relação de alteridade, o contexto histórico, social e cultural em que as relações se desenvolvem e suas consequências.

b) SUBCATEGORIA CORPO EM ADAPTAÇÃO

A saúde, na concepção das pessoas que realizam uma intervenção de RM, está relacionada diretamente com a intervenção cirúrgica. De fato, a cirurgia cardíaca constitui um procedimento terapêutico indispensável ao tratamento de diversas cardiopatias, no entanto sabe-se que poderão persistir restrições físicas, alimentares, ao tabagismo e que esses indivíduos precisarão adaptar-se a medicamentos e à realização de exercícios para adquirir a qualidade de vida que almejam (RODRIGUES, 2008).

Após os procedimentos cirúrgicos, as pessoas tendem a adotar mudanças de hábitos, possibilitando sua readaptação ao seu meio com uma maior socialização, bem como a recuperação de suas potencialidades (HADDAD et al, 2003). Tais exigências, que em geral são reforçadas nas consultas com os profissionais de saúde, estimulam as mulheres a elaborar a representação do corpo como necessitado de cuidados rotineiros, que por sua vez fundamentam as atitudes de busca por aprendizado para lidar com as alterações e necessidades que esse novo corpo requer para manter-se saudável.

A doença cardíaca e a cirurgia impõem alterações em hábitos alimentares, requerendo tanto a adoção de dietas com abstenção de certos grupos de alimentos que causam risco à saúde cardiovascular, quanto à inclusão da prática de exercícios moderados e ao mesmo tempo diminuição de esforço físico no sentido de prolongar a vida.

A melhora da condição do corpo em razão da cirurgia constitui uma possibilidade de reintegração das atividades que foram abandonadas na fase pré-cirúrgica. Atividades essas exercidas tanto no espaço doméstico, na vida íntima, como no contexto público. Nesse sentido, as mulheres encontram na cirurgia a possibilidade de retomar uma rotina de lazer e prazer com seu novo corpo, mesmo que com relativas restrições.

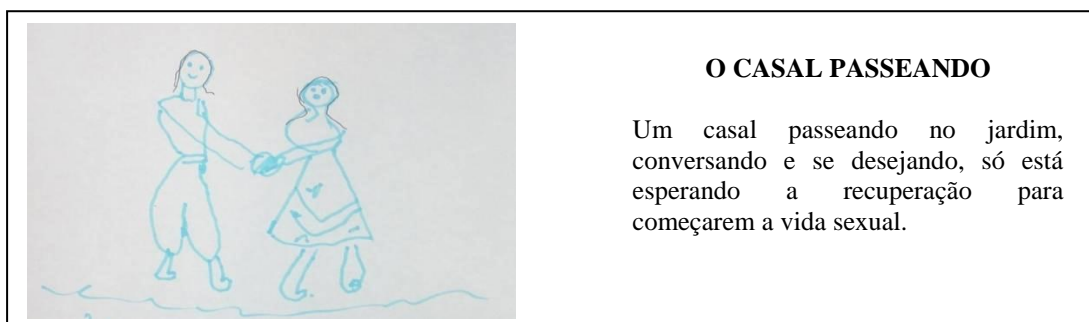
A limitação é uma característica marcante do processo de adaptação e é sentida na medida em que se percebem dependentes dos cuidados de outros. A seguir, um relato de como se sentem as participantes:

“Normal, pra mim é muito normal, a pessoa tem que trabalhar com a cabeça, não pode querer colocar guia, no princípio eu viajava com minha filha para praia e ela passou a ter cuidado comigo redobrado, cuidado!” (E. 2).

Para a mulher que se submeteu à cirurgia e seus familiares esta é uma situação geradora de altos níveis de estresse, angústia e crise existencial (GASPERI, 2005). “Quando familiares apresentam excesso de cuidados, muitas vezes podem ser interpretados como que atestam a incapacidade e limitação para o autocuidado” (BARROS, 2005, p. 269).

Para as participantes, o corpo após a cirurgia mostra-se melhor e mais saudável, no entanto, para retomar as atividades cotidianas e as relações sexuais, é necessário fazê-lo aos poucos, progressivamente, com paciência e cuidado, por se verem inicialmente impossibilitadas de muitos esforços. Aspectos que também foram destacados na análise fatorial de correspondência.

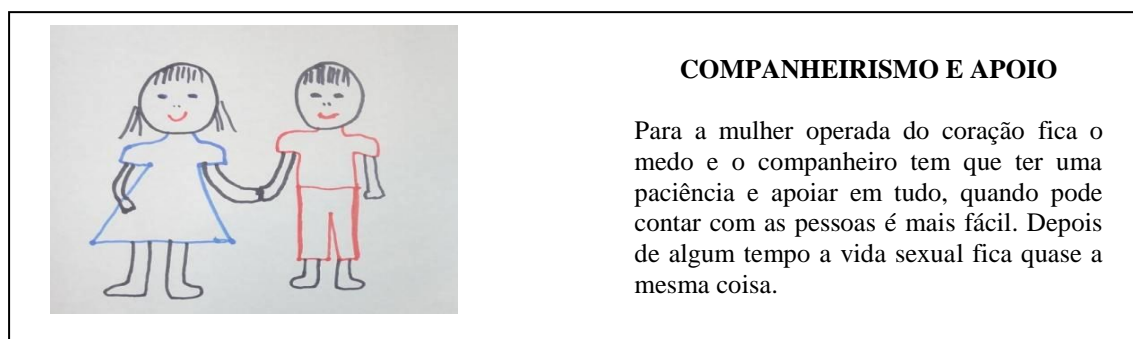
Ilustração 3 – Desenho-estória 3: O casal passeando



Fonte: Desenho-estória elaborado por E. 12.

No processo de adaptação, a família tem um papel de destaque, principalmente o parceiro, ficando evidente nas representações das informantes do estudo a necessidade de se contar com o apoio e compreensão por parte do companheiro. A necessidade de **companhia** também ficou evidenciada no TALP mediante a AFC, principalmente para as mulheres mais jovens e com menos de dois anos de cirurgia, quando representam a companhia, o que significa o não abandono, como imprescindível no sexo após a cirurgia. As falas das entrevistadas evidenciam, assim como nos desenhos, elementos de fundo afetivo, que retratam casais próximos, de mãos dadas, representando a união.

Ilustração 4 – Desenho-estória 4: Companheirismo e apoio



Fonte: Desenho-estória elaborado por E. 8.

Todavia, as mulheres têm dúvidas sobre como exercer a sua sexualidade, o que pode ou não ser feito durante as relações sexuais de forma que não prejudique a sua saúde, se serão

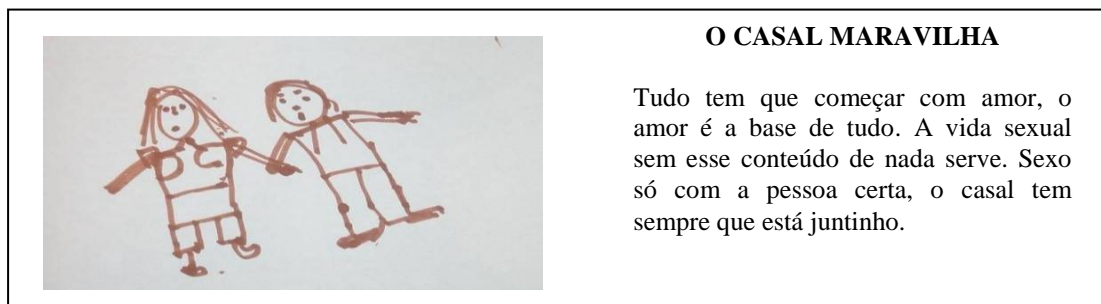
ou não bem recebidas pelos parceiros e se o encontro será prazeroso ou não para ambos. Muitas vezes sendo apenas angústias que antecedem a prática sexual após a cirurgia.

É [...] no início foi difícil, tem aquele medo, de que machuque, medo de que o coração acelere demais, que o coração pare, mas aos pouquinho, com calma, com paciência a gente vai entrando no ritmo, talvez (E. 4).

Ficou melhor do que antes, não tenho do que reclamar [...], ficou tudo bem, eu pensava que iria mudar. A gente pensa assim, que vem momento ruim, mas parece que melhorou mais. Para mim melhorou, para ele também melhorou, para mim tá tudo bem (E. 1).

As mulheres confirmam a importância da afetividade na vida sexual, sobretudo após a cirurgia, quando referem que sem amor o sexo não faz sentido. Assim, esperam que seus parceiros, mediados por esse sentimento, entendam suas limitações e as auxiliem a voltar para as atividades sexuais.

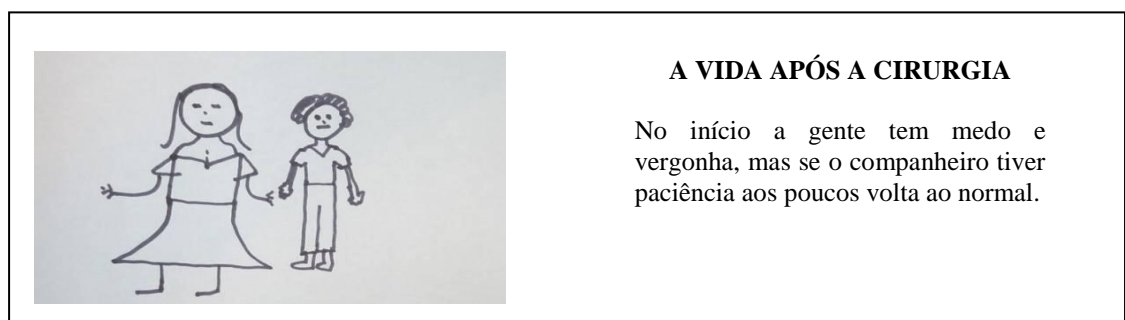
Ilustração 5 – Desenho-estória 5: O casal maravilha



Fonte: Desenho-estória elaborado por E. 1.

Na análise fatorial de correspondência (AFC) demonstrou-se relevante o **medo** da cirurgia para as mulheres com menos de 55 anos de idade e o **medo** do sexo para as de idade igual ou superior a 55 anos. Assim, ainda que considerada **normal**, a atividade sexual requer **paciência** e causa **vergonha**, conforme relatado no desenho-estória 6 (Figura 9).

Ilustração 6 – Desenho-estória 6: A vida após a cirurgia



Fonte: Desenho-estória elaborado por E. 6.

O termo normal referido no DE pode estar associado, muitas vezes, ao estilo de vida anterior, que não inclui a necessidade de remédios, de revisões médicas e a restrição alimentar. A persistência dessa crença, entretanto, pode significar a manutenção dos fatores de risco para a doença coronariana (RODRIGUES, 2008). No teste de associação livre de palavras, a palavra **normal** foi evocada como uma representação da atividade sexual.

Eu me sinto muitas vezes normal, apesar de ter dificuldades de subir uma escada, ter dificuldades de fazer algumas coisas, abaixar mesmo eu sinto dores no peito ainda, mas eu tento levar a vida como uma pessoa normal [...] Minhas coisas que eu gostaria de fazer, eu não faço. Lavar roupa, cuidar da minha casa, cuidar das minhas coisas, [...] coisas que são mais pesadas, não consigo (E. 5).

À medida que as manifestações físicas se evidenciam, ou aumentam sua frequência e intensidade, exigem por parte da pessoa um maior controle dos seus hábitos de vida, e ela tendem a encarar a doença de forma mais negativa (FARIA; BELLATO, 2009), semelhante ao que ocorre com mulheres submetidas a outros tipos de cirurgia.

5.1.2.2 Categoria 2 – Corpo Limitado

As questões relacionadas ao processo saúde-doença envolvem aspectos históricos e sociais, reiterando, neste estudo, a importância do uso da TRS como referencial teórico, por contribuir para a reconfiguração do objeto de pesquisa e das práticas, em razão da perspectiva humana e social dos processos de saúde e doença.

No discurso das mulheres são identificadas as representações do corpo como frágil, ameaçado e que necessita de cuidados contínuos para a readaptação e retomada de suas funções rotineiras, sendo evocada no TALP a própria palavra **limitação**, assim como a palavra **debilitado**.

