



REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO, CONSTRUÍDAS POR DOENTES, FAMÍLIA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia

ORIENTAÇÃO: *Professor Doutor Manuel José Lopes*
CO-ORIENTAÇÃO: *Professora Doutora Antonia Silva Moreira*

ÉVORA, MARÇO DE 2012





REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO, CONSTRUÍDAS POR DOENTES, FAMÍLIA E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Tese apresentada à Universidade de Évora
para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia

ORIENTAÇÃO: *Professor Doutor Manuel José Lopes*
CO-ORIENTAÇÃO: *Professora Doutora Antonia Silva Moreira*

ÉVORA, MARÇO DE 2012

No coração talvez
No coração, talvez, ou diga antes:
Uma ferida rasgada de navalha,
Por onde vai a vida, tão mal gasta.
Na total consciência nos retalha.
O desejar, o querer, o não bastar,
Enganada procura da razão
Que o acaso de sermos justifique,
Eis o que dói, talvez no coração.

José Saramago, in "Os Poemas Possíveis"

Aos Homens da minha vida

Álvaro, Pedro, João

Agradecimentos

A todos os que contribuíram para a realização deste trabalho

Aos orientadores: pela orientação, pelo tempo, pela paciência, pelo profissionalismo, pela disponibilidade dos seus saberes e pela amizade;

Aos doentes, às famílias, aos profissionais de saúde;

Aos meus colegas;

Aos meus amigos;

À minha família.

RESUMO

Representações Sociais de Enfarte Agudo do Miocárdio, Construídas por Doentes, Família e Profissionais de saúde

Este estudo foi desenvolvido com a finalidade de conhecer as representações sociais de enfarte agudo do miocárdio, junto de três grupos sociais: doentes com enfarte agudo do miocárdio; respectivas famílias; e profissionais de saúde que cuidam desses doentes. A base conceptual do estudo foi a teoria das representações sociais. Como metodologia optámos por uma abordagem multi-método, com etapas complementares de recolha de dados: questionário e entrevista. Obtivemos uma amostra de 210 participantes, aplicámos o questionário a todos e realizámos 120 entrevistas. Analisámos os dados com recurso à análise de conteúdo auxiliada por quatro softwares: Evoc, Simi, Trideux Alces-te. Encontrámos na interpretação das ancoragens e objectivação uma teia de sentidos compartilhados nas práticas sociais, nos diferentes grupos. Emergiram sentidos maioritariamente ancorados no biológico/físico e psicológico, com especial relevância na dimensão emocional. O grupo dos profissionais de saúde fica detentor de um conjunto de representações que constituem um importante instrumento de trabalho.

SUMMARY

Social representations of Myocardial Infarction, built by patient, family and health professionals

This study was developed with the purpose of knowing the social representations of acute myocardial infarction considering three social groups: patients with acute myocardial infarction, respective families and health professionals who care for these patients. The conceptual basis of this study was the theory of social representations. We have chosen a multi faceted method as methodology with additional gather of data collection through questionnaire and interviews. We obtained a sample of 210 participants applying the questionnaire to all and executing 120 interviews. The data was analyzed using content analysis supported by four software: Evoc, Simi, Trideux and Alceste. The interpretation of anchoring and objectification showed a set of shared meanings in social practices in the different groups. The biological / physical and psychological meanings emerged largely anchored with particular emphasis on the emotional dimension. The group of health professionals held a set of representations that were an important instrument of work.

