

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

Shana Hastenpflug Wottrich

**DINÂMICA RELACIONAL DA REDE PESSOAL  
SIGNIFICATIVA NO CONTEXTO DA CIRURGIA CARDÍACA:  
PERSPECTIVA DE PACIENTES PÓS-CIRÚRGICOS E  
MÉDICOS**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Doutorado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré, Dr<sup>ª</sup>.  
Coorientadora: Prof<sup>ª</sup>. Maria da Graça Pereira Alves, Dr<sup>ª</sup>.

FLORIANÓPOLIS  
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Wottrich, Shana Hastenpflug  
DINÂMICA RELACIONAL DA REDE PESSOAL SIGNIFICATIVA NO  
CONTEXTO DA CIRURGIA CARDÍACA: PERSPECTIVA DE PACIENTES PÓS  
CIRÚRGICOS E MÉDICOS / Shana Hastenpflug Wottrich ;  
orientadora, Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré ;  
coorientadora, Maria da Graça Pereira Alves. -  
Florianópolis, SC, 2016.  
124 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa  
de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Redes pessoais significativas. 3.  
Relações médico-paciente. 4. Enfrentamento. 5. Cardiologia.  
I. Ojeda Ocampo Moré, Carmen Leontina . II. Pereira Alves,  
Maria da Graça . III. Universidade Federal de Santa  
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

*Shana Hastenpflug Wottrich*

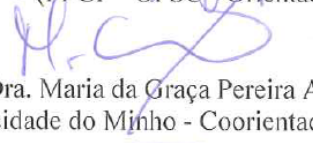
*Dinâmica relacional da rede pessoal significativa no contexto da  
cirurgia cardíaca: perspectiva de pacientes pós-cirúrgicos e médicos.*


Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 18 de março de 2016.


  
Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré  
(Coordenadora - PPGP/UFSC)


  
Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré  
(PPGP - UFSC - Orientadora)

  
Dra. Maria da Graça Pereira Alves  
(Escola de Psicologia - Universidade do Minho - Coorientadora)


  
Dra. Andréa Barbará da Silva Bousfield  
(PPGP - UFSC - Examinadora)

  
Dra. Cibele Cunha Lima da Motta  
(PPGP - UFSC - Examinadora)

  
Dr. Alberto Manuel Quintana  
(PPGP - UFSM - Examinador)

  
Dr. Tales de Carvalho  
(PCMH - UDESC - Examinador)





Dra. Betina Horner Schlindwein Meirelles  
(PEN – UFSC – Suplente)

Dra. Daniela Ribeiro Schneider  
(PPGP – UFSC - Suplente)

Dr. Brígido Vizeu Camargo  
(PPGP – UFSC – Suplente)



Aos meus afilhados,  
formandos da 13ª Turma do Curso  
de Graduação em Psicologia da  
Universidade Federal de Santa Maria.





## AGRADECIMENTOS

À querida professora Carmen Moré, pela presença generosa, pelo acompanhamento constante e pelos ensinamentos acadêmicos e de vida ao longo da trajetória do doutorado. Obrigada, sobretudo, por possibilitar um modelo de construção do conhecimento, na academia, envolto em relações afetivas e próximas.

À professora Maria da Graça Pereira, pela acolhida e pelo compartilhamento de conhecimentos ao longo do período de doutorado Sanduíche, vivência que certamente reverberou na construção deste trabalho e terá repercussões na construção da minha trajetória profissional.

À professora Maria Aparecida Crepaldi, por contribuir significativamente para a minha construção acadêmica e profissional, pelo apoio e pelo incentivo no início do período de doutorado e ao longo da trajetória dos quatro anos de estudos.

À professora Mônica Arpini, obrigada por ter me apresentado ao mundo da pesquisa qualitativa e por ser, desde os tempos de graduação, referência de atuação profissional afetiva, comprometida e acolhedora.

Ao professor Alberto Quintana, por ter me acompanhado no início e ao longo da minha caminhada de construção de conhecimento na Psicologia da Saúde e Hospitalar. Obrigada pela confiança depositada em meu trabalho e pelos conhecimentos construídos em conjunto.

Aos meus pais, Paulo e Magali, pelo afeto e pelos ensinamentos, pelo exemplo de perseverança e pelo apoio incondicional. Obrigada por me mostrarem, desde cedo, que para construir caminhos é preciso arriscar e alçar “voos”.

À minha “mãe de coração”, Fátima, por estar fielmente ao meu lado ao longo do percurso do doutorado, aberta para escutar e para entender, mostrando que os laços de afeto independem de aspectos biológicos.

Aos meus irmãos, de sangue e coração, Vanessa, Breno, Laura, Thales e Diágenes, pela cumplicidade construída e nutrida ao longo da trajetória de vida. À Laura, um agradecimento especial pela escuta compreensiva e

acolhedora, por ser minha “cúmplice” em muitas das divagações sobre a vida acadêmica.

Ao meu esposo, Raul, agradeço pela compreensão e apoio constantes. Obrigada por aceitar que a trajetória acadêmica é repleta de renúncias e por ofertar espaço para a construção deste trabalho, acolhendo-o como parte de nosso projeto de vida conjunto.

Aos meus sogros, Paulo e Fátima, por me acolherem como filha e proporcionarem o espaço concreto e psíquico para a construção desse trabalho.

À Camila Farias, irmã que a vida me permitiu, agradeço pela amizade e pela presença afetiva, mesmo em meio à distância física.

À Scheila Krenkel, irmã carminiana, pelos infindáveis momentos de compartilhamento das “dores e delícias” de ser pós-graduando. Agradeço, também, pela acolhida em sua casa e pela possibilidade de construirmos trabalhos e projetos juntas.

À Rafaela Trevisan e à sua família, por me acolherem em Florianópolis e por permitirem que eu me “sentisse em casa” na Ilha da Magia.

À Mônica Angonese, pela presença afetiva e por “abrir as portas” de sua casa quando precisei, ao longo dos dois últimos anos de doutorado.

À Cibele Motta, pela disponibilidade de escuta, acolhida e pelo compartilhamento de conhecimentos e experiências.

À Andriza Saraiva, pelo importante apoio e parceria no decorrer de longas horas de estudo no período de Doutorado Sanduíche. Agradeço por ser uma referência importante de afeto e constância na minha “aventura lusitana”.

À Scheila Krenkel, ao Marcos Antunes e à Alessandra Scherer, pela leitura cuidadosa e atenta dos estudos que constituem o corpo desse trabalho.

Aos professores que participaram da qualificação do trabalho, Tales de Carvalho, Betina Meirelles e Maria Aparecida Crepaldi, pelas

importantes contribuições que certamente repercutiram na qualificação do trabalho final.

Aos professores Alberto Manuel Quintana, Tales de Carvalho, Betina Meirelles, Andréa Barbará e Cibele Motta, muito obrigada por terem aceito o convite para compor a banca final e pelas conversações que dela surgirão em torno dos resultados do presente trabalho.

Aos participantes da pesquisa, pela generosidade em compartilhar as suas experiências, contribuindo para a compreensão das tramas relacionais construídas em torno do processo da cirurgia cardíaca.

À Patrícia Ruschel, por proporcionar a abertura do campo para que a pesquisa se fizesse possível.

À Jacinta e à Léia, pela disponibilidade e ajuda ao longo do no percurso de estudos na UFSC.

À CAPES, pelo auxílio financeiro que me possibilitou ter a dedicação necessária para a realização deste trabalho.



*Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.  
Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.*

Antoine de Saint-Exupéry



WOTTRICH, Shana Hastenflug. **Dinâmica relacional da rede pessoal significativa no contexto da cirurgia cardíaca: perspectiva de pacientes pós-cirúrgicos e médicos.** Florianópolis, 2016. Tese de Doutorado em Psicologia – Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Data da defesa: 18/03/2016.

## RESUMO

O processo cirúrgico cardíaco, considerado como um fenômeno multifatorial, multideterminado e complexo, envolve o acionamento das redes pessoais significativas dos sujeitos submetidos à cirurgia, na direção de possibilitar estratégias de enfrentamento efetivas. Com ancoragem epistemológica no Pensamento Complexo, este estudo, caracterizado como transversal, qualitativo, exploratório e descritivo tem como objetivo geral compreender a dinâmica relacional das redes pessoais significativas no processo de enfrentamento da cirurgia cardíaca, na perspectiva de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) e médicos cardiologistas clínicos. Participaram da pesquisa 12 pacientes pós-cirúrgicos e 12 médicos cardiologistas clínicos, que realizaram entrevistas semiestruturadas individuais. Para os pacientes, além da entrevista, foi proposta a construção do mapa de redes. O processo de integração e organização do conjunto de dados baseou-se nos preceitos da Teoria Fundamentada (*Grounded Theory*) e nos princípios da análise de conteúdo, com o auxílio do *software* Atlas-ti 5.0. Em termos de sistematização para a apresentação e discussão dos resultados, o estudo está dividido em três artigos. No que diz respeito à perspectiva dos pacientes entrevistados, os resultados apontam que o processo cirúrgico se configura como um estressor no ciclo vital, destacando-se obstáculos para a aceitação da submissão ao ato cirúrgico, assim como intercorrências e repercussões no cotidiano após o procedimento. Para o enfrentamento dessas situações, os participantes referiram contar com uma rede pessoal significativa. Constatou-se que o contexto da família é preponderante, com destaque para a atuação do cônjuge e dos filhos. Salientou-se a existência de poucos membros no contexto da comunidade e de trabalho da rede pessoal significativa dos participantes. A função predominante exercida pelos membros da rede pessoal dos participantes foi a do apoio emocional, evidenciando a valorização das competências relacionais dos profissionais da saúde. O entendimento de médicos

cardiologistas clínicos sobre a rede pessoal significativa dos pacientes, delimitado em suas práticas e ações, inclui, predominantemente, o contato com o doente e seus familiares. Ainda que os médicos se reconheçam como fontes de suporte para a díade paciente-família, assumindo funções de apoio emocional e guia cognitivo e de conselhos, suas intervenções primam pelo caráter técnico e pela neutralidade. Evidenciou-se a dificuldade de os profissionais reconhecerem os vínculos construídos pelo paciente, para além do contexto hospitalar, como recursos que permitem e potencializam a adesão ao tratamento. Além disso, constatou-se a dificuldade de reconhecerem a si mesmos como parte desses vínculos, na medida em que a relação médico-paciente sustenta-se em um compromisso ético-relacional com o sujeito-paciente. Considera-se que os dados obtidos, por meio de uma análise dinâmica e relacional sobre o enfrentamento, permitem visibilizar as redes pessoais nas práticas de atenção à saúde como uma estratégia possível para a promoção de saúde e do desenvolvimento individual, familiar e relacional, em situações de adoecimento e crise. No marco dessa constatação, os achados deste estudo podem subsidiar reflexões sobre práticas profissionais norteadas pela perspectiva da Integralidade.

Palavras-chave: Redes sociais; Relações médico-paciente; Enfrentamento; Cardiologia; Cirurgia.



WOTTRICH, Shana Hastenpflug. **Relational dynamics of the significant personal network in the context of the cardiac surgery: perspective of post-surgical patients and doctors.** Florianópolis, 2016. Doctoral Dissertation in Psychology – Postgraduate Program in Psychology. Federal University of Santa Catarina.

Advisor: Dr<sup>a</sup> Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré

Date of defense: 03/18/2016.

## **ABSTRACT**

The cardiac surgical process, considered as a multifactorial, multidetermined and complex phenomenon, involves triggering the construction of significant personal networks of people who underwent surgery, focusing on effective coping strategies. Based on the epistemology of Complex Thinking, this cross-sectional, qualitative, exploratory and descriptive study aims to understand the relational dynamics of the significant personal networks, regarding the process of coping with the cardiac surgery, in the perspective of patients who underwent myocardial revascularization surgery (MRS) and clinical cardiologists. Twelve post-surgical patients and 12 clinical cardiologists participated in the research, taking part in individual semistructured interviews. The process of data integration and organization was based on the precepts of Grounded Theory and on the principles of content analysis, with the aid of the Atlas-ti 5.0 software. The patients were also asked to construct the map of networks. In terms of systematization, as regards presentation and discussion of results, the study is divided in three articles. In the perspective of the interviewed patients, results indicate that the surgical process is a stressor in the life cycle, highlighting obstacles for the acceptance of the surgical act, as well as interferences and repercussions in the routine after the procedure. Patients referred to count on a significant personal network to cope with such situation. Results underline that the context of family is preponderant, with special reference to the presence of the wife/husband and children. Only a few members of the significant personal network of the participants were mentioned in the context of community and work. The predominant function cited by the patients was emotional support, evidencing the appreciation of the relational competencies of the health care professionals. The understanding of clinical cardiologists, regarding their professional practices and actions, includes, predominantly, the contact with the sick person and his/her family members. Although doctors

perceive themselves as sources of support for the patient-family dyad, taking part in the care through the offer of social support and cognitive guidance and advice, their interventions are primarily characterized as technical and neutral. Results evidenced the difficulty of the professionals to recognize bonds built by the patient, beyond the hospital context, as resources that enable and potentiate adherence to treatment. Doctors also referred difficulties to recognize themselves as taking part on such bonds, considering the doctor-patient relationship as supported by an ethical and relational commitment with the subject-patient. Data obtained, by means of a dynamics and relational analysis of coping, may enable to visualize personal networks as resources to be used in health care strategies regarding health promotion and promotion of the individual, family and relational development, in situations of crisis and sickness. In conclusion, the findings of this study may subsidize reflections about professional practices based on the perspective of Integrality.

Keywords: Social networks; Physician-patient relations; Coping; Cardiology; Surgery.

WOTTRICH, Shana Hastenpflug. **Dinámica relacional de la red personal en el contexto de la cirugía cardíaca: perspectiva de pacientes posquirúrgicos y médicos.** Florianópolis, 2016. Tesis de Doctorado en Psicología – Programa de Posgrado en Psicología. Universidad Federal de Santa Catarina.

Orientador: Dr<sup>a</sup> Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré  
Data de la defensa: 18/03/2016.

## RESUMEN

El proceso quirúrgico, considerado como un fenómeno multifactorial, multideterminado y complejo, envuelve el accionamiento de redes personales significativas de los sujetos sometidos a la cirugía, para posibilitar estrategias efectivas de enfrentamiento. Como base epistemológica tuvo el Pensamiento Complejo. Este estudio, caracterizado como transversal, cualitativo, exploratorio y descriptivo, tiene como objetivo general comprender la dinámica relacional de las redes sociales significativas en el proceso de enfrentamiento de la cirugía cardíaca, en las perspectivas de pacientes sometidos a la cirugía de revascularización coronaria (CRC) y médicos cardiólogos clínicos. Participaron de la pesquisa 12 pacientes posquirúrgicos y 12 cardiólogos clínicos, que realizaron entrevistas semi estructuradas individuales. Para los pacientes, además de la entrevista, fue propuesta la construcción del mapa de redes. El proceso de integración y organización del conjunto de datos se basó en los preceptos de la Teoría Fundamentada y en los principios del análisis de contenido, con la ayuda del *software* Atlas-ti 5.0. En términos de sistematización para la presentación y discusión de los resultados, el estudio se divide en tres artículos. En relación a los pacientes entrevistados, los resultados apuntan que el proceso quirúrgico se configura como estresor en el ciclo vital, se destacando obstáculos para la aceptación de la sumisión al acto quirúrgico, así como interocurrencias y repercusiones en el cotidiano después del procedimiento. Para enfrentamiento de esas situaciones, los participantes prefirieron contar con una red personal significativa. Fue constatado que el contexto familiar es preponderante en lo referente a la red personal configurada en torno a la cirugía cardíaca, con relieve para la actuación del cónyuge y de los hijos. Se ha puesto en relieve también la existencia de pocos miembros en el contexto de la comunidad y laboral de la red personal significativa de los participantes. La función predominante ejercida por los miembros de la red personal de los participantes fue el apoyo emocional,

evidenciando la valoración de las competencias relacionales de los profesionales de la salud. El entendimiento de los médicos cardiólogos clínicos sobre la red personal significativa de los pacientes, delimitado en sus prácticas y acciones, contiene predominantemente el contacto con el enfermo y sus familiares. Aunque los médicos se reconozcan como fuentes de apoyo para la díade paciente-familia asumiendo funciones de apoyo emocional y guía cognitivo y de consejos, sus intervenciones priman por el carácter técnico y por la neutralidad. Fue evidenciada la dificultad para los profesionales reconocer los vínculos construidos por los pacientes, para allá del contexto hospitalario, como recursos que permiten y potencian la adhesión al tratamiento, bien como se reconocen a sí mismos como parte de estos vínculos, puesto que la relación médico-paciente se sostiene en un compromiso ético-relacional con el sujeto-paciente. Se considera que los datos obtenidos por medio de una análisis dinámica y relacional sobre el enfrentamiento permiten visualizar las redes personales en las prácticas de atención a la salud como una estrategia posible para la promoción de la salud y el desarrollo individual, familiar y relacional en situaciones de enfermedad y crisis. Frente a esas constataciones, los hallazgos de este estudio pueden subsidiar reflexiones sobre prácticas profesionales norteadas por la perspectiva de la Integralidad.

Palabras clave: Redes sociales; Relaciones médico-paciente; Enfrentamiento; Cardiología; Cirugía.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo do Mapa de Redes proposto por Sluzki (1997). .....	49
Figura 2. Diagrama das dimensões, categorias e subcategorias em torno do fenômeno “Dinâmica Relacional da Rede Pessoal Significativa do Paciente Submetido à Cirurgia Cardíaca” .....	64



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica e perfil profissional dos participantes médicos cardiologistas clínicos.....	56
Quadro 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes pacientes .....	58
Quadro 3. Caracterização da situação socioeconômica e ocupacional dos participantes pacientes.....	59
Quadro 4. Quadro Categorical Dimensão I – Contextualizando o processo cirúrgico .....	65
Quadro 5. Quadro Categorical Dimensão II - As relações constituídas em torno do paciente submetido à cirurgia cardíaca .....	68
Quadro 6. Quadro Categorical Dimensão III - O olhar do médico sobre as redes configuradas em torno do paciente .....	71





## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	25
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>27</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>37</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	37
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	37
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>39</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO E DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	39
3.2 PARTICIPANTES .....	41
3.3 PROCEDIMENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	44
3.4 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS ..	52
3.5 CONSIDERAÇÕES E ASPECTOS ÉTICOS.....	53
<b>4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>55</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	55
4.2 APRESENTAÇÃO DAS DIMENSÕES E QUADRO GERAL DE CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE .....	62
4.2.1 Dimensão I: Contextualizando o processo cirúrgico.....	65
4.2.2 Dimensão II: As relações constituídas em torno do paciente submetido à cirurgia cardíaca.....	68
4.2.3 Dimensão III: O olhar do médico sobre as redes configuradas em torno do paciente .....	70
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>75</b>
5.1 ARTIGO 1 O ENFRENTAMENTO DO PROCESSO CIRÚRGICO CARDÍACO NO CONTEXTO DAS REDES PESSOAIS SIGNIFICATIVAS .....	77
5.2 ARTIGO 2 A REDE PESSOAL SIGNIFICATIVA DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA .....	83
5.3 ARTIGO 3 A REDE PESSOAL SIGNIFICATIVA DO PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA CARDÍACA NA PERSPECTIVA DE CARDIOLOGISTAS CLÍNICOS.....	89
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>101</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>107</b>
Apêndice A - Roteiro de entrevista com pacientes cardíacos pós- cirúrgicos.....	107

Apêndice B - Roteiro de entrevista com médicos cardiologistas clínicos .....	111
Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes pacientes .....	113
Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes médicos.....	115
Apêndice E - Contextualização da história relacional e de vida dos participantes pacientes .....	117

## APRESENTAÇÃO

A proposta da tese a seguir apresentada se insere junto às atividades do Laboratório de Psicologia da Saúde, Família e Comunidade (LABSFAC). Especificamente, trata-se de um trabalho vinculado à linha de pesquisa “Saúde, processos psicossociais, equipe de saúde e família no contexto hospitalar”, que congrega estudos em contexto hospitalar e ambulatorial, com o foco em pacientes, familiares e equipe de saúde, coordenada pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Carmen L. O. O. Moré.

A construção da investigação que origina o estudo descrito neste trabalho aconteceu como seguimento aos estudos da doutoranda, cujo percurso acadêmico inclui estreita vinculação com a área da cardiologia. Além de experiência profissional como Psicóloga Residente em Programa de Residência Multiprofissional específico na área da cardiologia, a aluna também investigou, em sua dissertação de mestrado, os significados atribuídos à cirurgia cardíaca por pacientes pré e pós-cirúrgicos. Desse estudo, emergiram indagações a respeito das repercussões das relações estabelecidas em torno dos pacientes mediante a necessidade da cirurgia cardíaca. O desafio lançado, assim, com base no trabalho de investigação da pesquisa de mestrado, foi adentrar na temática da dinâmica relacional das redes pessoais significativas, priorizando um olhar qualitativo sobre as relações estabelecidas em torno do paciente submetido à cirurgia.

Tal desafio dimensionou uma proposta de investigação, complementada e enriquecida pela participação da doutoranda como aluna de Doutorado Sanduíche no Departamento de Psicologia Aplicada da Escola de Psicologia da Universidade do Minho, em Braga, Portugal, desenvolvendo atividades junto ao grupo de investigação Saúde Familiar e Doença, coordenado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria da Graça Pereira, coorientadora da presente tese. O período de estadia e atividades acadêmicas no exterior permitiu explorar os dados coletados desde a perspectiva de um contexto diferente do brasileiro, cotejando diferentes realidades, em termos de estudo e assistência no âmbito da saúde.

No marco dessa contextualização, cumpre destacar que a tese apresentada nas páginas que seguem é fruto de uma trajetória de construção de conhecimento, em que estão em jogo movimentos recursivos de estabelecimento de sentidos diante do fenômeno investigado. Trata-se, portanto, de uma proposta de trabalho em que não se pretende apresentar respostas prontas, mas antes refletir sobre inquietações gestadas em meio ao percurso profissional e acadêmico da aluna, com base em dados de pesquisa rigorosamente analisados e

discutidos, objetivando lançar um olhar compreensivo e integralizador sobre os fenômenos em questão.

## 1 INTRODUÇÃO

A temática do presente estudo tem como foco a dinâmica relacional estabelecida entre os pacientes e os membros da sua rede pessoal significativa, no contexto da experiência da cirurgia cardíaca. Na direção de caracterizar esse contexto, entende-se que a submissão à cirurgia cardíaca faz parte de um *continuum* de acontecimentos, ao longo da vida dos sujeitos, em que está em jogo a seriedade das repercussões do adoecimento cardíaco, tanto em termos populacionais e epidemiológicos, quanto em termos dos cuidados e das relações construídos nos contextos de atenção à saúde.

Em termos epidemiológicos, as doenças cardiovasculares configuram-se na primeira causa de morte no mundo e no Brasil. Nesse país, no ano de 2011, a taxa de mortalidade específica (óbitos por 100.000 habitantes) por doença isquêmica do coração atingiu a marca de 53,8, correspondendo ao número absoluto de 103.486 óbitos (Brasil, 2012a). Considerando a taxa de internação hospitalar por doenças isquêmicas do coração, no Brasil, no ano de 2012, foi atingido o número de 242.858 internações, representando elevados custos que oneram o sistema público de saúde (Brasil, 2012b).

A relevância epidemiológica das doenças cardiovasculares aponta a necessidade de discussão acerca das ações de atenção à saúde nesse contexto. Mundialmente, o foco das práticas de atenção à saúde tem se deslocado, a partir da década de 20, de ações de conservação e de cura, para ações de promoção de saúde (Guadalupe & Iglesias, 2000). Assim, considera-se que, na atualidade, coexistem:

- a) avanços no âmbito das tecnologias duras (com o advento de novos medicamentos, aparelhos e intervenções para o tratamento de problemáticas de saúde, dentre elas, os exames diagnósticos e as técnicas cirúrgicas, inclusive na área da cardiologia);
- b) a ênfase das políticas públicas de saúde brasileiras na valorização de tecnologias leves de cuidado (tecnologias relacionais para a produção de cuidado em saúde, nomeadamente, o vínculo, a escuta, a responsabilização, etc.) (Merhy, 2002).

Como propriedade emergente dessa mudança, verificou-se a ênfase em uma perspectiva ampliada de saúde, incluindo, nas práticas de saúde, a análise dos estilos de vida e da qualidade de vida. Trata-se de um olhar que dá margem à análise das condições de saúde como produção

social, abrangendo, além das condições biológicas, as culturais, sociais e econômicas. Sob esse ponto de vista, o foco das ações em saúde parte de tratamentos (cuja referência principal está no uso de medicação, exames laboratoriais, intervenções clínicas e cirúrgicas) para uma perspectiva de promoção de saúde, em um sentido mais amplo, privilegiando ações de educação em saúde e as referidas tecnologias leves de cuidado.

Uma das políticas que busca subsidiar práticas sob a perspectiva de tecnologias leves de cuidado é a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem como pressuposto o estabelecimento de ações transversais a todos os serviços de Saúde que compõem a rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um conjunto de políticas e diretrizes que visam possibilitar o protagonismo dos atores envolvidos nos processos de saúde e doença, produzindo um novo tipo de interação entre eles, entendendo a produção de saúde como um processo de co-construção (Brasil, 2004).

