

DENISE MARIA OSUGUI

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO HOMEM COM CARDIOPATIA SUBMETIDO
À CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas UNIFAL-MG, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem.

Linha de Pesquisa: O processo de cuidar em enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliza Maria Rezende Dázio.

Co-orientador: Prof. Dr. Carlos Tadeu Siepierski.

Alfenas/MG
2013

DENISE MARIA OSUGUI

A Banca examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas UNIFAL-MG.

Área de Concentração: Ciências da Saúde.

Linha de pesquisa: O processo de cuidar em enfermagem.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. Eliza Maria Rezende Dázio

Instituição:

Assinatura:

Prof^a. Dr^a.

Instituição:

Assinatura:

Prof^a. Dr^a.

Instituição:

Assinatura:

Prof^a. Dr^a.

Instituição:

Assinatura:

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

Dedico aos **meus pais e irmãos**, que sempre estiveram ao meu lado incentivando-me e apoiando-me na vida; fornecendo-me o combustível para que eu pudesse seguir sempre em frente. Sem vocês, minha vida e meu trabalho não teriam sido realidade, a **minha família, em especial à minha cunhada Cassilda Osugui**, colaboradoras sem igual e ao **Dr. Vismário Camargos de Freitas**, um grande amigo que, nos mais diversos momentos da minha vida, tem estado ao meu lado, apoiando-me, incentivando-me e celebrando o meu sucesso.

AGRADECIMENTOS

A Deus, cuja proteção me permite ter coragem e persistência na tentativa de caminhar para frente, com o olhar voltado para o alto, mantendo-me firme na ação de cada dia, em busca do meu ideal. Pai, agradeço a garra, dedicação, entusiasmo que proporcionaste a mim durante toda a minha caminhada.

A Nossa Senhora das Graças e a Nossa Senhora da Guia por me conduzir em mais uma nova conquista.

À Universidade Federal de Alfenas pela chance de ampliação de conhecimento científico que proporciona à enfermagem.

Meu sincero e eterno agradecimento à coordenação e a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela paciência, dedicação e conhecimentos.

À Prof^a Dr^a Eliza Maria Rezende Dázio, minha orientadora, pela direção segura, encorajadora e pela paciência e presença em todos os momentos decisivos deste estudo, por dividir comigo seus conhecimentos, ouvir-me, apoiar-me, acreditar em mim. Serei eternamente grata.

Ao meu co-orientador, Prof^o Dr^o Carlos Tadeu Siepierski, pelas orientações, “versões”, paciência. Sem você, a antropologia em minha vida não seria hoje tão significativa. Aprendi, amadureci não somente como profissional, mas também como pessoa. Obrigada por tudo!

Ao meu grupo de pesquisa, coordenado pela Prof^a Dr^a Silvana Maria Coelho Leite Fava e à Daisy Moreira Gomes e Cibele Barcelos Fillipini. Obrigada pelo crescimento pessoal e profissional. Nossas discussões em grupo foram essenciais para esta vitória.

À Banca Examinadora pela disponibilidade, dedicação e pareceres.

À equipe do Instituto de Intervenção Cardiovascular, pelo carinho e paciência durante minhas jornadas de estudo.

Aos meus chefes, Dr. Fabiano Amaral Fulgêncio da Cunha, Dr. João Carlos Belo Lisboa Dias e Dr. Vismário Camargos de Freitas, profissionais exemplares, minha eterna gratidão pela força, confiança e incentivo ao meu

crescimento profissional. Se não fosse o apoio de vocês, não conseguiria este mérito. Esta vitória é nossa!!!

Ao meu amigo, Dr. Gustavo Eugênio Martins Marinho, por me incentivar, dividir comigo seus conhecimentos em cardiologia. Meu eterno agradecimento!

Aos informantes desse estudo, pois sem a colaboração de vocês, esse estudo não teria acontecido.

Aos amigos da Equipe de Enfermagem: Mirian, kátia, Luis, Angélica, Eliane, Salete, Aline, Luciani, Marco Antônio, Thiago, Vanda, Cecília, Eliana e todos aqueles que colaboraram com meu crescimento profissional em mais uma etapa de minha vida.

Às amigas e enfermeiras Fernanda Torres, Jaqueline Vitar, Mariana Paulino e Mônica Menezes por me mostrarem, cada uma a seu jeito, que a construção do conhecimento apenas é válida quando existem pessoas com as quais possamos compartilhá-lo. Muito obrigada pela escuta e pelo carinho. A amizade de vocês foi um presente que o tempo do mestrado edificou.

A minha amiga de estudo Jussemara Venturi Nascimento, pela convivência amistosa de ajuda mútua que produz uma energia muito forte. Essa energia é o que nos revigora e nos impulsiona no nosso dia a dia. Vencemos!!!

À minha amiga de estudo, Sara Rosado, meu sincero agradecimento pela dedicação e colaboração durante todo o tempo do mestrado.

Aos meus colegas de trabalho, Valdilene de Fátima Oliveira e Prof^o Dr Alessandro Ferreira Alves, meu sincero agradecimento pela colaboração e incentivo durante toda jornada deste estudo.

Aos meus amigos, Pe. Lucas Reis Pereira, Marta Betânia de Souza, Ivan Moreno de Souza, Silvana Mendes Picheli e José Valdir Picheli, meu eterno agradecimento, pela compreensão de minha ausência, por entenderem que, naquele momento, minha dedicação seria importante para meu crescimento pessoal e profissional. Sou o resultado da confiança e da força de cada um.

RESUMO

Estudo que teve como objetivo compreender o itinerário terapêutico de homens com cardiopatia submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. Para tal compreensão foram utilizados os referenciais teóricos da antropologia interpretativa Geertz, Antropologia Médica de Kleinman e o método etnográfico. Participaram deste estudo vinte e um homens com cardiopatia submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio em um Instituto de Intervenção Cardiovascular de uma cidade do sul de Minas Gerais. Foram respeitadas as questões éticas e os informantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participarem do estudo. A coleta de dados ocorreu no período de março a novembro de 2012, no domicílio dos informantes. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas gravadas, observação participante e anotações em um diário de campo. A análise e interpretação dos dados foram orientadas pelo referencial teórico-metodológico. Da análise surgiram dois núcleos de significados: “Da saúde para a doença: um divisor de águas”; “O corpo marcado”. O primeiro núcleo revela o início das manifestações da doença e suas repercussões, como a perda de autonomia em relação ao processo de saúde/doença; a importância da religiosidade frente ao processo de adoecer; o momento da comunicação da necessidade da cirurgia, o medo diante a uma situação inusitada e a preocupação com a família. No segundo núcleo são abordados o período pré e pós-operatório que envolve o preparo do paciente para a intervenção cirúrgica, a despersonalização decorrente da hospitalização, a ruptura do cotidiano e a resignificação do viver. Constatamos que o subsistema familiar é utilizado por todos os homens. No entanto, sob influência do modelo biomédico, a automedicação é amplamente utilizada pelos depoentes. De forma conjugada eles buscam tratamento no subsistema popular e profissional. Este último é dominante sobre os demais, onde os homens, nesta situação de doença encontram a resolutividade e a cura da enfermidade. Percebemos que as “maratonas” experienciadas pelos homens, a falta de resolutividade de alguns serviços, a ineficiência do sistema de referência e contrarreferência, aliadas à hospitalização e à intervenção cirúrgica geram sentimentos como medo,

angústia, ansiedade e incertezas. A masculinidade pode ter influenciado o homem a banalizar as primeiras alterações no corpo. No entanto, o homem reafirma sua masculinidade exibindo o corpo marcado pela cicatriz cirúrgica como uma vitória, com bravura. Apreendemos que os profissionais de saúde, especialmente a Enfermagem devem receber uma formação que busque a integralidade do cuidado centrada nas diretrizes do SUS, com ênfase ao acolhimento, escuta qualificada, humanização, resolutividade e o comprometimento com o outro.

Palavras-chave: Itinerário terapêutico. Enfermagem. Cultura. Saúde do Homem. Cirurgia cardíaca

ABSTRACT

This study had as objective to understand the therapeutic itinerary of the men with cardiopathy submitted to the surgery of revascularization of the myocardium. For such an understanding were used the references theoretical of interpretative anthropology (Geertz), medical anthropology of Kleinman and the ethnographic method. Twenty-one men participated in this study with cardiopathy submitted to the surgery of revascularization of the myocardium in an Institute of Cardiovascular Intervention of a city southern Minas Gerais. The ethical subjects were respected and the informers signed the Term of Free Consent and Illustrious to participate in the study. The collection of data happened in the period from March to November of 2012, in the informers' home. Interviews semi structured were accomplished recorded, participant observation and annotations in a field diary. The analysis and interpretation of the data were guided by the theoretical-methodological reference. Of the analysis two nuclei of meanings appeared: "From the health for the disease: a divisor of waters"; "The marked" body. The first nucleus reveals the begin of the manifestations of the disease and their repercussions, as the loss of autonomy in relation to the process health/disease; the importance of the religiosity front to the process of getting sick; the moment of the communication of the need of the surgery, the fear before an unusual situation and the concern with the family. In the second nucleus the period pre and postoperative that involves the preparation of the patient for the surgical intervention, the depersonalization due to the hospitalization, the rupture of the daily and the resignification of living. We verified that the family system is used by all of the men. However, under influence of the biomedical model, the self-medication is used thoroughly by the deponent. In a conjugated way they look for treatment in the popular and professional subsystem. This last one is dominant on the others, where the men, in this situation of disease find the resolution and the cure of the illness. We noticed that the "marathons" experienced by the men, the lack of resolutivity of some services, the inefficiency of the system of reference and counterreference, allied to the hospitalization and the surgical intervention generate feelings as fear, anguish, anxiety and uncertainties. The manliness

might have influenced the man to vulgarize the first alterations in the body. However, the man reaffirms his manliness exhibiting the body marked by the surgical scar as a victory, with bravery. We apprehended that the professionals of health, especially the Nursing should receive a formation to look for the integrality of the care centered in the guidelines of SUS, with emphasis to the reception, listens qualified, humanization, resolutivity and the compromising with the other.

Key words: Therapeutic itinerary. Nursing. Culture. Health of the Man. Heart surgery

EL RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo entender el itinerario terapéutico de los hombres con cardiopatía sometido a la cirugía de revascularización del miocardio. Para tal comprensión fueron utilizados los referenciales teóricos de Antropología Interpretativa de Geertz, Antropología Médica de Kleinman y el método etnográfico. Veintiún hombres participaron en este estudio con cardiopatía sometido a la cirugía de revascularización del miocardio en un Instituto de Intervención Cardiovascular de una ciudad del sur de Minas Gerais. Los asuntos éticos fueron respetados y los participantes firmaron el Término de Consentimiento Libre e Ilustre para participar en el estudio. La colección de datos pasó en el período de marzo a noviembre de 2012, en la casa de los participantes. Fueron cumplidas entrevistas semi estructuradas grabadas, observación participante y anotaciones en un diario del campo. El análisis e interpretación de los datos fueron guiadas por la referencia teórico-metodológica. Del análisis dos núcleos de significados aparecieron: "De la salud para la enfermedad: un divisor de aguas"; "El marcado" cuerpo. El primer núcleo revela el principio de las manifestaciones de la enfermedad y sus repercusiones, como la pérdida de autonomía respecto a la salud/enfermedad del proceso; la importancia de la religiosidad frente al proceso de enfermarse; el momento de la comunicación de la necesidad de la cirugía, el miedo antes de una situación rara y la preocupación con la familia. En el segundo núcleo el período pre y postoperatorio eso involucra la preparación del paciente para la intervención quirúrgica, la despersonalización debido a la hospitalización, la ruptura del cotidiano y la re significación del vivir. Nosotros verificamos que el sistema familiar usado por todos los hombres. Sin embargo, bajo la influencia del modelo biomédico, la automedicación es usada completamente por los deponentes. De una manera conjugada ellos buscan el tratamiento en el subsistema popular y profesional. Este último es dominante en los otros, donde los hombres, en esta situación del hallazgo de la enfermedad la resolución y la cura de la enfermedad.

Nosotros notamos que las "maratones" experimentadas por los hombres, la falta de resolutividad de algunos servicios, la ineficacia del sistema de referencia

y counterreference, aliadas a la hospitalización y la intervención quirúrgica generan los sentimientos como el miedo, angustia, ansiedad e incertidumbres. La virilidad podría haber influido en el hombre para vulgarizar las primeras alteraciones en el cuerpo. Sin embargo, el hombre reafirma su virilidad que exhibe el cuerpo marcada por la cicatriz quirúrgica como una victoria, con la valentía. Nosotros aprehendimos que los profesionales de salud, sobre todo la Enfermería debe recibir una formación para buscar la integralidad del cuidado centrado en las directrices del SUS, con el énfasis a la recepción, escucha calificada, la humanización, resolutivita y el comprometimiento con el otro.

Palabra llave: El itinerario terapéutico. Enfermería. La cultura. La salud del Hombre. La cirugía del corazón

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Caracterização sociocultural e clínica dos homens com cardiopatia, submetidos à CRVM, em um Instituto de Intervenção Cardiovascular no sul de Minas Gerais.....	55
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Angina Instável
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CIV	Comunicação Interventricular
CIA	Comunicação Interatrial
CRT	Centro de Referência de Treinamento
CRVM	Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EFOA	Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Severa
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IT	Itinerário Terapêutico
ME	Modelo Explicativo
PAC	Procedimento de Alta Complexidade
PADI	Programa de Atenção Domiciliar e Internação
PNAISH	Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem
RVM	Revascularização do Miocárdio
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TVA	Troca Valvar Aórtica
TVM	Troca Valvar Mitral
UNIFAL	Universidade Federal de Alfenas
USF	Unidade de Saúde da Família
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1	Doença arterial coronariana (DAC).....	22
2.2	Itinerário terapêutico (IT).....	28
3	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLOGICO.....	36
3.1	Antropologia interpretativa e antropologia médica.....	36
3.2	A abordagem metodológica	38
3.2.1	A Etnografia.....	38
3.3	A escolha do contexto social	40
3.4	Aspectos éticos	49
3.5	O trabalho de campo	50
3.6	A análise dos dados.....	51
3.7	A descrição do grupo social pesquisado.....	52
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICES.....	77
	APÊNDICE A - Ofício para o Diretor do Instituto de Intervenção cardiovascular.....	77
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
	APENDICE C - Instrumento de coleta de dados.....	79
	ANEXO.....	80
	ANEXO A - Aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa	80

1. INTRODUÇÃO

Este estudo versa sobre o itinerário terapêutico do homem com cardiopatia submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio.

A motivação para a realização desta dissertação está no fato de que, no decorrer do nosso curso de graduação em Enfermagem, na Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas - EFOA, a área de enfermagem médico-cirúrgica, especialmente a cardiologia, era a que mais despertava o nosso interesse. Procurávamos sempre aprimorar os conhecimentos sobre a assistência de enfermagem ao adulto e idoso tanto em tratamento clínico como cirúrgico.

Assim que terminamos a graduação, tivemos a oportunidade de atuar em um hospital privado de uma cidade do sul de Minas Gerais, na área cirúrgica, onde prestávamos assistência aos clientes, sendo alguns em cirurgia cardíaca. Apesar da pouca experiência clínica, tínhamos o sonho de nos especializarmos em cardiologia.

Em 2005, com a inauguração do Instituto de Cardiologia, naquela cidade, fomos convidadas a assumir a responsabilidade técnica dele, bem como a organizar o seu serviço de enfermagem.

Almejando o aperfeiçoamento técnico-científico, a competência clínica, a segurança e a qualidade da assistência prestada aos clientes, sem esquecer a humanização, ingressamos no curso de Pós-Graduação em Cardiologia, na Faculdade de Ciências Médicas, em Belo Horizonte, no ano de 2006.

O Curso de especialização ofereceu-nos subsídios para entender que, com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia na área da saúde, doenças que há tempos eram consideradas fatais, atualmente representam situações de doença crônica, como é o caso das doenças cardiovasculares (DCV), que constituem a principal causa de morbidade, incapacidade e morte no mundo e no Brasil, especialmente a doença arterial coronariana (DAC).

Dados epidemiológicos reforçam essa afirmativa e revelam que, no Brasil, em 2010, a mortalidade por DCV foi de 326.371 (28,7%) óbitos, na sua maioria, do sexo masculino (52,47%) (BRASIL, 2010). A estimativa populacional no processo de envelhecimento sugere o acréscimo da incidência

e da prevalência de agravo de extensa duração as DCV (OLIVA; PAZ; SOUZA, 2011).

De acordo com projeções para o ano 2020, a DCV permanecerá como causa principal de mortalidade e incapacitação (SANTANA, 2008).

Dentre as DCV, a DAC, designada aterosclerose coronariana, é um evento que resulta em lesões que evidenciam a obstrução do fluxo sanguíneo, principalmente nas artérias coronárias, carótidas, ilíacas, femorais e na aorta. As suas principais manifestações são a angina pectoris, o infarto agudo do miocárdio e a morte súbita (RIBEIRO; OLIVEIRA, 2011).

Para o tratamento da DAC, os procedimentos cardiovasculares de alta complexidade (PAC) representam gastos elevados no sistema de saúde, por serem de alto custo e realizados em doenças de alta prevalência na população (GODOY, 2005).

De acordo com Brasil (2010), nos últimos 30 anos, o aumento progressivo do número de procedimentos diagnósticos e terapêuticos de alta complexidade relacionados às doenças cardiovasculares vem ocorrendo em todo o mundo. No Sistema Único de Saúde (SUS), foram realizados em regime ambulatorial, no ano de 2010, mais de 120 mil cateterismos cardíacos, enquanto que, em 2000, esse número foi de apenas 20 mil, representando acréscimo de 500% em 10 anos. Em 2010, o Ministério da Saúde gastou mais de R\$74 milhões, somente com coronariografias diagnósticas ambulatoriais e cerca de R\$295 milhões com angioplastias.

A cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM) é uma modalidade terapêutica amplamente utilizada no tratamento da doença aterosclerótica das artérias coronárias.

Em face desse contexto, sentimos, como profissionais de saúde, a necessidade de contribuir para a redução do quadro epidemiológico das DCV, através de ações eficazes e eficientes para a promoção da saúde, para a prevenção, para o diagnóstico precoce, para o tratamento e para a reabilitação e atuação constante na educação em saúde.

No decorrer de nosso exercício profissional no Instituto de Cardiologia, adquirimos uma valiosa experiência no atendimento às pessoas com cardiopatia e às suas famílias. Foi possível apreender que o impacto da DAC é sentido por toda a sociedade, pelas repercussões sociais, econômicas e

emocionais que produz. Percebemos que tais repercussões são experiências singulares na vida da pessoa com cardiopatia e na de sua família. Para a pessoa com cardiopatia, muitas alterações são impostas ao seu cotidiano de vida, como afastar-se do trabalho, do convívio social, passar por privações, sofrer as alterações na estrutura e funcionamento do organismo, sentir ansiedade, dor, medo da doença, de suas complicações e até mesmo da morte. A busca por uma melhor condição de saúde lhes impõe a necessidade de uma verdadeira peregrinação pelos serviços de saúde para o tratamento, sozinho ou acompanhado pelos seus familiares.

Constatamos que a maioria das pessoas procurava tratar-se em uma fase avançada da doença, com necessidade de tratamento cirúrgico. Angustiava-nos ver as pessoas buscarem pelo serviço dessa forma. A partir dessa experiência, realizamos um levantamento de dados e verificamos que, no período de 2006 a 2011, o número de homens submetidos à intervenção cirúrgica era maior do que o de mulheres. Tal fato intrigou-nos e passamos a questionar o motivo. Por qual razão o homem procurava pelo serviço em fase tão avançada da doença? Seria medo, inibição, machismo, ou simplesmente por não conhecer a importância de cuidar de si? Como se dá a experiência da doença e da cura? Como é seu itinerário terapêutico?

Frente a essas inquietações, buscamos os referenciais do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH (BRASIL, 2008), o que confirmou nosso levantamento de dados: o homem se cuida menos do que a mulher, chegando às instituições em fases avançadas das doenças, o que pode ocasionar tratamentos mais agressivos. Esse referencial remeteu-nos a alguns questionamentos sobre a prática desenvolvida, tornando-se evidente a existência de uma lacuna entre o cuidar de enfermagem no que se refere aos aspectos preventivos da doença e ao que realmente tem sido realizado na prática, o que despertou ainda mais o nosso interesse em descobrir a trajetória do homem com cardiopatia submetido à CRVM.

Com o nosso ingresso no mestrado e ao cursar a disciplina de Etnografia, pudemos apreender que a cultura influencia o comportamento da pessoa e que o modelo Biomédico de assistência à saúde, embasado na teoria postulada por Descartes (1596-1650), que entende mente e corpo como partes

distintas, trouxe grandes avanços para o diagnóstico e tratamento de muitas doenças (SANTOS, 2006). Apesar disso, esse modelo é incapaz de compreender o ser humano na sua totalidade, diante da enfermidade, uma vez que privilegia o tratamento da doença e não as várias dimensões do ser humano adoecido e a sua cultura.

Cruz e Pereira Júnior (2011) enfatizam que a compreensão do processo saúde-doença envolve as concepções adotadas acerca dos fatores que podem estar relacionados com a manutenção e a promoção da saúde e os determinantes do processo de adoecimento. Essas concepções podem estar fundamentadas em dimensões biologicistas, que consideram que os únicos fatores relevantes nesse processo são de natureza física, ou, numa visão mais ampla, que considera também os aspectos cognitivos, emocionais, culturais e sociais como determinantes da saúde e da doença.

Gerhardt (2006, p. 2449) afirma que são complexas e difíceis de serem apreendidas as formas pelas quais a pessoa escolhe, avalia e adere ao tratamento, se não for levado em consideração o seu contexto sociocultural, “sobretudo frente à diversidade de possibilidades disponíveis (ou não) em termos de cuidados em saúde”. Diante das referências e das nossas inquietações, ficou claro que o itinerário terapêutico, ou seja, os caminhos percorridos pelo cliente na busca para a solução de seus problemas de saúde, bem como os motivos pelos quais ele traçou sua trajetória, diante da heterogeneidade de recursos, deveriam ser conhecidos pelos profissionais de saúde.

As lacunas evidenciadas sobre itinerários terapêuticos apontam para a escassez de trabalhos sobre o homem com cardiopatia, submetido à CRVM, na perspectiva cultural. Este estudo apresenta uma contribuição aos pesquisadores interessados nessa temática.

Pautadas nesse propósito, atreladas à elevada prevalência das doenças cardiovasculares que culminam em intervenções cirúrgicas e às poucas pesquisas científicas em âmbito nacional com homens com cardiopatia, sob o foco de sua cultura, sentimo-nos motivadas a desenvolver este estudo, com vista a compreender o itinerário terapêutico do homem com cardiopatia submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM), morador de uma cidade do sul de Minas Gerais, onde se encontra o referido Instituto de

Cardiologia. Bem como, descrever as características socioculturais e clínicas dos informantes e o contexto familiar e de atendimento à saúde; a identificar os sentidos atribuídos à experiência da CRVM; a descrever a experiência de busca do tratamento cirúrgico de revascularização do miocárdio.

Participaram da pesquisa 21 homens com cardiopatia submetidos à CRVM, maiores de 18 anos, residentes na área urbana da cidade do sul de Minas Gerais, no qual o Instituto está localizado; com capacidade para responder às questões.

Entendemos ser imprescindível compreender o itinerário percorrido pelo homem com cardiopatia, desde quando se sentiu doente e enfrentou a doença até a sua chegada ao Instituto, na procura pelo tratamento da doença cardíaca e CRVM. A forma pela qual a humanidade comporta-se em relação à doença, ou como a percebe, é tema de fundamental relevância para o estudo social das doenças e das formas de lidar com elas.

Para responder aos nossos questionamentos, amparamo-nos nos referenciais da Antropologia Interpretativa de Geertz (1989), Antropologia Médica de Kleinman (1988) e no método etnográfico, uma vez que a Antropologia busca uma “descrição densa”. Entende-se por descrição densa não apenas os depoimentos, mas aquilo que está implícito nos gestos, nas condutas, na maneira de pensar e agir diante do adoecimento, levando-se em consideração o contexto no qual o homem está inserido.

Este estudo foi realizado no período de março de 2011 a janeiro de 2013. Pareceu relevante para a assistência à saúde, à medida que traz contribuições à equipe de saúde e principalmente à Enfermagem para o preenchimento de uma lacuna do conhecimento, no sentido de propiciar a promoção da saúde, valorizar o diagnóstico precoce, acompanhar o tratamento do homem com cardiopatia e proporcionar um tratamento humanizado.

Fundamentadas no referencial da Antropologia, compreendemos que os itinerários terapêuticos do homem com cardiopatia submetido à CRVM são formados pelo subsistema familiar, primeira alternativa para interpretação e tratamento da enfermidade e, de forma conjugada, pelo subsistema profissional de saúde e pelo popular. Constatamos que a masculinidade hegemônica dificulta uma interpretação acurada da gravidade da doença, o que corrobora para o diagnóstico tardio e para a necessidade de terapêuticas mais invasivas.

Para Almeida (2000, p. 17),

[...] a masculinidade hegemônica é um modelo cultural ideal que, não sendo atingível por praticamente nenhum homem, exerce sobre todos os homens um efeito controlador, através da incorporação, da ritualização das práticas da sociabilidade cotidiana e de uma discursividade que exclui todo um campo emotivo considerado feminino. A masculinidade é um processo construído, frágil, vigiado, como forma de ascendência social que pretende ser.

Torna-se evidente que o sistema de referência e contra referência são inefetivos e que as ações para a promoção da saúde e prevenção das doenças, prioridade da Atenção básica em Saúde, ainda são desenvolvidas de forma incipiente e que não corresponde às necessidades do adoecido.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Doença Arterial Coronariana (DAC)

No decorrer dos anos, as sociedades passaram por profundas mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais. A globalização atingiu diversas esferas da vida humana, provocando transformações nos hábitos e no estilo de vida das pessoas (BONETTI, 2006; BRASIL, 2008).

A industrialização e a mecanização da produção, o aumento da renda, a urbanização e a globalização trouxeram grandes benefícios às diversas esferas da vida dos indivíduos. Em contrapartida, ainda estão presentes determinantes sociais, tais como, as desigualdades, baixa escolaridade, diferenças na forma de acesso aos bens, serviços e informação, que corroboram para o aparecimento das condições crônicas. É inegável, no âmbito da saúde, a contribuição da biomedicina para o diagnóstico e tratamento das doenças. As pessoas passaram a viver mais, no entanto, mais expostas a fatores de risco para as condições crônicas, principalmente do aparelho circulatório, câncer, respiratórias, diabetes e musculoesqueléticas, que são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças (BRASIL, 2010; WHO, 2012).

Condições crônicas podem ser definidas como um conjunto de doenças com história natural prolongada, com múltiplos fatores de riscos. O curso clínico, em geral, é lento, prolongado e constante, e as manifestações clínicas têm períodos de remissão e de exacerbação. As lesões celulares ocasionadas pela doença são, na maioria das vezes, irreversíveis e podem evoluir para diferentes graus de incapacidade e até para a morte (LOTUFO, 2004).

As condições crônicas, dentre elas as doenças cardiovasculares (DCV), tornaram-se comuns e são responsáveis pelas maiores proporções de anos de vida perdidos por morte prematura e danos devido à incapacidade. Requerem, do sistema público de saúde, investimentos crescentes para atender a um problema de tal magnitude (BRASIL 2009; WHO, 2012; BRASIL 2010).

Dentre as DCV, as de maior importância em saúde pública são os acidentes vasculares cerebrais e a doença arterial coronariana (DAC), sendo esta, a principal causa de cardiopatia e morte na população adulta,

principalmente nos países industrializados. Sobressaem as síndromes coronarianas agudas (SCA), abrangendo o infarto agudo do miocárdio (IAM) e a angina instável (AI), entre as causas de morte e hospitalização por DCV. (BRASIL, 2009; SANTORO et al. 2006; STENTS, 2009; GRINGS; VIGUERA, 2012).

Na DAC ou insuficiência coronariana, ocorre o estreitamento ou oclusão das artérias coronarianas por aterosclerose, ou seja, a “obstrução do fluxo sanguíneo vascular, decorrente do crescimento intraluminal dos componentes lipídicos e/ou celular da lesão, bem como de graus variáveis de um remodelamento constritivo da parede arterial” (LAURINDO, 2000, p. 115; SANTORO et al. 2006).

A DAC pode se apresentar na forma aguda ou crônica. Na aguda, como uma síndrome coronariana aguda (SCA), que abarca a angina instável e o infarto agudo do miocárdio e, na forma crônica, como na angina estável. O termo SCA é utilizado quando as pessoas apresentam evidências clínicas ou laboratoriais de isquemia aguda, provocada com frequência, por instabilização de uma placa aterosclerótica que leva ao desequilíbrio entre o suprimento e demanda de oxigênio para o miocárdio. (BRASIL, 2009).

Os fatores de risco para DAC são de natureza modificáveis, constituídos pelos hábitos não saudáveis de vida como o fumo, a obesidade, o sedentarismo, alimentação rica em gorduras saturadas, com alto valor calórico e o uso abusivo de sal. Há, também, os fatores não modificáveis que compreendem a idade e a hereditariedade.

Constituem manifestações clínicas da SCA: sudorese, pele fria e pegajosa, precordialgia, mal estar, náuseas, enjôos e ansiedade (LEWS, 2010). Grossman (2012) destaca que a obstrução coronariana pode não ser percebida pelo pessoa, caracterizando a isquemia silenciosa. Em todas as situações clínicas da doença, a pessoa assintomática pode contribuir para o aumento da ocorrência de eventos coronarianos, ou até mesmo da morte.

Em relação à terapêutica, tem-se: a clínica, a revascularização percutânea e a revascularização cirúrgica, sendo essa, a preferencial em pessoas com elevada complexidade angiográfica e indiscutivelmente superior na capacidade de evitar novos procedimentos de revascularização (ANDRADE et al . 2012).

Uma nova técnica de tratamento que tem sido explorada é a demonstração de que alguns fatores de crescimento vascular têm o potencial de induzir angiogênese no tecido isquêmico, com a perspectiva de restabelecer a circulação colateral, em especial as pessoas com angina refratária, que são inviáveis para as técnicas de revascularização miocárdica tradicional, cirúrgica e ou percutânea (KALIL et al., 2010).

A terapêutica clínica segue a conduta através da prescrição médica de fármacos, como os nitratos, os beta bloqueadores, os bloqueadores dos canais de cálcio, os antiagregantes plaquetários, os inibidores da enzima conversora de angiotensina, estatinas (medicamentos redutores de colesterol) que, por meio do uso contínuo, poderão ser capazes de interferir no prognóstico das possíveis comorbidades cardiovasculares (TAKIUTI et al., 2007). Além disso, a pessoa e familiares são orientados quanto à necessidade de mudanças dietéticas, como redução do sal e de gorduras animais; abolição do tabagismo e etilismo, redução do estresse e práticas regulares de exercícios físicos, sob acompanhamento.

A revascularização percutânea ou angioplastia coronária transluminal percutânea consiste na inserção de uma prótese expansível denominada *stent*, feita de aço inoxidável, de cobalto-crômio, platina ou crômio, com o objetivo de desobstrução do vaso, proporcionando a melhora do fluxo sanguíneo coronariano. Existem dois tipos de *stents*, sendo que um é o convencional e o outro tipo tem também ação farmacológica e superioridade em relação à redução de reestenose, quando comparado ao convencional (STEFANINI; HOLMES JUNIOR, 2013).

A revascularização cirúrgica do miocárdio ou revascularização da artéria coronária por meio das técnicas de CABG - *coronary artery bypass graft*, começou a se delinear há pouco mais de quatro décadas, com um progresso vertiginoso. Continua a ser o sustentáculo do tratamento efetivo para pessoas com DAC, apoiado pelos avanços nas técnicas de diagnóstico, cirúrgicas, anestésicas e pelo aprimoramento do cuidado fornecido nas unidades de terapia intensiva, embora as técnicas intervencionistas em cardiologia com o uso de cateter continuem a se expandir e o tratamento clínico tenha melhorado (BRAILE, 2012).

CABG constitui “um procedimento cirúrgico no qual um vaso sanguíneo é enxertado em uma artéria coronária ocluída, de tal forma que o sangue possa fluir além da oclusão” (SMELTZER et al, 2012, p. 782). O meio que permite maior permeabilidade é o arterial, sendo que os enxertos com a artéria torácica interna e com a mamária são preferidos pela maior permeabilidade a longo prazo, em relação ao enxerto venoso que utiliza a safena (LEDOUX; LUIKART, 2005).

A revascularização do miocárdio (RVM) utilizando enxertos arteriais, assim como a mamária, tem demonstrado proporcionar a melhora dos sintomas anginosos e contribuir para aumentar e proporcionar qualidade de vida de pessoas portadores de doença coronariana, visto que, nas duas últimas décadas, muitos estudos demonstraram bons índices na sobrevida e patência em longo prazo das pessoas que foram submetidos à revascularização do ramo descendente anterior com artéria torácica interna esquerda (GUAZILIN, 2004; KARTHIK; FABRI, 2006).

Para a realização da maioria das cirurgias cardíacas é necessário “parar o coração”, através da infusão de solução cardioplégica, o que também confere proteção ao miocárdio. Assim, faz-se necessário a circulação extracorpórea para a perfusão do músculo cardíaco (LEDOUX; LUIKART, 2005).

A circulação extracorpórea, em um sentido mais amplo, é feita por um conjunto de máquinas, aparelhos, circuitos e técnicas, mediante as quais se substituem temporariamente, as funções do coração e dos pulmões, enquanto esses órgãos ficam excluídos da circulação. As funções de bombeamento próprias do coração são desempenhadas por uma bomba mecânica e as funções dos pulmões são substituídas por um aparelho capaz de realizar as trocas gasosas com o sangue (SOUZA; ELIAS, 2006).

O avanço tecnológico em cirurgia cardíaca aberta, onde visualiza o coração, através da técnica minimamente invasiva, promete ser um dos maiores avanços na área. Desse modo, a pessoa poderá ser tratada com pequenas incisões (BRAILE, 2012).

Dependendo da cirurgia e da recuperação pós-operatória da pessoa, dentro de quatro a cinco dias após a cirurgia, poderá receber alta hospitalar. Embora ele e seus familiares demonstrem ansiedade para receber a alta hospitalar, esse também é um momento de apreensão para ambos. Podem

sentir-se inseguros e desprotegidos da vigilância constante da equipe de saúde. Os familiares podem expressar o medo de não serem capazes de cuidar da pessoa em casa e preocupam-se com a ocorrência de complicações. A pessoa poderá sentir-se incomodado por depender dos familiares para os cuidados físicos e preocupado também com a ocorrência de complicações (CARVALHO; MAMEDE; ARAÚJO, 2011; SMELTZER et al., 2012).

Zaslavsky e Gus (2002) ressaltam que a alta hospitalar implica maior ansiedade para a pessoa com cardiopatia e para seus familiares, uma vez que, o início do processo de reabilitação, a submissão a um estilo de vida que exige mudanças no padrão alimentar e o abandono de hábitos como o tabagismo e o etilismo podem constituir fatores mais estressantes a pessoa que sua própria internação.

