

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

JACQUELINE MARLENE GIL LÚCIO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ADULTOS JOVENS QUE
VIVENCIAM A DOENÇA ATEROSCLERÓTICA
CORONARIANA**

**FLORIANÓPOLIS
2005**

JACQUELINE MARLENE GIL LÚCIO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ADULTOS JOVENS QUE
VIVENCIAM A DOENÇA ATEROSCLERÓTICA
CORONARIANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

**FLORIANÓPOLIS
2005**

JACQUELINE MARLENE GIL LÚCIO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ADULTOS JOVENS QUE VIVENCIAM A
DOENÇA ATEROSCLERÓTICA CORONARIANA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 24 de Abril de 2006, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva
- Presidente -

Dra. Mercedes Trentini
- Membro -

Dra. Grace T. Marcon Dal Sasso
- Membro -

Dra. Lúcia N. Amante de Souza
- Suplente -

AGRADEÇO

À Deus, autor da minha vida e da minha fé.

DEDICO

Aos meus pais, pela formação que me deram,
baseada no verdadeiro amor.

As minhas jóias Daniel e Rafael, por serem a
expressão viva da minha alegria.

Ao meu esposo, pai dedicado, por seu amor, apoio
e cuidado com nossa família.

E a todas as pessoas que contribuíram para a
construção deste trabalho.

“Não podemos esquecer que no mundo tecnológico, materialista e interesseiro em que vivemos, existe algo que não mudou ao longo de todos esses avanços: refiro-me ao homem, que diante da doença continua angustiado, aflito e com medo. Repito sempre que o oposto do medo não é a coragem, é a fé. Ele precisa acreditar em quem o trata; e espera, além da competência profissional, o afeto, o carinho e a compaixão pelos sofrimentos que experimenta”.

Adib D. Jatene

LÚCIO, Jacqueline Marlene Gil. **Representações Sociais de adultos jovens que vivenciam a Doença Aterosclerótica Coronariana**, 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 118p.

Orientadora: Dra. Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

RESUMO

Dentre as doenças cardiovasculares a que vem se destacando como um dos problemas mais preocupantes é a Doença Aterosclerótica Coronariana, pois além de ser uma das principais causas de morte e de incapacidade no Brasil, determina um impacto sócio-econômico de grande magnitude. Esta doença tem sido descrita como a maior epidemia já enfrentada pelo homem moderno. Este estudo objetivou compreender como os adultos jovens com Doença Aterosclerótica Coronariana (DAC), atendidos em um hospital de referência em cardiologia, vêem, sentem e vivenciam a realidade de sua condição de saúde. O caminho teórico-metodológico fundamentou-se na Teoria das Representações Sociais, proposta por Serge Moscovici. Para chegar na compreensão das representações sociais foram realizadas dez entrevistas semi-estruturadas, sendo nove participantes do sexo masculino e uma do sexo feminino, com idade variando entre 34 e 43 anos e o tempo de convivência dessas pessoas com a DAC foi de no mínimo oito meses e no máximo dois anos e quatro meses. A análise dos dados foi efetuada a partir da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, permitindo compreender que a DAC provoca importantes mudanças na vida das pessoas, identificadas através de duas categorias que emergiram dos discursos dos sujeitos. A primeira categoria denominada de **“A Realidade do Medo”** identificou como subcategorias: o **medo da dor, o medo da morte, o medo frente ao futuro da família** e o **medo da incapacidade profissional**. A segunda categoria foi entendida como: **“A Realidade Social: buscando apoio social”** e abrange três subcategorias: **o suporte familiar, o suporte religioso e o suporte dos profissionais da saúde**. A DAC foi representada pelos adultos jovens como uma doença que os incapacita no apogeu de sua vida produtiva, gerando sentimentos de medo, ansiedade e insegurança, sinalizando sua vulnerabilidade e finitude. Essa realidade é incorporada no universo consensual e se manifesta como uma ameaça que impõem restrições no processo de viver, refletindo em mudanças no âmbito familiar, profissional e social. Para os sujeitos desta pesquisa o apoio social que recebem foi representado como a peça fundamental na construção e manutenção da saúde, sendo manifestada consensualmente por ter como função básica a segurança e a proteção. A compreensão das representações sociais de adultos jovens no processo de viver com a DAC permitiu o reconhecimento dos sentimentos aflorados pela doença, seus desejos e significados, o que indica a necessidade de repensar a assistência de enfermagem, voltada para a subjetividade das pessoas que vivenciam uma situação de cronicidade.

Palavras chaves: Aterosclerose Coronariana; Apoio Social; Medo; Enfermagem.

LÚCIO, Jacqueline Marlene Gil. Sociais Representations of young adults what live the Coronary Atherosclerotic Disease, 2006. Dissertacion (Máster. In Nursing) – Post Graduastion Course in Nursing, Universidade Federal de Santa Catarina (Federal university of Santa Catarina), Florianópolis. 118f.

ABSTRACT

Of all cardiovascular diseases, the coronary atherosclerotic disease (CAD) has become the most concerning, for it is one of the main causes of death and incapacity in Brazil, with great socioeconomic impact. This disease has been described as the biggest epidemic ever faced by modern man. This study had the objective of understanding how young adults with the coronary artery disease, treated at a hospital with excellence in cardiology, see, feel and live the reality of their health condition. The theoretical background and methods followed the Theory of the Social Representations, by Serge Moscovici. To understand their social representations, ten interviews were conducted with nine male participants and one female, with ages between 34 and 43 years, with the diagnosis of DAC made between eight and 28 months before data collection. The data analysis was conducted through Content Analysis, as proposed by Bardin, allowing to understand that the CAD causes great changes in people's lives, identified through two categories that were mentioned in the participant's reports. The first category was referred as "the reality of fear", identified in the following subcategories: the fear of pain, the fear of death, the fear of the future of the family, and the fear of professional incapacity. The second category was named: "the social reality: searching for social support", and it includes three subcategories: the family's support, the religious' support and the support of the health professionals. The young adults in this study described the CAD as a disease that incapacitates them at the top of their productive lives, generating feelings of fear, anxiety and insecurity, showing their vulnerability and sense of finitude. This reality is incorporated in their consensual universe as a threat that imposes restrictions in the process of living, reflecting in changes in their familiar, professional and social scope. For the participants of this study, the social support they received was represented as fundamental in the maintenance and improvement of their health, being revealed as having an important function to the feeling of security and protection. The understanding of the social representations of young adults with CAD allowed the understanding of the feelings derived from the disease, its desires and meanings, which indicate the necessity of rethinking the nursing assistance, directed at the subjective aspects of people who live deeply affected by a chronic situation.

Key Words: Coronary Atherosclerosis; Social Support; Fear; Nursing.

LÚCIO, Jacqueline Marlene Gil. Representaciones Sociais de adultos jóvenes que viven el enfermedad Aterosclerótica Coronariana, 2006. Disertación (Maestria em Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 118f.

RESUMEN

Entre la enfermedades cardiovasculares la que se viene destacando como uno de los problemas mas preocupantes es la enfermedad arteriosclerotica coronariana, pues ademas de ser uma de las principales causa de muerte e de incapacidad en el Brasil, determina um impacto socio economico de gran magnitud. Esta enfermedad e descrita como una de las mayores epidemias ja enfrentadas por el hombre moderno. Este estudio tuvo como objetivo entender como los adultos jóvenes com arteriosclerose coronariana (AC) atendidos en un hospital de referencia en cardiología, la vem, sienten y viven la realidad de su estado de salud. El camino teorico metodologico se baseo en la Teoria de las Representaciones Sociales, propuesta por Sege Moscovici. Para llegar a la comprensión de las representaciones sociales fueron realizadas diez entrevistas semi estructuradas, siendo nueve participantes del sexo masculino e una del sexo femenino, con edad que varia entre 34 a 43 años y el tiempo de convivencia de estas personas con AC fue de al mínimo ocho meses y de máximo dos años y quatro meses. El análisis de los datos fue efectuada a partir del análisis de contenido propuesta por Bardin, asi permite entender que la AC provoca importantes cambios en la vida de las personas, identificadas atraves de dos categorías que surgieron a partir de los discursos de los sujetos. La primera categoría denominada de “La realidad del miedo” identificó como sub categorías : el miedo del dolor, el miedo de la muerte, el miedo frente al futuro de la familia y el miedo de la incapacidad profesional. La segunda categoría fue entendida como: “La realidad social: buscando apoyo social” y alcanza tres sub categorías: el soporte familiar, el soporte religioso y el soporte de los profesionales de la salud. La AC fue representada por los jóvenes como una enfermedad que los incapacita en el apogeo de su vida productiva, provocando sentimientos de miedo, ansiedad, y inseguridad, señalando su fragilidad. Esa realidad es incorporada em el universo consensual y se manifiesta como una amenaza que coloca restricciones em el proceso del vivir, que se reflejan em cambios en el ambito familiar, profesional y social. Para las personas de este estudio el apoyo social que recibem fue representado como una pieza fundamental, en la construccion y mantención de la salud, siendo manifiestada consensualmente por tener como funcion básica la seguridad y la protección. La comprensión de las representaciones sociales de jóvenes en el proceso del vivir com AC permitirá el reconocimiento de los sentimientos aflorados por la enfermedad, sus deseos y significados, lo que indica la necesidad de volver a pensar en el tipo de asistencia de enfermagem, en vuelta por la subjetividad de las personas que vivem una situacion crónica.

Palabras Claves: arteriosclerose coronariana, apoyo social, miedo, enfermagem.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estimativa de risco de DAC para os próximos 10 anos, segundo a faixa etária.....	32
Tabela 2 – Estimativa de risco de DAC para os próximos 10 anos, segundo o colesterol total.....	33
Tabela 3 – Estimativa de risco de DAC para os próximos 10 anos, segundo o tabagismo.....	33
Tabela 4 – Estimativa de risco de DAC para os próximos 10 anos, segundo o HDL-colesterol.....	33
Tabela 5 – Estimativa de risco de DAC para os próximos 10 anos, segundo a pressão arterial.....	34
Tabela 6 – Estimativa de risco de DAC para os próximos 10 anos, segundo a pontuação total e percentual de risco.....	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Recomendações gerais para controle dos principais fatores de risco modificáveis da DAC.....	35
Quadro 2 – Caracterização das pessoas com DAC segundo a idade, sexo, tempo de DAC, diagnóstico médico, procedimento realizado e data da entrevista. Florianópolis, novembro de 2005.....	55

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Pessoas trabalhando em uma indústria.....	68
Figura 2 – Homem andando de bicicleta.....	68
Figura 3 – Pessoas participando de uma procissão.....	72
Figura 4 – Homem, mulher e crianças conversando.....	75
Figura 5 – Homens, mulheres e crianças no campo.....	75
Figura 6 – Homem lendo jornal.....	79
Figura 7 – Festa de aniversário.....	85
Figura 8 – Figura religiosa.....	88
Figura 9 – Profissionais da área da saúde.....	92

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	9
LISTA DE QUADROS.....	10
LISTA DE FIGURAS.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	19
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 Fisiopatologia e Etiopatogenia da Doença Aterosclerótica Coronariana.....	20
3.2 Fatores de Risco Coronariano e sua importância na gênese da Doença Aterosclerótica Coronariana.....	25
3.3 Abordagem Intervencionista na Doença Aterosclerótica Coronariana.....	36
3.4 Abordagem não Intervencionista da Doença Aterosclerótica Coronariana.....	38
3.5 Enfermagem e a Doença Aterosclerótica Coronariana.....	40
4 CONSTRUINDO O MARCO REFERENCIAL.....	44
5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	50
5.1 Descrição do Campo.....	52
5.2 Sujeito do Estudo.....	54
5.3 Coleta de Dados.....	56
5.4 Análise dos Dados.....	58
5.5 Aspectos Éticos.....	60
6 A REALIDADE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	62
6.1 A Realidade do medo.....	62
6.1.1 Medo da dor.....	65
6.1.2 Medo da morte.....	69
6.1.3 Medo frente ao futuro da família.....	73
6.1.4 Medo da incapacidade profissional.....	76
6.2 A Realidade Social: buscando o apoio social.....	80
6.2.1 Suporte familiar.....	82
6.2.2 Suporte religioso.....	85
6.2.3 Suporte dos profissionais da saúde.....	89

7 REFLETINDO SOBRE A REALIDADE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	93
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	101
APÊNDICES.....	108
ANEXO.....	118

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares vêm representando um importante problema de saúde pública não apenas no Brasil, mas em todo o mundo. As projeções da Organização Mundial da Saúde indicam que, se forem mantidas as tendências atuais, a Doença Aterosclerótica Coronariana vai se tornar a primeira causa de morte nos países do hemisfério ocidental até o ano de 2020 (MIRANDA, 2005)

Segundo dados do Datasus, através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), o principal fator de óbito, no Brasil, continua sendo as doenças cardiovasculares. Em todas as regiões do Brasil, no ano de 2002, as doenças do aparelho circulatório representaram 32% dos óbitos. Dentre as doenças do aparelho circulatório a doença cerebrovascular foi a principal causa de morte, com 86.424 mortes, seguida da doença isquêmica do coração, com 79.375 mortes, e outras doenças cardíacas, com 58.745 mortes (BRASIL, 2004).

Das doenças cardiovasculares a que vem se destacando como um dos problemas mais preocupantes é a Doença Aterosclerótica Coronariana, pois, como visto, além de ser uma das principais causas de morte e de incapacidade no Brasil e no mundo, determina um impacto sócio-econômico de grande magnitude (BRAUNWALD, 2001).

A Doença Aterosclerótica Coronariana (DAC), normalmente se manifesta por Angina *Pectoris*, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Cardíaca e Morte Súbita (MION; NOBRE 2000). Esta doença tem sido descrita como a maior epidemia já enfrentada pelo homem moderno.

Fundamentando as preocupações da Organização Mundial da Saúde, a avaliação dos resultados do conhecido estudo de *Framingham*¹, realizado nos Estados Unidos, mostram que o risco de desenvolvimento de DAC aos 40 anos de idade chega a 48,6% para o sexo masculino e a 31,7% para as mulheres (MIRANDA, 2005).

Este fato deve-se, conforme Da Luz e Favarato (1999), ao desenvolvimento da DAC que começa na adolescência e suas alterações iniciais remontam à infância. No

¹ O estudo de *Framingham* será abordado no capítulo referente a Revisão de Literatura.

entanto, segundo esses autores, suas manifestações clínicas só aparecem na idade adulta, mais freqüentemente por volta da 4ª década de vida. Concluem que a DAC apresenta longo período de evolução silenciosa, antes de sua manifestação clínica.

Estes dados se confirmam no estudo que realizou autopsias em 760 jovens, na faixa etária de 15 a 34 anos, vítimas de acidentes, suicídios e homicídios. Os resultados revelaram a alta incidência de lesão aterosclerótica coronariana nestes jovens. Agrupados por sexo e idade, os dados ficaram assim distribuídos: entre as idades de 15 e 19 anos a lesão apareceu em 2% dos homens não sendo identificada lesão nas mulheres. Na faixa etária de 30 a 34 anos, 20% dos jovens do sexo masculino já apresentavam lesão aterosclerótica coronariana e 8% no sexo feminino (ZIESKE; MCGILL; McMAHAN, 2000).

Lessa (2002) em seu estudo “Tendência dos anos produtivos de vida perdidos por mortalidade precoce por Doença Arterial Coronariana”, mostra que em 20 anos (1979/1998), na faixa etária de 20 a 59 anos, para ambos o sexos foi acentuado o aumento do número de óbitos por DAC nas idades economicamente produtivas, sendo observado aumento de 35,8% dos óbitos para homens e 51,3% para mulheres e a tendência ascendente dos anos produtivos de vida perdidos dos 40 aos 49 anos para os homens e dos 40 aos 59 anos para as mulheres. O crescimento de 43,3% no número de óbitos para mulheres em relação aos homens aponta para os reflexos das mudanças desfavoráveis no estilo de vida das mulheres (tabagismo, obesidade, sedentarismo, estresse) e sugerem deficiência de programas de prevenção e controle dos fatores de risco e de adesão ao tratamento para ambos os sexos.

Murray e Lopez (1997) chamam a atenção para um fator determinante no aumento da mortalidade nos países em desenvolvimento, que é a tendência das doenças cardiovasculares manifestarem-se em idades mais precoces do que a observada comumente em países desenvolvidos. Estes autores estimam que em 2020 deverão ocorrer 6,4 milhões de óbitos por estas doenças na faixa etária de 30-69 anos nos países em desenvolvimento.

Há aproximadamente 19 anos iniciei minha experiência profissional em cardiologia, num hospital da rede pública estadual de Santa Catarina. Nestes anos em que atuo como enfermeira assistencial tenho observado que a prática assistencial em

saúde direcionada para pessoas com DAC tem um foco mais voltado aos aspectos físicos, nem sempre considerando a experiência e a interpretação que a pessoa faz de sua condição de saúde. Essa prática parece ter repercussões na progressão da doença, na reincidência de complicações, no agravamento das condições gerais de saúde e influenciado na qualidade de vida dessas pessoas.

A partir de minha vivência profissional, e reforçada pela literatura, tenho percebido que cada vez mais precocemente a DAC vem acometendo as pessoas. Percebi que houve uma mudança importante na faixa etária das pessoas que procuram a instituição de saúde onde atuo como enfermeira. Há dez, quinze anos atrás, pessoas na faixa etária de 30 – 40 anos, raramente eram internadas ou submetidas a procedimentos como angioplastias ou cirurgias de revascularização do miocárdio, o que, de certa forma, é comum atualmente.

O convívio com adultos jovens portadores de DAC possibilitou-me perceber, de uma forma mais clara, que o fato de serem jovens a doença tem repercussões sociais mais dramáticas, influenciando seu estilo de vida.

É senso comum que as doenças cardiovasculares acometem pessoas de uma faixa etária mais avançada. Essa é uma crença bastante arraigada tanto na população em geral como entre os profissionais da saúde. Não resta dúvida que a frequência da doença cardiovascular aumenta com o progredir da idade, mas, como descreveu Lotufo (1998) a mortalidade precoce por doenças isquêmicas do coração, em várias regiões do Brasil, é bastante representativa.

Neste contexto, podemos atribuir este aumento nos índices estatísticos ao fato dos adultos jovens considerarem que o grupo de risco são as pessoas de idade mais avançada, somados a falha nos programas preventivos e de promoção da saúde que não direcionam ações para esta faixa etária mais jovem expondo, desta forma, essas pessoas aos fatores de risco para a DAC.

Assim, o fato da DAC ser considerada por muitos como “doença de velho” contribui para que os mais jovens mantenham um estilo de vida não condizente à prevenção, principalmente em relação à mudança de hábitos e, por muitas vezes, subestimarem alguns sintomas específicos, impedindo um diagnóstico precoce.

Percebo que as pessoas com DAC interpretam sua situação de vida de diferentes

maneiras e que muitas vezes não são compreendidas pelos profissionais da saúde. Preocupo-me com o cuidado de enfermagem prestado a essas pessoas, com seus sofrimentos, suas angústias e incertezas de como enfrentar esta nova realidade. Desse modo, as representações que as pessoas têm de sua condição de saúde definem a maneira como convivem com a mesma, influenciando a adesão ou não aos cuidados e tratamentos impostos pela DAC.

Observando essas pessoas, constatei que apresentam uma situação muito complexa, pois convivem com uma condição que poderá comprometer sua saúde, necessitando de mudanças em seu estilo de viver, tendo que repensar suas atividades e muitas vezes reorganizar sua vida pessoal, o que nem sempre estão preparadas para fazer. Algumas super valorizam o problema cardíaco, que passa a dominar suas vidas, outras o minimizam. Ambas as situações precisam ser melhor compreendidas para que os profissionais possam desenvolver sua prática de modo a atender as situações específicas que cada um experiência.

A opção que fiz de estudar o significado da DAC na perspectiva de adultos jovens se deu ao fato de verificar que os conhecimentos nesta área são escassos, especialmente a compreensão do significado dessa doença, do ponto de vista de quem a vivencia.

Baseada na minha percepção e vivencia profissional, acredito que essa escassez de conhecimentos propicia uma prática de enfermagem não científica, aproximando-se de uma prática intuitiva e empírica, o que dificulta o estabelecimento de parâmetros que possam contribuir para uma assistência de enfermagem voltada para a situação e percepção dessas pessoas sobre sua condição.

Partindo dessas reflexões, encontrei na Teoria das Representações Sociais um alicerce que direcionou meus estudos na construção de um referencial teórico, buscando construir conhecimentos que sejam aplicáveis na prática profissional.

Após várias leituras sobre a Teoria das Representações Sociais pude observar que as doenças têm sido um campo privilegiado para estudos nesta área. Segundo Herzlich (1999), a representação social dá sentido para uma doença que os sujeitos representam. A autora revela, em seu estudo, que as pessoas orientavam suas condutas a partir das representações sociais que tinham sobre as doenças que possuíam. Isto

acontece, segundo Gomes e Mendonça (2002), porque a representação social da doença se inscreve em uma experiência humana que possui uma série de significados. A doença para as pessoas, assim, irá refletir aspectos subjetivos e sociais. Os autores revelam que a “experiência da doença se refere, basicamente, a forma como as pessoas e os grupos sociais assumem a situação da doença ou nela se situam” (idem, p.117). Através das narrativas estes autores percebem como as doenças estão incluídas em um processo cotidiano que faz com que a enfermidade seja percebida como “componente da realidade e parte das experiências reais das suas vivências” (idem, p.130).

Sendo assim, o que me levou a optar por compreender as representações sociais dos adultos jovens com DAC foi a preocupação com a subjetividade dessas pessoas, e esta só poderia vir a tona se eu fosse buscar o que representa a doença para elas.

Assim, percebo que é importante compreender o significado da DAC para adultos jovens, pois esse fenômeno possui algumas especificidades, dado a singularidade da situação. Conhecer o significado dessa doença é saber o sentido expresso pela pessoa de tudo o que vivenciou, seus desejos, vontades, medos, aspirações e intenções. Isso possibilita encontrar um novo espaço de atuação da enfermagem que considere a pessoa em sua complexidade e inter-relação com os outros e com o mundo que a cerca.

Acredito que as representações sociais dos adultos jovens no processo de viver com a DAC irão permitir direções para os profissionais da saúde, seja transformando o objeto estranho em conhecido ou transformando-o em elemento concreto na própria realidade. Sendo assim, a enfermagem tem um importante papel neste contexto, dando espaço para que essas pessoas expressem seus sentimentos, de forma que as subjetividades sejam a floradas e para isso é necessário que o enfermeiro busque alternativas que direcionem essa compreensão, na tentativa de melhorar a qualidade de vida das pessoas com DAC.

Desse modo, o estudo realizado buscou responder a seguinte questão: Quais as representações sociais da DAC para adultos jovens que vivenciam esta condição de saúde?

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Compreender as representações sociais de adultos jovens com DAC, atendidos em um hospital de referência em cardiologia de Santa Catarina, sobre sua condição de saúde.

Objetivos Específicos

- Conhecer como adultos jovens com DAC vêem, sentem e vivenciam a realidade de sua condição de saúde.
- Analisar, nos conteúdos das falas dos adultos jovens com DAC, o significado da sua condição de saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão abordados, a partir da literatura que selecionei, alguns temas importantes para a realização deste estudo, tais como: Fisiopatologia e Etiopatogenia da Doença Aterosclerótica Coronariana; Fatores de Risco Coronariano e sua importância na gênese da Doença Aterosclerótica Coronariana; Abordagem Intervencionista na Doença Aterosclerótica Coronariana; Abordagem não Intervencionista na Doença Aterosclerótica Coronariana; e A Enfermagem e o processo de viver com a Doença Aterosclerótica Coronariana.

3.1 Fisiopatologia e Etiopatogenia da Doença Aterosclerótica Coronariana

A Doença Aterosclerótica Coronariana (DAC) é a principal causa de mortalidade e a doença que mais consome recursos na área da saúde nos países industrializados (NOBRE; SERRANO, 2005).

A DAC é hoje reconhecida como um processo dinâmico, evolutivo e de origem multifatorial. Nos últimos 100 anos, muitas teorias referentes à patogênese da aterosclerose têm sido elaboradas em uma tentativa de explicar a evolução da placa aterosclerótica (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

Segundo Higuchi et al (2001), Neto e col.(2001) e Nobre; Serrano (2005) as lesões ateroscleróticas são classificadas pela sua fisiopatologia em:

Lesões Iniciais – *Lesão Tipo I* caracterizada pelo aumento do número de macrófagos e pelo surgimento das células esponjosas (macrófagos cheios de gordura) no nível da íntima vascular. Estas lesões são detectadas antes mesmo do primeiro ano de vida. *Lesão Tipo II* são compostas por macrófagos, células musculares lisas e gordura extracelular, conhecida como estria gordurosa. Estas lesões são encontradas antes da 3ª década de vida.