É nessa perspectiva que a Psicologia se insere junto à cardiologia, compreendendo a necessidade de um olhar mais integralizante e humanizador sobre o sujeito que adoece e sofre, que leve em conta as complexas relações entre as dimensões de sua vida, a sua singularidade e a sua história. Nesse sentido, a primeira equipe multiprofissional com a presença efetiva de psicólogo junto a hospital de cardiologia, no Brasil, foi implementada em 1974, no Instituto do Coração, em São Paulo, legitimando o reconhecimento da importância de agregar dimensões de cuidado na atenção ao paciente, visando à superação de uma concepção puramente biomédica do binômio saúde-doença (Romano, 2001).

No âmbito da produção científica, no que diz respeito a estudos brasileiros que relacionam o conhecimento da psicologia com a cardiologia, por sua vez, verifica-se inexpressivo número de publicações sob forma de artigos em periódicos. Em pesquisa de trabalhos realizada pela pesquisadora em bases de dados nacionais, evidencia-se que a produção de artigos com foco em aspectos psicológicos, compreensivos, da experiência cirúrgica, tem como autores, prioritariamente, pesquisadores da área da enfermagem.

Tal constatação sinaliza a demanda por estudos, no âmbito da psicologia, que aborde a complexidade do fenômeno, que considerem a singularidade das experiências dos sujeitos submetidos ao referido procedimento bem como de contextualização das experiências vivenciadas. Assim, a busca pelo olhar especificamente qualitativo, proposto no presente trabalho, sustenta-se na possibilidade oferecida pela pesquisa dessa natureza, no que diz respeito ao acesso do pesquisador, concomitantemente, à regularidade e à singularidade dos fenômenos,

priorizando um olhar “em contexto”, com base no qual os significados emergem. Nesse sentido, tem-se como objetivo a visualização do aporte das singularidades, considerando que o desafio do psicólogo, como pesquisador, é cotejar o que há de generalizável e singular nos fenômenos.

Indo ao encontro dessa perspectiva, diante do desafio de se pensarem os fenômenos que envolvem saúde e doença de forma interdisciplinar, cumpre destacar a relevância de se aportarem as bases epistemológicas que fundamentarão as discussões, no sentido de situar quais serão os pressupostos a partir dos quais o fenômeno em questão será analisado. Assim, no seguimento deste capítulo, serão abordados os principais conceitos norteadores, tanto epistemológicos quanto teóricos, que embasam os artigos com base nos quais é construída a presente tese.

No que concerne às bases epistemológicas, neste estudo, parte-se do pressuposto de que, para buscar a compreensão em profundidade do objeto de estudo “dinâmica relacional da rede pessoal significativa”, no contexto da cirurgia cardíaca, deve-se buscar uma visão ampliada e contextualizada sobre os fenômenos. Para tornar essa incursão possível, o presente estudo norteia-se pelos pressupostos do Pensamento Complexo (Morin, 1982, 2011).

No intuito de compreender essa perspectiva, cabe situar os antagonismos existentes entre as diferentes posições epistemológicas, no campo da ciência. O Pensamento Complexo emerge no século XX, em meio a uma crise dos pressupostos da ciência tradicional. Segundo Morin (2011), a perspectiva tradicional de ciência é regida pelo paradigma da simplificação, constituído pelos princípios de disjunção, redução e abstração, segundo os quais o conhecimento é separado em partes e fragmentado. As operações de acesso ao conhecimento funcionam, coerentes a essa perspectiva, por meio de uma lógica excludente, em que se entende o fenômeno abstraído do seu contexto e da sua história.

Conforme o paradigma da simplificação, portanto, a ciência pode apropriar-se da realidade de forma objetiva, baseando seu rigor e sua operacionalidade na medida e no cálculo, separando a realidade em partes para conhecê-la. Assim, concebe-se que, para conhecer o todo, basta fragmentá-lo em partes, buscando identificar e caracterizar as relações lineares entre elas. Trata-se de um tipo de conhecimento “mutilador”, pois preconiza um modo de organização do saber calcado num olhar simplificador sobre a realidade, em que se propõe uma visão unidimensional e abstrata do mundo, por meio de uma fragmentação do tecido complexo das realidades - fazendo crer que um corte arbitrário no real é o próprio real (Morin, 2011).

De forma oposta a essa perspectiva, o Pensamento Complexo propõe que o conhecimento deve ser concebido, metaforicamente, como um tecido de partes heterogêneas indissociáveis, em que, paradoxalmente, o uno e o múltiplo devem ser considerados. Nesse sentido, a conjunção e a distinção são consideradas formas de acesso ao mundo fenomênico, sendo contempladas as inter-relações e articulações entre os elementos e os sistemas; bem como a distinção do objeto em relação ao contexto em que está inserido, sem, no entanto, dissociá-lo de tal contexto e nem isolá-lo. De forma coerente a essas concepções, pensar complexamente implica em pensar e aceitar a contradição, sem negá-la ou reduzi-la, articulando os elementos pela via da complementariedade (Morin, 1982; 2011; Vasconcellos, 2009).

A perspectiva de construção do conhecimento, coerente ao Pensamento Complexo, preconiza uma forma dialógica de sua organização, em que noções eventualmente antagonistas podem ser compreendidas como complementares. Nesse escopo, não há a pretensão de substituir os conceitos de clareza, determinação, certeza e coerência pelos de ambiguidade, incerteza e contradição, mas há a demanda de convivência e interação entre eles. As implicações dessas concepções referem-se ao reconhecimento das múltiplas verdades, dos diversos domínios de coerências operacionais construídos, não negando as formas de acesso ao conhecimento preconizadas pela ciência tradicional, e sim integrando-as como complementares às demais (Morin, 2011, Vasconcellos, 2009).

Outro conceito fundamental à compreensão desse posicionamento epistemológico é a “recursividade”, compreendida como um processo não linear de relações causais, nas quais, ao mesmo tempo em que os sujeitos são produzidos nas relações construídas, também se tornam produtores do processo (Vasconcellos, 2009). Assim, por exemplo, as reações da pessoa ao processo da cirurgia cardíaca não estariam delimitadas a - e/ou dependentes de - características psicológicas ou comportamentos individuais unicamente, tampouco no apoio oferecido pelas redes pessoais, mas na forma como esses elementos, dentre outros tantos presentes no mundo fenomênico, articulam-se e complementam-se.

Não há, portanto, o acesso objetivo à realidade, sendo que ela é concebida como uma co-construção, em que a relação entre observador-conceptor e objeto observado-percebido deve ser necessariamente considerada. A suposta “objetividade” do pesquisador é substituída pela concepção de que ele é parte indissociável do conhecimento produzido, que deve ser entendido como situado e datado cultural, social e



historicamente. Dessa forma, considera-se que as experiências, a subjetividade e as escolhas do observador são fundamentais para que a realidade seja constituída, não existindo uma realidade *a priori*, sem a sua participação (Morin, 2011).

Nessa direção, concebe-se o conhecimento, de acordo com González Rey (2010), como uma produção construtiva-interpretativa, considerando-se que pode ser produzido por meio de interpretações e reconstruções engendradas na relação estabelecida entre pesquisador e participantes da pesquisa ao longo do estudo, tendo em vista que a interpretação é um processo constante, que dá significado às experiências narradas. Decorre daí a premissa de que a realidade é concebida como uma co-construção dos sujeitos envolvidos nos processos narrativos, que se organizam em torno dos significados atribuídos às experiências. A realidade, assim entendida, emerge de um processo intersubjetivo, em que espaços consensuais são construídos em torno de tensionamentos e complementações de narrativas (Vasconcellos, 2009).

Assim, a construção de significados acontece em processos relacionais e dialógicos, sempre singularizados em função da especificidade do contexto em que estão situados. Por “significados”, entende-se o sentido e a interpretação que o sujeito constrói sobre suas experiências de vida, por meio de interações multidimensionais com o seu contexto e à luz de seus valores e contexto cultural (Grandesso, 2000). São construídos por meio de narrativas (situadas na perspectiva de processos linguísticos e conversacionais) que organizam e ancoram as experiências individuais, caracterizando-se como processos instáveis, mutantes e dinâmicos. A construção de significados, na direção apontada acima, deve ser necessariamente compreendida como aspecto emergente da dinâmica relacional e conversacional, em que a linguagem é concebida como espaço de construção de consensos e de validação das narrativas. Assim, é por meio de “encontros conversacionais”, por meio da interação e comunicação entre os sujeitos, que os significados emergem. Nesse escopo, a teoria relacional de Gergen (1996) traz elementos para se compreender como se engendra a criação de campos de significações, situados relacionalmente. Alguns desses elementos são elencados a seguir:

- o ato da significação é concebido por meio de suplementações de ações, de forma que um indivíduo sozinho não consegue significar;
- tal ato de suplementação serve tanto para criar e ampliar, quanto para restringir o significado, entendendo que a criação de um significado comum é contingencial e mutante, aberto a constantes reformulações;

- o estabelecimento de consensos ancora as possibilidades, tanto de compreensões, quanto de equívocos;

- a possibilidade de má compreensão está sempre presente, uma vez que, na seara da linguagem, os sujeitos estão imersos num contexto de relações potencialmente polissêmico;

- o controle do ato da significação não é possível, nem pelas pessoas envolvidas no processo sozinhas, nem pelo processo diádico por meio do qual a significação acontece, considerando-se que cada pessoa tem suas narrativas também influenciadas pelos contextos sócio-histórico-culturais e relacionais dos quais advém.

Tal posicionamento sustenta a inclusão, no presente estudo, das relações estabelecidas com possíveis atores da rede pessoal significativa do paciente: os profissionais de saúde. No contexto do adoecimento e da cirurgia, os médicos cardiologistas clínicos desempenham funções importantes na detecção da doença, na indicação e na realização do tratamento cirúrgico. No entanto, de forma contrária às políticas vigentes no Brasil quanto à atenção em saúde, que valorizam as tecnologias leves de cuidado, entende-se que nem sempre as relações e os vínculos construídos entre médico e paciente são utilizados ou percebidos como espaços de potencialização e/ou promoção de saúde.

Contemporaneamente, ainda parece ser preponderante o distanciamento nas relações estabelecidas entre esses atores, norteadas por uma concepção biomédica do processo saúde-doença, cuja compreensão se resume na metáfora: o médico não trata ou estabelece relação com o paciente, mas sim com a doença, sendo considerado o detentor do saber e do poder decisório sobre o tratamento e/ou a vida do sujeito doente. Nesse contexto, questiona-se: quais seriam os significados atribuídos pelos cardiologistas clínicos envolvidos no tratamento do paciente cardíaco a respeito da rede pessoal significativa do paciente? Quais seriam as funções das redes pessoais dos pacientes na situação de cirurgia? O médico atribuiria a si mesmo e aos colegas, profissionais de saúde, um lugar na rede pessoal significativa do paciente? Seria incluído, como parte da conduta do médico, o contato com integrantes da rede pessoal do paciente, sejam eles membros da família, colegas de estudo ou trabalho ou profissionais da saúde?

À luz desse posicionamento, a presente tese aborda narrativas tanto de pacientes submetidos à cirurgia quanto de médicos cardiologistas clínicos. Em termos de produção de conhecimento, na perspectiva do Pensamento Complexo, sustenta-se que é justamente no entrelaçamento dessas narrativas o espaço em que se constroem os significados emergentes sobre o processo cirúrgico. Ratifica-se, assim, a concepção

dessa como uma realidade multifacetada e multidimensional, em que se supõe o relevante papel das tramas de relações construídas como aspectos determinantes nos resultados da experiência cirúrgica.

De fato, a literatura existente sobre o tema coloca o importante papel das redes pessoais para o reconhecimento do indivíduo enquanto tal, para a constituição de sua experiência de competência e autoria, inclusive em situação de adoecimento e crise. Para Sluzki (1997), o conceito de rede pessoal é central no campo da saúde, sendo definida como as relações que um indivíduo compreende como significativas ou diferenciadas das demais. Segundo o autor, tais relações influenciam a construção identitária do indivíduo, destacando-se por seu efeito protetivo das doenças, como acelerador da cura e potencializador da saúde (Moré, 2005; Sluzki, 1997, 2002).

Cabe ressaltar que existe uma profusão de conceitos relacionados à temática “redes pessoais”, muitas vezes utilizados de forma indiscriminada. Um termo frequentemente encontrado nas buscas de artigos sobre a temática é “suporte social” ou “apoio social”. Seguindo na perspectiva de Sluzki (1997), neste trabalho entende-se como rede pessoal significativa aquela constituída pela experiência do sujeito, pela percepção e nomeação dele, ou seja, singular conforme os significados atribuídos a ela pelo indivíduo que a nomeia. Diferencia-se do outro conceito de redes, nomeadas como redes de suporte ou de apoio social, cujo entendimento aponta para aquelas redes já institucionalizadas, que respondem a funções pré-estabelecidas ou metas institucionais, com uma organização definida.

Com base nessas concepções, o presente estudo pretende abordar a dinâmica relacional da rede pessoal significativa, entendendo “dinâmica relacional” como as maneiras através das quais os sujeitos se relacionam e interagem, afetando-se recursivamente. As interações dizem respeito a comportamentos observáveis no “aqui e agora”, em que há presença física dos agentes que fazem parte dessa ação recíproca. As relações, por sua vez, remetem a ligações que se mantêm independentemente da presença física, em que os sujeitos participam através de aspectos subjetivos, não observáveis, tais como motivações e emoções (Andolfi, 2003).

Cumpre destacar que o conceito de “dinâmica relacional” mencionado indica a concepção de relações que se sustentam, eminentemente, na construção de vínculos afetivos entre seus membros. Ao longo do processo de construção dessas relações, por meio da análise da dinâmica, pode-se observar tanto a proximidade como o afastamento afetivo, processos em decorrência dos quais a pessoa pode falar do grau

de compromisso relacional com a sua rede (Andolfi, 2003). Nesse ensejo, considera-se que as relações, em termos de acionamento das redes pessoais significativas, se organizam mediante situações de crise, para o enfrentamento dessas situações (Sluzki, 1997).

O conjunto de estratégias que as pessoas utilizam para o referido enfrentamento, buscando a adaptação a condições adversas, é denominado *coping*. Mais especificamente, pode ser concebido como esforços cognitivos e comportamentais que os sujeitos usam para o manejo de situações geradoras de estresse, cujas demandas superam os recursos pessoais existentes (Lazarus & Folkman, 1984). O uso de estratégias de *coping* é um processo que envolve os recursos das pessoas em sua interação com condições ambientais, objetivando reduzir, minimizar ou tolerar as demandas internas ou externas que surgem dessa interação (Antoniazzi, Dell’Aglia, & Bandeira, 1998).

Ainda que não haja consenso na literatura sobre o assunto, Antoniazzi et al. (1998) diferenciam estilos e estratégias de *coping*, de modo que a denominação “estilos” refere-se a fatores de personalidade do sujeito, compreendidos como características estáveis de seu *modus operandi*, utilizados para o manejo com situações geradoras de estresse, e a resultados de *coping*. Já a referência a “estratégias” diz respeito a ações cognitivas ou comportamentais, dependentes da interação entre características pessoais e ambientais, que tomam lugar em uma situação de estresse. Para a compreensão das estratégias de *coping*, considera-se, assim, a interação entre o sujeito e o ambiente, sendo a estratégia utilizada diretamente relacionada com a avaliação que ele faz ou com a percepção que tem do evento estressor.

Nessa direção de entendimento, considera-se que fatores situacionais são determinantes no estabelecimento de estratégias, podendo essas ser alteradas de acordo com a progressão dos acontecimentos e classificadas, basicamente, em duas categorias: estratégias de *coping* focalizado na emoção e estratégias de *coping* focalizado no problema. A primeira diz respeito a esforços de regulação do estado emocional associados a experiências de estresse, relacionando-se a um estado somático ou envolvendo sentimentos, diminuindo a tensão emocional associada à sensação física desagradável oriunda de uma experiência de estresse. Exemplos de estratégias focalizadas na emoção seriam chorar, comer compulsivamente, ver um filme de comédia. Já a segunda corresponde à atuação direta e com objetivos de mudança na situação geradora de estresse, alterando o problema que está causando a tensão. Assim, diante de uma situação de estresse e tensão emocional gerada pela falta de dinheiro, uma estratégia de *coping* focalizado no

problema seria procurar uma atividade que implicasse em rendimentos financeiros (Antoniazzi et al., 1998; Lazarus & Folkman, 1984).

Soma-se a essas categorias uma terceira estratégia de *coping*, que se refere à busca de apoio ou suporte nas relações interpessoais para a resolução de situações geradoras de estresse (Seidl, Tróccoli, & Zannon, 2001). Compreende-se, nessa direção, que recursos sociais afetam a seleção e o uso de respostas de *coping* em situações de estresse específicas, por meio da oferta de apoio emocional, que, por sua vez, atua como promotor de sentimentos de autoestima e autoconfiança. Além disso, a oferta de aconselhamento e informações, potencialmente presente nas interações sociais, pode influenciar na percepção do estresse e no planejamento de respostas de *coping* (Moos & Holahan, 2003).

A religiosidade e a espiritualidade também têm sido abordadas como estratégias de *coping* (Faria & Seidl, 2005). Especificamente, o *coping* através da religião refere-se a comportamentos religiosos usados para possibilitar conforto e reduzir o estresse (Koenig, 1998), podendo o comportamento religioso ser conceituado como envolvimento religioso subjetivo, organizacional e não organizacional (Levin, Taylor, & Charters, 1994, citados por Ai, Park, Huang, Rodgers, & Tice, 2007). Já o sistema de suporte espiritual pode ser conceituado como aquele que concerne à fé e à crença num Ser Superior, representado através da presença de esperança, na aposta de superação do problema ou da crise (Koerich, Baggio, Erdmann, Lanzoni, & Higashi, 2013). Parte-se de uma compreensão, portanto, de que as crenças e a fé são formas de integrar a experiência do desconhecido e do incontrolável em uma cadeia de significados e de sentidos, de forma que o sujeito possa tornar a experiência da cirurgia cognoscível (Vila, Rossi, & Costa, 2008).

Ressalta-se que quaisquer que sejam as estratégias, elas não podem ser avaliadas, em si, como boas ou más, adequadas ou não, sem se considerar a natureza do estressor, a disponibilidade de recursos e o resultado do esforço de *coping*. A análise da eficácia da estratégia utilizada deve ser sempre feita de maneira contingencial, considerando a especificidade das situações e as suas características de flexibilidade. A progressão do tempo também é um fator a ser levado em conta, já que a utilização de uma estratégia que inicialmente minimiza a tensão pode causar dificuldades posteriores (Antoniazzi et al., 1998).

No marco do esclarecimento dos principais conceitos norteadores desse trabalho, cumpre destacar que a construção da tese também passou por um rigoroso levantamento da literatura científica atual sobre as temáticas-foco do presente trabalho, gerando três revisões

integrativas. Tais revisões não serão especificamente abordadas neste capítulo, pois fazem parte do corpo deste trabalho, na “Introdução” e “Resultados e Discussão” dos artigos que compõem esta tese.

Com o intuito de mais clara e adequadamente apresentar e discutir os resultados mencionados, a presente tese divide-se em cinco capítulos. O segundo capítulo aborda os objetivos do trabalho, tanto o geral quanto os específicos. O terceiro capítulo apresenta e discute aspectos da trajetória metodológica percorrida na investigação que originou a presente tese, enquanto o quarto capítulo traz a caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa e uma apresentação geral das dimensões, categorias e subcategorias construídas, com base na análise dos dados, em resposta aos objetivos da pesquisa. O quinto capítulo foi construído sob formato de artigos, nos quais são discutidos e aprofundados os resultados principais apresentados no capítulo anterior. O sexto capítulo, por sua vez, aborda as considerações finais sobre o trabalho, espaço reservado a reflexões sobre os resultados e percurso metodológico da pesquisa.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Compreender a dinâmica relacional das redes pessoais significativas no processo de enfrentamento da cirurgia cardíaca, na perspectiva de pacientes pós-cirúrgicos e médicos cardiologistas clínicos.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Entender a configuração das redes pessoais significativas no processo de enfrentamento da cirurgia, na perspectiva dos pacientes pós-cirúrgicos;
- Identificar as funções desempenhadas e os atributos dos vínculos das redes pessoais significativas no processo de enfrentamento da cirurgia, na perspectiva dos pacientes pós-cirúrgicos;
- Descrever o entendimento das funções desempenhadas pela rede pessoal significativa dos pacientes na situação pós-cirúrgica, na perspectiva dos médicos cardiologistas clínicos.





### 3 MÉTODO

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO E DELINEAMENTO DA PESQUISA

A presente pesquisa norteia-se pelos pressupostos do Pensamento Complexo, considerando, portanto, a necessária contextualização dos fenômenos, e sua característica de instabilidade, sendo a construção do conhecimento concebida como emergente do encontro intersubjetivo entre pesquisador e participante da pesquisa (Morin, 1982, 2011). Alinha-se, nessa perspectiva, com a compreensão de González Rey (2010) sobre o caráter construtivo e interpretativo do conhecimento, segundo o qual o desenvolvimento da pesquisa implica num processo de construção de espaços de inteligibilidade, que não esgotam as possibilidades de significações, mas que ampliam o aprofundamento de campos de formulação teórica possíveis. Diferencia-se, sob esse aspecto, de uma perspectiva de apropriação da realidade, de forma que se busque uma correspondência linear do conhecimento com ela.

Tais parâmetros remetem ao caráter eminentemente teórico da pesquisa, assim compreendida, na medida em que o “teórico” não se resume a teorias (fontes de saber preexistentes), mas diz respeito aos próprios processos de construção de conhecimento envolvidos na atividade de pesquisa, que concernem ao processo reflexivo e construtivo do pesquisador. O foco da produção de conhecimento, assim, não está na dicotomia entre teoria e empiria, mas no pressuposto de que as práticas de pesquisa são fundadoras de uma realidade, através da criação de zonas de sentido (González Rey, 2010). No marco dessa afirmação, entende-se que o processo de pesquisa no qual se baseia a presente tese está assentado nos seguintes princípios:

- 1) a dimensão construtivo-interpretativa do conhecimento, ou seja, o reconhecimento de que o conhecimento emerge num contínuo de interpretações, geradoras de significados, co-construídas pelos atores envolvidos no processo, em espaços de consenso e dissenso, o que se sustenta na perspectiva do

- 2) caráter interativo do processo de construção de conhecimento, em que o encontro entre pesquisador e pesquisado é gerador de significados, valorizando a relação intersubjetiva paulatinamente construída; por sua vez alicerçada no pressuposto de que

- 3) a singularidade é um nível legítimo na produção de conhecimento, considerando-se que a contextualização das narrativas

construídas é um elemento central para a compreensão dos significados emergentes (González-Rey, 2010).

Em decorrência do entendimento do processo de pesquisa na perspectiva supramencionada, salienta-se que os momentos específicos que caracterizam a pesquisa serão descritos a seguir, para fins de sistematização de informações apenas. Coerente às sinalizações de González Rey (2010) e dos pressupostos da proposta da Teoria Fundamentada (*Grounded Theory*) (Strauss & Corbin, 2008), entende-se que os dados não são coletados, mas se produzem, sendo inseparáveis do processo de construção teórica que os legitima. Assim, os passos da pesquisa acontecem em uma lógica recursiva, em que as escolhas de delineamento, participantes, técnicas e procedimentos de coleta e análise de dados, além dos procedimentos éticos envolvidos, “dialogam” entre si para permitir um espaço permanente de comunicação entre os atores da pesquisa.

No marco dessas colocações, a presente pesquisa caracteriza-se como transversal, qualitativa, exploratória e descritiva. Entende-se que o método qualitativo é o que melhor serve para a análise em profundidade de experiências dos participantes. Essa modalidade metodológica prioriza a consideração dos aspectos singulares e complexos da vida humana, remetendo aos significados que os sujeitos atribuem às suas ações e relações, na tentativa de compreender os sentidos dos atos e das decisões deles (Chizzotti, 1998; Minayo, 2010). Tal método convém, portanto, ao objetivo de estudo proposto, na medida em que a análise da dinâmica relacional da rede pessoal significativa de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca refere-se a um esforço de compreensão de um cenário dinâmico e multidimensional, o qual se pretende compreender à luz de elementos contextuais e intersubjetivos.

O caráter exploratório e descritivo da pesquisa, por sua vez, refere-se à busca de uma aproximação ao problema investigado, objetivando contribuir para a delimitação da temática de estudo e para o aprofundamento dos seus conceitos. Envolve a exploração e a descrição das características de um fenômeno específico (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006).

No marco desse panorama geral sobre os preceitos balizadores da presente pesquisa, a seguir serão detalhadas as demais características do método da investigação proposta, a saber, a seleção dos participantes, os procedimentos, as técnicas e os instrumentos de coleta de dados, os procedimentos e as técnicas de análise de dados e as considerações sobre aspectos éticos.

### 3.2 PARTICIPANTES

Considerando-se as escolhas de delineamento do presente estudo, os participantes da presente pesquisa, tanto pacientes quanto médicos, foram recrutados de forma intencional, na medida em que não houve preocupação com a representatividade em relação à população total. Houve, sim, uma preocupação em escolher as pessoas cujas características pudessem trazer informações significativas acerca do assunto em questão, considerando os objetivos propostos pelo estudo (Gaskell, 2008, Turato, 2008).

O número de entrevistados seguiu o critério de saturação dos dados, segundo o qual a coleta de dados é realizada até que não surjam mais informações relevantes que configurem estrutura comum sobre o tema estudado. Participaram desta pesquisa 12 pacientes pós-cirúrgicos e 12 médicos cardiologistas clínicos. O número de entrevistados também teve como sustentação informações de um criterioso estudo prévio, cujo objetivo metodológico foi o de estabelecer um número de entrevistas adequado no contexto da pesquisa qualitativa (Guest, Bunce, & Johnson, 2006). No estudo supracitado, 12 entrevistas foram suficientes para atingir a saturação dos dados para a constituição das categorias em resposta aos objetivos da pesquisa.