Índice

INTRODUÇÃO.....	16
PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	21
1 - QUANDO A SAÚDE É TRAÍDA	21
2 - PROTEGER A SAÚDE.....	44
PARTE II - A PROBLEMÁTICA	74
PARTE III – METODOLOGIA	82
1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	84
1.1 - Participantes no Estudo	84
1.2 - Instrumento de Recolha de Dados	86
1.3 - Considerações Éticas	90
1.4 - Recolha de Dados.....	91
1.5 - Análise dos Dados	93
PARTE IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	98
1 - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS DOENTES, DAS FAMÍLIAS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, SOBRE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO	99
1.1 - Representações Sociais dos Doentes sobre Enfarte Agudo do Miocárdio	100
1.1.1 - <i>ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO A PARTIR DO EVOC</i>	102
1.1.2 - <i>ANÁLISE DE SIMILITUDE ÁRVORE MÁXIMA</i>	114
1.1.3 - <i>CAMPO DE REPRESENTAÇÃO OU IMAGENS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO: ANÁLISE FACTORIAL A PARTIR DO TRIDEUX</i>	118
1.2 - Representações Sociais das Famílias Sobre Enfarte Agudo do Miocárdio ...	123
1.2.1 - <i>ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO A PARTIR DO EVOC</i>	124
1.2.2 - <i>ANÁLISE DE SIMILITUDE ÁRVORE MÁXIMA</i>	133
1.2.3 - <i>CAMPO DE REPRESENTAÇÃO OU IMAGENS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO: ANÁLISE FACTORIAL A PARTIR DO TRIDEUX</i>	136
1.3 - Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Sobre Enfarte Agudo do Miocárdio.....	141
1.3.1 - <i>ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO A PARTIR DO EVOC</i>	142
1.3.2 - <i>ANÁLISE DE SIMILITUDE ÁRVORE MÁXIMA</i>	153
1.3.3 - <i>CAMPO DE REPRESENTAÇÃO OU OBJECTIVAÇÃO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO: ANÁLISE FACTORIAL A PARTIR DO TRIDEUX</i>	155
1.2 - Representações Sociais Construídas Pelos Três Grupos: Conteúdos e Dimensões	159
1.3 - Convergências e Divergências nos Três Grupos	178
PARTE V - CONSIDERAÇÕES FINAIS	182

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	193
ANEXO A - QUESTIONÁRIO	209
ANEXO B - GUIÃO DE ENTREVISTA.....	214

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Participantes no estudo	85
Quadro 2 Distribuição dos doentes segundo o sexo e grupo etário	100
Quadro 3 Distribuição dos doentes segundo actividade	101
Quadro 4 Distribuição dos doentes segundo habilitações literárias	101
Quadro 5 Categorias das palavras do estímulo enfarte agudo do miocárdio, por ordem de evocação.....	103
Quadro 6 Distribuição das modalidades por factor e contribuição.....	121
Quadro 7 Modalidades e frequências.....	122
Quadro 8 Distribuição dos familiares dos doentes segundo variáveis sócio-demográficas	124
Quadro 9 Categorias das palavras do estímulo enfarte agudo do miocárdio, por ordem de evocação.....	125
Quadro 10 Distribuição por factor das modalidades e contribuições	139
Quadro 11 Modalidades e frequências.....	140
Quadro 12 Distribuição dos profissionais de saúde que cuidam dos doentes segundo variáveis sócio-demográficas.....	141
Quadro 13 Categorias das palavras do estímulo enfarte agudo do miocárdio, por ordem de evocação.....	143
Quadro 14 Distribuição por factor das modalidades e contribuições	156
Quadro 15 Modalidades e frequências.....	157
Quadro 16 Classes e UCEs	161
Quadro 17 Palavras específicas mais significativas $\chi^2 \geq 16$ associadas à.....	163
Quadro 18 Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 16$ associadas à.....	165
Quadro 19 Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 16$ associadas à.....	166
Quadro 20 Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 16$ associadas à.....	168
Quadro 21 Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 16$ associadas à.....	170
Quadro 22 Temas com palavras específicas mais significativas	173
Quadro 23 Convergências e divergências para o estímulo enfarte agudo do miocárdio <i>Trideux</i>	180

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Evocações hierarquizadas pelos doentes para o estímulo <i>enfarte agudo do miocárdio</i>	104
Tabela 2 Evocações hierarquizadas pelos familiares dos doentes para o estímulo	125
Tabela 3 Evocações hierarquizadas pelos profissionais de saúde para o estímulo.....	143

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Árvore máxima para o estímulo <i>enfarte agudo do miocárdio</i> no grupo dos doentes	115
Figura 2 Árvore máxima para o estímulo <i>enfarte agudo do miocárdio</i> no grupo dos familiares dos familiares	134
Figura 3 Árvore máxima para o estímulo <i>enfarte agudo do miocárdio</i> no grupo dos profissionais de saúde	153
Figura 4 Proposta de actuação com base nas representações sociais.....	184