Lesões Intermediárias – *Lesão Tipo III* chamada de pré ateroma, origina-se das lesões tipo II e diferem destas por possuir maior quantidade de lipídio extracelular ocupando parte da matriz de proteoglicanos, formando pequenos núcleos lipídicos visíveis a olho nu.

Lesões Avançadas – *Lesão Tipo IV* conhecida como ateroma, possui um núcleo lipídico individualizado, formado pela fusão das ilhotas de gordura das lesões tipo III. Este núcleo é também chamado de centro necrótico por possuir, além de macrófagos e gordura livre, grande quantidade de debris celulares. *Lesão Tipo V* caracterizada pela presença de tecido fibroso envolvendo o núcleo lipídico subdivide-se em: fibroateroma, placa calcificada e placa fibrótica. *Lesão Tipo VI* é a placa complicada por trombo, fissura, rotura, hemorragia ou erosão. Esta complicação tem maior chance de ocorrer quando existe remodelamento do vaso, presença de núcleo lipídico > 40% da área total da placa, capa fibrótica fina e presença de grande quantidade de células inflamatórias. As lesões avançadas reduzem o fluxo sanguíneo ao miocárdio, resultando nos sintomas típicos dos eventos coronarianos isquêmicos (NOBRE; SERRANO, 2005).

Mais recentemente, o papel da camada adventícia vem sendo revisto na aterogênese, a partir de observações histopatológicas, demonstrando a presença de células inflamatórias² e de agentes infecciosos³ que poderiam migrar para o espaço intimal vascular, levando a disfunção endotelial contribuindo para a formação da placa

² **Células Inflamatórias** – A doença aterosclerótica é hoje reconhecida como um processo dinâmico de caráter inflamatório, caracterizada por expansão interna da parede arterial, pelo acúmulo de lípidos intra e extracelulares na camada íntima. Esta estrutura intra-arterial é recoberta por uma capa fibrosa (ateroma). A partir dessa lesão inicial ocorre três processos fundamentais em nível celular: entrada contínua por meio de macrófagos ou monócitos e proliferação de macrófagos, células musculares lisas e linfócitos; formação de extensa matriz de tecido conjuntivo fibroso por células musculares lisas; acúmulo de lípidos intra e extracelulares, principalmente na forma de colesterol livre ou esterificado, dentro dos macrófagos e células musculares lisas. Os níveis de proteína C-reativa é o biomarcador inflamatório mais bem caracterizado hoje em dia, sendo os melhores preditores de eventos coronarianos futuros (FERNANDES, 2004; NOBRE; SERRANO, 2005).

³ **Agentes Infecciosos** – Estudo de pesquisadores brasileiros demonstraram pela primeira vez, em 2000, que a ruptura da placa aterosclerótica se associava a fatores convencionais a exemplo da capa fibrosa delgada e grande lago lipídico, mas também se relacionava à presença de bactérias. Os microorganismos identificados foram *Chlamydia pneumoniae* e o *Mycoplasma pneumoniae*, patógenos que se concentram, sobretudo no lago lipídico, levando ao processo inflamatório. Tais achados aparentemente explicam porque placas pequenas podem evoluir de modo rápido e sem manifestações clínicas prévias para fenômenos obstrutivos agudos, como o infarto agudo do miocárdio (HIGUCHI et al, 2000; IHARA et al, 2003).

aterosclerótica (ZAMAN et al, 2000; HIGUCHI et al, 2000; NOBRE; SERRANO, 2005).

De acordo com o trabalho de Stary (1990), sobre a presença de lesões ateroscleróticas nas primeiras quatro décadas de vida, lesões iniciais tipos I e II podem ser encontradas em indivíduos com menos de um ano de idade. No fim da adolescência cerca de 61% dos indivíduos apresentam algum tipo de lesão aterosclerótica nas artérias coronarianas, sendo que 15 % delas são do tipo III e IV, ou seja, lesões intermediárias ou avançadas. Ao final da 4ª década 95% da população já apresentam algum tipo de lesão aterosclerótica.

Os estudos *Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth (P.D.A.Y.)* (MCGILL; MCMAHAN, 1998) e *Bogalusa Heart Study* (TRACY, 1995) foram decisivos para a compreensão da gênese e progressão da aterosclerose, pois além de confirmarem o desenvolvimento precoce das lesões ateroscleróticas, revelam a importância dos fatores de risco neste processo. Em conjunto, esses estudos, enfatizam o conceito da aterosclerose como um problema que se inicia na infância, uma vez que estrias gordurosas nas artérias coronarianas têm início na adolescência e placas fibrosas podem ser observadas antes dos 20 anos, progredindo significativamente na terceira década.

A constatação do início da doença aterosclerótica ainda em fase precoce da vida nos mostra que as placas ateroscleróticas podem avançar silenciosamente durante anos, retardando o aparecimento das manifestações clínicas da DAC.

O principal mecanismo patogênético da DAC, ocorrendo em 90% dos casos, é a obstrução arterial causada por placa aterosclerótica (NOBRE; SERRANO, 2005).

Essas lesões ateroscleróticas geram obstruções significativas ao fluxo arterial epicárdico, limitando a oferta de oxigênio ao miocárdio, gerando um processo isquêmico no músculo cardíaco. Considerando que o miocárdio, para exercer adequadamente sua função contrátil, necessita de suprimento contínuo e elevado de oxigênio e glicose, podemos descrever que a isquemia miocárdica é um desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigênio, sendo que o fluxo coronariano tem papel fundamental para a manutenção deste equilíbrio (NOBRE; SERRANO, 2005).

Quando o fluxo sanguíneo coronariano está prejudicado pela presença de placa

aterosclerótica, a demanda de oxigênio ao miocárdio está diminuída, levando a uma lesão tecidual do músculo cardíaco denominado de área isquêmica. Esta isquemia, ativa através de uma seqüência de estímulos, os receptores da dor produzindo *Angina Pectoris* (Angina do Peito) (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

Para Nobre e Serrano (2005) a DAC pode se manifestar com diferentes formas de apresentação. Na DAC crônica, a angina estável se constitui na principal característica da doença, entretanto, a DAC pode estar presente na ausência de angina e, nesses casos, as manifestações clínicas mais comuns serão: isquemia silenciosa e cardiomiopatia isquêmica. Já nas Síndromes Coronarianas Agudas compreende-se uma variedade de estados isquêmicos que englobam a angina instável, o infarto do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST e o infarto do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST.

A angina estável é uma síndrome caracterizada pela presença de dor ou desconforto no tórax, mandíbula, epigástrio, ombro, dorso ou membros superiores, tipicamente desencadeadas por atividades que aumentam a demanda de oxigênio miocárdico, como esforço físico ou estresse e aliviada pelo repouso ou com o uso de nitratos. O termo angina refere-se aos quadros de desconforto causados por isquemia miocárdica. Usualmente, ela se manifesta em portadores de DAC com lesão obstrutiva em pelo menos uma artéria epicárdica (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005; NOBRE; SERRANO, 2005).

Isquemias silenciosas são episódios isquêmicos do miocárdio sem a presença da dor anginosa. Parcelas consideráveis de pacientes com DAC, aproximadamente 70% dos casos não apresentam angina, particularmente aqueles com diabetes mellitus, possivelmente devido a uma neuropatia que inibe a percepção da dor, e aqueles com hipertensão arterial sistêmica. Outra possibilidade refere-se ao fato de que a isquemia silenciosa poderia representar episódios isquêmicos menos intensos, insuficientes para estimular os receptores de dor (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005; NOBRE; SERRANO, 2005).

Segundo Solimene (2004), *Peter Cohn* definiu a isquemia silenciosa como a situação na qual ocorrem alterações de perfusão, função ou atividade elétrica do miocárdio, na ausência de dor precordial ou dos “equivalentes isquêmicos” habituais.

Essa condição pode ser encontrada: *tipo 01* – em indivíduos assintomáticos, sem história prévia de angina ou infarto do miocárdio, considerados saudáveis; *tipo 02* – pacientes que se tornaram assintomáticos após o infarto do miocárdio; e *tipo 03* – nos portadores da clássica angina do peito.

Apesar de alguma controvérsia, aceita-se que a presença e a intensidade de isquemia, e não da dor, tenha significado prognóstico em pacientes com DAC (NOBRE; SERRANO, 2005).

A cardiomiopatia isquêmica caracteriza condição em que a DAC resulta em grave disfunção ventricular, freqüentemente indistinguível da cardiomiopatia dilatada. Os mecanismos fisiopatológicos da disfunção ventricular são multifatoriais, e os mais relevantes incluem: miocárdio hibernante e o acúmulo de colágeno, caracterizando a fibrose miocárdica ou disfunção secundária ao infarto agudo do miocárdio (NOBRE; SERRANO, 2005).

A angina instável é uma síndrome classificada como intermediária em intensidade entre angina estável e infarto agudo do miocárdio. As principais características são angina de início recente, angina prolongada em repouso ou uma alteração no padrão de angina. Acredita-se que a angina instável geralmente resulte da ruptura de uma placa aterosclerótica, que trombosa parcialmente uma artéria coronariana, levando a redução do fluxo sanguíneo coronariano e isquemia miocárdica. Além disso, certos sinais e sintomas sugestivos de angina instável podem ser usados para determinar a probabilidade de ter doença coronária significativa e risco de morte súbita (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

O infarto do miocárdio sem supra ST constitui uma síndrome usualmente causada por doença aterosclerótica das artérias coronarianas, associada ao aumento do risco de morte cardíaca. O processo isquêmico é importante e compromete a integridade do músculo cardíaco, levando a liberação de marcadores de necrose miocárdica. Uma variedade de marcadores bioquímicos é utilizada para avaliar a suspeita de IAM, porém três são os testes atualmente em uso: Troponina I (TnI) e Troponina T (TnT); Creatina cinase (CK) e sua isoforma (CK-MB); e a Mioglobina. A estratificação de risco pela avaliação clínica e eletrocardiográfica tem papel fundamental no tratamento do IAM sem supra ST (NOBRE; SERRANO, 2005).

No infarto do miocárdio com supra ST o diagnóstico precoce é um fator importante para definir qual a melhor terapêutica. Uma anamnese adequada inclui a caracterização da dor torácica e a pesquisa de fatores de risco para a DAC. O exame físico contribui fundamentalmente para a avaliação da repercussão clínica do infarto e para o seu diagnóstico diferencial. O eletrocardiograma se constitui em ferramenta essencial, pois, realizado nos primeiros minutos do atendimento, permite o diagnóstico de IAM com supra ST, direcionando a conduta para a terapêutica de reperfusão. Os pacientes com elevação do segmento ST são considerados de alto risco para óbito por arritmias malignas, insuficiência ventricular esquerda ou ruptura miocárdica. Com os dados clínicos e eletrocardiográficos, tem-se condição de avaliar o prognóstico do infarto já no início, estabelecendo melhor estratégia terapêutica (NOBRE; SERRANO, 2005).

3.2 Fatores de Risco Coronariano e sua importância na gênese da Doença Aterosclerótica Coronariana

Com o surgimento dos estudos populacionais com grande número de amostragem, como o *Estudo Framingham*, é que se pode determinar com mais segurança alguns fatores de risco.

Um dos primeiros estudos que serviu de base epidemiológica da prevenção da DAC foi realizado na cidade de Framingham, nos Estados Unidos. Iniciado em 1948, pela observação sistemática de uma população inteira, o estudo propunha buscar as relações entre as doenças que foram surgindo nos habitantes daquela localidade e as diferentes condições ali registradas. No final dos anos 50, com a publicação dos primeiros resultados que comprovaram a associação entre o colesterol sérico, o hábito de fumar e a hipertensão arterial sistêmica com a cardiopatia isquêmica, firmaram-se o conceito de fator de risco e inaugurou-se uma nova etapa nos conhecimentos sobre as doenças cardiovasculares (PEETERS et al, 2002).

Newtom e Froelicher (2005), relatam que a DAC geralmente está associada

com uma ou mais características conhecidas como fatores de risco. As autoras adotam o conceito de fator de risco como sendo “um aspecto de comportamento pessoal ou estilo de vida, uma exposição ambiental ou uma característica inata ou herdada, que, com base na evidência epidemiológica, está associada com a ocorrência da doença” (p.863).

No Brasil, o mais recente consenso brasileiro de dislipidemia recomenda a adoção dos fatores de risco detectados no estudo de Framingham (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

Entretanto, no final do século passado, na década de 90, o Comitê de Epidemiologia da União das Sociedades de Cardiologia da América do Sul (USCAS) planejou, coordenou e elaborou um estudo multicêntrico sobre *Fatores de Risco para Insuficiência Coronariana na América do Sul* (FRICAS), com o intuito de conhecer se os fatores de risco da DAC estudados em população predominantemente branca, anglo-saxã e rica são válidos também para outros grupos populacionais. O estudo aqui no Brasil se deu de janeiro de 1994 a março de 1995, envolvendo 20 cidades de vários estados e ratificou o que já havia sido firmado em estudos epidemiológicos anteriores (SILVA; SOUZA; SCHARGODSKY, 1998).

A partir desses conhecimentos, reconhecidos como verdade científica, tornou-se possível um enfoque epidemiológico, tendo como meta a prevenção primária e/ou prevenção secundária das cardiopatias.

Entende-se como prevenção primária a identificação e a intervenção nos fatores de risco, por meio de mudanças do estilo de vida, para prevenir doenças cardiovasculares em indivíduos sem doença prévia (STEFANINI; BARBOSA, 2003). O trabalho de prevenção primária é desenvolvido por meio do esclarecimento da população quanto aos fatores de risco da DAC. A organização de campanhas educacionais e a busca ativa de grupos populacionais sujeitos a desenvolver doença aterosclerótica podem traduzir em importante trabalho de prevenção das coronariopatias (STEFANINI; BARBOSA, 2003).

A prevenção secundária consiste na identificação e no tratamento de pessoas com DAC estabelecida e daquelas que apresentam alto risco de desenvolvimento da doença e, ainda, no tratamento e na reabilitação de pessoas que tiveram evento

isquêmico, como angina instável e IAM, com o objetivo de prevenir a reincidência da DAC. Devem ser incluídas neste grupo as pessoas submetidas a tratamento intervencionista, como cirurgia de revascularização do miocárdio ou angioplastia (STEFANINI; BARBOSA, 2003).

Pereira et al (2002), admitem que a etiologia multifatorial da DAC está relacionada a indicadores de risco, dos quais alguns podem ser modificados por meio de intervenções efetivas. Estudos esclarecem que os fatores de risco, quando em contínua atividade, favorecem a progressão da lesão coronariana, agravando o prognóstico da pessoa. Destacam também que a persistência das alterações está relacionada às deficiências das orientações e acompanhamento das correções dos fatores de risco possíveis de serem controlados.

Desta forma podemos classificar os fatores de risco para a Doença Arterial Coronariana como: os **não-modificáveis**, que se associam ao aumento das doenças coronarianas sem possibilidade de serem reduzidos (história familiar, idade e sexo); os **modificáveis**, que são fatores nos quais o emprego de intervenções seguramente reduz o risco de doença coronariana (dislipidemia, hipertensão arterial, tabagismo, hipertrofia do ventrículo esquerdo, diabetes *mellitus*, obesidade, sedentarismo, menopausa, fatores psicossociais, consumo excessivo de bebidas alcoólicas); e os **parcialmente modificáveis** (HDL-c baixo - <35 mg/dL, lipoproteína a, fibrinogênio e homocisteína) (VALE; MARTINEZ, 2004).

Um **histórico familiar** de doenças cardiovasculares atribui a homens e mulheres um risco aumentado para DAC, provavelmente por uma combinação de fatores genéticos e ambientais. Um histórico de IAM a um parente de primeiro grau dobra o risco de IAM, e em dois ou mais parentes de primeiro grau este risco triplica. O risco de DAC é mais significativo quando o IAM em parentes ocorre antes do 55 anos (STEFANINI; BARBOSA, 2003; VALE; MARTINEZ, 2004).

Apesar de historicamente a DAC atingir pessoas acima de 45 anos de idade (sexo masculino) e 55 anos (sexo feminino), nos últimos 10 anos tem sido surpreendente o surgimento de DAC na faixa etária de 20 aos 30 anos, em ambos os gêneres, como reconhece Stefanini e Barbosa (2003), justificando que a falta de atitudes preventivas de educação em saúde e a maior exposição a situações de fatores

de risco, tem levado a população jovem a apresentar manifestações da DAC.

Segundo Braunwald (2001), aproximadamente 80% dos infartos agudos do miocárdio fatais ocorrem em pacientes com **idade** igual ou superior a 65 anos. Em função do aumento do risco, em curto prazo, de um evento coronariano em pacientes de meia-idade e idosos, a redução de fatores de risco modificáveis é mais provável de diminuir eventos coronarianos mais precocemente nesta faixa etária do que em pacientes mais jovens com os mesmos fatores de risco.

Quanto ao **sexo**, a ocorrência de Doença Arterial Coronariana é cerca de três a quatro vezes mais freqüente nos homens do que nas mulheres até os 55 anos. Após esta idade, aumenta o risco para as mulheres em consequência da menopausa. Em torno dos 75 anos de idade, as incidências se igualam em ambos os sexos. Por isso, considera-se como fator de risco para a DAC a idade maior ou igual a 45 anos para os homens e maior ou igual a 55 anos para as mulheres (VALE; MARTINEZ, 2004; ARMAGANIJAN; BATLOUNI, 2000).

O conhecimento da abordagem diagnóstica e terapêutica das **dislipidemias** é atualmente de fundamental importância para os profissionais da saúde visto que são achados freqüentes tanto na população geral como em situações especiais (NOBRE; SERRANO, 2005).

As dislipidemias podem ter início na infância, ou mais tardiamente, ser desencadeadas pelo estilo de vida inadequado, como sedentarismo, dieta inadequada, resistência à insulina, alcoolismo e obesidade (NOBRE; SERRANO, 2005).

Segundo Woods; Froelicher; Motzer, (2005) no *Framingham Heart Study*, mulheres e homens com concentrações de colesterol sérico maiores do que 295 mg/dl tinham mais de três vezes o risco de Infarto do Miocárdio e eventos coronários definidos do que aqueles com concentrações de colesterol menores do que 204 mg/dl.

Em relação ao Colesterol total e LDL-colesterol (lipoproteína de baixa densidade) são definidas as seguintes concentrações, de acordo com o Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia: alto-risco - colesterol total acima de 240 mg/dl e LDL-colesterol acima de 160 mg/dl; risco intermediário - colesterol total entre 200 e 239 mg/dl e LDL-colesterol de 130 a 159 mg/dl; desejável - colesterol total menor que 200 mg/dl e LDL-colesterol menor que 130 mg/dl.

Para indivíduos diabéticos ou com Doença Arterial Coronariana, os níveis recomendáveis de LDL-colesterol devem ser inferiores a 100 mg/dl (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

De outro modo, o HDL-colesterol (lipoproteína de alta densidade) é inversamente associado com a incidência da Doença Arterial Coronariana. A relação entre colesterol total e HDL-colesterol representa um meio simples e eficiente de estimar o risco de doença coronariana (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

Tem sido salientado o papel da dieta pobre em gorduras saturadas e da atividade física moderada na prevenção da Doença Arterial Coronariana, pois estudos têm demonstrado que pessoas de países, grupos sociais ou raças que consomem grandes quantidades de gorduras têm níveis elevados de colesterol sérico e maior incidência de aterosclerose coronariana e aórtica em relação àqueles que consomem menos gordura (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

A **hipertensão arterial** é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardíacas e cerebrovasculares, Está relacionada com 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% das mortes por DAC (NOBRE; SERRANO, 2005).

As avaliações de prevalência em regiões distintas do Brasil sugerem que a hipertensão arterial deva acometer 15 a 20% dos indivíduos adultos (MION; NOBRE, 2000).

São identificados vários fatores de risco para a hipertensão arterial, tais como, a obesidade, alto consumo de bebidas alcoólicas, uso de determinados medicamentos, raça negra, estresse e consumo excessivo de sal (MION; NOBRE, 2000).

A redução nos níveis pressóricos diminui de forma mais significativa o risco de DAC. Relaciona-se este fato a característica multifatorial da doença coronariana (VALE; MARTINEZ, 2004).

O **tabagismo** é talvez a causa conhecida mais prevalente da DAC hoje, levando a mais mortes por DAC do que o câncer de pulmão ou doenças pulmonares. O risco de DAC aumenta com o número de cigarros fumados, duração mais longa do hábito de fumar e a idade mais jovem de iniciação ao cigarro (WOODS; FROELICHER;

MOTZER, 2005).

Os mecanismos fisiopatológicos responsáveis pelos eventos cardiovasculares nos fumantes envolvem ações deletérias sobre a parede dos vasos sanguíneos, sobre o sistema de coagulação e os lípides. Entre as estratégias de redução de morbimortalidade por doença cardiovascular destaca-se a interrupção do tabagismo, com a melhor relação custo-efetividade. A redução de eventos chega a ser de 50 % em um período de 2 anos após a interrupção do fumo (NOBRE; SERRANO, 2005).

O **diabetes melitos** está associado com um aumento na incidência de DAC em homens e mulheres ao longo do tempo de vida (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005). Grandes desafios permanecem no estudo da síndrome metabólica com o objetivo de identificar populações com alto risco cardiovascular.

Os diabéticos têm uma carga maior de fatores de risco aterogênicos do que os não diabéticos, incluindo hipertensão, hipertrigliceridemia, aumento da relação colesterol total/HDL colesterol e fibrinogênio plasmático elevado.

A **obesidade** é definida como excesso de peso atribuído ao aumento de gordura corporal, principalmente no abdome. Está associada com vários fatores de risco para a Doença Arterial Coronariana, incluindo: hipertensão arterial, intolerância à glicose, resistência à insulina, hipertrigliceridemia, HDL-colesterol reduzido e fibrinogênio elevado (SANTOS, 2005).

O excesso de peso (Índice de Massa Corpórea - IMC > 25 Kg/m²), principalmente o acúmulo de gordura na região abdominal, está associado a um maior risco de DAC. O IMC é calculado através da relação entre o peso (em quilogramas) e a altura (em metros) elevada ao quadrado. A medida da circunferência da cintura permite-nos identificar portadores de obesidade androgênica. Risco muito aumentado: medida de cintura > 88 cm em mulheres e > 102 cm nos homens (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

O **sedentarismo**, para Matos et al (2005 p.319), “é um estado muito reduzido de atividade física, em que o movimento corporal é mínimo”. Segundo os autores a redução da atividade física vem ocorrendo cada vez mais precocemente, atingindo até mesmo as crianças, fato este atribuído ao desenvolvimento tecnológico e a urbanização das sociedades desencadeando uma série de modificações nos hábitos de vida da

população.

No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que 80% de adultos são sedentários (GIANNINI; FORTI; DIAMENT, 2000).

Esses dados se tornam preocupantes, pois sabemos que o sedentarismo é um fator de risco para o desenvolvimento da DAC e vários estudos epidemiológicos vêm relacionando uma maior atividade física a uma menor incidência de Infarto do Miocárdio e Morte Súbita. Diante dessas evidências a prática regular de exercícios físicos deve ser sempre recomendada pelos profissionais da área da saúde (MATOS et al, 2005).

Outro fator a ser considerado é o **estresse**, que nos últimos anos tem sido tratado como um fator de risco desencadeador da DAC (DANTAS; COLOMBO; AGUILIAR, 1999).

Embora não comprovado cientificamente, existe relação causal entre as reações emocionais e psíquicas, e as doenças cardíacas. De acordo com esta relação, as reações emocionais podem predispor e precipitar transtornos do ritmo cardíaco, coronariopatia e hipertensão arterial. O principal argumento para este fato é a liberação excessiva e prolongada de catecolaminas e corticosteróides, provocada pelo estresse ou pela ansiedade exagerada (BALLONE, 2003).

Belancieri e Bianco (2004), sugerem que o estressor pode advir de estímulos externos e internos. As condições externas são independentes da pessoa ou de sua vontade. Em vista de o estressor desencadear perdas de suas atividades, torna a pessoa inapta em prever ocorrências, impondo limite na sua capacidade de gerir o estresse, modificando dessa maneira seu autoconhecimento (pensamento e sentimentos da pessoa sobre si). Os fatores internos encontram-se ligados às características pessoais de personalidade, crenças e valores e como a pessoa interpreta suas experiências.