Para o senso comum, o coração é o órgão vital, sede da vida, assim, a DAC é vista, pela pessoa e pelos seus familiares, como uma ameaça à condição física, psíquica e ao próprio destino, o que gera angústias, medo e ansiedade, principalmente quando existe a necessidade de hospitalização e intervenção cirúrgica (BONETTI, 2006; COSTA; SILVA; LIMA, 2010; PARCIANELLO; FONSECA; ZAMBERLAN, 2011).

A DAC, a hospitalização e a cirurgia cardíaca podem abalar a identidade da pessoa, uma vez que interrompem as atividades cotidianas do ser humano, pela perda das capacidades físicas, interferindo até nos relacionamentos e na inserção social e pode acontecer de a pessoa não visualizar possibilidades de reconstrução (ADAM; HERZLICH, 2001; BONETTI, 2006).

Concordamos com Bonetti (2006), quando afirma que o processo terapêutico das pessoas com cardiopatia demanda, dos profissionais de saúde, o desenvolvimento de uma relação mais próxima e humanizada que apreenda “as reais necessidades das pessoas sob a sua própria perspectiva” para que elas consigam familiarizar-se com a enfermidade, deixem de representá-la como destruição, desvantagens e impossibilidades e reencontrem novo sentido de viver (BONETTI, 2006, p.36).

Frente à cirurgia cardíaca que ameaça a vida, a pessoa e familiares devem receber a atenção de uma equipe multidisciplinar, sob a perspectiva da integralidade do ser, não só no pré-operatório, mas também no trans e pós-operatório, bem como no preparo para a alta hospitalar, para que tenham uma

compreensão clara a respeito de todo o processo do qual a pessoa é o centro da atenção (ALVES et al., 2010).

A Enfermagem, uma prática social que tem como eixo central o exercício de cuidar (WATSON, 1979), deve compreender como se relacionam entre si a saúde, a enfermidade e o ser humano dotado de dimensões biopsicossocioespiritual, que se descobre com uma cardiopatia.

Assim, concordamos com Ayres (2002, p.17), quando enfatiza que a assistência à saúde deve estar permeada pelo cuidar e não pelo tratar. Para o autor, “cuidar é sustentar no tempo, contra e a partir de resistências diversas da matéria, uma forma humana de ser”.

Consideramos imprescindível que o enfermeiro planeje a assistência, embasado nos conhecimentos técnico-científicos, no entanto, para cuidar é imprescindível ter ética e ir além das aparências, valorizar aspectos qualitativos, conhecendo a perspectiva de quem vivencia, a sua cultura, a sua história de vida e a maneira pela qual construiu sua identidade (BETTINELLI; ASKIEVICZ; ERDMAN, 2003).

Nesse contexto, entendemos que o enfermeiro deve sistematizar a assistência ao ser humano que será submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio, desde o pré-operatório até a alta e o acompanhamento domiciliar, sob a perspectiva da integralidade do cuidado, recebendo a pessoa e seus familiares, de forma humanizada, com vistas ao acolhimento, capacidade de escuta e estabelecimento de vínculos, o que propiciará maior tranqüilidade e melhor adaptação à sua nova situação.

No pós-operatório é essencial que o enfermeiro estabeleça a assistência sistematizada não apenas relacionada aos aspectos físicos, mas também ao autocuidado e à participação da família no processo de reabilitação (QUEIROZ et al., 2007).

Cientes de que a DAC constitui um problema de saúde pública e é responsável por mais da metade da mortalidade mundial, entendemos que é premente a Educação em Enfermagem, sob um olhar não apenas na perspectiva biomédica, mas, sobretudo, valorizando a pessoa em seu contexto de vida para o desenvolvimento de ações coerentes para a promoção, proteção, diagnóstico precoce e recuperação da saúde da população.

A equipe de saúde, ao considerar a experiência do adoecimento sob o ponto de vista do adoecido, propicia o conhecimento do itinerário terapêutico e possibilita o planejamento de ações, com vistas a estimular a potência para o tratamento, motivá-los para o auto cuidado e adesão ao tratamento.

2. 2 Itinerário Terapêutico (IT)

“O IT é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição” (ALVES; SOUZA, 1999, p. 133).

Para Gerhardt (2006), IT pode ser descrito como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos pelo indivíduo, com o intuito de solucionar seus problemas de saúde e envolve práticas individuais e socioculturais. Diante das possibilidades diversas ou das impossibilidades de cuidados em saúde, os processos de escolha, avaliação e adesão ao tratamento são complexos e difíceis de serem entendidos, se os profissionais de saúde não levarem em consideração o contexto do indivíduo.

Alves e Souza (1999) descrevem que os primeiros trabalhos sobre IT foram elaborados na concepção voluntarista, racionalista e individualista, conhecida como comportamento do enfermo (*illnessbehaviour*), criada por Mechanic e Volkart (1960) e foi objeto de crítica de estudiosos. Parsons (1964) entendeu esse modelo como simplificado e acrescentou que, para entender a ação humana, é imprescindível levar em consideração a importância dos valores e normas que orientam a conduta das pessoas. As críticas sobre “*illnessbehaviour*” contribuíram para as reformulações teórico-metodológicas sobre IT.

John Janzen, desde 1960, realizou estudos relacionados às questões de saúde, doença e cura na África, buscando uma compreensão contextual e holística das abordagens de doença e cura, combinando terapias africanas às procedentes do ocidente (JANZEN, 1992, 1978).

A partir da década de 70, os trabalhos etnográficos salientaram que as sociedades e os grupos sociais existentes dentro delas elaboram diferentes

concepções médicas sobre causas, sintomas, diagnósticos e tratamentos de doenças e também estabelecem as convenções sobre o comportamento do doente (ALVES; SOUZA, 1999).

Artur Kleinman (1988) contribuiu com os estudos sobre IT por meio da reflexão socioantropológica relacionada às condutas de tratamento para o processo aflitivo (PINHO; PEREIRA, 2012). Kleinman apresentou o Modelo Explicativo (ME) de enfermidade aos profissionais, como um novo caminho para o reconhecimento e para a análise dos processos culturais na saúde, levando em consideração as dimensões cognitivas, sociais e as representações individuais. No entanto, para o ME, é imprescindível uma abordagem metodológica que propicie à pessoa um contato próximo e a exposição dos sentidos dados à doença. Estão envolvidos na obtenção do ME a etiologia do problema, o tempo e modo do aparecimento dos sintomas, a fisiopatologia, o curso da doença, o prognóstico e o tratamento conseguido.

O autor acima citado classifica em três grupos os sistemas de cuidado à saúde: subsistema formal ou familiar, o popular e o profissional. No subsistema familiar, as doenças são reconhecidas, definidas e tratadas e participam dele o indivíduo e suas redes sociais. No subsistema popular, rezadeiras, pastores, pais de santo e curandeiros compartilham valores culturais básicos, as visões de mundo do contexto no qual estão inseridas as pessoas e as crenças relacionadas à origem da doença, significado e tratamento. O subsistema profissional compreende os profissionais da área da saúde que são reconhecidos por lei, com embasamento científico e aprendizado formal. É embasado na biomedicina e tem, como referência, a doença como processo biológico.

Pinho e Pereira (2012, p. 438) descrevem que, no Brasil, os estudos sobre IT têm aumentado, especialmente, nos últimos dez anos. As autoras observaram que, em alguns, persiste a descrição de IT como relacionados ao trânsito das pessoas pelas instituições de saúde. Nessa perspectiva, o IT é visto como um “perambular” de indivíduos pelos serviços de saúde, demonstrando um olhar mais centrado no modelo biomédico, no entanto partes significativas do IT são excluídas. As autoras consideram importante esse olhar, pois esses estudos podem direcionar a elaboração de políticas públicas, visto que, o itinerário é circunscrito aos serviços de saúde, mas destacam que

compete à antropologia o desafio de seguir minuciosamente a diversificação, apreendendo os itinerários com um olhar diferenciado sobre a experiência dos sujeitos.

Alves e Souza (1999) relatam que a análise do IT, centrada apenas na identificação dos serviços disponíveis, dos modelos explicativos e na utilização que as pessoas fazem das agências de cura, é insuficiente para compreender o complexo processo de escolha que as pessoas fazem e enfatizam que a escolha do tratamento sofre influência do contexto sociocultural no qual as pessoas estão inseridas. Para os autores, as decisões sobre o tratamento se dão dentro de um complexo processo, no qual importa tanto a adesão das pessoas a certas imagens, quanto as interações que ocorrem no interior das redes de relações dos indivíduos, que podem, ou não, confirmar essas imagens. Isso deve ser considerado na análise do IT.

Alves e Souza (1999, p. 134) descrevem que:

de um lado, o IT é uma experiência vivida, real, por outro, sua interpretação é uma tentativa consciente de se remontar ao passado com objetivo de conferir sentido ou coerência a atos fragmentados. Nesse sentido, o IT envolve tanto ações quanto discurso sobre essas ações.

Na Enfermagem e em outras áreas da saúde, existem diversos estudos sobre itinerário terapêutico, com diferentes enfoques teórico-metodológicos. A seguir, elencamos os estudos desenvolvidos com adultos, área de interesse deste trabalho, que foram mais significativos. Apontamos lacunas no conhecimento, as quais pretendemos preencher.

Silva, Souza e Meireles (2003) estudaram “O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos” e concluíram que o IT inicia-se com as percepções de algo mudado no organismo; várias tentativas de cuidados e tratamentos pelos subsistemas, sem linearidade; com predomínio do subsistema profissional.

Merino e Marcon (2007) são enfermeiras que realizaram o estudo sobre “Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte”, com o objetivo de identificar as concepções de saúde e o itinerário terapêutico adotado por indivíduos adultos em um município de pequeno porte. A maioria dos homens afirmou que suas doenças

eram esporádicas, não necessitando de atenção e preocupação que os levassem a perder tempo e afastar-se das atividades diárias. No IT, a maioria utiliza automedicação e finalmente o serviço de saúde oficial. Constataram diferenças entre os sexos na forma de reconhecer a doença e buscar soluções, o que deve ser considerado pelo sistema de saúde, de forma a facilitar o acesso dos indivíduos, respeitando suas particularidades e individualidades. Este estudo despertou ainda mais o interesse em investigar o IT de homens com cardiopatia submetidos a CRVM, uma vez que trouxe contribuições acerca do IT de homens.

Em 2008, Mângia e Muramoto desenvolveram o estudo sobre “Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores”. Destacaram a necessidade de incorporação de novos recursos, capazes de contribuir com a construção e formulação de propostas de intervenção que sejam centradas no indivíduo e considerem sua interação com seu contexto e história de vida. Apropriaram-se do modelo proposto por Merhy, que defende que as novas abordagens devam ser construídas a partir do universo relacional, onde é possível produzir o “cuidado que cuida”.

O estudo de Barboza; Constantino (2009) intitulado “Itinerário do usuário do SUS” tem como objetivos conhecer o itinerário que os usuários do SUS percorrem para a resolução de seus problemas, verificar a qualidade dos serviços ofertados e desmistificar as dificuldades encontradas nesse caminho. Concluíram que os usuários encontram um itinerário tortuoso, enfrentam dificuldades pelo caminho até conseguirem resolver seus problemas de saúde. Constataram, também, que muitas vezes não conseguem alcançar seus objetivos, ficando sem soluções e recorrem a outros meios para a resolução dos seus problemas.

Nabão e Maruyama (2009) estudaram “A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto”, com o objetivo de compreender a experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico em relação à vivência da dor empreendida por uma pessoa com IAM. A análise dos dados revelou inicialmente, a busca por cuidado popular, depois, busca pelo “farmacêutico” e, a seguir, a entrada no sistema profissional.

Os “Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família” foram pesquisados por Guerin;

Rossoni; Bueno (2012), com o objetivo de analisar o percurso de usuários, quando não foram atendidas as necessidades prescritivas de medicamentos em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de Porto Alegre, RS. Os principais problemas relatados foram a falta de recursos financeiros, dificuldade física de locomoção, falta de informações, efeitos colaterais, receita médica não legível, falta do medicamento nas Farmácias Distritais, receios relacionados a efeitos atribuídos ao medicamento, “burocracia”.

Pinho e Pereira (2012) pesquisaram sobre “Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados” e apresentam os itinerários terapêuticos de usuários soropositivos do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS (CRT), da cidade de São Paulo. Nos itinerários acompanhados, as práticas e perspectivas religiosas fizeram emergir diferentes interpretações da epidemia da AIDS, as quais passaram a negociar com os significados previamente adquiridos pela biomedicina. Os autores observaram que as opções não se isolam: antes, apresentam-se como partes consecutivas que fluem sem limites claramente delimitados.

O estudo intitulado “Itinerário Terapêutico de Adolescentes e Adultos Jovens com Osteossarcoma” desenvolvido por Fundato et al. (2012) teve como objetivo conhecer o itinerário terapêutico de pessoas com osteossarcoma desde os primeiros sinais e sintomas até serem atendidos em um serviço de saúde especializado. Diversos fatores influenciam na demora para que a pessoa com esse diagnóstico seja encaminhado para tratamento em um serviço especializado. O sistema familiar foi o primeiro acionado na busca de solução do problema, de forma conjugada com o subsistema de saúde profissional. Falhas nos diferentes níveis de atenção à saúde contribuíram para o atraso significativo no estabelecimento do diagnóstico.

“Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro” foram pesquisados por Ferreira e Espírito Santo (2012). Os resultados revelaram que a oferta de serviços é distribuída de forma heterogênea, sendo ela mesma fator gerador de desigualdades na doença. Os conhecimentos e práticas desses indivíduos foram construídos por experiências diversas, em situações biográficas determinadas e que não há um modelo único de itinerário terapêutico. Acrescentam que as “maratonas” urbanas percorridas pela

população local denunciam a urgência de o Estado colocar em prática políticas mais justas, com um acesso completo à assistência à saúde, garantindo assim o respeito aos direitos.

Cabral et al. (2011) apresentaram um estudo descritivo a partir da revisão da produção científica desenvolvida no Brasil nos últimos 20, descrevendo e analisando as abordagens realizadas sobre “Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil” A busca resultou em 11 artigos que foram submetidos à análise de conteúdo por meio de categorização. Observaram que os estudos sobre itinerários terapêuticos no Brasil são recentes e pouco explorados por pesquisadores e gestores. A abordagem socioantropológica oferece suporte teórico à maioria dos estudos realizados. O principal foco de interesse é a percepção da pessoa sobre a doença e tratamento. Poucos são os estudos que associam aspectos sobre o acesso e utilização dos serviços e fatores relacionados ao contexto da pessoa. Para as autoras, pesquisas sobre itinerários terapêuticos constituem importante ferramenta para a assistência qualificada.

Atuando há seis anos em um Instituto de Intervenção Cardiovascular do sul de Minas Gerais, percebemos que os profissionais de saúde, como nós, enfermeiros, estão diante de grandes desafios. A cada dia, aumenta a incidência de homens atendidos com DAC e que são submetidos aos procedimentos mais agressivos. Vivenciar essa realidade implica repensar a assistência à saúde num sentido mais amplo, implementando novas estratégias que visem aos aspectos preventivos da DAC e ao melhor atendimento a essa parcela da população. Diante dessa necessidade, surgem questões que emergem do contexto do homem, que os profissionais de saúde desconhecem, como suas próprias histórias de vida e, conseqüentemente, os diversos modos pessoais de cuidar de si e tratar da enfermidade.

A enfermagem trabalha com ética e tem conhecimento científico e técnico para planejar e implementar ações na Unidade de Saúde da Família, que visem à promoção e à manutenção da saúde, bem como, à assistência hospitalar ao homem com DAC, que será submetido a tratamento clínico, ou cirúrgico, como uma revascularização do miocárdio. No entanto, nossas práticas assistenciais ainda estão centradas nos procedimentos profissionais, demonstrando a hegemonia do modelo biomédico. Mesmo diante da

consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípios a integralidade, universalidade das ações, acolhimento e assistência humanizada, parece que nossas ações encontram-se numa perspectiva de oferecer informações sobre a doença e tratamento, voltadas para os fatores de risco, para a hipertensão arterial e para o controle glicêmico de pessoas com Diabetes Mellitus.

Na prática, observamos que grande parte dos homens não consegue controlar os valores pressóricos e nem da glicemia, tem dificuldade de adesão ao tratamento. Essas constatações remeteram-nos a alguns questionamentos sobre as ações profissionais, a educação para a saúde, a motivação, empoderamento das pessoas ao tratamento e sobre a experiência de homens pelos sistemas de cuidado de saúde e no contexto no qual estão inseridos. Entendemos a necessidade de irmos além, estendermo-nos aos modos de cuidar/abordar da enfermidade pelo homem, ou seja, a grandeza cultural. Considerar os contextos e experiências perpassadas pela busca terapêutica é condição imprescindível para o planejamento da assistência.

Concordamos com Santos (2006) quando afirma que o modelo biomédico de assistência à saúde trouxe grande progresso para o diagnóstico e tratamento de muitas doenças; porém ainda, é incapaz de compreender o ser humano na sua totalidade, na sua cultura diante da enfermidade, pois ele entende mente e corpo como partes distintas do homem.

Atentar ao percurso pelo qual o homem passou, na busca por tratamento e cura da enfermidade, é essencial para essa compreensão, ao mesmo tempo em que oferece subsídios para prevenção da doença, diagnóstico precoce e tratamento.

É importante que o enfermeiro conheça o itinerário terapêutico de um grupo social na perspectiva cultural, o que irá favorecer o estabelecimento de estratégias para a promoção da saúde, prevenção das enfermidades, diagnóstico precoce, tratamento das pessoas com vistas à reabilitação e à melhor qualidade de vida.