Como critérios de inclusão dos participantes, foram considerados, inicialmente, os seguintes aspectos, em cada grupo.

- Para os pacientes:
  - a) ter mais de 18 anos;
  - b) ter sido submetido pela primeira vez à cirurgia cardíaca;
  - c) ter realizado a cirurgia de forma emergencial;
  - d) ter sido submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio apenas, sem a realização de outros procedimentos cirúrgicos cardiovasculares concomitantemente;
  - e) não fazer parte ou ter participado de Programas de Reabilitação Cardiovascular;
  - f) a realização da cirurgia ter acontecido em um período entre seis e 12 meses, na ocasião do contato com a pesquisadora, para a realização da pesquisa.

Para os médicos cardiologistas clínicos:

- a) ter tido contato, em algum momento, ao longo de sua prática profissional, com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca;
- b) ter 10 anos de atuação profissional na área de cardiologia clínica.

Para os participantes pós-cirúrgicos, a escolha pelo período de seis meses até um ano após a cirurgia deve-se a dados trazidos pela literatura. Segundo tais informações, verifica-se que o primeiro ano após a cirurgia é crítico, no que diz respeito à estabilidade e à retomada da rotina diária do paciente, considerando as consequências, tanto físicas quanto psicológicas, do procedimento (Romano, 2001). Portanto, realizar entrevistas com pacientes para além de um ano após a cirurgia, poderia resultar em depoimentos em que a memória da mobilização dos recursos pessoais e da rede pessoal significativa para dar conta da realidade emergente da experiência da cirurgia fosse dificultada, uma vez que a experiência da cirurgia já estaria mais distanciada temporalmente.

De forma complementar, entende-se, com ancoragem em experiência prévia de realização de pesquisa com pacientes pós-cirúrgicos cardíacos, que os primeiros meses após a cirurgia são momentos potenciais de vulnerabilidade e de sofrimento, em que os pacientes iniciam o processo de reconhecimento de si como sujeitos de suas vidas, ressignificando as suas possibilidades na seara das atividades sociais e produtivas (Wottrich, 2011). Dessa maneira, a pretensão de realizar as entrevistas com pacientes após seis meses de submissão à cirurgia almejou possibilitar a emergência, em suas narrativas, das experiências, com um certo distanciamento do aspecto traumático que o procedimento poderia representar. Em outras palavras, dentre outros elementos, entende-se que a abordagem dos pacientes, para os fins da presente pesquisa, dentro dos primeiros meses após o procedimento, poderia mobilizar resistências (mecanismos de defesa psíquicos), não permitindo narrativas mais aprofundadas sobre o assunto.

Embora esses tenham sido os critérios iniciais para a escolha dos participantes, tendo em vista a complexidade e a imprevisibilidade inerentes ao campo da pesquisa qualitativa (Strauss & Corbin, 2008; Olabuénaga, 2009), com base na inserção no campo, a pesquisadora foi paulatinamente levada a flexibilizar o referido critério. O contexto que fez premente tal revisão será mais detalhadamente descrito no item “Procedimentos, Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados”. Por ora, limitar-se-á a sinalizar que o critério de tempo após a cirurgia foi flexibilizado, de forma que participaram pacientes com tempo de pós-operatório entre **cinco meses e 13 dias e um ano e um mês**.

Além disso, é importante salientar que o critério em relação à realização de entrevistas com pacientes submetidos a cirurgias de caráter emergencial foi adotado após o contato com o contexto do campo de pesquisa. Inicialmente, o interesse era de acessar pacientes que realizaram cirurgias eletivas. Entretanto, pacientes com tal perfil não se

apresentaram, de forma que o critério teve de ser alterado. A escolha por uniformizar a seleção de pacientes, optando ou por pacientes que realizaram ou cirurgias eletivas ou emergenciais pautou-se em evidências que identificam diferenças nas duas experiências de submissão a cirurgias cardíacas, considerando um período de preparação do paciente para a realização do procedimento eletivo, ao contrário do que acontece quando a cirurgia é emergencial (Bergvik, Sørli, & Wynn, 2010), de forma a possivelmente influenciar os significados atribuídos à cirurgia no período pós-cirúrgico. Esses diferentes significados são exemplificados em resultados de estudo de Welke et al. (2003), segundo os quais, diferentemente dos pacientes submetidos a cirurgias emergenciais, que esperam por alívio temporário de sintomas e prolongamento da vida, os pacientes com cirurgias eletivas parecem esperar melhoras a longo prazo, tais como aumento da expectativa de vida e melhora de sintomas e qualidade de vida.

De forma análoga, a escolha por pacientes que não tenham participado, em nenhum momento de seu tratamento, de Programas de Reabilitação Cardiovascular articula-se à concepção de que a participação em tais programas pode potencialmente possibilitar o acesso a uma rede de relações mais ampla e consistente, bem como a resultados diferenciados em termos de recuperação da cirurgia, conforme atesta a literatura (Brandt et al., 2012; Carvalho et al., 2006; Koerich et al., 2013; Moraes et al., 2005).

Não diferenciar a experiência de pacientes que realizaram cirurgias eletivas ou emergenciais, bem como participantes de Programas de Reabilitação e não participantes, assim sendo, poderia trazer um importante viés para os resultados da pesquisa. Além disso, a escolha por pacientes submetidos pela primeira vez a um tipo de cirurgia específico, de forma emergencial, sem a presença de outros procedimentos cirúrgicos concomitantes, e considerando-se a participação em Programas de Reabilitação coloca-se, no sentido de possibilitar maior homogeneidade da amostra. Esses cuidados norteiam-se pelas discussões de Guest et al. (2006), segundo as quais a condição de homogeneidade quanto aos critérios de escolha dos participantes, quando são escolhidos de forma proposital, deve ser considerada como ponto nevrálgico para a validade de um estudo pautado no critério de saturação dos dados.

Os critérios de inclusão para o grupo dos cardiologistas clínicos pautam-se, por sua vez, nas afirmações de Morse (1994), que discute a amostragem por intensidade (*intensity sampling*) como ideal para selecionar casos que tragam riqueza e profundidade de informações

acerca do t3pico em estudo. Assim, foram selecionados participantes que t3m *expertise* e autoridade para abordar uma experi3ncia particular, no caso presente, acompanhamento profissional de pacientes p3s-cir3rgicos card3acos. Nessa dire3o, julgou-se que incluir profissionais com 10 anos de experi3ncia profissional, no m3nimo, garantiria a exist3ncia de *expertise* dos m3dicos nas suas atividades de trabalho, possibilitando a constru3o de narrativas aprofundadas e variadas sobre experi3ncias relacionadas 3 din3mica relacional das redes pessoais significativas dos pacientes submetidos 3 cirurgia.

### **3.3 PROCEDIMENTOS, T3CNICAS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Neste trabalho, como j3 foi assinalado, toma-se a pesquisa qualitativa como processo, o que implica na necess3ria imers3o do pesquisador no campo de pesquisa, de forma a impregnar-se, a partir da observa3o, dos elementos que constituem o cen3rio em foco (Gonz3lez Rey, 2010; Minayo, 2012). Tendo em vista que a pesquisadora j3 havia tido experi3ncia de atendimento cl3nico hospitalar junto a pacientes p3s-cir3rgicos card3acos, por dois anos, na mesma institui3o em que se realizou a presente pesquisa, bem como teve experi3ncia pr3via de realiza3o de entrevistas com pacientes p3s-cir3rgicos card3acos (para fins de sua pesquisa de mestrado), entendeu-se que havia aproxima3o razo3vel do contexto das narrativas dos pacientes.

No entanto, houve preocupa3o em rela3o 3 contextualiza3o das viv3ncias dos m3dicos cardiologistas cl3nicos, para melhor adequar o foco da pesquisa e pensar em estrat3gias de aproxima3o de poss3veis participantes. Assim, a primeira etapa do processo foi a realiza3o de um estudo de sensibiliza3o (Mor3, 2015), visando analisar se o roteiro preliminar de t3picos da pesquisadora, sob forma de questionamentos, se aproximava do universo conversacional vivenciado pelos cardiologistas. Dessa maneira, ao longo da constru3o do projeto de pesquisa que originou a presente tese, em dezembro de 2012, a pesquisadora realizou uma conversa informal com um m3dico cardiologista cl3nico com 40 anos de experi3ncia profissional. Esse di3logo serviu como base para o refinamento de um roteiro de t3picos e perguntas, abordados com os participantes m3dicos na finaliza3o do projeto e na realiza3o da presente investiga3o.

Ainda acerca do movimento de aproxima3o do investigador do campo de pesquisa, cabe ressaltar a concep3o de que 3 primordial, para a realiza3o da pesquisa qualitativa, a introdu3o anal3tica ao campo. O

processo de pesquisa deve começar por uma observação detalhada e próxima dos possíveis participantes, com o olhar voltado às singularidades e aos padrões existentes (Minayo, 2012; Olabuénaga, 2009). Buscou-se, dessa maneira, a aproximação do cenário de pesquisa, sem pretensões formais, objetivando ampliar o grau de segurança em relação à abordagem dos possíveis participantes (Minayo, 2012).

À luz dessa concepção, seguiu-se a familiarização da pesquisadora com o campo. O acesso ao local de pesquisa e aos participantes foi mediado por uma profissional da psicologia vinculada à instituição. Trata-se de um centro de referência em atenção à saúde, no âmbito da cardiologia, no Sul do Brasil, que oferta atendimento diagnóstico, clínico e intervencionista para as mais variadas patologias cardíacas, reunindo equipes multiprofissionais em seu corpo assistencial.

A pesquisadora observou nove encontros de grupos de pacientes pré e pós-cirúrgicos cardíacos, de outubro a dezembro de 2013, instituindo esse como um primeiro momento de construção do cenário de pesquisa. Realizou o registro das observações de tais grupos em um Diário de Campo, que serviu como subsídio para refletir sobre o contexto da pesquisa e, posteriormente, integrar os dados oriundos da coleta (Moré, 2015).

Considerou-se que a pesquisadora tinha um razoável conhecimento prévio sobre o contexto da cirurgia cardíaca, o que, ao mesmo tempo em que favoreceu a incursão no “universo vivenciado” pelos protagonistas das narrativas, também poderia levar a pesquisadora à impregnação de pré-concepções sobre esse contexto. Assim, para possibilitar a compreensão dos significados, sob o olhar dos protagonistas, e evitar impor uma estrutura prévia sobre o fenômeno (Olabuénaga, 2009), buscou-se, através da observação e seu registro, construir um movimento de estranhamento. Tal processo visou permitir que os significados atribuídos pelos participantes emergissem, sendo admitidas e reconhecidas a complexidade e a singularidade das narrativas, permitindo a eles uma voz independente da voz do pesquisador (Strauss & Corbin, 2008).

Os grupos observados caracterizaram-se como abertos, para os quais foram convidados pacientes pré e pós-cirúrgicos adultos, internados na instituição ou não. Eram coordenados pelo Serviço de Psicologia da instituição e realizados semanalmente, como parte da rotina institucional. No início dos encontros, ao longo da apresentação dos participantes, a pesquisadora apresentou os objetivos da sua presença no grupo, observando atentamente as interações entre os participantes. Além da

familiarização, a intenção inicial da pesquisadora, de acordo com o planejamento da investigação, era estrategicamente usar esse espaço para realizar um primeiro contato com potenciais pacientes a serem convidados para as entrevistas.

Observou-se, ao longo da realização dos grupos, a inexistência de sujeitos que se encaixavam nos critérios de inclusão instituídos, já que predominou a presença de pacientes pré-cirúrgicos nos grupos observados. Por essa razão, após o período referido de contextualização e de impregnação com o conteúdo tratado nos grupos, em combinações com a orientadora, optou-se por buscar uma estratégia diferente para a abordagem dos potenciais participantes pacientes. No tocante a esse movimento, destaca-se que foi fundamental o contato com a psicóloga responsável pelo Serviço de Psicologia da instituição, que atuou como uma aliada estratégica em todo o processo, auxiliando no delineamento de estratégias de aproximação, assim evitando a paralisação das ações da pesquisa (Moré & Crepaldi, 2004).

Dessa forma, com base na mediação dessa profissional, a pesquisadora teve acesso a duas formas de contato com potenciais participantes-pacientes pós-cirúrgicos:

- 1) acesso aos pacientes em consultas ambulatoriais de um médico cardiologista específico, nos consultórios de convênios. Através da mediação da aliada, um médico cardiologista atuante na instituição permitiu que a pesquisadora permanecesse na sala de espera do ambulatório, tendo acesso, minutos antes dos horários previstos para as consultas, aos prontuários dos pacientes agendados naquele dia, para que, assim, pudesse “filtrar” os elegíveis para a participação. A pesquisadora, assim, esteve presente três vezes por semana, entre março e abril de 2014, nos horários das consultas do médico mencionado, entrando em contato com um paciente que acabou por fazer parte da pesquisa. Além dos pacientes ambulatoriais, o referido cardiologista indicou dois pacientes, que cumpriam os critérios de elegibilidade para participação na pesquisa e que estavam hospitalizados para a investigação de possíveis complicações de saúde. Esses dois pacientes fizeram parte do grupo de participantes do presente trabalho. Participaram, assim, da pesquisa, três pacientes advindos dos ambulatórios de convênios.
- 2) Acesso aos pacientes usuários dos ambulatórios do Sistema Único de Saúde, por meio de contato com a administradora



de tal serviço. A estratégia consistiu na busca de pacientes, realizada pela pesquisadora, nas listas de cirurgias realizadas na instituição, no período de interesse. Com base nessa lista de pacientes, a pesquisadora indicou possíveis participantes da pesquisa, tendo em vista a informação da cirurgia realizada e o tempo de pós-operatório, entregando tal lista para os responsáveis pelo ambulatório. A secretária do ambulatório, por sua vez, sinalizou quais os pacientes da lista nomeada pela pesquisadora tinham consultas agendadas no ambulatório, ao longo do período de realização da pesquisa, indicando as informações específicas do agendamento. No dia e horário agendados para as consultas médicas, a pesquisadora foi ao encontro deles. Participaram da pesquisa nove pacientes advindos dos ambulatórios do Sistema Único de Saúde.

O contato com os potenciais participantes pacientes, usuários dos ambulatórios, aconteceu de março a maio de 2014, de forma que a pesquisadora foi ao encontro dos pacientes e explicitou a proposta de pesquisa, deixando-os à vontade para direcionar o local, o dia e o horário para a realização das entrevistas, caso consentissem em realizá-las.

Em meio a esse processo de reestruturação de estratégias para a seleção de participantes, vislumbrou-se que todos os potenciais participantes haviam realizado cirurgias emergenciais. No marco dessa constatação, e tendo em vista a importância de haver homogeneidade de algumas características-chave dos participantes da pesquisa, para fins de saturação dos dados (Guest et al., 2006), optou-se por alterar o critério de inclusão para pacientes que realizaram **cirurgias emergenciais**.

Outro critério flexibilizado foi o período de experiência pós-cirúrgica dos participantes. Muito embora se tenha buscado exaustivamente pacientes que estivessem no período de seis meses a um ano após a cirurgia, mediante a dificuldade de encontrar participantes que se encaixavam completamente nesse perfil, optou-se por incluir pacientes que tivessem realizado a cirurgia entre cinco meses a um ano e um mês, tendo como referência o momento da entrevista. Entende-se que tais alterações no planejamento buscaram uma adequação do pesquisador à complexidade do campo (Olabuénaga, 2009, Strauss & Corbin, 2008), considerando que o campo de observação na pesquisa qualitativa configura uma estrutura ziguezagueante, alimentada por um movimento recursivo, que admite flexibilidade para alterações expressivas no planejamento (Olabuénaga, 2009).

No marco desses apontamentos, a entrevista foi utilizada como instrumento para a coleta de dados, tanto em relação aos participantes pacientes quanto aos médicos, pressupondo que ela possibilita a expressão e a comunicação fidedignas dos informantes acerca de suas experiências, representações, concepções e ideias, permitindo o aprofundamento de questões afetivas do entrevistado (Marconi & Lakatos, 2010). Ainda, o formato da entrevista utilizado nesta pesquisa foi semiestruturado, posto que a característica de flexibilidade desse tipo de entrevista permite o levantamento de questões que permitam o crescente movimento de aprofundamento dos aspectos expostos pelo entrevistado (Minayo, 2010).

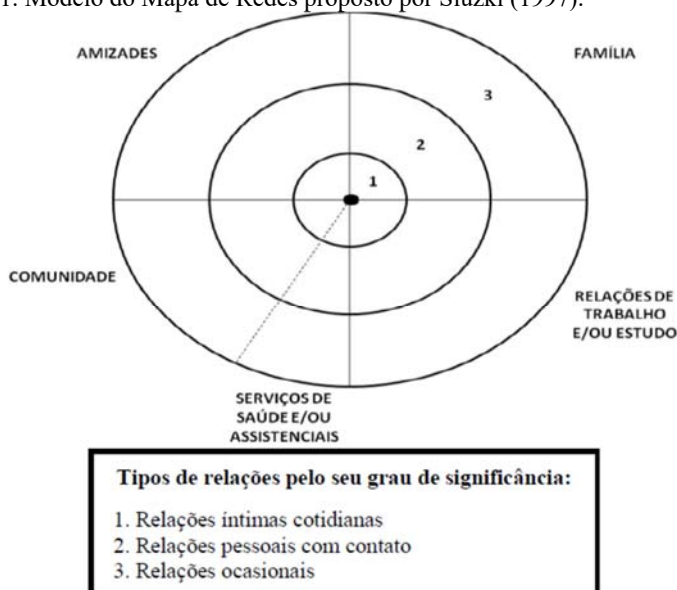
Nas entrevistas com todos os participantes, o roteiro objetivou circunscrever e guiar uma conversa, com finalidade estabelecida pela pesquisadora. Assim, cada questão levantada pela pesquisadora foi direcionada aos objetivos de pesquisa, permitindo ampliar e aprofundar a comunicação com um objetivo focal, de forma a possibilitar a emergência dos significados atribuídos pelos entrevistados (Minayo, 2010). Destacase, assim, que a pesquisadora tomou as narrativas dos participantes como referência principal, realizando indagações em torno delas, quando necessário, para compreender e aprofundar o sentido, indo ao encontro do objetivo central da investigação (Moré, 2015).

Pressupondo a entrevista como um “espaço relacional privilegiado” (Moré, 2015), ou seja, com especial atenção entre as características interacionais do contexto, o encontro foi norteado por um roteiro de entrevista (Apêndice A), que consistiu em duas partes. A primeira abordou itens para delinear o perfil dos entrevistados através de um questionário de dados sociodemográficos. A segunda parte do roteiro foi composta de perguntas, que visaram ao conhecimento do processo da cirurgia cardíaca, buscando compreender a perspectiva das redes configuradas em torno da experiência.

Tal roteiro ofereceu subsídios para a construção do Mapa de Redes (Sluzki, 1997). O Mapa também foi utilizado como instrumento, seguindo temporalmente a realização da entrevista, para caracterizar graficamente a rede pessoal significativa dos participantes, aprofundando conteúdos relacionados à rede pessoal nomeada por eles. O instrumento é composto por três círculos concêntricos, divididos em quatro quadrantes, nos quais se visualiza objetivamente a caracterização da potencial rede pessoal significativa do paciente em relações de amizade, família, trabalho e estudos e comunidade. Cada círculo concêntrico representa o grau de intimidade e compromisso percebido pelo participante da pesquisa, em relação a si mesmo, conforme se visualiza

na Figura 1. Graficamente, o sujeito pesquisado é representado pelo círculo central e, ao longo da construção do Mapa, deve nomear os membros de sua rede pessoal e localizá-los em termos do quadrante em que se encontra e do grau de compromisso e intimidade em relação a si mesmo.

Figura 1. Modelo do Mapa de Redes proposto por Sluzki (1997).



Fonte: Sluzki (1997).

Com base na confecção do Mapa, foi possível acessar elementos que remetem a características estruturais da rede pessoal significativa nomeadas pelos participantes, contemplados nos objetivos específicos da presente pesquisa. A análise gráfica da representação, composta por esse “mapa mínimo” de relações, permitiu que se acessasse, para os fins da pesquisa: o tamanho, a composição e os tipos de função das redes. O tamanho concerne ao número de pessoas que compõem a rede. A composição refere-se à distribuição dos membros nos diferentes contextos de relações. Como possíveis funções dos membros da rede, dependendo do tipo de relação estabelecida com o sujeito em questão, destacam-se companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de

conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços, bem como acesso a novos contatos (Sluzki, 1997).

Foram seguidas etapas para a aplicação do Mapa, conforme sugestão de Moré e Crepaldi (2012), as quais consistem em: aquecimento para a aplicação, reconhecimento do desenho do mapa e dos símbolos a serem utilizados, aplicação propriamente dita e conclusão da aplicação do mapa. Após as construções individuais dos mapas, para facilitar o processo de análise das informações contidas neles, a pesquisadora ainda conduziu duas etapas: a adequação do mapa de rede ao contexto da pesquisa e a confecção do mapa de rede de todos os participantes.

Além das entrevistas e da construção dos Mapas, foi proposto aos pacientes um encontro de grupo focal, objetivando verificar como ecoavam as experiências dos pacientes em seus pares, complementando as informações oriundas das entrevistas. O objetivo do grupo focal, portanto, seria possibilitar a construção de significados sobre o fenômeno estudado em uma perspectiva interacional, sendo utilizado para complementar o material emergente das demais técnicas utilizadas nesta pesquisa, que privilegiaram a perspectiva individual sobre o tema (Minayo, 2010; Trad, 2009).

No momento de finalização da entrevista individual, com cada paciente, a pesquisadora explicou o objetivo do grupo e sondou o interesse do paciente em participar do encontro, bem como a sua disponibilidade de dias e horários. Ela se comprometeu a ligar para os participantes para agendamento e, para isso, solicitou que pudessem disponibilizar um número de contato telefônico através do qual pudesse contatá-los. O encontro foi agendado para maio de 2014, através de contato telefônico com cada entrevistado, realizado em dois momentos. Aproximadamente uma semana antes da data agendada para o grupo, a pesquisadora ligou para cada participante, retomando o convite realizado na entrevista e os objetivos do grupo e perguntando sobre o interesse para a participação. Nesse momento, aproximadamente seis participantes acenaram a disponibilidade para participarem. No dia agendado para a realização do grupo, a pesquisadora novamente ligou para os possíveis participantes, retomando o convite e lembrando local e horário.

Contudo, o encontro do grupo, com os fins de cumprir o objetivo “focal” não se realizou, na medida em que apenas três integrantes compareceram. Julgou-se que seria condição mínima para a realização do grupo focal a presença de seis participantes, de forma a gerar uma narrativa coletiva sobre as vivências relacionadas à experiência da cirurgia cardíaca e à constituição da rede de relações em torno dessa

experiência. Como o número mínimo de participantes não foi atingido, realizou-se uma conversa guiada e um acolhimento.

No que diz respeito ao acesso aos cardiologistas clínicos, o contato com os possíveis participantes aconteceu de dezembro de 2013 a abril de 2014, de forma concomitante à familiarização e ao contato com os pacientes. A entrevista foi o único instrumento utilizado. Mediada pela indicação da psicóloga da instituição contatada, que convidou informalmente um dos médicos cardiologistas clínicos da instituição, a pesquisadora fez contato com o possível participante para apresentar a proposta de pesquisa formalmente. Seguindo a realização da primeira entrevista com cardiologista, foi solicitada a ele a indicação de um colega de profissão, cardiologista clínico, para ser abordado com fins de participação na pesquisa.

Além das indicações e da mediação da psicóloga responsável na instituição, cada profissional entrevistado indicou colegas, ainda que não da mesma instituição, sendo esse movimento realizado sucessivas vezes, até que a saturação dos dados fosse atingida. Tal forma de seleção dos participantes denomina-se “bola de neve” (*snowball sampling*) e tem como pressuposto que o foco do pesquisador, para cumprir os objetivos da pesquisa, está na experiência do entrevistado, independentemente da instituição em que ele atue (Denzin & Lincoln, 1994). Cumpre destacar que a pesquisadora contou com a mediação da psicóloga responsável do serviço, que seguiu entrando em contato com os cardiologistas indicados pelos colegas, antes da pesquisadora, apresentando informalmente a pesquisa. Entende-se que a aliança estratégica estabelecida com tal profissional foi condição necessária para o acesso aos participantes, entendendo que a mediação possibilitou uma melhor aceitação da proposta e uma postura de confiança dos médicos.

As entrevistas foram realizadas conforme a disponibilidade e a conveniência do participante, em sala do hospital ou no consultório particular dos profissionais. Basearam-se em um roteiro de perguntas (Apêndice B), composto por duas partes. A primeira delas consiste em um breve questionário, com itens que abordam dados sociodemográficos, e a segunda consiste em perguntas focadas nos objetivos do projeto. Cabe ressaltar que, como consigna para a realização da entrevista, a pesquisadora apresentou o Mapa de Redes para cada entrevistado, de forma que pudesse ser introduzida a temática das redes pessoais significativas na entrevista. Essa foi uma forma de familiarizar os participantes com a temática das redes, buscando situá-los no universo de interesse do estudo.