Para a estimativa do risco da ocorrência de DAC nos próximos dez anos, as pessoas de um modo em geral, sejam profissionais da saúde ou não, podem utilizar a **Escala de Framingham** para esse fim, que inclui idade, colesterol total, HDL-colesterol, pressão arterial, diabetes melitos e tabagismo, com valores específicos para cada sexo.

Os valores de colesterol total e de HDL-colesterol a serem utilizados, nesta escala, devem ser a média de, pelo menos, duas determinações. A pressão arterial a ser considerada é a obtida no momento da avaliação, independentemente do fato do indivíduo estar ou não fazendo uso de agente hipotensor (quando o valor da pressão arterial sistólica e pressão arterial diastólica discordarem usar o escore mais alto). O eventual tratamento é levado em conta na leitura da pontuação do risco. É importante, no entanto, não se basear em uma única medida, mas na média de algumas tomadas. O tabagismo é definido, para esse propósito, como presente se a pessoa fumou, pelo menos um cigarro no período de um mês que antecede a avaliação. Após o cálculo dos pontos deve-se consultar a tabela para identificar o risco absoluto de eventos clínicos coronarianos. (III DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIAS, 2001).

A seguir estão apresentadas as Tabelas de estimativa de risco de DAC para os próximos 10 anos, segundo a Escala de Framingham.

Tabela 1 - Estimativa de risco de DAC para os próximos 10 anos, segundo a faixa etária.

Idade (anos)	Pontos	
	Homem	Mulher
20 - 34	-9	-7
35 - 39	-4	-3
40 - 44	0	0
45 - 49	3	3
50 - 54	6	6
55 - 59	8	8
60 - 64	10	10
65 - 69	11	12
70 - 74	12	14
75 - 79	13	16

Fonte: III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001).

Tabela 2 - Estimativa de risco de DAC para os próximos 10 anos, segundo o colesterol total.

Concentração (mg/dL)	Faixa etária (anos) Homens / Mulheres				
	20 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79
inferior a 160	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
160 - 199	4 / 4	3 / 3	2 / 2	1 / 1	0 / 1
200 - 239	7 / 8	5 / 6	3 / 4	1 / 2	0 / 1
240 - 279	9 / 11	6 / 8	4 / 5	2 / 3	1 / 2
acima de 280	11 / 13	8 / 10	5 / 7	3 / 4	1 / 2

Fonte: III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001).

Tabela 3 - Estimativa de risco de DAC para os próximos 10 anos, segundo o tabagismo

	Faixa etária (anos) Homens / Mulheres				
	20 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79
Não	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0	0 / 0
Sim	8 / 9	5 / 7	3 / 4	1 / 2	1 / 1

Fonte: III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001).

Tabela 4 - Estimativa de risco de DAC para os próximos 10 anos, segundo o HDL-Colesterol.

Concentração (mg/dL)	Pontos (Homens e Mulheres)
igual ou superior a 60	-1
50 - 59	0
40 - 49	1
abaixo de 40	2

Fonte: III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001).

Tabela 5 - Estimativa de risco de DAC para os próximos 10 anos, segundo a pressão arterial

Pressão sistólica (mmHg)	Não Tratada	Tratada
	Homens / Mulheres	Homens / Mulheres
inferior a 120	0 / 0	0 / 0
120 - 129	0 / 1	1 / 3
130 - 139	1 / 2	2 / 4
140 - 159	1 / 3	2 / 5
igual ou superior a 160	2 / 4	3 / 6

Fonte: III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001).

Tabela 6 - Estimativa de risco de DAC para os próximos 10 anos, segundo a pontuação total e percentual de risco.

Sexo masculino		Sexo feminino	
Total de pontos	Risco (%)	Total de pontos	Risco (%)
< 0	< 1	< 9	< 1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	igual ou > 25	igual ou > 30
igual ou > 17	igual ou > 30		

Fonte: III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001).

As orientações para modificações no estilo de vida envolvem as mudanças no padrão alimentar, atividade física, abandono do tabagismo, controle do peso, entre outros e estão descritas, a seguir, no Quadro 1.

Quadro 1 - Recomendações gerais para controle dos principais fatores de risco modificáveis da DAC

FATOR DE RISCO	RECOMENDAÇÕES
DISLIPIDEMIA	<ul style="list-style-type: none"> - Reduzir a ingestão de colesterol, restringindo o consumo de vísceras, leite integral e seus derivados, biscoitos amanteigados, <i>croissants</i>, folhados, sorvetes cremosos, embutidos, frios, pele de aves, crustáceos, gema de ovo. - Reduzir o consumo de ácidos graxos saturados através da restrição na ingestão de gordura animal, polpa de coco, óleo de cacau, coco e palma (dendê). - Substituição de ácidos graxos saturados por insaturados (ômega-6, ômega-9 e ômega-3). - Ingestão de fibras alimentares solúveis (pectinas e gomas) e insolúveis (celulose, hemicelulose e lignina). - Não se recomenda o consumo de bebidas alcoólicas para a prevenção de aterosclerose.
HIPERTENSÃO ARTERIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Redução do peso corporal - Redução da ingestão de sódio - Redução do consumo de bebidas alcoólicas - Maior ingestão de alimentos ricos em potássio - Exercícios físicos regulares - Abandono do tabagismo - Controle das dislipidemias - Controle do <i>Diabetes Mellitus</i>
TABAGISMO	<ul style="list-style-type: none"> - Recomenda-se a abordagem cognitivo-comportamental que aumenta a taxa de cessação de fumar. Tal medida consiste em detecção de situações de risco de recaída e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento.
DIABETES MELLITUS	<ul style="list-style-type: none"> - Restrição de alimentos ricos em açúcares simples, colesterol e gorduras saturadas. - Atividade física.
OBESIDADE	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia dietética - Atividade Física
SEDENTARISMO	<ul style="list-style-type: none"> - Atividade física aeróbica três a seis vezes/semana com duração média de 40 min. A frequência cardíaca deve variar de 60 a 80% da frequência cardíaca máxima atingida em teste ergométrico. Também são recomendados exercícios que aprimorem a força e flexibilidade, em média, duas vezes/semana.

Fonte: III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial (1998) e III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001).

3.3 Abordagem Intervencionista na Doença Aterosclerótica Coronariana

Os avanços do tratamento intervencionista na DAC nas últimas décadas, forneceu aos profissionais da área da saúde um leque de opções para melhorar o fluxo sanguíneo miocárdico. A restauração da perfusão ao miocárdio isquêmico ou em risco pode ser obtida por: terapia trombolítica; angioplastia; *stents* intracoronarianos e cirurgia de revascularização do miocárdio (DEELSTRA, 2005).

Na **terapia trombolítica**, utilizada nas pessoas com trombose de artéria coronariana, são empregados agentes trombolíticos que promovem a lise precoce do coágulo a fim de restaurar o fluxo sanguíneo no músculo cardíaco. Os trombolíticos mais utilizados são: Estreptocinase (SK); Complexo ativador da estreptocinase plasminogênio (APSAC) e o Ativador do plasminogênio tipo tecidual (t-PA) (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

A complicação mais séria da terapia trombolítica está relacionada com a dissolução de trombos vasculares protetores, bem como com a coagulação sanguínea retardada pelos produtos de degradação de fibrina circulante. Esta alteração no processo de coagulação poderá levar a sangramentos importantes e a Acidente Vascular Encefálico (DEELSTRA, 2005).

A **Angioplastia Transluminal Coronária (ATC)** é um método de reperfusão mecânica empregado para o tratamento de lesões obstrutivas das artérias coronárias. (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE ANGIOPLASTIA, 1995).

Essa técnica foi idealizada por *Gruentzig*, que em 1977 realizou a primeira dilatação coronária por via percutânea em seres humanos, utilizando um cateter-balão (TANAJURA et al, 2005).

O objetivo único da ATC é aliviar a estenose do vaso, restaurando a normalidade do fluxo, para debelar a isquemia miocárdica e seus sintomas, evitando a sua oclusão (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA SOBRE ANGIOPLASTIA, 1995).

Durante as últimas duas décadas, as intervenções coronárias percutâneas

assumiram papel importante no tratamento da isquemia miocárdica crônica e do infarto agudo do miocárdio, principalmente quando associadas com terapia trombolítica (TANAJURA et al, 2005).

Novas técnicas de tratamento percutâneo estão sendo utilizadas, como o uso de **Stents Intracoronarianos**. Estes dispositivos (de material e diâmetros variados) têm como objetivo fornecer suporte estrutural a artérias que apresentam oposição ao recuo elástico, prevenir a vasoconstrição e prevenir ou tratar as dissecções da parede arterial. O sucesso dos *stents* vasculares depende da trombose mínima e da endotelização rápida (TANAJURA et al, 2005).

A **Revascularização do Miocárdio** é uma das mais freqüentes cirurgias realizadas em todo o mundo, sendo que, nas últimas três décadas, desde a realização da primeira revascularização do miocárdio, muitos avanços aconteceram, relacionados, sobretudo, à revisão de vários conceitos concernentes à aterosclerose, tecnologia e técnica cirúrgica (DIRETRIZES DA CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO, 2004).

O desenvolvimento da cirurgia de Revascularização do Miocárdio é uma das maiores conquistas na história da cirurgia cardíaca. Vários estudos mostram que o *bypass* de artéria coronariana adequadamente realizado resulta em uma melhora previsível e imediata no fluxo coronariano da maioria dos pacientes. Esse aumento do fluxo sangüíneo miocárdico propicia o alívio dos sintomas anginosos, o aumento da tolerância física, a libertação dos medicamentos e uma melhora geral na qualidade de vida. Em muitos pacientes, o *bypass* coronariano melhora nitidamente a sobrevida (HARLAN et al, 2000).

Segundo Harlan et al (2000), a consideração das indicações para tratamento cirúrgico da doença isquêmica do coração requer a definição do que pode ser alcançado com a cirurgia de revascularização contemporânea em comparação com o que pode ser alcançado com a terapia medicamentosa ou a angioplastia coronariana ou outras técnicas intervencionistas. Todas as terapias devem ser examinadas em termos de sua eficácia e durabilidade em (1) aliviar a angina *pectoris*. (2) evitar dano miocárdico e arritmias ventriculares graves e (3) evitar a morte por causa cardíaca.

Deve-se enfatizar que o tratamento cirúrgico, as técnicas intervencionistas e o tratamento medicamentoso da isquemia miocárdica não são mutuamente excludentes, mas freqüentemente complementares, tornando esses procedimentos mais seguros e efetivos, porém o problema fundamental é a reestenose, sendo que um dos tratamentos mais importante para esta manifestação é o controle dos fatores de risco exigindo da pessoa acometida mudanças no seu estilo de vida.

3.4 Abordagem não Intervencionista da Doença Aterosclerótica Coronariana

Apesar dos avanços no conhecimento científico a respeito da fisiologia e etiopatogenia da DAC, com ênfase na formação da placa de ateroma e suas complicações, da identificação dos fatores de risco, do conhecimento obtido através de estudos populacionais, temos hoje condições de estratificar o risco cardiovascular populacional e individual, permitindo evitar a doença ou torná-la menos agressiva ao organismo (BURKE, 2005). Estes avanços, porém, não conseguiram minimizar de forma satisfatória a consequência desta doença dita do mundo moderno. As estatísticas, como vimos, nos mostram que a taxa de mortalidade por DAC continua elevada (LOTUFO, 1998)

Em decorrência desses fatos a literatura aborda freqüentemente a importância da prevenção primária e da prevenção secundária da DAC como importantes ações para os profissionais da saúde, visando a relação entre o estilo de vida e a doença.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde, os conhecimentos atuais derrubam o mito quanto a prevenção das doenças não transmissíveis, e demonstram que a maioria delas pode ser prevenida ou retardada pela prevenção primária. No entanto, para que isso ocorra, é preciso identificar e controlar os principais fatores de risco envolvidos no desenvolvimento dessas doenças (OPAS, 2003).

Os fatores de risco que predisõem as pessoas a desenvolverem a DAC estão fortemente relacionados ao seu estilo de vida. Sendo assim, necessitam de um programa permanente de acompanhamento com o propósito de incentivá-las na

manutenção de um estilo de vida mais saudável e de capacitá-las para desenvolver habilidades que promovam modificações no seu comportamento para hábitos que, sabidamente, são prejudiciais para sua saúde (VALE; MARTINEZ, 2004).

O enfermeiro deve buscar, junto a pessoa com DAC, os fatores de risco mais prevalentes e elaborar uma prática em saúde que incorpore estratégias que possam auxiliá-la na mudança de hábitos de vida, tais como: modificações nos hábitos alimentares, a prática regular de atividades físicas, o abandono do tabagismo, a redução do consumo de álcool, em como saber administrar o estresse e acompanhamento periódico de profissionais da saúde como médico e enfermeiro, evitando assim os riscos da reincidência da DAC (STEFANINI; BARBOSA, 2003).

As mudanças nos hábitos dessas pessoas é bastante dificultosa, pois a concepção de fatores de risco difere de pessoa para pessoa e a percepção desse risco é influenciada pela cultura, meio ambiente e grupos de interesse (OPAS, 2003). Sendo assim, essa transformação será gradual e muito lenta, e o profissional enfermeiro deverá compreender este processo. Como abordam Fernandes et al (2000) as mudanças no estilo de vida devem ser implantadas de maneira gradual, sendo que somente assim podem ser duradouras.

Como podemos observar na literatura, para que os profissionais da saúde tenham resultado satisfatório nas ações que promovam o controle dos fatores de risco e prevenção da reincidência da DAC, é notória a adesão das pessoas com DAC ao regime de tratamento cardiovascular. Saliento aqui a necessidade não só do tratamento farmacológico, que também tem papel fundamental no sucesso da prevenção e/ou controle da DAC, mas de implementações de medidas que favoreçam mudanças nos hábitos de vida dessas pessoas.

A ausência de sintomas específicos é o que torna as pessoas com DAC vulneráveis às complicações da doença e, ao mesmo tempo dificulta o tratamento, uma vez que as pessoas sentem-se bem sem sintomas, porém, em um futuro próximo estarão expostas aos efeitos indesejáveis da “doença silenciosa” que as acomete (SCHNEIDER, 2002).

Desta forma, as pessoas com DAC apresentam os índices mais baixos de adesão ao tratamento. Essa baixa aderência habitualmente acontece por ser um mal crônico

que não provoca mal-estar ou risco imediato, e o tratamento exige mudanças na própria vida, promovendo como consequência o fracasso terapêutico, o desajuste social e psicológico da pessoa (MONIZ, 2005).

Burke (2005) define adesão como uma parceria entre o profissional da saúde e o paciente, sendo que a meta dessa relação é assegurar que o paciente seja tão auto-suficiente no controle de sua saúde quanto possível. Enfatiza a responsabilidade mútua do paciente e do profissional e reforça o compromisso deste último em capacitar o paciente a implementar o tratamento recomendado. Melhorar a adesão aos regimes de tratamento é um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais da saúde (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2005).

Diante do cenário atual, onde inúmeras evidências clínicas e epidemiológicas indicam que as ações preventivas devem ser iniciadas na infância e adolescência, espera-se que as políticas de saúde promovam programas intensivos de prevenção, seja primária (no indivíduo sem sintoma de DAC) e/ou secundária (indivíduo que já tenham tido alguma manifestação da DAC), sendo que esses programas devem estar voltados especialmente para a promoção da saúde. Além desse aspecto preventivo e de promoção da saúde, deve haver um investimento na reabilitação dessas pessoas com DAC, permitindo que retornem, o quanto antes, à vida produtiva e ativa, restaurando sua melhor condição fisiológica e social, prevenindo a progressão do processo aterosclerótico e melhorando a sua qualidade de vida.

3.5 Enfermagem e o processo de viver com a Doença Aterosclerótica Coronariana

A DAC, por configurar-se como uma doença crônica, desencadeia uma série de dificuldades com as quais as pessoas se defrontam no seu processo de viver. Essas dificuldades decorrem da complexidade da doença, pois esta realidade trás novas incumbências, altera hábitos, envolve aprendizagem da doença, de tratamento e estabelece perdas nas relações sociais (VIEIRA; LIMA, 2002).

Estudos têm revelado a redução da incidência, bem como da mortalidade

relacionada à doença isquêmica do coração, mediante emprego permanente de medidas preventivas em nível primário e secundário e interesse no desenvolvimento de ações que efetivamente levam à redução e/ou controle de fatores de risco, intimamente relacionados ao desenvolvimento da doença (COLLINS; RICE, 1997; DANTAS; COLOMBO; AGUILIAR, 1999)

Para Natividade (2004) a repercussão da DAC na pessoa, na sua família e no seu meio social provoca modificações na sua relação com o mundo e consigo mesmo. A doença representa, uma ameaça não apenas na condição física e psíquica, mas no próprio destino, estabelecendo significados que determinarão o seu percurso vivencial.

Ainda, segundo a autora, a educação em saúde da pessoa com DAC é de grande relevância, sendo o enfermeiro o elemento da equipe que geralmente é responsável pela busca de novos hábitos de vida, favorecendo essas pessoas a desenvolverem habilidades na vivência do seu dia-a-dia, tendo um enfrentamento mais efetivo de sua condição crônica.

Natividade (2004) acrescenta que a história de vida da pessoa, seu modo de ser e viver poderá levar a sofrimentos, frustrações, fragilidade e dependência do suporte social, sua identidade fica abalada pela perda de controle da situação, ela se torna vulnerável diante da limitação e da morte, sendo assim, a assistência de enfermagem deve desenvolver uma relação pessoal mais sensibilizada, abordando o processo saúde-doença em uma visão mais humanizada, questionando como essa pessoa cuida de sua saúde e como ser mais saudável.

Analisando outros estudos que abordam a enfermagem e as doenças cardiovasculares noto uma relevante preocupação com ações educativas mais expressivas, desafiando o profissional enfermeiro a compreender o outro no seu contexto, considerando suas crenças, seus hábitos e as condições onde as ações acontecem.

Azevedo (1998) desenvolveu um estudo sobre abordagem cultural no cuidado da pessoa com IAM, no qual, o conhecimento do saber popular é fundamental para a compreensão das representações sociais desse grupo. Salienta ainda que o enfermeiro possui um papel social, ao ajudar essas pessoas a desempenharem novos papéis acerca da realidade. Nessa visão cultural o profissional enfermeiro não contribui apenas com

habilidades técnicas, mas compreende as diversas dimensões no processo de cuidar.

Silva (2000) evidenciou em seu estudo sobre representações sociais de pessoas com DAC, relativamente ao seu processo de saúde-doença, que os sujeitos vivem momentos de sofrimento ao tomarem conhecimento sobre a doença. Essa transição de viver o antes, “sem doença”, para viver o depois, “com doença”, causa grande impacto pelo fato do processo ser súbito, gerando ansiedade nas pessoas. Utilizaram a simbologia de “estar por um fio” para dar significado ao risco de vida por ser portador de DAC. A família foi o suporte social de maior importância no processo de saúde-doença. Questionou o estilo de vida vinculado aos fatores de risco para a DAC e tenderam a assumir seus próprios parâmetros como qualidade de vida. Consideraram não terem voz ativa nos caminhos de seu viver com a DAC, expressando que o médico e a enfermeira têm o poder de decisão.

Para Silva (2000) os resultados do seu estudo apontam para a necessidade dos enfermeiros repensarem sua prática assistencial e, quem sabe, modificarem o modelo de assistência de enfermagem vigente, pois este contribui, em grande parte, para o não alívio do sofrimento dos sujeitos que vivenciam a doença. A DAC, como mostra a autora, tem fortes representações simbólicas vinculadas ao coração como centro da vida, influenciando sobremaneira nas emoções do sujeito quando algo o atinge diretamente. Neste contexto, a autora enfatiza que um modelo mais flexível e sensível, com maior participação dos sujeitos, parece ir ao encontro do desejo expresso de uma visão de cuidado complexa e não linear.

Schneider (2002) no seu estudo “A consulta de enfermagem como prática de reflexão sobre a saúde do cliente com doença arterial coronariana e seus fatores de risco” recomenda que o enfermeiro quando desenvolver estratégias de educação deverá considerar, além do perfil das pessoas, suas crenças e valores relacionados à saúde, os fatores que tendem a influenciar sua condição de saúde. Ressalta que as interações entre os fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais determinam o comportamento das pessoas e o profissional enfermeiro deverá avaliar a ocorrência deste fenômeno, buscando entender a forma como eles interagem, com o objetivo de ampliar a compreensão da condição de saúde das pessoas com DAC.

Schneider (2002) relata que foi possível identificar alguns fatores que podem

influenciar positiva e negativamente a saúde das pessoas com DAC, dependendo das circunstâncias a que estão expostas. A falta de conhecimento dos aspectos que estão vinculados a hábitos saudáveis, por exemplo, pode ser uma influência negativa. Entretanto, estar motivado para cuidar da saúde é um aspecto positivo, cujos resultados a médio e longo prazo serão sentidos por essa pessoa. Esta autora percebe a importância de possibilitar a participação das pessoas com DAC na elaboração de programas educativos, aliando o conhecimento técnico a individualidade de cada cliente.

Da Silva (2003), que estudou pessoas com Angina Instável em um hospital privado no município de Ribeirão Preto, preconiza a necessidade de educação continuada dos profissionais da saúde, a organização do atendimento à pessoa em condição crônica, que devem adequar-se à nova realidade. Inclui na recomendação investir na promoção da saúde e prevenção da doença, além da recuperação da pessoa para ter uma vida com mais qualidade. Considera essencial a participação dessas pessoas e de seus familiares neste processo, pela necessidade de incrementar as mudanças no estilo de vida.

A necessidade de buscar uma base teórico-metodológica que possa ser útil na produção do conhecimento, visando a subjetividade das pessoas, se torna um desafio para os profissionais da saúde e os resultados desta pesquisa poderão contribuir para uma prática de saúde mais humanística, abrindo uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem.

4 CONSTRUINDO O MARCO REFERENCIAL

Procurando fazer uma leitura compreensiva da realidade das representações sociais, que considerasse a dinâmica das relações do ser humano, reconhecendo sua subjetividade, busquei contribuição na Teoria das Representações Sociais a possibilidade de analisar como os indivíduos se constroem enquanto produtores da realidade e produtores do meio social.

Desta forma, ressalto a importância do enfermeiro neste processo de construção da realidade, através de uma assistência voltada para a promoção da saúde, levando-se em conta as representações sociais que as pessoas com DAC manifestam, pois segundo Moscovici (2003, p.94) “...é durante o processo de transformação que os fenômenos são mais percebidos”. Para Büchele (2003) as Representações Sociais determinam e constroem conhecimentos sociais que situam as pessoas no mundo, definindo sua identidade social e seu modo de ser. Seus pressupostos procuram entender o fenômeno em que os homens manifestam sua capacidade de se apropriar de conceitos e afirmações originados do seu dia-a-dia, durante contatos sociais, a respeito de qualquer objeto social, para interagir com pessoas e grupos.

Sabendo que a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos (MOSCOVICI, 2003), atribuo que esta construção do conhecimento poderá auxiliar na busca de uma mudança no estilo de vida e que o enfermeiro poderá facilitar este processo, respeitando a subjetividade desses sujeitos no uso de seus recursos de enfrentamento.

Gomes, Mendonça e Pontes (2002) reafirmam que qualquer pessoa, incluindo os profissionais da saúde, está sempre reatualizando hábitos, modos de vida e sensibilidades herdadas de um passado sempre presente, de acordo com os significados históricos e culturalmente construídos e assim elaborando suas representações da saúde e da doença.

As representações sociais, por serem elaboradas na fronteira entre o psicológico

e o social, são capazes de estabelecer conexões entre as abstrações do saber e das crenças e a concretude da vida das pessoas em seus processos de troca com os outros (MOSCOVICI, 2003). Neste sentido, as representações sociais ultrapassam o individual e aparecem como um fenômeno colado ao social, centrado nos fenômenos produzidos pelas construções particulares da realidade social (BÜCHELE, 2003).

Ao assumirmos como característica da sociedade o fato de que o homem é sujeito de sua própria existência em determinadas condições e que são os seres humanos que empregam suas atividades simbólicas para construir e criar sentidos para a vida, as representações sociais, enquanto categorias de pensamento, de ação e de sentimentos, não são dados inertes, neutros, pelo contrario, são dados inseridos em processos e contextos sociais estruturados, que expressam as questões de conflito social e de poder em que foram produzidos, transmitidos e recebidos (GUARESCHI; JOVCHELOVICH, 2000; MINAYO, 2000; MOSCOVICI, 2003).