Alves e Souza (1999); Mângia e Muramoto (2008) descrevem que a coleta de narrativas sobre o processo saúde/doença tem sido objeto de estudos e tem mostrado que as redes sociais determinam a maneira pela qual a doença é compreendida, expressada e vivida pelas pessoas. Bem como,

informam sobre como os tratamentos propostos são avaliados, experimentados, aceitos ou abandonados, demonstrando que os profissionais devem mudar o olhar sobre a participação dos usuários do serviço, no processo de cuidar.

Diante do exposto, apreendemos que são várias as contribuições dos pesquisadores para o desenvolvimento de estudos sobre os IT. Mas, entendemos que ainda existem algumas lacunas principalmente em relação ao IT do homem com cardiopatia submetido à CRVM. Este estudo busca dar respostas a uma melhor compreensão da experiência do homem perante a enfermidade. Apresentamos, a seguir, os pressupostos teóricos e metodológicos que nos ajudaram a focalizar o objeto de pesquisa.

3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Tendo como objeto de estudo o Itinerário Terapêutico do homem com cardiopatia submetido à CRVM, apropriamos dos referenciais da Antropologia Interpretativa de Geertz (1989), do Modelo de Sistema de Cuidado à Saúde de Kleinman (1988) e do método etnográfico.

3.1. Antropologia Interpretativa e Médica

Clifford Geertz (1926-2006) antropólogo norte americano renomado no cenário acadêmico, principal representante da antropologia interpretativa, ou hermenêutica, desenvolveu pesquisas em Java, Bali e Marrocos (PORTELLA, 2006). Para ele, a antropologia interpretativa procura compreender o significado das condutas humanas, dos rituais, das instituições, dos hábitos, das concepções e valores, fazendo a análise antropológica que leva em consideração o contexto histórico, social e cultural no qual as coisas acontecem. Para isso, o pesquisador precisa estar perto da vida social, perto da lógica informal da vida real, observando o fluxo do comportamento das pessoas para ter acesso às construções simbólicas. Defende um conceito semiótico, isto é, compreensivo, para a cultura. “Sema” como ideia de signo, como sinal, como símbolo. O símbolo simboliza, o símbolo significa. Assim, trabalhar com o conceito de cultura é trabalhar com o conceito de significado.

Para Geertz (1989, p. 15)

[...] o homem é um animal amarrado a teia de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; [...] como uma ciência interpretativa, à procura do significado.

Na concepção de Geertz (1989) a cultura é uma rede de significados múltiplos que têm relação com o contexto em que ocorrem; é construída pelo próprio sujeito, compartilhada pelo grupo social e serve de orientação para a conduta de seus membros. A cultura é complexa e os significados não estão

soltos, eles se articulam. É no conjunto de significantes que os significados se constroem.

Minayo (2007) descreve que mesmo diante de uma experiência comum a todos, como neste estudo em que o homem se descobre alterações no corpo e sai em busca de tratamento, a pessoa tem reações diferentes, uma vez que o conhecimento é individual, mas, aquela experiência passa por uma elaboração interior subjetiva e intersubjetiva, mediada pelo senso comum, pela experiência vivida. Diante disso, para compreensão dos fenômenos relacionados à condição humana é imprescindível o conhecimento do senso comum para a compreensão do IT do homem com cardiopatia submetido à CRVM em nosso estudo, para a interpretação dos seus significados.

No decorrer dos anos, a inquietação com as questões de saúde estiveram sempre presentes e a proposta interpretativa se distingue das demais por buscar colocar a relação entre cultura e doença no centro de seu interesse, preocupando-se com o ser humano que adoece e com toda a dinâmica do tratamento na perspectiva do adoecido, relativizando a biomedicina, que reflete uma concepção de saúde reduzida a “ausência de doença” centrada nos causadores biológicos, em detrimento dos sociais na averiguação dos fenômenos de saúde e de doença (LANGDON, 1994; ROZEMBERG; MINAYO, 2001).

Para Kleinman (1980) todas as atividades de cuidado em saúde constituem respostas socialmente organizadas diante das doenças, sendo estudadas como “sistema cultural de cuidados em saúde” organizado por meio da interação entre os setores profissional, tradicional e popular.

Para estudar os problemas de comunicação associados às atividades de saúde, Kleinman (1980) elaborou o conceito de "modelo explicativo" constituído por noções elaboradas a partir de episódios de doenças e em referência aos tratamentos que foram utilizados. Aponta “os modelos explicativos dos profissionais e dos doentes e familiares” permitindo abordar sistematicamente, e em seus aspectos plural e dinâmico, o conjunto de valores, crenças e normas de conduta predominantes no campo da saúde. Estudar os modelos explicativos utilizados por diferentes doentes, familiares e profissionais, dentre

outros, possibilita uma avaliação da extensão que separa os modelos médicos dos não médicos, bem como uma análise dos sucessos e percalços do encontro entre os modelos culturais e os modelos médicos durante as atividades clínica, educativa ou de pesquisa (UCHÔA; VIDAL, 1994, p. 500).

3.2 A abordagem metodológica

Como o objetivo deste estudo é o de compreender o IT do homem com cardiopatia submetido à CRVM, escolhemos a abordagem metodológica qualitativa, uma vez que essa preocupa-se em interpretar os fenômenos sociais, na perspectiva de quem experiênciam, por meio da relação intersubjetiva (POPE; MAYS, 2009).

A justificativa para a escolha dessa abordagem metodológica está no fato de que, conhecer as significações do processo saúde-doença e as escolhas empreendidas pelos homens para o tratamento da aflição, entendida como grande sofrimento, dor profunda, padecimento físico, angústia, tem fundamental importância para nós, profissionais de saúde, no sentido de aprimorar ações para a promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e melhor qualidade de vida (FERREIRA, 2008; POPE; MAYS, 2009; FAVA, 2012).

3.2.1 Etnografia

Utilizamos a etnografia uma vez que está tradicionalmente ligada à antropologia e permite uma visão diferenciada para o processo de adoecimento ao considerar todos os aspectos que influenciam a experiência da pessoa, inclusive o contextual.

Geertz entende a etnografia

[...] como uma descrição densa, [...] é como tentar ler no sentido de construir uma leitura, um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escritos não como os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios do comportamento modelado (1989, p.20).

Para Helman (2006), a etnografia fornece subsídios necessários à compreensão, uma vez que, está relacionada ao estudo das pequenas sociedades ou grupos relativamente pequenos de pessoas com a finalidade de entender o modo pelo qual elas vêem o mundo e organizam seu cotidiano. De tal modo que busca a “perspectiva do ator”, ou seja, mirar a perspectiva de mundo por meio de um membro pertencente àquela sociedade.

Consideramos importante enfatizar que a descrição etnográfica é microscópica, microssociológica (Geertz, 1989), pois entendemos que é impossível pela característica de imersão no campo trabalhar com uma base muito grande, mas um recorte do “micro” deve remeter a grandes questões, pois se não for geral, não é científico. Sendo assim, aquele que desenvolve uma pesquisa acaba descrevendo o discurso social, interpreta o significado e o transforma em conhecimento científico.

Geertz (1989) enfatiza que em livros, a prática de etnografia está relacionada ao estabelecimento de relações, seleção de informantes, transcrição de textos, mapeamento de campos e anotação em diário de campo. Mas para ele, isso não basta. É imprescindível o esforço intelectual para produzir uma “descrição densa”. Ou seja, é passar de apenas uma descrição superficial para uma descrição densa. É tentar entender o dito do discurso social e nós pesquisadores precisamos de ousadia intelectual para apreender o que foi dito, para compreender o significado, uma vez que o discurso social não envolve apenas a fala do informante, é preciso observar o comportamento das pessoas, uma vez que o mundo social se dramatiza na nossa frente.

Ao lançar mão do método etnográfico, o pesquisador permanece em campo por um período prolongado, permitindo o contato direto com o informante e com o seu contexto e ao mesmo tempo possibilita ao pesquisador, relativizar o conjunto de crenças e valores que lhe são familiares (DA MATTA, 2000; CAPRARA; LANDIM, 2008).

Para a coleta de dados realizamos a observação participante, as anotações em um diário de campo e as entrevistas semi-estruturadas gravadas com permissão.

A observação participante é uma técnica que permite um contato com o informante, consentindo acompanhar suas experiências diárias e aprendendo o significado que atribuem à realidade e às suas ações, o que se torna uma das fases mais delicadas da rota da investigação, uma vez que, há um compromisso vasto com o resultado coletado (MANZO, 2010).

A observação participante propicia a oportunidade de união objeto de pesquisa a seu contexto, de agregar o observador à sua observação, valorizando a interação social, uma vez que, produz cultura, linguagem, regras (QUEIROZ, 2007).

O diário de campo é essencial ao trabalho do pesquisador, uma vez que permite que ele registre os momentos que o julgar interessante. É importante acrescentar que seja reflexivo e analítico (IBIAPINA, 2004).

A entrevista semiestruturada permite ao informante responder ao pesquisador as questões relacionadas ao estudo, defendendo este estar atento às pistas que o informante apresenta para poder retomá-las, o que contribuirá para a compreensão do significado (DUARTE; 2002; MINAYO; 2007).

A ciência tem início quando há a construção do saber teórico conjuntamente à coleta de dados, ou seja, não há empirismo, pois logo após estes dados são interpretados pela literatura (CAPRARA; LANDIM, 2008).

3.3 A escolha do contexto social

Para o desenvolvimento deste estudo seguimos as etapas propostas por Hammersley e Atkinson (2007): a escolha do contexto social, o trabalho de campo e a análise de dados.

Nesta etapa dois elementos básicos estão envolvidos: os informantes do estudo e o local em que será realizado.

A situação social escolhida neste estudo envolve os diferentes locais em que os informantes, homens com cardiopatia submetidos à CRVM percorrem na busca pelo tratamento de saúde.

Escolhemos o contexto hospitalar (Instituto de Intervenção cardiovascular) e o contexto domiciliar para tornarmos mais próximos com os valores culturais dos homens e de suas famílias.

Contexto hospitalar

Para o desenvolvimento deste estudo o contexto de atendimento à saúde escolhido priorizou o Itinerário Terapêutico do homem com cardiopatia submetido à CRVM em um Instituto de Intervenção Cardiovascular de um município do sul de Minas Gerais.

Do ponto de vista de gestão em saúde, o município está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal e, nesse sentido responde pela assistência à saúde e gestão do sistema local de saúde. Quanto ao setor hospitalar, o município conta com uma rede de quatro hospitais, desses, dois são do sistema público e dois do privado, no entanto apenas um hospital de cada sistema atende aos usuários do SUS.

O Instituto de Intervenção Cardiovascular é referência para o atendimento cardiovascular na microrregião, no que tange aos procedimentos diagnósticos e intervencionistas, tanto percutâneo quanto convencional. Iniciou suas atividades em 2006, com o credenciamento da cirurgia cardiovascular no referido município. Até junho de 2012, foram realizadas 1571 (um mil quinhentos e setenta e um) cirurgias cardiovasculares, sendo 683 (seiscentos e oitenta e três) de CRVM, com um percentual de 4,87% de óbitos, não especificamente para a CRVM. Somente no ano de 2011 aconteceram 291 (duzentos e noventa e um) cirurgias cardiovasculares, destas 171 (cento e setenta e um) foram de CRVM, 112 (cento e doze) em homens e 55 (cinquenta e cinco) em mulheres.

A instituição está sempre preocupada com a capacitação da equipe de saúde no que tange a parte técnica e a busca pelo tratamento humanizado.

Acontecendo mensalmente reuniões para discussão da parte técnica através da educação permanente e, em relação ao tratamento humanizado acontecem reuniões mensais com os líderes de cada grupo para aperfeiçoamento sobre melhores condições de trabalho com uma equipe especializada em treinamentos referentes ao bem estar do paciente, e diariamente isto é reforçado a todos os membros do grupo permitindo assim, que o trabalho através do respeito ao ser humano.

O atendimento é realizado durante as vinte e quatro horas do dia aos clientes internados e emergências, e oito horas diárias aos que procuram o serviço para fins diagnósticos, tais como, cateterismo cardíaco, ecocardiograma, arteriografias renal, cerebral e periférica; aortografia, dentre outros. Os procedimentos invasivos convencionais são realizados no centro cirúrgico, dentre eles as cirurgias cardíacas: comunicação interatrial (CIA), comunicação interventricular (CIV), troca valvar aórtica (TVA) e mitral (TVM), cirurgia de revascularização do miocárdio (CRVM), coarctação e aneurisma da aorta e também os procedimentos endovasculares, sendo que, duas das cinco salas existentes são utilizadas para procedimentos cardiovasculares.

Em relação à estrutura física, o Instituto de Intervenção Cardiovascular possui em média dois mil metros quadrados de área construída dividido em dois pavimentos. No térreo encontra-se uma recepção com acesso por meio de rampa, com dois consultórios, no fundo, sendo um para atendimento pré operatório, clínica em cardiologia e avaliação de marcapasso. O outro é utilizado para atendimento pós-operatório e retirada de pontos. Anexo à recepção os clientes têm acesso aos sanitários masculino, feminino e de pessoas com deficiência. Pelo lado esquerdo da recepção tem-se acesso a um corredor, no qual do lado esquerdo encontram-se as salas administrativas, sendo uma da gerência, outra para o faturamento. À direita deste corredor encontram-se a sala de observação com três leitos; um vestiário e um banheiro para o cliente, uma sala de curativos, dois banheiros no final do corredor destinados aos colaboradores, uma copa, um almoxarifado, uma sala de serviços gerais, uma sala destinada ao Departamento de Enfermagem com um sanitário anexo. Entre o térreo e o andar superior encontra-se o elevador. Neste andar existe uma recepção que permite o acesso direto às pessoas por meio de uma rampa com saída na calçada. Do lado direito de quem entra na

recepção encontram-se com os vestiários e sanitários masculino e feminino. No fundo da recepção, uma porta do lado direito permite a entrada a um corredor no qual, à esquerda estão localizados, a sala administrativa com um sanitário em anexo, um sanitário para os colaboradores, um consultório para atendimento pré e pós angioplastias, uma copa. A direita encontra-se um pequeno corredor que permite o acesso ao laboratório de hemodinâmica, sendo que a sua direita uma sala de comando, uma sala de laudos, um expurgo, e ao final deste corredor a observação composta de quatro leitos, local onde repousam os clientes após os procedimentos e anexo uma sala de enfermagem.

A equipe de saúde é multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, equipe de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistente social.

Como coordenadora de Enfermagem do Instituto desenvolvemos as atividades gerenciais e de assistência. Na gerência planejamos as escalas de plantão, elaboramos relatórios de produtividade mensal, organizamos o banco de dados, participamos de eventos científicos e divulgamos conhecimentos por meio de apresentação de trabalhos. Realizamos visitas a todos os setores diariamente. Em relação às escalas de trabalho, os técnicos de enfermagem desenvolvem uma jornada de horário de 12x36, as enfermeiras com 8h diária, ambos com 44 horas semanais. Como citado acima existem treinamentos e cursos para capacitação com vistas ao aprimoramento técnico e sobre a humanização. Trabalham diretamente no departamento de enfermagem uma secretária e um estatístico, que contribuem para as atividades gerenciais descritas. Na atividade assistencial realizamos o atendimento ao pré e pós-operatório quando solicitado, a retirada de pontos dois dias da semana, sendo na terça e quinta-feira impreterivelmente e, quando necessário em outros dias, quando não houve condições de o cliente comparecer no dia marcado. No laboratório de hemodinâmica realizamos a visita pela manhã e sempre que solicitado pelo médico ou pela supervisora, orientações ao cliente e familiares quanto aos procedimentos, certificamos o consentimento dos mesmos, e quando autorizado informamos a equipe da hemodinâmica para dar prosseguimento às atividades de rotina. Muitas das vezes, nossa presença

também é solicitada quando há intercorrências, na maioria, em casos de edema agudo de pulmão, choque anafilático e sangramento.

Em cada setor do instituto, uma enfermeira responsável atua na assistência e na supervisão das atividades da equipe de enfermagem. Todos os funcionários usam uniforme branco, sendo que a utilização do jaleco branco é obrigatória. O uniforme das enfermeiras é branco com blazer azul marinho, o que as diferencia dos demais membros da equipe, porém, quando necessário prestar assistência direta ao cliente, é obrigatório o uso do jaleco branco. No laboratório de hemodinâmica, a equipe veste calça e blusa verde; no centro cirúrgico e UTI a cor deste uniforme é azul marinho.

No laboratório de hemodinâmica trabalham três hemodinamicistas e uma secretária. Quanto à equipe de enfermagem, é constituída por três técnicos de enfermagem e uma enfermeira supervisora, com jornada de trabalho de 8 horas, salvo exceção, em casos de intercorrências, onde permanecem no setor até encaminhamento do paciente ao setor designado pelo médico.

No centro cirúrgico a equipe é formada por uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, dois instrumentadores, dois perfusionistas, três cirurgiões. A jornada de trabalho é de 8 horas dia de trabalho. Em casos de urgência a enfermeira escala os colaboradores necessários para atendimento das necessidades do setor.

Na UTI a equipe multidisciplinar é composta por médicos, fisioterapeutas, psicóloga, assistente social, nutricionista, enfermeiras, técnicos de enfermagem, além de uma secretária, e uma assistente de serviços gerais. A jornada de trabalho dos técnicos é de doze horas e dos enfermeiros 8 horas. Os técnicos de enfermagem de doze horas de trabalho com carga semanal de 44 horas e as enfermeiras 8 horas por dia e esquema de 12 horas de trabalho e 36 de folga em plantões noturnos alternados.

Na unidade de internação clínica e cirúrgica uma equipe multidisciplinar composta por médicos, fisioterapeutas, psicóloga, assistente social, nutricionista, enfermeiras, técnicos de enfermagem, além de uma secretária, e uma assistente de serviços gerais atende aos clientes internados. A equipe de enfermagem trabalha em regime de 12 horas de trabalho e 36 de folga.