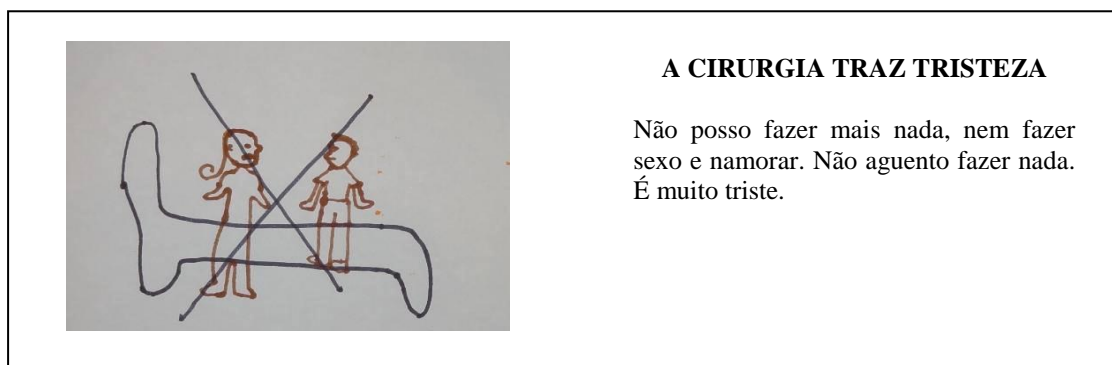
De acordo com Pires, Sharovsky e Romano (1994), a maioria das pessoas operadas do coração apresenta dificuldades para conviver com as mudanças que ocorrem em suas vidas, sentindo-se ameaçadas pelas restrições, podendo apresentar sentimentos de frustração, insegurança, fragilidade e impotência frente à nova situação. Restrições essas que podem ser físicas e/ou psicológicas. Dados que foram confirmados neste estudo, conforme pode ser visto na fala a seguir:

“Ai! Fiquei mais medrosa, sim, eu tenho medo de fazer esforço, pegar peso. Ah! Eu faço tudo mais devagar, [...] em relação às coisas de casa, fico com medo de passar mal. Então, assim, desistir de fazer as coisas” (E. 8).

A cirurgia cardíaca pode prolongar a vida das pessoas e, na maioria das vezes, melhorar sua qualidade de vida, mas também impõe riscos de morte e de sequelas físicas, psicológicas e/ou sociais. Além das limitações físicas, ser uma pessoa revascularizada impõe várias limitações, como nas relações afetivas – dificuldade de manter relacionamentos sexuais – e nas relações profissionais (CASTANHA; COUTINHO; SALDANHA, 2005).

Essa situação de limitação experienciada após a cirurgia de RM pode ser observada também nos desenhos-estórias com tema. Quando se pode observar além das falas que expressam a tristeza, sem se aprofundar em uma análise de cunho psicológico, que as mulheres em sua maioria para se reportar a temática, desenharam sempre com cores escuras, mesmo tendo sido oferecidos hidrocores de diversas cores.

Ilustração 7 – Desenho-estória 7: A cirurgia traz tristeza



Fonte: Desenho-estória elaborado por E. 7.

A maioria dos estudos revela que o medo, a dor, o sofrimento e a morte são as imagens e representações mais comuns diante de uma cirurgia cardíaca. Essas emoções são coletivas e não individuais. Dessa forma, elas são o produto de representações da doença, que surgiram historicamente, mas que ainda hoje circulam no meio científico, nos meios de comunicação de massa e no pensamento popular (FARIA; BELLATO, 2009). Corroborando esses estudos, as mulheres entrevistadas expressaram, durante o teste de associação livre de palavras, o **medo**, a **dor**, a **tristeza** (sofrimento) e a **morte**.

A morte é considerada uma das representações hegemônicas das patologias cardíacas, mesmo com os avanços nos diagnósticos, na terapêutica e nas tecnologias que reduzem a mortalidade e a morbidade das doenças do coração, permitindo à pessoa submetida uma intervenção cirúrgica cardíaca qualidade de vida por mais tempo. Entretanto, mesmo as mulheres representando a cirurgia de revascularização do miocárdio como **precisa**, ainda persiste no senso comum o estigma que associa os problemas de saúde relacionados ao coração a uma sentença de morte, sendo também evocada a palavra **morte**.

Atualmente, existe a necessidade de examinar o medo da doença e as estratégias destinadas a enfrentar o processo da doença e da cirurgia, sendo importante guardar na mente o modo como essas atitudes foram estruturadas por interesses mais vastos e pela consciência de diferenças, entre as quais a diferença de classe social e de gênero são as mais incisivas (POTER; VIGARELLO, 2008).

O papel desempenhado pelas mulheres como cuidadoras da família é histórico e cultural; à mulher cabe ser a cuidadora principal nas etapas de desenvolvimento de vida. Ela tem conquistado espaços fundamentais à sua afirmação social e, principalmente, valorização perante a sociedade por meio dos papéis que vem desempenhando com competência no seio da família e da comunidade (HESKETT; IRWIN, 2010).

Em geral, as mulheres são responsáveis pelo trabalho doméstico e costumam ser exigentes com a condição da casa e tudo que a ela se refere, como a qualidade da alimentação, da roupa, da limpeza. Com a doença e, principalmente, com a cirurgia, as limitações relacionadas à “fragilidade do coração” as fazem mudar, tornando-se mais flexíveis e tolerantes com as pessoas ao seu redor, e mais exigentes consigo e tristes com a sua condição após a cirurgia.

As mulheres relatam também mudanças comportamentais no cotidiano com as demais pessoas, como pode ser observado na fala da entrevista a seguir:

Ela se torna menos exigente, mais disponível, mais paciente com as pessoas. É [...] mas também, assim, é uma pessoa mais medrosa, ela tem medo de fazer as coisas, acha que tem limite pra tudo, mas continua vivendo, né? (E. 8).

A fragilidade é sentida quando as mulheres percebem-se limitadas para realizar as atividades cotidianas com a mesma qualidade que realizavam antes, e assim sentem-se desvalorizadas e insatisfeitas, alterando a imagem sobre seu papel nos contextos familiar, profissional e social (GALTER; RODRIGUES; GALVÃO, 2010), o que pode gerar conflitos.

A experiência após a cirurgia cardíaca mostra-se marcada pela presença de sintomas e pelo medo de piorar seu estado de saúde, assim como manter os relacionamentos afetivos. Nesse sentido, as mulheres expressam sentimentos de impotência diante das dificuldades de manter a rotina de atividades, buscando evitar o esforço físico que remete à sobrecarga do coração.

No TALP ficou destacada a representação da cirurgia como um **corte no coração**, que deixa cicatriz no corpo, o que o torna frágil, debilitado e limitado, fazendo muitas vezes com que essa mulher afaste-se do convívio social e prefira ficar solitária, por medo de relacionar-se e expor as suas **limitações** e fragilidades, assim como a própria marca da cirurgia.

As mudanças nas atividades decorrem de um corpo que depende de repouso, redução de atividades físicas, incluindo-se a atividade sexual, principalmente por que ao se pensar em sexo, se reportam a algo que esgota as reservas de energia do corpo, por exigir movimentos vigorosos, o próprio prazer que acelera os batimentos cardíacos e remete à ideia de haver um descontrole, complicação do coração:

“Não posso me esforçar muito assim, [...] às vezes eu sinto palpitação aí fico meio agoniada, meio apreensiva” (E. 8).

Ao mesmo tempo em que qualquer mal-estar, independente de estar associado a algum problema cardíaco, já deixa essas mulheres preocupadas e com medo de uma nova doença de origem cardiológica:

“[...] meu Deus do céu, se eu começo a soar eu fico preocupada, se eu sinto uma tontura eu já fico preocupada, mudou isso aí, só essa parte física. Física e mental” (E. 11).

Ao representar o corpo como limitado fisicamente, a mulher prevê que será incapaz de atender as demandas do parceiro, fato que pode lhe trazer problemas conjugais. Então, muitas vezes, antecipadamente, elas tomam a iniciativa de afastar-se dos parceiros, alegando que necessitam cuidar de si. Em outras situações, a relação entre eles torna-se difícil, levando a uma separação por iniciativa do parceiro.

A autopercepção da limitação física faz com que as mulheres sintam-se incapazes, tristes, ansiosas e apreensivas. Os sintomas as recordam do episódio de infarto, desencadeando medo de recorrência desse evento que possa culminar em sua morte (STEIN; HOHMANN, 2011). Nesse sentido, as mulheres, depois de operadas, experimentam um sentimento de vulnerabilidade (ROBINSON, 2002) e, assim, o temor pela **morte** persiste ainda que a cirurgia possibilite uma **melhor** qualidade de vida e elas representem o sexo como **saúde, bom e normal**.

As atividades habituais das mulheres são limitadas pelos sintomas que se manifestam no corpo. O limite físico revela as restrições e impossibilidades de ação do corpo e, conseqüentemente, a interação com os sintomas lembra-as da existência e da finitude do corpo (MUSSI, 2004).

Toda apreensão e medo estão relacionados ao temor de um novo infarto. O ato sexual é visto como uma ação que promove desgaste físico; e as experiências vividas nas situações íntimas, a exemplo do esforço, cansaço e da fadiga, permanecem na memória dessas mulheres e conjecturam a possibilidade de dor anginosa.

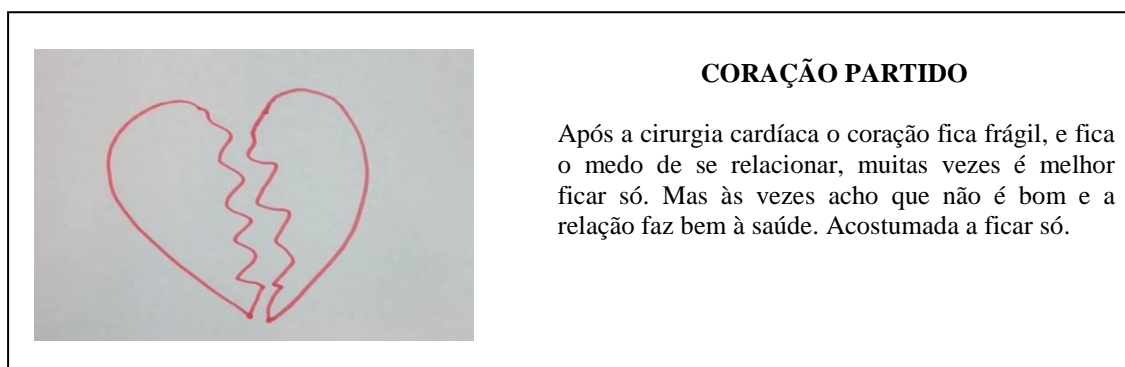
Você fica preocupada e de repente você está ali fazendo sexo e aparecer um probleminha, aparecer uma dor no peito, aparecer um calor. Quando eu tive as crises foi assim, com calor, com dor no peito, então eu fico com medo de que numa hora daquela apareça uma coisa dessa. Como é que eu vou dizer: ‘pare que eu estou sentindo isso, pare que eu estou sentindo aquilo!’ Então uma parte ficou um pouquinho preocupante, é só isso aí. No sentido sexual dá para ficar um pouquinho apreensiva. Aí você não quer dizer a ele: ‘pare aí’, para não acabar o relacionamento. Porque se você está fazendo sexo e de repente você dizer eu estou sentindo isso e aquilo, aí tira [...] o prazer daquela pessoa que está com você, já fica preocupado, então é melhor às vezes você até omitir que está sentindo alguma coisa para não dá problema futuro, é isso (E. 11).

Assim, para se readaptar às mudanças, as mulheres que retomam as atividades sexuais mantêm-se apreensivas durante as relações sexuais, e à medida que os sintomas surgem, tendem a omiti-los dos parceiros para evitar a interrupção do ato, o que frustraria o encontro e comprometeria a estabilidade do relacionamento.

5.1.2.3 Categoria 3 – Corpo Marcado e Solitário

As cicatrizes após as cirurgias cardíacas localizam-se predominantemente no tórax, nos membros inferiores, entre a coxa e o quadril, e por vezes na panturrilha. Essas cicatrizes são visíveis por situarem-se em áreas que tendem a permanecer descobertas pelas vestes tipicamente femininas, tais como blusas, camisetas, vestidos, saias e shorts, fazendo com que as mulheres abandonem suas atividades sociais, de lazer e afetivas. Por vergonha das cicatrizes e medo da nova situação de vida, elas deixam de se relacionar também sexualmente. O que pode ser notado também nas narrações dos desenhos-estórias.

Ilustração 8 – Desenho-estória 8: Coração partido



Fonte: Desenho-estória elaborado por E. 11.

As mulheres preocupam-se com o fato de deixarem de ser sexualmente ativas e desejáveis, ou de desempenharem com limitações seu papel sexual durante o ato. Expor áreas

do corpo marcadas por cicatrizes pode trazer desconforto, fazendo com que a mulher sinta-se inadequada e com vergonha do próprio corpo.