O termo representação social, segundo Moscovici (2003), parte do conceito de representação coletiva criado por Durkheim e Lévi-Bruhl. Estes autores preocupavam-se em criar uma teoria que explicasse o pensamento mítico, mágico e religioso. Na compreensão de Durkheim e Lévi-Bruhl, havia a necessidade de uma teoria que explicasse fenômenos como pensamento social, a comunicação e a semiótica. Para Durkheim as representações coletivas são produções sociais que se impõem aos indivíduos como forças exteriores, servem de coesão social e constituem fenômenos tão diversos como a religião, a ciência, os mitos e o senso comum (MOSCOVICI, 2003).

A partir das considerações de Durkheim e Lévi-Bruhl, da teoria da linguagem de Saussure, da importância da idéia de desenvolvimento cultural de Vigotsky e, ainda, da teoria das representações infantis de Piaget, Moscovici elaborou sua Teoria das Representações Sociais. Esta teoria pretende dar conta dos fenômenos objetivos existentes na relação entre os homens com a natureza e a sociedade, compreendendo os processos de influência que o fenômeno das representações sociais exerce sobre os seres humanos nas suas ações cotidianas. A teoria das Representações Sociais visa resgatar a compreensão do mundo, a partir dos conceitos elaborados pelos grupos, indo ao encontro das explicações disseminadas no “senso comum” (MOSCOVICI, 2003).

Para Guareschi e Jovchelovitch (2000, p.19), no que se refere ao modo de ver o indivíduo, a Teoria das Representações Sociais “vê tanto o sujeito como o objeto, recuperando desta forma um sujeito que, através de sua atividade e relação com o objeto mundo, constrói tanto o mundo como a si próprio”. Os autores acrescentam que a teoria de Moscovici estabelece uma síntese teórica entre fenômenos que, no nível da realidade, estão profundamente ligados.

Wagner (2000, p.3) entende representação social como “um conteúdo mental estruturado – isto é, cognitivo, avaliativo, afetivo e simbólico – sobre um fenômeno social relevante, que toma a forma de imagens ou metáforas, e que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social”.

Considerando o fenômeno das representações sociais, Jodelet (2001) ressalta que o homem, como ser social, precisa se adaptar ao contexto social em que vive, principalmente no que se refere ao comportamento e a sobrevivência. Isto implica em uma busca contínua de informações sobre o mundo, informações essas que são importantes para a vida cotidiana, na medida em que proporcionam ao indivíduo meios para o convívio em sociedade. A autora ainda ressalta que, em decorrência dessa realidade, criamos representações, uma vez que a existência humana não transcorre em um vazio social, pois compartilhamos um mundo povoado de objetos, acontecimentos e pessoas. Portanto, precisamos compreender o mundo em que vivemos e nele sobreviver, quer administrando-o, quer enfrentando-o. Através das nossas representações, nomeamos, definimos e interpretamos diferentes aspectos da realidade diária. Enfim, nossas decisões são tomadas em conformidade com as representações sociais que elaboramos ao longo da vida. O modo pelo qual surgem essas representações, como acredita a autora, está relacionado à construção de significados que vão se configurando sobre os dados os quais dispomos.

Moscovici (2003) ressalta que as Representações Sociais têm como foco a maneira pela qual os seres humanos buscam compreender as coisas que o cercam. Portanto, estudá-las é considerar que os seres humanos pensam e não apenas manipulam informações ou agem sem explicações. A partir destas concepções, ele as considera como verdadeiras teorias do senso comum, conformadas a partir de um conjunto de conceitos e afirmações, ou seja, ciências coletivas, pelas quais se procede

à interpretação e à construção das realidades sociais.

Em relação a esta questão, Moscovici (2003) refere-se à pressão por inferência como consequência da necessidade que os indivíduos têm de, continuamente, reagirem à dinâmica social.

Sendo assim, buscar as representações sociais significa compreender não somente *o que* e *como* as pessoas representam um objeto, cujo conteúdo possui um valor socialmente evidente e relevante, mas também *por que* e *para que* o fazem daquela forma. Nesta perspectiva emergem de forma nítida os sentidos dos processos de simbolização e dos fenômenos cognitivos⁴ em relação aos significados que o mundo externo assume na vida das pessoas (MOSCOVICI, 2003).

Neste contexto as representações sociais da realidade estão sempre vinculadas às experiências, à cultura adquirida no decorrer da vida, à linguagem utilizada nas relações sociais, enfim à própria história pessoal e do grupo social com o qual convivem e se relacionam. O conhecimento dessas representações oferece a compreensão de como os sujeitos apreendem os acontecimentos da vida diária, as características do meio, as informações que circulam e as relações sociais.

Por estas características, e por ser capaz de identificar vários aspectos importantes envolvidos nos fenômenos de produção de conhecimentos dos sujeitos sociais, a Teoria das Representações Sociais se aplica a este estudo.

Um dos princípios básicos da teoria das representações sociais é de que o conhecimento se transforma quando circula para além de seu próprio contexto de produção, ou seja, de que nas interações cotidianas, quando os indivíduos se encontram diante de uma informação nova, eles buscam torná-las familiares, coerentes com os sistemas de valores do grupo ao qual pertencem. A esse conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, Moscovici denominou de representação social (MOREIRA, 2000).

Moscovici (2003), ao falar das representações sociais, afirma que elas são criadas para transformar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, em algo

⁴ Fenômenos Cognitivos – são aqueles que possibilitam o conhecimento, ou seja, a apreensão e elaboração interna dos fenômenos da natureza. Seriam basicamente: a sensopercepção, a atenção, o pensamento, a memória, a imaginação e a linguagem. (BALLONE, 2003)

familiar.

A incorporação do novo (ou não familiar) ao universo conhecido (ou consensual), promove a criação da realidade social. O ainda desconhecido provoca no homem, sentimentos de estranheza e perplexidade, criando a demanda de processo que o tornem socialmente conhecido e real. Segundo o autor, as representações sociais desempenham este papel, fazendo o mundo cotidiano mais conhecido, mas não menos interessante e desafiador (MOSCOVICI, 2003).

De acordo com Moscovici (2003), o universo reificado caracteriza-se pelo conhecimento científico e objetivo, geralmente sistematizado por técnicos através de conceituações abstratas. Neste universo, há uma divisão entre os que têm competência técnica sobre o assunto e o leigo, causando assim uma diferenciação entre estes dois mundos de explicação da realidade.

No universo consensual, onde circulam as teorias do senso comum, as interações se dão entre pessoas comuns que, através das práticas interativas cotidianas, produzem as representações sociais. Neste universo, nenhum destes integrantes possui uma competência reconhecida sobre o tema discutido, mas possuem liberdade e igualdade para debaterem e produzir as representações sociais (MOSCOVICI, 2003).

Moscovici (2003) enfatiza que as Representações Sociais são, ao mesmo tempo, um produto do social e um processo de instituição desse social, tendo entre outras, as funções de elaboração de comportamento e de comunicação entre indivíduos.

Enquanto produto, Moscovici observou que as Representações Sociais se revelam em três dimensões, apresentadas pelos sujeitos e/ou pelos grupos, que permitem apreender o conteúdo delas e seu sentido sobre um determinado objeto, sendo elas: (a) nas informações; (b) no campo de representação ou imagem; e (c) nas atitudes.

Enquanto processo, elas dependem de dois mecanismos dialeticamente relacionados, denominados por Moscovici de “**ancoragem**”, onde idéias estranhas são reduzidas a categorias e a imagens comuns, colocando-as em um contexto familiar e “**objetivação**”, ou seja, transformar algo abstrato em algo concreto, transferir o que está na mente em algo que exista no mundo físico. Estes processos são importantes para tornarem um fenômeno, de maneira geral, em uma representação social, ou seja,

como um conhecimento que é transformado e compartilhado pelo senso comum (MOSCOVICI, 2003).

Assim sendo, compreender o significado da DAC em adultos jovens irá proporcionar aos profissionais da saúde, em especial ao profissional enfermeiro, conhecer os recursos que essas pessoas lançam mão para tornar algo desconhecido em algo conhecido e identificar a representação dessa experiência vivenciada, seus valores, medos, necessidades e desejos.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Optei em utilizar a metodologia qualitativa para esta pesquisa tendo em vista que ela permite abordar a realidade de uma forma conjuntural, alcançando neste processo as dimensões do social, do contexto histórico-cultural e da subjetividade dos sujeitos envolvidos.

O motivo em empregar essa abordagem metodológica, em uma pesquisa na área da enfermagem foi justificada de forma clara e precisa por Kimura e Merigui (2003), conforme segue:

...contribuir na produção de conhecimento em enfermagem, uma vez que a tendência desta é valorizar as questões subjetivas do ser humano, priorizar a pessoa em sua individualidade, na sua relação com o cotidiano, articulado no processo sociocultural em que esta inserida.

Esta abordagem permite capturar a experiência vivida pela pessoa no processo saúde-doença a partir do próprio significado que ela atribuiu a própria vivência em seu ambiente naturalístico, vindo, portanto, ao encontro com os propósitos que envolvem as questões da assistência de enfermagem e com a produção de conhecimento nesta área. (p.18)

De acordo com Minayo (2000), a metodologia qualitativa incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações e estruturas sociais. Permite o tratamento da subjetividade e da singularidade dos fenômenos sociais, possibilitando a descrição consistente desses, bem como o entendimento do significado e a explicação do fenômeno.

Bogdan e Biklen (1999) postulam 05 características para a investigação qualitativa:

- a) os dados são coletados onde o fenômeno a ser pesquisado acontece, além do pesquisador ser o instrumento principal porque é ele quem analisa os dados;

- b) a investigação qualitativa preocupa-se com a descrição, já que os dados recolhidos apresentam-se predominantemente na forma de palavras, o que dá o caráter de profundidade do estudo;
- c) o interesse do investigador qualitativo está centrado no que levou a formação de determinada realidade ou produto, e não nesta última;
- d) os dados são analisados de forma indutiva, ou seja, parte-se do individual para se chegar ao geral;
- e) a abordagem qualitativa concebe o significado como de extrema importância, valorizando muito a perspectiva do outro.

Esta perspectiva metodológica aproxima o pesquisador de uma compreensão do sujeito em constante relação com a realidade social, mediante ações que implicam em intencionalidade. E, no esquema de interação e/ou transformação dos fatos impulsionados pela dinâmica social, o sujeito dá significados às suas vivências e constrói suas representações do mundo a partir de suas próprias experiências. (BOGDAN; BIKLEN, 1999).

As representações sociais neste estudo foram trazidas como categoria analítica, no sentido de desvelar a natureza de uma realidade vivida e representada por adultos jovens com Doença Aterosclerótica Coronariana.

A Teoria das Representações Sociais na linha da psicologia social concebe o sujeito possuindo um eu, isto é, uma subjetividade, aliada a uma historicidade, que seria a somatória de todas as experiências vividas por esse sujeito, e por isso é denominada de teoria do senso comum. E esse senso comum tem sua importância porque é através dele que conceitos, significados e argumentações são determinados e aceito por todos (MOSCOVICI, 2003).

Reporto-me a análise de Minayo (2000) sobre o tema, onde a autora destaca que as representações sociais são compreendidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento, servindo tanto para explicar e justificar a realidade, quanto para questioná-la. Desta forma, podemos dizer que toda a ação faz referência também ao que há de intrínseco à condição humana no que diz respeito às expressões de valores, crenças e temores. Estes aspectos, quando considerados relevantes em um trabalho de pesquisa, auxiliam a compreensão de como o sujeito vê, sente e pensa a realidade a

partir de seus componentes subjetivos.

Ainda de acordo com Minayo (2000), a partir do senso comum, os atores sociais vivem e representam a realidade. É o senso comum que faz com que os atores sociais se movam, construam sua vida e a expliquem; porém a autora vê, dentro das Representações Sociais, núcleos positivos de transformação e de resistência na forma de conceber a realidade.

Através desta concepção metodológica busquei, nesta pesquisa, uma ferramenta para aprofundar o conhecimento da realidade dos sujeitos estudados.

5.1 Descrição do campo

As atividades propostas nesta pesquisa foram realizadas em um hospital da rede pública estadual, vinculado a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Os dados aqui apresentados foram retirados de documentos do referido hospital como relatórios, atas e registros estatísticos.

Este hospital foi instituído por decreto governamental em abril de 1963. Atualmente possui 79 leitos assim distribuídos: 65 leitos de enfermaria para internações clínicas e cirúrgicas; 06 leitos de recuperação pós-cirúrgica, 05 leitos de unidade coronariana; 01 leito de transplante cardíaco e 02 leitos do quarto terapêutico⁵.

A clientela, em torno de 98%, são usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital disponibiliza atendimento de clínica médica cardiológica, clínica cirúrgica cardiológica, transplante cardíaco, serviço de hemodinâmica, serviço de medicina nuclear, tratamento de iodoterapia e serviço de ambulatório geral em cardiologia, sendo que este possui o ambulatório de miocardiopatia, ambulatório de arritmias e o ambulatório de reabilitação cardíaca.

É referência estadual em cardiologia, realizando no ano de 2004, 579 cirurgias cardíacas, 1.251 consultas de enfermagem, 10.526 consultas médicas, 1.704

⁵ O quarto terapêutico é destinado exclusivamente ao tratamento de alta dosagem de material radioativo (iodoterapia) para neoplasia da tireóide e suas complicações.

procedimentos endovasculares (angioplastias, valvuloplastias, cateterismos cardíacos, implantes de marca passo cardíaco e outros), 1.652 procedimentos da medicina nuclear (cintilografia do miocárdio, cintilografia renal, óssea, pulmonar, tireóide e ventriculografia, entre outros). Realiza em média, por ano, 1.800 internações e 01 transplante cardíaco anualmente.

O serviço de enfermagem deste hospital tem dois objetivos: prestar cuidados de enfermagem à população, mantendo a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos pacientes e de seus familiares; e colaborar com o ensino e pesquisa na área de enfermagem.

Tem como missão atender os indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares e orientar a população em geral, utilizando recursos humanos e tecnológicos, desenvolvendo ações curativas, preventivas e de reabilitação.

Além do atendimento à população catarinense o hospital também é um centro de ensino e pesquisa, onde se destacam: Residência Médica, Centro de Estudo e Pesquisa, Comitê de Ética em Pesquisa, Comissão Científica e configura-se como campo de estágio para alunos de graduação na área da saúde.

O desenvolvimento da pesquisa teve como local para seleção e coleta de dados o serviço de ambulatório geral em cardiologia. As entrevistas foram realizadas em um consultório deste serviço. Esta sala está localizada no andar térreo desta instituição, oferecendo boa iluminação e ventilação, sendo de fácil acesso aos sujeitos da pesquisa e atendendo os requisitos de privacidade e conforto.

Este serviço ambulatorial oferece atendimento à população catarinense nas mais diversas doenças cardíacas. Inclui entre elas: - o ambulatório de miocardiopatia que presta atendimento e tratamento as pessoas portadoras de miocardiopatias e as pessoas que foram submetidas ao transplante cardíaco; - o ambulatório de arritmias presta atendimento no diagnóstico e tratamento de arritmias cardíacas; - os métodos gráficos que formam um serviço de avaliação complementar realizando exames como: eletrocardiograma, teste ergométrico, ecocardiograma (transtorácico, transesofágico, ecocardiograma de estresse e de cardiopatias congênitas); e - o serviço de reabilitação cardíaca onde é realizado um condicionamento físico, para melhora da qualidade de vida, além da identificação e tratamento dos fatores de risco das pessoas com

cardiopatias.

O serviço de reabilitação cardíaca tem como principal objetivo a orientação sobre a adoção de bons hábitos de vida, como prática regular de exercícios físicos, alimentação balanceada, abandono do tabagismo e dicas anti-estresse e de lazer, permitindo, assim um retorno mais rápido da pessoa com cardiopatia a sua vida produtiva. Este serviço conta com a participação de médicos, enfermeiros, profissionais de educação física, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogas.

5.2 Sujeito do Estudo

Participaram desta pesquisa 10 pessoas com diagnóstico médico de Doença Aterosclerótica Coronariana que foram atendidas no serviço de reabilitação cardíaca do referido hospital. Todos os sujeitos do estudo realizam consultas médicas neste serviço, porém somente duas pessoas fazem parte do programa de reabilitação cardíaca, freqüentando periodicamente as atividades propostas por este serviço.

Esses sujeitos foram selecionados a partir das informações contidas nos relatórios mensais estatísticos de atendimentos fornecidos pelo serviço de reabilitação cardíaca. Os dados contidos neste relatório são: número do prontuário, nome completo, idade, sexo, data da consulta médica, diagnóstico médico e procedência.

De posse destas informações foram selecionadas as dez pessoas que se encontravam dentro dos critérios para inclusão deste estudo:

- terem idade entre 30 a 45 anos. Por ser a faixa etária que vem apresentando a maior incidência de DAC nos últimos 05 anos em Santa Catarina em pessoas que se encontram na fase produtiva de suas vidas. Conforme os dados do DATASUS, dos 30 aos 44 anos de idade, a morbidade chega a 48,6% nos homens e a 31,7% nas mulheres. (DATASUS, 2005)

- terem o diagnóstico médico de DAC há mais de 06 meses e menos de 03 anos. O tempo do diagnóstico foi estipulado em função de que este período de convívio com

a doença pode melhor contribuir para a elaboração das representações da DAC em suas vidas;

- concordarem em participar da pesquisa;
- estarem conscientes e em condições de verbalizarem seus sentimentos;
- terem residência próxima ao hospital ou facilidade de se descolarem até ele.

Respeitando o compromisso assumido de manter o anonimato dessas pessoas, coloquei valores numéricos para distinguir os participantes do estudo.

Quadro 2 - Caracterização das pessoas com DAC segundo a idade, sexo, tempo de DAC, diagnóstico médico, procedimento realizado e data da entrevista. Florianópolis, novembro de 2005.

Pessoa	Idade	Sexo	Tempo de DAC	Diagnóstico médico	Procedimento realizado	Data da entrevista
01	35	M	08 meses	ICO ⁶ Angina Instável	Não	18/07/05
02	42	M	01 ano e 02 meses	IAM ⁷	RM ⁸ (há 8 meses)	18/07/05
03	43	F	02 anos e 04 meses	IAM	RM (há 1 ano)	19/07/05
04	39	M	11 meses	IAM	Não	21/07/05
05	35	M	01 ano e 05 meses	IAM	Angioplastia	21/07/05
06	35	M	11 meses	IAM	Não	09/08/05
07	41	M	09 meses	ICO Angina Instável	Angioplastia	10/08/05
08	42	M	01 ano e 08 meses	IAM	RM (há 1 ano)	23/08/05
09	43	M	02 anos e 01 mês	IAM	Angioplastia RM há 6 meses	01/09/05
10	38	M	01 ano e 11 meses	IAM	RM (há 11 meses)	02/09/05

Fonte: Serviço de Reabilitação Cardíaca. Relatórios - Mensais Estatísticos de Atendimentos

⁶ ICO = Insuficiência Coronariana

⁷ IAM = Infarto Agudo do Miocárdio

⁸ RM= Revascularização do Miocárdio

Dentre os dez participantes da pesquisa, nove eram do sexo masculino e uma do sexo feminino, com idade variando entre 34 e 43 anos e todos residentes na Grande Florianópolis.

Como podemos observar no Quadro 2, o tempo de convivência dessas pessoas com a DAC foi de no mínimo oito meses e no máximo dois anos e quatro meses.

5.3 Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2005, utilizei como técnica para a coleta a entrevista semi-estruturada, a fim de apreender as representações nas falas dos sujeitos portadores de DAC. Neste sentido, Bogdan e Biklen (1999) afirmam que no âmbito da investigação qualitativa a entrevista pode ser a estratégia principal para a coleta de dados.

Minayo (2000) aponta a entrevista como fazendo parte da relação mais formal ao se estar realizando o trabalho de campo, relação essa que implica intencionalidade, que seria a obtenção de informações por meio das falas dos entrevistados, chamado por ela de atores sociais. Essa obtenção de informações pode ser obtida por meio de dados secundários e primários. Os secundários seriam aqueles obtidos principalmente por meio de documentos. Já os dados primários são aqueles pertencentes ao mundo simbólico dos atores sociais. Mas, a maior contribuição dessa autora é a concepção que a entrevista, por meio da palavra, é capaz de comunicar representações de grupos específicos em condições históricas, culturais e sócio-econômicas.

Segundo Teixeira (2003) o que é central nas representações sociais é a conversação, e é por meio da utilização de entrevistas que o pesquisador tem possibilidade de acessar o universo simbólico do entrevistado e conseqüentemente aflorar suas representações sociais.

Sendo assim, a coleta de dados foi operacionalizada em três fases:

1ª Fase: Foi o momento de selecionar as pessoas que iriam participar da pesquisa.

Para este momento foi utilizado o relatório mensal do Serviço de Reabilitação Cardíaca do hospital, sendo selecionadas 30 pessoas que se encontravam dentro dos critérios para inclusão deste estudo. Após esta etapa, busquei informações complementares nos registros contidos no prontuário dessas pessoas, com a finalidade de obter endereço e nº do telefone, sendo registradas em impresso próprio e seguindo um roteiro pré-estabelecido (Apêndice A).

2ª Fase: Foi o momento de convidar os sujeitos selecionados na 1ª fase para participarem da pesquisa.

Através de ligação telefônica, entrei em contato com as pessoas selecionadas. Das 30 pessoas selecionadas anteriormente, primeiramente fiz o convite a 10 pessoas explicando o objetivo da pesquisa, marcando data, local e hora da entrevista.

3ª Fase: Foi o momento da realização das entrevistas.

Todas as entrevistas foram agendadas previamente no ambulatório de cardiologia do referido hospital com o objetivo de reservar um consultório para a realização das mesmas, a fim de manter resguardada a data e o horário combinado com os sujeitos participantes da pesquisa.

Quinze minutos antes do horário marcado para as entrevistas eu já me encontrava nas dependências do ambulatório. Enquanto aguardava o sujeito da pesquisa, ia conferindo a área reservada, organizando o material e ficava a espera de sua chegada para então encaminhá-lo ao consultório para a realização da entrevista.

Este processo de entrevista teve um caráter individual e foi conduzido a partir de um roteiro previamente elaborado (Apêndice B), no qual busquei encontrar respostas para as minhas indagações, no sentido de alcançar os objetivos propostos nesta pesquisa, estando centrado no significado de viver com a DAC para essas pessoas, buscando tanto o conhecimento quanto suas representações.

Nos momentos finais da entrevista eram apresentadas várias figuras que foram pré escolhidas pela pesquisadora e que representavam simbolicamente situações da

vida cotidiana como: família, trabalho, lazer, esporte, religiosidade, profissionais da saúde, festas e hábitos prejudiciais a saúde como cigarro, bebida alcoólica e alimentação (Apêndice C), para que o sujeito pesquisado pudesse escolher aquelas que expressassem de forma figurativa o que representa a DAC em sua vida. Após a escolha da(s) figura(s) o entrevistado explicava o que essas imagens significavam para ele e era feito o registro de sua interpretação através da gravação em cassete.

As entrevistas foram realizadas com tempo médio de sessenta minutos cada e gravadas em fita cassete. Essa totalidade de tempo se deu ao fato do sujeito descrever detalhadamente todas as expressões sobre a DAC como significado, alterações emocionais, modificações na vida, relacionamento sociais e planos de vida.

Considerou-se terminada a fase de entrevistas quando não surgiram mais conteúdos novos a respeito do objeto de representação estudado. Nesse momento, atingiu-se a saturação dos dados. Segundo Minayo (2000) em um estudo de natureza qualitativa o número de sujeitos participantes é variável, depende do fenômeno a ser estudado. Mediante tais pressupostos o número de sujeitos foi delimitado, então, pelo critério de saturação ao completarmos 10 entrevistas.

Todas as entrevistas desenvolveram-se em um clima de harmonia. A disponibilidade de tempo que os sujeitos concederam foi maior do que as minhas expectativas, sendo que muitas entrevistas as pessoas ficavam conversando por muito tempo e neste momento procurei dar a atenção que muitos deles estavam precisando. Percebi que muitos dos sujeitos pareciam aproveitar aquele momento para conversar, desabafar suas angústias, seus temores e incertezas frente às novas experiências vividas.

5.4 Análise dos dados

Para Minayo (2000) as Representações Sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam. Portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais.

A análise de conteúdo foi efetuada a partir da proposta de Bardin, que propõe que tudo o que é dito ou escrito é suscetível de ser submetido a uma análise de conteúdo. Segundo Bardin (p. 42, 2004) análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise foi feita através do tipo categorial-temática (BARDIN, 2004), onde a categorização buscou a identificação das representações sociais de adultos jovens no processo de viver com a DAC, através da objetivação e ancoragem.