### 3.4 PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS

Considera-se que as declarações de relações advindas das análises dos dados, no âmbito desta pesquisa, originam uma teoria circunscrita ao contexto singular em questão, conforme narrado pelos participantes, levando em conta, simultaneamente, regularidades, ambivalências e variações das narrativas, tomando o fenômeno como processo (Minayo, 2012; González Rey, 2010). Não diz respeito, assim, à aceitação de “teoria”, geralmente tomada no âmbito da pesquisa científica tradicional, almejando generalização abrangente de dados oriundos de uma realidade “pura”. Pressupõe-se, nesse sentido, o caráter construtivo e interpretativo da pesquisa (González Rey, 2010).

No marco da perspectiva apresentada, o processo de pesquisa aconteceu de forma progressiva, almejando a construção de uma Teoria Fundamentada (Strauss & Corbin, 2008), em que a coleta e a análise de dados são entendidas e conduzidas em uma sequência alternada. Os dados oriundos das entrevistas iniciais foram analisados, conduzindo a adequações no roteiro das demais entrevistas, em um movimento recursivo. Por meio da codificação aberta, axial e seletiva, pretendeu-se integrar os dados, de maneira a emergir uma teoria correspondente aos processos envolvidos no fenômeno sob estudo (Strauss & Corbin, 2008), considerando a lógica interna dos atores envolvidos (Minayo, 2012).

Para sistematizar o processo de análise, a seguir, descrevem-se as diferentes etapas, que foram sobrepostas. Inicialmente, foram realizadas leituras sucessivas das transcrições das entrevistas e dos mapas de redes, de forma que a pesquisadora pôde crescentemente problematizar os conteúdos deles. Continuando o processo, a codificação aberta compreendeu a identificação de conceitos emergentes nos dados, descobrindo suas propriedades e dimensões e, por meio da codificação axial, buscou-se o estabelecimento de relações entre categorias e subcategorias. A codificação seletiva, por sua vez, implicou na integração e no refinamento dos dados, integrando-os em uma categoria central, objetivando que essa categoria remetesse a uma visão explanatória geral sobre o processo estudado. O processo de codificação descrito foi facilitado através da utilização do *software* Atlas-ti 5.0, programa voltado para a análise de dados qualitativos, que segue os preceitos da Teoria Fundamentada, no sentido da organização e sistematização de grande quantidade de informação, estabelecimento de categorias e conexões entre elas (Muhr, 2004).

Coerente aos pressupostos da metodologia qualitativa, a análise teve o objetivo de compreender o significado particular atribuído às

experiências pelos seus protagonistas e, ao mesmo tempo, de integrar as informações, considerando-as peças de um conjunto sistemático, com sentido próprio e singular (Olabuénaga, 2009). Assim, cumpre ressaltar que os resultados apresentados buscam a organização de esquemas explanatórios teóricos, articulando conceitos e relações entre eles, segundo a ótica dos protagonistas das narrativas (Strauss & Corbin, 2008).

### **3.5 CONSIDERAÇÕES E ASPECTOS ÉTICOS**

Como ponto de partida para a apresentação dos aspectos éticos envolvidos no presente empreendimento de pesquisa, cabe uma reflexão sobre os pressupostos em decorrência dos quais se buscou estabelecer o processo desta investigação. O fato de essa pesquisa se ancorar nos pressupostos do Pensamento Complexo, caracterizando-se como qualitativa, implica na consideração de que se trata de uma pesquisa “com” seres humanos e não “em” seres humanos. Nesse escopo, considerou-se a construção da pesquisa como o estabelecimento de um esforço colaborativo, em que se instaura uma relação entre ambas as partes – pesquisador e participante da pesquisa -, respeitando a alteridade, a singularidade e a complexidade da vida humana (Guerriero, 2006).

Nessa direção, concebe-se que a presente pesquisa está intrinsecamente vinculada a problematizações éticas, em que a distinção entre fato e valor não se mostra clara (Olabuénaga, 2009), constantemente re-situando as relações entre pesquisador e pesquisado (Nunes, 2008). Trata-se de uma perspectiva que leva em conta a reflexão sobre a relação estabelecida entre pesquisador e participante, relação por meio da qual são tecidos laços de responsabilização e solidariedade, que constituem o próprio campo de pesquisa. A postura ética aqui indicada contempla os requisitos éticos formais (tais como a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), mas vai além deles, na medida em que implica na postura de se colocar no lugar do outro, por meio do diálogo e da negociação (Castro e Silva, Mendes, & Nakamura, 2012).

Apresentados esses pressupostos, a presente investigação foi realizada após a aprovação dos Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente da pesquisa, por meio de parecer consubstanciado número 20968713.0.0000.0121, que data de 09 de Setembro de 2013. Foram seguidos os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que normatizam as condições da pesquisa que

envolvem seres humanos, considerando a ética e a preservação da identidade dos participantes.

Antes do consentimento para a realização das entrevistas, assim, foram assegurados o anonimato e a preservação da identidade dos participantes, sendo eles informados sobre a possibilidade de desistirem de participar da pesquisa em qualquer momento que desejassem, sem que isso representasse prejuízo para os mesmos. Além disso, os participantes foram esclarecidos de que fazer parte da pesquisa não traria benefício direto, mas contribuiria para os estudos sobre o processo da cirurgia cardíaca, de modo a possibilitar reflexões sobre esse acontecimento complexo. Também foi esclarecido que um risco proveniente da situação de pesquisa seria a possibilidade de emergência de lembranças desagradáveis.

Antes da finalização dos encontros das entrevistas, a pesquisadora abordou os entrevistados, buscando saber sobre as repercussões da entrevista, sobre pensamentos ou sentimentos em relação à experiência. Caso, em algum momento da entrevista, o participante se sentisse desconfortável, sinalizando o desconforto de alguma forma, a pesquisadora se disponibilizaria a conversar com ele sobre isso, realizando um primeiro acolhimento. Caso o participante desejasse, seria encaminhado para atendimento clínico psicológico. Em nenhuma das situações de entrevistas houve demanda para isso. Outro cuidado ético foi a disposição de meios de contato com a pesquisadora, que foram expostos na primeira abordagem dos participantes, salientando que poderiam entrar em contato no sentido de dirimir quaisquer dúvidas que surgissem após o contato para a realização da investigação.

A entrevista de cada participante foi gravada em áudio, com o prévio consentimento dele e, posteriormente, transcrita e analisada. Nas transcrições, os nomes dos entrevistados foram substituídos por códigos. Todas as informações acima explicitadas constam nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices C e D), que foram apresentados aos possíveis participantes antes da execução das entrevistas. Por meio da assinatura desse documento, foi firmada a legitimação da autorização dos participantes para a sua participação no estudo, sendo que eles mantiveram em sua posse uma cópia.



## **4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

No presente capítulo, apresentam-se os resultados da tese, que constituem a base principal de sustentação para a análise e discussão dos dados do presente estudo. O capítulo divide-se em duas partes, sendo que a primeira aborda a caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa, tanto médicos cardiologistas clínicos quanto pacientes pós-cirúrgicos, referindo dados que identificam os participantes e auxiliam na contextualização dos dados da pesquisa. A segunda parte decorre do processo de codificação aberta, axial e seletiva a que foram submetidas todas as narrativas obtidas com referência nas entrevistas semiestruturadas, para o qual foi utilizado o *software* Atlas ti 5.0., que permitiu a análise em profundidade e a organização dos dados em torno do objetivo principal proposto. A seguir, portanto, são apresentadas as dimensões e as categorias, as subcategorias e os elementos de análise que as compõem, junto com as suas definições.

### **4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA**

A caracterização dos participantes da pesquisa é explicitada nos quadros a seguir, sendo que os dados que compõem tal caracterização são advindos de questionário aplicado na primeira parte das entrevistas.

O Quadro 1 apresenta dados sociodemográficos e referentes ao perfil profissional, que identificam os cardiologistas clínicos entrevistados. Observa-se que as idades dos profissionais variaram entre 39 e 67 anos, e a média de idade é de 50 anos, sendo a maioria dos entrevistados do sexo masculino (n=8). Quanto ao tempo de atuação profissional, as trajetórias variaram de 11 a 40 anos de experiência, sendo que todos os participantes tinham uma trajetória profissional que incluía a atuação no âmbito hospitalar, em conjunto com o atendimento clínico em consultório.

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica e perfil profissional dos participantes médicos cardiologistas clínicos

<b>Identificação Médicos</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de atuação profissional</b>	<b>Serviço em que atuou</b>	<b>Serviço em que atua</b>	<b>Anos de exercício da profissão na cidade</b>
M1	F	50	25	Hospital público/ Consultório particular	Hospital/ - Consultório particular	25
M2	M	39	16	Hospital público/ Consultório particular	Hospital/ Consultório particular	16
M3	M	40	13	Consultório particular/Serviço de Saúde Pública	Hospital/ Consultório particular	13
M4	M	40	15	Hospital público/ Consultório particular	Hospital/ Consultório particular	15
M5	M	69	33	Hospital público/ Consultório particular	Hospital/ Consultório particular	33
M6	M	54	27	Hospital público/ Consultório particular	Hospital/ Consultório particular	27

M7	F	56	21	Hospital público/ Consultório particular	Hospital/ Consultório particular	21
M8	F	53	29	Hospital público/ Consultório particular	Hospital/ Consultório particular	29
M9	M	67	40	Hospital público/ Consultório particular	Hospital/ Consultório particular	31
M10	M	52	36	Hospital público/ Consultório particular	Hospital/ Consultório particular	36
M11	M	41	11	Hospital público/ Consultório particular	Hospital/ Consultório particular	11
M12	F	50	21	Hospital público/ Consultório particular	Hospital/ Consultório particular	21

Fonte: desenvolvido pela autora

A seguir, abordam-se informações que caracterizam os participantes pacientes. O Quadro 2 apresenta dados gerais, especificamente a idade, o sexo, o tempo de pós-operatório, a escolaridade, o estado civil, a situação de co-habitação, o tipo de moradia, o tempo de residência na cidade e a religião. Por sua vez, o Quadro 3 focaliza a situação socioeconômica e ocupacional dos entrevistados, abordando a profissão, a situação ocupacional (para aqueles que não exercem atividades profissionais, o período de tempo de inatividade e o motivo) e a renda familiar.

Quadro 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes pacientes

<b>Paciente</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de pós-operatório</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Co-habitação</b>	<b>Moradia</b>	<b>Tempo de residência da cidade</b>	<b>Religião</b>
P1	F	74	5 meses e 13 dias	Superior Completo	Viúva	Filhos	Própria	Entre 20 e 30 anos	Espírita
P2	M	54	1 ano	Fundamental Incompleto	União consensual	Companheira	Própria	Entre 20 e 30 anos	Católica
P3	M	54	5 meses e 18 dias	Fundamental Incompleto	Casado	Companheira	Própria	54 anos	Católica
P4	M	57	8 meses	Superior Completo	União consensual	Companheira e enteados	Própria	Entre 5 e 9 anos	Evangélico
P5	M	54	8 meses	Fundamental Incompleto	Divorciado	Sozinho	Própria	Entre 10 e 19 anos	Católica
P6	F	63	8 meses	Fundamental Incompleto	Casada	Companheiro	Própria	63 anos	Católica
P7	M	59	8 meses	Médio Incompleto	Viúvo	Sozinho	Própria	Há mais de 30 anos	Nenhuma
P8	M	79	10 meses	Fundamental Completo	Viúvo	Filhos	Própria	Há mais de 30 anos	Católica
P9	M	67	9 meses	Médio Incompleto	União consensual	Companheira e familiar da companheira	Própria	67 anos	Nenhuma

P10	F	52	1 ano	Fundamental Completo	Separada	Neto	Própria	52 anos	Católica
P11	F	59	10 meses	Médio Completo	Solteira	Irmão	Com parentes	Há mais de 30 anos	Espírita
P12	F	79	1 ano e 1 mês	Fundamental Incompleto	Viúva	Sozinha	Própria	Entre 20 e 30 anos	Espírita

Fonte: desenvolvido pela autora

Quadro 3. Caracterização da situação socioeconômica e ocupacional dos participantes pacientes

Identificação Pacientes	Profissão/Situação ocupacional atual	Não exercendo atividades profissionais		Renda familiar
		Tempo	Motivo	
P1	Professora aposentada/ Não trabalha	4 anos	Aposentadoria (tempo de serviço)	Até 4 salários
P2	Administrador de empresas/ Trabalha	_____	_____	Até 4 salários
P3	Funcionário público municipal/ Trabalha	_____	_____	Até 4 salários
P4	Assistente administrativo/ Trabalha	_____	_____	Entre 5 e 9 salários
P5	Eletricista industrial aposentado/ Não trabalha	5 anos	Aposentadoria (doença não cardíaca)	Até 4 salários
P6	Costureira (em licença)/ Não trabalha	8 meses	Licença (doença cardíaca)	Até 4 salários

P7	Mestre de obras aposentado/ Trabalha como manobrista de carros	2 anos	Aposentadoria (tempo de serviço)	Entre 5 e 9 salários
P8	Representante comercial aposentado/ Trabalha como <i>office boy</i>	_____	_____	Até 4 salários
P9	Corretor de imóveis/ Trabalha	_____	_____	Entre 5 e 9 salários
P10	Doméstica aposentada/ Trabalha como revendedora de produtos	1 ano	Aposentadoria (doença cardíaca)	Até 4 salários
P11	Cabeleireira/ Trabalha	_____	_____	Até 4 salários
P12	Doméstica aposentada/ Trabalha como revendedora de produtos	19 anos	Aposentadoria (doença cardíaca)	Até 4 salários

Fonte: desenvolvido pela autora

A idade dos pacientes variou entre 54 e 79 anos, sendo entrevistados sete pacientes do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Quanto ao tempo de realização da cirurgia, os pacientes entrevistados distribuíram-se entre cinco meses e 13 dias e um ano e um mês de tempo pós-operatório, sendo que quatro pacientes realizaram a cirurgia oito meses antes da realização da entrevista; um paciente, nove meses antes; dois pacientes, 10 meses antes; dois, em torno de cinco meses e 15 dias antes e três, em torno de um ano. Em relação à escolaridade, sete participantes referiram ter o Ensino Fundamental (considerando-se Completo e Incompleto), quatro participantes apontaram ter o Ensino Médio (incluindo o Completo e o Incompleto), e dois, o Ensino Superior Completo.

No que se refere à situação conjugal, destaca-se que cinco dos entrevistados referiram ter um companheiro(a), seja em situação de casamento ou de união consensual. Destes, três residiam apenas com o companheiro e dois com o companheiro e outro familiar. Quatro participantes eram viúvos, sendo que dois desses viviam com os filhos e dois moravam sozinhos. Um participante era separado e morava com o neto. O participante que relatou ser solteiro morava com o irmão, e o participante que relatou ser divorciado residia sozinho. Sete participantes viviam na mesma cidade há mais de 30 anos, três entre 20 e 30 anos, um entre 10 e 19 anos e um entre cinco e nove anos. Quanto à religião, seis participantes declaram-se católicos, três espíritas, um evangélico e dois declararam não ter religião.

Exceto um participante, que morava com parentes, todos os demais moravam em residência própria, sendo que a faixa de renda familiar predominante foi de até quatro salários (referida por nove participantes), seguida da renda entre cinco e nove salários (citada por três pessoas). Muito embora seis participantes referissem estar em situação de aposentadoria, quatro continuavam a desempenhar atividades profissionais em áreas diferentes das anteriores à aposentadoria (como manobrista de carros, *office boy* e revendedora de produtos de catálogo), de forma a complementar a renda. O tempo de aposentadoria referido variou de oito meses a 24 anos, destacando que três participantes se aposentaram em razão de tempo de serviço, dois em razão do problema cardíaco e um decorrente de outro problema de saúde. Uma participante não estava aposentada, porém não desempenhava atividades profissionais, pois estava em licença por razão de saúde. Cinco participantes continuavam desempenhando as atividades profissionais anteriores à cirurgia, realizando atividades como cabeleireira, corretor de

imóveis, funcionário público municipal, assistente administrativo e administrador de empresas.

Além dos elementos apresentados, que visam à caracterização dos entrevistados, a realização das entrevistas permitiu a construção de um resumo pertinente à contextualização da história relacional e de vida dos pacientes (Apêndice E). Esse resumo permitiu à pesquisadora integrar os dados advindos dos mapas de redes a elementos das histórias de vida dos mesmos, de forma a situar os participantes em termos de estágio do ciclo de desenvolvimento. Tal movimento foi importante no sentido de possibilitar uma leitura abrangente e singularizada dos dados dos pacientes, objetivando contextualizar a situação dos participantes, com foco no objetivo da pesquisa que sustenta a construção da presente tese. Trata-se de aspectos que subsidiam as análises que seguem, de forma a melhor integrar os dados, considerando a complexidade do fenômeno sob estudo.

#### **4.2 APRESENTAÇÃO DAS DIMENSÕES E QUADRO GERAL DE CATEGORIAS, SUBCATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE**

Por meio das codificações aberta, axial e seletiva dos dados, emergiram três dimensões centrais, que congregam categorias e subcategorias e sustentam-se em elementos de análise, construídos com base nas regularidades temáticas presentes tanto nas narrativas dos participantes quanto nos mapas de redes. Considerou-se, para a organização e integração dos dados, o estabelecimento dos aspectos comuns e singulares abordados acerca dos temas propostos, assim como o cotejamento com aspectos previamente tratados na literatura.

Cumprir destacar que o posicionamento epistemológico que sustentou o processo de construção das categorias e subcategorias permite conceber a organização dos dados como uma compreensão parcial e “em-movimento-inacabado” do fenômeno sob estudo, coerente aos pressupostos do Pensamento Complexo. Com base nessa perspectiva, a leitura dos dados foi realizada de forma recursiva, de forma que o processo de organização das categorias busca retratar uma compreensão abrangente e ao mesmo tempo singular sobre o fenômeno-foco desta pesquisa.

A seguir, segue um diagrama das dimensões que configuram o fio condutor na organização dos dados (Figura 2). Por meio dos processos de codificação, emergiram as dimensões “Contextualizando o processo cirúrgico”, “As relações constituídas em torno do paciente submetido à

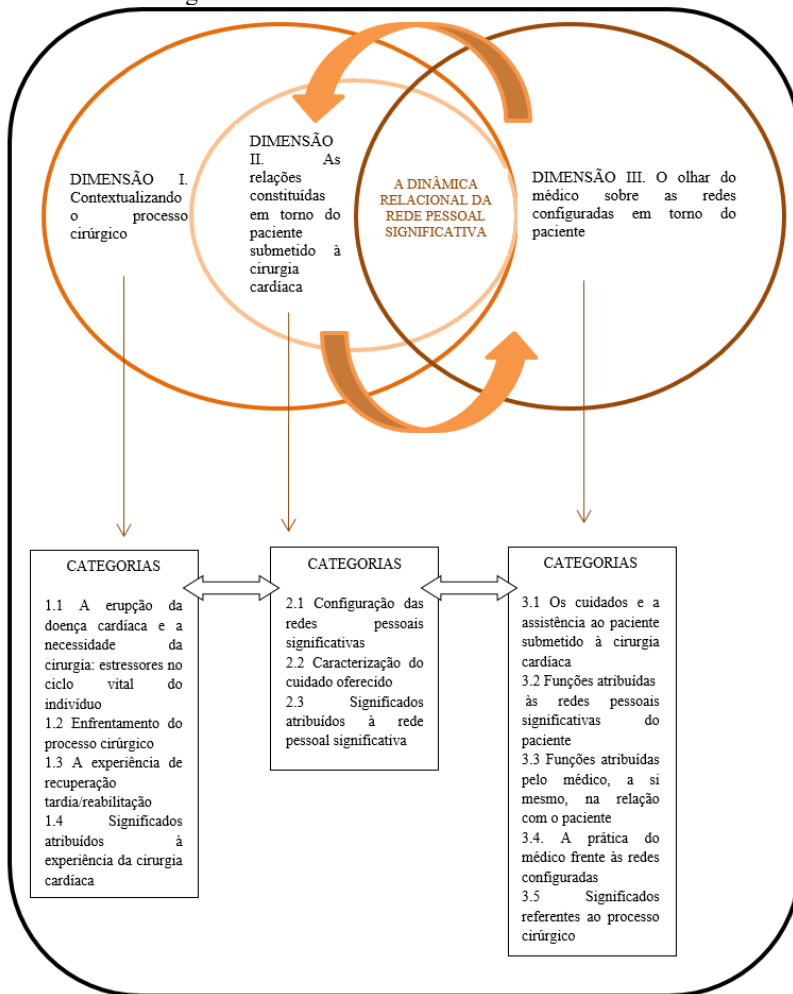


cirurgia cardíaca” e “O olhar do médico sobre as redes configuradas em torno do paciente”.

O diagrama proposto aborda uma visão esquemática de uma leitura integrativa possível de tais dimensões. Nesse sentido, a compreensão da “dinâmica relacional da rede pessoal significativa” (fenômeno central sob estudo proposto pela tese) emerge a partir de um movimento recursivo de integração das perspectivas do paciente submetido à cirurgia (representadas pelas dimensões 1 e 2) e do médico cardiologista clínico, ator presente ao longo desse processo (representada pela dimensão 3). No sentido de oferecer uma leitura particularizada das referidas dimensões, o diagrama também aborda uma perspectiva vertical das categorias que, nucleadas, formaram as dimensões apresentadas.

A organização apresentada sustenta-se na exploração, em profundidade, do material oriundo das entrevistas e dos mapas de rede, com especial atenção à riqueza, à complexidade e à singularidade de significados atribuídos através das narrativas construídas em torno das interações entre entrevistador e entrevistado. Pretende-se, através dessa organização, contemplar um panorama da trama de relações estabelecidas entre os significados atribuídos pelos participantes, integrados por meio do processo hermenêutico da pesquisadora, que, através do formato de organização e integração dos dados proposto, buscou construir uma perspectiva sobre os dados em que a complementaridade e a dinamicidade das narrativas se fizessem presentes.

Figura 2. Diagrama das dimensões, categorias e subcategorias em torno do fenômeno “Dinâmica Relacional da Rede Pessoal Significativa do Paciente Submetido à Cirurgia Cardíaca”



Fonte: desenvolvido pela autora.

No marco dessa afirmação, para melhor visualizar os resultados, segue também uma proposta de leitura horizontal, por meio dos Quadros 4, 5, e 6, especificando as dimensões, respectivas categorias, subcategorias e elementos de análise, emergentes das codificações aberta,

axial e seletiva dos dados, bem como uma definição das referidas dimensões.

#### 4.2.1 Dimensão I: Contextualizando o processo cirúrgico

A dimensão “Contextualizando o Processo Cirúrgico” congrega categorias que abordam a experiência da cirurgia cardíaca como um conjunto de processos vivenciados que se sobrepõem e se complementam, culminando na necessidade de submissão do paciente à cirurgia e posterior processo de recuperação/reabilitação, nomeadamente a erupção da doença cardíaca e a necessidade da cirurgia, a experiência de recuperação tardia/reabilitação, o enfrentamento do processo cirúrgico e significados atribuídos à experiência da cirurgia.

Tal dimensão tem como principal objetivo o de contextualizar as narrativas sobre a construção das redes pessoais significativas dos pacientes, de forma a auxiliar na compreensão das demandas e experiências dos sujeitos adoecidos em torno das quais as redes foram constituídas. Ainda, cumpre ressaltar que essa dimensão emerge com base na compreensão de que a história do adoecimento cardíaco deve necessariamente ser levada em conta no tocante à análise da construção das relações estabelecidas em torno do paciente, na medida em que a construção das redes pessoais é deflagrada a partir de determinadas crises no ciclo vital, tais como a cirurgia (Sluzki, 1997). Portanto, a análise do processo de adoecimento, que culmina com a cirurgia, é elemento central para a compreensão da articulação e composição das redes, assim como das funções assumidas pelos seus membros mediante o processo cirúrgico cardíaco.

Quadro 4. Quadro Categorical Dimensão I – Contextualizando o processo cirúrgico

<b>Dimensão I – Contextualizando o processo cirúrgico</b>		
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Elementos de análise</b>
A erupção da doença cardíaca e a necessidade da cirurgia: estressores no ciclo vital do indivíduo	O surgimento dos sinais e sintomas	Sintomas súbitos
		Dificuldade de supor o diagnóstico
		Adiamento da busca de recursos médicos
		Busca de recursos médicos mediada por outro

	A cirurgia	Comorbidades
		A proximidade da morte
		História familiar da doença
		“Susto”
		A seriedade da doença
		Procedimentos que envolvem a hospitalização
A experiência de recuperação tardia/reabilitação	As intercorrências no pós-cirúrgico	Presença de dores
		Necessidade de outra intervenção
	Repercussões da cirurgia	Retorno às atividades
		Mudança nos hábitos
Enfrentamento do processo cirúrgico	Estratégias adotadas pelos pacientes	Obter informações sobre os processos
		Ter fé e confiança nos médicos
		Evitar entrar em contato com a realidade
		Espiritualidade
	Estratégias sugeridas pelos pacientes	Adotar uma atitude positiva
		Seguir as orientações médicas
		Adotar hábitos saudáveis
	Expectativas sobre o cuidado do outro	Ter paciência
		Oferecer atenção
	Significados atribuídos à experiência da cirurgia cardíaca	Relativos à relação do sujeito com o seu corpo
Corpo cortado		
Relativos a limitações e potencialidades da cirurgia		Vida X Morte
		A sensação de “inutilidade”
		Mudanças

Fonte: desenvolvido pela autora.