A angústia de mulheres operadas do coração quanto às cicatrizes, a preocupação com a estética e a não aceitação do corpo marcado são constantes também em mulheres com mastectomias, colostomias e feridas (ALMEIDA, 2006; FERREIRA; MAMEDE, 2003; CARVALHO, 2010).

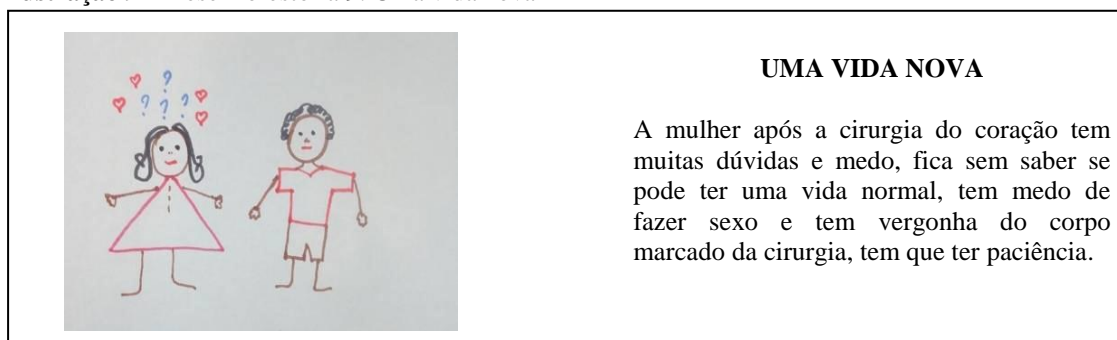
O que mudou foi a diversão, que antigamente eu tomava cervejinha, eu ia à praia todos os dias [...] todos os finais de semana, e agora não, primeiro que eu fico com vergonha de mostrar as perninhas com aquela marca que eu tirei uma veia da perna até a coxa, e fico com vergonha de mostrar e tudo [...] (E. 11).

Outro aspecto relevante, além da vergonha pelo corpo cicatrizado, que contribui para as mulheres afastarem-se de suas atividades de rotina, como as relações sociais e afetivas, é a dúvida e o medo que ficam após a cirurgia, por falta de orientação da equipe de saúde, principalmente em relação ao exercício da sexualidade. Questões essas que ficaram evidentes nos dados oriundos das três técnicas de coletas de dados do estudo, o TALP, a entrevista e o desenho-estória:

“Com um certo medo de não poder fazer tudo o que fazia antes” (E. 12).

A expectativa de não poder mais fazer o que se fazia antes, limitado pela doença, faz com que a mulher sinta-se inferior, diferente, desqualificada, situação que atinge sua esfera emocional, interferindo no quadro de saúde, o que, muitas vezes, contribui para o isolamento social, tornando-se necessário o auxílio profissional para rompê-lo (SILVA et al., 2008).

Ilustração 9 – Desenho-estória 9: Uma vida nova



Fonte: Desenho-estória elaborado por E. 5.

As alterações físicas no corpo da mulher operada do coração marcam significativamente a maioria delas, com um sentimento de inadequação aos modelos de corpo e feminilidade socialmente aceitos. Ao se perceberem distantes da norma social, essas

mulheres experimentam o sentimento de vergonha do próprio corpo; e por apresentar uma cicatriz, percebem-se diferentes de outras mulheres.

Ainda que se sintam melhores, essa nova fase é assinalada por diversos temores. Após eventos traumáticos e/ou cirúrgicos, as mulheres temem perder a feminilidade, sensualidade e poder atrativo frente ao parceiro (ALMEIDA, 2012). Dessa maneira, podem-se compreender os motivos que levam a mulher a preocupar-se com a cicatriz que apresentará no tórax (RODRIGUES, 2008).

Geralmente, para os homens, em algumas culturas, uma cicatriz confere grande valor ao seu portador, significando sinal de bravura e coragem, mas, na sociedade atual, principalmente para as mulheres, é considerada antiestética e dá a impressão de defeito (SOUZA, 2004).

Ressalta-se que a cicatriz cirúrgica após a revascularização do miocárdio geralmente é situada na região do mediastino, parte do corpo de elevada valorização na imagem feminina em razão da função estética e por estar relacionada com os seios, área relacionada à sensualidade e à sexualidade das mulheres.

Os seios são utilizados como atrativos para aproximação com o parceiro sexual. Desse modo, quando uma cicatriz interpõe-se a esse símbolo sexual e sensual que é o peito, pode promover desconforto quando há necessidade de se expor e afetar a autoimagem, repercutindo negativamente na autoestima e na sexualidade da mulher operada.

As mulheres, após a cirurgia, tendem a se isolar porque sofrem com a expectativa de ter sua cicatriz vista por outras pessoas e serem questionadas sobre sua origem, o que lhes faz rememorar a doença e a eminência de morte. Esse comportamento, associado às restrições físicas e limitações sobre as relações profissionais, afetivas e sexuais, dificulta a reinserção social (RODRIGUES, 2008; FERREIRA; MAMEDE, 2003).

A sociedade brasileira vivencia a hipervalorização da beleza, magreza e juventude, contribuindo para que as mulheres tornem-se vítimas dessa ditadura, preocupadas constantemente com o corpo e com a aparência, para corresponder a um modelo idealizado de beleza que é estabelecido socialmente, com receio de serem estigmatizadas (FERREIRA, 2008).

Segundo Souza (2004), o fato da mulher não aceitar sua nova situação e aparência poderá trazer-lhe dificuldades no campo social e sexual, fazendo-a preocupar-se em esconder o corpo do olhar ou contato com o parceiro, tornando o sexo, neste contexto, um ato cercado de apreensão e fuga.

No senso comum existe a representação de que a pessoa submetida à cirurgia de revascularização do miocárdio tem limitações que impedem o seu reajustamento social após a intervenção. Nesse contexto, pode existir um isolamento social após a cirurgia, ocasionado tanto pelo preconceito das outras pessoas, quanto pelo autopreconceito das próprias mulheres, em razão do medo e da vergonha do corpo cicatrizado e com limitações, o que interfere nas dimensões afetiva e sexual.

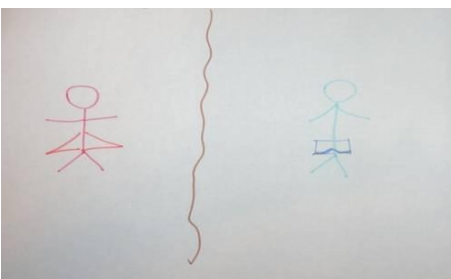
As mulheres que vivem com uma ferida ou com cicatrizes corporais são avaliadas pelas pessoas externas ao seu convívio, mas também por elas mesmas, que regidas por crenças e representações sociais comuns antecipam o tipo de avaliação a que estarão sujeitas pelo olhar do público (CARVALHO, 2010).

[...] agora eu tenho limites sobre todas as coisas, em relação às outras pessoas existe muito preconceito. Eu não posso exagerar em nada que eu faça, na alimentação, na distração, no caso o trabalho. Assim [...] acham que eu sou incapaz, até mesmo na relação a dois, que eu sou uma mulher incapaz (E. 10).

O preconceito intensifica o estado de estresse e baixa estima, criando para esse grupo de mulheres revascularizadas um sistema de valores próprios, que constrói uma identidade grupal, refletindo nas suas representações sociais. Estereótipos e estigmas contribuem para intensificar conflitos e polarizar os grupos sociais, delineando a alteridade.

A vergonha, a baixa estima e o medo promovem um distanciamento paulatino, como retrata a informante no desenho-estória 10 (Figura 13), a qual refere que uma barreira se formou entre ela e o parceiro, após a cirurgia, ratificando o medo também evocado diversas vezes nas falas das entrevistadas e no teste de associação livre de palavras.

Ilustração 10 – Desenho-estória 10: A distância

	<p style="text-align: center;">A DISTÂNCIA</p> <p>Era uma vez, um casal muito feliz. Tudo ia bem quando sua esposa, de repente, ficou doente do coração. Depois de muito tempo doente e internada voltou para casa. A mulher ficou medrosa e se afastou sexualmente de seu marido e um muro entre eles se formou.</p>
---	--

Fonte: Desenho-estória elaborado por E. 3.

As imagens e representações do corpo são construídas, desconstruídas e reconstruídas constantemente, numa sucessão de tentativas que busca adequar-se a padrões e modelos de corpos ideais, lembrando que esse mundo de imagens corporais que permeia a vida dessas

mulheres encontra-se cercado de emoções muitas vezes antagônicas (FERREIRA, 2006).

Como pode ser percebido na fala da entrevistada a seguir:

Normal, é uma pessoa normal. Pra mim é que eu continuo sendo a mesma pessoa, apesar de que outras pessoas me veem diferente. Acha que eu não tenho mais capacidade do que eu tinha antes, viver, de lutar, trabalhar, alguma coisa assim (E. 10).

Após a descoberta da doença cardíaca, as mulheres perdem o contato com amigos e pessoas com quem se relacionam fora de seu círculo familiar, pois ingressa numa rotina de exames e cuidados, e suas saídas de casa quase sempre estão relacionadas ao tratamento.

Na medida em que se submetem à cirurgia e se recuperam, mantêm a rotina de restringirem-se ao espaço doméstico, contudo essa situação as faz se sentirem sozinhas. Sentir vergonha não decorre apenas do ser julgado pelo outro, mas do julgar-se a si própria (LE TAILLE, 2002).


Alguns mecanismos são desenvolvidos por carregarem alguma característica, como a cicatriz, que a faz estigmatizada pela sociedade, visando a aceitação do outro. Em contrassenso, algumas reações emocionais de estigma podem manifestar-se em condutas de afastamento, tanto no que diz respeito à mulher operada, como às pessoas de suas relações sociais (BITTENCOURT et al., 2010).

“[...] as coisas assim mudaram, eu vivo mais sozinha, isolada, mais parada. Eu mesmo quando descobri a doença eu já me separei do meu marido, eu fiquei com medo e me separei, e agora eu fico mais em casa, tenho medo de fazer as coisas” (E. 3).

Após a cirurgia de revascularização do miocárdio, a preocupação com a relação afetiva é intensa e a cessação das atividades sexuais se dá por diversos motivos:

a) O medo que o parceiro tem de afetar a saúde de sua companheira

Ilustração 11 – Desenho-estória 11: Recomeço

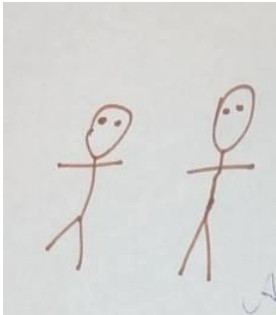
RECOMEÇO	
	<p>Sempre fomos muito unidos. Tipo irmãos. Até que um dia apresentei uma forte dor no peito. Sendo levada para a emergência, foi necessário realizar cirurgia cardíaca. Vários dias de preocupação e muito carinho e proibição. Dois meses após a cirurgia o companheiro não aceitava o contato físico com medo de prejudicar a sua amada. Só depois de 8 meses ele se entregou a mim novamente e graças ao bom Deus e aos médicos, e o carinho do companheiro eu estou bem e a vida voltou ao normal.</p>

Fonte: Desenho-estória elaborado por E. 10.

b) Pelo fato do homem não se considerar capaz de manter uma relação com uma mulher operada

Não tenho (risos), não tenho parceiro, não tenho relacionamento. Antes da cirurgia mesmo, eu descobrir que eu estava com um problema cardíaco aí ele se separou de mim, e depois disso eu não conseguir sair, não consigo tá assim também num monte de gente [...]. É uma vida difícil (riso). É, não tenho mais nem a vida sexual (E. 5).

Ilustração 12 – Desenho-estória 12: A vida como ela é

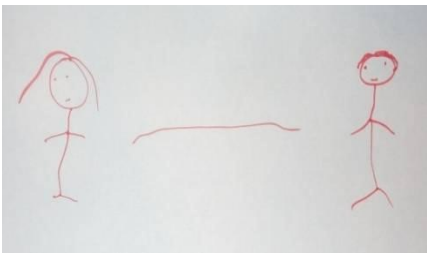
	<p>A VIDA COMO ELA É</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Este momento eu estava precisando de você, e você me abandonou por quê? - Porque você está operada. - Mas não precisava porque tanta gente operada que é casado e feliz. - Mas eu não me sinto capaz de ter uma mulher operada.