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Objectivação do enfarte agudo do miocárdio segundo o grupo dos doentes	119
Gráfico 2 Objectivação do enfarte agudo do miocárdio segundo o grupo da família ..	137
Gráfico 3 Análise factorial no grupo dos profissionais de saúde	155

ÍNDICE DE DENDOGRAMAS

Dendograma 1 Classificação Hierárquica Descendente	162
--	-----

SIGLAS

ACT – Actividade
AFC – Análise factorial de correspondência
AHA – American Heart Association
ALCESTE - Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte
BMI – Body mass index
CHD – Classificação hierárquica descendente
CK – Creatina-fosfocínase
CK-MB - Fração MB da Creatinofosfoquinase
CPF – Contribuição para o factor
DGS – Direcção Geral de Saúde
ECG – Electrocardiograma
EVOC - Ensemble de Programmes Permettrant L'Analyse des Èvocations
F – Frequência
HDL – Lipoproteína de alta densidade
Hgb A1c - Hemoglobina glicosilada ou glicada
IDA – Idade
IMC – índice de massa muscular
Kcal – Kilo calorías
LACCOS - Laboratório de Psicossociologia Social e da Cognição
LDL – Lipoproteína de baixa densidade
METs – Metabolic equivalents
MS – Ministério da Saúde
NANDA – North American Nursing Diagnosis Association
NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence
OME – Ordem média de evocação
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAR – Parentesco
PCR – Proteína C reactiva
PRF – Profissão
SEX – Sexo
SIMI – Análise de similitude
TGO - Transaminase glutâmico oxalacética
TGP - Aminotransferase glutâmico-pirúvica
UCes – Unidades de contexto elementar
UCIs – Unidades de contexto inicial

INTRODUÇÃO

O interesse pelas representações sociais de enfarte agudo do miocárdio, surge de inquietações provenientes das experiências pessoais e profissionais. Há cerca de vinte anos que nos múltiplos papéis desempenhados temos sido confrontados com a problemática da doença cardíaca. Assumindo esta nas nossas vidas uma aventura e um desafio nas suas diversas vertentes. Concretamente, no lidar, na recuperação, no controlo e no cuidar da pessoa/família com a doença coronária, sempre com necessidade de adaptação e mudança em ambas as partes, i.e. pessoa/família/profissional. Todos estes anos se inscreveram na vivência de saúde/doença e consequentemente no contínuo independência/dependência. De facto estes tempos pautaram-se na tentativa constante de ajudar outros a conviver com a doença, no sentido de alcançarem o melhor bem-estar e qualidade de vida, em suma mais saúde.

A saúde como meta impõe-se principalmente a nível individual, mas também em todos os domínios da sociedade. Ela revela-se pela atitude de quem ultrapassa os desequilíbrios passados e promove o futuro, através de um comportamento participativo, construindo um projecto de saúde. De certa forma trata-se de um compromisso com a própria existência.

No caso das doenças cardiovasculares, concretamente, o enfarte agudo do miocárdio, a ciência tem premiado a sociedade com uma rápida evolução técnica e científica, permitindo hoje uma actuação mais incisiva sobre o problema físico. Esta evolução e o crescente desenvolvimento organizacional, proporcionam a cada um de nós, o adiar da morte, anunciada à nascença.

O ser humano aprende desde que nasce a incorporar conhecimentos, habilidades e experiências sobre saúde/doença que conduzem a se auto-cuidar. Essa forma de transmissão de conhecimentos provém de diversas fontes: parentesco, religiosas, educacionais, culturais, político-económicas, entre outras. Todo este manancial de conhecimentos e influências contribuem, para uma dimensão individual da vivência do processo saúde/doença, observáveis nas atitudes que influenciam a tomada de posição, e uma dimensão social observável nas pertenças grupais.