Para Minayo (2000) a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência, signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.

Segundo as três etapas metodológicas propostas por Bardin (2004) a fase de análise dos dados assim se constituiu:

1ª etapa: **Pré Análise**

Iniciou com a transcrição das fitas cassete. Esse material foi organizado sistematizando as idéias gerais em quadros. Nessa fase foi realizada uma leitura do material para tomar contato com sua estrutura, descobrir orientações para análise e registrar impressões sobre a mensagem.

2ª etapa: **Exploração do material**

O material transcrito foi lido várias vezes para apreensão e saturação dos elementos contidos nas falas. Nessa etapa, após um mergulho aprofundado nos dados das entrevistas estes foram codificados, buscando informações com características comuns, que se relacionavam, criando as categorias. Foi realizada a categorização segundo as Representações Sociais, ou seja, estabelecendo um conceito capaz de abranger os elementos e as idéias agrupadas.

No estabelecimento das categorias foram seguidos três princípios: o conjunto de categorias foi estabelecido a partir de um único princípio de classificação; todas as

respostas foram incluídas em uma das categorias; e as respostas não foram incluídas em mais de uma categoria (BARDIN, 2004).

As figuras selecionadas e suas respectivas interpretações foram analisadas em um segundo momento. Verifiquei que as imagens e suas interpretações expressavam as categorias construídas, consolidando a percepção que os integrantes do estudo tinham sobre a temática.

3ª etapa: **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação**

Os dados foram discutidos e interpretados a luz do referencial teórico. Nessa fase buscou-se desvendar o conteúdo subjacente ao que estava sendo manifesto.

A presente pesquisa, teve a proposta de não apenas levantar dados mas ampliar o saber a partir da máxima amplitude na descrição, esclarecimento e compreensão das Representações Sociais da DAC para as pessoas jovens, a fim de viabilizar transformações e (re) construir conhecimentos.

5.5 Aspectos Éticos

Com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dita diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, foram incorporados, sob a ótica dos indivíduos e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Garrafa (apud SCHRAMM, 1998) enfatiza que a bioética pode se constituir em instrumento fundamental ao acesso dos cidadãos aos benéficos do progresso. De fato, a pesquisa pensada seriamente e respeitando seus direitos pode trazer luz aos vários problemas enfrentados pela população brasileira, seja visando a melhoria da saúde ou transformando o ambiente em que os sujeitos estão inseridos.

Foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do hospital o projeto

referente a este estudo, sendo aprovado no dia 08 de junho de 2005 (ANEXO).

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D). Neste documento há esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, a voluntariedade da participação e a garantia do sigilo referente aos dados, sendo salientado a importância da participação para a melhoria da assistência no cuidado de saúde das pessoas com DAC.

Foi solicitado a cada um sua participação na pesquisa, sendo que os sujeitos foram informados dos objetivos da pesquisa, tipo de participação desejada, direito a livre opção em participar ou não da pesquisa, assim como desistir de participar em qualquer momento em que o desejassem. Foi garantido o total desvinculamento entre participação na pesquisa e a assistência prestada no hospital e também o anonimato de todas as informações prestadas quanto à divulgação dos resultados do estudo.

Após o aceite, foi solicitada a autorização para que as entrevistas fossem gravadas em fitas cassete e transcritas para posterior análise, explicando que esta forma apresentava a vantagem de registrar todas as expressões verbais, permitindo a tranquilidade necessária para prestar atenção nas falas do entrevistado.

6 A REALIDADE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O material apresentado a seguir é resultado de uma síntese ordenada e classificatória dos dados coletados que, confrontados com o referencial teórico, permitiram um aprofundamento do conteúdo das falas dos sujeitos da pesquisa. As categorias que surgiram estão ancoradas em representações socialmente construídas pelos integrantes do estudo

A análise dos dados permitiu compreender que a DAC provoca importantes mudanças na vida das pessoas, identificadas através de duas categorias que emergiram dos discursos dos sujeitos. A primeira categoria denominada de **“A Realidade do Medo”** identificou como subcategorias: o **medo da dor**, o **medo da morte**, o **medo frente ao futuro da família** e o **medo da incapacidade profissional**. A segunda categoria foi entendida como: **“A Realidade Social: buscando apoio social”** e abrange três subcategorias: o **suporte familiar**, o **suporte religioso** e o **suporte dos profissionais da saúde**.

Estas categorias e subcategorias são, portanto, as representações que os sujeitos tem da DAC. Inicialmente são apresentadas e discutidas as objetivações a partir das falas dos sujeitos e a seguir, as figuras selecionadas que representam as imagens elaboradas no universo consensual. Cada figura está acompanhada de uma descrição efetuada pela autora, com a indicação dos integrantes do estudo que a selecionaram e de algumas de suas falas expressando o que essas imagens significam para eles.

6.1 A Realidade do Medo

A DAC foi percebida e representada pela maioria dos sujeitos como uma ameaça que poderá modificar o seu processo de viver. Essa insegurança com o

desconhecido gera sentimentos de ansiedade, temores e medo, como podemos observar nos seguintes relatos:

[...] tenho medo de enfartar de novo. É uma dor sufocante, não gosto nem de lembrar. Não estava preparado para viver assim com tantas limitações, agora tenho medo de fazer qualquer coisa, essa situação me deixa nervoso e preocupado...o medo está em tudo o que fazemos.(06)

[...] viver assim com tantas limitações, com tantos medos e receios, dá a sensação de que morremos em vida [...](09).

[...] precisamos do apoio da família, de amigos, de todos para que eles nos ajudem a enfrentar este medo que é uma sombra que persegue a gente sempre [...](09).

O medo é um sentimento de impotência, de se ver ameaçado por um mal iminente, que é mais poderoso que a própria pessoa. É uma espécie de sofrimento (STORK, 1996).

Segundo FAVARATO (2004) a DAC acarreta importantes implicações emocionais que interferirão significativamente na qualidade de vida, pois ao promover comprometimento geral do indivíduo, afeta-o nos segmentos afetivo-emocional, intelectual e social; além do mais, por ser uma afecção ameaçadora, gera medo, ansiedade e insegurança, sinalizando para o indivíduo sua vulnerabilidade e finitude.

A DAC ocorre súbita e inesperadamente, sem o mínimo tempo para uma preparação adequada, desencadeando instabilidade emocional, gerando nas pessoas que vivenciam a DAC o aumento de seus temores, perturbações e ansiedades, advindos da brusca interrupção de hábitos e padrões comuns às suas vidas (MELTZER; PINNEO; KITCHELL, 2000).

Essas implicações emocionais foram percebidas e representadas pelos sujeitos em seus relatos quando expressam que se consideram jovens demais para terem uma doença tão ameaçadora, o que retrata a falta de perspectiva de um dia voltar a ser saudável novamente, configuradas nas seguintes expressões:

[...] é difícil viver sempre com medo de fazer tudo, sou um cara novo, quero trabalhar muito ainda, mas tenho medo de ter um enfarto fulminante como a gente vê na televisão [...] do nada o cara cai duro no chão e aí pronto já passou para o outro lado [...] (06)

[...] sempre pensei que essa doença acontecia em pessoas mais velhas, apesar de escutar nas notícias os casos de morte súbita de jogadores de futebol...fui pego de surpresa depois de ter uma dor forte no peito, agora não sei mais qual é o meu limite [...] fico bastante nervoso quando começo a pensar no meu futuro[...] (02)

As falas dos sujeitos deste estudo expressam o sofrimento que estão vivendo. Para Stork (1996), a dor possui dois níveis: o primeiro é o nível da manifestação biológica, física; é um dano sentido que desorganiza a relação da pessoa com seu corpo. O segundo nível é a dor interior, que interfere em diferentes âmbitos do viver da pessoa, como a memória, a imaginação, a percepção de passado e de futuro. O sofrimento gerado pela dor se manifesta de diferentes maneiras: como tristeza, ansiedade, aflição, temor, medo, desespero...

Podemos observar que as pessoas falaram de uma dor física, mas incluíram especialmente o nível interno da dor, que se expressou como medo. Este medo foi gerado pela percepção de que algo estava acontecendo que superava suas possibilidades de controle e também pela imaginação gerada pela presença da dor e de suas possíveis implicações, como a incapacidade e a morte, na forma mais dramática e o futuro incerto da família e a dor, na sua forma mais próxima.

O surgimento da doença aponta para o indivíduo sua vulnerabilidade, fragilidade e traz consigo a consciência da própria finitude. Favarato (2004) acrescenta ainda a mudança de papéis sociais que a cardiopatia promove no âmbito familiar, profissional e social. Estes aspectos foram representados nos relatos dos sujeitos como o medo da dependência, da impossibilidade de realizar projetos, da perda da autonomia sobre a própria vida, como iremos discutir nos próximos subitens.

6.1.1 Medo da dor

A manifestação clínica mais comum da DAC é a angina ou a dor precordial, que é provocada por uma isquemia miocárdica onde ocorre uma estimulação das terminações nervosas aferentes localizadas nos vasos coronarianos e no miocárdio. Os impulsos nervosos chegam aos gânglios simpáticos cervicais e torácicos e, considerando as variações do trajeto nervoso através desta rede aferente, justifica-se a grande variação na expressão da dor coronariana ou isquêmica (AMATO, 2000). A dor precordial é, portanto, um importante sintoma para o diagnóstico de isquemia, funciona como mecanismo de alerta frente à lesão tecidual e é influenciada por elementos sensitivos, emocionais e culturais. (GONDIM; OLIVEIRA; GROSS, 2003).

A dor é representada como um mal, como algo que não convém, pois provoca danos, impede a auto realização da pessoa, tanto no aspecto moral quanto no físico-biológico (STORK, 1996). Assim, sentir dor é um sinal que pode representar uma ameaça a pessoas. As pessoas se referiram a dor precordial, evidenciando sua intensidade e a preocupação com o que ela poderia acarretar:

[...] nunca imaginei que a dor fosse tão horrível, me senti sufocado, sem ar.(02)

[...] quando a dor no peito começou a aumentar, eu tomei um chá que a mulher fez para o estômago, só que não passou, parece que até piorou, porque passou para uma pressão tão forte no peito que eu apaguei.(08)

[...] fico com medo de sentir a dor novamente, o medo é tanto que acho que estou ficando meio maluco até, as vezes imagino que ela vai começar, aí eu me apavoro, vou atrás do remédio para colocar embaixo da língua, mas é só coisa da minha cabeça. (09)

[...] a gente ouviu falar tanto de ataque cardíaco fulminante, esses dias passou no Globo Repórter, isso deixa a gente que tem o problema mais nervoso ainda [...] (05)

[...] fico muito inseguro, quando faço esforço físico, o peito começa a doer eu não sei se é do coração. Tenho medo de uma hora para a outra ter uma dor fulminante e morrer. O cara vê tanta gente nova morrer assim [...] (06)

A dor torna real para as pessoas a existência da DAC, ela representa a materialização de algo que está presente no universo consensual das pessoas, ou seja, a percepção da dor como algo desconfortável, mas especialmente, a associação deste desconforto com o significado de que sua vida está em risco.

A intensidade da dor precordial é referida como uma sensação de morte eminente, como algo horrível, pois eles não tinham experiências prévias com este tipo de dor, precisam buscar em outras experiências a ancoragem dessa sensação, Assim, a dor é percebida no nível físico de forma exacerbada, levando muitas vezes ao limite, ou seja, a intensidade é tão grande que a morte parece estar muito próxima.

Em nossa sociedade a dor é um desvalor, não se tendo motivos para suportá-la, mas sim meios técnicos para combatê-la. No entanto, Stork (1996) ressalta que a dor precisa ter um sentido para a pessoa. A dor não pode ser trabalhada apenas ao nível físico, mas também no nível interno, especialmente no que ela traz para a imaginação da pessoa. Ao interiorizar a dor, a pessoa passa a compreendê-la de forma articulada com os demais aspectos de sua vida e a dor passa a ter um outro significado que se fundamenta em imagens que estão presentes no cotidiano de cada um.

Um exemplo que surgiu de maneira destacada entre os integrantes do estudo foram situações veiculadas pela televisão e também trazidas ou reforçadas por pessoas conhecidas. Pelos relatos, as imagens e idéias que lhes são trazidas são sempre negativas, evidenciando que a situação é grave. Essas informações divulgadas quando chegam ao universo consensual são re-interpretadas e representadas. Assim, a dor é um indicativo de que algo não vai bem e que isto tem repercussões mais drásticas como a morte, a impotência, a incapacidade e, especialmente, reforça a imagem de sofrimento.

Esses conceitos são repassados de maneira muitas vezes caricata pela mídia e não esclarecem de forma verdadeira e clara a ocorrência da DAC; confundem idéias e atrapalham a absorção de novas informações. Percebo, nos sujeitos pesquisados, que o imaginário aflora, de modo que a dor passa a ser interpretada como uma ameaça, criando ou ampliando representações negativas como inquietações, preocupações e medos.

Neste contexto, a dor foi a representação que mais evidenciou a situação de

conviver com a DAC por ser considerada um dos primeiros indícios de que algo não vai bem com o coração. A pessoa com dor experimenta com mais intensidade a perspectiva de sua finitude.

Como mostram os depoimentos dos sujeitos desta pesquisa, podemos perceber que a dor é um sintoma complexo, individual e subjetivo, cuja interpretação envolve aspectos sensitivos, emocionais e culturais e que só pode ser compartilhada a partir do relato de quem a sente. Para Bernardo (2000), a percepção dolorosa possui conotação subjetiva modificável de indivíduo para indivíduo, através de aspectos sociais, culturais, ambientais, emocionais e cognitivos, variando de acordo com as sensações individuais antes vivenciadas, bem como a compreensão pessoal do estímulo desencadeador. Porém, há uma representação dessa dor que é construída socialmente, expressa especialmente como medo, evidenciando a fragilidade e o pouco controle que as pessoas têm sobre ela.

A manifestação da dor é mais uma prova de que o sujeito não pode ser tratado apenas considerando o aspecto físico. A dor é uma experiência subjetiva desencadeando instabilidade emocional, advinda da brusca interrupção de hábitos e padrões comuns à vida deles, acarretando medo, perturbações e ansiedades, especialmente vinculadas a inter-relação que a dor tem com o viver das pessoas e de como elas a percebem em seu interior e não apenas fisicamente.

Os depoimentos aqui relatados trouxeram com clareza a experiência da dor vivida pelos sujeitos entrevistados, atribuindo significados que envolveram vários aspectos de suas vidas. A representação da dor se associa, portanto, com o medo da morte, com a percepção da limitação física que ela impõe e das repercussões no seu cotidiano. Sendo assim, fica evidente a necessidade de compreendermos enquanto profissionais da saúde, o sentido e o significado que essas pessoas com DAC atribuem à sua dor e qual o espaço que esta ocupa em suas vidas. Esses aspectos são de suma importância para o processo do cuidar, bem como conhecer suas histórias e experiências vividas transcorridas em seu mundo.

A representação da dor foi efetuada não somente por palavras, mas também ao escolherem imagens para expressar o significado da DAC em suas vidas. A clara associação com o cotidiano evidenciou que realizam uma ligação entre a dor sentida e

o local onde estavam quando a sentiram pela primeira vez ou o onde ela se apresentou mais constantemente. A relação com esforço físico marcou essas pessoas que passaram a representar a DAC com imagens de trabalho e esporte, reforçando a proposta de Stork (1996) que a dor se manifesta nos dois níveis: o físico e o interior, que inclui a imaginação das pessoas e a união entre passado e futuro.

FIGURAS SELECIONADAS



Figura 01 – Pessoas trabalhando em uma indústria. Escolhida pelos sujeitos [06], [08] e [09].

[...] foi no trabalho que comecei a perceber o problema no coração porque qualquer esforço físico que fazia, como subir escada, eu ficava cansado, sentia um desconforto no peito e uma dor no pescoço. Já vinha sentindo isso há mais de três anos, por último eu comecei a sentir uma dor no peito, eu passava a mão no peito várias vezes até ela ir embora. Até que um dia eu tive uma dor tão forte que fui parar na emergência, então eu enfartei e fiz angioplastia. Agora eu fico muito inseguro para fazer qualquer esforço físico, tenho medo que o peito comece a doer[...] (06)



Figura 02 – Homem andando de bicicleta. Escolhida pelo sujeito [08].

[...] descobri minha doença através do esporte. Comecei a sentir uma dor no braço. No início eu não liguei, acho que por falta de conhecimento. Sempre pensei que isto nunca iria acontecer comigo, porque gosto de praticar esporte, mas agora tenho medo de ter um enfarto fulminante. Qualquer atividade física que faço eu fico pensando se vou ter aquela dor no peito de novo, tenho medo de que não possa mais praticar esporte [...] (08)

6.1.2 Medo da morte

Dor e morte se relacionaram diretamente na fala dos sujeitos do estudo. A separação que está sendo feita neste texto é apenas para abordar de forma destacada cada uma dessas percepções.

Na sociedade, a morte é tratada como um tema apreendido, o que traduz toda uma forma de pensar e sentir a morte, que se apresenta para nós com um sentido que parece ser absoluto e definitivo. Assim sendo, a morte é representada pelo pavor e pela necessidade imperativa da negação. Segundo Hoffmann (1993) o processo de socialização não concebe a morte e não prepara os indivíduos para sua vivência. Com isso, vai sendo progressivamente incorporada uma imagem negativa, cheia de ansiedade e de questões não-respondidas, não-compreendidas e não-aceitas.

O medo da morte é um sentimento que a maioria das pessoas não pode suportar. Consciente ou inconscientemente, tentam afastar a idéia da morte. As pessoas preferem não falar sobre ela. Para os sujeitos integrantes deste estudo, o medo da morte evidenciou-se como algo muito forte, conforme os relatos a seguir:

[...] fico nervoso só em pensar na morte [...] (01)

[...] tenho medo de morrer cedo [...] (05)

[...] tenho muito medo de morrer [...] (07)

A morte sempre suscitou emoções que se socializaram, sendo a única das certezas humanas e, paradoxalmente, a única cuja experiência direta nos é vedada por princípio, pois só temos experiência da morte do outro.

Segundo Caccavo (2003) o encontro do homem com a figura da morte provoca sentimentos paradoxais proveniente do imaginário social, relativos à representação que a morte possui.

O significado dessas experiências vivenciadas pelas pessoas com DAC faz com

que este fenômeno agora seja enfrentado pelo próprio sujeito. A morte do outro evoca nossa própria morte e nos fará pensar em nossa precariedade e em nossos limites como seres humanos (CACCAVO, 2003).

Diante deste sentimento de finitude as pessoas com DAC passam a perceberem-se como mortais, conforme o relato:

[...] depois que enfartei passei a me preocupar com a morte. Antes eu não tinha essa preocupação, nem pensava na morte, acho que é porque sou uma pessoa nova... morte sempre é associada com velhice... Quando uma pessoa nova morre vira notícia. Como aquelas que a gente vê na TV de caras jovens que tiveram morte fulminante... Agora estou sempre preocupado com as complicações da doença, fico sempre pensando será que vou ter uma morte fulminante? (01)

Percebo, através deste relato, que os sujeitos encontram nos meios de comunicação em geral, todo tipo de mensagens que compõem sua vida cotidiana, trazendo representações da morte. Essas percepções representam o universo consensual dos sujeitos, a partir da sua realidade.

A morte é percebida como algo ameaçador e uma doença no coração ocasiona essa ameaça, pois através da percepção da finitude da vida, ancorada na percepção da existência humana, o coração é o símbolo da vida. Para esses sujeitos, é senso comum que a vida depende do bom funcionamento do coração. Desta forma, uma condição crônica de saúde, que afeta este órgão, desencadeia ansiedade e medo da morte iminente, como pode ser confirmado pelos relatos apresentados:

[...] a gente cresceu ouvindo as pessoas falarem que quando o coração do cara fica doente a morte pode ser esperada [...] (08)

[...] o coração é um órgão importante para a nossa vida, agora que eu estou com problema no coração fico preocupado em morrer de repente [...] (04)

[...] meu medo maior é de morrer de uma hora para outra [...] (06)

A DAC em sua expressão percebida pelas pessoas se instala, geralmente, de modo repentino. Lessa (2003, p.329) declara que “a DAC é a principal representante das mortes súbitas...”. Esse saber científico, chega ao universo consensual dos sujeitos, dando um significado de morte para essas pessoas que sofrem de algum problema no coração.

A análise compreensiva dos depoimentos nos mostra que a possibilidade de morte súbita gera insegurança para as pessoas com DAC, pois é uma morte que interrompe um fluxo de vida para quem ainda não está preparado para sua finitude, se é que um dia isto acontecerá. Os relatos indicam que é difícil lidar com uma doença que para eles é representada como uma privação do futuro. Diante desta ameaça de morte colocam-se questões fundamentais como: o sentido da vida, da morte, da doença, do sofrimento, do tanto de vida que resta para ser vivido antes da morte. Estas questões, estas angústias são manifestadas nestes depoimentos:

[...] tenho medo da morte e também de ficar sofrendo com as complicações da doença [...] Não quero incomodar ninguém...” (09)

[...] tenho muito medo de morrer e deixar os meus filhos [...] quero ainda poder fazer parte do futuro dos meus filhos [...] (04)

A análise das falas nos permite observar, ainda, que esses medos são descritos como fazendo parte da sua experiência vivida e são elaborados sob as formas de resignação, de projetos futuros e de questionamentos.

A morte é vivida, portanto, como possibilidade existencial, como algo que cresce e amadurece à medida que vivemos. A morte é uma revelação fundamental, apesar de se ter dela uma consciência indeterminada (SANFRANSKI, 2000).

Há uma vasta literatura sobre os aspectos fisiopatológicos do adoecer do coração, bem como dos avanços técnico-científicos nos tratamentos, embora alguns abordem aspectos sociais, culturais e emocionais inerentes a esta condição, não dão prioridade ao que está por trás dos comportamentos e sentimentos descritos pelos próprios sujeitos que vivenciam a DAC e o que representa este momento na vida

destas pessoas.

É fundamental trazermos alguns elementos que possam auxiliar a compreensão mais ampla acerca da morte como um dado antropológico, cuja presença tem sido motivo de angústia para o ser humano ao longo de sua existência, mostrando sua vulnerabilidade de ser mortal.

Os profissionais da saúde, como todos os seres vivos marcados pela temporalidade da vida, também travam uma batalha interna contra a idéia de sua própria finitude. Isso nos remete a pensar o quanto é difícil, mas também o quanto é importante tratar do tema morte.

Reconhecer que o medo da morte permeia o processo de viver das pessoas com DAC é de primordial importância para o profissional da saúde. Isto se faz necessário para que este profissional trace metas que promovam uma mudança no comportamento destes sujeitos frente à morte.

A escolha de uma procissão, que se aproxima da visão de um enterro, como uma imagem que associaram a DAC, evidencia a representação do medo da morte.

FIGURA SELECIONADA



[...] escolho esta figura porque se parece com um enterro (apesar de ser uma procissão). Mas ela significa para mim a morte [...] eu não consigo relaxar, fico preocupado de morrer de uma hora para a outra e deixar a minha família [...] penso 24 horas por dia no futuro da minha família. Estou constantemente preocupado com o bem estar dela (a família). Por isso fiquei com muito medo de morrer [...] (02)

Figura 03 – Pessoas participando de uma procissão. Escolhida pelo sujeito [02].

6.1.3 Medo frente ao futuro da família

A pessoa que vivencia um desequilíbrio no seu estado de saúde, vê-se constantemente em perigo de perder sua integridade tanto física como psíquica, ou seu lugar na família e na sociedade, em decorrência das alterações em suas funções orgânicas (CARREIRA; MARCON, 2003).

Os sujeitos participantes desta pesquisa ao expressarem seus sentimentos de medo frente ao futuro de sua família evidenciaram a importância de continuarem exercendo suas atividades laborais como principal fator para a subsistência das mesmas, já que a presença da DAC poderá trazer alterações em sua rotina de vida e de trabalho, desencadeando sentimentos que apontam para um desgaste mental, gerando angústias e incertezas quanto ao futuro, até mesmo a morte, como relatado anteriormente. Estes sentimentos são percebidos nos relatos apresentados:

[...] me preocupo muito com o futuro dos meus filhos [...] (07)

[...] minha família é tudo para mim. Fico muito preocupado com o aspecto financeiro, com o futuro da minha família se acontecer alguma coisa comigo[...] (09)

Ademais, não podemos deixar de considerar que a forma como as pessoas reagem frente aos seus problemas e aos mecanismos utilizados para enfrentá-los, estão relacionados às suas crenças e valores e ao apoio que recebem de seus entes queridos (LIMA; GUALDA, 2000).