Fonte: Desenho-estória elaborado por E. 15.

c) Ou pela decisão de separação por parte da própria mulher por medo ou baixa autoestima:

[...] ficou a cicatriz, eu não faço mais (sexo), eu tive que sair do emprego, eu não posso pegar peso e me aposentei, sou separada, não penso mais em ter relacionamento com ninguém, mudou tudo, eu fico muito parada [...] Depois da cirurgia cardíaca eu não tive mais a vida sexual com ninguém, porque eu me separei do meu marido logo quando eu descobrir a doença e depois com medo eu não procurei mais ninguém, eu não tenho mais vida sexual, nem quero e nem penso nisso, tenho medo (E. 3).

Ilustração 13 – Desenho-estória 13: Mulher separada do marido

	<p>MULHER SEPARADA DO MARIDO</p>
	<p>Por medo e preconceito de si própria.</p>

Fonte: Desenho-estória elaborado por E. 13.

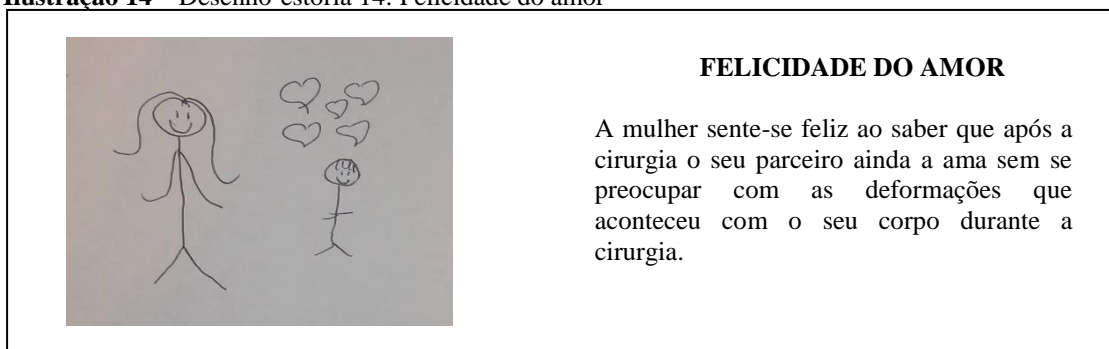
Ao tentar retomar ou estabelecer um ritmo de vida mais ativo, as mulheres sentem a necessidade de estar acompanhadas por alguém da família ou amigos para evitar que diante de intercorrências sejam socorridas de imediato, como fica evidenciado na fala a seguir:

[...] atualmente eu vou assim num aniversário, mas não saio sozinha ainda, só acompanhada de filhos e vizinhos, [...] eu quero ainda que mude realmente isso, eu quero assim voltar a ter as minhas amizades. As amizades que eu tenho são assim 'grupo fechado', assim, grupo de oração, de pessoas que cuida de casa, mulheres

com marido, de mulheres com filhos, não sai assim pra passear, e eu preciso de uma amizade para sair assim, uma amiga [...], um amigo, não tive ainda assim (E. 2).

Sobrevém, nesse contexto, a necessidade da presença de um companheiro, pois elas se preocupam com a possibilidade de um novo episódio coronário e com a morte. Assim, com a manutenção da parceria, a mulher mantém a autoestima por diminuir a sensação de abandono e discriminação.

Ilustração 14 – Desenho-estória 14: Felicidade do amor



Fonte: Desenho-estória elaborado por E. 4.

Os sentimentos das mulheres que se submeteram a cirurgia cardíaca encontram-se alicerçados nas representações que se constroem ao longo da experiência da doença e dos procedimentos aos quais são submetidas, estruturando novas imagens sobre o corpo e estabelecendo uma relação diferenciada da mulher consigo mesma e com as demais pessoas.

O estudo de Carvalho (2010), envolvendo mulheres com feridas crônicas, apontou que com as limitações impostas ao corpo e as recusas das mulheres para manter atividade sexual, acabam por piorar os conflitos pré-existentes nos relacionamentos conjugais, precipitando a ruptura do casal.

A recusa das mulheres em realizar a atividade sexual pode ser explicada pelo sentimento de inadequação do corpo, pela própria experiência do adoecimento, julgando-se menos atraentes, e pelo medo de morrer de um novo infarto durante o ato sexual, o que pode contribuir para o rompimento do relacionamento. Uma vez sozinhas essas mulheres evitam relacionar-se novamente, culminando com a suspensão da vida sexual.

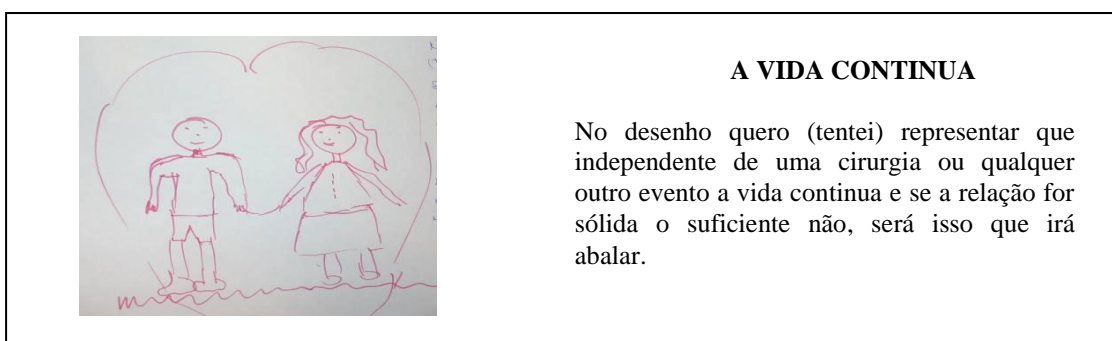
Há inúmeros fatores psicossociais que podem influenciar quando e com que grau de conforto a mulher retorna às atividades sexuais. Após a revascularização do miocárdio ela está sujeita à depressão enquanto ainda está internada ou após retornar ao lar, o que irá afetar seu nível de energia e interesse em reassumir a vida sexual (TAKIUTI et al., 2007).

A depressão, por exemplo, pode ser vivida nesse período e durar dias, semanas ou meses, assim como a diminuição da libido. O estresse envolvido na doença cardíaca e/ou seu tratamento podem exacerbar problemas já existentes entre os parceiros:

“Mudou, mudou, a gente fica um pouquinho [...] tem hora que pega depressão, você fica preocupada [...] se eu começo a suar eu fico preocupada, se eu sinto uma tontura eu já fico preocupada, mudou isso aí, só essa parte física, física e mental” (E. 11).

No entanto a mulher considera que a interação entre o casal tem uma relação direta e intensa com a manutenção e estabilidade do relacionamento e, conseqüentemente, com a atividade sexual a ser determinada e mantida.

Ilustração 15 – Desenho-estória 15: A vida continua



Fonte: Desenho-estória elaborado por E. 2.

Percebe-se que as questões de gênero mostram-se imprescindíveis à compreensão dos processos de construção dos sujeitos sociais, da dialética que direciona a organização dos papéis sociais alvitados para a mulher e o homem e das interferências das relações de gênero nas decisões das mulheres em relação à sua sexualidade.

Foram relatados problemas, medos e inseguranças no exercício da sexualidade que comprometem a vida sexual da mulher. As entrevistadas salientaram o medo de prejudicarem a saúde e o abandono da atividade sexual em decorrência da situação gerada pela doença e pela revascularização do miocárdio.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou as representações sociais de mulheres submetidas à revascularização do miocárdio sobre seu corpo e as implicações dessas representações sobre a sexualidade.

A escolha da Teoria das Representações Sociais permitiu explorar a complexidade do tema abordado, pois estudar a subjetividade das mulheres após a realização da revascularização do miocárdio ainda é um tema pouco abordado, pois muitos estudos focados na pessoa com problema cardíaco privilegiam o caráter biológico e epidemiológico da doença.

As RS e as relações de gênero evidenciaram valores, ideias e práticas das mulheres submetidas à RM no seu grupo de pertença social. O conhecimento já construído, apresentado por elas sobre o corpo, sob a influência das relações sociais e de gênero, forma uma teia de informações da qual emergem as representações deste grupo de pertença.

Estudar as representações sociais das mulheres que realizaram a RM em relação ao seu corpo e a sua sexualidade na perspectiva de gênero possibilitou um olhar que consentiu evidenciar o modo como se organizam as relações de gênero e suas interferências na formação da identidade feminina, na vivência sexual e relacional com as outras pessoas.

Percebeu-se que as mulheres enfrentam a realização da RM com consequentes e importantes mudanças em seu cotidiano, nas diversas esferas. As alterações mais evidentes em suas narrativas relacionam-se à autoimagem, à autoestima, ao trabalho, vida social e familiar, e à sexualidade. As alterações na vida social as conduzem ao isolamento, motivado pela vergonha de expor a história da doença e as marcas corporais após a cirurgia, por medo de sofrer discriminação.

Neste estudo foram identificadas representações antagônicas sobre as consequências da realização da cirurgia de revascularização do miocárdio, tanto a proximidade com o parceiro, quanto a ruptura da relação. Para algumas mulheres, a cirurgia devolve capacidade funcional ao coração, que é interpretada como saúde, e vislumbra a retomada de uma vida dita “normal”. Para outras mulheres, a mudança de vida mostra-se distante dessa almejada “normalidade”, o que pode ser atribuído à necessidade de mudança de hábitos, à alteração na vida social e sexual, à presença das limitações, do medo e da perda da autonomia.

Os resultados deste estudo confirmaram os pressupostos de que as vivências decorrentes da cirurgia cardíaca e a influência das formas diferenciadas de socialização de mulheres e homens repercutem em mudanças particularizadas nas relações sociais, afetivas e

sexuais dessas mulheres; e que as representações das mulheres submetidas à revascularização do miocárdio sobre seu corpo produzem impactos em sua sexualidade.

Dessa forma, conclui-se que os objetivos traçados para este estudo também foram alcançados.

As representações sociais elaboradas pelas entrevistadas justificam o comportamento delas com o próprio corpo. O corpo, na atualidade, tem sido foco de exigências sociais, principalmente para as mulheres, que para atingir os modelos estéticos ideais submetem-se cotidianamente às rígidas rotinas de modelagem e apresentação do corpo. Após a cirurgia de RM a mulher necessita de rotinas, regimes e investimentos voltados não mais para as exigências estéticas, mas para o alcance de uma suposta saúde perdida ou em risco de morte. Nesse sentido, a noção de corpo muda, mas não desaparece a preocupação com a aparência física e com as cicatrizes deixadas pela cirurgia.

O interesse em identificar e compreender a dimensão cognitiva, afetiva e as práticas cotidianas contidas nos discursos das mulheres sobre seu corpo e a sua sexualidade após as marcas da cirurgia aproximou-nos das suas representações acerca da cirurgia de revascularização miocárdica. As mulheres ancoram a cirurgia cardíaca como algo triste, geradora de medo, considerada um risco principalmente pelo corte cirúrgico que é realizado no coração e que traz como consequência a dor e a morte. Todavia elas têm consciência de que a RM é necessária e está atrelada diretamente à possibilidade de viver, à vida.

Para as participantes deste estudo, o corpo após a cirurgia é representado como diferente, limitado e debilitado, e requer cuidados e mudanças no modo de vida. Ao mesmo tempo em que é concebido como um corpo melhorado, ou salvo, em virtude das novas possibilidades que a cirurgia lhes confere de viver melhor e mais, as marcas cicatriciais após a cirurgia causam-lhes sentimento de vergonha.

As mulheres que realizaram a cirurgia de RM, independentemente da faixa etária estudada apresentaram pouco ou mais tempo de experiência pós-cirúrgica, e ter ou não atividade sexual após o procedimento, representam a intervenção cirúrgica como um marco na vida, com repercussões negativas na relação sexual. Ainda que as mulheres com menos de 55 anos de idade e pouco tempo de cirurgia sejam mais otimistas, a ênfase é dada ao corpo e à vida, que venceu a morte.

As representações sobre o corpo após a cirurgia tentam dissimular o evidente sofrimento moral do estigma, mas não conseguem disfarçar a ocultação da dor, não mais física, mas o sentimento de anulação socioafetiva. A maioria relata os danos ao corpo marcado, cicatrizes que causam profundas lesões emocionais e psicológicas.

Desta maneira, confirma-se a tese de que as mudanças na sexualidade das mulheres que realizaram cirurgia de RM não são originadas exclusivamente pelas limitações físicas da doença e seu tratamento, mas determinadas por representações sociais acerca do corpo feminino enfermo que alteram a autoestima, a autoimagem, e pelo medo de complicações ou da recorrência do infarto.