Em relação aos procedimentos realizados em cada setor, no laboratório de hemodinâmica, em média, são realizados quinze procedimentos

diagnósticos por dia, dentre eles, cateterismos cardíaco, renal, cerebral; angioplastia. Os clientes são atendidos ambulatorialmente, com marcação prévia pelo cliente, familiares ou pela secretaria de saúde. Neste momento recebem orientações quanto ao uso de medicações, interações e jejum. Quanto aos procedimentos para os clientes internados, estes são agendados previamente pela enfermeira da unidade de internação. A equipe de enfermagem inicia as suas atividades às sete horas da manhã, dando início aos cuidados que antecedem ao procedimento, tais como: recepção do cliente, conferência do jejum, preparo antialérgico quando necessário, esclarecimentos quanto aos procedimentos, realização de punção venosa periférica, tricotomia inguinal bilateral, conferência de pulso femoral, confecção do relatório de enfermagem por meio de impresso próprio. Os procedimentos realizados são em sua maioria, por acesso da artéria femoral; em situações nas quais puncionam a artéria braquial a enfermeira realiza o teste de Allen previamente ao procedimento, buscando prevenir maiores complicações com a perfusão do membro que será puncionado. Logo após a realização do procedimento é aferida a pressão arterial do cliente, quando permitido, é realizada pela enfermeira especialista em cardiologia, a retirada do introdutor femoral ou radial, o curativo compressivo após a hemostasia, e orientado quanto à permanência do peso no local até 6h após o procedimento. A observação quanto à perfusão do membro é constante, a dieta oferecida é leve/hipossódica e em casos de clientes com diabetes mellitus, a dieta oferecida é específica. Também são realizadas orientações quanto aos cuidados após o procedimento aos familiares e clientes e concomitante entregue um formulário escrito sobre todos os cuidados, facilitando assim a assimilação e compreensão da assistência. Posterior aos procedimentos e cuidados, um registro dos seguintes dados são arquivados: nome, sexo, idade, tipo de procedimento, medicamentos em uso, punção arterial, tempo de hemostasia, tempo de compressão e, em angioplastias complementam-se com tipo de stent, balão, quantidade de heparina.

No centro cirúrgico duas salas são destinadas às cirurgias cardiovasculares sendo que, os procedimentos às vezes, são realizados concomitantes. A jornada de trabalho das colaboradoras da cirurgia cardíaca é de 8 horas diárias, podendo prorrogar de acordo com a demanda diária. Às

seis horas da manhã, iniciam-se as atividades, quando a técnica de enfermagem e a instrumentadora realizam a montagem dos soros, conferência de funcionamento dos equipamentos e do preparo das salas. O cliente e a enfermeira chegam às 6h30, são realizados a orientação sobre os procedimentos, a monitorização cardíaca, a oximetria de pulso, a punção venosa periférica e a punção arterial. Os cirurgiões chegam a seguir e dão início ao procedimento cirúrgico. Ao término da cirurgia o cliente é encaminhado à UTI acompanhado pela enfermeira, médicos anestesista e cirurgião. Em caso de intercorrência, o cirurgião solicita a presença da enfermeira na sala, explica-lhe o que realmente está acontecendo e solicita que a mesma tente o contato com a família para orientá-los da gravidade, com o intuito de preparar a família para maiores complicações, ou até mesmo o óbito.

Na UTI, quatro leitos são destinados aos clientes em pós-operatório de cirurgias cardiovasculares. A equipe é constituída por enfermeiro e técnicos. A jornada de trabalho é de 8 horas, para enfermeiro e de 12 para outras categorias. No início da manhã, a equipe de enfermagem recebe o plantão, certifica-se das intercorrências e procura saná-las. A enfermeira lê o prontuário, vai até ao leito do cliente, conversa com ele, realiza um breve exame físico e planeja a sua assistência. Vários cuidados são realizados pela equipe de enfermagem, dentre eles, higienização corporal, administração de medicações, curativos, cuidados ao pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, relatórios de enfermagem, além do cumprimento às normas do setor, tais como: realização e checagem de desinfecção, banhos, conferência de funcionamento dos equipamentos. No final da manhã são admitidos os clientes em pós operatório imediato de cirurgias cardiovasculares. O horário de visitas é das 16h30 às 17 horas, sendo permitidos dois visitantes. É proibida a entrada de pessoas com shorts, camiseta regata e calçado aberto. As rotinas estabelecidas no pós-operatório compreendem-se para o segundo dia: retirada do cateter de acesso venoso periférico, cateter de punção arterial e sonda vesical de demora, higienização em cadeira, sendo estes cuidados prestados pela equipe de enfermagem; retirada do dreno de mediastino e hemitorax pelo, cirurgião normalmente no início do dia. Na alta o cliente é encaminhado de cadeira para o quarto acompanhado pela enfermagem. Na ocorrência de óbito, o médico preenche o atestado de óbito, a enfermagem encaminha à recepção

e a família é comunicada para apresentar-se à Instituição. A enfermeira recebe os familiares em um consultório, para explicar o ocorrido e prestar seus pesares. Enquanto isto, a equipe providencia o encaminhamento do corpo até o necrotério.

Na unidade de internação clínica e cirúrgica quinze leitos são destinados aos clientes em pré e pós-operatório de cirurgias cardiovasculares e três aos internados para acompanhamento clínico. Os clientes recebem assistência de uma equipe multidisciplinar, em plantão de 8 horas dia, uma vez que, a enfermagem trabalha em um regime de 12 X 36 horas, inclusive as enfermeiras. A equipe de enfermagem recebe o plantão noturno, certifica-se das intercorrências e procura resolvê-las. A enfermeira lê o prontuário, vai até ao leito do cliente, conversa com o cliente e com o acompanhante, quando presente, realiza um breve exame físico, planeja a sua assistência, realiza a evolução de enfermagem, orientação de cuidados pré e pós-operatório e para a alta hospitalar; confere os exames prévios à cirurgia, fazendo o acompanhamento desde o pré-operatório.

A rotina de atividade da enfermagem inicia-se com os banhos, curativos e cuidados gerais. O horário de visitas é das 15h30 às 17h30 horas, não há limite de acesso, porém podem permanecer duas visitas na enfermaria para cada cliente. Também é proibida a entrada de visitantes com shorts, camiseta regata e calçado aberto. A alta hospitalar é prescrita após a avaliação do cliente pelo médico e evolução no prontuário. A seguir, o cliente e familiar são comunicados, caso não haja acompanhante, sua família é comunicada por telefone. Com a chegada de um familiar é entregue a receita dos medicamentos a serem administrados no domicílio. A enfermeira entrega logo em seguida uma carteirinha com descrição mínima do procedimento contíguo ao relatório da cirurgia, no qual consta toda descrição do procedimento, desde o momento da monitorização na sala de cirurgia até sua presente alta. Um cartão é entregue ao cliente com a data de seu retorno para a retirada de pontos e telefone para contato se houver anormalidades ou dúvidas. Após são realizadas orientações verbais sobre o cuidado no pós-operatório, o acompanhamento, a importância de sua adesão aos cuidados e a mudança do estilo de vida. O cliente recebe também um manual de orientações por escrito para facilitar a compreensão e a memorização dos cuidados orientados.

Contexto domiciliar

O domicílio, local onde foram realizadas a maioria da coleta de dados, está localizado em bairros urbanos, município, afastados do centro da cidade. O nosso acesso, dada a distância geográfica, foi por meio de automóvel. As moradias eram de alvenaria, com cerca de 200 m² de construção, todas dotadas de infraestrutura de saneamento básico.

Existem nos bairros, uma igreja católica, duas a três evangélicas e, em alguns um centro espírita. Para os informantes do estudo as igrejas constituem-se em locais para refúgio, momentos de paz, diálogo com Deus.

Em cada bairro encontra-se uma Unidade de Saúde da Família trabalhando oito horas por dia de segunda a sexta-feira. A equipe é multidisciplinar, sendo eles: médico, enfermeiro, agente de saúde, dentista. A fisioterapia presta assistência aos pacientes através de um programa de atendimento domiciliar e internação (PADI).

As Unidades de Saúde da Família (USF) constituem o elo entre o atendimento básico e especializado, que na maioria dos casos contribuiu de alguma forma para o encaminhamento do cliente ao serviço especializado de saúde.

Após atendimento pelo cardiologista e a necessidade de avaliação da cirurgia cardiovascular, o paciente recebe um pedido de encaminhamento para o Instituto, iniciando assim, um novo processo. A espera pela avaliação do cirurgião é uma realidade.

Apreendemos que o homem espera que a Unidade de Saúde da Família de seu bairro resolva o seu problema de saúde, de imediato e neste setor. Contudo, de acordo com a rede de cuidados do município, ele é encaminhado à Unidade Central. Na sua concepção, como sua situação não é resolvida, ele fica desacreditado do serviço, uma vez que não adianta ele procurar a USF. Assim, fica desmotivado o que pode levar a um atraso no encaminhamento, no diagnóstico e no tratamento. Na maioria das vezes alega

dificuldade de locomoção, falta de condição de deslocar-se de seu bairro até outros pontos da cidade (nota de campo, data 06/09/12).

Alguns homens, dada à morosidade do processo, partiram em busca de tratamento por conta própria nos consultórios, pois consideravam o processo assim mais rápido, com maior resolutividade.

Após a busca pela unidade central ou pelo consultório médico, onde encontram-se as especialidades, este homem retorna ao seu bairro, e seguindo as normas de referência e contrarreferência deve ser acompanhado pela ESF, por meio de consultas, entrega de medicamentos prescritos pelo médico, bem como o atendimento do fisioterapeuta, dentista. Entendemos que na perspectiva da integralidade do cuidado, somente estas ações não são suficientes para o homem submetido à CRVM.

Os homens relatam que “gostam de receber visitas dos agentes de saúde, sinal de que o pessoal do postinho se preocupa com eles” (Diário de campo 18/09/12).

3.4 Aspectos éticos

Solicitamos autorização do Instituto de Intervenção cardiovascular (APENDICE A), cumprimos os princípios éticos conforme a Resolução 196/96, tendo o projeto sido aprovado pelo Comitê de Ética da UNIFAL-MG sob o protocolo de número 008/2012 e os informantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APENDICE B), em duas vias. Para garantir o anonimato os informantes receberam nomes fictícios.

O presente foi desenvolvido no período de março a dezembro de 2012 reveja o seu cronograma – desde as buscas na literatura.

3.5 O trabalho de campo

Após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UNIFAL-MG, realizamos o levantamento dos pacientes no referido Instituto. No pós-operatório mediato, quando já estavam se recuperando, solicitamos a autorização para a realização do estudo no domicílio após explicar os objetivos do estudo. No entanto, já estávamos observando todos os homens que deram entrada no Instituto para a realização de exames e CRVM.

Entendemos que não seria ético solicitar a autorização para um estudo em um momento de grande apreensão para o cliente e para a família, como é o caso do pré-operatório, intra e pós-operatório imediato da cirúrgica cardíaca.

Com a permissão do paciente, realizamos a visita domiciliar e solicitamos a assinatura do TCLE. Antes da assinatura reforçamos os objetivos do estudo e explicamos: que a sua participação seria voluntária, garantia de sigilo das informações e anonimato (dele, recebendo um nome fictício e do Instituto de Intervenção Cardiovascular), bem como poderia deixar de participar do estudo quando desejasse. Também esclarecemos que não teria nenhum ônus, não receberia gratificação e que as entrevistas seriam gravadas e os dados publicados.

A nossa recepção nos domicílios foi marcada por momentos de ansiedade. Se por um lado sentíamos preocupados com a primeira entrevista, do outro observamos que pelos gestos, olhares e falas, tanto de pacientes quanto de familiares também eram de apreensão. Após a assinatura do termo de consentimento, ficamos mais tranquilos e entregamos uma cópia do TCLE para eles. Mas, o paciente continuou apreensivo, principalmente quando viam o gravador. Ao término da primeira entrevista havia uma sensação de alívio, tanto meu, quanto deles, que disseram que pensavam que fosse pior.

A observação participante e o diário de campo aconteceram no domicílio, e em ambientes diversos dentro do contexto hospitalar, tais como: hemodinâmica, clínica cirúrgica, UTI e dentro da sala de cirurgia, onde realizamos anotações imediatamente e, em todas as situações que julgamos necessário. As anotações em diário de campo foram realizadas quando havia

alguma observação na qual poderíamos esquecer e que seriam importantes nossa análise e interpretação.

As entrevistas foram transcritas logo após e confrontadas com as nossas anotações e observação participante. Levantávamos nossas dúvidas e retornávamos para esclarecimento. Assim, entendemos que a análise de dados inicia-se no primeiro contato com o informante e se estende durante todo o desenvolvimento do estudo.

Foram realizadas em média três entrevistas, no domicílio. Na maioria das vezes, saía após o nosso horário de trabalho (16 horas). Quando o paciente não tinha condições de nos receber, marcávamos um horário adequado, que não atrapalhasse a sua rotina e nem a de seus familiares.

Como a característica sociocultural e clínica assume papel relevante no processo do adoecimento, elaboramos um instrumento para a coleta de dados (APÊNDICE C) constituído por duas partes. Na primeira, os seguintes dados de caracterização dos informantes: iniciais do nome, endereço, idade, cor, religião, escolaridade, ocupação atual, renda familiar, renda pessoal, quantas pessoas residem na casa, local em que reside atualmente, estado marital, data do diagnóstico, data da cirurgia, complicações e sequelas. Na segunda parte a questão norteadora para as entrevistas: Descreva como a sua doença começou e o que você fez para se tratar?

3.6 A análise dos dados

Os dados obtidos oferecem a compreensão e descrição da realidade estudada, uma vez que, a análise destes constitui uma das etapas mais atrativas e criativas durante o percurso de um estudo etnográfico (DUARTE, 2002).

Para a análise dos dados deste estudo obedecemos as seguintes fases recomendadas por Minayo (2007) e Grang Cook (2007):

Primeira fase: Ordenação dos dados: desde a nossa entrada no campo procuramos ordenar os dados obtidos das entrevistas, do diário de campo e da

observação participante de forma a obter uma visão geral de nossas descobertas.

Segunda fase: Classificação dos dados: seguindo às etapas, a) codificação: realizamos várias vezes a leitura dos dados de maneira a organizar as nossas impressões envolvendo todo conteúdo da pesquisa, destacando os tópicos comuns, aqueles mais enfatizados pelos informantes. b) categorias empíricas: procuramos elaborar as categorias empíricas, uma etapa intermediária, com embasamento na literatura, tendo o cuidado de não perder a essência da pesquisa. Fizemos uma leitura das partes para o todo, realizando uma comparação entre os códigos e agrupamento dos similares destes em categorias. Estabelecemos as categorias por meio de interpretação da fala e dos comportamentos, para um nível maior de abstração. Foi a primeira etapa da interpretação contendo descrição da situação até o julgamento do participante. c) Identificação das categorias analíticas: estabelecemos as conexões entre as categorias. Buscamos o refinamento do movimento classificatório por meio das idéias explícitas, relevantes e representativas oferecidas pelos informantes, fizemos reflexões sucessivas, apoiamo-nos na literatura, para elaborarmos os núcleos de significados.

3.7 A descrição do grupo social pesquisado

O grupo social selecionado foi constituído pelos homens com cardiopatia submetidos à CRVM em um Instituto de Intervenção Cardiovascular do sul de Minas Gerais.

Selecionamos os homens submetidos à CRVM neste Instituto como o grupo social pesquisado para dar respostas as nossas indagações que permeiam as nossas atividades profissionais, por ser a CRVM, o procedimento cirúrgico cardíaco mais freqüente realizado pelo SUS em hospitais públicos, privados e filantrópicos (LIMA et al, 2009; PIEGAS et al, 2009) e ainda fundamentado em dados do Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH que ressalta que o homem

chega às instituições em fases avançadas das doenças, o que pode ocasionar tratamentos mais agressivos (BRASIL, 2008).

Para a seleção dos depoentes, foram considerados os seguintes critérios: homem com idade igual ou superior a 18 anos de idade; residentes na área urbana da cidade do sul de Minas Gerais, no qual o Instituto está localizado; com capacidade para responder às questões.

Fizeram parte deste estudo, 21 homens, na faixa etária entre 50 e 78 anos, sendo dez com ensino fundamental incompleto, maioria casado e com filhos, predomínio da cor de pele branca, católicos, residentes em casa própria, com renda própria em torno de mil a dois mil reais.

Quanto aos depoentes, é importante destacar que em estudos com abordagem qualitativa o total de participantes está relacionado ao alcance dos objetivos estabelecidos pelo pesquisador (POPE, MAYS, 2009).

Dos 21 informantes, constatamos a presença de co-morbidades associadas, o que é comum na faixa etária estudada, dos quais 15 apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica, 6 Diabetes Mellitus, 1 com câncer de colo retal. Em relação ao quadro lipídico, eles não souberam nos informar, uma vez que eles não tinham em mãos resultados recente dos exames. Ressaltamos ainda, que 1 deles relatava Hipertrofia prostática benigna.

No que concerne às co-morbidades, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus contribuem para o agravamento da DAC e para suas complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Apresentamos no quadro 1 que segue as características socioculturais e clínicas do grupo social pesquisado, uma vez que os fatores como idade, escolaridade, gênero, ocupação, crença, renda, fatores de risco, condições clínicas associadas e filhos influenciam as atitudes e a forma de agir na busca pelo tratamento e cura da enfermidade.

No quadro 1 estão apresentadas as características socioculturais e clínicas dos depoentes.

QUADRO ESTA NA ÚLTIMA PÁGINA

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Descrevemos, abaixo, alguns depoimentos dos informantes, anotações em diário de campo e observação participante, relacionados ao Modelo Explicativo (ME) da enfermidade e do tratamento, apresentados pelos homens com DAC submetidos à CRVM. Os ME estão permeados pela etiologia do problema, o tempo e modo do aparecimento dos sintomas, a sua fisiopatologia, o curso da doença, o prognóstico e o tratamento realizado (KLEINMAN, 1988).