É neste universo consensual que a DAC foi representada pelos sujeitos desta pesquisa como uma realidade ameaçadora, que poderá provocar mudanças na vida familiar, não só na dinâmica familiar, mas também no aspecto financeiro, atribuídos à diminuição da renda familiar e ao aumento dos gastos com remédios e alimentação especial.

Lima e Gualda (2000) ressaltam que a presença de uma doença crônica no ambiente familiar exige uma série de alterações na estrutura dessa família, de forma que ela possa adaptar-se para conviver com as novas necessidades decorrentes do problema de saúde. Essas mudanças ocorridas pela presença da doença e de seu tratamento não atingem apenas o doente, mas todas as pessoas que compõem sua rede social. Como mostra este depoimento:

[...] passamos a vida toda nos preocupando com coisas materiais, em trabalhar, trazer dinheiro para dentro de casa, não participamos do dia a dia da família [...] percebo que na realidade só o que ganhei mesmo foi um problema, essa doença [...] agora é que a minha preocupação com a família aumentou, não sei se vou conseguir trabalhar no mesmo serviço, o dinheiro da perícia é muito pouco, os gastos aumentaram [...] (04)

Percebe-se assim que para as pessoas com DAC o trabalho parece ter um significado importante neste contexto, pois constitui um evento que gera preocupação pela necessidade de subsistência, por serem essas pessoas as mantenedoras de sua família, mas também uma associação com a causa de sua condição de saúde.

Esta percepção evidencia o conflito que a sociedade moderna traz às pessoas: é preciso produzir, gerar riquezas e é preciso ter saúde. No entanto, essas situações algumas vezes ou, muitas vezes, se contrapõem, uma vez que o excesso de trabalho gera estresse, favorece a vida sedentária e não abre espaço para o lazer, contribuindo para o aparecimento da DAC. É um contra-senso que as pessoas vivem e que, sem dúvida, contribui para a reflexão que fazem ao enfrentarem esta nova condição, onde percebem que suas famílias, um dos seus principais valores, também podem estar ameaçadas em seu futuro, como consequência da limitação trazida pela DAC.

Assim sendo, concordamos com Carreira e Marcon (2003) que o trabalho além de representar uma espécie de vínculo do indivíduo com a sociedade, também é uma das formas mais ativas de os indivíduos conviverem melhor no meio familiar, sem o qual ele perde o equilíbrio, desagrega-se.

Conhecer o contexto em que esses sujeitos pesquisados conduzem suas vidas e buscar a compreensão de sua realidade subjetiva, enfim perceber o significado da

DAC para essas pessoas e seus familiares, reconhecendo e avaliando o conhecimento singular que eles trazem consigo sobre a experiência da doença em suas vidas, se torna um desafio para os profissionais da saúde.

A expressão desse medo com relação ao futuro de suas famílias se evidenciou na escolha das figuras que a representam e pelas interpretações que fizeram para justificar suas escolhas.

FIGURAS SELECIONADAS



[...] quando a gente descobre que tem um problema desse a primeira coisa que a gente pensa é na família [...] tenho medo de deixar minha família [...] amo as minhas filhas, não quero fazer elas sofrerem se eu morrer. Elas sofreram muito quando eu fiquei internado[...] recebi muito apoio da minha família naquele momento [...] (05)

Figura 04 – Homem, mulher e crianças conversando e rindo Escolhida pelos sujeitos [04], [05] e [07]



[...] a família é tudo para mim. Me preocupa muito o bem estar da minha família [...] quero sair desta logo para viver muito tempo com minha família [...] não sei se agora com esse problema no coração eu vou conseguir dar para a minha família tudo o que ela merece, pois eu não sei quando vou começar a trabalhar [...] (01)

Figura 05 – Homens, mulheres e crianças no campo. Escolhida pelos sujeitos [01], [07] e [09]

6.1.4 Medo da incapacidade profissional

O desejo de produzir e a impossibilidade de executar as suas atividades da mesma forma que a vinham realizando criaram conflitos para os sujeitos deste estudo. A DAC foi representada como uma doença que impôs restrições ao processo de viver dessas pessoas, trazendo a tona o medo de perder a autonomia, o medo da incapacidade física e, como já foi comentado, a preocupação com o futuro e o bem estar de suas famílias.

Teixeira (2003) refere que a representação da doença é o contrário do que é bom, é algo desagradável, que afeta o sujeito e o incapacita. Assim, a doença é vista, de modo geral, em nossa cultura como um mal. Diante dessas alterações sentidas e percebidas a imagem que surge para as pessoas com DAC é de medo e preocupação com o futuro:

[...] tenho medo da firma me mandar embora [...] de achar que não posso mais voltar a trabalhar por ter um problema no coração [...] (05)

[...] fico muito nervoso se com esse problema no coração eu não poder mais trabalhar na minha profissão [...] (07)

[...] a gente tem medo de voltar a trabalhar, de pegar peso e a doença voltar e ser mais séria [...] (02)

[...] agora fica mais difícil de arrumar um serviço [...] não é tudo que podemos fazer [...] temos mais limitações [...] para as pessoas quem sofre de um problema no coração tem que se aposentar [...] (08)

Observamos nestes relatos que o simbolismo popular que se cria em torno da doença cardíaca como incapacitante para as atividades laborais, gera significados que são ancorados na necessidade de serem produtivos.

Assim sendo a atividade laboral foi objetivada como uma forma de realização e valorização pessoal, constituindo um referencial na vida das pessoas com DAC. Esta

atividade está fortemente representada como a fonte mantenedora da família e também da sua independência para gerenciar sua vida.

[...] é bom quando a gente pode trabalhar [...] sinto falta dos amigos. Tenho medo de não poder voltar a trabalhar [...] é bom ter uma ocupação, a gente vive melhor, não pensa tanta besteira e pode ganhar mais dinheiro [...] (10).

Natividade (2004) ressalta que o trabalho dá significado à vida, proporciona benefícios como o seu sustento e o da família, atende a desejos e possibilita atividades que resultam em prazer.

Muñoz et al (2003) relatam que as pessoas se sentem derrotadas pelo sentimento de inutilidade, anulação e impotência, por não conseguirem realizar as mesmas atividades executadas anteriormente, quando eram saudáveis, desenvolvendo, assim, o temor de perder a autonomia.

[...] se eu não for motorista, não sei em qual profissão poderei trabalhar[...](07)

[...] se já estivesse trabalhando teria a possibilidade de ganhar mais (se referindo a dinheiro) e de melhorar a vida [...] (06)

Alguns integrantes da pesquisa identificaram que a DAC interfere na sua capacidade de viver plenamente o seu dia-a-dia, sentem-se inúteis para realizarem tarefas simples, isso só faz aumentar suas angústias e incertezas quanto ao futuro profissional, pois segundo eles é o que exige maior desempenho nas suas atividades físicas.

A incapacidade física decorrente da DAC foi a complicação mais importante, pois comprometeu a capacidade de trabalho, de locomoção, impôs limites que, de algum modo, repercutiram na vida social dessas pessoas.

[...] se não conseguir mais trabalhar, eu não sei como vou sobreviver[...] vai ficar difícil, pois tenho ainda 04 filhos pequenos para criar [...] (06)

[...] fico preocupado porque já tenho 40 anos e onde é que eu vou conseguir arrumar emprego com essa idade e ainda com problema no coração, a barra fica muito pesada [...] (04)

Esses depoimentos evidenciaram um sentimento de insatisfação, mais especialmente o temor pela impossibilidade de continuarem suas atividades profissionais. A atividade laboral então estabeleceu uma questão fundamental, pois além de ser um meio de garantir a vida material, constituiu-se na essência dessas pessoas. As mudanças ocorridas na capacidade física não são facilmente aceitas, conforme pode ser percebida neste relato:

[...] meu maior medo é com o trabalho [...] a parte financeira muda muito [...] na perícia a gente ganha muito pouco [...] eu me sinto muito mal de ser afastado do trabalho [...] é uma humilhação, ainda sou muito jovem para ser um encostado[...] (07)

Percebo que a atividade laboral no cotidiano das pessoas com DAC é uma questão muito importante a ser observada e abordada pelo profissional enfermeiro, já que essa doença se manifesta em diversas faixas etárias, porém tem um caráter especial quando acomete pessoas na fase mais produtivas de suas vidas.

Podemos perceber, após os relatos dos sujeitos desta pesquisa, que é de extrema importância que os profissionais enfermeiros atentem para a questão do trabalho na vida dessas pessoas, pois esta é uma das necessidades experienciadas por eles, em virtude não só dos aspectos financeiros relacionados à ausência de trabalho remunerado, mas, principalmente, de toda a problemática envolvida como, por exemplo, a presença de ociosidade, o sentimento de inutilidade e desvalorização, assim como a sensação de vir a ser um peso para a família.

Sendo assim o enfermeiro pode discutir com as pessoas com DAC essa nova realidade vivida, não como incapacitados, mas como pessoas que precisam repensar

seus objetivos de vida, suas prioridades e escolhas. Ajudá-los a perceberem suas necessidades de viver de forma mais consciente e deliberada, emergindo, desse momento, reflexões e tomada de iniciativas que otimizarão mudanças em suas vidas.

Conhecendo como as pessoas com DAC percebem e lidam com as questões do cotidiano que os preocupam, o enfermeiro pode planejar e implementar uma assistência mais individualizada e integralizada.

A escolha de imagem que sugere pessoas procurando emprego, foi selecionada por algumas pessoas que a associaram ao conflito entre desejar ou precisar trabalhar e não poder ou estar em condições físicas para trabalhar.

FIGURA SELECIONADA



Figura 06 – Pessoas sentadas e um homem lendo jornal. Escolhida pelos sujeitos [04], [06] e [10]

[...] percebo que o trabalho quase me levou para uma outra vida [...].vi a morte de perto. Agora sei que não adianta trabalhar só pelo dinheiro, estar sempre correndo contra o tempo [...] eu quero continuar a trabalhar, não quero parar, mas não me sinto em condições de voltar a trabalhar ainda, tenho medo da doença não deixar eu voltar a trabalhar na mesma atividade, não sei fazer outra coisa e isso deixa a gente nervoso [...] não sei como lidar com isso (04)

6.2 A Realidade Social: buscando o apoio social

Mesmo reconhecendo que o homem é um ser com os outros e com o mundo e aberto à eles (STORK, 1996), vivemos em uma sociedade onde as pessoas são incentivadas desde a infância a buscar sua autonomia e independência. Quando se deparam com uma situação que restringe ou impede suas ações, isso pode colocá-las em uma situação de dependência para a execução dessas atividades.

Ficou evidenciado, nos relatos dos sujeitos pesquisados, que o significado da DAC está representado também pelo apoio social que recebem e/ou necessitam, sendo este um fator que contribui para a perspectiva de um futuro próspero, pois a partir do apoio recebido, seja de amigos, grupos religiosos, familiares ou profissionais da saúde, as pessoas têm a possibilidade de contornarem as situações estressantes, e podem compartilhar seus medos, aflições e angústias. Na medida em que o apoio social acontece de forma sistemática, a possibilidade de superação desses eventos estressores é ainda mais evidente.

Para os integrantes da pesquisa, a DAC impõe dificuldades de se reapropriarem de sua autonomia, necessitando organizar suas vidas, repensando valores, mudando hábitos, impondo limites, tornando-os dependentes de outras pessoas para conduzir suas vidas.

Schneider e Bub (2002) ressaltam que a pessoa possui autonomia quando realiza suas atividades cotidianas de maneira satisfatória, mantendo-se independente e com capacidade de controlar sua vida. Trata-se de reconhecer a capacidade de fazer suas próprias escolhas, em vista de suas expectativas, crenças e valores, independente de anuência ou não dos profissionais, pois não é uma concessão de uma pessoa para outra.

Esta necessidade de apoio foi representada pelos sujeitos quando surgiram em suas falas a percepção da necessidade do outro, de compreender que não é possível enfrentar esta nova situação sozinho, como podemos observar nos relatos apresentados:

[...] eu preciso que alguém puxe a minha orelha de vez em quando para que eu me cuide mais [...] (03)

[...] sei que agora preciso cuidar melhor de mim, me preocupar mais com minha saúde. Acho que sozinho, sem uma ajuda de todos, eu não vou conseguir mudar o estilo de vida. (02)

[...] acho que agora eu preciso de ajuda e isso me preocupa, porque sozinho a gente não consegue. (02)

Assim, a DAC é representada impondo modificações no estilo de vida dessas pessoas, gerando a necessidade de novos cuidados, podendo afetar seus relacionamentos sociais. Esses sujeitos percebem a importância de receberem apoio dos familiares, profissionais da saúde, amigos e grupos religiosos como podem ser observados em alguns relatos:

[...] acho importante sempre receber informações de profissionais, isso vai ajudar a gente a não deixar a “peteca cair”. (02)

[...] até agora eu não tive uma orientação que me guiasse para um caminho certo, gostaria muito de ter essa orientação, isso me ajudaria bastante. (09)

[...] seleciono melhor os meus amigos, aqueles que não me acrescentam nada eu excluo do meu convívio social, tenho de conviver com pessoas que me ajudam a superar este momento de adaptação. (09)

Percebo que o apoio social pode exercer um papel essencial na promoção e manutenção da saúde física e mental dessas pessoas.

O argumento em favor da idéia de que as relações sociais podem, de várias formas, promover melhores condições de saúde tem sido predominante. A ajuda recebida contribui para o senso de controle pessoal, e isso tem uma influência positiva no bem-estar psicológico das pessoas (RAMOS, 2002).

6.2.1 Suporte familiar

A família é um grupo social delimitado e identificável, cujas dinâmicas internas são coerentes com o contexto social ao qual pertencem. Trata-se de pessoas que se influenciam mutuamente com intensidade e respondem a expectativas recíprocas. Em geral elas compartilham significados, valores e crenças que configuram a sua cultura (CERVENY; BERTHOUD, 1997).

A família foi representada pelos sujeitos da pesquisa como a peça fundamental na construção e manutenção da saúde, sendo manifestada consensualmente por ter como função básica o apoio, a segurança e a proteção. A importância do apoio familiar pode ser ilustrada nas falas a seguir:

[...] vivo mais com minha família. Tenho participado do dia a dia em família e isso me agrada, pois tenho a oportunidade de trocar idéias com meus filhos, de conversar mais com eles. Esse convívio com minha família é que tem me ajudado a não desistir de tudo, eles me dão muita força para continuar o tratamento e me cobram quando eu não estou fazendo as coisas direito. (04)

[...] minha esposa e minhas filhas me ajudam muito, estão sempre muito preocupadas comigo. (05)

[...] agora tenho o apoio da minha família, mudamos vários hábitos, principalmente a alimentares.(02)

A família é a primeira referência que elas têm da sociedade e quando ela os apóia, diante das dificuldades enfrentadas pela DAC, passam a se sentirem fortes para superar essa nova realidade.

Ficou evidenciado que a representação social da DAC é motivo de preocupação com o futuro, pois requer uma série de cuidados para a prevenção da reincidência das complicações provenientes da doença. Percebemos que existe um sentimento por trás das falas dessas pessoas em relação à importância de receberem o apoio familiar, que é

o sentimento de continuar vivendo. Os efeitos do suporte social exercido pela família estão relacionados a sentimentos de esperança e de bem estar:

[...] sinto que meus filhos agora se preocupam mais com o meu bem estar[...] converso mais com eles, trocamos idéias. Esse carinho aumenta minha esperança de me curar dessa doença. É bom participar mais do dia a dia de minha família, isso me agrada [...] (04)

[...] fico feliz de estar recebendo toda a atenção da minha família [...] ficamos mais unidos - pai, mãe, irmãos, esposa e filhos. Lá em casa todos nós mudamos alguns hábitos, principalmente na comida [...] (07)

De alguma forma esteve presente também nos relatos uma mudança nas relações familiares como decorrência da nova condição de saúde, que pode ser percebida como positiva, pois as pessoas passaram a poder estar mais junto de seus familiares, de participarem mais de suas rotinas. Enfim, a DAC parece também ter provocado uma reaproximação entre essas pessoas.

Assim, o apoio familiar ancorado na importância que a família tem é o que movimenta e desenvolve a capacidade delas em superar as situações ameaçadoras para manterem-se saudáveis.

A ameaça constante de perda de autonomia acaba afetando o humor das pessoas com DAC, provocando sentimentos de ansiedade com relação ao prognóstico. Ocorre uma ruptura em relação ao bem estar, seja pelos sintomas físicos ou pelos sentimentos, pois no universo consensual das pessoas com DAC para viver bem é necessário ter saúde.

Para Albuquerque e Troccoli (2004) bem estar é compreendido como a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas. Segundo Wagner et al (1999) a busca do bem estar é o motor do desenvolvimento humano. É visando estar bem que o homem luta para atingir seus ideais.

A representação da importância do suporte da família se manifesta também quando este apoio não é tão evidente. As pessoas que não recebem este tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade para lidar com as mudanças decorrentes da DAC:

[...] o problema se torna mais difícil para mim porque minha mulher fuma muito. Nisso ela não me ajuda [...] eu antes fumava muito também, agora eu parei com essa droga [...] mas a mulher não ajuda, fuma na minha frente [...] o cigarro é um motivo para a gente começar a brigar [...] (01)

[...] minha mulher reclama muito para fazer a comida [...] ela se enche porque não sabe mais o que vai fazer [...] não tem muito como variar a comida [...] assim fica difícil mudar [...] (02)

As relações sociais levam a um melhoramento da saúde, entretanto o suporte social pode também resultar em eventos negativos. Esses eventos negativos podem existir em função da excessiva proteção ou dependência em relação às pessoas que possam ajudar (PIETRUKOWICZ, 2001).

[...] sou solteiro, moro com minha mãe, ela fica o tempo todo me vigiando, está toda hora preocupada comigo. Isso me deixa angustiado, não queria dar essa preocupação para ela [...] (07)

[...] tenho medo de ficar inválido e dependente. Não quero ser um incômodo para a minha família. (05)

Percebemos nos discursos dos sujeitos que a DAC, por impor modificações na dinâmica das famílias, pode promover situações conflituosas, que para alguns se mostrou positiva e para outros se mostrou negativa revelando sua dependência e vulnerabilidade, provocando um sentimento de incapacidade e de virem a ser uma carga para seus familiares.

Observamos que para as pessoas com DAC o suporte familiar é um pilar fundamental para o enfrentamento das mudanças decorrentes desta enfermidade e quando recebem afeto e compreensão estão se fortalecendo interiormente para continuar suas vidas.

Sendo assim, o apoio familiar ajudará as pessoas a enfrentarem mais facilmente as mudanças decorrentes da DAC e a utilizarem os mecanismos de adaptação para assumirem novos hábitos e dar continuidade à sua vida.

Segundo Luz (2000), a cooperação, a cordialidade, a solidariedade e o prazer de estar em contato com outras pessoas, favorecem a integração e as relações em grupo. Essa busca pelo conforto e pela solidariedade, recebidas pelo suporte familiar, vai repercutir no bem estar e dar um novo sentido para a vida dessas pessoas com DAC.

A imagem de comemoração de um aniversário representou para alguns a DAC, no sentido de desejarem manter este relacionamento. A expressão da importância da família também se evidenciou na escolha das imagens da preocupação com o futuro da família na categoria anteriormente apresentada.

FIGURA SELECIONADA



[...] quero continuar participando das reuniões da minha família...sou um cara novo e quero ainda festejar muito o meu aniversário e por isso tenho que contar com a ajuda da minha família [...] no ano passado eu passei o meu aniversário no hospital, este ano quero convidar toda a minha família e fazer uma festa bem grande[...] (05)

Figura 07 – Pessoas apagando a vela de um bolo. Escolhida pelos sujeitos [05] e [10]

6.2.2 Suporte Religioso

De maneira geral as pessoas doentes se sentem desprotegidas, desamparadas, isoladas e fragilizadas devido aos problemas que vêm passando. A partir do momento em que passam a conviver com outras pessoas, criando o vínculo da amizade, do pertencimento, seja em grupos religiosos, de apoio terapêutico e organizações, têm a

possibilidade de sentirem que podem se ajudar mutuamente, aumentando assim a capacidade de contornarem situações difíceis (PIETRUKOWICZ, 2001).

Ao se referirem a DAC, os sujeitos deste estudo manifestaram sentimentos tais como: angústia, tristeza, medo e ansiedade, levando-os a buscar nos espaços religiosos uma tentativa de algo que desse mais sentido a suas vidas, conforme podemos perceber nos seguintes relatos:

[...] acho que Deus me dá muita força [...] peço para ele sempre me ajudar [...] agora eu rezo bastante [...] (09)

[...] comecei a freqüentar mais minha igreja [...] lá eu sinto uma paz muito grande [...] (04)

[...] a religião me ajudou a chegar mais perto de Deus [...] a própria doença ajuda a gente a chegar mais perto de Deus [...] sem fé tudo fica mais difícil[...](02)

Percebe-se, nas pessoas com DAC, que a procura por meios ou símbolos religiosos são utilizados nos momentos de dificuldades, mas também em momentos de agradecimentos, de alegrias, pois trazem o conforto de se pensar positivo para pedir coisas boas, sendo o meio pelo qual a fé se estabelece:

[...] aumentou a minha fé [...] passei a acreditar mais na força de Deus depois da doença [...] comecei a trabalhar na igreja, agora dou catequese para as crianças [...] penso que se Deus me deixou aqui acho que tenho que retribuir, como forma de agradecimento [...] (03)

Neste sentido a religião e a fé foram a forma que os sujeitos deste estudo encontraram para sublimar o medo, as incertezas e as angústias geradas pela situação de conviver com a DAC, que de uma certa forma compõe a representação social da DAC.

Para Parker (1996, p.275), a fé oferece sentido à vida, e o espaço religioso é “...onde se manifesta a presença sagrada do sobrenatural, garantindo um âmbito

simbólico onde buscam consolo e encontram energias morais e orientação para enfrentarem a incerteza apresentada pela angustiada situação”.

Um dos sujeitos do estudo, diante da ameaça que a DAC representa na sua vida e ancorado em suas crenças e valores, incorporou um significado de fé, objetivando o seguinte conceito:

FÉ é “quando tudo está bem com uma pessoa e você pergunta se ela acredita em Deus, ela pode até dizer que sim, porque é fácil falar. Agora a verdadeira resposta está depois que a gente passa a ter um problema de saúde, porque a gente passa a sentir a presença de Deus. Aí está a diferença”. (02)

Percebo que no universo consensual das pessoas com DAC a busca pelos espaços religiosos está ancorada no alívio dos seus males, sofrimentos e na cura dos problemas de saúde, trazendo esperanças, que segundo Stork (1996) é um “remédio” para o medo.

Segundo Valla (1999), a busca pelo apoio religioso, está presente direta ou indiretamente no sentimento de esperança pela cura, mas também na busca pelo suporte social, evidenciado nesta fala:

[...] depois que me curei, passei a acreditar mais na fé da minha esposa[...] ela rezou muito para que eu ficasse bom [...] (07)

Nos momentos em que o sofrimento, o medo, a incerteza são os sentimentos que mais afligem as pessoas com DAC, ajudá-las a encontrar um caminho, para que trabalhem suas aflições, para que encontrem um novo rumo às suas vidas, se sentindo útil e capazes de alcançar várias realizações, são aspectos fundamentais a serem trabalhados pelos profissionais da saúde.

Desta forma é bem provável que a busca por espaços religiosos, signifique hoje o refúgio da crise, no sentido de proteção e acolhida da desordem social existente, já que o sofrimento difuso transcende a doença física e se enraíza no social.

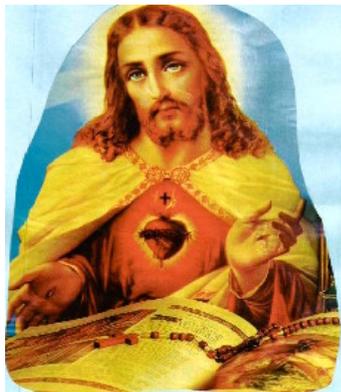
(PIETRUKOWICZ, 2001).

O suporte religioso além de oferecer uma contribuição para a crise vivenciada pelas pessoas com DAC, é um instrumento de reflexão para o profissional enfermeiro sobre a compreensão do que está se produzindo através da religiosidade.

Percebo que a religião oferece a acolhida, o apoio e a solidariedade. Estes achados reforçam a idéia de que é possível ajudar as pessoas a tornarem suas vidas mais significativas, buscando mais coerência e sentido. Ajudando-os a descobrir possibilidades de contornar situações difíceis e controlar o seu próprio destino.