Em síntese, essa dimensão aborda a cirurgia cardíaca como processo, sendo que as categorias emergem numa sequência cronológica, de acordo com os acontecimentos narrados pelos pacientes. De início, são referidos os sentimentos articulados ao processo de contato com o diagnóstico da doença cardíaca, que remetem a um movimento ambivalente de contato com a realidade por parte sujeitos adoecidos. Tal ambivalência concretiza-se na dificuldade de iniciar o movimento de busca de tratamento. Entretanto, mediante confirmação da seriedade da doença, ratificada pelos relatos de percepção de iminência da morte, os pacientes acabam por submeter-se ao procedimento, ainda que essa decisão seja mediada por conselhos de outras pessoas – marcando a deflagração da construção das redes pessoais em torno do processo cirúrgico.

No marco dessa perspectiva, ser submetido a uma cirurgia cardíaca implica em estar à mercê da equipe e de procedimentos médicos, emergindo narrativas que remetem à sensação de vulnerabilidade e a um movimento de resgate da história dos sujeitos, que conseguem identificar a presença da doença em suas histórias familiares, assim como uma realidade de presença de comorbidades, fatores de risco para a doença cardíaca. Seguindo a realização da cirurgia, a experiência de recuperação e reabilitação é permeada por intercorrências e repercussões emocionais, que sinalizam e ratificam a presença da doença, muito embora os participantes identifiquem aspectos saudáveis, de retorno a atividades vitais e à rotina, após o procedimento.

Mediante esses acontecimentos, com sustentação da rede pessoal construída em torno do momento vivenciado, as narrativas abordam o movimento de enfrentamento do processo cirúrgico, salientando-se as estratégias utilizadas pelos pacientes, em termos de ações tomadas e manejo de emoções, objetivando administrar as situações decorrentes da experiência. Nesse tocante, os participantes referem lançar mão do acionamento de pessoas com as quais se relacionam, gerando um movimento de construção de redes pessoais para o cuidado de si, em que expectativas sobre o que o outro pode oferecer estão presentes. Ressalta-se, nessa direção, que as expectativas de cuidado, por parte dos outros, diante do processo cirúrgico, são marcadas pela demanda de contato afetivo e compreensão. Por fim, em meio à descrição dos momentos vivenciados, emergem significados atribuídos à experiência, que remetem à concepção do processo cirúrgico como uma experiência paradoxal, que implica em várias rupturas para os participantes, ao mesmo tempo em que permite que eles continuem vivendo.

#### 4.2.2 Dimensão II: As relações constituídas em torno do paciente submetido à cirurgia cardíaca

Essa dimensão alude aos aspectos relacionais constituídos em torno do processo da cirurgia cardíaca, caracterizando as configurações das redes significativas estabelecidas, o cuidado oferecido pelos membros das redes pessoais constituídas e os significados atribuídos às referidas redes. Em especial, por meio dessa categoria, são integralizados os dados oriundos das narrativas dos pacientes e da confecção dos mapas de redes, que caracterizam a articulação e a contribuição das redes pessoais significativas, configurando o eixo central em torno do qual se discute o fenômeno sob estudo na tese.

Quadro 5. Quadro Categorical Dimensão II - As relações constituídas em torno do paciente submetido à cirurgia cardíaca

<b>Dimensão II - As relações constituídas em torno do paciente submetido à cirurgia cardíaca</b>		
<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Elementos de análise</b>
Configuração das redes pessoais significativas	Composição	Relações familiares
		Relações de amizade
		Relações comunitárias
		Relações com serviços de saúde
		Relações de trabalho
	Funções desempenhadas	Companhia social
		Apoio emocional
		Guia cognitivo e de conselhos
		Regulação Social
		Ajuda material e de serviços
		Acesso a novos contatos
Caracterização do cuidado oferecido	Pela família	O excesso
		Distanciamento no decorrer do tempo
	Pelos profissionais de saúde	na Unidade Básica de Saúde
		no hospital
		Impressões positivas

		Impressões negativas
Significados atribuídos às redes pessoais significativas	Relativos à família	Dependência
		Esteio
	Relativos aos amigos	Aproximação de outros pacientes
		Sentir-se querido
	Relativos aos profissionais de saúde	Segurança/confiança

Fonte: desenvolvido pela autora.

A presente dimensão apresenta, como característica da rede pessoal do paciente submetido à cirurgia cardíaca, uma ênfase no contexto de relações da família, considerando que, numericamente, foi o quadrante mais mencionado pelos participantes. Sob o ponto de vista qualitativo, as narrativas apresentaram riqueza de nuances na descrição dos vínculos construídos nesse contexto relacional. Destaca-se a presença de sentimentos ambivalentes, gestados em meio às relações familiares. Tais relações, por um lado, suscitam nos participantes a segurança que sustenta os pacientes (tanto afetiva quando instrumentalmente) ao longo do processo cirúrgico; e, por outro, são caracterizadas como fazendo emergir um contexto de dependência, em que os cuidados disponibilizados são considerados excessivos.

A análise sobre as relações no âmbito das amizades, ainda que numericamente em número inferior às anteriormente descritas, revela que os participantes priorizam a qualidade das relações construídas com os amigos e que dispõem dessas relações como fonte de apoio para suas demandas relativas ao processo cirúrgico. Já o quadrante da comunidade é escassamente mencionado pelos participantes. As relações no âmbito dos serviços de saúde denotam, por sua vez, configuração que leva em conta a referência tanto ao contexto hospitalar quanto ao contexto da Atenção Básica, evidenciada pela menção similar, em termos de números de membros da rede, a esses dois contextos. No contexto do trabalho, embora poucos membros tenham sido citados, verifica-se que a história dos vínculos tem importância sobremaneira, uma vez que, embora participantes encontrem-se afastados dos ambientes de trabalho, contam com o apoio de pessoas nesse contexto. Entende-se, assim, que a confiança na história dos vínculos construídos permite que sejam acionados, no contexto da crise representada pelo processo cirúrgico.

Em termos de funções atribuídas aos membros da rede, de forma geral, predominou a referência ao apoio emocional, remetendo à situação de vulnerabilidade emocional em que se encontram os pacientes no período de seis meses a um ano após a cirurgia. Em especial, destaca-se a predominância da menção a essa função no contexto das relações com serviços de saúde. Considera-se, assim, que, frente ao processo cirúrgico, a demanda de ações técnicas e uso de recursos tecnológicos é sobreposta pela solicitação de escuta e acolhimento, de acordo com o olhar dos pacientes.

Com base na caracterização das redes pessoais significativas dos entrevistados, emergiram, com base na análise das narrativas, por fim, os significados atribuídos a elas, remetendo a dependência, esteio, aproximação, acolhimento e segurança. Assim, por meio dessa categoria, evidencia-se a centralidade das relações estabelecidas pelos pacientes submetidos ao processo cirúrgico, no que diz respeito ao acionamento de recursos para o enfrentamento da crise representada pelo adoecimento e pelo tratamento.

#### **4.2.3 Dimensão III: O olhar do médico sobre as redes configuradas em torno do paciente**

A referida dimensão congrega o entendimento de médicos cardiologistas clínicos sobre o processo cirúrgico cardíaco e sobre as redes configuradas em torno de tal processo, em termos de articulação e contribuição dos membros da rede para o enfrentamento. Abordam-se, assim, os cuidados e a assistência ao paciente submetido à cirurgia, funções atribuídas às redes pessoais dos pacientes mediante o processo cirúrgico, bem como funções atribuídas pelo médico, a si mesmo, nesse contexto. Também se referem as práticas de atenção saúde estabelecidas frente às redes configuradas e os significados atribuídos pelos médicos ao processo.



Quadro 6. Quadro Categorical Dimensão III - O olhar do médico sobre as redes configuradas em torno do paciente

<b>Dimensão III - O olhar do médico sobre as redes configuradas em torno do paciente</b>		
Os cuidados e a assistência ao paciente submetido à cirurgia	Caracterização do processo	A progressiva independização dos cuidados
	A assistência institucional	O funcionamento da rede
		Acesso via rede pública e via rede privada
		Os Programas de Reabilitação
Funções atribuídas às redes pessoais significativas do paciente	Família	Apoio emocional
		Acompanhamento
		Cuidados com a saúde física
		Orientações
		Mudanças no estilo de vida
		Policiamento
	Demais membros da rede	A “força” ofertada pelos amigos
		O apoio emocional dos colegas de trabalho
		Os encaminhamentos aos profissionais de saúde por parte da comunidade
Funções atribuídas pelo médico, a si mesmo, na relação com o paciente	Apoio emocional	A configuração do vínculo
		Colocar-se no lugar do paciente
	Guia cognitivo e de conselhos	Oferta de informações
		Desmistificação
		O trabalho técnico

A prática do médico frente às redes configuradas	Características da relação estabelecida com a família do paciente	Consideração da “dinâmica das relações”
		A família como incômodo
	Características da relação estabelecida com os profissionais da equipe de saúde	Acesso mediante complicação do quadro clínico do paciente
		O reconhecimento da necessidade de intervenção de outros profissionais
Significados referentes à cirurgia cardíaca	Mediante o enfrentamento da cirurgia	Os encaminhamentos
		A proximidade da morte
		Cirurgia “transformadora”
		Medo
		Fantasias
	Coração fragilizado	
	Sobre o pós-cirúrgico	Aspectos depressivos
Ter uma vida “normal”		

Essa dimensão aborda o processo cirúrgico e suas reverberações, em termos de relações estabelecidas e de significados emergentes na perspectiva do médico cardiologista clínico. As categorias emergentes da análise permitem constatar que o processo da cirurgia cardíaca é caracterizado como um movimento que inicia pela necessidade da presença de cuidadores, mas que deve levar à gradual independização dos pacientes submetidos ao procedimento. São identificados como participantes do processo de assistência a esses pacientes instituições de saúde, emergindo opiniões sobre diferenças marcadas entre os pacientes tratados em serviços públicos e privados, no tocante a padrões de compreensão da doença e de cuidado com a saúde, bem como de acesso a recursos tecnológicos. Salienta-se, assim, o entendimento de que há diferença sobre o acesso à saúde como bem de consumo, acesso esse subjugado à pertença a determinadas classes sociais.

No que diz respeito às relações estabelecidas em torno dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, os médicos cardiologistas clínicos enfatizam o entendimento da família como eixo instaurador dos cuidados mais práticos. A análise permitiu descrever as relações

estabelecidas pelos profissionais com familiares dos pacientes como uma relação conflituosa e ambivalente, caracterizada pelo contato predominantemente em situações em que complicações clínicas são prementes.

Considerando o entendimento dos cardiologistas clínicos sobre as relações estabelecidas entre pacientes e familiares, mediante o processo cirúrgico, os familiares são enfaticamente concebidos como agentes de “policimento”, sendo considerados como membros que superprotegem os pacientes, restringindo o restabelecimento dos sujeitos adoecidos à sua vida cotidiana. A dinâmica das relações familiares é considerada pelos médicos, na medida em que se apresenta, em suas narrativas, a concepção sobre a flexibilidade de papéis e funções assumidos pelos membros familiares, dependendo da situação vivenciada.

Além da família, as relações estabelecidas pelos pacientes com membros de outros contextos relacionais (amizades, trabalho e comunidade) são citadas apenas de forma pontual pelos médicos, não sendo majoritariamente reconhecidos como potenciais membros a contribuir com a reabilitação do paciente mediante o processo cirúrgico. Há o reconhecimento da necessidade de intervenção dos demais profissionais de saúde, no sentido de oferecer um tratamento completo ao paciente. Entretanto, os cardiologistas clínicos não se reconhecem como articuladores do cuidado em equipe, como mediadores das relações multiprofissionais, sendo o contato deles com os demais profissionais realizado por meio de encaminhamentos que, em geral, prescindem de contato pessoal e interação dialógica.

Com relação à concepção dos cardiologistas clínicos sobre as relações estabelecidas por eles com os pacientes, cumpre salientar o reconhecimento dos laços afetivos estabelecidos como importantes elementos instauradores da segurança do paciente para seguir o tratamento e a reabilitação. De forma paradoxal, as narrativas dos médicos também trazem com destaque a função assumida por eles, no que diz respeito ao tratamento dos pacientes, como portadores de informações, caracterizando uma responsabilidade preponderantemente prescritiva de atitudes e comportamentos compatíveis com o tratamento médico.

Em meio aos tensionamentos das relações, emergem os significados atribuídos ao processo da cirurgia cardíaca pelos médicos, que reconhecem aspectos de fragilização física e emocional dos pacientes submetidos a tal realidade. Evidencia-se, assim, nas narrativas dos médicos, uma perspectiva de reconhecimento das dificuldades

vivenciadas pelos pacientes, muito embora essas repercussões não sejam sempre validadas pelos profissionais, por meio das conversações e relações estabelecidas com o paciente.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo aborda os resultados e a discussão da pesquisa que sustenta a presente tese, sob formato de três artigos, seguindo os padrões de publicação em revistas científicas. Tais artigos serão apresentados no formato de “resumos estendidos”, objetivando não incorrer em duplicidade de publicação, uma vez que os trabalhos serão submetidos para avaliação em periódicos científicos. A opção pela apresentação da tese em tal formato objetiva sistematizar a produção do trabalho, de forma a ir ao encontro dos parâmetros de divulgação do conhecimento científico vigentes, agilizando, assim, o processo de compartilhamento do conhecimento com a comunidade científica. Cada estudo apresentado a seguir responde a um objetivo específico da tese, buscando responder ao fenômeno central, em torno do qual foram nucleados os dados.

O primeiro estudo, intitulado “O enfrentamento do processo cirúrgico cardíaco no contexto das redes pessoais significativas”, teve como objetivo compreender o enfrentamento do processo cirúrgico por pacientes submetidos à cirurgia, no contexto das suas redes pessoais significativas. As categorias e unidades de análise que compõem esse trabalho referem-se à Dimensão I, “Contextualizando o Processo Cirúrgico”, respondendo ao objetivo específico de “entender a configuração das redes pessoais significativas no processo de enfrentamento da cirurgia, na perspectiva dos pacientes pós-cirúrgicos”.

Na sequência, o estudo “A rede pessoal significativa de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca” objetivou compreender a dinâmica relacional das redes pessoais significativas de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, na perspectiva de pacientes pós-cirúrgicos. Foi conformado com base na Dimensão II, “As relações constituídas em torno do paciente submetido à cirurgia cardíaca”, indo na direção de responder ao objetivo específico “Identificar a funções desempenhadas e atributos dos vínculos das redes pessoais significativas no processo de enfrentamento da cirurgia cardíaca, na perspectiva dos pacientes pós-cirúrgicos”.

O estudo “A rede pessoal significativa do paciente submetido à cirurgia cardíaca na perspectiva de cardiologistas clínicos”, por sua vez, teve como objetivo compreender o entendimento do médico cardiologista clínico sobre a rede pessoal significativa configurada em torno do paciente submetido ao processo cirúrgico cardíaco. A sua construção foi norteada pelo objetivo específico da tese, de “descrever o entendimento das funções desempenhadas, pela rede pessoal significativa dos pacientes

na situação pós-cirúrgica, na perspectiva dos médicos”. As categorias que sustentam a discussão desse estudo trazem um recorte da Dimensão III, nomeada “O olhar do médico sobre as redes configuradas em torno do paciente”.

Os artigos, descritos nos resumos estendidos a seguir, abordam as dimensões descritas no capítulo de apresentação de resultados, e que atendem ao objetivo geral do estudo, sustentando o fenômeno-objeto da tese. Cumpre ressaltar que as dimensões trazem uma grande diversidade de dados, que vão além do objetivo geral do trabalho e que serão abordados oportunamente, na construção de outros artigos.

## 5.1 ARTIGO 1 O ENFRENTAMENTO DO PROCESSO CIRÚRGICO CARDÍACO NO CONTEXTO DAS REDES PESSOAIS SIGNIFICATIVAS

O processo cirúrgico cardíaco é um fenômeno complexo, que envolve o acionamento das redes pessoais dos sujeitos submetidos à cirurgia, na direção de possibilitar estratégias de enfrentamento efetivas. O ato cirúrgico constitui-se como um marco significativo, em termos da vivência da doença crônica, que requer uma série de adaptações na vida do sujeito. É entendido como um estressor no ciclo vital, pois percebe-se que a cadeia de acontecimentos envolvida afeta o sujeito e a sua família nas mais diferentes intensidades, repercutindo na reorganização e reconfiguração das relações.

Para melhor compreender as formas como os pacientes submetidos ao procedimento manejam o referido processo, é possível lançar mão de estudos sobre enfrentamento ou *coping*, conceituado como esforços cognitivos e comportamentais que os sujeitos usam para o manejo de situações geradoras de estresse, cujas demandas superam os recursos pessoais existentes. No campo da cirurgia cardíaca, o *coping* é considerado elemento mediador para a recuperação pós-cirúrgica. Verifica-se, na literatura sobre *coping*, de forma geral, e sobre *coping* no cenário da cirurgia cardíaca, ênfase no componente relacional. Dentre as estratégias categorizadas pela literatura, há referência ao *coping* focalizado nas relações interpessoais, caracterizado como a busca de apoio, pelo sujeito, nas pessoas com as quais se relaciona, no sentido de resolver a situação causadora de stress.

Diante dessa constatação e do reconhecimento da dimensão interpessoal nos estudos de *coping*, o presente estudo aborda a especificidade das funções exercidas pelas redes pessoais, que se constroem com base na história e dos atributos dos vínculos do sujeito submetido ao processo cirúrgico cardíaco, utilizando-se do conceito de “rede pessoal significativa”. Tal conceito é definido por Sluzki (1997) como o conjunto de relações que o sujeito diferencia das demais, a que confere determinada importância, segundo o seu entendimento. Em termos de funções a serem atribuídas aos membros da rede pessoal, destacam-se a companhia social (realização de atividades em conjunto ou estar junto), apoio emocional (atitude emocional positiva), ajuda material e de serviços (colaboração específica com base em conhecimento de especialistas ou ajuda instrumental), guia cognitivo e de conselhos (compartilhamento de informações e oferta de modelos de papéis), regulação social (reafirmação de responsabilidades e neutralização de

desvios de comportamento) e acesso a novos contatos (abertura de novas conexões com pessoas da rede).

Com ancoragem no reconhecimento dos aspectos qualitativos e relacionais da referida experiência de enfrentamento, este estudo, de natureza qualitativa, tem como objetivo compreender o enfrentamento do processo cirúrgico por pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio no contexto das suas redes pessoais significativas. Doze pacientes pós-cirúrgicos, referenciados por um hospital especializado em cardiologia no Sul do Brasil, participaram do estudo, por meio da realização de entrevistas individuais semiestruturadas e da construção do Mapa de Redes. O roteiro de entrevista semiestruturada teve como base os seguintes eixos norteadores: história do adoecimento; indicação para a cirurgia e pessoas presentes no momento da indicação; preparação para o enfrentamento da cirurgia; vida após a cirurgia; dificuldades enfrentadas após a submissão ao procedimento; pessoas presentes na vida do paciente, no processo de enfrentamento das dificuldades; funções assumidas pelas pessoas presentes na vida do paciente mediante o enfrentamento de dificuldades; cuidados oferecidos pela equipe de saúde no processo da cirurgia.

O Mapa de Redes, construído em conjunto pelo pesquisador e pesquisado trata-se de um diagrama composto por três círculos concêntricos, divididos em quatro quadrantes, para caracterizar graficamente a rede pessoal significativa dos participantes. O sujeito pesquisado é representado pelo círculo central, e os membros de sua rede pessoal devem ser localizados em termos do quadrante em que se encontram e do grau de compromisso e intimidade em relação a si mesmo, designando as funções desses membros da rede, em termos do enfrentamento do processo cirúrgico cardíaco. A cada membro da rede o participante atribui uma ou mais funções de acordo com a experiência vivenciada.

O material, tanto das entrevistas, quanto dos mapas foi integrado, em termos de análise, conforme os preceitos da Teoria Fundamentada (*Grounded Theory*), com o auxílio do *software* Atlas-ti 5.0. A presente investigação foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Com Seres Humanos (CEP) da instituição proponente da pesquisa.

Participaram desta pesquisa sete homens e cinco mulheres, com idades que variaram entre 54 e 79 anos. O tempo decorrido após a cirurgia variou de cinco meses e 13 dias a um ano e um mês, sendo que nenhum participante participou ou estava participando em Programa de Reabilitação Cardiovascular na ocasião da entrevista.



A categoria **“A cirurgia como evento estressor no ciclo vital”** contempla elementos referentes a vivências e sentimentos presentes mediante a notícia da necessidade de realização da cirurgia cardíaca. Tais vivências podem ser caracterizadas, com base nas narrativas dos entrevistados, como algo assustador, revelando o impacto emocional expressivo vivenciado pelos participantes, quando questionados sobre a reação que tiveram diante da notícia da necessidade da cirurgia. Os dados do presente estudo trazem à tona, entretanto, que apesar da “surpresa” mediante a constatação do quadro de saúde, os pacientes entrevistados entenderam que a cirurgia era a única saída da situação. Nessa circunstância, a aceitação do processo é frequentemente mediada pela presença de uma segunda pessoa, familiar a ele, que acolhe e incentiva o paciente. Os participantes identificam que a presença dessa pessoa “mediadora” é marcada pelo desempenho da função de guia cognitivo e de conselhos, ressaltando o impacto das pessoas com as quais os participantes tinham maior compromisso relacional em termos de vinculação afetiva (nesse caso, membros da família), no processo de aceitação do procedimento cirúrgico.

A categoria **“As intercorrências no pós-cirúrgico”** congrega elementos que concernem ao enfrentamento de mudanças no curso do processo cirúrgico, vivenciadas após a realização da cirurgia. Remete a eventos que não eram esperados, sob a perspectiva dos pacientes, nomeadamente a necessidade de outras intervenções médicas e a presença de dores. A necessidade de realização de outros procedimentos foi referida mediante a infecção do corte necessário para a realização da safenectomia (retirada da veia safena da perna para servir como a “ponte” que foi utilizada para desviar o fluxo de sangue da região “morta” do músculo cardíaco) e de uma nova incidência de infarto. Nesse contexto, a vivência da sensação de vulnerabilidade e de fragilização apresenta-se de forma consistente na experiência dos pacientes submetidos à cirurgia, na medida em que faz com que se deparem com a possibilidade de finitude. Além disso, mesmo após seis meses ou mais da realização do procedimento, os participantes referiram sentir dor, atribuída, por alguns, às feridas cirúrgicas, e por outros, à continuidade da doença.

A terceira categoria, nomeada **“Repercussões da cirurgia”**, discute o enfrentamento de alterações na vida dos participantes submetidos à cirurgia, no que concerne ao retorno às atividades e à mudança de hábitos, vivências que são marcadas pelo medo de recorrência dos sintomas. Os resultados destacam que, no período recente que sucede a cirurgia, houve restrições quanto ao desempenho de

atividades que envolveram esforço físico. Nesse sentido, os dados permitem constatar que, apesar da tentativa de retomada das atividades, após a cirurgia, há mudanças evidentes na rotina. Tais mudanças referem-se tanto às limitações sentidas, em termos de desempenho físico, como também à demanda da alteração de hábitos de vida. Ressaltou-se a necessidade, atribuída pelos participantes, de incorporação de novos hábitos e rotinas, na direção de atuação frente aos fatores de risco para a doença cardíaca, que nem sempre são engendrados com facilidade no contexto de vida dos sujeitos. Ainda, salienta-se a referência ao medo de a doença emergir novamente, evidenciando que o processo cirúrgico marca a vida dos sujeitos, apresentando a eles a possibilidade de finitude, mediante a fragilidade do corpo e da saúde.

As **“Estratégias de enfrentamento: adotadas e sugeridas”**, que configuram a quarta categoria, discutem tanto as ações adotadas pelos participantes, quanto as que aconselham a outros pacientes que estejam na mesma situação, na direção de melhor gerenciar o processo da cirurgia cardíaca. Das estratégias adotadas pelos entrevistados, destacaram-se “obter informações sobre os processos”, “ter fé e confiança nos médicos”, “espiritualidade” e “evitar entrar em contato com a realidade”.

A obtenção de informações foi referida como uma estratégia utilizada de várias formas e em vários contextos, seja através da leitura de materiais disponibilizados pelo hospital ou na *internet*, através do questionamento a membros da equipe sobre o procedimento. Essa estratégia é evidenciada por meio da menção da função de guia cognitivo e de conselhos. Outra estratégia referida pelos entrevistados foi a evitação, o buscar “não pensar” sobre o procedimento ou “manter-se ocupado” com outras atividades. Além dessas estratégias, outras configuraram-se tendo por referência a função de apoio emocional, envoltas na crença de que a aptidão do cirurgião ou a mediação divina atuariam no sentido de prover um bom resultado para o procedimento. É digno de atenção que o uso das referidas estratégias, no âmbito do presente estudo, traz subjacente o reconhecimento da impossibilidade de controlar a situação, sendo atribuído a outro(s) o poder de gerenciar o sucesso ou o fracasso do procedimento. Tais dados refletem a importância do componente afetivo nas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes mediante o processo cirúrgico.

Quanto às estratégias sugeridas pelos participantes, por sua vez, destacou-se a menção à “adoção de uma postura positiva”, ao “seguimento das recomendações médicas” e à “adoção de hábitos de vida saudáveis”. Esses aspectos foram referenciados, por meio da construção

do Mapa de Redes, diante da menção das funções de guia cognitivo e de conselhos e de regulação social.