Os serviços de saúde, sobretudo os das sociedades mais desenvolvidas, estão preparados tecnicamente para enfrentar problemas decorrentes da modernidade, nomeadamente relacionados com a dimensão física das doenças cardiovasculares, em concreto do enfarte agudo do miocárdio. Contudo, não estarão tão preparados para lidar com todas as outras dimensões inerentes ao facto de ter uma doença grave, isto é, dimensões emocionais, culturais, sociais, económicas e espirituais. A organização dos serviços de saúde actual, está preparada para responder de forma eficaz tecnicamente, ainda não está preparada para ter o enfoque de resposta à doença centrado na pessoa e nas condições que protegem ou afectam a sua saúde, isto é, na resposta humana à doença. Ainda é insípido o reconhecimento da necessidade de colaboração de todas as áreas de conhecimento e de estudos que visem apreender e compreender saberes e comportamentos das pessoas, de forma individualizada ou em grupo.

As investigações desenvolvidas por diversos autores, (Peplau, 1995; Neuman, 1995; Leininger, 1995; Melleis, 1991-2007) entre outros, permitiram teorizações que nos apresentam a pessoa como um ser multidimensional o que de algum modo marca a diferença para uma visão mais dualista. Os profissionais de saúde muito em concreto os enfermeiros estão a valorizar e utilizar cada vez mais esses conhecimentos com enfoque nos comportamentos saúde/doença. Nessa perspectiva os doentes/família são agentes

activos, possuem um sistema de valores próprios, são capazes de tomar decisões, conducentes à sua reabilitação e ao seu futuro, desde que, devidamente informados e educados. Tendo como ponto de partida, a visão histórica e actual das doenças cardiovasculares, directamente relacionadas com comportamentos e atitudes, estamos em crer que o estudo das representações pode contribuir qualitativamente para o cuidar destas pessoas.

Nesse sentido, a saúde e a doença fazem parte do quotidiano social dos sujeitos do estudo, pelo que, utilizar a teoria das representações sociais, constituiu um desafio. Optarmos pela teoria das representações sociais como suporte teórico, porque esta permite encontrar um conhecimento socialmente elaborado e partilhado, portador de um objectivo prático para a construção de uma realidade comum a um determinado grupo social. Esta forma de conhecimento é designado de, senso comum (Jodelet, 1994). As representações sociais servem de guias de acção, pois modelam e constituem os elementos do contexto, onde ocorre a acção. Desempenham também funções na manutenção da identidade social e no equilíbrio social cognitivo (Moscovici, 1961; Jodelet, 1989, 1994). As representações sociais envolvem a utilização de três critérios segundo Vala, (2002): um critério quantitativo, visto que a representação é partilhada por um conjunto de pessoas, um critério genético, porque a representação é colectivamente produzida e um critério funcional, porque as representações são guias para a comunicação e acção.

As representações sociais determinam a forma como a pessoa interpreta a situação e como lhe dá resposta. O estudo das representações constitui uma pesquisa rica e diversificada. Tem sido cada vez mais explorada no âmbito da saúde, sobretudo em estudos de acesso a conhecimento que oriente as práticas de uma dada população. Importa que as representações e outros conhecimentos devem estar presentes no contexto onde elas se constroem. Neste caso particular são construídas por doentes com enfarte agudo do miocárdio internados no hospital, pelas suas famílias e pelos profissionais de saúde

que cuidam essas pessoas, nesta dialéctica existe espaço para transformação e aquisição do novo conhecimento. Na transição do estado de saúde aparente para o estado de doença, existe uma dinâmica de apropriação de conhecimento vivido, que, em permanente conflito com o conhecimento pré-existente, conflui para um conhecimento novo. Sendo que este se renova a cada instante, como resultado da interacção constante entre a pessoa doente, sua família e profissionais de saúde. É nesta transição no processo saúde/doença que as novas representações são construídas, a uma velocidade estonteante conforme evolui o processo de enfarte agudo do miocárdio no doente. As inúmeras representações que circulam e se entrecruzam, expressam conceptualizações e ideias sobre o objecto. Elas não podem ser dissociadas da esfera simbólica colectiva, da acção das comunicações quotidianas e das inúmeras vozes que se multiplicam. Elas são formas de conhecimento partilhado que se associam e interagem, com os múltiplos textos elaborados ao longo da comunicação desenvolvida (Moscovici, 2000). A formação e transformação das representações sobre determinada realidade não diz respeito directamente ao objecto ou contexto, mas sim aos processos de comunicação estabelecidos em torno deles, a linguagem assume aqui um papel fundamental.