Os dados a seguir foram codificados em dois núcleos de significados: Um divisor de águas: da saúde para a doença e O corpo marcado.

Um divisor de águas: da saúde para a doença.

Esse núcleo revela o início das manifestações da doença e suas repercussões, como a perda de autonomia em relação ao processo de saúde/doença; a importância da religiosidade frente ao processo de adoecer; o momento da comunicação da necessidade da cirurgia, o medo diante de uma situação inusitada e a preocupação com o papel de provedor.

Os depoimentos revelam a manifestação da corporalidade como uma forma autêntica de manifestação da doença.

(...) começou com uma dor no peito.....acho que eu foi no futebol. Fui jogabola..... fazia muito tempo que eu não fazia exercício,ai eu dei uma trombada com um rapaz,ai começou a da uma dor....ai passou uns dois (Ricardo).

(...)...eu senti uma fisgada no peito...e foi a onde eu infartei na época (Samuel).

(...)... uma certa dor no estômago e eu achava que isso poderia se um problema de estômago...(Lourival).

Frente a essas manifestações, apreendemos a busca pelo subsistema familiar para a interpretação das manifestações e para o tratamento, como evidenciado no depoimento que se segue:

(...) passou uns dois dias, ai eu tomei uma aspirina, ai melhorou. Isso foio cumeço né! Porquequalqué coisinha a gente toma esses remédios aqui em casa, qualqué coisinha dia dor agente toma aspirina. (Carlos).

Constatamos, neste estudo - assim como em diferentes estudos, como o de Kleinman (1988) e de Vila; Rossi; Costa (2008) sobre IT- que o subsistema familiar constitui o prioritário para as decisões sobre a doença.

Para os depoentes, as comunicações espirituais os impulsionaram a buscar o subsistema profissional para o diagnóstico da doença, o que demonstra que, na busca por solução da enfermidade, os subsistemas se interligam.

(...) Veja bem, eu estava lá conversando com o espírito e daí ele me disse :ce não ta bem, procura um médico, um homem da terra...(Marcos)

Constatamos, pelos depoimentos, que o subsistema de saúde profissional desempenha um importante itinerário para os adoecidos, uma vez que não encontraram resolutividade em outros subsistemas. Contudo, é notória a morosidade e a “maratona” que se impõe aos adoecidos para tratamento no subsistema profissional, sendo necessário a busca pela consulta médica particular.

Os depoimentos que se seguem revelam essa realidade:

(...) passou um tempo deu a dor nu peito, insuportável. Fui faze consulta ,porque o meu pai deu problema. Ai ele fez com o Dr.[nome do médico] que era médico dele. Ai eu fui lá pra faze isteira, eu num aguentei muito tempo. Ele viu que tava complicado o negócio, ele até falo que teve um infarto. Mais num teve que ir pro Hospital não. Dipois ele féis a istera ai ele viu que tava muito fraco. Ai ele féis ixame dicataterismo pra vê aonditava intupido. Feis a angioplastia ,antes de faze a operação,ai féis assim. Ai demorou seis meis ,ai num.....adiantou...deu uma dor nu peito, mais coisa ,mais forti, ai ele viu qui num tinha jeito. Coloco aquela pecinha o stenter.....num adiantou, tinha que faze a operação memo (Júnior).

Diante das manifestações da enfermidade, os homens foram encaminhados para a realização de exames diagnósticos e tratamentos. Os depoimentos de Hercules e de Paulo revelam esse itinerário:

(...) Mais eu fui no médico, ai paguei a cunsurta, ele falo pra mim faze istera, depois ele mando eu faze cataterismo. Ai eu fiz,...passou.....Ainda não tinha chegado na época deu i ainda não. Porque eu ia em março, ai fui andadi novo, eu vinha a pé. Ai sentia cansado pra subi aquele morro ali. Ai vortei lá e faleiprele, esse

negocio num taprestano não. Ai ele mando opera... ele fez os papel pelo SUS, eu opereei (Hercules).

(...) eu fui no Hospital, mas não sabia que era infarto eu sentia uma dor no peito. Fui no Pronto Socorro, eles me atenderam lá, mais eu sentia dor no peito mais também náusea. Ai não diagnosticou o problema cardíaco. Mandaram pra casa. Quando foi no outro dia de manhã eu fui no Dr. [nome do médico], ai lá que ele constatou isso ai e me levou para o Hospital. Foi até uma coincidência, porque a consulta nem era minha. Era da minha falecida esposa, eu falei vou aproveitar essa consulta. Lá no consultório dele fez exame, me levou pro hospital e foi ai que começou tudo (Paulo).

Ao relatarem sobre a etiologia da doença, os homens procuram explicar:

(...) Ah! eu acho que foi mais a alimentação. É. Ée também acho que um pouco é.....aquela....como se diz...fala que é estresse num é porque eu sou... aparentemente, eu sou calmo sabe! (Breno).

(...) Meu problema é o seguinte eu sempre trabalhei em Indústria, parte pesada, parte elétrica. Então a ansiedade sempre foi o meu problema... ansiedade é isso ai! não ter controle de horário para alimentar, trabalhava em manutenção assim, então não tinha horário para alimentar, horário pra dormir... (Lucas).

(...) O cigarro primeiro, a diabetes eu ti diria nem tanto, essa ansiedade, talvez mais em relação a trabalho. Porque, os últimos 6 meses, antes da cirurgia ,eu trabalhava as vezes sábado, e normalmente no sábado eu não vinha em casa almoçar. Eu pegava a comida que tinha lá e era comida de restaurante, normalmente comida de restaurante sê num....Vem um pedaço de carne vem uma coisa, então, você não olha direito o que você tá comendo ,quer dizer , sê vai comendo o que tá lá ,tá gostoso vamo embora ...(Gustavo).

(...) Eu fumei durante 30 anos. Parei de fuma já vai pra uns 10 anos mais ou menos, mais..... e vamos agora no restante, com relação ao açúcar eu sempre fui mais com o pé no chão, num vou fala que era aquele negócio religioso não, sabe! De vez em quando...eu gostava de toma um café com leite e o leite normalmente era um leite quase sempre, o semi desnatado digamos assim ,mais sem muita coisa, o café era muito difícil eu toma café com adoçante eu não gostava entendeu? (Luis).

(...) Há eu fiquei muito ...muito tempo sem faze exercício, né! ... que a minha mãe ficou doente ...eu ficava cuidando dela. Ai eu num fazia esporte mais. Quase não saia de casa mais ficava preocupado com ela né! (Carlos).

(...) minha família, meu pai eu acho que ele sofria do coração que ele morreu durmino ...sempre algum puxa pro pai ...(José).

Apresentamos que as causas atribuídas pelos homens se assemelham ao modelo biomédico. No modelo biomédico, a doença tem etiologia e parece

ter sido assimilada em parte pelo senso comum, para o qual a dieta gordurosa, o cigarro, a hereditariedade e a ansiedade podem afetar o coração.

No estudo de Vila, Rossi e Costa (2008, p. 753) intitulado “Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio”, os sujeitos atribuíram como causas da DAC o castigo divino, o estresse e a diabetes mellitus. No entanto, “alguns participantes afirmaram ignorar que hábitos alimentares constituíssem riscos à saúde”; outros, mesmo sabendo, nunca acreditaram que levaria à DAC.

Existem diversos fatores de risco para DCV, os quais podem ser divididos em não modificáveis e modificáveis. Os fatores não modificáveis são aqueles que não podem ser mudados, não sendo possível tratá-los: idade, hereditariedade, sexo. Os fatores modificáveis são fatores que podem ser eliminados e prevenidos: fumo, colesterol, hipertensão arterial, sedentarismo, obesidade, diabetes e outros (LEMOS et al., 2010).

Causou-nos estranhamento o depoimento de um homem: “o diabetes eu diria nem tanto”. Parece ser uma demonstração de certo desconhecimento sobre a doença. A escolaridade de uma pessoa também influencia no reconhecimento da etiologia de uma doença. Neste estudo, 10 dos 21 informantes possuem ensino fundamental incompleto e um, apenas a pré-escola. Esses dados levam à reflexão sobre as ações de saúde, principalmente aquelas relacionadas aos aspectos preventivos e ao tratamento. Parece demonstrar que não são tão efetivas. Assim, sem generalizações, acredita-se que os profissionais de saúde, principalmente os de Enfermagem, devem repensar suas ações.

O risco exponencial da doença arterial coronariana tem aumentado devido à associação de determinados fatores, dentre eles, genéticos e estilo de vida, sendo assim, considerada mundialmente como a principal causa de morte e invalidez (SPAAN, 2012).

Pelos depoimentos dos informantes, a dieta rica em gorduras e a inadequação alimentar predispõem ao surgimento da DAC.

(...) eu gostava de uma carninha gorda, tomava a minha cerveja (Lourival).

(...) Ah!...num podia cume acho qui cumia gurdura .linguiça aquela defumada aquela coisa, batata frita, coisa...muito doce (Carlos).

(...) eu gosto ,gosto de uma feijoada, Ah...agora muita coisa que eu gostava cortaram, a cervejinha, no churrasco ,eu cortei tudo (Rogério).

Percebemos a influência da cultura nos hábitos alimentares, principalmente por tratar-se da culinária mineira, em que a gordura e as frituras constituem os pratos preferenciais dos homens. O consumo excessivo desses alimentos vincula-se à causa da DAC. As transgressões alimentares buscam dar um significado para a origem do adoecimento, uma vez que as recomendações alimentares são vistas como normas e as transgressões interpretadas como comportamentos contrários ou reveladas por sentimento de culpa (BROOM; WHITTAKER, 2005).

Amon e Menasche (2008) afirmam que a alimentação está alicerçada em razões fisiológicas, por alimentar o corpo; sendo também meio de construção de seu universo simbólico, atendendo ao imaginário e às relações culturais dos sujeitos.

A ineficiência das ações empreendidas de promoção à saúde e prevenção de doenças, prioridades da Atenção Primária à Saúde, aliada à masculinidade hegemônica, corroboram para o surgimento da DAC e agravamento da doença, uma vez que diversos fatores de risco poderiam ser minimizados.

As manifestações, muitas vezes inespecíficas, foram banalizadas pelos homens ou acostumaram-se com os desconfortos físicos, o que também contribuiu para o agravamento e o diagnóstico tardio da DAC, requerendo assim, intervenções complexas como a CRVM.

A doença, bem como o tratamento,impõe ao adoecido interrupções do cotidiano, pela necessidade de consultas, exames e internações.

A comunicação da necessidade de cirurgia impõe subordinação ao homem sentimentos manifestos por ansiedade, angústia e subordinação à hegemonia médica e ao subsistema profissional de saúde.

A hospitalização e a intervenção cirúrgica potencializam a ansiedade dos homens, uma vez que, trata-se de uma situação inusitada, de um ambiente até então desconhecido, de procedimentos não experienciados, da própria perda da autonomia, da produtividade e quando o homem relaciona esta situação com outras semelhantes que conhece (COSTA; SILVA; LIMA, 2010).

A experiência da cirurgia concebe uma ameaça à vida de qualquer pessoa, pois envolve uma carga emocional específica e diferenciada. A cirurgia é um acontecimento muitas vezes não esperado, que interrompe o ciclo normal de desenvolvimento e de vida do indivíduo (FIGHERA; VIERO, 2005).

Após o cateterismo cardíaco, o homem, Sr Pedro, foi informado pela equipe de que havia necessidade de cirurgia. Observamos que ele abaixou a cabeça, colocou as mãos postas e fez gestos negativos com a cabeça e permaneceu por alguns segundos em silêncio. O médico retomou a fala, explicando a necessidade do procedimento cirúrgico. Sr Pedro levanta a cabeça e, com os olhos lacrimejando e um olhar vago, responde:

(...) Ah! agora seja o qui Deus quize! (Diário de campo – 07/11/2012).

Percebemos, pelos depoimentos, que a religiosidade exerce um papel preponderante, principalmente nos momentos singulares na vida. E ainda, observamos que os depoentes que se apegam à religiosidade apresentam uma melhor resposta ao processo de internação e recuperação.

A religião, antes de qualquer coisa, oferece um conjunto de certezas que constituem pontos de referência diante da imprevisibilidade da vida cotidiana. Se nem sempre evita o sofrimento, torna-o inteligível, dá-lhe um significado (MAGNANI, 2002).

A dimensão religiosa ajuda as pessoas a terem uma visão de mundo, muitas vezes diferente daquela que tinham antes do adoecimento.

Apreender os sentidos atribuídos à experiência vivenciada pela cirurgia de revascularização permite articular os significados de sua experiência com suas atitudes antes do ocorrido e propicia redimensionar o saber fazer e buscar alternativas para o cuidado mediante cada cultura.

Esse momento singular que é a cirurgia, principalmente por se tratar de uma cirurgia no coração que, para o senso comum, é o órgão sede da vida, leva o homem a experienciar uma dualidade. Por um lado, faz o homem sentir-se em um fio tênue entre a vida e a morte e o medo é um sentimento que muitas vezes é verbalizado. De outro lado, ele esperaviver de forma mais saudável, com melhor qualidade de vida (CAVALCANTE; PAGLIUCA; ALMEIDA, 2000).

(...) A única coisa que senti na hora foi medo. Nem deu tempo de pensar em mais nada (Silvio).

(...) Foi muito estressante né! Estressante demais! A cirurgia não é fácil, não! A gente fica naquela preocupação ...eu não tive muito tempo pra ficar, será que eu vou morrer, será que eu não vou..... Tive tempo de pensar sim, mas com outros problemas na cabeça, aí se fica né.....Ai, será que eu não vou sair daqui? Será que ...(...) será como vai ser a minha vida ? Será que eu vou ficar bem? Será que eu vou sofrer alguma consequência da cirurgia? Então tudo isso aí, cê pensa né! (Ricardo).

(...) a minha preocupação mesmo era de eu morre,era meus filhos...a minha preocupação mesmo era a mais nova, né! eu até chamei meu genro antes de ir pra cirurgia ,chamei ele e falei, oh! pelo amor de Deus você cuida da [nome da filha] pra mim. Porque os outros estão todos grandes. Então se me acontecer alguma coisa, adota ela. Foi....foi dureza...(João).

A masculinidade exerce papel essencial, uma vez que, sua preocupação principal diante da cirurgia é: “quem cuidará de minha família?”. O ser provedor denota grande característica da masculinidade, como no depoimento a seguir.

(...) Não receio de morre não, isso nãoreceio talvez de..... dar trabalho,e eu sempre fui muito independente. De ter que ter pessoas do meu lado pra me ajudar numa série di coisas que poderiam vir a acontecer era mais nesse sentido...”(Ailton).

O Corpo Marcado

Neste segundo núcleo de significados, são abordados o período pré e pós-operatório que envolvem o preparo De pessoas para a intervenção cirúrgica, a despersonalização decorrente da hospitalização, a ruptura do cotidiano e a resignificação do viver.

Entendemos que a necessidade de hospitalização para a realização da cirurgia cardíaca, procedimento imposto pelo subsistema profissional de saúde, exige do homem o enfrentamento, pois, afetam diferentes dimensões, tanto físicas quanto psicoemocionais. O que pode significar um desafio à sua masculinidade.

O preparo pré-operatório de acordo com as normas e rotinas do Instituto de Intervenção Cardiovascular determina, dentre outras, a tricotomia, a retirada de próteses, a retirada de roupas íntimas, o uso de camisola aberta, sendo que esses cuidados, de acordo com a realidade institucional são realizados por

uma equipe de enfermagem constituída em sua maioria por mulheres. (grifo nosso). Como o homem pode usar camisola?

Percebemos, durante o preparo pré-operatório, na realização da tricotomia, a preocupação do homem com seu corpo, com o olhar cabisbaixo, cobrindo-se com o vira-lençol, parecendo estar intimidado com a técnica de enfermagem (Observação participante 08/05/2012) e revelado neste depoimento:

(...) veja bem minha filha, depois de velho ainda tenho que passar por isto (Lucas).

(...) um dia antes eles me raparu inteiro, rapo tudo...(Denis).

A experiência do procedimento cirúrgico é singular e é marcada pelo estranhamento do ambiente, pelo horário de entrada no bloco cirúrgico, pela invisibilidade das pessoas por trás da paramentação, pelos equipamentos e pelo medo do desconhecido, ou seja, da própria intervenção cirúrgica, da abertura e da manipulação do órgão vital.

(...) o ruim sabe o que é? Quando corta a gente, foi aqui memo[mostra o tórax e a perna] né? Corta aqui memo, né! É iguazinhoaque, né! ... trummmmm e empura pra lá, esse tá pronto. Eu num vi eles faze. Mais quando eu tava lá tava só veno gente operado tamém, passano no carrinho. Ai pusserameu lá e fizeramme deram um remédio lá, uma injeção, deve se geral. Anestesia geral ...ai eu.. parece que senti só um negócio assim, num instantinho eles puseram eu lá prá dentro (Luis).

(...) quando foi descendo aquela rampa, assim parecendo a rampa do Palácio né rssssssssss. O Hospital é cheio de rampa! Ai anesthesioutal , ai eu tava sentindo um frio, acho que era umas 6 horas da manhã! A cirurgia foibem cedo umas 6 horas da manhã, até depois da cirurgia e eu cheguei lá e ele tava todo enfaixado ,acho que teve uma queda de pressão. Deve ter sido uma queda da temperatura. Parecia quetava um gelo. Ai eu estranhei quando eu cheguei lá ele tava cheio de coisa todo (Afonso).

(...) me abrirum pode! Me abrirum. Tira a roupa da gente quase tudo, agente vai quase pelado... eu falei gente, que humilhação! (Silvio).