A última categoria descrita, intitulada **“Expectativas sobre o cuidado do outro”** emergiu mediante a compreensão de que o processo cirúrgico cardíaco é uma experiência que demanda o acionamento da rede pessoal significativa do paciente que a ela se submete, congregando as expectativas dos participantes frente aos cuidados prestados. Essa categoria abarca, dessa maneira, as demandas dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, em termos da presença e ajuda de outras pessoas, em relação ao processo de recuperação e reabilitação pós-cirúrgicos. Os dados coletados salientam como componentes necessários do cuidado ofertado após a cirurgia: “ter paciência” e “oferecer atenção”, trazendo à tona a necessidade sentida de sentir-se acolhido e apoiado emocionalmente, ratificando-se a demanda de apoio emocional, principalmente diante da situação de vulnerabilidade vivenciada logo após a cirurgia, mediante a fragilização do corpo.

Além disso, os participantes referiram labilidade de humor significativa, após a realização da cirurgia, de forma a engendrar situações em que se relacionam com as pessoas de seu entorno de forma irritadiça e com animosidade. Manifestaram, nesse contexto, pesar e necessidade de compreensão, por parte das pessoas que os acompanhavam, das razões por agirem dessa forma, esperando que seus acompanhantes compreendessem a situação atípica de vulnerabilidade e impotência em que foram colocados, mediante a cirurgia. Sob esse ponto de vista, a “oferta de atenção” foi referida com base na expectativa de uma postura compreensiva e afetuosa por parte dos acompanhantes.

Em termos de considerações finais, no que diz respeito ao objetivo deste estudo, constata-se que a cirurgia cardíaca se constitui como um processo complexo, que afeta diretamente o fluxo dos estágios de desenvolvimento individual e familiar dos sujeitos a ela submetidos. Por meio deste entendimento, o estudo oferece subsídios para o planejamento de ações que fortaleçam a utilização de estratégias de enfrentamento sustentadas pela reflexão sobre a singularidade da dinâmica relacional de cada sujeito e a cada contexto que permeia os diferentes momentos do processo cirúrgico cardíaco. Considera-se que os dados obtidos, por meio de uma análise dinâmica e relacional sobre o enfrentamento, potencializam o protagonismo do paciente e dos atores que constituem a sua rede pessoal, em termos do engendramento de estratégias efetivas face ao processo cirúrgico cardíaco.

Palavras-chave: Redes pessoais significativas; Cardiologia; Cirurgia; Enfrentamento

## **5.2 ARTIGO 2 A REDE PESSOAL SIGNIFICATIVA DE PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA**

No âmbito da cardiologia, a Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM) pode ser entendida como processo que repercute no ciclo de desenvolvimento individual e familiar. Abarca acontecimentos temporalmente sequenciais, porém não lineares, que, consoante à perspectiva do Pensamento Complexo, devem ser compreendidos em sua realidade multifacetada, multifatorial e complexa, em torno dos quais aspectos fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais afetam-se recursivamente. Considera-se que a cirurgia cardíaca é uma intervenção que resulta em trauma fisiológico significativo, configurando-se em alternativa para tratamento da Doença Arterial Coronariana (DAC), cujo caráter de cronicidade impõe tratamento contínuo. Desse modo, tendo em vista a referida característica de cronicidade, o processo de tratamento em relação à patologia cardíaca não se encerra após a realização da cirurgia. Após a alta hospitalar, o paciente retorna para o seu cotidiano, deparando-se com dificuldades e limitações no âmbito da saúde física e mental, uma vez que deve adotar hábitos que contemplem melhores condições para a continuidade de sua trajetória de vida.

Nesse cenário, com base nos estudos encontrados sobre a temática, no contexto da cirurgia cardíaca, entende-se que a rede pessoal estabelecida pelos pacientes tem um impacto expressivo nas suas condições de saúde e, por conseguinte, no manejo da experiência de cirurgia. Os estudos encontrados sobre as relações pessoais estabelecidas pelas pessoas submetidas à cirurgia indicam que o funcionamento da rede pessoal significativa se apresenta como um processo complexo, cuja compreensão demanda uma perspectiva de estudo dinâmica e relacional. Neste estudo, entende-se por “rede pessoal significativa” o nicho interpessoal da pessoa, a soma de todas as relações que o sujeito distingue e define como significativas, em seu contexto relacional maior. A rede pessoal significativa de uma pessoa pode ser composta por membros oriundos dos contextos da família, das amizades, colegas de trabalho e estudo e da comunidade, incluindo, no contexto da comunidade, sistemas de saúde e agências sociais. As redes pessoais significativas podem ser analisadas, também, em termos de características estruturais, funções desempenhadas pelos membros e atributos dos vínculos estabelecidos entre os seus membros.

As características estruturais da rede compreendem as propriedades da rede como um todo, podendo ser descritas em termos de tamanho (número de membros), densidade (conexão entre os membros),

composição (distribuição na rede), dispersão (acessibilidade) e homogeneidade ou heterogeneidade demográfica e sociocultural. Já as funções da rede compreendem a caracterização do tipo de intercâmbio interpessoal e são categorizadas como companhia social (estar junto), apoio emocional (apoiar, compreender, ser empático), guia cognitivo e de conselhos (compartilhar informações pessoais e proporcionar modelos de papéis), regulação social (reafirmar responsabilidades, neutralizar desvios de comportamentos), ajuda material e de serviços (colaborar de forma específica, com base em conhecimentos de especialistas ou ajudar financeiramente ou de forma instrumental) e acesso a novos contatos (Sluzki, 1997).

No marco dessas definições, este estudo qualitativo teve como objetivo compreender a dinâmica relacional das redes pessoais significativas de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, na perspectiva de pacientes pós-cirúrgicos. Sustenta-se, por meio dessa proposta, que o acesso a recursos da rede pessoal significativa do sujeito pode instrumentalizar os profissionais e pesquisadores a compreenderem os cenários com os quais trabalham, configurando-se como um meio de planejamento de intervenções de promoção de saúde no contexto hospitalar e da comunidade em geral.

Participaram da pesquisa 12 pacientes pós-cirúrgicos, submetidos à CRM, usuários de um hospital especializado em cardiologia, no sul do Brasil. As idades dos participantes variaram entre 54 e 79 anos, com tempo de pós-operatório que variou de cinco meses e 13 dias a um ano e um mês, participando do estudo sete homens e cinco mulheres. Quanto à situação conjugal, cinco participantes referiram ter uma relação estável. Quatro participantes eram viúvos, sendo que dois desses viviam com os filhos e dois moravam sozinhos. Um participante era separado e morava com o neto. O participante que relatou ser solteiro morava com o irmão, e o participante que relatou ser divorciado residia sozinho. Cabe ressaltar que nenhum dos entrevistados havia participado ou estava participando de programas institucionais de reabilitação cardiovascular.

Como instrumentos, foi utilizado um roteiro de entrevista, que ofereceu subsídios para a construção do Mapa de Redes (Sluzki, 1997). Tal instrumento foi utilizado, seguindo temporalmente a realização da entrevista, para caracterizar graficamente a rede pessoal significativa dos participantes, aprofundando conteúdos relacionados à rede pessoal nomeada por eles. O instrumento é composto por três círculos concêntricos, divididos em quatro quadrantes, nos quais se visualiza objetivamente a caracterização da potencial rede pessoal significativa do

paciente em relações de amizade, família, trabalho e estudos e comunidade. Graficamente, o sujeito pesquisado é representado pelo círculo central, e os membros de sua rede pessoal devem ser localizados em termos do quadrante em que se encontram e do grau de compromisso e intimidade em relação a si mesmo. Tendo em vista que, no contexto da comunidade, a presente pesquisa teve como foco os serviços de saúde, tal item foi incluído no Diagrama e subdividido em dois contextos de atenção à saúde – hospitalar e da Atenção Básica. O processo de organização e análise dos dados baseou-se nos preceitos da Teoria Fundamentada (*Grounded Theory*), facilitado por meio do uso do *software* Atlas-ti. A presente investigação foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Com Seres Humanos (CEP) da instituição proponente da pesquisa. Com base na análise, os dados foram nucleados em cinco categorias, no sentido de compreender o fenômeno central sob estudo, sendo elas nomeadas de acordo com cada quadrante do Mapa, a saber: (a) Relações no contexto da família; (b) Relações de amizade; (c) Relações no contexto da comunidade e; (d) Relações no contexto do trabalho.

Antes de passar para a discussão das categorias específicas, uma leitura geral das informações contidas nos Mapas permite inferir que preponderaram redes de tamanho grande (de mais de 10 integrantes), enquanto redes médias (de oito a 10 integrantes) foram as menos presentes. No marco dessa configuração geral das redes, levando em conta as narrativas de todos os participantes, passa-se, em continuação, a apresentar as peculiaridades da dinâmica relacional das redes, ancorada no instrumento Mapa de Redes, em que se analisa a especificidade do compromisso relacional, com subsídio na análise dos vínculos construídos, em quatro contextos diferentes, com base nos quais são nomeadas as categorias que seguem.

A primeira categoria, “**Relações no contexto da família**” traz à tona a dinâmica dos vínculos estabelecida com base no compromisso relacional construído pelos participantes com os membros de sua rede pessoal significativa, no contexto da família, compreendendo pessoas com diferentes tipos de relações estabelecidas com os participantes, bem como funções exercidas na situação vivenciada. A família, no âmbito geral do Mapa de Redes, é o grupo citado com maior ênfase pelos participantes, seja quantitativamente (em termos de números de membros citados e de distribuição nos diferentes níveis de proximidade), seja qualitativamente (em termos de destaque nas narrativas).

No sentido de melhor compreender o sentido da família para os participantes, cumpre ressaltar que a ela foram atribuídas a função de

apoio emocional, bem como de ajuda material e de serviços, para o desempenho das tarefas do cotidiano. Em contrapartida, alguns membros da família podem exercer funções com efeito contraproducente para a reabilitação do paciente, na medida em que apresentam uma atitude de tolhimento, impedindo que o sujeito retome as suas atividades e tarefas. Evidencia-se que ser familiar de um paciente submetido à cirurgia cardíaca é uma posição desafiadora em termos de dinâmica relacional, uma vez que envolve noções de controle, conhecimento e poder sobre o outro, por um lado; e de respeito à autonomia, por outro. Nesse sentido, percebe-se que a análise das funções atribuídas aos membros da rede, bem como de suas características estruturais, permite visualizar como a dinâmica relacional estabelecida, em termos de diferentes níveis de compromisso relacional, oculta e apresenta dilemas construídos nas relações dos pacientes com os membros da sua rede, mediante a demanda de adoção de um estilo de vida compatível com os cuidados de saúde frente ao problema cardíaco.

A categoria **“Relações de amizade”** congrega o conjunto das relações de amizade estabelecidas pelos participantes da pesquisa, com base nos diferentes níveis de compromisso relacional, identificando funções desempenhadas pelos amigos ao longo do processo pós-operatório. Aponta que, em termos comparativos, no que concerne ao número de membros nos diferentes contextos da rede pessoal, as relações de amizade aparecem em segundo lugar, sendo a função predominante o apoio emocional. As discussões tecidas no estudo remetem ao fato que as relações de amizade podem ser invisibilizadas pela própria dinâmica do processo cirúrgico, nos contextos de atenção à saúde, destacando que tais relações podem ser utilizadas como aliadas estratégicas no planejamento de intervenções em saúde.

No tocante às **“Relações no contexto da comunidade”**, em termos de tamanho das redes, os dados revelam escassa referência a membros no contexto da comunidade, sendo que seis participantes mencionaram não haver ninguém nesse contexto como membro de sua rede pessoal significativa. No que diz respeito aos cenários de saúde pelos quais transitaram os participantes, os números de integrantes citados no âmbito da atenção hospitalar e da atenção básica foram similares. Além disso, cumpre ressaltar que os atores mencionados nesse contexto foram médicos, enfermeiros e psicólogo. A centralidade do médico nos serviços de atenção à saúde em cardiologia é referenciada pelos participantes do presente estudo, uma vez que foi o profissional mais citado por eles. Cumpre ressaltar a importância da função de apoio emocional nesse contexto, atribuída de forma predominante, pelos participantes, aos



profissionais de saúde de suas redes, visibilizando que, para além de suas habilidades técnicas e instrumentais, são fundamentalmente valorizados por suas competências relacionais e pelo vínculo construído com o sujeito adoecido.

Na última categoria, “**Relações no contexto do trabalho**”, os dados emergentes retratam escassa referência a membros da rede pessoal significativa no contexto laboral. Como recurso para compreender esse panorama, cumpre mencionar que, dos 12 entrevistados, seis não estavam desempenhando atividades laborais na ocasião da entrevista, em razão do processo cirúrgico em si ou da fase do ciclo vital vivenciada pelos participantes (dois estavam aposentados por tempo de serviço). A dificuldade no cenário da vida profissional após a cirurgia é uma realidade corroborada por outros estudos, segundo os quais restrições em relação ao exercício de atividades laborais e de trabalho após a cirurgia cardíaca acarretam repercussões emocionais e financeiras para os pacientes. Mesmo diante dessas dificuldades, pode-se constatar que os integrantes das redes pessoais dos participantes, no contexto do trabalho, desempenhavam importantes funções de apoio emocional, ajuda material e companhia social. Assim, ainda que existam poucos membros no contexto de trabalho da rede pessoal significativa dos participantes, evidencia-se que as relações estabelecidas no contexto de trabalho configuram recursos potenciais a serem ativados na situação de crise representada pelo processo cirúrgico.

Com base na discussão das categorias, os dados emergentes do presente trabalho referendam que, frente às demandas geradas pelo processo cirúrgico, a sua rede de relações estrutura-se em torno da função de apoio emocional. Sob esse prisma, é atribuída importante carga valorativa aos aspectos afetivos em torno dos quais acontece o processo de vinculação no contexto das relações familiares, comunitárias, laborais e de amizade, no universo relacional dos entrevistados. Cabe salientar que as discussões empreendidas avançam na produção do conhecimento, já que permitem a visibilização de especificidades estruturais da rede pessoal dos participantes e funções assumidas por seus membros, por meio da análise do compromisso relacional afetivo. Nesse sentido, em termos de conteúdo, as reflexões construídas nesse trabalho configuram-se como ampliação e complementação aos estudos previamente existentes sobre as relações construídas em torno do paciente submetido à cirurgia cardíaca, abordando a temática desde uma perspectiva compreensiva, trazendo à tona atores geralmente invisibilizados em processos de atenção à saúde e apontando a existência de corresponsáveis pelo cuidado. Tais

dados remetem à relevância da configuração de alianças entre as diversas pessoas presentes no processo cirúrgico cardíaco, como base para a construção de ações de cuidado, com vistas ao protagonismo dos pacientes.

Palavras-chave: Redes pessoais significativas; Cardiologia; Cirurgia; Enfrentamento.

### **5.3 ARTIGO 3 A REDE PESSOAL SIGNIFICATIVA DO PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA CARDÍACA NA PERSPECTIVA DE CARDIOLOGISTAS CLÍNICOS**

A Psicologia, como área de saber-fazer atuante no contexto da saúde, propõe um olhar integrado sobre o sujeito que adocece, considerando aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Concebe os fenômenos que envolvem o binômio saúde-doença como pertinentes a um contexto dinâmico, multifatorial, multifacetado e complexo, cujo curso envolve um processo recursivo, no qual está em jogo a atuação de um conjunto de atores: doente, família, amigos, comunidade, colegas de trabalho e estudo e profissionais de saúde, que potencialmente configuram a rede pessoal significativa do paciente. No marco dessa caracterização, a área da cardiologia, como especialidade da medicina, balizada por uma perspectiva biomédica sobre o processo saúde-doença, caracteriza-se por práticas de cuidado que impescindem da utilização de avançados recursos tecnológicos, tais como exames diagnósticos e intervenções invasivas, as “tecnologias duras” de cuidado.

Paralelamente, e de forma a contrapor essa perspectiva, o entendimento do processo saúde-doença e das ações de atenção em saúde atuais propõe um olhar integrado sobre o sujeito, em que se problematiza a concepção objetiva de saúde e de doença e se busca entender o adoecimento e a saúde como produções ancoradas em contextos sociais, econômicos, políticos e religiosos específicos. Essa compreensão, preconizada pelo princípio da Integralidade, diretriz do Sistema Único de Saúde brasileiro, valoriza o acolhimento dos diferentes modelos explanatórios sobre a saúde e a doença, fomentando o diálogo entre saberes formais e não formais. Nessa perspectiva, são enfatizadas as “tecnologias leves” de cuidado, tecnologias relacionais para a produção de cuidado em saúde, nomeadamente o vínculo, a escuta, a responsabilização.

No marco desses dois posicionamentos antagonônicos sob os quais se assentam os cuidados em saúde, entende-se que médicos especialistas, como os cardiologistas, trabalham em um contexto paradoxal, no qual lhes é exigido conhecimento técnico sobre a fisiopatologia de órgãos específicos, ao mesmo tempo em que se demanda um olhar ampliado sobre o sujeito adoecido que busca atenção médica. O presente estudo pretende lançar luz sobre tal “olhar ampliado”, propondo investigar o entendimento de médicos cardiologistas sobre a rede pessoal significativa constituída em torno do paciente submetido à cirurgia cardíaca,

reconhecendo o expressivo impacto da relação médico-paciente no campo dos tratamentos em saúde.

Assim, este estudo qualitativo teve como objetivo compreender o entendimento do médico cardiologista clínico sobre a rede pessoal significativa configurada em torno do paciente submetido ao processo cirúrgico cardíaco. Teve como participantes 12 médicos cardiologistas clínicos atuantes em uma cidade de grande porte do Sul do Brasil. O número de entrevistados foi definido com base em critérios de saturação dos dados. A forma de seleção dos participantes denominou-se “bola de neve” (*snowball sampling*) e teve como pressuposto que o foco do pesquisador, para cumprir os objetivos da pesquisa, está na experiência do entrevistado, independentemente da instituição em que ele atue. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais, com base em um roteiro de perguntas previamente estabelecido, norteado pelo objetivo da presente pesquisa. Os temas-guia que circunscreveram as perguntas da entrevista foram: a experiência do médico como cardiologista clínico no contexto de atenção ao paciente, na situação da cirurgia cardíaca; pessoas que acompanham o paciente no processo da cirurgia cardíaca; funções assumidas pelas pessoas que acompanham o paciente submetido à cirurgia cardíaca; benefícios e dificuldades dos médicos na prática clínica, mediante contato com os membros da rede pessoal significativa do paciente ao longo do processo de tratamento; acompanhamento do paciente por meio do trabalho em equipe multiprofissional.

No sentido de alinhar a perspectiva do entrevistado com a proposta da pesquisa, antes da realização das entrevistas, o pesquisador apresentou aos participantes o instrumento Mapa de Redes (Sluzki, 1997). Por meio dessa apresentação, explicitava-se o entendimento da pesquisa sobre o que compõe uma rede pessoal, enfatizando que os quatro contextos pertinentes ao instrumento (Família, Amigos, Comunidade e Trabalho/Estudo) poderiam ser abordados pelos participantes ao longo da entrevista. A organização e análise dos dados foi baseada na Teoria Fundamentada (*Grounded Theory*), com o auxílio do *software* Atlas-ti (5.0), de forma a facilitar o processo de leitura e sistematização das informações advindas das entrevistas. A presente investigação foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Com Seres Humanos (CEP) da instituição proponente da pesquisa.

As idades dos entrevistados variaram entre 39 e 67 anos, com média de idade de 50 anos. Dos 12 participantes, oito eram do sexo masculino. Quanto ao tempo de atuação profissional, as trajetórias variam de 11 a 40 anos de experiência, sendo que todos os participantes tinham uma trajetória profissional que inclui a atuação no âmbito hospitalar, em

conjunto com o atendimento clínico em consultório. Por meio da análise, os dados que sustentaram o presente artigo foram integrados em seis categorias.

A categoria **“Funções atribuídas à família do paciente”** evidencia o entendimento dos médicos sobre as funções desempenhadas pela família do paciente, no contexto da cirurgia cardíaca. Os membros da família foram as pessoas mais mencionadas, quando comparados aos demais contextos de relações, como exercendo funções de apoio, mediante a situação da cirurgia cardíaca. Como funções atribuídas pelos médicos cardiologistas aos membros da família do paciente, mediante o processo cirúrgico, destacaram-se o acompanhamento, os cuidados com a saúde física, o apoio emocional, a oferta de orientações, as mudanças no estilo de vida e o policiamento.

Observa-se o entendimento de que a família acompanha e apoia a recuperação e reabilitação do paciente, já que vivencia os processos de forma próxima, inclusive tomando para si responsabilidades de escolhas e hábitos a serem exercidos pelo paciente. No que concerne à adoção de um estilo de vida compatível com a manutenção da saúde cardiovascular, as narrativas dos médicos apontam que as exigências, por parte dos familiares, acerca dos padrões de comportamentos e hábitos dos pacientes, podem acarretar em conflitos. Emerge, dessa forma, a perspectiva de que a família atua no “policiamento” do paciente, apontando a ele a necessidade de alteração de hábitos e rotinas de vida. Assim, para os médicos entrevistados, a família pode culminar por proibir o paciente de tomar algumas iniciativas importantes para a sua reabilitação, para o retorno à rotina de vida, atuando de forma tolhedora, e, com isso, “boicotando” a recuperação e a reabilitação do paciente. Além desses aspectos, os médicos apontaram que a família também desempenha importante função de sustentação emocional, diante do processo cirúrgico cardíaco.

Como **“Funções atribuídas aos demais membros da rede pessoal do paciente”**, destaca-se a escassa menção a cenários de relações do paciente que não se referem à família. Ainda que pouco enfatizados, aos amigos foi atribuída a função de “dar força”, mediante a oferta de apoio emocional e de conselhos. Com relação ao contexto laboral, verifica-se que os participantes atribuem ao trabalho um papel importante em termos de sinalização de saúde física e psíquica dos pacientes. Por sua vez, ao contexto da comunidade foi atribuída a função de encaminhamento dos pacientes, mediante evidências de sinais ou sintomas da doença.

A categoria **“A prática médica e o apoio emocional ao paciente”** abarca a perspectiva do médico acerca de sua função como apoio emocional ao paciente. Os depoimentos com base nos quais essa categoria foi construída enfatizam a concepção de que os médicos cardiologistas se consideram figuras centrais no tratamento do paciente, não apenas em razão dos aspectos instrumentais envolvidos em suas práticas, mas também em razão dos aspectos relacionais e afetivos. Evidencia-se o entendimento de que a figura do médico traz “segurança” para o paciente e sua família, com base no estabelecimento de uma relação de “confiança”.

Somado a isso, outro elemento considerado pelos entrevistados refere-se a um pressuposto concebido para a construção de uma relação entre médico e paciente, a saber, a presença de empatia, a existência de uma postura, por parte do médico, de “se colocar no lugar do paciente”, permitindo dialogar com ele e se aproximar da singularidade dos significados atribuídos à experiência. Cumpre ressaltar que, ao mesmo tempo em que os profissionais entrevistados referem a importância da empatia no estabelecimento da relação com os pacientes, também apontam a “técnica” e a “neutralidade médica” como pedras angulares da profissão.

A categoria **“A prática médica e a função de guia cognitivo e de conselhos”** reúne elementos que remetem ao médico como depositário do compartilhamento de informações pessoais e modelo de papéis, em relação aos pacientes. Observa-se, por meio dessa categoria, que a função de guia cognitivo e de conselhos é realizada pelos médicos por meio da oferta de informações e da desmistificação de ideias pré-concebidas pelos pacientes, considerando que, para realizarem essa função usam de uma perspectiva “técnica”, em que está em jogo a neutralidade nas relações interpessoais. Tanto no momento pré quanto no pós-cirúrgico, a função de “aconselhador” do médico foi referida como sendo norteadora pela necessidade de desmistificação. Por meio da discussão dos resultados que compõem essa categoria, observa-se que a função de guia cognitivo e de conselhos é entendida, pelos entrevistados, como uma das suas atribuições profissionais técnicas. Nota-se, além disso, a coexistência de duas posturas dos profissionais no âmbito da oferta de informações: uma impositiva/prescritiva e, ainda de que forma incipiente, outra acolhedora e reconhecadora da singularidade do sujeito doente.

Como **“Características da relação estabelecida pelo médico com a família do paciente”** os entrevistados destacam a consideração da existência de uma dinâmica relacional do paciente com a família. Por meio de uma leitura da configuração dessa dinâmica, mediante o processo

cirúrgico, o médico refere identificar quem são os familiares que potencialmente podem atuar como aliados no processo de tratamento, acessando essas pessoas no sentido da oferta de esclarecimentos e pactuações de condutas. Ainda que os cardiologistas entrevistados tenham uma compreensão da dinâmica relacional familiar, destaca-se que, mediante a situação de crise representada pelo processo cirúrgico, a família é visibilizada como fonte de incômodo, no que concerne à relação estabelecida com o médico, no sentido de dificultar o tratamento. A emergência de conflitos familiares também é abordada pelos entrevistados, que consideram a existência de situações que excedem a competência da formação do profissional médico, que “não é talhado” para a resolução de problemas de relacionamento ou de conflitos. Mediante a ausência de recursos para manejar os dilemas relacionais referidos, pode-se entender que os médicos entrevistados adotam uma posição “defensiva”, de afastamento da família, cuja presença é requerida apenas quando ocorrem situações-problema específicas.