Os profissionais de saúde têm oportunidade única de utilizar a comunicação como precioso instrumento na relação com o doente/família. As palavras, constituem um elemento essencial que estabelece a interacção entre o interior e o exterior, isto é, entre o indivíduo e a sociedade, entre o pensamento e a linguagem. A palavra enquanto material semiótico da vida interna traduz os seus efeitos na experiência exterior, pelo que a sua construção e compreensão não podem ser dissociadas da experiência em interacção com a realidade (Emerson, 1996). Nas palavras encontram-se ideias, imagens e representações que se constituem como sistemas de significações parcialmente partilhados (Markova, 2001). Não sendo consideradas estáticas e individuais, elas não são iguais nem

partilhadas por todos. Pois são essas diferenças que garantem a diversidade e a coexistência das realidades individuais, sociais e culturais. É no seio dessa transição e diversidade que os profissionais de saúde podem e devem construir os alicerces de uma relação terapêutica. E esta relação inscreve-se na partitura de um processo interpessoal centrado na comunicação digital e na comunicação analógica (Watzlawick, 1999).

Tentámos na introdução imprimir a lógica empreendida no desenvolvimento do trabalho. Nesse sentido na primeira parte fazemos uma abordagem teórica às doenças cardiovasculares, em concreto ao enfarte agudo do miocárdio. Partindo de uma abordagem abrangente, progressivamente dar forma conceptual ao enfarte enquanto doença e ao cuidar dos doentes e famílias com enfarte. Com base numa perspectiva de promoção e protecção da saúde após um acontecimento desta natureza. Claro que toda esta teorização é apoiada na teoria das representações sociais. Na segunda parte do trabalho, entendemos descrever a problemática antes da metodologia, permitindo que haja uma relação e continuidade com a parte seguinte. Na terceira parte traçamos o percurso metodológico escolhido, descrevendo todo o percurso, tipo de estudo, construção de instrumentos e técnicas de análise, definição da amostra, procedimentos éticos e recolha e análise de dados. Na quarta parte fazemos a apresentação e análise dos dados, de acordo com a análise efectuada. Ainda na quarta parte apresentamos as convergências e divergências encontradas nos dados, produzidos pelos doentes, famílias e profissionais de saúde. Por fim na sexta parte decorrente dos resultados encontrados apresentamos as considerações finais e uma proposta de modelo de cuidados/sugestões, sustentada nas representações encontradas.

PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1 – QUANDO A SAÚDE É TRAÍDA

Saúde, palavra que anda de boca em boca, que nos inquieta, aberta a múltiplas interpretações, que se encontra coberta de múltiplas representações, impregna os nossos discursos e as nossas práticas, nem sempre de forma assertiva e coerente. Saúde na linguagem comum parece significar disposição, força, energia, vigor, algo que permite seguir de forma alegre, em passo ligeiro mas sempre alerta. Saúde representa qualquer coisa vinda da experiência de cada um e que foi partilhada ao longo da existência e da forma como cuidamos dela (Honoré, 2002).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1948) dizia que “*saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença*”. Esta definição simboliza a ideia de saúde óptima possivelmente utópica e inatingível porque a mudança no estado da pessoa é uma constante da vida. Existe um alto grau de subjetividade no estado de saúde, porque a pessoa considera ter saúde ou não, dependendo do momento que está a viver, das crenças e dos valores que estão implícitos. A amplitude do conceito de saúde da OMS tem sido sujeito a inúmeras críticas porque assim a saúde seria algo ideal e inatingível. A Conferência Internacional sobre cuidados primários de Saúde realizada na cidade de Alma-Ata em 1978, promovida pela OMS, enfatizou as desigualdades existentes na situação de saúde entre países desenvolvidos e não desenvolvidos. Destacou a responsabilidade governamental na importância da participação das pessoas e comunidades no planeamento e implementação de cuidados de saúde. A estratégia era que as acções de saúde tinham que ser práticas, exequíveis e socialmente

aceites, deviam estar ao alcance de todos, a comunidade devia participar activamente na implementação e na actuação do sistema de saúde e por fim o custo dos serviços deveria ser compatível com a situação económica da região e do país. Por tudo isto o sistema de saúde deveria estar completamente integrado no processo de desenvolvimento social e económico do país, processo este do qual a saúde é causa e consequência.