(...) Então minha fia, quando eu cheguei lá na sala de cirurgia, eu vi aquele povo de azul, aqueles apareio fazendo barulho, aquelas pessoas de máscara...(Carlos).

No estudo de Vila, Rossi e Costa (2008), os participantes identificaram como mais difícil, o momento em que estavam na maca para darem entrada no centro cirúrgico. Expressaram sentimentos de vulnerabilidade, com destaque

para a perda de controle sobre a vida e necessidade de encontrar conforto e segurança na equipe de saúde.

Constatamos, neste estudo, assim como constatado por Angerami-Camon (2006), que existe uma série de perdas, pois a rotina deixa de ser maleável e personalizada e o sujeito fica submisso a atividades e regras pré-estabelecidas. Dessa forma, o doente seria colocado em situação passiva frente aos fatos e perspectivas existenciais, deixando de ter significado próprio, para representar a si mesmo a partir de diagnósticos e procedimentos médicos.

Os profissionais de saúde, principalmente a enfermagem, devem prestar cuidados, que não se reduzem ao preparo físico, mas, sobretudo, que valorizem a dialogicidade, permitindo à pessoa oportunidade para expor suas dúvidas, medos e angústias que eles carregam no decorrer da hospitalização e recuperação.

A percepção dos homens no pós-operatório imediato e tardio é revivida por sentimentos de incerteza, medo e insegurança, que embora consciente, submetem às intervenções, numa relação de quase total dependência dos profissionais de saúde. Para alguns, a sobrevivência ao procedimento cirúrgico é vista com vitória e os remete a uma reflexão da própria existência.

Após o procedimento cirúrgico, as pessoas são encaminhadas no pós-operatório imediato à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pois dada a complexidade da intervenção cirúrgica, eles requerem um acompanhamento contínuo e sistemático pelos profissionais de saúde.

A UTI é um dos setores hospitalares mais agressivos para o cliente, onde são prestados os cuidados a clientes graves de qualquer especialidade (VILA; ROSSI, 2002).

A experiência de internação naquele setor compromete diferentes dimensões, pois, por mais que se defenda por um cuidado humanizado, o isolamento, a instabilidade e, até mesmo o risco de morte, e a privação do sono decorrente de interrupções constantes, é uma realidade.

O acordar pós-cirúrgico revela-se como um momento impar, é reconhecer que sobreviveu e a possibilidade de reencontrar os familiares. Por outro lado, a incisão cirúrgica, a dor, a presença de tubos e drenos provoca intenso desconforto.

(...)...depois da cirurgia foi aquela dor, mais que dor! Dói demais o peito, as costas, sei lá dói tudo...(Jorge).

(...) Oh! Eu lembro direitinho da enfermeira falando pra mim antes de eu opera sobre o tubo que colocava na garganta, mas acredita que aconteceu tudo direitinho do jeito que ocê me falou?...(Hercules).

(...) Ah! Sei lá, mais é estranho a gente tem muita sede...é tudo diferente ...(Afonso).

(...) Olha pro peito e vêem aquele corte daquele tamanho..(pensativo ..) dá um susto..Cê não ta preparado pra aquilo não...(Rogério).

(...) no outro dia cedo, que eu tava na cama e num podia vira, né! Se viresse pra lá duia, de todo jeito duia, ai eu falei pra moça, tem jeito de me dá alguma coisa ai, porque tá dueno. Mexe num pode....eu fale si eu num miora agora eu tô perdido, pensei cumigo sabe. Ai a moça tavaatendeno os outros lá ,porque os outros tavachorano mais du que eu. Aí chego a minha vez. Ela arrumou eu lá e fico mais ou menos. Ir no banheiro lá nossa... que trem mais ruim! se vai no banheiro lá as muié que tem que tá atendeno a gente ... amuié vem dá banho na gente ainda ai cabou de piora o trem (Lucas).

Segundo Carvalho, Mamede e Araújo (2011), uma das principais queixas do cliente no pós-operatório imediato é de dor e a dificuldade para dormir, devido à posição desconfortável de decúbito dorsal horizontal sem travesseiro.

Receber alta da UTI constitui um momento de dualidade. Se por um lado traz alívio, por outro é denotada insegurança, pelo fato de não ter o acompanhamento ininterrupto durante as 24 horas. Essa percepção é confirmada pelos depoimentos:

(...) quando sai daquele CTI, nossa como me senti vitorioso....Mas também senti um pouco de medo, fiquei pensando e agora...(Ailton).

(...) Nossa sabe que sai daquele CTI é uma glória de Deus, eu fiquei tão emocionado que até chorei. Chorei por que venci mais uma etapa, pois num é fácil não, mas veio a preocupação, será que as meninas vem depois orienta , fiquei com medo de faze algumas coisas...(Breno).

(...) Minha filha, depois que você vai para o quarto e toma banho sozinho, você tem um pouco de medo, dá medo de escovar os dentes, até pentear o cabelo...e o medo de abrir o peito (Paulo).

Despertou-nos atenção que a cicatriz operatória, interpretada pelos pesquisadores como corpo marcado, representa para as pessoas sentimentos de superação e de vitória, características peculiares do homem, o que confere a influência da masculinidade na reconstrução da identidade a identidade de sobrevivente (MUNIZ; ZAGO; SCHWARTZ, 2009).

No decorrer das visitas domiciliares, os homens após a CRVM, fazem questão de exhibir a cicatriz cirúrgica no tórax e no membro inferior. Enfatizam o tamanho das incisões e o tanto que foram fortes e resistiram (Diário de campo 20/10/12).

Segundo Romano (2002), a incisão cirúrgica confere ao cliente certo status, pois a marca lhe traz sensação de vitória, ser o sobrevivente de um momento marcante, decisivo que foi a cirurgia. Em outras palavras, traz o renascimento, o viver novamente.

Outro aspecto que também despertou nossa atenção foi a preocupação do homem com a sexualidade após a intervenção cirúrgica, o que reafirma o papel do homem, na sociedade.

(...) Ao orientar um homem para alta, ele me chamou em um lugar reservado e fez a seguinte pergunta: Quando eu poderei namorar (Diário de Campo, 13/09/12)

(...) se o coração tá funcionando bemtá uma beleza! tudo funcionando direitinho.(...) esta tudo funcionando bem (...) o que tá muito bom é que agora eu arrumei uma companheira sabe! e passei no teste driver agora (Paulo).

O processo de trabalho em saúde estruturado pelo modelo médico hegemônico, com suas normas e rotinas, muitas vezes inflexíveis, não abre espaço para a compreensão do ser, como humano e em sua totalidade. O processo de internação na perspectiva do homem submetido à CRVM é experienciado como algo impessoal, tratando a todos de uma mesma forma, não levando em consideração as singularidades de cada ser.

(...) Oh minha filha! Quando fui internar fiquei observando na recepção como eles tratam a genti, é assim fulano é do quarto 300, fulano é do quarto 310, eles são da cardíaca.....(Jorge).

A pessoa, quando hospitalizada de uma forma geral, é identificada por um número, por um leito, as roupas que deverão ser usadas são padronizadas, transformando o ser humano em um ser passivo e a responsabilidade pelo tratamento passa a ser exclusividade da equipe de saúde (FREITAS, 2007). Passa a ser tratado em função do quadro de sintomas que apresenta e não mais pela sua singularidade como ser humano (FIGHERA; VIERO, 2005).

A medicalização da vida, prescrita pelo sistema biomédico, a que o homem deve se submeter para evitar complicações e recidivas, repercutem numa ruptura do seu cotidiano. As ações prescritivas, quando não levam em

consideração a cultura do homem, são cobradas veemente pelos profissionais de saúde, nos retornos aos serviços de saúde. A desobediência às regras estabelecidas propicia ao homem ocultar comportamentos contraditórios, ou omiti-los para evitar cobranças pelos profissionais de saúde.

(...) Ao realizar o atendimento no pós-operatório, para retirada de pontos, conversando com um cliente sobre alimentação, ele me disse que comer era a melhor coisa do mundo, por isto era realmente muito difícil mudar a dieta depois da cirurgia.....rsrsrsrs...então o que ele estava fazendo era evitar durante a semana de comer carne gorda... (Diário de campo 11/09/12).

Após a cirurgia, colocam-se vitoriosos e atribuem à sua vida um novo significado, coragem e novas lutas para sua sobrevivência como ser humano e de sua família.

(...) É! Agora que já to bem, preciso ter fé e força em Deus para cuidar da minha saúde e da minha família...(Mãos na cabeça..) (Breno).

(...) ...Num quero mais sabe daquele cigarro...nunca mais... (Gustavo).

(...) ...Agora [respira fundo] ...preciso de coragem para trabalhar para cuidar da minha esposa..meus filhos já tão grande mesmo....(Denis).

(...) ...Este divisor de águas me ensinou que nem tudo na vida é só nervosismo..aprendi a ser mais calmo...menos nervoso...(Lourival) .

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como profissionais de saúde, ainda não tínhamos um olhar que valorizasse as singularidades do homem com cardiopatia, submetido à CRVM.

Preocupamo-nos em elaborar normas, rotinas e aprimorar os conhecimentos técnico-científicos, visando ao alcance de habilidades e competências para o sucesso dos procedimentos, visando à cura da pessoa.

Acreditávamos que, apenas a ética, o cumprimento às normas institucionais, a inovação tecnológica e a comprovação do sucesso das intervenções por meio de dados eram suficientes para atender as pessoas que procuravam pelo atendimento no Instituto de Intervenção Cardiovascular.

Ao estabelecermos uma relação dialógica com os homens com cardiopatia submetidos à CRVM, percebemos que ainda havia muito por se fazer para um cuidado humanizado, uma vez que o diagnóstico de DAC que impõe a necessidade de uma cirurgia cardíaca, a hospitalização e a ruptura do cotidiano abalam a identidade do homem.

É preciso que ele refaça o universo de sentido, mas o próprio horizonte onde a vida está programada está comprometido pela doença.

Os sentimentos manifestos pelos homens diante da experiência da hospitalização foram interpretados como despersonalização. Ou seja, a ruptura de uma identidade como sujeito histórico, social e cultural.

Os depoimentos incitam uma reflexão: Como os homens, após o período de internação se reconstroem? Será que, como profissionais de saúde, estamos comprometidos com o refazimento da identidade do outro? O que se pode fazer para minimizar a despersonalização nos serviços de saúde?

Outro olhar que este estudo propiciou foi o reconhecimento de diferentes itinerários terapêuticos na busca pelo tratamento e cura. Constatamos que o subsistema familiar é utilizado por todos os homens. No entanto, sob influência do modelo biomédico, a automedicação é amplamente utilizada pelos depoentes. De forma conjugada, eles buscam tratamento no subsistema popular e profissional. Este último é dominante sobre os demais, nos quais os homens, nessa situação de doença encontram a resolutividade e a cura da enfermidade. Percebemos que as “maratonas” experienciadas pelos homens, a

falta de resolutividade de alguns serviços, a ineficiência do sistema de referência e contrarreferência, aliadas à hospitalização e à intervenção cirúrgica geram sentimentos como medo, angústia, ansiedade e incertezas.

A masculinidade pode ter influenciado o homem a banalizar as primeiras alterações no corpo. No entanto, o homem reafirma sua masculinidade exibindo o corpo marcado pela cicatriz cirúrgica como uma vitória, com bravura.

Apreendemos que os profissionais de saúde, especialmente a Enfermagem, devem receber uma formação que busque a integralidade do cuidado, centrada nas diretrizes do SUS, com ênfase ao acolhimento, escuta qualificada, humanização, resolutividade e o comprometimento com o outro.

Fundamentados nesses princípios, deverão desenvolver ações para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico precoce, o tratamento, a reabilitação que vise não apenas à qualidade de vida das pessoas, mas, sobretudo, à singularidade do ser humano.

REFERENCIAS

ADAM, P.; HERZLICH, C. Sociologia da doença e da medicina. Bauru. **Edusc**. 2001.

ALMEIDA, M. V. **Senhores de si**: uma interpretação antropológica da masculinidade. Lisboa: Fim de Século, 2000. 264 p.

ALVES, et al. Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 732-7, jul./ago. 2011.

ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. (Orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.125-138.

AMATO, et al. Resultados Imediatos da Cirurgia de Revascularização Miocárdica: Comparação entre Homens e Mulheres. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, n. especial, dez. 2004.

AMON, D.; MENASHE, R. Comida como narrativa da memória social. **Sociedade e cultura**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 13-21, 2008.

ANDRADE, P. J. N. *Stents* Farmacológicos Versus Cirurgia de Revascularização Miocárdica: meta-análise de ensaios clínicos prospectivos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 210-217, maio/jun. 2012.

ANGERAMI-CAMON, V.A. O psicólogo no hospital. In: _____ (Org.). **Psicologia hospitalar teoria e prática**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006. p. 15-28.

AYRES, J. R. C. M. Tão longe, tão perto: o cuidado como desafio para o pensar e o fazer nas práticas de saúde. In: SAEKI, T.; SOUSA, M. C. B. M. (Org.) **Cuidar: tão longe... Tão perto...**Ribeirão Preto: FIERP/ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP- USP/CNPq, 2002. p. 13-26.

BARBOSA, C. M. S.; CONSTANTINO, P. Itinerário do usuário do SUS. **Perspectivas online**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p.112-121, 2009. Disponível em: <www.perspectivasonline.com.br>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BARRETO, S. M. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia em Serviços de Saúde**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 41-68, 2005.

BETTINELLI, L. A.; ASKIEVICZ, J. W.; ERDMAN, A. L. Humanização do cuidado na área hospitalar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 231-239, 2003.

BONETTI, A. **O coração e o lúdico**: vivências corporais para um viver mais saudável de pessoas com problemas cardiovasculares. 2006. 212f. Tese (doutorado em enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

BRAILE, D. M. Professor Zerbini: 100 anos. **Revista Brasileira de Cirurgia cardiovascular**, São Paulo, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 de 10 de Outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996. Suplemento.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Brasileiro de avaliação de tecnologias em saúde**, Brasília, ano IV, n. 8, jun. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/brats_08.pdf>. Acesso em 12 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. **Internações Hospitalares. Procedimentos hospitalares do SUS por local de internação** – Brasil – Procedimento: Angioplastia coronariana com implante de stent – 2010. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qiuf.def>>. Acesso em 12 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicadores de mortalidade. C.8 **Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2010/c08.def>>. Acesso em 11 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência** - Brasília, 2008. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha do cuidado do infarto agudo do miocárdio na rede de atenção às urgências** – Brasília, 2008. 72 p. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_sindrome_coronaria.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2013.

- BROOM, D.; WHITAKER, A. Controlling diabetes, controlling diabetics: moral language in the management of diabetes type 2. **Soc. Sci. Med.**, v. 58, n.11, p. 2371-82, 2004.
- CABRAL, A. L.L.V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Belo Horizonte, v. 16, n.11. p. 4433-4442, 2011.
- CAPRARA, A; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface**, Botucatu, v.12, n.25, p363-376, 2008.
- CARVALHO, L. D. P.; MAMEDE, M. V.; ARAUJO, M. R. O. Conhecimento de clientes sobre o processo de auto-cuidado em pós operatório de cirurgia cardíaca. **Caderno de Pesquisa**, São Luís, v. 18, n. especial, dez. 2011.
- CAVALCANTE, J. B.; PAGLIUCA, L. M. F; ALMEIDA, P. C. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital-escola: um estudo exploratório . **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 59-65, ago. 2000.
- COSTA, V. A. S. F.; SILVA, S. C. F.; LIMA, V. C. P. O pré-operatório e a ansiedade do cliente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. **Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 282-298, dez. 2010.
- CRUZ, M. Z.; PEREIRA JUNIOR, A. CORPO, MENTE E EMOÇÕES: Referenciais Teóricos da Psicossomática. São Paulo, **Rev. Simbio-Logias**, v.4, n.6, dez. 2011.
- DAMATTA, Roberto. **Relativizando: uma introdução à antropologia social**. 6. ed. Rio de Janeiro : Rocco, 2000.
- DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-54, mar. 2002.
- FAVA. S. M. C. L. **Os significados da experiência da doença e do tratamento para a pessoa com hipertensão arterial e o contexto do sistema de cuidado à saúde: um estudo etnográfico**. 2012. 270f. Tese(Doutorado)–Universidade de São Paulo, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Ribeirão Preto, 2012.
- FERREIRA, A.B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2008.
- FERREIRA, J.; ESPIRITO SANTO, W. Os percursos da cura: abordagem 179 antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p.179-198, 2012.

FIGHERA, J; VIERO, E. V. Vivências do cliente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Rev. SBPH**, v. 8, n. 2, p. 51-63. São Paulo. 2005.

FREITAS, C. A. No começo é a relação. **Revista de Psicologia**, São Paulo, Saúde Mental e Segurança Pública, v. 1, n. 4, 2007.

FUNDATO, C. T. et al. Itinerário Terapêutico de Adolescentes e Adultos Jovens com Osteossarcoma. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 197-208, 2012.

GEERTZ, C. A. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006.

GRINGS, C. O.; VIGUERAS, E. S. R. Superando as adversidades: Resiliência diante da doença arterial coronariana. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Rio Grande do sul, ano 10, n. 32, abr/jun. 2012.

GODOY, P. H. et al. Letalidade na cirurgia de revascularização do miocárdio no Estado do Rio de Janeiro - SIH/SUS - no Período 1999-2003. **Revista da SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 23-29, jan./fev. 2005.

GUERIN, G.D.; ROSSONI, E.; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio Grande do Sul, v. 17. n. 11, p.3003-3010, 2012.

GUIZILINI, S. et al. Efeitos do local de inserção do dreno pleural na função pulmonar no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v. 19, n.1, p. 47-54, 2004.

GROSSMAN, G. B. Papel da cintilografia miocárdica na avaliação de doença coronária em assintomáticos. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, ano XX, n. 24, Jan./Fev./Mar./Abr. 2012.