A última categoria, **“Características da relação estabelecida pelo médico com os profissionais da rede de cuidados do paciente”**, congrega a caracterização dos participantes acerca da relação estabelecida por eles com os demais profissionais de saúde. Os depoimentos remetem ao reconhecimento da necessidade de intervenção de outros profissionais, assim como abordam a prática de encaminhamentos realizada. No contexto extra-hospitalar, os médicos entrevistados referem que os pacientes vivenciam dificuldades para ter uma assistência multiprofissional, atribuindo os obstáculos a questões institucionais que envolvem o formato da atenção à saúde no âmbito da saúde pública e as dificuldades financeiras dos usuários. Embora os participantes refiram que realizam “encaminhamentos”, os processos são descritos de forma impessoal, como algo protocolar que é feito com base no reconhecimento de alguma dificuldade no tratamento que excede os conhecimentos técnicos do médico. Cabe salientar que a equipe multiprofissional recebe demandas dos médicos mediante dificuldades específicas encontradas, não sendo o contato e o diálogo uma prática corrente.

Em conclusão, os resultados apontam que os participantes incluem, em suas ações e práticas profissionais, predominantemente, o contato com o doente e seus familiares. Ainda que os médicos se reconheçam como fontes de suporte para a díade paciente-família, assumindo funções de apoio emocional e guia cognitivo e de conselhos, suas intervenções primam pelo caráter técnico e pela neutralidade. Evidenciou-se que os participantes não costumam estabelecer algum tipo

de estratégia de cuidado utilizando-se das redes configuradas em torno do paciente como possíveis aliados para o tratamento. Destaca-se, dessa forma, a dificuldade dos profissionais em reconhecerem os vínculos construídos pelo doente, para além do contexto hospitalar, como recursos que permitem e potencializam a adesão ao tratamento, bem como de reconhecerem a si mesmos como parte desses vínculos, na medida em que a relação médico-paciente sustenta-se no compromisso ético-relacional com o sujeito-paciente.

Com base nas discussões tecidas, entende-se que o conteúdo abordado traz importantes contribuições, no sentido de dar voz aos profissionais em torno dos quais histórica e socialmente se centraliza a atenção à saúde no Brasil. A escuta sensível desses profissionais, balizada pelos preceitos éticos e metodológicos da pesquisa qualitativa, permitiu a abordagem da temática da rede pessoal configurada em torno do paciente, pouco explorada no cenário médico. Entende-se que a presente discussão ancora uma visão a respeito da sobredeterminação das práticas dos médicos especialistas, para além de uma perspectiva estigmatizadora e culpabilizadora. Diante da peculiaridade desta pesquisa, considera-se que os dados levantados podem subsidiar reflexões sobre a formação e práticas profissionais norteadas pela perspectiva da Integralidade.

Palavras-chave: Redes pessoais significativas; Relação médico-paciente, Cardiologia, Cirurgia.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese abordou, sob uma perspectiva qualitativa, as singularidades das experiências dos protagonistas no processo da cirurgia cardíaca, o paciente pós-cirúrgico e o médico cardiologista clínico, com foco no universo relacional constituído frente ao fenômeno investigado. Os resultados discutidos neste estudo sustentam que as redes pessoais significativas dos pacientes constituem recursos que permitem ou potencializam as estratégias de enfrentamento utilizadas mediante o processo da cirurgia cardíaca. Por meio da análise do enfrentamento, sob uma perspectiva dinâmica e relacional, identificou-se que o compromisso relacional construído entre pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico cardíaco e membros da sua rede pessoal configurou-se como um instrumento efetivo, tanto de prevenção quanto de promoção de saúde, no contexto da doença cardíaca.

No que diz respeito a essa temática, por meio da construção do Mapa de Redes, observou-se que o compromisso relacional construído entre os pacientes e os membros de sua rede sustentou a dinâmica das relações dos pacientes mediante o processo vivenciado. Os pacientes atribuíram à família importantes funções, salientando-se a existência de poucos membros no contexto da comunidade e de trabalho da rede pessoal significativa dos participantes. A função predominante atribuída pelos pacientes aos membros de sua rede pessoal foi o apoio emocional, evidenciando a valorização das competências relacionais.

No que concerne ao entendimento dos médicos cardiologistas clínicos sobre a rede pessoal significativa do paciente submetido à cirurgia cardíaca, o presente estudo chama a atenção para o reconhecimento preponderante da família como fonte de apoio para o paciente, sendo os demais contextos da rede pouco mencionados. Os resultados trouxeram à tona o reconhecimento dos médicos como assumindo funções de guia cognitivo e de conselhos e de apoio emocional para a díade paciente-família. Além disso, permitiram evidenciar o desconforto no que diz respeito à construção de um compromisso relacional desse profissional com tal díade.

O referido desconforto perpassou também a descrição das relações estabelecidas com os demais profissionais de saúde, caracterizadas como presentes numa perspectiva formal e protocolar, acionadas mediante situações clínicas limítrofes quanto ao andamento do processo cirúrgico. Assim, quanto às relações com os demais membros da equipe, evidenciou-se uma perspectiva de trabalho multiprofissional, na medida em que as narrativas aludiram à busca ou à indicação do

médico em relação a outros profissionais, circunscrita à resolução de problemáticas específicas dos pacientes. Constatou-se, nas narrativas dos participantes médicos, de certo modo, a ausência de uma postura interdisciplinar na proposta de acolhimento do paciente. A interdisciplinaridade caracteriza-se pela busca de um profissional com formação diferente para compartilhar o processo de atenção à saúde do sujeito adoecido, tendo por base o reconhecimento da limitação da própria formação profissional.

De forma coerente ao paradigma da Complexidade, considera-se que a discussão deste trabalho tem caráter inacabado, visto que propõe o lançar recursivo das reflexões construídas para outras indagações. Cumpre destacar, ainda, o desafio lançado ao longo da realização da investigação, que diz respeito ao posicionamento de “escuta” da pesquisadora. Estudar a dinâmica relacional da rede pessoal significativa do paciente submetido à cirurgia cardíaca, sob duas perspectivas diferentes e eventualmente antagônicas, dos médicos e dos pacientes, exigiu da pesquisadora respeito pela posição de ambos os protagonistas. Isso demandou um movimento constante de reflexão sobre os dados, alicerçado em leituras sobre a temática e nas discussões construídas em momentos de orientação da tese. O esforço referido evidenciou-se no sentido de evitar a adoção de posições dicotômicas, em que poderia estar em jogo a estigmatização dos entrevistados como “vítimas” ou “culpados”.

Essa perspectiva também foi gestada em meio a um movimento constante de questionamento sobre pré-concepções e julgamentos de valor acerca dos papéis e das funções socialmente atribuídos aos pacientes e aos médicos, em que a pesquisadora lançou mão de sua trajetória profissional para indagar os dados e ser indagada por eles. Caminharam, assim, lado a lado, as atribuições da pesquisadora como profissional do contexto da atenção em saúde e como pesquisadora, repercutindo em um efeito recursivo em que ora o olhar profissional questionava os dados, ora os dados serviam para questionar e nutrir o olhar, como psicóloga clínica, sobre o fenômeno.

Especificamente no que se refere a aspectos metodológicos, quanto ao acesso aos participantes, destaca-se a relevância da mediação do contato com os entrevistados, permitida pela profissional responsável pelo serviço de psicologia do hospital em que foram realizados os contatos com os pacientes. Julga-se que foi a presença e a disponibilidade dessa “aliada estratégica” que permitiram à pesquisadora aproximar-se do campo e dos encontros conversacionais construídos nesse cenário. O referido processo de mediação foi essencial, principalmente no que diz

respeito ao contato com os médicos, certamente contribuindo, senão determinando, o aceite para participarem da pesquisa. Antes da realização do estudo, tinha-se a expectativa de que o acesso a esses profissionais seria um obstáculo, levando em conta o lugar social que o médico ocupa nas instituições de saúde e a sua pressuposta indisponibilidade de tempo.

Tal expectativa não se confirmou, quando o contato foi mediado pela profissional da psicologia, que atuou como “elo inicial” da pesquisadora com os profissionais, de forma a apresentar a pesquisadora e a introduzir a temática da tese. Nos contatos com profissionais médicos efetuados sem a mediação da profissional, a participação dos médicos abordados não se efetivou. Essa experiência deve ser sublinhada, no sentido de auxiliar no processo de aproximação com o campo, em outros contextos de pesquisa, para contornar a presença da pesquisadora como alguém “estranha” ao cenário.

Considera-se que este estudo avança, em termos de produção de conhecimento, no que diz respeito à abordagem do conceito de enfrentamento. Sob o entendimento de que o conceito original vem de um aporte da psicologia individual, este estudo propôs a exploração de uma perspectiva específica da dimensão social do construto, mediante o estudo da trama relacional configurada em torno do paciente. Por meio dessa proposta, a pesquisa visibilizou o processo cirúrgico como um estressor no ciclo vital individual e familiar dos participantes, com base no estudo do universo relacional deles.

Entende-se que tais avanços foram possíveis mediante a construção do Mapa de Redes em conjunto com os pacientes. Tal instrumento permitiu a exploração da dinâmica de aproximação e afastamento afetivos, evidenciada pelos diferentes níveis de compromisso relacional dos mapas, possibilitando, conseqüentemente, reflexões sobre a implicação das tramas relacionais construídas em torno do processo de enfrentamento. Além disso, a utilização do instrumento como dispositivo para direcionar a entrevista com os médicos permitiu a visibilização da construção dos vínculos como recursos que podem favorecer ou potencializar processos de cuidado.

Salientam-se a facilidade de aplicação do instrumento e a sua efetividade no que concerne à visibilização do universo relacional dos sujeitos como recursos a serem acionados em situações de crise. Este estudo, assim, referenda a potencialidade do uso do mapa, tanto no contexto clínico quanto no de investigação. No âmbito da intervenção clínica, indica-se a sua utilização em contextos permeados por dilemas pertinentes ao processo saúde-doença, no sentido da busca de

corresponsáveis pelo cuidado. No âmbito da pesquisa, entende-se que o uso de tal instrumento possa contribuir para a construção do conhecimento sobre o impacto do universo relacional nos fenômenos envolvidos no processo saúde-doença, possibilitando a profundidade de análise das relações estabelecidas.

Deve-se ter em conta que o presente estudo abordou pessoas oriundas de contextos socioculturais específicos, da região Sul do Brasil, advindos tanto do contexto da assistência pública à saúde, quanto privada. Os resultados apresentados devem ser lidos à luz desse contexto, considerando também as especificidades de funcionamento do sistema de saúde, que certamente perpassaram as narrativas dos entrevistados, principalmente no que concerne ao apoio institucional prestado mediante o processo cirúrgico. Cabe salientar que a pesquisa propôs conhecer a experiência de pacientes a respeito de em um período específico após a realização da cirurgia, de forma que se considera que os resultados são delimitados às vivências em torno da experiência de seis meses a um ano após o procedimento. Sugere-se, assim, que sejam realizadas investigações em outras regiões do País, em instituições públicas e privadas, com o foco na rede pessoal significativa em outros momentos do processo cirúrgico. Julga-se que a investigação da dinâmica relacional da rede pessoal significativa de pacientes em processo de reabilitação cardiovascular, com ênfase na articulação das redes no contexto de mudança de comportamento, possa lançar luz sobre a potencialidade do acionamento dos membros das redes nesse contexto.

No que diz respeito à relação estabelecida entre médico, paciente e membros da rede pessoal significativa, além disso, este estudo considerou narrativas do paciente e do médico independentemente da negociação interacional presente no processo de atenção à saúde. Entende-se que outras pesquisas poderão somar-se a essa, no sentido de estudarem a interação entre esses protagonistas, elucidando os processos de comunicação e de construção do cuidado, quanto ao acionamento de membros da rede pessoal significativa e ao lugar atribuído ao médico nessa rede construída em torno do paciente cirúrgico.

Postas as peculiaridades da pesquisa, constata-se que os resultados discutidos evidenciam a relevância do acionamento da rede pessoal significativa do paciente submetido à cirurgia cardíaca, no sentido de favorecer processos de enfrentamento. Ao finalizar esta tese, sustenta-se, sobretudo, a importância das funções exercidas pelos profissionais de saúde, como membros das redes pessoais dos pacientes, em contexto de crise, representada pelo processo cirúrgico. Tal relevância deve ser contemplada na construção de estratégias e ações de cuidado,

considerando-se o contexto hospitalar, no âmbito da cirurgia cardíaca, como um contexto de desenvolvimento humano, no qual os profissionais podem atuar favorecendo os processos desenvolvimentais eventualmente paralisados pela crise provocada pelo adoecimento.

Em termos de proposições práticas, os resultados deste estudo sustentam a mudança de postura do profissional cardiologista clínico, de uma “escuta seletiva”, direcionada exclusivamente aos sinais e sintomas da doença, para uma “escuta ampliada”. Para isso, sugere-se a inclusão de perguntas que considerem o universo relacional do doente, como parte da anamnese de rotina realizada pelo profissional. As respostas dos sujeitos adoecidos a essas perguntas poderão levar o médico cardiologista a se sensibilizar para o acionamento dos demais membros da rede de cuidados institucional do paciente, de forma a construir diálogos que validem uma postura interdisciplinar.

No que diz respeito à formação profissional, tanto dos médicos quanto dos demais profissionais da equipe de saúde, sustenta-se que deva incluir treinamento para a aplicação do Mapa de Redes. A aplicação desse instrumento no contexto clínico visa contribuir para um entendimento integrado do sujeito doente, por meio da inclusão de questionamentos que aprofundem o conhecimento sobre as funções dos membros da rede pessoal significativa do paciente. Além disso, a aplicação do Mapa pode servir como um dispositivo que fomente diálogos entre os membros da equipe, no sentido de incluir o reconhecimento mútuo dos profissionais de saúde com diferentes formações para acionar a rede pessoal do paciente.

Especificamente considerando as contribuições deste estudo para a prática do psicólogo membro da equipe de saúde, em termos do compromisso ético-relacional a ser assumido, os resultados referendam a construção de práticas contextualizadas, que considerem a polifonia das vozes na construção do cuidado. Ao reconhecer a presença das redes pessoais dos doentes em suas práticas, entende-se que a atuação do psicólogo seja menos voltada para a simples execução de encaminhamentos, mas possa incluir uma postura profissional reflexiva e problematizadora. Considerando o psicólogo como “técnico das relações” (Guirado, 1987), propõe-se que o profissional utilize a aplicação do mapa de redes como dispositivo para a sensibilização da equipe e consequente construção de diálogos que validem o outro em sua alteridade. Entende-se que essa postura possa conduzir a uma prática coerente à proposta da “humanização no atendimento”, reconhecendo o protagonismo dos diferentes atores da rede pessoal, à luz da ética e da vincularidade.



## REFERÊNCIAS

Ai, A. L., Park, C. L., Huang, B., Rodgers, W., & Tice, T. N. (2007). Psychosocial mediation of religious coping styles: a study of short-term psychological distress following cardiac surgery. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 867-882.

Andolfi, M. (2003). *Manual de psicología relacional. La dimensión familiar*. Colombia: Corporación Andolfi-González, Academia de Psicoterapia dela Familia.

Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.

Bergvik, S., Sørli, T., & Wynn, R. (2010). Approach and avoidance coping and regulatory focus in patients having coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Health Psychology*, 15(6), 915-924.

Brandt, R., Viana, M. S., Steffens, R. A. K., Silva, R. B., Sties, S. W., Gonzáles, A. I., Carvalho, T., & Andrade, A. (2012). Perfil de humor e fatores associados em participantes de um programa de reabilitação cardiopulmonar e metabólica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(2), 72-77.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2004). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. (2012a). *Indicadores e dados básicos. Indicadores de mortalidade. Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório. Taxa de mortalidade específica para doenças isquêmicas do coração segundo Unidade da Federação*.

Retrieved from:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def>

Brasil. Ministério da Saúde. (2012b). *Indicadores e dados básicos. Indicadores de morbidade. Taxa de internação hospitalar (SUS) por causas selecionadas. Internação por doença isquêmica do coração segundo Unidade de Federação*. Retrieved from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d29.def>

Carvalho, T., Cortes, A. A., Ferraz, A., Nóbrega, A. C. L., Brunetto, A. F., Herdy, A. H., Hossri, C. A. C., Neder, C. A., Negrão, C. E., Araújo, C. G. S., Brito, F. S., Drummond, F. A., Roselino, F., Nogueira, G. A., Umeda, I. I. K., Oliveira Filho, J. A., Teixeira, J. A. C., Lazzoli, J. K., Mastrocolla, L. E., Benetti, M., Leitão, M. B., Zager, M., Alves, M. J. N. N., Grimberg, M., Godoy, M., Silva, O. B., Stein, R., Costa, R. V., Meneghelo, R. S., Moraes, R. S., Serra, S. M., Ramos, S., & Guimarães, J. I. (2006). Diretriz de reabilitação cardiopulmonar e metabólica: aspectos práticos e responsabilidades. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 86(1), 74-82.

Castro e Silva, C. R., Mendes, R. & Nakamura, E. (2012). A dimensão da ética na pesquisa em saúde com ênfase na abordagem qualitativa. *Saúde e Sociedade*, 21(1), 32-41.

Chizzotti, A. (1998). *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. 3. ed. São Paulo: Cortez.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (1994). *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications.

Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 18(3), 381-389.

Fontanela, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17 – 27.

Gaskell, G. (2008). Entrevistas individuais e grupais. In M. G. Bauer & G. Gaskell (Ed.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Gergen, K. J. (1996). *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.



González Rey, F. L. (2010). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Cengage Learning.

Grandesso, M.A. (2000). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Guadalupe, L. A. O., & Iglesias, E. B. (2000). *Psicología de la salud*. México: Plaza Y Valdés, S. A. de C. V.

Guerriero, I. C. Z. (2006). *Aspectos éticos das pesquisas qualitativas em saúde*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough?: an experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18, 59-82.

Guirado, M. (1987). *Psicologia institucional*. São Paulo: EPU.

Koenig, H. G. (1998). Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 213-224.

Koerich, C., Baggio, M. A., Erdmann, A. L., Lanzoni, G. M. M., & Higashi, G. D. C. (2013). Revascularização miocárdica: estratégias para o enfrentamento da doença e do processo cirúrgico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(1), 8-13.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2010). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626.

Moraes, R. S., Nóbrega, A. C. L., Castro, R. R. T., Negrão, C. E., Stein, R., Serra, S. M., Teixeira, J. A. C., Carvalho, T., Araújo, C. G. S., Alves, M. J. N. N., & Guimarães, J. I. (2005). Diretriz de reabilitação cardíaca. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 84(5), 431-440.

Moré, C. L. O. O. (2005). As redes sociais significativas como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Revista Paidéia*, 15(31), 267-297.

Moré, C. L. O. O. (2015). A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. (pp. 126-131). Trabalho completo em Investigação Qualitativa em Ciências Sociais, v. 3. Atas CIAIQ 2015. Disponível em: <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/158/154>

Moré, C. L. O. O., & Crepaldi, M. A. (2004). *O campo de pesquisa: Interfaces entre a observação, interação e o surgimento dos dados* (pp. 588-593). Trabalho completo em anais da I Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa/NPF – Núcleo de Pesquisa da Família. Taubaté, São Paulo.

Moré, C. L. O. O., & Crepaldi, M. A. (2012). O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 43, 84-98.

Morin, E. (1982). *Ciência com consciência*. Lisboa: Public. Europa-América.

Morin, E. (2011). *Introdução ao pensamento complexo*. 4a ed. Porto Alegre: Sulina.

Morse, J. M. (1994). Designing funded qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln. *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications.

Moos, R. H. & Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1387-1403.

Muhr, T. (2004). *Atlas-ti the knowledge workbench. V. 5.0. Quick tour for beginners*. Berlin: Scientific Software Development.

- Nunes, E. D. (2008). Aspectos éticos considerados pelos pesquisadores que usam abordagens qualitativas em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 351-360.
- Olabuénaga, J. I. R. (2009). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto: Bilbao.
- Romano, B. W. (2001). *Psicologia e cardiologia: encontros possíveis*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa*. São Paulo: McGraw Hill.
- Seidl, E. M. R., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sluzki, C.E. (2002). De como la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social. In E. Dabas, & D. Najmanovich (Org.). *Redes: el lenguaje de los vínculos*. 2da. Ed. Paidós: Buenos Aires.
- Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da Teoria Fundamentada*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Turato, E. R. (2008). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Vozes.
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis*, 19(3): 777-796.
- Vasconcellos, M. J. E. (2009). *Pensamento sistêmico - O novo paradigma da ciência*. 8a ed. Campinas, SP: Papirus.
- Vila, V. S. C., Rossi, L. A., & Costa, M. C. S. (2008). Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. *Revista de Saúde Pública*, 42(4), 750-756.

Welke, K.F., Stevens, J.P., Schults, W.C., Nelson, E.C., Beggs, V. L, & Nugent, W.C. (2003). Patient characteristics can predict improvement after elective coronary artery bypass grafting. *Annals of Thoracic Surgery*, 75, 1849-1855.

Wottrich, S. H. (2011). “*Manifestos do coração*”: *significados da cirurgia cardíaca para pacientes pré e pós-cirúrgicos*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS.

## APÊNDICES

### Apêndice A - Roteiro de entrevista com pacientes cardíacos pós-cirúrgicos

Nome (Iniciais):

Sexo:                      Idade:

Escolaridade:

- Não Alfabetizado
- Ensino Fundamental Completo
- Ensino Fundamental Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Formação Técnica
- Ensino Superior Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Pós-graduado

Estado civil:

- Viúvo(a), desde quando (ano)? \_\_\_\_\_
- Casado(a), desde quando (ano)? \_\_\_\_\_
- União Consensual, desde quando (ano)? \_\_\_\_\_
- Separado(a)/Divorciado(a), desde quando (ano)? \_\_\_\_\_
- Solteiro(a)
- Outro \_\_\_\_\_

Religião:

- Nenhuma
- Católica
- Evangélica
- Espírita
- Outra \_\_\_\_\_

Tipo de moradia:

- Alugada
- Própria
- Cedida
- Mora com parentes

Há quanto tempo reside na cidade em que mora?

- Desde o nascimento

- Há mais de 30 anos
- Entre 20 e 30 anos
- Entre 10 e 19 anos
- Entre 5 e 9 anos
- Menos de 5 anos

Trabalha atualmente?  Sim  Não

Caso positivo, atua como \_\_\_\_\_  
(profissão)

Caso negativo, já trabalhou?  Sim  Não

Se trabalhou:

Em que profissão?

Quando deixou de trabalhar?

Por que deixou de trabalhar?

Renda familiar

- Até 4 salários
- Entre 5 e 9 salários
- Entre 10 e 20 salários
- Entre 21 e 30 salários
- Entre 31 e 40 salários

Que outras pessoas moram em sua casa? Pode ser escolhida mais de uma alternativa.

- Mora sozinho(a)
- Mora com companheiro(a)
- Mora com companheiro(a) e filhos(as)
- Mora com filhos
- Mora com enteados
- Mora com pais (ou pai, ou mãe, separadamente)
- Mora com genro/nora
- Mora com irmão(a)
- Mora com amigo(a)

Quando foi descoberta a doença? \_\_\_\_\_

Quando foi realizada a cirurgia? \_\_\_\_\_

Tipo de cirurgia:  Eletiva  Emergencial

Realiza ou realizou atividades em serviço de reabilitação?  Sim  Não

Se positivo, por qual período? \_\_\_\_\_

**Significado e enfrentamento da cirurgia cardíaca**

1. O(a) senhor(a) poderia contar sobre a história do seu adoecimento?
2. Quais eram as pessoas com as quais o(a) senhor(a) convivia quando a doença foi diagnosticada? Que participação elas tiveram nos cuidados de saúde e tratamento?
3. Como foi a indicação para a cirurgia? Quem indicou a sua realização?
4. Como o(a) senhor(a) se preparou para enfrentar a cirurgia?
5. O(a) senhor(a) poderia descrever a sua vida após a cirurgia?
6. O que pensa e como se sente após o procedimento, hoje em dia?
7. O(a) senhor(a) sente que tem dificuldades em sua vida hoje?
8. O que faz para enfrentar essas dificuldades?
9. A quem pede ajuda para enfrentar essas situações?
10. Como as pessoas lhe ajudam a enfrentar essas dificuldades?
11. O que o senhor pensa sobre os cuidados oferecidos pela equipe de saúde no processo da cirurgia? Poderia descrever uma situação que exemplifique?
12. Se pudesse dar um conselho para uma pessoa submetida à cirurgia, que conselho daria?

**Mapa de Redes**

1. Quais as pessoas da família o(a) senhor(a) incluiria na sua rede pessoal, no cenário da recuperação e reabilitação da cirurgia (pessoas importantes nos cuidados necessários no pós-cirúrgico)? Que proximidade essas pessoas têm? Que funções desempenham?
2. Que relações de amizade o(a) senhor(a) incluiria nesse mapa? Que proximidade essas pessoas têm? Que funções desempenham?
3. Quais as pessoas com as quais o(a) senhor(a) convive, na comunidade, o(a) senhor(a) entende que seriam importantes na situação que vive em relação à cirurgia? Que proximidade essas pessoas têm? Que funções desempenham?
4. Há alguém da equipe de saúde, com quem o(a) senhor(a) teve ou tem contato ao longo do pós-cirúrgico que incluiria no mapa? Que proximidade essas pessoas têm? Que funções desempenham?

5. E nas relações de trabalho/estudo, há pessoas que desempenharam funções no enfrentamento da cirurgia? ? Que proximidade essas pessoas têm? Que funções desempenham?
  6. Se o(a) senhor(a) pudesse dar um conselho às pessoas próximas de um paciente pós-cirúrgico cardíaco, o que diria?
  7. Como se sentiu fazendo a entrevista?
  8. Há algum comentário a mais que gostaria de fazer?
- Agradecimentos e fechamento.