Existem inúmeros factores determinantes da condição de saúde. Os biológicos como a idade, o sexo e características genéticas. No meio físico (i.e. contexto ambiental) destacamos as condições geográficas, distribuição e ocupação humana, características do solo, existência de água potável, as condições atmosféricas, a disponibilidade de alimentos e a habitação. No meio socioeconómico e cultural, outro factor de extrema relevância, destaca-se o acesso à educação formal, ao lazer, à liberdade, ao relacionamento interpessoal, as acessibilidades aos serviços que estejam voltados para a promoção e recuperação da saúde. O estilo de vida, outro factor, do qual podem resultar decisões que afectam a saúde como: fumar, consumir bebidas alcoólicas, consumir drogas, praticar ou não exercício físico (European Observatory, 2006).

No sentido de tentar reduzir o impacto dos factores intervenientes nas doenças cardiovasculares, porque, calcula-se que a doença custa à economia europeia cerca de 169 mil milhões de euros por ano. Os países com maiores taxas de doença cardiovasculares apresentam menos desenvolvimento económico. Pelo que existe perda de produtividade devido à mortalidade e morbilidade da doença. Essa perda representa cerca de 21% do custo total com a doença. Sendo que mais ou menos dois terços desse valor são devidos a morte e um terço devido à incidência da doença na população trabalhadora activa (Carta Europeia do Coração, 2007). Neste contexto, com o apoio da Comissão Europeia e da Organização mundial de Saúde (OMS), a Rede Europeia do Coração e a Sociedade Europeia de Cardiologia lançaram um repto às organizações europeias e in-

ternacionais, de subscrição, da Carta Europeia para a Saúde do Coração e de combater o sofrimento e a morte precoce por doenças cardiovasculares. Com o lema *“Toda a criança nascida no novo milénio tem direito de viver, pelo menos até aos 65 anos de idade, sem sofrer de uma doença cardiovascular evitável”* (Carta Europeia do Coração, 2007, p.7).

Assim deve-se actuar de uma forma mais pura de prevenção primária, esta deve ser: abrangente, integrada, multidisciplinar e intersectorial. A prevenção da saúde em geral e em particular das doenças cardiovasculares deve ser prevista por uma mobilização geral da sociedade expressa nas diversas políticas sectoriais, na luta pela promoção e preservação da saúde.

As estratégias para alcançar ganhos em saúde devem estar centradas nas pessoas, tendo sempre em conta os factores intervenientes na doença, atrás descritos. Devem igualmente envolver as famílias, a comunidade, os profissionais de saúde, os serviços de saúde e os parceiros sociais, pelo que deve existir sensibilidade colectiva e a saúde estar presente em todas as políticas: agrícola, ambiente, ecologia, educação, economia, entre outras (Machado, 2008).

Saúde e bem-estar são sem dúvida grandes objectivos que a sociedade possui sem serem apenas uma contribuição para a economia. No desenvolvimento das políticas de saúde os países Europeus compartilham os valores da universalidade, acesso a bons cuidados, equidade e solidariedade. Para a Europa e em concreto Portugal, é crucial que se fortaleça mais ainda a conexão entre saúde e outras políticas. Perante o surgimento da crise do sedentarismo e da obesidade, aumenta a probabilidade do incremento de doenças crónicas, nomeadamente, a diabetes, as doenças cardiovasculares e a diminuição cognitiva associada ao envelhecimento (Stahl, Wismar, Ollila, 2006). É necessário que o investimento seja concertado e todas as políticas invistam na saúde, nas causas antes

que a doença se instale, de forma a termos populações mais saudáveis com uma expectativa de vida melhor e com maior bem-estar reduzindo o número de anos de sofrimento por doenças crónicas, concretamente as doenças do coração e em particular a doença coronária.