HAMMERSLEY, M.; ATKINSON, P. **Ethnography: principles in practice**. New York: Routledge, 2007.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 408 p.

IBIAPINA, I. M. L. **Pesquisa colaborativa: investigação, formação e produção de conhecimentos**. Brasília: Líber Livro Editora, 2004.

JANZEN, J. **The social basis of health and healing in Africa**. Califórnia: University of California Press, 1992.

KALIL, R. A. K. et al. Terapia gênica com VEGF para angiogênese na angina refratária: ensaio clínico fase I/II. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 311-321, 2010.

KLEINMAN, A. **The illness narratives**: suffering, healing and human conditions. New York: Basic Books, 1988. 284 p.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**, Berkeley: University of California, 1980.

LANGDON, E.J.M. **A negociação do oculto**: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico. 1994. 107 f. Tese (Doutorado), Departamento de Antropologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

LAURINDO, F. R. M. **Fisiopatologia da circulação coronariana**. In: SILVA, M. R. **Fisiopatologia cardiovascular**, São Paulo: Atheneu, 2000.

LEDOUX, D.; LUIKART, H. Cirurgia cardíaca. In: WOODS, S. L.; FROLICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia**, Barueri, Manole, p. 675-715, 2005.

LEMOS, K. F. et al. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em clientes atendidos em uma emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre**, v. 31, n. 1, p. 129-35, mar. 2010.

LEWIS, F. The Quest for Improving Health Status in Patients With Ischemic Heart Disease. **Journal of the American Heart Association**, Dallas, Fev. 2013. Disponível em: < <http://circ.ahajournals.org//subscriptions> >. Acesso em: 04 Jan. 2013.

LIMA, C. L. et al. Características sociodemográficas de clientes submetidos à revascularização miocárdica em um Hospital de Fortaleza. **Revista René**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 37-43, jul. /set. 2009.

LOTUFO, P. A. Why Brazil does not have an outbreak of chronic diseases: lessons from cardiovascular diseases? **Ci. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 9, n. 4, p. 841-50, 2004.

MAGNANI, J. G. C. De perto e de dentro: uma nota para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 11-29, 2002.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

MANZO, L. K. C. Le persone nel quartiere in trasformazione. **Research Project**, Trento, Nov. 2012. Disponível em: <www.unitn.it/files/pre-progetto_manzo.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2012.

MECHANIC, D.; VOLKART, E. H. Stress, illness behavior, and sick role. **American Sociological Review**, v. 26: p. 86-94, 1960.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

MONTEIRO, M. F.; SOBRAL FILHO, D.C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo. v. 10, n. 6, nov./dez. 2004.

MUNIZ, R. M.; ZAGO, M. M. F.; SCHWARTZ, E. As teias da sobrevivência oncológica: com a vida de novo. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 25-32, jan./mar. 2009.

NABÃO, F.R.Z.; MARUYAMA, A.S. A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico vivenciado por uma pessoa com infarto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Mato Grosso, v. 11, n. 1. p. 101-9, 2009.

OLIVA, S. B.; PAZ, A. A.; SOUZA, E. N. Conhecimento dos trabalhadores da indústria metal-mecânica sobre fatores de risco para doença arterial coronariana. **Revista de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 1, n. 2, p. 214-224, maio/ago. 2011.

PARCIANELLO, M. K., FONSECA, G. G.P., ZAMBERLAN, C. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 1, n. 3, p. 305-312, jul./set. 2011.

PIEGAS, L. S. et al. Cirurgia de revascularização miocárdica: resultados do Sistema Único de Saúde. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 93, n. 5, p. 555-560, 2009.

PINHO, A.A.; PEREIRA, P.P.G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface-Comunicação, Saúde Educação**, São Paulo, v. 16, n. 41, p. 435-47, abr./jun. 2012.

POPE, P.; MAYS, N. Organizadores. 3. Ed. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: **Art. Med.** 2009.

PORTELLA, R. Pesquisa, simulacro e vida real: um diálogo com a antropologia interpretativa de Clifford Geertz a partir de sua principal obra. **Protestantismo em Revista**, São Leopoldo, v. 29, set./dez. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.est.edu.br/nepp>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

QUEIROZ, F.C. et al. Manejo da dor pós operatória na enfermagem pediátrica: em busca de subsídios para aprimorar o cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 1, jan./fev. 2007.

RIBEIRO, R. Q.; OLIVEIRA, D. M. Reabilitação cardiovascular, doença arterial coronariana e infarto agudo do miocárdio: efeitos do exercício físico. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 15, n. 152, 2011.

ROMANO, B. W. Por que considerar os aspectos psicológicos na cirurgia de revascularização do miocárdio. In: ROMANO, E.W.B. (Org). **A prática da psicologia nos hospitais**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. p. 55-66.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M. C. S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 115-23, 2001.

SANTANA, C. A. **A cirurgia de revascularização do miocárdio: mudanças vividas pelos clientes e sua opinião sobre o papel do fisioterapeuta na reabilitação cardíaca**. 2008. 87 f. Dissertação (Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais)–Fundação Educacional de Divinópolis – FUNEDI. Universidade do Estado de Minas Gerais – UEMG. Divinópolis. 2008.

SANTORO, D. C. et al. O cliente com doença coronariana e os fatores de risco. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; STIPP, M. A. C.; LEITE, J. L. **XXXX**: Ed. Yends, 2006. p. 81.

SANTOS, R. B. **Homens com câncer de próstata: um estudo da sexualidade à luz da perspectiva heideggeriana**. 2006. 243 f. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S.; MEIRELES, B.S. o Itinerário Terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 50-6, jan./mar. 2004.

SMELTZER, S. C. et al. Brunner & Sudarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica. **Cuidados aos clientes com distúrbios vasculares coronários**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. Cap. 28. p. 756-798.

SPAAN, J. et al. Cardiovascular Risk Management After a Hypertensive Disorder of Pregnancy. **Journal of the American Heart Association**, Dec. 2012. Disponível em: <<http://hyper.ahajournals.org>>. Acesso em: 16 fev. 2013.

STEFANINI, G.G.; HOLMES JUNIOR, D. R. Drug-Eluting Coronary-Artery Stents. **Neu England Journal medicine**, Dallas, Org. v. 368, n. 3, January 17, 2013.

STENTS farmacológicos e stents metálicos no tratamento da doença arterial coronariana. Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde, Brasília, ano IV, n. 8, jun. 2009. Disponível em: < <http://www.ans.gov.br/>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

SOUZA, M. H.; ELIAS. D.O. **Fundamentos da Circulação extra corpórea**. São Paulo: 2. ed. 2006.

TAKIUTI, M. E.etal.Qualidadedevidaapósrevascularizaçãocirúrgicadomiocárdio, angioplastia outratamento clínico. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 88, n. 5, p. 537-544, 2007.

UCHOA, E.; J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out. /dez. 1994.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: muito falado e pouco vivido. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 137-144, 2002.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A.; COSTA, M. C. S. Experiência da doença cardíaca entre adultos submetidos à revascularização do miocárdio. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 750-6, 2008.

WATSON, J. **Nursing: The philosophy and science of caring**. Boston, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Chronic diseases**. 06 jun. 2012. Disponível em <http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en>. Acesso em: 11 fev. 2013.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso: doença cardíaca e comorbidades. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Porto Alegre, v. 79, n. 6, p. 635-639, 2002.

APÊNDICE A

Aíenas, 30 de outubro de 2011.

Prezado Sr.
Dr Vismário Camargos de Freitas
Diretor Presidente do MinasCardio.

A cirurgia cardíaca continua a ser o sustentáculo do tratamento para a doença cardíaca, embora as técnicas intervencionistas em cardiologia com o uso de cateter continuem a se expandir e o tratamento clínico tenha melhorado.

A quantidade de cirurgias cardíacas realizadas em homens é bem maior do que as realizadas em mulheres. Assim, sentimos-nos comprometidas com a problemática dos homens com doença arterial coronariana (DAC), uma vez que quando chegam ao serviço de saúde requerem tratamento especializado e muitas vezes necessitam da intervenção cirúrgica imediata ou mediata.

Assim, resolvemos conhecer o caminho percorrido pelo homem com diagnóstico DAC desde os primeiros sinais e sintomas desenvolvendo a pesquisa intitulada "O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO HOMEM CARDIOPATA SUBMETIDO A CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO" sob orientação da Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio (Nº. SIAPE 2150163; COREN-MG 40514) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Aíenas UNIFAL-MG.

Consideramos relevante este estudo pelo fato de se tratar de uma pesquisa qualitativa, na abordagem cultural, o que poderá oferecer subsídios para o planejamento das ações de saúde, especialmente para as intervenções de enfermagem.

Solicitamos autorização para consultar a ficha cadastral dos clientes no SAME do Minas Cardíó. A amostra será constituída pelos homens com diagnóstico de DAC os quais foram submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio. Para a coleta de dados serão realizadas consultas ao cadastro para retirarmos nome e endereço. Quanto ao horário da coleta será de acordo com a disponibilidade do SAME. A seguir, os informantes selecionados serão procurados em suas residências para esclarecimentos sobre o objetivo de estudo, assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e entrevista gravada com autorização.

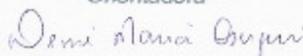
Caso seja autorizado, a coleta de dados terá início em 2012, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG). O término ocorrerá assim que os dados obtidos respondam aos nossos objetivos

Esclarecemos que o projeto de pesquisa, anexo, também será avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG.

Agradecemos a atenção dispensada ao nosso pedido.



Eliza Maria Rezende Dázio
Profa. Drª Adjunto do Depto de Enfermagem da UNIFAL-MG
Orientadora



Denise Maria Osugui
Mestranda em Enfermagem da UNIFAL-MG
Pesquisadora



De acordo, Dr Vismário Camargos de Freitas
Minas Cardíó - Inst. de Interv. Coronária
CNPJ: 01.803.460/0001-09

Dr. Vismário Camargos de Freitas
DIRETOR PRESIDENTE

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal de Alfenas UNIFAL-MG

TÍTULO DA PESQUISA: “O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO HOMEM CARDIOPATA SUBMETIDO A CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO”

Pesquisadora responsável: Esp. Denise Maria Osugui (COREN-MG 123944)

Orientadora responsável: Profa. Dra. Eliza Maria Rezende Dázio (Matrícula SIAPE 2 150 163; COREN-MG 40514)

Você está sendo convidado para participar desta pesquisa cujo título é “O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO HOMEM CARDIOPATA SUBMETIDO A CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO”. O objetivo é compreender a trajetória de homens com diagnóstico de doença arterial coronariana em busca do diagnóstico e tratamento.

Este projeto tem a aprovação do MinasCor e do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Alfenas UNIFAL-MG. Foi elaborado de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos.

É importante que você saiba que a sua participação na pesquisa não lhe causará danos ou riscos à saúde; não acarretará custos de espécie alguma, porque as observações e a entrevista ocorrerão no seu domicílio, nem tampouco será remunerado pela participação. Você terá toda liberdade em participar ou não da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você. Serão assegurados o sigilo e o anonimato, uma vez que você não será identificado em momento algum da pesquisa. Caso não se sinta em condições físicas ou psicológicas durante algum contato com os pesquisadores, isso será respeitado e marcado outro encontro.

Solicitamos sua colaboração no sentido de permitir o nosso acesso ao seu prontuário, de responder às nossas perguntas e permitir que a nossa conversa seja gravada. O gravador permite que a gente não perca nada do que você vai falar. Depois da nossa entrevista, o que foi conversado será escrito e disponibilizado para sua avaliação. Você também será observado quanto ao seu estado geral, aparência física, tom de voz e relação com outras pessoas. Esses dados serão registrados em um caderno.

Os dados coletados acerca do adoecimento, do tratamento e da vida de homem com diagnóstico e tratamento da doença arterial coronariana serão analisados, publicados e apresentados em eventos científicos.

Esse estudo terá como benefício conhecer como os homens se comportam diante dos primeiros sinais e sintomas da doença, a busca por recursos e tratamento. Este é um aspecto importante a ser considerado para melhorar o cuidado de enfermagem aos homens nesta condição.

Sua participação será muito importante para este estudo.

Qualquer dúvida que você tiver ou qualquer informação que quiser, poderá entrar em contato conosco pelos telefones: Denise – (35)99727147 ; Eliza - (35) 3299-1380; e-mail: elizadazio@yahoo.com.br. Meu endereço é: Rua Brigadeiro Lupércio Ferreira, 266 – Elói Mendes – MG;

Agradecemos a sua colaboração em participar desta pesquisa.

Atenciosamente,

Denise Maria Osugui

Eliza Maria Rezende Dázio

Pesquisadora

Orientadora

Após ter lido e compreendido as informações acima, concordo em participar desta pesquisa e autorizo a utilização dos dados para o presente estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

Alfenas, ____ de _____ de 20__

Entrevistador

APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

TÍTULO DA PESQUISA: “O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO HOMEM CARDIOPATA SUBMETIDO A CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO”.

Pesquisadoras: Denise Maria Osugui

Orientadora: Eliza Maria Rezende Dázio

Entrevista número: _____

Sigla do nome do sujeito da pesquisa: _____

Endereço: _____

Idade: _____ Cor: _____ Religião: _____

Ocupação Atual: _____ Ocupação Anterior: _____

Renda familiar: _____ Renda pessoal: _____

Local em que reside atualmente: _____

Filhos: () sim quantos? _____ () não

Estado Marital: () solteiro Escolaridade: () _____ anos de estudo

() casado () Pré- escola

() viúvo () Ensino Fundamental

() separado () Ensino Médio

() amasiado () Ensino Superior

Tempo de união: _____

Data do diagnóstico: _____ Data da cirurgia: _____

Dados da cirurgia: _____

Reoperação presente () ausente ()

Complicações: _____

Sequelas: _____

QUESTÃO NORTEADORA PARA A ENTREVISTA:

Como sua doença começou e o que você fez para se tratar?



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 714 - Alfenas/MG - CEP 37130-000
Fone: (35) 3299-1000 - Fax: (35) 3228-1093



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARAÇÃO

Declaro para todos os fins que o projeto intitulado "O ITNERÁRIO TERAPÊUTICO DO HOMEM CARDIOPATA SUBMETIDO À CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO" foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG, recebendo o parecer **APROVADO**, conforme registro em Ata da 94ª. Reunião, de 04 de abril de 2012, protocolo Nº 008/2012.

Alfenas, 12 de abril de 2012.


Prof. Dra. Maisa Ribeiro Pereira Lima Brigagão
Coordenador do CEP

Quadro 1 – Caracterização sociocultural e clínica dos homens com cardiopatia submetidos à CRVM em um Instituto de Intervenção Cardiovascular no Sul de Minas Gerais.

Nome Fictício	Idade	Raça	Estado Civil	Ocupação	Religião	Escol.	Renda Mensal	Nº de filhos	Clínica	Fatores de risco
João	57	B	Casado	Aposentado	Plesbiteriano	Ens.Fund	1200,00	2	DM/ HAS	Tabagista/Etilista/Stress
Pedro	66	B	Casado	Aposentado	Católico	Ens.Fund	2000,00	4	HAS/DM/Hiperco I.	Stress
Paulo	61	B	Viúvo	Comerciante	Católico	Ens.Fund	1500,00	2	HAS/DM	Stress
Ricardo	71	B	Casado	Vendas	Católico	Ens.Médio	1200,00	4	HAS/DM/Hiperco I	Stress
Jorge	67	B	Separado	Aposentado	Católico	Ens.Médio	1200,00	2	HAS/Hipercol	Tabagista/Etilista/Stress
José	73	B	Viúvo	Aposentado	Católico	Ens.Fund	1200,00	2	HAS	Tabagista/ Stress
Breno	55	B	Casado	Aposentado	Católico	Ens.Médio	3000,00	2	-	Stress
Ailton	50	N	Separado	Pedreiro	Católico	Ens.Sup incompleto	600,00	4	HAS/DM	Tabagista/ Stress
Carlos	51	B	Solteiro	Aposentado	Evangélico	Ens.Médio	600,00	-	HAS/DM	Stress
Rogério	52	B	Casado	Sup.Vendas	Evangélico	Ens.Sup	3500,00	-	HAS	Stress
Samuel	60	B	Casado	Aposentado	Católico	Ens.Fund	2800,00	3	HAS	Stress
Lourival	56	B	Casado	Manutenção Industria	Católico	Ens.Médio	2000,00	4	HAS/CA de intest	Tabagista/Etilista/Stress
Luis	65	B	Casado	Aposentado	Católico	Ens.Fund	3000,00	7	HAS/ Esquizofrenia	Stress
Lucas	78	B	Casado	Aposentado	Católico	Ens.Fund	1700,00	8	HAS/	Stress
Hercules	63	B	Viúvo	Caldeireiro	Católico	Ens.Fund	1900,00	3	HAS	TabagistaStress
Denis	56	B	Separado	Porteiro/DJ	Umbandista	Ens.Fund	1500,00	3	Hipertrofia de próstata benigna	Tabagista/Etilista/Stress
Marcos	60	B	Solteiro	Professor	Espirita	Ens.Sup	3000,00	1	-	Stress
Silvio	50	B	Casado	Aux.Adm	Católico	Ens.Médio	1200,00	1	HAS/Hipercol	Stress
Junior	54	B	Amasiado	Vigilante	Espirita	Ens.Fund	900,00	1	-	Tabagista/ Stress
Gustavo	57	B	Casado	Comerciante	Católico	Ens.Médio	4500,00	2	-	Stress
Afonso	75	B	Separado	Aposentado	Católico	Pré-escola	600,00	5	-	Stress

*Considerou-se a renda salarial pessoal do informante. Salário mínimo vigente no ano de 2012, correspondente a R\$ 622,00. Raça B (branca), raça N (negra)