Embora haja uma melhora na qualidade de vida das mulheres após a RM, seus relatos nos permite inferir que o medo da morte experienciado antes da cirurgia não é completamente superado após o procedimento, pois se observa a manutenção do receio pela recidiva da doença e pela necessidade de nova intervenção cirúrgica.

Os resultados apontam que, em razão das inseguranças e medos das mulheres revascularizadas do miocárdio, durante a prestação de cuidados a elas a enfermeira necessita superar as perspectivas individualizantes, dando lugar a espaços de escuta e atenção, para o reconhecimento das reais necessidades e identificação das especificidades. Isso pressupõe que as mulheres sejam ouvidas e convidadas a participar do seu próprio cuidado, exercitando, assim, sua autonomia e cuidado.

Muitas vezes a origem da insegurança e do medo de retomar a vida sexual está na falta de orientação sexual por parte dos profissionais durante o internamento, no momento da alta hospitalar e até mesmo no retorno para as revisões médicas ambulatoriais. Essa situação aponta para a necessidade de explorar mais as questões subjetivas que envolvem a cirurgia de revascularização do miocárdio, por considerar que essas representações podem interferir no modo de vida e de se relacionar consigo mesma e com as outras pessoas, além de afetar a vida social e sexual dessas mulheres.

A complexidade das situações enfrentadas antes e após a cirurgia de revascularização do miocárdio interfere na rotina das mulheres, que para adaptarem-se às novas situações e preservarem suas condições de vida, requerem ajuda profissional.

Conhecer as RS das mulheres revascularizadas do miocárdio sobre o seu corpo e o impacto na sua sexualidade, na perspectiva das TRS e das relações de gênero, contribuirá para individualizar o cuidado na perspectiva da integralidade, o que poderá colaborar para a melhor resolutividade dos problemas e dúvidas apresentadas pelas mulheres. Dessa maneira, poder-se-á ajustar as orientações em saúde para cada sexo, em especial o feminino, interferindo assim na aderência às orientações do tratamento e na qualidade de vida dessas pessoas, aprimorando o cuidado de enfermagem.

Destarte, tanto para a mulher submetida à RM, quanto para a enfermeira se beneficiariam com a implementação da orientação sobre a sexualidade no processo de

cuidado da enfermagem, pois isso estaria contruindo para que as mulheres retornassem à sua vida cotidiana após a cirurgia com menos medo, insegurança e estresse, assim como contribuiria para um menor índice de complicações cirúrgicas.

As representações sociais do corpo elaboradas pelas mulheres após a cirurgia em uma perspectiva de gênero pode subsidiar outros debates sobre a vivência da sexualidade e ações da enfermagem para uma assistência de forma individualizada, a fim de possibilitar a reflexão sobre as situações que implicam no exercício da sexualidade.

Há ainda a necessidade da ampliação de estudos que possam compreender a experiência dessas mulheres para servir como fonte de pesquisas e conhecimentos para a capacitação dos profissionais, no intuito de reverter o atendimento às mulheres revascularizadas do miocárdio em cuidados que envolvam ações educativas que visem minimizar as dúvidas e as complicações no quadro clínico dessas mulheres.

O uso do teste de associação livre de palavras como um método projetivo permitiu adentrar de maneira mais espontânea a vida íntima das entrevistadas para acessar suas vivências de sexualidades, já que o tema é cercado de tabu. Todavia, mesmo tendo sido realizada anteriormente a aproximação com as mulheres, este estudo apresenta como uma das suas limitações a própria temática corpo, intimidade e sexualidade, que é socialmente considerada um tabu, e refere-se à intimidade, que faz com que as mesmas não se sintam completamente à vontade para dialogar e expor com mais profundidade as suas experiências.

Fazem-se importantes novas pesquisas sobre o objeto de estudo, além da necessidade de se fazer pesquisas comparativas entre mulheres e homens, ou até mesmo sobre a sexualidade de mulheres que são submetidas à cirurgia cardíaca pelo sistema único de saúde e as que utilizam planos de saúde. Assim como é preciso investigar as condições de aconselhamentos dos profissionais de saúde, principalmente da enfermeira, e o seu preparo para fornecer orientações pertinentes relacionadas especificamente à sexualidade desse grupo de pertença, independentemente da busca individual por orientação sobre como exercer a sexualidade por parte da mulher que foi revascularizada do miocárdio.

REFERÊNCIAS

- ABRIC, Jean. Claude. **Pratiques sociales et représentations**. Paris: Presses Univeritaires de France, 1994.
- _____. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.
- _____. A abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, Pedro Humberto; LOUREIRO, Marcos Correa (Org.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003. p. 37-57.
- _____. A zona muda das representações sociais. In: OLIVEIRA, Denize Cristina de; CAMPOS, Pedro Humberto Faria (Org.). **Representações Sociais, uma teoria sem fronteiras**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. (Coleção Memória Social).
- AIELLO-VAISBERG, Tania Maria José. O uso de procedimentos projetivos na pesquisa sobre representação social: a perspectiva clínica. **Coletâneas da ANPEPP**, Belo Horizonte, v. 1, n. 9, p. 99-108, set. 1996.
- ALCÂNTARA, Leila Milman; SHIRATORI, Kaneji; PRADO, Lílían Moreira do. Rompendo paradigmas: o cuidado de enfermagem na UTI e sua relação com o processo saúde-doença. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, Manhaçu, MG, v. 3, n. 1, p. 41-50, 2008.
- ALMEIDA, Raquel Ayres de. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 99-113, dez. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul. 2012.
- ALMEIDA, Fernanda Fuscaldi; Barreto, Sandhi Maria; Couto, Bráulio Roberto G. M.; tarling, Carlos E. F. Fatores preditores da mortalidade hospitalar e de complicações pré-operatórias graves em cirurgia de revascularização do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Belo Horizonte, v. 80, n. 1, p. 41-50, 2003.
- AMÂNCIO, Lúcia. Gênero: representações e identidades. **Sociologia – problemas e práticas**, Lisboa, Portugal, v. 14, p. 127-140, 1993.
- AMATO, Vivian Lerner; TIMERMAN, Ari; PAES, Ângela T.; BALTAR, Valéria T.; FARSKY, Pedro S.; FARRAN, Jorge A.; GUN, Carlos; PAULISTA, Paulo Paredes; PIEGAS, Leopoldo S.; SOUSA, J. Eduardo M. R. Resultados imediatos da cirurgia de revascularização miocárdica: comparação entre homens e mulheres. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, p.14-20, 2004. Edição especial.
- ARENHALL, Eva, KRISTOFFERZON M.L, FRIDLUND, B., MALM D, NILSSON U. The female partners view of intimate relationship after a myocardial infarction. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, p.1677- 84, 2011.

AVELINO, Fernanda Valéria Silva Dantas. **A história de vida de mulheres mastectomizadas**: abordando a autoimagem, sexualidade e trabalho. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem). – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade** [on-line], v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

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

BARROS, Daniela Dias. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos** [on-line], v. 12, n. 2, p. 547-554, 2005.

BAUER, Martin; GASKELL, George; ALLUM, Nicholas. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. In: BAUER, Martin; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BEDELL, Suzanna; DUPerval, Melissa; GOLDEBERG, Robert. Cardiologists discussions about sexuality with patients with chronic coronary artery disease. **American Heart Journal** [on-line], v. 144, n. 2, p. 239-242, 2002.

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

BITTENCOURT, Leylane Porto. et al. Estigma: percepções sociais reveladas por pessoas acometidas por hanseníase. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 185-90, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996. Suplemento.

_____. Ministério da Saúde. **Mortalidade**. DATASUS. Disponível em <<http://www.datasus.org.br>>. Brasília, DF, 2006. Acesso em: 14 mar. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Informações de Saúde**. Datasus. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php?>>. Acesso em: 24 jul. 2010.

BRASILIENSE, Maria Bernadete. **Fotografias do corpo feminino**: um espaço onde as representações corporais da mulher madura são construídas e reveladas. 2007. 237 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação) – Faculdade de Comunicação, Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

BREILH, Jaime; GRANDA, Edmundo. **Investigação da saúde na sociedade**: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1991.

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

CARDOSO, Ciro Flamarion. Introdução: uma opinião sobre representações sociais. In: _____; MALERBA, Jurandir (Org.). **Representações a um debate transdisciplinar**. Campinas: Papirus, 2000.

CARVALHO, Evanilda Souza de Santana. **Viver a sexualidade com o corpo ferido**: representações de mulheres e homens. 2010. 255 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

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

CIBOIS, Philippe. *Tri-deux-mots*. Versão 2.2. Paris: UFR Sciences Sociales, 1995.

CITELI, Maria Teresa. Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 131-145, 2001.

CONTI, Ricardo Augusto Slaibi. et al. Comparação entre homens e mulheres jovens com infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 79, n. 5, p. 510-517, 2002.

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

COUTINHO, Maria da Penha Lima. **Depressão infantil**: uma abordagem psicossocial. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2001.

_____; NÓBREGA, Sheva Maia da; CATÃO, Maria de Fátima Martins. Contribuições teórico-metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das Representações Sociais. In: **Representações Sociais**: abordagem interdisciplinar. COUTINHO, Maria da Penha. et al. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003.

CRUZ, Enêde Andrade. **Práticas profissionais de trabalhadores em central de material e esterilização**: representações sociais da equipe de enfermagem. 2003. 216 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2003.

DA LUZ, Protásio Lelos; SOLIMENE, Maria Cecília Peculiaridades da doença arterial coronariana na mulher. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 45, p. 45-54, jan./mar. 1999.

DALTON, Tomas. et al. Cardiac disease and its consequences on the partner relationship: a systematic review. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 10, n. 3, p. 140-149, Sep. 2011.

DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; AGUILLAR, Olga Maimoni; BARBEIRA, Claudia Benedita dos Santos. Retorno às atividades ocupacionais e sexuais após cirurgia de

revascularização do miocárdio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 26-31, jul. 2001.

DELALIBERA, Mayra Armani. **A imagem do corpo e a angústia sobre o corpo no envelhecer e no morrer**. 2005. 55 f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2005.

FABBRO, Márcia Regina Cangiani; MONTRONE, Aida Victoria Garcia; SANTOS, Silvana dos. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 532-537, out./dez. 2008.

FAGUNDES, Tereza Cristina Pereira Carvalho. **Ensaio sobre identidade e gênero**. Salvador: Helvécia, 2003.

_____. Sexualidade e gênero: uma abordagem conceitual. In: _____ (Org.). **Ensaio sobre educação, sexualidade e gênero**. Salvador: Helvécia, 2005.

FARIA, Ana Paula Silva de; BELLATO, Roseney. A vida cotidiana de quem vivencia a condição crônica do *diabetes mellitus*. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, dez. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul. 2012.

FARIAS, Francisca Lucélia Ribeiro de; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira. O dito e o não dito pelos usuários de drogas, obtidos mediante as vivências e da técnica projetiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [on-line], Ribeirão Preto, SP, v. 13, n. 5, set./out. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2010.

FERREIRA, Francisco Romão. A produção de sentidos sobre a imagem do corpo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 12, n. 26, p. 471-483, jul./set. 2008.

_____. **Os sentidos do corpo: cirurgias estéticas, discurso médico e Saúde Pública**. 2006. 220 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

FERREIRA, Antônio José Santos. et al. Qualidade de vida em doentes submetidos a cirurgia vascular cardíaca. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, Portugal, v. 9, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul. 2012.

FERREIRA, Arthur Vianna. **Representações sociais e identidade profissional: elementos das práticas educacionais com os pobres**. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2012.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques; MAMEDE, Marli Villela. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 299-304, maio/jun. 2003.

FIGHERA, Jossiele. **Angústia e fantasias relacionadas ao paciente cardíaco cirúrgico**. 2006. 118 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FLICK, Uwe. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Tradução de Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 5-13, jan. 1997.

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

FRANCO, Divaldo Pereira. **Página psicografada pelo médium Divaldo Pereira Franco durante sessão mediúcnica no Centro Espírita Caminho da Redenção**. Salvador, 2012.

FUKUMITSU, Karina Okajima; CAVALCANTE, Flaviana; BORGES, Marcelo. O cuidado na saúde e na doença: uma perspectiva gestáltica. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, abr. 2009. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2013.