1.1 – Causas de Enfarte Agudo do Miocárdio

Uma das principais causas de doença coronária, nomeadamente de enfarte agudo do miocárdio, foi descoberta há alguns séculos atrás. Na segunda metade do século XV e primeiras décadas do século XVI, Leonardo Da Vinci ao fazer autópsias, em especial a de um centenário e de crianças, estabeleceu comparação entre lesões encontradas nas artérias dos corpos, nomeadamente relacionadas com o aumento da espessura da parede vascular e a idade. Observou a diminuição do calibre vascular ao longo da idade o que explicava a diminuição do aporte de nutrientes aos tecidos periféricos. Estabeleceu o princípio do desenvolvimento da aterosclerose ao longo da vida (Silva, 2008). De facto Leonardo antecipou estudos sobre determinados pormenores de hemodinâmica que só agora com o avanço da ciência e da tecnologia foram possíveis de confirmar. Falamos concretamente sobre aterosclerose como causa de enfarte agudo do miocárdio.

Foi Lobstein em 1833 quem pela primeira vez referiu a aterosclerose para exprimir o endurecimento e espessamento da parede vascular. Contudo só na segunda metade do século XX é que se pôde fazer a confirmação científica dos legados deixados pelos pioneiros nestes estudos.

A aterosclerose tornou-se num dos piores inimigos do Homem moderno. É silenciosa, cruel e traiçoeira. Actua de forma imperceptível e lenta, e quando finalmente

mostra a sua face, o destino da pessoa já foi traçado. Ela atinge as pessoas quando chegam ao período mais produtivo da vida, conhecida como a “*doença da civilização*”. Sabe-se hoje que a aterosclerose se caracteriza por acumulação de depósitos de substâncias gordas nas paredes interiores das artérias. Com o tempo estes depósitos de gorduras formam as placas ateromatosas que podem provocar vários efeitos. É um processo que pode ocorrer em qualquer artéria do corpo, logo também nas artérias coronárias.

As placas de aterosclerose responsáveis pelo enfarte agudo do miocárdio são normalmente jovens, pouco obstrutivas, ricas em lípidos no seu núcleo e revestidas por uma capa fibrosa normalmente fina. São estas características que as torna vulneráveis, com grande probabilidade de fissurarem ou romperem. Se fissurarem pode haver dano da parede da artéria, reduzir a sua elasticidade e nessas aberturas depositar-se mais gordura. A probabilidade de rotura é agravada por lesão do endotélio devido sobretudo à hipertensão arterial e hiperlipidémia, como comprovam os estudos, nomeadamente os realizados por Naghavi, et al. (2003) aos quais deram o nome de “*Da placa vulnerável ao doente vulnerável*”.

Além da aterosclerose existem outras causas que provocam enfarte agudo do miocárdio, contudo são mais raras. De entre estas destacamos, a embolia coronária que pode acontecer devido a doenças valvulares, trombos intracavitários, endocardites e neoplasias; a cardiopatia trombótica surge devido a anticoncepcionais orais, anemia das células falciformes, policitemia, situações de hipercoagulabilidade, mieloma e leucemia; a vasculite coronária está relacionada com poliarterite nodosa, lúpus e vasculite imunológica do coração transplantado; existe também o vasoespasma associado a angina com coronárias normais ou ao consumo de cocaína; por último, causas mais raras como: oclusão do ostium coronário, coronariopatias congénitas, traumatismos e aumento das necessidades em oxigénio também podem ocorrer (Beira e Galvão, 2001).

1.2 - Factores de Risco de Enfarte Agudo do Miocárdio

O risco cardiovascular, em concreto de enfarte agudo do miocárdio, está associado à presença das características individuais de cada sujeito. Essas características podem ser: biológicas, psicológicas, sociais e culturais e outros factores determinantes. No seu todo constituem os chamados factores de risco. Os factores biológicos são: a pressão arterial elevada, a elevação de açúcar no sangue, a elevação de colesterol no sangue e a obesidade.