A escolha da imagem de Jesus Cristo para expressar a percepção da DAC por quatro pessoas, reforça a compreensão de que o apoio religioso é um elemento fundamental para o viver com sua condição de saúde.

FIGURA SELECIONADA



[...] nestas horas a preocupação, o medo é muito grande [...] a gente espera encontrar em Deus a força para superar tudo isso, sem ele tudo fica mais difícil [...] a família toda esta rezando bastante para que eu me cure, para que a doença não volte [...] tenho que ter muita força de vontade e sei que em Deus eu vou encontrar esta força [...] (06)

Figura 08 – Imagem de uma figura religiosa. Escolhida pelos sujeitos [02] , [03], [06] e [09]

6.2.3 Suporte dos profissionais da saúde

Os profissionais de saúde geralmente são vistos pela sociedade como aqueles que detém o maior saber acerca das boas práticas de saúde. Neste sentido, podem usar sua influência perante a comunidade para estimular mudanças de hábitos considerados não saudáveis. Sendo assim, de acordo com uma concepção mais atualizada da prática de saúde, é indispensável considerar tanto os aspectos objetivos como subjetivos, ou seja, as informações objetivas, tradicionais, baseadas em indicadores biomédicos e as subjetivas, derivadas dos valores e crenças da própria pessoa (KUBO et al, 2001).

Os sujeitos deste estudo já tiveram contato com vários profissionais da saúde, mas apesar disso demonstraram nas entrevistas terem dúvidas sobre a melhor maneira de conduzirem suas vidas.

Ficou evidenciada a necessidade que as pessoas com DAC têm de descobrir os meios adequados para enfrentarem os efeitos perturbadores da doença. Neste contexto, a representação que emerge dos integrantes do estudo é que os profissionais da saúde são pessoas que possibilitarão esclarecimentos apropriados frente às mudanças percebidas durante o adoecimento, contribuindo para a construção de um novo modo de viver, conforme os seguintes depoimentos:

[...] se tivéssemos mais informações sobre a doença isso ajudaria a refletir melhor que eu não posso voltar a ter a vida como antes [...] (02)

[...] ainda tenho muitas dúvidas [...] sei que preciso de orientação em relação aos procedimentos e tratamentos da doença [...] não sei o que pode acontecer comigo amanhã [...] (04)

[...] gostaria de receber mais informações sobre os meus limites. Não tenho conhecimento de até onde podemos ir [...] (08)

Percebemos, nas falas das pessoas com DAC, que o reconhecimento de estarem passando por alterações em sua saúde, gerando sofrimento de serem portadores de uma

doença crônica, trouxe a necessidade de terem ajuda de pessoas qualificadas, que os auxiliem a encontrar a compreensão do que estão vivendo e de como superar a ansiedade e o medo gerado por sua condição de saúde.

Desta forma, os profissionais de saúde foram representados pelos sujeitos desta pesquisa como as pessoas que possuem o saber técnico-científico e que poderão auxiliá-los no momento em que apresentar alguma manifestação da doença. Como mostram em seus depoimentos, o sentimento de segurança e confiança depositado na figura do profissional da saúde está ancorado no significado que a DAC tem na vida dessas pessoas é o que movimenta e desenvolve a capacidade deles em superar as situações ameaçadoras para manterem-se saudáveis.

[...] preciso acreditar que vou ficar bom, que vou ter uma vida normal e os médicos e enfermeiros podem ajudar a gente a dar um novo caminho para a vida, a família também é importante, mas esses profissionais conhecem melhor a doença[...] (09)

[...] com o coração não se brinca [...] se a gente não fizer o que o médico diz a gente tem medo de morrer [...] (06)

Nas falas de alguns sujeitos, também foi possível perceber a insatisfação no atendimento recebido pelo profissional médico. Ficou claro que a representação da DAC para essas pessoas está diretamente relacionada com a necessidade de apoio, de atenção e de carinho que esperam receber desses profissionais. Destacam a importância de serem atendidos não somente nos aspectos físicos, mas especialmente na maneira como o cuidado e o tratamento são definidos e efetuados pelos profissionais.

[...] as informações são dadas de uma forma muito fria [...] a gente sempre espera algo mais dos médicos [...] gostaria de receber mais atenção deles e que as orientações fossem sobre os meus problemas, se eu estou fazendo o tratamento certo e se o meu coração está melhor... eu nunca sei como está o meu problema[...] (09)

[...] nas consultas o médico sempre diz pra gente que está tudo bem, mas eu continuo com dor no peito as vezes [...] isso deixa a gente nervoso porque a gente não entende nada, não sabe nada [...] (06)

Os sujeitos deste estudo manifestaram em suas falas que buscam na equipe de saúde, além do apoio e de esclarecimentos sobre a DAC, uma interação com esses profissionais para compreender o que está acontecendo a fim de tornar familiar essa condição crônica, devolvendo-lhes a segurança e o controle da situação.

Segundo Ballone (2003) a afetividade é quem confere o modo de relação do indivíduo à vida e será através da tonalidade de ânimo que a pessoa perceberá o mundo e a realidade. Direta ou indiretamente a afetividade exerce profunda influência sobre o pensamento e sobre toda a conduta do indivíduo.

A equipe de saúde tem que repensar suas atitudes e abordagens e compreender sua importância como suporte para essas pessoas através do relacionamento amistoso, enfatizando confiança e comunicação, fornecendo o máximo de informações de interesse para essas pessoas, envolvendo-os na tomada de decisão para aumentar sua sensação de controle e auto-estima, deve explorar também as expectativas e metas, favorecendo as expressões de temores e preocupações, enfim, auxiliar essas pessoas no desenvolvimento de estratégias adequadas de enfrentamento, que conseqüentemente reduzirão reações de estresse.

Assim, é importante em um programa educativo, que se busque além de identificar as subjetividades dos sujeitos, atrelá-las a sua história de vida. Essas atividades devem prever ações que auxiliem as pessoas com DAC a obterem os elementos dos quais necessitam para construir melhor a representação que têm sobre a doença, bem como dados que permitam estabelecerem um novo caminho a ser percorrido, considerando-se a perspectiva de viverem com uma doença crônica.

[...] a gente fica com medo. Não entende bem o que o médico fala, não sei qual o meu limite [...] (06)

[...] gostaria de saber mais informações sobre os meus limites. Não temos conhecimento de até onde podemos ir [...] (08)

[...] ainda tenho muitas dúvidas do meu problema [...] falta orientação em relação aos procedimentos e tratamentos [...] (04)

De posse desse entendimento o profissional da saúde deve ter presente, em seu processo de decisão, que a compreensão e a avaliação correta dos dados subjetivos do paciente são seus aliados para que o indivíduo possa ser conduzido à adesão ao tratamento e torne-se participante ativo do processo de mudança.

Neste contexto o profissional enfermeiro deve ajudar o paciente a desenvolver o autoconhecimento, a descobrir maneiras novas de viver dentro de seus limites e a desenvolver um estilo de vida que lhe permita assumir a responsabilidade por seu tratamento e sua vida, enfim, ser um indivíduo ativo na sociedade em que vive.

A figura de profissionais da saúde foi selecionada por alguns integrantes do estudo com uma interpretação que se mostrou de alguma forma conflituosa ao indicarem que a presença desses profissionais é algo imposto, ao mesmo tempo que os reconhecem como possibilidade de ajuda.

FIGURA SELECIONADA



Figura 09 – Homens e mulheres da área da saúde. Escolhida pelos sujeitos [03], [06] e [07]

[...] hoje me sinto obrigada a conviver com esses profissionais, como o médico, enfermeiros [...] esta rotina faz parte da minha vida agora. Apesar de não gostar de tomar remédios, fazer exames [...] descobri que são esses profissionais que poderão ajudar a gente a superar este momento [...] (03)

[...] eles agora é que cuidam da gente. Sei que eles estão sempre atentos para o meu problema [...] eu tenho que confiar neles, só eles é que poderão me ajudar a ficar curado [...] (06)

7 REFLETINDO SOBRE A REALIDADE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A realização desta pesquisa objetivou compreender as representações sociais da Doença Aterosclerótica Coronariana (DAC) em adultos jovens, buscando conhecer os recursos que essas pessoas lançam mão para tornar algo desconhecido em algo conhecido e identificando a representação dessa experiência vivenciada ancorada em seus valores, necessidades e desejos.

Encontrei na Teoria das Representações Sociais a oportunidade de desvelar o mundo vivido por essas pessoas com DAC. Através de seus relatos tive a possibilidade de melhor compreender o significado de sua condição de saúde.

O referencial teórico-metodológico utilizado mostrou-se de fundamental importância no sentido de permitir a identificação e análise das representações sociais dos sujeitos bem como aflorou sentimentos que apareceram nos discursos durante as entrevistas.

Nos discursos dos sujeitos desta pesquisa evidenciou-se que a DAC afeta-os nos segmentos físico, afetivo-emocional, intelectual e social. Por ser uma doença ameaçadora, gera sentimentos de medo, ansiedade e insegurança, sinalizando sua vulnerabilidade e finitude.

A DAC foi representada de maneira geral como uma doença trágica que pode significar o fim da vida, levando essas pessoas a sentirem-se mal, fracassadas, sem saúde, impossibilitadas de terem o livre arbítrio de poder fazer o que querem de suas vidas, ou seja, incapacita-as no apogeu de sua vida produtiva e retrata a falta de perspectiva de um dia voltar a ser saudável.

Essa realidade é incorporada ao universo consensual, sendo representada pelas pessoas com DAC como uma realidade ameaçadora, revelando que é difícil lidar com uma doença que para eles é representada como uma privação do futuro.

Desta forma a DAC foi manifestada como uma ameaça impondo-lhes restrições no processo de viver, trazendo a tona o medo de perder a autonomia, o medo da incapacidade física e profissional, a preocupação com o futuro e o bem estar, seu e de

suas famílias.

Após a análise e interpretação dos dados coletados nas entrevistas, ficou claro nos discursos dos sujeitos que a DAC provoca mudanças no cotidiano de suas vidas. Desta análise, confrontada com o referencial teórico, surgiram categorias que estão ancoradas em representações socialmente construídas.

A primeira categoria foi denominada de **“A Realidade do Medo”**, identificando como subcategorias: o **medo da dor, medo da morte, medo da incapacidade profissional** e o **medo frente ao futuro da família**.

Para essas pessoas adoecer do coração desencadeia um forte sofrimento emocional vinculado a vários tipos de medo, representado como o medo da dor, o medo da morte, o medo da invalidez, enfim medo do que para elas é algo totalmente desconhecido.

Podemos perceber que vivem uma situação limite entre a vida e a morte, revelando sua vulnerabilidade, fragilidade e a sua própria finitude.

Vale destacar, que o estudo foi efetuado com pessoas que tiveram o início de sua doença há no máximo dois anos e quatro meses. Este período ainda se caracteriza por uma adaptação a esta nova condição, permeado por incertezas, medos e desconfianças. O tempo será um aliado dessas pessoas ao manterem cuidados com sua saúde, que promovam um viver mais saudável, percebendo que é possível conviver com a DAC.

Um fator agravante é a característica de serem jovens, onde viver com a DAC passa a ser interpretada como algo “anormal”, porque convivem com sentimentos antes nunca experimentados, passam a sentir dor, a ter limitações do seu dia a dia, surgem preocupações com o futuro da família, com o futuro profissional, enfim para essas pessoas a rotina diária agora está ameaçada com as mudanças impostas pela DAC.

Observei nos relatos que o simbolismo popular que se cria em torno da doença cardíaca como incapacitante e que impõe limitações fazem parte do universo consensual desses sujeitos, pois as influências vividas em uma sociedade que valoriza mais os aspectos físicos, tiveram importância na manutenção dessa representação.

Neste estudo as representações desses sujeitos revelaram que viver o processo

da DAC é traumático, gera angústias, conflitos, desequilibra o cotidiano da vida, perdem o domínio da vida, refletindo, muitas vezes, em mudanças nos papéis sociais que a doença promove no âmbito familiar, profissional e social.

Percebemos que estes achados são convergentes a outros estudos realizados com pessoas com DAC (SCHNEIDER, 2002; DA SILVA, 2003; NATIVIDADE, 2004). No entanto, a maioria desses estudos não foram realizados com adultos jovens, desta forma percebo que esta especificidade acentua a perspectiva mais dramática e o quanto ela abala a vida dessas pessoas.

Poder desempenhar suas atividades diárias foi objetivado como uma forma de realização e valorização pessoal, constituindo um referencial na vida das pessoas com DAC. Estas atividades estão fortemente representadas como a sua independência para gerenciar sua vida. Estes aspectos foram representados nos relatos dos sujeitos como o medo da dependência, da impossibilidade de realizar projetos, da perda da autonomia sobre a própria vida.

Desta forma, o apoio social que recebem foi representado pelos sujeitos da pesquisa como a peça fundamental na construção e manutenção da saúde, sendo manifestada consensualmente por ter como função básica sua segurança e proteção.

Sendo assim, a segunda categoria foi entendida como: **“A Realidade Social: buscando apoio social”** que incluiu três subcategorias: o **suporte familiar**, o **suporte religioso** e o **suporte dos profissionais da saúde**.

A busca pelo apoio social ficou evidenciada em todos os discursos, pois como podemos perceber até o momento, a DAC, desencadeia uma série de dificuldades com as quais as pessoas se defrontam no seu processo de viver.

Observamos nos relatos apresentados que a repercussão da DAC para essas pessoas provoca modificações na sua relação com o mundo e consigo mesmo. A DAC representa uma ameaça que determinará seu próprio destino.

A história de vida dessas pessoas, seu modo de ser e viver poderá gerar sentimentos de fragilidade e dependência do suporte social. Sua identidade fica abalada pela perda de controle da situação, essas pessoas se tornam vulneráveis diante das limitações e da morte.

Esses sujeitos perceberam a importância de receberem apoio dos familiares,

profissionais da saúde, amigos e grupos religiosos, pois a DAC impôs modificações no estilo de vida dessas pessoas, gerando a necessidade de novos cuidados, podendo afetar seus relacionamentos sociais.

O apoio recebido é considerado, em vários estudos (VALLA, 1999; LUZ, 2000), como o principal elemento que contribui para o viver melhor das pessoas com seu problema de saúde. Os achados no presente estudo reforçam a percepção de que o apoio social realça o papel que as pessoas com DAC podem desempenhar na resolução de situações cotidianas em momentos de crise.

Perceber neste contexto como as pessoas conduzem suas vidas e identificar os mecanismos de adaptação relacionados às mudanças associadas com DAC, são elementos cruciais para o estabelecimento de intervenções efetivas dos profissionais da saúde.

Assim, o enfermeiro precisa, reconhecer e avaliar o conhecimento singular que as pessoas e as famílias trazem consigo sobre a experiência da doença em suas vidas e atuar como profissional instruído e criativo na ajuda dessas pessoas em planejar metas de adaptação em relação ao processo de viver com a DAC.

Isto mostra que as práticas em saúde não podem ter ações apenas nas manifestações físicas apresentadas pelas pessoas com DAC, mas também como algo que considere as questões relativas à sua subjetividade humana.

A compreensão das representações sociais de adultos jovens no processo de viver com a DAC permitiu o reconhecimento dos sentimentos aflorados pela doença, seus desejos e significados, o que indica a necessidade de um repensar na assistência de enfermagem, voltada para a subjetividade das pessoas que vivenciam uma situação de cronicidade.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referencial teórico metodológico utilizado mostrou-se de fundamental importância no sentido de permitir a identificação e análise das Representações Sociais de adultos jovens portadores de Doença Aterosclerótica Coronariana.

A questão norteadora possibilitou-me a apreensão das representações dos sujeitos sobre o ter, o viver e o sentir a DAC. As idas e vindas no referencial teórico foram uma constante durante a construção deste trabalho, a fim de elucidar a produção das representações dos sujeitos que participaram desta pesquisa.

No momento da análise estive atenta aos conteúdos enunciados pelos sujeitos em relação aos diversos aspectos da convivência com a DAC. A escuta cuidadosa auxiliou na leitura e na análise do conteúdo das narrativas.

A Teoria das Representações Sociais é um referencial que pode contribuir para a enfermagem atuar no binômio saúde - doença, pois a doença geralmente é interpretada como um momento de crise, gerando emoções negativas, que se não forem bem conduzidas agravam o estado de saúde e diminuem a qualidade de vida das pessoas por interferirem nas múltiplas faces do viver social, afetivo, existencial, entre outras.

Para os sujeitos pesquisados a DAC se manifestou como um fenômeno que se transformou em múltiplas facetas de significações com implicações na realidade da vida cotidiana dessas pessoas a qual atribuo como condição de cronicidade.

Della (1995) me fez compreender melhor a dimensão de uma doença crônica, quando refere que a gravidade da doença pode ser avaliada tanto pelo grau de perturbação emocional criada ao pensar na doença, quanto pelos tipos de conseqüências que a doença pode acarretar (dor, morte, gasto material, interrupção de atividades, perturbação nas relações familiares e sociais, e outras).

Portanto, baseada nesta reflexão, percebo que a doença gera significados desencadeando uma série de dificuldades com as quais as pessoas com DAC se defrontam no seu processo de viver. Salientando que esses significados não são de propriedade exclusiva dessas pessoas, pertencem também aos familiares, a rede social e aos profissionais da saúde.

Considero que a compreensão da representação da DAC por adultos jovens caracteriza-se como um campo onde o papel do enfermeiro aponta para a necessidade de uma nova abordagem na prática de saúde, caracterizada pela troca de saberes com os sujeitos assistidos e por uma adequação às suas características sociais, culturais e históricas, e ainda que a promoção da saúde se apóia sobretudo em ações educativas.

Segundo Sá (1996), as práticas em saúde e representações estabelecem entre si relações dialéticas de determinação. Disto deriva a impossibilidade de analisar práticas dissociadas da construção de representações, nem em transformação das práticas sem considerar a transformação das representações correspondente.

A construção desse pensar implica em reconhecer que as práticas em saúde não são mais derivações puras do conhecimento científico, mas em reconhecê-las como trabalho coletivo, cooperativo e, portanto, interdisciplinar e multiprofissional.

Para melhor conduzir esta situação, faz-se necessário que o enfermeiro compreenda todo o processo que envolve a representação da DAC para essas pessoas.

Percebo que essa transformação não se dá apenas através da evolução científica, mas como resultado de um processo ativo onde as “realidades” são construídas em um contexto de associações e de valores.

Para nós enfermeiros a transformação de uma realidade implica na compreensão de suas expressões objetiva e subjetiva, uma vez que as estratégias de intervenção em saúde são efetivadas por pessoas que representam a realidade e que agem segundo suas representações do real.

No entanto, mesmo com a presença de representações com contornos e preposições tecnológicas claras, as práticas concretas não indicam uma ação transformadora, o que implica na manutenção do universo idealizado no plano das representações. A análise das condições que possibilitem a transformação das práticas pode ser elucidativa dessa questão (SÁ, 1996).

A percepção dramática da DAC é constituída a partir de várias influências, como exemplo podemos citar os meios de comunicação, com destaque para a televisão, que se constitui em influências evidentes. Desse modo, consideramos que há necessidade de um discurso entre as pessoas vinculadas a essas emissoras e os profissionais da saúde para auxiliarem na imagem que está sendo veiculada à doença

cardíaca. Este é um terreno delicado e extremamente complexo, uma vez que pode ser interpretado de diversas maneiras. Acreditamos que estudo como este poderá ser um forte elemento para alimentar esta discussão, pois os resultados da imagem da DAC trazem um sofrimento que em algumas situações não tem uma base concreta de referência, ficando na imaginação do coletivo.

A estrutura social em que vivemos é que determina a leitura que é feita da realidade e os serviços de saúde têm que ser um lugar onde ao mesmo tempo produzem e transformem essas representações.

É preciso então que se construam essas representações conjuntamente, possibilitando assim que profissionais e comunidade, e a própria sociedade, possam atuar na sua configuração.

No que tange ainda esta questão é indispensável que as representações se tornem transparentes para o sujeitos que as detêm, tendo em vista que os mesmos possam retomá-las no seu valor de significado. Por outro lado, representa tomar a subjetividade dos fatos e das pessoas como elementos construtores das realidades vivenciadas no cotidiano profissional e nos sujeitos pesquisados.

A compreensão das representações pode contribuir para prover um cuidado de enfermagem mais efetivo, pois este estudo mostra que a DAC determina modificações no estilo de vida das pessoas, o qual carece de apoio necessário para adaptar-se adequadamente a tais mudanças.

Considerando esses aspectos é que acredito que a Teoria das Representações Sociais é um caminho teórico-metodológico abrangente, pois nessa pesquisa direcionou-me a atingir categorias que contribuíram no entendimento de como as idéias, conceitos e sentimentos são identificados no contexto social das pessoas com DAC.

Neste sentido, a Teoria das Representações Sociais se torna adequada ao desenvolvimento de pesquisas em diversos campos de conhecimento da enfermagem. Portanto este estudo aponta alguns caminhos para o cuidado de enfermagem, evidenciando que é preciso compreender o momento vivido pelas pessoas e seus familiares, fornecer informações claras e consistentes de acordo com a necessidade e capacidade de cada um, valorizar as conquistas e avanços obtidos e mostrar a

possibilidade de construção de um futuro com mais qualidade de vida.

Repensando a assistência de enfermagem em relação à temática do estudo é de fundamental importância a valorização dos conflitos vividos pelo sujeito, reconhecendo quais estão representadas no seu discurso. A compreensão dos mesmos aproxima o enfermeiro do sujeito a partir do momento que passa a reconhecer as condutas defensivas por ele adotadas na tentativa de minimizar o sofrimento vivido.

No entanto, a ajuda a essas pessoas deverá ser multidisciplinar, para garantir a possibilidade de auto conhecimento e das informações acerca da doença, métodos de tratamento, mudança de hábitos e de comportamentos.

Acredito que a realização deste estudo contribuiu para um olhar mais reflexivo a respeito de nossa prática em saúde e não visou esgotar o tema, pois tornou possível desvelar realidades antes pouco conhecidas.

Espero que este trabalho sirva de alerta não só para os profissionais enfermeiros, mas também para os demais profissionais da saúde no sentido da necessidade de intervenção junto as pessoas com DAC para que suas representações não sejam uma experiência de desespero mas encontre nos profissionais uma resposta verdadeiramente humanizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, Anelise Salazar e TROCCOLI, Bartholomeu Tôrres. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psic.: Teor. e Pesq.*, maio/ago. 2004, vol.20, n.2, p.153-164.
- AMATO, R. Fisiopatologia e aspectos propedêuticos da dor torácica e cardíaca. In: **Manual de Cardiologia – SOCESP**. São Paulo: Atheneu, p.22-5, 2000.
- ARMAGANIJAN, D.; BATLOUNI, M. Impacto dos fatores de risco tradicionais. **Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo**, vol.10, n.6, nov./dez, 2000.
- AZEVEDO, R.C.S. **As possibilidades de uma abordagem cultural no cuidado ao cliente com IAM**. 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/UFMT, Cuiabá.
- BALLONE, G.J. Representação da Realidade. In: **PsigWeb**, Internet, disponível em <<http://www.psigweb.med.br/cursos/repres.html>> revisado em 2003. acesso em: 08 de novembro de 2005.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 3ed. Lisboa: Ed. 70, 2004.
- BELANCIERI, M.F.; BIANCO, M.H.B.C. Estresse e repercussões da área de enfermagem de um hospital universitário. **Texto&Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.13, n.1, p.124-131, jan./mar. 2004.
- BERNARDO, C.L. O papel da enfermagem. In: DRUMOND, J.P. **Dor Aguda: Fisiopatologia, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação**. Porto: Porto, 1999. 336p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004** – uma análise da situação de saúde. Brasília: Ed MS, 2004.
- BRAUNWALD, Eugene. **Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine**. 6th edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2001.
- BUCHELE, F. Representação Social e Ideologia: subsídios para estudos da enfermagem. **Conhecer em Enfermagem**, Tubarão, v. 1, n. 1 p.33-39. jul/dez. 2003.
- BURKE, L.E. Adesão a regimes de Tratamento Cardiovascular. In: WOODS, S.L.; FROELICHER, E.S.S.; MOTZER, S.U. **Enfermagem em Cardiologia**. 4.ed. São Paulo: Manole, 2005. cap.37, p.1033-47.
- CACCAVO, P.V. A morte (in)domada. In: LOYOLA, C.; OLIVEIRA, R.M.P. de (Org.) **Indícios marginais: imaginário coletivo na saúde**. Rio de Janeiro: Ed. URRJ, 2003. p.10-43.