GALTER, Carmem; RODRIGUES, Gláucia da Costa; GALVÃO, Elizabeth Correia Ferreira. A percepção do cardiopata para a vida após cirurgia cardíaca. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 255-258, 2010. Disponível em:

<http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/03_jul-set/V28_n3_2010_p255-258.pdf>.

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

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

GIR, Elucir; NOGUEIRA, Maria Suely; PELÁ, Nilza Tereza Rotter. Sexualidade humana na formação do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 33-40, 2000.

GOFFMAN, Erving. **Comportamento em lugares públicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

GOMES, Romeu. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. p. 79-108.

_____; MENDONÇA, Eduardo Alves. A representação e a experiência da doença: princípio para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 109-132.

GÓMEZ, Elza Gómez. **Género, muyer e salud en las Americas**. Washington: OPS/OMS, 1993.

GOUVEIA, Taciana; CAMURÇA, Silvia. **O que é gênero?** Recife: SOS Corpo – Instituto Feminista Para a Democracia, 2000. (Cadernos SOS corpo, V. 1).

HADDAD, Maria do Carmo Lourenço. et al. Qualidade de vida após gastroplastia. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, Paraná, v. 2, n. 1, p. 37-43, jan./jun. 2003.

HASSEN, Maria de Nazareth Agra. Grupos focais de intervenção no projeto sexualidade e reprodução. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 159-177, jun. 2002.

HEILBORN, Maria Luiza. Gênero e condição feminina: uma abordagem antropológica. In: IBAM/UNICEF. **Mulher e políticas públicas**. Rio de Janeiro, 1991. p. 23-38.

_____. (Org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

HESKETT, Randall; IRWIN, Brian (Ed.). **The bible as a human witness to divine revelation: hearing the word of god through historically dissimilar traditions**. Londres: T & T Clarck International, 2010.

HO, T. M.; FERNÁNDEZ, M. Patient's sexual health: do we care enough? **Journal of Renal Care**, v. 32, n. 4, p. 183-186, 2006.

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

JAARSMA, Tiny; GOOSSENS Eva; NOREKVÅL Tone M.; FAERCH Jane; OLSEN Laurence Hody Siv Storli; DARMER Mette Rosendal; MOONS Philip. Sexual counselling of cardiac patients: nurses' perception of practice, responsibility and confidence. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 9, n. 1, p. 24-29, 2010.

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

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

JUNQUEIRA, Maria de Fátima Pinheiro da Silva. Cuidado: as fronteiras da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2012.

KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro. **Sociologia da emoção: o Brasil urbano sob a ótica do luto**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

LE TAILLE, Yves de. **Vergonha, a ferida moral**. São Paulo: Vozes, 2002.

LE BRETON, David. **Adeus ao corpo**: antropologia e sociedade. 3. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2008.

LEITE, Valéria Barreto Esteves; FARO, Ana Cristina Mancussi. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 92-96, 2005.

LEITE, Rodrigo Santana; NUNES, Célia Vieira; BELTRAME, Ideraldo. **Humanização hospitalar**: análise da literatura sobre a atuação da enfermagem. São Paulo: Graduandos do Centro Universitário Nove de Julho, São Paulo, 2004.

LIMA, Ricardo de Carvalho; KUBRUSLY, Luís Fernando. Diretrizes de cirurgia de revascularização miocárdica, valvopatias e doenças da aorta. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 82, Suplemento V, jul. 2004. Disponível em: [≤http://www.scielo.br/pdf/abc/v82s5/19535.pdf >](http://www.scielo.br/pdf/abc/v82s5/19535.pdf). Acesso em: 15 nov. de 2004.

LOURO, Guacira Lopes. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Revista Pro-Posições**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 17-23, maio/ago. 2008.

LUZ, Madel Therezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.

MACHADO, Sílvia Helena; PELÁ, Nilza Teresa Rotter. Sexualidade e cardiopatia. **Revista do Centro Universitário Barão de Mauá**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, jan./jun. 2001.

MACHADO, Ana Lúcia. et al. Representações sociais em enfermagem: comentários sobre teses e dissertações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 486-497, dez. 1997.

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

MAIA, Ana Rosete; VAGHETTI, Helena Heidtmann. O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico. In: SOUSA, Francisca Georegina Macêdo de; KOERICH, Magda Santos (Org.). **Cuidar-cuidado**: reflexões contemporâneas. Florianópolis: Papa-Livro, 2008.

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

MARZANO-PARISOLI, Maria Michela. **Pensar o corpo**. Tradução de Lúcia Endlich Orth. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

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

MENIN, Maria Suzana de Stefano. Representação social e estereótipo: a zona muda das representações sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 43-52, jan./abr. 2006.

MEYER, Dagmar E. Estermann; KLEIN, Carin; ANDRADE, Sandra dos Santos. Educação Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas. **Revista Belo Horizonte**, Belo Horizonte, n. 46, p. 219-239, 2007.

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

_____. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MIRANDA, Francisco Arnaldo Nunes de. et al. Figuras e significados: recursos gráficos na pesquisa de representações sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [on-line], Goiânia, v. 9, n. 2, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a19.htm>>. Acesso em: 15 maio 2010.

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

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

_____. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução Pedrinho Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução Pedrinho Guareschi. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

MOURA, Tania Regina Santos de. **Implicações psicossociais das cardiopatias na qualidade de vida de pessoas submetidas ao procedimento cardíaco-cirúrgico e com risco cardíaco**. 2008. Dissertação (Mestrado), 2008.

MUSSI, Fernanda Carneiro. O infarto e a ruptura com o cotidiano: possível atuação da enfermagem na prevenção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 5, p. 751-759, set./out. 2004.

_____. Desconforto, modelo biomédico e enfermagem: reflexões com base na experiência de homens infartados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 88-97, 2003.

NASCIMENTO. Enilda Rosendo do. **Gênero e enfermagem**. Brasília, DF: Positiva, 1996.

_____. Construção de indicadores de gênero para avaliação da assistência de enfermagem: aspectos teóricos e metodológicos. In: FERREIRA, Sílvia Lucia, NASCIMENTO, Enilda Rosendo do (Org.). **Imagens da mulher na cultura contemporânea**. Salvador: NEIM/UFBA, 2002. p. 125-139. (Coleção Baianas, nº 07),

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

NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; TRENTINI, Mercedes. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 12, n. 2, p. 71-78, 2004.

NOBREGA, Sheva Maia. **O que é as representações sociais?** Texto apresentado na forma de “Mémoire”, no Curso de Doutorado em Psicologia da Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, Paris. Tradução parcial e revisada do trabalho intitulado “La maladie mentale au Brésil: étude sur les representations sociales de la folie pour des sujets internes à l'hôpital psychiatrique et leurs familles”. Paris, 1990. 76 p. Mimeografado.

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

OLIVEIRA, Abílio; AMÂNCIO Lígia. A análise factorial de correspondências no estudo das representações sociais – as representações sociais do suicídio na adolescência. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes (Org.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária/ UFPB, 2005. p. 323-362.

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

_____; AMÂNCIO, Ligia. Implicações das representações sociais na vulnerabilidade de gênero para Sida/Aids entre jovens universitários: estudo comparativo Brasil Portugal. In: CONGRESSO VIRTUAL HIV/AIDS, 5., 2004, Lisboa. **Anais...** Lisboa, 2004.

_____; PAREDES, Antônia Silva. Aspectos teórico-metodológicos sobre representações sociais. SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 2., Belém, PA, 2001. **Anais...** Belém, PA, 2001. Painel II: A multiplicidade de abordagens metodológicas a considerar.

PALOS, Cassia Maria Carraco; ZIONI, Fabíola. Meio ambiente e saúde em Espírito Santo do Turvo, SP – um estudo das representações sociais das integrantes do movimento de mulheres. In: SEMINÁRIO NACIONAL SAÚDE E AMBIENTE NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO, 1., 2000, Rio de Janeiro. Série Fiocruz- Eventos Científicos. **Anais...** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. v. 2. 224 p.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Promotion of sexual health Recommendations for action**. Proceedings of a Regional Consultation convened by Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization (WHO), In collaboration with the World Association for Sexology (WAS). In: Antigua Guatemala, Guatemala. May. p. 19-22, 2000. Disponível em: <<http://www2.hu-berlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/ANTIGUA.PDF>>. Acesso em: 19 set. 2010.

PAPALEO NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

PAVARINO, Rosana Nunes. Teoria das representações sociais: pertinência para as pesquisas em comunicação de massa. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 16., Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte, 2003.

PERUZZOLO, Adair Caetano. **A circulação do corpo na mídia**. 1. ed. Santa Maria: UFSM, 1998.

PIMENTA, Lucia. et al. Is female sex an independent predictor of in-hospital mortality in acute myocardial infarction? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 77, n. 1, p. 44-50, 2001

PIRES, Cibele Amaro; SHAROVSKY, Lilian Lopes; ROMANO, Bellkiss Wilma. Coronariopatas e valvopatas: impacto emocional da cirurgia cardíaca. Estudo comparativo. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 4, n. 5, p. 1-7, set./out. 1994. Suplemento A.

PORTO, Celmo Celeno. **Doenças do coração: prevenção e tratamento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

POTER, Roy; VIGARELLO, Georges. Corpo, saúde e doenças. In: CORBIN, Alain; COUTRINE, Jean-Jacques; VIGARELLO, Georges. **História do corpo: da renascença às luzes**. Tradução de Lúcia Orth. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

RERKPATTANAPIPAT. Pairoj; STANEK, Marjorie; KOTLER, Morris. Sex and the heart: what is the role of the cardiologist? **European Heart Journal**, v. 22, n. 3, p. 201-208, 2001.

RESSEL, Lúcia Beatriz. **Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural**. 2003. 316 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.

RIBEIRO, Karla Carolina.Silveira; OLIVEIRA, Josevânia da Silva.Cruz.de; COUTINHO, Maria.da Penha.de Lima; ARAÚJO, Ludgleydson.Fernandes.de. Representações sociais da depressão no contexto escolar. **Paidéia**, Ribeirão Prto, v. 17, n. 38, p. 417-430, 2007.

ROBINSON, Arthur Well. Older women's experiences of living alone after heart surgery. **Applied Nursing Research**, v. 15, n. 3, p. 118-125, Aug. 2002.

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

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do corpo**. 7. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

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

SABINO, Fernando. **O encontro marcado**. 82. ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.

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

SAMPAIO, Elieusa Silva; FREITAS, Maria Assunção Meireles; PEDREIRA, Larissa Chaves. Reações apresentadas pelo paciente submetido à cirurgia cardíaca ao despertar na UTI: visão dos enfermeiros. **Revista Nursing**, v. 85, n. 8, p. 282-286, 2005.

SCOTT, Joan W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Tradução de Guacira Lopes Louro. **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 9, jul./dez. 1990.

_____. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 71-99, 1995.

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

SILVA, Lucineide Santos. **Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre homens e mulheres de 50 a 59 anos**. 2006. 255 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

SILVA, Maria Cristina Dias; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. **Escola Anna Nery** [on-line], v. 14, n. 2, p. 223-229, 2010.

SILVA, Mary Gomes; PIRES, Claudia Geovana da Silva; RODRIGUES, Gilmaria Ribeiro Santos. Cuidado de Enfermagem no Ambiente de Terapia Intensiva: uma reflexão. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 32, p. 42-49, out. 2008.

SILVA, Silvia Sidnéia da. **Resgatando conflitos relativos à sexualidade dos clientes portadores de coronariopatias**. 2007. 151 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo, São Paulo, 2007.

SILVA, Sílvio Éder Dias da; CAMARGO, Brígido Vizeu; PADILHA, Maria Itayra. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 5, p. 947-951, set./out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a22v64n5.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2012.

SILVA, Regina Célia Pinheiro. et al. História de vida e trabalho de pessoas atingidas pela hanseníase em serviços de saúde do estado de São Paulo. **Hansenologia Internationalis**, Bauru, SP, v. 33, n. 1, p. 9-18, 2008.

SIMÕES, Sonia Maria Faria. Do mundo-do-mais-ou-menos ao universo da precisão: refletindo o cuidar em enfermagem na ótica heideggeriana. **Online Brazilian Journal Nursing**, v. 1, n. 2, ago. 2002. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objnursing.htm>>. Acesso em: 06 fev. 2011.

SOUSA, Francisca Georegina Macêdo de; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. A Integralidade do cuidado: do real à fantasia. In: SOUSA, Francisca Georegina Macêdo de; KOERICH,

Magda Santos (Org.). **Cuidar-cuidado**: reflexões contemporâneas. Florianópolis: Papa-Livro, 2008.