## **Apêndice B - Roteiro de entrevista com médicos cardiologistas clínicos**

Nome (Iniciais):

Sexo:                      Idade:

Tempo de atuação profissional:

Área de atuação:

Tipos de serviços em que atuou ao longo da trajetória profissional (hospitais, clínicas, clínica particular, etc):

Serviço em que atua atualmente:

Por quantos anos exerce a profissão nesta cidade:

### **Perguntas norteadoras:**

1. O(a) senhor(a) poderia falar sobre a sua participação no contexto de atenção ao paciente na situação da cirurgia cardíaca? Quais são as suas atribuições e atividades?
2. O foco do estudo que estamos propondo é investigar como se comportam, ou como se articulam as redes pessoais em torno do pacientes, seja as redes no contexto da família, amigos, trabalho, estudo, instituições sociais e de saúde, no contexto pós-cirúrgico cardíaco. (Apresentar alguns elementos das redes, mostrando o Mapa de Redes). Como o senhor vê a participação das redes pessoais no seu trabalho junto ao paciente seja na situação do diagnóstico, de adesão e de encaminhamento cirúrgico?

Introduzir a pergunta seguinte tendo em conta o que falou anteriormente

3. No seu entender, e em decorrência da sua experiência, se pudéssemos pensar em funções das redes que o/a senh@r comentou, quais seriam as mesmas ou as principais, na situação pós-cirúrgica,? Haveria alguma situação que o(a) senhor(a) vivenciou que poderia contar para exemplificar essas funções?
4. O(a) senhor(a) tem como prática na clínica reunir-se com a rede pessoal? Com quem, exatamente? Quais são os principais benefícios e dificuldades que percebe em relação a esse contato com as redes pessoais dos pacientes?
5. O(a) senhor(a) costuma ter o auxílio de outro profissional no acompanhamento aos pacientes? Quais? No seu entender como eles contribuem nesse acompanhamento.

6. Entendendo que o(a) senhor(a) pode fazer parte da rede pessoal do paciente, que papel entende que você tem no processo de adesão ao tratamento?
7. A partir de sua experiência, e visando o melhor acolhimento de pacientes pós-cirúrgicos, se tivesse que dar um conselho importante para a rede social do paciente que você visualiza no seu dia dia de trabalho, que conselho daria?
8. Há alguma outra informação que o(a) senhor(a) entende ser relevante sobre a temática e que gostaria de compartilhar?
9. Como o(a) senhor(a) se sentiu realizando essa entrevista?  
Agradecimentos e fechamento.

## **Apêndice C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes pacientes**

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Eu, Shana Hastenpflug Wottrich, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, convido-o (a) a participar do processo de coleta de dados da pesquisa que originará a minha Tese de Doutorado, intitulada A DINÂMICA RELACIONAL DA REDE PESSOAL SIGNIFICATIVA NO CONTEXTO DA CIRURGIA CARDÍACA: O OLHAR DE PACIENTES PÓS-CIRÚRGICOS E MÉDICOS, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré. Tal pesquisa objetiva compreender a dinâmica relacional das redes pessoais significativas dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, na perspectiva de pacientes pós-cirúrgicos e médicos.

A sua participação consistirá na realização de uma entrevista individual, realizada pela pesquisadora, através de um roteiro de perguntas relacionado ao tema de pesquisa, devendo ser realizada de forma voluntária e não remunerada. Para melhor registro dos dados, a entrevista poderá ser gravada, se isso for de sua concordância. Ainda, a entrevista poderá acontecer em mais de um encontro, caso for necessário e você estiver de acordo. Destaca-se que será mantido o seu anonimato, ou seja, o seu nome ou quaisquer dados que possam vir a identificá-lo não serão utilizados.

Fazer parte da pesquisa não lhe trará benefício direto, mas contribuirá para os estudos sobre o processo da cirurgia cardíaca, de modo a possibilitar reflexões sobre esse acontecimento tão complexo. Os riscos provenientes da situação de pesquisa referem-se à possibilidade de emergência de lembranças desagradáveis, o que pode causar desconforto. Caso em algum momento você sentir-se desconfortável, e entender que gostaria de falar sobre o assunto, a pesquisadora se compromete a conversar com você sobre isso e, se for o seu desejo, sugerir a busca por um serviço de apoio psicológico para que você possa conversar posteriormente. Salienta-se que a sua participação não interferirá no tratamento que vem recebendo no hospital.

Sempre que achar necessário, você poderá solicitar esclarecimentos sobre aspectos da pesquisa à pesquisadora, através das formas de contato expostas abaixo, sendo também possível desistir da participação em qualquer etapa do trabalho, sem que isso venha lhe trazer

prejuízos. Consentindo participar da entrevista, você deverá assinar esse documento em duas vias, sendo que uma cópia permanecerá com você.

---

Shana Hastenpflug Wottrich  
Ocampo Moré  
Pesquisadora principal  
Doutoranda

Profª Drª Carmen Leontina Ojeda  
Pesquisadora Responsável  
Orientadora

Eu, \_\_\_\_\_  
\_, informo que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, sobre os objetivos, riscos e benefícios, além de ser informado sobre os meus direitos como participante desta pesquisa, da qual aceito participar livre e espontaneamente.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
participante da pesquisa

Assinatura \_\_\_\_\_ do(a)

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a realização dessa pesquisa, ou ainda, se quiser desistir dela, entre em contato com Shana Hastenpflug Wottrich (Tel: 48 9685 9459 ou 55 9954 2596, e-mail: shana.wottrich@gmail.com).

## **Apêndice D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido apresentado aos participantes médicos**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Eu, Shana Hastenpflug Wottrich, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, convido-o (a) a participar do processo de coleta de dados da pesquisa que originará a minha Tese de Doutorado, intitulada A DINÂMICA RELACIONAL DA REDE PESSOAL SIGNIFICATIVA NO CONTEXTO DA CIRURGIA CARDÍACA: O OLHAR DE PACIENTES PÓS-CIRÚRGICOS E MÉDICOS, sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré. Tal pesquisa objetiva compreender a dinâmica relacional das redes pessoais significativas dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, na perspectiva de pacientes pós-cirúrgicos e médicos.

A sua participação consistirá na realização de uma entrevista individual, realizada pela pesquisadora, através de um roteiro de perguntas relacionado ao tema de pesquisa, devendo ser realizada de forma voluntária e não remunerada. Para melhor registro dos dados, a entrevista poderá ser gravada, se isso for de sua concordância. Ainda, a entrevista poderá acontecer em mais de um encontro, caso for necessário e você estiver de acordo. Destaca-se que será mantido o seu anonimato, ou seja, o seu nome ou quaisquer dados que possam vir a identificá-lo não serão utilizados.

Fazer parte da pesquisa não lhe trará benefício direto, mas contribuirá para os estudos sobre o processo da cirurgia cardíaca, de modo a possibilitar reflexões sobre esse acontecimento tão complexo. Os riscos provenientes da situação de pesquisa referem-se à possibilidade de emergência de lembranças desagradáveis, o que pode causar desconforto. Caso em algum momento você sentir-se desconfortável, e entender que gostaria de falar sobre o assunto, a pesquisadora se compromete a conversar com você sobre isso e, se for o seu desejo, sugerir a busca por um serviço de apoio psicológico para que você possa conversar posteriormente. Salienta-se que a sua participação não interferirá nas suas atividades de trabalho vinculadas a instituições de saúde ou fora delas.

Sempre que achar necessário, você poderá solicitar esclarecimentos sobre aspectos da pesquisa à pesquisadora, através das formas de contato expostas abaixo, sendo também possível desistir da participação em qualquer etapa do trabalho, sem que isso venha lhe trazer

prejuízos. Consentindo participar da entrevista, você deverá assinar esse documento em duas vias, sendo que uma cópia permanecerá com você.

---

Shana Hastenpflug Wottrich  
Ocampo Moré

Pesquisadora principal  
Doutoranda

Profª Drª Carmen Leontina Ojeda

Pesquisadora Responsável  
Orientadora

Eu, \_\_\_\_\_  
\_, informo que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, sobre os objetivos, riscos e benefícios, além de ser informado sobre os meus direitos como participante desta pesquisa, da qual aceito participar livre e espontaneamente.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do(a) participante da  
pesquisa

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a realização dessa pesquisa, ou ainda, se quiser desistir dela, entre em contato com Shana Hastenpflug Wottrich (Tel: 48 9685 9459 ou 55 9954 2596, e-mail: shana.wottrich@gmail.com).

## **Apêndice E - Contextualização da história relacional e de vida dos participantes pacientes**

P1 era uma senhora de 74 anos de idade, viúva há mais de 20 anos, mãe de um filho (com quem residia), adulto jovem, parcialmente dependente dela para realizar atividades cotidianas, devido a limitações psicológicas e cognitivas. Quanto ao desempenho de atividades na esfera do trabalho, a participante estava aposentada, em razão de tempo de serviço. Em termos de estágio do ciclo de vida familiar, pode-se afirmar que a participante encontrava-se no estágio tardio, embora ainda realizasse tarefas do estágio de famílias com filhos pequenos/adolescentes, na medida em que a posição do filho na família era ambivalente – adulto jovem, porém, em decorrência das limitações psicológicas e cognitivas, vinculado à figura materna tal qual uma criança/adolescente. Em termos desenvolvimentais, a cirurgia, realizada há cerca de 5 meses e 15 dias, tendo como base o momento de realização da entrevista, pode ser localizada como um estressor horizontal no ciclo vital, que se sobrepõem ao comprometimento do exercício das tarefas maternas. A doença cardíaca, diagnosticada há 11 anos, com base na data da realização da entrevista, mostrava um curso constante, até o desencadeamento de um “infarto silencioso”, que causou a crise, culminando com a necessidade da cirurgia, em caráter emergencial. A rede pessoal significativa nomeada, gerada em torno da situação da cirurgia, foi referida como de tamanho grande, composta por 13 pessoas, cujos integrantes concentraram-se no quadrante das relações familiares, no nível de relações íntimas e intermediárias (3 integrantes em cada nível), seguido do quadrante de relações com a comunidade (4 integrantes no nível de relações intermediárias). Quanto às funções, em linhas gerais, no mapa preponderou o desempenho da função de companhia social, muito embora os integrantes da família fossem relatados como tendo desempenhado a função de apoio emocional de forma mais contundente.

P2 era um homem de 54 anos de idade, que residia com a companheira, com quem convivia há mais de 25 anos. O casal não tinha filhos. Trabalhava como administrador de uma microempresa. Quanto ao estágio do ciclo de vida familiar, pode-se supor que o casal vivenciava a fase intermediária. A narrativa de P2 remeteu a uma situação de estabilidade relacional do casal, sendo que o principal evento disruptivo, estressor do ciclo vital, foi a descoberta da doença e a necessidade da cirurgia do participante. Realizou a cirurgia há um ano, sendo que antes já havia realizado outro procedimento, a angioplastia. É marcado o caráter

de ansiedade mediante a experiência da cirurgia, uma vez que P2 refere o adoecimento e a cirurgia como acontecimentos extremamente traumáticos, que resultaram em uma sensação de iminência da morte, mediante qualquer sensação de mal-estar. Chegou a mencionar que se sentia mais seguro no hospital do que em casa, referindo uma relação de extrema confiança com o médico assistente. Quanto à configuração da rede pessoal significativa, o tamanho caracterizou-se como pequeno (composta por 4 pessoas e 1 grupo), sendo que houve uma menção de, pelo menos um membro, em cada quadrante (um grupo no quadrante comunidade), todos sendo alocados no nível de relações íntimas. A esposa foi referida com o maior acúmulo de funções (apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos e ajuda material e de serviços).

P3 era um homem de 54 anos, casado há mais de 12 anos com a atual esposa, com quem residia. Referiu não ter filhos. Trabalhava como funcionário público municipal. A cirurgia foi realizada há 5 meses e 18 dias da data da entrevista. É possível referir que, socialmente, sua vida, em aspectos relacionais, envolveu investimentos na esfera da relação conjugal e das relações de trabalho. Quanto à configuração de sua rede pessoal significativa, P3 designou uma rede de tamanho médio (7 membros e 1 grupo), na qual as suas relações concentraram-se no quadrante da família (3 membros referidos). Todas as relações, exceto duas, foram mencionadas como íntimas. Nas relações familiares, foi citada uma única função para todos os integrantes, ajuda material e de serviços.

P4 era um homem de 57 anos, divorciado há 10 anos da primeira companheira, com quem teve duas filhas. A relação com a primeira esposa e as filhas foi referida como conflituosa, tanto que no momento da entrevista o participante mencionou ter se distanciado das duas filhas. O participante vivia em união consensual com a atual companheira, e convivia com um casal de enteados, com quem referiu ter uma relação cordial e próxima, sendo, inclusive, a enteada, uma das acompanhantes principais na ocasião da internação hospitalar para a realização da cirurgia. Trabalhava na ocasião da entrevista. Realizou a cirurgia há 8 meses, considerando a data da realização da entrevista. O início da doença foi insidioso, de forma que o paciente ficou surpreso com o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio e a conseqüente necessidade da cirurgia. Quanto ao estágio do ciclo de vida familiar vivenciado, é possível afirmar que as modificações e o ajustamento à estrutura familiar da segunda união estavam conciliados. Cumpre salientar que a vivência da doença e da



necessidade da cirurgia foi abordada como expressivamente vinculada a uma história de perdas prévia, considerando que o pai do paciente morreu por problemas cardiovasculares. A doença e a cirurgia, como estressores horizontais no ciclo de vida, repercutiram de forma contundente, uma vez que após o procedimento cirúrgico, o paciente reinfectou e teve de realizar uma angioplastia. A sua rede pessoal significativa pode ser considerada grande (19 membros e 1 grupo), com concentração de integrantes na esfera das relações familiares (cinco membros no círculo das relações íntimas, dois no círculo das relações intermediárias e 10 no círculo das relações ocasionais). A função preponderante mencionada, em termos gerais, no mapa, foi o apoio emocional. Os componentes do círculo das relações familiares íntimas desempenhavam todas as funções estipuladas no Mapa, revelando o maior número de atribuições desempenhadas pelos integrantes da família visualizado nesta pesquisa, em comparação com os demais participantes.

P5 era um homem de 54 anos, separado da esposa há 12 anos, com quem teve duas filhas. No momento da entrevista, tinha uma namorada. Residia sozinho e deixou de trabalhar há 5 anos, devido a condições de saúde não vinculadas com o problema cardiológico. Tinha realizado a cirurgia há 8 meses, a contar da ocasião da entrevista. Quanto ao estágio do ciclo de vida familiar vivenciado, evidenciaram-se algumas características de família no meio da vida, destacando-se a situação de relações de adulto-para-adulto com as filhas. No que diz respeito à rede pessoal atribuída, em resposta à situação de cirurgia, destaca-se o número de membros situados nos círculos das relações intermediárias (oito – dois no quadrante família e três no quadrante amizade e trabalho, respectivamente), sendo a rede considerada de tamanho grande (11 pessoas). Como funções desempenhadas pelos integrantes da rede pessoal significativa do participante, predominou a ajuda material e de serviços (atribuída a 6 integrantes).

P6 era uma senhora de 63 anos de idade, casada há mais de 40 anos. Morava com o marido. Não desempenhava atividades profissionais no momento da entrevista, em razão da cirurgia. Era costureira. Tinha duas filhas e um filho. O vínculo com os filhos, especialmente com a filha mais velha, foi referido como estreito. Em termos de estágio do ciclo de vida familiar, é possível referir que a participante se encontrava no estágio tardio da vida. Quanto à realização da cirurgia, acontecida há 8 meses, contando da data da realização da entrevista, a participante referiu que se

sente em tensão constante, uma vez que várias intercorrências aconteceram após o procedimento. Houve a necessidade de reintervenção, por meio de uma angioplastia, bem como uma infecção da ferida cirúrgica. Repetidamente, a paciente se autodenominou como ansiosa. Referiu vivenciar um contexto de desapontamento, mediante a presença do estressor horizontal caracterizado pela doença, que atuava como um potencializador nos efeitos da idade. Esses dois fatores representaram várias perdas, dentre elas, da vitalidade do corpo, do local onde morava e que remetia a lembranças da infância dos filhos (referiu insustentável a permanência no local onde residia antes da doença, em razão do esforço físico que implicava ter para manter uma casa), e das expectativas de futuro. Sobre tais expectativas, esperava poder viajar e aproveitar a vida após a aposentadoria, o que não se concretizou pois sentia-se inapta fisicamente, fraca e deprimida. Na relação conjugal, referiu vivenciar dificuldades, caracterizando a atitude do esposo frente ao processo cirúrgico como “sufocante”. A rede pessoal significativa nomeada pela participante se resume a integrantes da família, sendo caracterizada como pequena (5 integrantes). Cada pessoa nomeada foi referida como desempenhando, em média, 2 funções.

P7 era um homem de 59 anos, viúvo há 3 anos. Tinha uma namorada com quem se relacionou extra-conjugalmente por 13 anos, sendo a filha mais nova fruto desse relacionamento. Embora estivesse aposentado há dois anos, em razão de tempo de serviço, trabalhava na empresa do filho para complementar a renda. Realizou a cirurgia há 8 meses. Quanto ao estágio do ciclo de vida familiar, ressalta-se que o participante encontrava-se no estágio do meio da vida (devido a características preponderantes do relato, muito embora P8 tenha uma filha ainda criança, com a namorada). Tinha filhos do relacionamento conjugal anterior, com quem relatou vivenciar alguns conflitos. Em especial, abordou a existência de conflitos na relação com uma das filhas adultas. Recentemente, o paciente referiu ter sido apresentado a uma outra filha, antes desconhecida, de idade adulta, de outro relacionamento, que não conhecia anteriormente. Nesse sentido, preponderou no relato do participante a vivência de experiências contraditórias: rompimentos e inclusões no que diz respeito ao universo relacional familiar. No que diz respeito à rede pessoal significativa referida por meio do mapa, a estrutura nomeada caracteriza-se como média (10 integrantes). Dos integrantes da rede, apenas dois foram referidos como presentes no círculo íntimo, e esses, no âmbito da família. Os demais foram referidos como no círculo das relações intermediárias. As relações referidas concentram-se no

âmbito da família (cinco membros), seguidas por relações no contexto dos serviços de saúde (três membros).

P8 era um homem de 79 anos, viúvo há cerca de um ano, na data da realização da entrevista, pai de dois filhos. Trabalhava como *office boy*, embora estivesse aposentado, por razão de tempo de serviço. Destaca-se, como estágio do ciclo vital familiar vivenciado no momento da entrevista, o estágio tardio, marcado pela perda da esposa, que convalesceu por anos de uma doença crônica (Alzheimer). Soma-se a isso a crise instalada em razão do processo cirúrgico, acontecido há 10 meses. Diante desses estressores horizontais, houve uma reorganização, em termos de relações e moradia, passando o participante a residir com uma das filhas, o genro e a neta. Apesar de conviver com eles, P8 referiu não sentir que tem a ajuda ou o apoio da família, em relação ao processo cirúrgico. Refere que ele, o participante, era quem ajudava a família com as tarefas cotidianas, inclusive financeiramente. No marco dessa caracterização, a rede pessoal significativa denominada por P8 é pequena, composta por apenas dois membros, no quadrante dos serviços de saúde.

P9, homem, de 67 anos, morava com a companheira, com quem estabeleceu união consensual há cerca de 27 anos. Trabalhava na ocasião da entrevista, como corretor de imóveis. Realizou a cirurgia há 9 meses. O estágio do ciclo de vida familiar vivenciado tem muitas características que, em geral, predominam em famílias no estágio médio da vida, em transição para o estágio tardio. Tais características referem-se à realinhamento dos relacionamentos para inclusão de novos membros e reorganização do sistema conjugal (estágio intermediário), concomitantemente à existência de um papel mais central da geração dos filhos e do manejo com o declínio fisiológico (estágio tardio). O participante desempenhava atividades profissionais e era uma pessoa socialmente ativa, podendo a relação conjugal ser caracterizada como estável, sem conflitos claramente nomeados. A relação com os filhos foi denominada como assumindo características de adulto-para-adulto, sendo que o P9 admitiu que, enquanto antes era ele quem ligava e se preocupava com os filhos, no momento da entrevista eram eles que assumiam essa posição de cuidado. A rede pessoal significativa referida por P9 pode ser considerada grande (com 12 membros e 2 grupos), sendo preponderante a menção ao quadrante da família (com 7 membros).

P10 era uma mulher de 52 anos, separada. Residia com o neto, criança sobre quem tinha tutela. Empregada doméstica aposentada, em razão da cirurgia cardíaca, trabalhava como revendedora de produtos. Tinha seis filhos adultos bastante presentes em sua vida, além do ex-companheiro e da atual esposa dele, com quem mantinha uma relação amistosa e de convívio. Antes da cirurgia, refere que deixou de ir às consultas ambulatoriais nas quais vinha recebendo assistência para o problema cardiológico, pois passou por uma fase de desespero, em razão da perda de uma filha. A participante tem um ano de tempo pós-operatório. No que diz respeito às relações estabelecidas no contexto da família, referiu vivenciar ajustamentos que caracterizam o estágio tardio do ciclo familiar (perdas e o vazio decorrente de não poder trabalhar), o que parece ter sido potencializado pela crise representada pela doença e necessidade de realizar cirurgia. Paradoxalmente, sua vida familiar também pode ser concebida como assumindo características de famílias com filhos pequenos, uma vez que tem um neto sob sua responsabilidade, demandando investimento de tempo e de recursos financeiros. Cumpre ressaltar a constatação de que o contexto da experiência da participante envolve situação de pobreza de recursos financeiros e um contexto sociocultural de classes populares, o que remete a um padrão de relações familiares em que os papéis de mãe e avó não estejam claramente definidos, sendo os cuidados, de uns para com os outros integrantes da família, compartilhados, no sentido da existência de uma rede ampliada de parentesco. Confirmando essa perspectiva, a rede pessoal significativa nomeada pela participante é de tamanho grande (com 12 integrantes), sendo 10 alocados no quadrante das relações familiares. Ainda, das 20 funções atribuídas aos 12 integrantes de sua rede, 11 delas foram nomeadas como apoio material e de serviços. É digno de nota que a participante recentemente mudou de casa, passando a morar em um bairro diferente do que morou por muito tempo. Nesse novo contexto, não foram citadas relações, para a confecção do mapa, no âmbito das amizades e dos serviços de saúde, muito embora tais relações tenham sido referidas como muito presentes em momento recente após a realização da cirurgia – já que P10 vivia em um contexto de relações estabelecidas de forma consistente. Mediante essa situação de mudança de contexto de moradia, pode-se pensar que as relações familiares tenham adquirido ainda mais importância (incluindo, na denominação da família, o ex-marido e a companheira atual dele), caracterizando uma dinâmica familiar em direção centrípeta.

P11 era uma mulher de 59 anos, solteira, que residia com a irmã e o cunhado. Trabalhava como cabelereira na ocasião da entrevista. Embora a cirurgia tenha sido realizada em caráter emergencial, há 10 meses da ocasião da entrevista, a participante esperava que em algum momento fosse necessário o procedimento, uma vez que tinha uma história familiar positiva para a doença. Justamente por isso, P11 referiu ter sempre cuidado redobrado com a alimentação e com os hábitos, buscando prevenir que o problema gerasse a necessidade da intervenção invasiva. A necessidade de realizar a cirurgia, entretanto, veio de forma inesperada, precocemente, tendo em vista as expectativas da participante. P11 referiu ter um núcleo de relações familiares bastante reduzido, relacionando-se, no âmbito da família, apenas com uma irmã, com quem morava. Na ocasião da entrevista, estava organizando um espaço de moradia para si, individual, ainda que no mesmo espaço físico que morava a irmã e o cunhado. Assim, entende-se que P11 vivenciava, em termos de ciclo de vida familiar, uma situação de afirmação de responsabilidade emocional e financeira pelo eu, o que caracteriza o estágio de lançamento do jovem adulto solteiro. Em contrapartida ao reduzido número de membros na rede pessoal familiar, o mapa de redes nomeado por ela é constituído por um número expressivo de integrantes no quadrante das relações de amizade (com 20 integrantes nesse quadrante, de um total de 28, distribuídos nos três círculos de relações – íntimas, intermediárias e ocasionais), seguido, em número, pelo quadrante das relações na comunidade (com cinco integrantes). No contexto das relações de amizade e no contexto da comunidade, destacou-se a função de companhia.

P12 era uma mulher de 79 anos, viúva há cerca de um ano. Estava hospitalizada quando o esposo faleceu. Portanto, o processo cirúrgico, para essa senhora, é marcado por, minimamente, duas perdas expressivas, a da vitalidade do corpo e do companheiro de muitos anos. Nesse sentido, é possível inferir que a participante vivenciava, na ocasião da entrevista, tarefas condizentes com o estágio tardio da vida. Embora residisse sozinha, referiu ter proximidade física e afetiva das pessoas da família (filhos, irmã e sobrinhos). Aposentou-se em razão da doença cardíaca, enquanto trabalhava como empregada doméstica, há 19 anos, da ocasião da entrevista. Sua rede pessoal significativa pode ser considerada grande (com 9 membros e 4 grupos), havendo uma concentração de integrantes, em termos de tamanho, no quadrante família (5 membros e 1 grupo). Das 19 funções atribuídas aos integrantes de sua rede, prepondera a função de

apoio emocional (com 8 menções), seguida por ajuda material e de serviços ( com 7 menções).