- CARREIRA, L., MARCON, S.S. Cotidiano e Trabalho: concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2003, novembro-dezembro; 11 (6):823-31.
- CERVENY, C. M. de O., BERTHOUD, C. M. E. **Família e ciclo vital: nossa realidade em pesquisa**. Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 287 p.
- COLLINS, J.A.; RICE, V.H. Effects of relaxation intervention in phase II cardiac rehabilitation: replication and extension. **Heart & Lung**, v.26, n.1, p.31-44, 1997.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996.
- DA LUZ, P.L.; FAVARATO, D. Doença Coronária Crônica. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. São Paulo, v.72, n. 01, p. 05-21, 1999.
- DA SILVA, S.S. **Angina pectoris instável**: perfil de clientes de uma instituição privada. 2003. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- DANTAS, R.A.S.; COLOMBO, R.C.R.; AGUILIAR, O.M. Perfil de mulheres com infarto agudo do miocárdio, segundo o modelo de Campo de Saúde. **Ver. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.7, n.3, p.63-8, 1999.
- DATASUS, Ministério da Saúde. Informações de Saúde [on-line] Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>> acesso em: 14 de novembro de 2005.
- DEELSTRA, M.H. Técnicas de Cardiologia Intervencionista. In: WOODS, S.L.; FROELICHER, E.S.S.; MOTZER, S.U. **Enfermagem em Cardiologia**. 4 ed. São Paulo: Manole, cap.21, p.629-73, 2005.
- DELLA, C.M.F. **O modelo de crenças em saúde**: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular. (dissertação) Brasília:Universidade de Brasília, 1995.
- DIRETRIZES DA CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA da SBC. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.82, suplemento V, 2004.
- DIRETRIZES DA S.B.C. SOBRE ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL CORONÁRIA. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.64, n.5, p.491-500, 1995.
- FAVARATO, M.E.C.S. **Qualidade de vida em portadores de Doença Arterial Coronariana submetidos a diferentes tratamentos: comparação entre gêneros**. 2004. 69f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade De São Paulo, São Paulo.
- FERNANDES, I.C.et al. Diabete mellitus e dislipidemia. **J. Méd.**, v.79, n.3, p.39-44, set. 2000.
- FERNANDES, S.C. Estilo de vida. In MARTINEZ, T.L.R. **Dislipidemias**. Rio de Janeiro: Atheneu, cap.5, 2004.
- GARRAFA, V. 1998. Apud. SCHRAMM, F.R. Bioética Internacional discutida em Fórum no Hospital Heliópolis. AD: **Saúde Heliópolis**. São Paulo: Pós-Graduação em Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital de Heliópolis. Ano 3. n.9. pp. 3-6.

- GIANNINI, S.D.; FORTI, N. DIAMENT, J. **Cardiologia Preventiva** – prevenção primária e secundária. São Paulo: Atheneu, 2000.
- GOMES, R.; MENDONÇA, E.A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In MINAYO, M.C. de S.; DESLANDES, S. (org). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.109-131, 2002.
- GOMES, R.; MENDONÇA, E.A.; PONTES, M.L. As Representações Sociais e a experiência da doença. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.18(5), p.1207-1214, set-out, 2002.
- GONDIM, L.G.P.; OLIVEIRA, W.A.; GROSSI, S.A.A. A diferenciação da dor do IAM entre pacientes diabéticos e não diabéticos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.11, n.6, p.720-6, nov./dez.2003.
- GUARESCHI, Pedrinho A.; JOVCHELOVICH, Sandra. (orgs). **Textos em Representações Sociais**. 6.ed. Petrópolis: Ed AB, 2000.
- HARLAN, B. J., *et al.* **Manual Ilustrado de Cirurgia Cardíaca**. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2000.
- HERZLICH, C. A problemática da representação e sua utilidade no campo da doença. Phisys – **Revista de saúde coletiva**, v.1, n.2, p.23-36, 1999.
- HIGUCHI, M.L e col. Anatomia Patológica das síndromes Miocárdicas Instáveis. In: NICOLAU, J.C. **Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis**. Rio de Janeiro: Atheneu, – Cap.1, p.3-6, 2001.
- HIGUCHI, M.L et al. Detection of Mycoplasma pneumoniae and *Chlamydia pneumoniae* in ruptured atherosclerotic plaques. **Braz J. Med Biol Res**. v.9, p.1023-6, 2000.
- HOFFMANN, Leandro. A morte na infância e sua representação para o médico: reflexões sobre a prática pediátrica em diferentes contextos. **Cad. Saúde Pública**, jul./set. 1993, vol.9, no.3, p.364-374.
- IHARA, S.S.M. et al. Aterogênese. In MARTINEZ, T.L.R. **Manual de condutas clínicas em Dislipidemias**. Rio de Janeiro: Medline, cap 2, 2003.
- III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. São Paulo: BG Cultural, 1998, 38p.
- IIIª DIRETRIZES BRASILEIRAS SOBRE DISLIPIDEMIA e Diretriz da Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da SBC. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.77, suplemento III, Agosto. 2001.
- JODELET, Denise (org). Representações Sociais: Um domínio em Expansão. In As Representações Sociais. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. Tradução.
- KIMURA, A.F.; MERIGUI, M.A.B. Estudo de Caso. In: MERIGUI, M.A.B.; PRAÇA, N.S. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003, cap.3, p.14-18.

- KUBO, M.K. et al. Levantamento de subsídios para assistência de enfermagem ambulatorial a pacientes portadores de valvopatia aórtica. **Rev Latino Am. Enf.** Ribeirão Preto, v.9, n.5, Set.2001
- LESSA, Inês. Assistência médica e óbitos por doença arterial coronariana no Brasil, 1980-1999. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Salvador, v.81, n.4, p.329-335, 2003.
- LESSA, Inês. Tendência de anos produtivos de vida perdidos por mortalidade precoce por Doença Arterial Coronariana. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Salvador, v.79, n.6, p.611-6.2002.
- LIMA, A.F.C., GUALDA, D.M.R. **Reflexão sobre a qualidade de vida do cliente renal crônico submetido a hemodiálise**. Nursing, 2000. novembro 3(30):20-23.
- LOTUFO, P.A. Premature mortality from heart disease in Brazil. A comparison with other countries. **Arq. Bras. Cardiol.** v.70, p.321-5, 1998.
- LUZ, M.T. Práticas em saúde, cura e terapêutica na sociedade atual. **VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. Anais, Salvador: ABRASCO, 2000.
- MATOS, L.D.N.J. et al. Sedentarismo e benefício da atividade física. In: NOBRE, F.; SERRANO Jr., C.V. **Tratado de Cardiologia – SOCESP**. São Paulo: Manole, seção.4, cap.2, p.318-326, 2005.
- MCGILL, H.C. Jr, MCMAHAN, C.A. The Pathobiological determinants of Atherosclerosis in Youth (PDAY) Research Group. Determinants of atherosclerosis in young. **Am J. Cardiol.** 82: p.30-6, 1998.
- MELTZER, L.E.; PINNEO, R.; KITCHELL, J.R. **Enfermagem na UCO: bases-treinamento-prática**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.
- MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000.
- MION JR, D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global: da teoria a prática**. 2.ed. São Paulo: Lemos-Editorial, 2000.
- MIRANDA, R.D. Avaliação do Risco Cardiovascular Global. **Revista Atheros.** v.16, n.2, p.6-21, 2005.
- MONIZ, A.L.F. **Adesão ao tratamento e teoria de enfrentamento: psicologia aplicada a saúde**. Disponível em : <http://www.psisauade.hpg.com.br/psiapli/aula-10.htm> acessado em 12 de novembro de 2005.
- MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (org). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. 2.ed, Goiânia: AB, 2000.
- MOSCOVICI. S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- MUÑOZ, Luz Angélica, ET AL. Significados simbólicos dos pacientes com doenças crônicas. **Revista da Escola de Enfermagem, USP**, São Paulo, v.37, n.4, p.77-84, 2003.
- MURRAY, C.J.; LOPEZ, A.D. Mortality by cause for eight regions of the world: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 349 p.1269-76, 1997.

- NATIVIDADE, M.S.L. **Os estressores decorrentes do processo de viver de pessoas com doença arterial coronariana.** 2004. 147 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2004.
- NETO, J.R.F. e col. Fatores predisponentes à instabilidade da placa aterosclerótica. In: NICOLAU J.C. **Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis.** São Paulo: Atheneu, Cap.2, p.15-17, 2001.
- NEWTON, K.M.; FROELICHER, E.S. Fatores de Risco da Doença Arterial Coronariana. In: WOODS, S.L.; FROELICHER, E.S.S.;MOTZER, S.U. **Enfermagem em Cardiologia.** 4 ed. São Paulo: Manole, cap.29, p.863, 2005.
- NOBRE, F.; SERRANO Jr., C.V. **Tratado de Cardiologia – SOCESP.** São Paulo: Manole, 2005.
- OLIVEIRA, F.O. de; WERBA, G.C. Representações Sociais. In STREY, M.N. e cols. **Psicologia Social Contemporânea: livro-texto.** 4 ed. Petrópolis: Vozes, p.104-117, 2000.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **CARMEN:** iniciativa para a prevenção integrada de doenças não transmissíveis nas Américas. Brasília: OMS, 2003. 32p.
- PARKER, C. **Religião popular e modernização capitalista:** uma lógica na América Latina. Petrópolis: Editora Vozes, p.275, 1996.
- PEETERS, A. et al A cardiovascular life history. A life course analysis of the original Framingham Heart Study cohort. **Eur Heart J.**v.23, n.6, p.458-66, 2002.
- PENNA, R.B. **Representações Sociais dos pacientes cirúrgicos:** uma reflexão sobre o medo da cirurgia. 1999. 105 p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- PEREIRA, A.F., et al. Detecção de Fatores de Risco alterados em pacientes coronariopatas hospitalizados. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia,** São Paulo, v.79, n.3, p.256-62, 2002.
- PIETRUKOWICZ,M.C.L.C. **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde.** Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Pós-Graduação em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.
- RAMOS, M. Apoio Social e saúde entre idosos. **Sociologias,**Porto Alegre, ano 4, n. 7, jan/jun, p.156-175, 2002.
- SÁ, C.P. **Núcleo central das representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 1996.
- SANFRANSKI, R. **Heidegger um mestre da Alemanha entre o bem o mal.** Trad. Lya Lett Luft. São Paulo: Editorial Geração, 2000.
- SANTOS, J.E. Obesidade e Sobrepeso. In: NOBRE, F.; SERRANO Jr., C.V. **Tratado de Cardiologia – SOCESP.** São Paulo: Manole, seção 4, cap.1, p.313-318, 2005.

SCHENEIDER, D.G; BUB, M.B.C. Concepções de saúde e percepção sobre condição/situação de saúde em pessoas com doença arterial coronariana e/ou seus fatores de risco. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.11, n.03, p.44-50, set./dez., 2002.

SCHNEIDER. D. G. **A consulta de enfermagem como prática de reflexão sobre a saúde do cliente com doença arterial coronariana e seus fatores de risco**. 2002. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, A.L. **A vida por um fio**, a doença que ataca silenciosamente: desvendando as representações de pessoas portadoras de doença arterial coronariana e repensando a assistência de enfermagem. 2000. 271f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SILVA, M.D.A. da; SOUZA, A.C.M.R.; SCHARGODSKY, H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil – Estudo FRICAS. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. V.74, n.5, p.997-75, 1998.

SOLIMENE, M.C. Isquemia Silenciosa. Novos achados que auxiliam na identificação do melhor tratamento. In: TIMERMAN, A.; CÉSAR, L.A.M. **Manual de Cardiologia – SOCESP**. São Paulo: Atheneu, v.1, cap.27, p.127-129, 2004.

STARY, H. C. The sequence of cell and matrix changes in atherosclerotic lesions of coronary arteries in the first forty years of life. **Eur Heart J**. v. 11, sup. E, p. 3-19, 1990.

STEFANINI, E. BARBOSA, L.A. Prevenção Primária e Secundária de eventos Cardiovasculares. In: PRADO, F.C. et al. **Atualização terapêutica – 2003: Manual Prático de Diagnóstico e Tratamento**. 21 ed. São Paulo: Artes Médicas, p.57, 2003.

STIPP, M. A. C. **O cliente e a doença coronariana: um estudo sobre suas representações**. 1995. 101 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

STORK, Ricardo Yepes. **Fundamentos de antropologia: um ideal de la excelencia humana**. 2. ed. Navarra: Ediciones Universidad de Navarra, 1996.

TANAJURA, L.F. et al. Intervenções Coronárias Percutâneas da Doença Arterial Crônica, In: NOBRE, F.; SERRANO Jr., C.V. **Tratado de Cardiologia – SOCESP**. São Paulo: Manole, seção 6, cap.6, p.607-614, 2005.

TEIXEIRA, E.R. A doença do sangue doce: representações sociais em saúde. In: LOYOLA, C.; OLIVEIRA, R.M.P. de (org.) **Indícios Marginais: imaginário coletivo na saúde**. Rio de Janeiro: EdUFRJ, p.46-76, 2003.

TRACY, R.E. Risk factors and atherosclerosis in youth autopsy findings of the Bogalusa Heart Study. **Am. J. Med**. v.310, suplemento I, p.37-41, 1995.

VALE, A.A.L., MARTINEZ, T.L.R. Fatores de Risco Coronariano: quais os já consagrados e sua importância na gênese da doença coronária? In: TIMERMAN, A.; CESAR, L.A.M. (editores). **Manual de Cardiologia: SOCESP**. São Paulo: Atheneu, 2004.

VALLA, V.V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, 15(sup.):7-14, 1999.

VIEIRA, M.A.; LIMA, R.A.G. de. Crianças e adolescentes com doença crônica: convivendo com mudanças. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.4, jul./ago. 2002.

WAGNER, Adriana, et al. **Configuração familiar e o bem-estar psicológico dos adolescentes**. *Psicol. Reflex. Crit.*, 1999, vol.12, no.1, p.147-156.

WAGNER, Wolfgang. Sócio-Gênese e características das representações sociais. *In* MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. 2.ed. Goiânia: Vozes, p. 3, 2000.

WOODS, S.L.; FROELICHER, E.S.S.;MOTZER, S.U. **Enfermagem em Cardiologia**. 4ed. São Paulo: Manole, 2005.

World Health Organization (WHO). **Life in the 21st century – A vision for all**. Geneve, WHO, 1998.

ZAMAN, A.G. et al. The role of plaque rupture and thrombosis in coronary artery disease. **Atherosclerosis**. v.149, p.251-66, 2000.

ZIESKE, A.W.; MCGILL, H.C.; McMAHAN, C.A.; et al. Association of coronary heart disease risk factors with microscopic qualities of coronary atherosclerosis in youth. **Circulation**. p.102-374, 2000.

APÊNDICES

APENDICE A – Dados de Identificação**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

1. Nome			
2. Idade		Data de Nasc.	
3. Endereço			
4. Naturalidade			
6. Escolaridade			
7. Atividade Profissional			
8. Situação conjugal			
11. Religião			

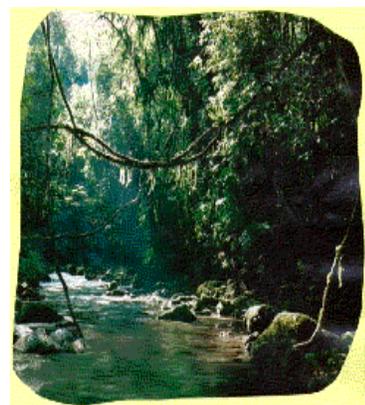
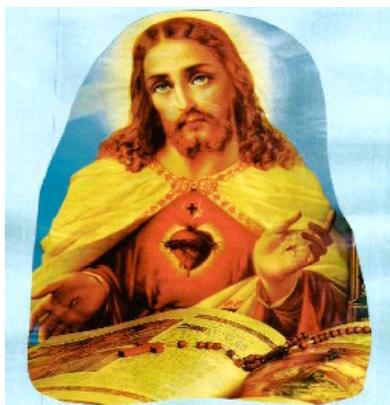
APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM****ROTEIRO DE ENTREVISTA**

01. O que é a DAC para você?
02. O que a DAC mudou na sua vida?
03. Como a DAC poderá influenciar no seu futuro?
04. Como você acha que as outras pessoas percebem a DAC?
05. Como você percebe as pessoas que tem DAC?
06. Como você acha que adquiriu a DAC?
07. Como você cuida da sua doença?
08. Expresse em uma palavra, desenho, frase ou figura o que significa viver com a DAC?

APÊNCIDE C – Figuras

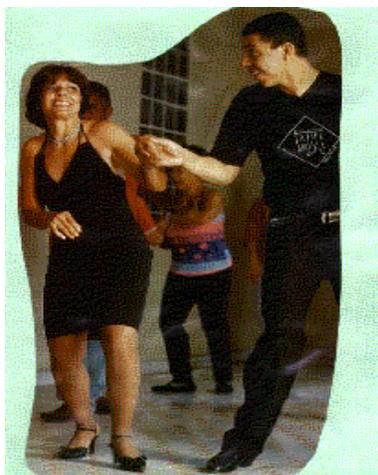
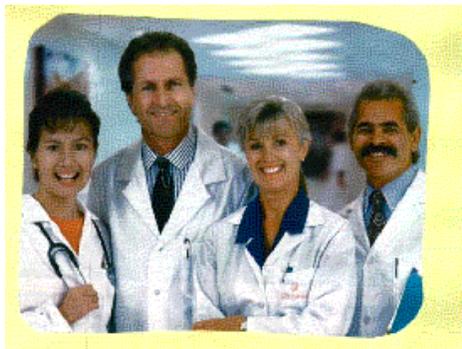
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Relação das figuras apresentadas aos sujeitos da pesquisa no momento da entrevista



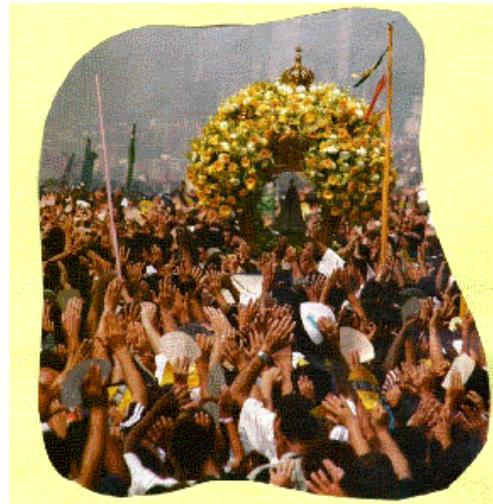
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Relação das figuras apresentadas aos sujeitos da pesquisa no momento da entrevista



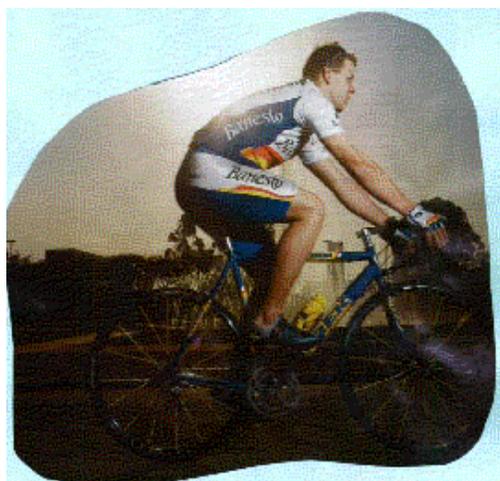
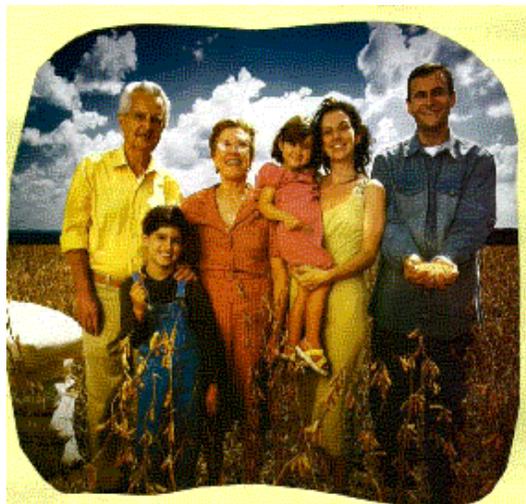
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Relação das figuras apresentadas aos sujeitos da pesquisa no momento da entrevista.



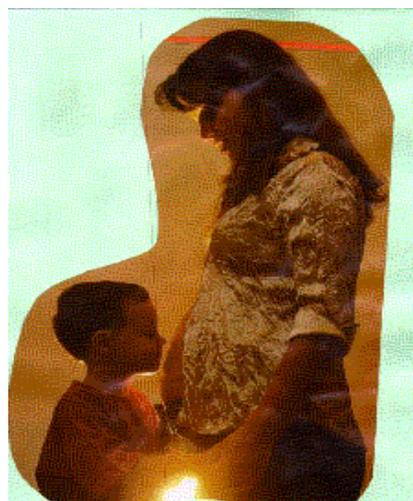
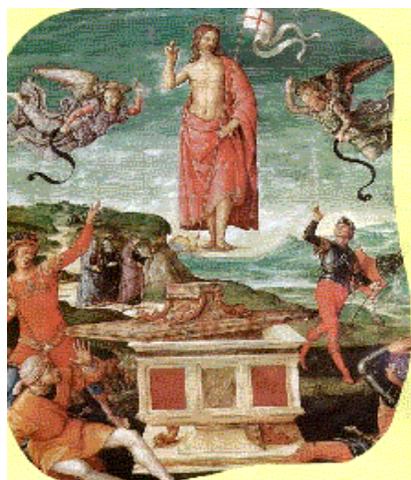
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Relação das figuras apresentadas aos sujeitos da pesquisa no momento da entrevista



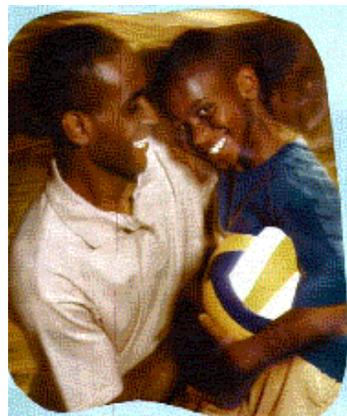
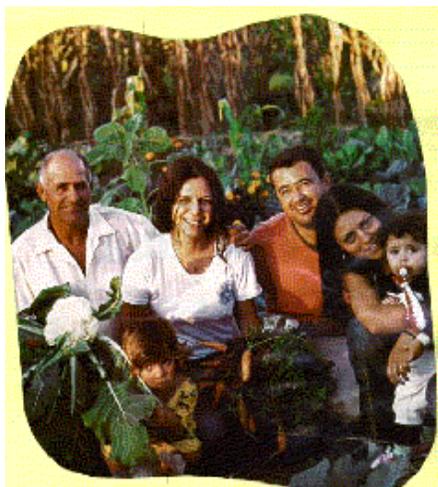
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Relação das figuras apresentadas aos sujeitos da pesquisa no momento da entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Relação das figuras apresentadas aos sujeitos da pesquisa no momento da entrevista



APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

Título: “Representações Sociais da Doença Aterosclerótica Coronariana: a realidade vivenciada por adultos jovens”
Pesquisadora: Jacqueline Marlene Gil Lúcio

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ recebi uma descrição oral do estudo incluindo uma explicação do seu objetivo, procedimento e também foi-me dito que seria entrevistado pelo pesquisador, utilizando um gravador e caso haja necessidade consultará o meu prontuário. As informações serão utilizadas para a realização de um estudo onde se pretende conhecer as representações sociais das pessoas portadoras de doença aterosclerótica coronariana. Entretanto, nenhum serviço ou compensação será oferecido em decorrência da minha participação. Minha assinatura neste documento, por livre e espontânea vontade, representa a anuência para agir como sujeito na atividade proposta. Fica assegurado, a mim, os seguintes direitos: liberdade para interromper a participação em momento fase da entrevista, no momento em que julgar necessário, assegurando-me a confidência de qualquer resposta quando for solicitado, assim como o sigilo de minha identidade e o de conhecer os resultados obtidos a meu respeito.

Declaro que estou ciente que os resultados da pesquisa poderão ser utilizados em publicações e estudos futuros.

Assinatura do entrevistado: _____

Confirmo que informei, expliquei e li textualmente, à pessoa acima nomeada, sobre o conteúdo deste documento.

Nome do pesquisador: **Jacqueline Marlene Gil Lúcio**

Assinatura do pesquisador: _____

Florianópolis, ____ de _____ de 2005.

ANEXO