SOUZA, Ângela Maria Freire de Lima e. Sexo e Identidade – biologia não é destino. In: FAGUNDES, Tereza Cristina Pereira Carvalho (Org.). **Ensaio sobre educação, sexualidade e gênero**. Salvador: Helvécia, 2005.

SOUZA, Dilmara Veríssimo; ZIONI, Faiola. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das Representações Sociais e a técnica qualitativa da triangulação de dados. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 12, n. 2, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext;pid=S0104-12902003000200008;lng=pt;nrm=iso>. Acesso em: 27 de março de 2010.

SOUZA, Jane Felipe. Gênero e sexualidade nas pedagogias culturais: implicações para a educação infantil. In: REUNIÃO ANUAL DA ANPED, 22., 1999, Caxambu, MG. **Anais eletrônicos...** Caxambu, MG: ANPED, 1999. Disponível em: <<http://www.ced.ufsc.br/~nee0a6/SOUZA.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2010.

SOUZA, Livia Carla Santos. Identidade de gênero – formas contemporâneas de construção e expressão. In: FAGUNDES, Tereza Cristina Pereira Carvalho (Org.). **Ensaio sobre educação, sexualidade e gênero**. Salvador: Helvécia, 2005.

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

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

_____. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra (Org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995. p. 117-145.

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

STEIN, Ricardo; HOHMANN, Clarissa Barlem. Atividade sexual e coração. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 86, n. 1, p. 61-67, 2006.

STREY, Marlene Neves. **La construcción del proyecto profesional en la mujer** - estudio de algunos aspectos psicossociales. 1994. Tese (Doutorado) – Departamento de Psicologia Social e Metodologia, Universidade Autônoma de Madrid, Espanha, 1994.

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

TEIXEIRA, Marizete Argolo. **Soropositividade de mulheres para os vírus HIV e HTLV: significados do contágio do leite materno**. 2009. 259 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

THORSON, Anne. I. Sexual activity and the cardiac patient. *The American Journal of Geriatric Cardiology*, v. 12, n. 1, p. 38-40, Jan./Feb. 2003.

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

TRINCA, Walter. **Investigação clínica da personalidade**: o desenho livre como estímulo da percepção temática. São Paulo: EPU, 1987.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1. ed. 18 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

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

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seu objeto de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p.507-514, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2012.

VALA, Jorge. A análise de conteúdo. In: SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira (Org.). **Metodologia das ciências sociais**. 11. ed. Porto, Portugal: Edições 70, 2001. p. 101-128.

VANZANT, Iyanla . **Posso conseguir o que desejo**: orações para cada momento de vida. São Paulo: Sextante, 2005.

VARELA, Rejane; SALEMA, Elza Berger, BARTILOTTI, Carolina Bunn. Infarto agudo do miocárdio em mulheres. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 110, n. 12, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 06 maio 2009.

VERGARA, Ricardo López. Cuerpos transgresores/cuerpos transgredidos. Carne y memória marcadas. Los jóvenes y sus prácticas de modificación corporal. **Última Década**, Viña del Mar, Chile, n. 26, p. 103-120, jul. 2007.

VIEIRA, Carolina Pasquote; QUEIROZ, Marcos de Souza. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2012.

VIEIRA, Cláudia Maria Sodré. Utiliza o de técnicas projetivas em uma psicoterapia breve. **Psikh ** - Revista do Curso de Psicologia do Centro Universitário FMU, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 47-59, jul./dez. 2001.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida; COSTA, Maria Cristina Silva. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos   revasculariza o do miocárdio. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 750-756, ago. 2008.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____. **O cuidado humano**: o resgate necessário. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).. **Health situation in the Américas**. Basic Indicators. Premature mortality due to cerebrovascular diseases. Geneva, 2009a. Disponível em:

<http://www.who.int/pmnch/topics/research_statistics/2009_pahobasicindicators/en/index.html>. Acesso: 14 set. 2010.

_____. **Salud de la mujer**. Nota descritiva 334. 2009b. Disponível em:

<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>>. Acesso em: 19 set. 2010.

_____. **¿En qué consiste el enfoque de salud pública basado en el género?** Preguntas y respuestas en línea. 7 de marzo de 2007. 2007. Disponível em:

<<http://www.who.int/features/qa/56/es/print.html>>. Acesso em: 19 set. 2010.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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



DOCTORANDA: GILMARA RIBEIRO SANTOS RODRIGUES

TELEFONE: 32837631 (Pós-graduação)

E-MAIL: jubaenfa@hotmail.com

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada representações sociais sobre o corpo de mulheres submetidas à cirurgia cardíaca: repercussões na sua sexualidade. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia- Ufba pela doutoranda Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues, sob a orientação da professora doutora Mirian Santos Paiva, com o objetivo de analisar as representações sociais sobre o corpo e a sexualidade elaborada por mulheres que foram submetidas à cirurgia cardíaca.

O trabalho requer a sua participação, de maneira voluntária. Não se sinta obrigada a participar do estudo. Você poderá não querer participar deste estudo, e isto não vai prejudicar o seu tratamento/atendimento.

A coleta de dados será feita no ambulatório ou local previamente combinado com você, através de uma entrevista em ambiente reservado. Os depoimentos da entrevista serão gravados, após a sua permissão, pela pesquisadora. Você poderá requerer a escuta ao final da entrevista, sendo possível caso desejar a retirada ou acréscimo de informações.

O possível benefício da sua participação é que os dados fornecidos ajudarão a construir novos conhecimentos que poderão contribuir de forma positiva para a construção de uma assistência de qualidade.

A entrevista será realizada somente depois de fornecidas as explicações sobre os objetivos da pesquisa e quaisquer outras que se fizerem necessárias. Você tem direito a todos os esclarecimentos que julgar necessários e a desistir a qualquer momento dessa participação, sem prejuízo pessoal. Serão preservadas a sua identificação e privacidade. Por isso, todas as informações obtidas neste estudo que possam ser identificadas permanecerão confidenciais. Seu nome não será revelado em qualquer relatório ou publicação resultante deste estudo. Todas essas recomendações estão de acordo com a resolução n. 196/96, do conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Os resultados deste estudo serão publicados na tese e em artigos científicos.

Se você tiver qualquer dúvida ou problema durante a realização deste estudo, poderá entrar em contato com a autora através do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Ufba (EEUFBA) pelo telefone (71) 3283-7631.

A pesquisadora não está sendo remunerada para a realização desse estudo, assim como as entrevistadas não receberão benefícios financeiros para a sua participação no mesmo. As despesas do projeto estão a cargo da pós-graduanda/pesquisadora.

Eu, Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues, serei a pesquisadora que irá conduzir esta pesquisa, estando ao seu dispor para lhe esclarecer qualquer dúvida ou lhe prestar algum auxílio relativo à mesma.

Consentimento pós-esclarecido

Após ter sido esclarecida sobre os objetivos e conteúdo da pesquisa, estou ciente sobre os riscos a que serei submetida e dos benefícios que poderão proporcionar na minha saúde, que minha identidade será mantida em sigilo, minha privacidade será respeitada e que os dados da pesquisa poderão ser divulgados na tese, em eventos científicos e revistas nacionais e internacionais. Sei que não receberei benefícios financeiros participando desta pesquisa. Todas as despesas do projeto estão a cargo da pesquisadora. Os dados obtidos serão armazenados por um período mínimo de 5 anos. Este termo de consentimento livre e esclarecido será assinado por mim em duas vias, com o compromisso da pesquisadora me proporcionar uma cópia do mesmo.

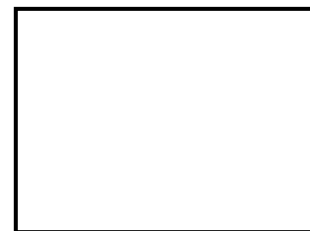
Afirmo que a minha participação é voluntária, o meu consentimento para participar da pesquisa foi de livre decisão, não tendo sofrido nenhuma interferência da pesquisadora. Estou ciente de que não serei remunerada por este ato, de que poderei solicitar a pesquisadora para rever as informações que forneci na entrevista, estando livre para corrigir parte do que foi dito por mim, além de me recusar a continuar participando do estudo a qualquer momento sem causar nenhum prejuízo a minha pessoa.

Declaro que após convenientemente esclarecida pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar desta Pesquisa.

Salvador, ____ de _____ de 201__

Assinatura do sujeito da pesquisa

IMPRESSÃO DIGITAL



Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B – Instrumento para a coleta de dados

Título do projeto: Representações sociais sobre o corpo de mulheres submetidas à revascularização cirúrgica do miocárdio: repercussões na sua sexualidade

Data: ___/___/201__

Entrevistada n°: _____

PARTE I - DADOS DE CARACTERIZAÇÃO

Idade (em anos completos): _____

Religião: _____

Tempo de cirurgia (em anos completos): _____

Manifestação Clínica: doença arterial coronariana (IAM) () Sim () Não

Vida Sexual ativa após a cirurgia () Sim () Não

Situação conjugal: () casada () amasiada () solteira () viúva () separada /divorciada [() antes () depois]

PARTE II – TESTE DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS - TALP

Termos Indutores:

1. Diga 5 (cinco) palavras que vem a sua mente quando eu lhe digo: **Cirurgia Cardíaca:**

_____ ; _____ ; _____ ; _____ ; _____

2. Diga 5 (cinco) palavras que vem a sua mente quando eu lhe digo: **Corpo de Mulher:**

_____ ; _____ ; _____ ; _____ ; _____

3. Diga 5 (cinco) palavras que vem a sua mente quando eu lhe digo: **Seu corpo após a Cirurgia Cardíaca:**

_____ ; _____ ; _____ ; _____ ; _____

4. Diga 5 (cinco) palavras que vem a sua mente quando eu lhe digo: **Sexo após a Cirurgia Cardíaca:**

_____ ; _____ ; _____ ; _____ ; _____

PARTE III – DESENHO-ESTÓRIA COM TEMA

- Desenhe algo que represente o relacionamento com o parceiro e a vida sexual de uma mulher operada do coração.
- Olhe para seu desenho e invente uma estória sobre ele.
- Leia a estória e dê um título para ela.

PARTE IV – QUESTÕES NORTEADORAS

- Como uma mulher que passou por uma cirurgia cardíaca se comporta no relacionamento com as pessoas?
- O que mudou em você, no seu corpo e na sua vida após a cirurgia cardíaca?
- Após a cirurgia cardíaca como ficou o seu relacionamento com o seu parceiro e a sua vida sexual?

ANEXO A – Bancos de Dados do *Tri-Deux-Mots* 2.2

TRI-DEUX Version 2.2

IMPOrtation des MOTs d'un fichier de questions ouvertes
ou de mots associ,s ... un stimulus - janvier 1995
Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
12 rue Cujas - 75005 PARIS
Programme IMPMOT

Le fichier de sortie mots courts tri,s est gilma.DAT et servira d'entr,e pour TABMOT

Le fichier de position en sortie sera gilma.POS
et servira d'entr,e pour TABMOT

Le fichier d'impression est gilma.IMP

Position de fin des caract,ristiques 3

Nombre de lignes maximum par individu 5

Le stimulus est en fin de mot et sera report, en fin de caractristiques ... la position 4 il sera laiss, en fin de mot

Nombre de lignes lues en entre 25

Nombre de mots ,crits en sortie 421

Nombre de mots de longueur suprieure ... 10 = 0

seuls les 10 premiers sont ,t, imprim,s

D,coupage en mots termin,

Tri termin,

Les mots sont mis en 4 caractres

Impression de la liste des mots

alegre2	aleg	2	amor2	amor	2	amor3	amo1	1	anestel	anes	2
ansied4	ansi	1	apoi01	apoi	1	arruma2	arru	6	bem3	bem3	1
boa1	boal	2	bom4	bom4	10	bonito2	boni	16	bronze2	bron	2
careca3	care	1	carici2	car1	1	carinh4	car2	3	chance1	chan	1
cicatr3	cica	20	comal	coma	1	compan4	com1	7	complil	com2	1
compre1	com3	1	coraca1	cora	5	cortel	cor1	5	cuidal	cuid	1
cuidad2	cuil	5	cuidad3	cui2	10	cuidad4	cui3	11	cura1	cura	6
curado3	curl	2	debili3	debi	6	delica4	deli	1	depend4	depe	2
depila2	depl	2	deseja2	dese	5	desejo4	des1	2	deus1	deus	7
difere3	dife	10	difere4	dif1	1	difici4	dif2	2	discri3	disc	2
doenca1	doen	1	dor1	dor1	8	dor3	dor1	3	dor4	dor2	1
duvida1	duvi	1	escuro3	escu	1	feio3	feio	2	flacid3	flac	1
grandel	gran	1	gravid2	gral	3	harmon2	harm	2	hospit1	hosp	5
inchad3	inch	4	incomp4	incl	1	inutil3	inut	1	lento3	lent	3
limita3	limi	4	limita4	lim1	1	limpo2	lim2	1	magico2	magi	1
magro2	mag1	1	magro3	mag2	2	marca4	marc	1	marcap1	mar1	1
medico1	medi	2	medo1	med1	18	medo3	med2	1	medo4	med3	12
melhor3	melh	4	menstr2	mens	1	menstrua2	men1	1	mortel	mort	9
morte4	mor1	1	mudan1	muda	1	mutila3	muti	1	nao4	nao4	3
nbem3	nbem	1	necess4	nece	1	normal2	norm	10	normal3	nor1	6
normal4	nor2	4	novo3	novo	3	nsabe4	nsab	1	pacien1	paci	1
pacien4	pac1	9	peito2	peit	11	pergun3	perg	1	pfazer4	pfaz	1
posi4	posi	1	pouco4	pouc	6	praia2	prai	1	prazer2	pral	1
prazer4	pra2	1	precis1	prec	4	pregui4	prel	1	preocul	pre2	1
preocu3	pre3	1	preocu4	pre4	3	preser4	pre5	1	preven1	pre6	1
recome4	reco	3	remedi1	reme	1	remedi3	reml	3	renasc3	rena	4
repous3	repo	2	repous4	repl	1	risco1	risc	6	roupa2	roup	2
ruim1	ruim	1	salva1	salv	9	salvo3	sall	4	sangue1	sang	3
sangue4	san1	1	saude2	saud	4	saude4	saul	5	sensiv2	sens	1
sensiv3	sen1	2	separa4	sepa	1	sexual2	sexu	5	smarca2	smar	1
temqfa4	temq	1	transt4	tran	1	tratam2	tra1	1	tristel	tris	5
vacilo4	vaci	1	vdois3	vdoi	1	vergon3	verg	2	vergon4	ver1	4
vidal	vida	4									

Nombre de mots entr,s 421

Nombre de mots diff,rents 129

Impression des tris ... plat

Question 015 Position 15 Code-max. 2
 Tot. 1 2
 421 161 260
 100 38.2 61.8

Question 016 Position 16 Code-max. 2
 Tot. 1 2
 421 134 287
 100 31.8 68.2

Question 017 Position 17 Code-max. 2
 Tot. 1 2
 421 290 131
 100 68.9 31.1

TRI-DEUX Version 2.2
 Analyse des ,cartes ... l'ind,pendance - mars 1995
 Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
 12 rue Cujas - 75005 PARIS
 Programme ANECAR

Le nombre total de lignes du tableau est de 40
 Le nombre total de colonnes du tableau est de 6
 Le nombre de lignes suppl,mentaires est de 0
 Le nombre de colonnes suppl,mentaires est de 0
 Le nombre de lignes actives est de 40
 Le nombre de colonnes actives est de 6

M,moire disponible avant dimensionnement 450314
 M,moire restante aprŠs dim. fichiers secondaires 448502
 M,moire restante aprŠs dim. fichier principal 447542

AFC: Analyse des correspondances

Le phi-deux est de : 0.087715

Pr,cision minimum (5 chiffres significatifs)

Le nombre de facteurs ... extraire est de 4

Facteur 1

Valeur propre = 0.041916
 Pourcentage du total = 47.8

Facteur 2

Valeur propre = 0.037027
 Pourcentage du total = 42.2

Facteur 3

Valeur propre = 0.008772
 Pourcentage du total = 10.0

Facteur 4

Valeur propre = 0.000000

Pourcentage du total = 0.0

Coordonn,es factorielles (F=) et contributions pour le facteur (CPF)

Lignes du tableau

----------*-----*-----*-----*-----*-----*

ACT. F=1 CPF F=2 CPF F=3 CPF F=4 CPF

----------*-----*-----*-----*-----*-----*

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF	
arru	-79	3	195	21	-241	134	-0	2	arruma2
bom4	72	4	293	78	51	10	0	2	bom4
boni	130	22	-40	2	53	18	0	23	bonito2
cica	-123	24	-0	0	-13	1	-0	3	cicatr3
com1	91	5	320	65	-30	2	0	5	compan4
cora	-372	56	-17	0	203	80	-0	37	coraca1
cor1	-266	29	-88	4	-120	28	-0	4	corte1
cui1	-189	14	63	2	45	4	-0	7	cuidad2
cui2	-5	0	142	18	-114	50	0	7	cuidad3
cui3	-177	28	167	28	36	6	-0	64	cuidad4
cura	-165	13	-147	12	-170	67	-0	25	cura1
debi	-254	31	-87	4	99	23	-0	30	debili3
dese	47	1	-448	91	61	7	0	0	deseja2
deus	17	0	27	0	30	2	0	0	deus1
dife	-19	0	13	0	11	0	-0	0	difere3
dor1	-21	0	-97	9	-103	45	-0	1	dor1
hosp	-189	14	63	2	45	4	-0	7	hospit1
inch	8	0	-126	6	-130	26	0	0	inchad3
limi	-842	228	125	6	39	2	-0	196	limita3
med1	204	60	-63	6	-43	13	0	45	medo1
med3	-4	0	-33	1	74	25	-0	0	medo4
melh	204	13	-350	45	-16	0	0	8	melhor3
mort	261	49	-9	0	164	93	0	5	morte1
norm	-110	10	-27	1	90	31	-0	4	normal2
nor1	-79	3	195	21	-241	134	-0	2	normal3
nor2	431	60	351	45	85	11	0	38	normal4
pac1	464	157	79	5	-12	1	0	198	pacien4
peit	85	6	-110	12	13	1	0	4	peito2
pouc	248	30	-380	79	-151	53	0	56	pouco4
prec	-91	3	288	30	-37	2	-0	1	precis1
rena	-91	3	288	30	-37	2	-0	1	renasc3
risc	160	12	-321	56	119	33	0	3	risco1
salv	-14	0	-121	12	18	1	-0	1	salva1
sal1	204	13	-350	45	-16	0	0	8	salvo3
saud	105	4	63	1	77	9	0	2	saude2
sau1	72	2	293	39	51	5	0	1	saude4
sexu	-5	0	142	9	-114	25	0	3	sexual2
tris	-109	5	-268	33	-29	2	-0	2	triste1
ver1	-547	96	-513	96	60	6	-0	201	vergon4
vida	6	0	476	83	169	44	0	0	vida1

----------*-----*-----*-----*-----*-----*

* * *1000* *1000* *1000* *1000*

----------*-----*-----*-----*-----*-----*

Modalit,s en colonne

----------*-----*-----*-----*-----*-----*

ACT.	F=1	CPF	F=2	CPF	F=3	CPF	F=4	CPF
0151	144	65	265	247	141	296	0	98
0152	-93	42	-170	159	-91	191	-0	2
0161	-343	268	370	354	-91	90	-0	128
0162	138	108	-149	143	37	36	0	247
0171	162	148	66	28	-64	111	0	6
0172	-402	368	-164	69	159	275	-0	519
* * *	*1000*		*1000*		*1000*		*1000*	

Fin normale du programme

ANEXO B – Carta de Autorização do Comitê de Ética

Salvador, 29 de julho 2011.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / HAN /UFBA

Ofício Nº 69/2011

Ref. Projeto de Pesquisa - n.º 69/2011

TITULO DO PROJETO: “Representações Sociais de Mulheres Submetidas á Revascularização Cirúrgica do Miorcadio sobre seu Corpo”

Pesquisadores: Enfermeira Gilmara R. S. Rodrigues

Orientador: Dra. Mirian Santos Paiva

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Néri, após análise do processo de nº 69/2011 acima citado considera que o mesmo atende aos princípios éticos em pesquisa em seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP CNS –MS). Diante do exposto julga o processo **APROVADO.**

Lembramos à necessidade do envio de relatório anual do andamento da pesquisa, dentro do cronograma citado no mesmo protocolo.


Dr. Aymônio Costa Guimarães

Coordenador do CEP
Coord. Comitê de Ética em Pesq.
HAN/UFBA

Ilm^a Pesquisadora Enfermeira Gilmarã R.S.Rodrigues

Nesta

ANEXO C – Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos- CONEP

Folha de Rosto

Página 1 de 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 415797	
Projeto de Pesquisa REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES SUBMETIDAS À REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MIOCÁRDIO SOBRE SEU CORPO: REPERCUSSÕES NA SUA SEXUALIDADE					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum			Grupo Grupo III	Nível Não se aplica	
Área(s) Temática(s) Especial(s)			Fase Não se Aplica		
Unitermos ENFERMAGEM, SEXUALIDADE, IDENTIDADE DE GÊNERO, GÊNERO E SAÚDE, CIRURGIA CARDÍACA					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 100	Total Brasil 100	Nº de Sujeitos Total 100	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável GILMARA RIBEIRO SANTOS RODRIGUES		CPF 867.537.385-68	Identidade 0395137004		
Área de Especialização UTI		Maior Titulação MESTRE	Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço RUA HELVÉCIO CARNEIRO RIBEIRO, 277, AP.401		Bairro ONDINA	Cidade SALVADOR - BA		
Código Postal 40170-060	Telefone 71-33396204 / 71-32476156	Fax	Email JUBAENFA@HOTMAIL.COM		
<p>Termo de Compromisso</p> <p>Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.</p> <p>Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. <u>Gilmara Rodrigues</u></p> <p>Data: <u>05/04/2011</u> Assinatura</p>					
Instituição Proponente					
Nome ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA		CNPJ 07.188.943/0001-39	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Rua Augusto Viana, SN		Bairro Vale do Canela	Cidade Salvador - BA		
Código Postal CEP:40.110	Telefone (71)3283-7631	Fax (71)3332-4452	Email ppgenf@ufba.br		
<p>Termo de Compromisso</p> <p>Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p> <p>Nome: <u>HELONIZA O. G. COSTA</u> <u>Heloniza O. G. Costa</u></p> <p>Data: <u>05/04/2011</u> Assinatura <u>UFBA</u></p>					
Instituição Co-Participante COREN 10087					
Nome HOSPITAL ANA NERI		CNPJ 02.466.144/0001-63	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Órgão AMBULATÓRIO		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço RUA SALDANHA MARINHO		Bairro CAIXA D AGUA	Cidade SALVADOR - BA		
Código Postal 40320010	Telefone (71) 32420525	Fax (71) 32420525	Email han.comite@gmail.com		
<p>Termo de Compromisso</p> <p>Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.</p> <p>Nome: <u>Roune Amor</u> <u>Dr. Roune Amor</u></p> <p style="text-align: right;">Assinatura <u>UFBA</u></p>					

ANEXO D – Carta de Encaminhamento**CARTA DE ENCAMINHAMENTO**

Eu, Mirian Santos Paiva, orientadora do projeto de pesquisa intitulado <Representações sociais sobre o corpo de mulheres submetidas à revascularização cirúrgica do miocárdio: repercussões na sua sexualidade>; da pesquisadora Gilmara Ribeiro Santos Rodrigues a ser realizado no Hospital Ana Neri, apresento o referido projeto para ser submetido a avaliação desse Comitê, bem como assumo a responsabilidade de acompanhá-lo durante todas as fases de seu desenvolvimento.

Salvador, 05 de abril de 2011.


MIRIAN SANTOS PAIVA
ORIENTADORA

ANEXO E – Carta de Liberação - Ambulatório do Hospital Ana Nery**CARTA DE LIBERAÇÃO
AMBULATÓRIO DO HOSPITAL ANA NERY**

Ao

Comitê de Ética e Pesquisa (CEP-HAN-UFBA)

Pelo presente, eu, Rogério Anas, estou de acordo com o trabalho de pesquisa “Representações sociais sobre o corpo de mulheres submetidas à revascularização cirúrgica do miocárdio: repercussões na sua sexualidade” a ser realizado no ambulatório de cardiologia, sob a coordenação de Dr^a. Adriana Lopes Latado Braga e aceito participar de todas as fases do processo.

Salvador, 11 de abril de 2011.


.....
Dr. Rogério Anas
Diretor Médico - HAN/UFBA
CRM 2477


Maria Moura
Diretora de Enfermagem
CORBM/BA 055174 - HAN
11-04-11