Os factores de risco associados ao estilo de vida ou seja factores culturais e comportamentos são: o consumo de tabaco, a dieta pouco saudável, consumo excessivo de álcool e o sedentarismo. Existem ainda outros factores que são determinantes neste tipo de doença e que se podem dividir em fixos ou não modificáveis: a idade, o sexo, a genética, e a etnia. E os modificáveis que são: os rendimentos económicos, a educação, as condições de vida e as condições de trabalho. Emerge de entre todos os factores um outro que está sempre implícito, o stress, (Carta Europeia do Coração, 2007).

A **pressão arterial elevada** é um factor de risco importantíssimo nas doenças cardiovasculares. Sabe-se hoje pelos estudos realizados, que existe um enorme potencial para redução da incidência das doenças cardiovasculares se a hipertensão arterial for precocemente detectada e devidamente controlada. Está demonstrado que pressão arterial sistólica superior a 160mmHg ou diastólica superior a 95mmHg em média duplicam o risco de doença coronária (Carrageta, 2005). Normalmente a pressão arterial deve ter como valores de referência óptimos <120/<80 mmHg e normais <130/<85 mmHg (NI-CE, 2007). Quando superior a estes valores nos primeiros anos não dá sintomatologia,

excepto se forem muito elevados. Mas com o decorrer dos anos a pressão arterial elevada vai lesar os vasos sanguíneos dos principais órgãos vitais (e.g., cérebro, coração e rins). Podendo ser um factor determinante na doença coronária nomeadamente no enfarte agudo do miocárdio. A lesão provocada pode ter um desenvolvimento gradual provocando diminuição no fornecimento de sangue. Ou pode surgir de forma rápida e maciça, devido ao facto de um vaso mais estreito se obstruir por ruptura de uma placa ateromatosa e soltar um coágulo que interrompe totalmente a passagem do sangue, afectando a irrigação de parte do órgão. A pressão arterial elevada obriga o coração a trabalhar mais levando à hipertrofia ventricular e conseqüente insuficiência cardíaca (Carrageta, 2005). A pressão arterial elevada resulta da combinação de um conjunto de factores. Podem ser hereditários e estes não são modificáveis, contudo, a maioria estão associados a estilos de vida modificáveis. Há um conjunto de erros comportamentais relacionados a estilos de vida que podem conduzir ao aparecimento e/ou agravamento da hipertensão. Destacamos o consumo excessivo de sal, o excesso de peso, o sedentarismo, o excesso de álcool, o tabaco, o stress, entre outros.

O tratamento passa obrigatoriamente por medidas farmacológicas e não farmacológicas. Nas não farmacológicas a adopção de estilos de vida saudáveis com redução ou eliminação dos factores de agravamento atrás descritos são, na maioria das vezes, suficientes para reduzir a dose dos fármacos e a pressão arterial voltar a valores considerados normais para a pessoa. A adopção de estilos de vida saudáveis requer alterações nos comportamentos, o que, de facto, não é fácil e requer um grande trabalho de equipa.

Um outro factor de carácter biológico é a elevação do açúcar no sangue, mais conhecida por **diabetes**. Esta coexiste frequentemente com outros factores de risco, nomeadamente a hipertensão, a obesidade e colesterolemia. Estudos efectuados demonstraram que o risco de doença coronária em pessoas diabéticas é elevado. Um estudo da

Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), revelou que a mortalidade nas pessoas diabéticas varia em diferentes populações, por exemplo, em Tóquio atinge cerca de 32% dos homens e em Londres cerca de 67% dos homens.

Num outro estudo realizado por Kronmal, et al (2006) foi possível observar a mortalidade por doença cardiovascular em adultos com mais de 65 anos seguidos durante 11 anos. A mortalidade para os diversos factores de risco foi de 1,6% ao ano para as pessoas não diabéticas, 4% para pessoas diabéticas com terapêutica oral e de 5,1% para pessoas diabéticas tratados com insulina. A incidência de eventos coronários foi de respectivamente 1%, 3,1% e 3,7%. Perante estes dados confirma-se o elevado risco de doença e morte cardiovascular. Relativamente à associação de factores de risco, as pessoas com diabetes Tipo 1 tendem a ter níveis de colesterol mais elevados. E nestas pessoas a aterosclerose é agravada por uma maior agregação plaquetária (Silva, 2001).

É imperativo para controlo deste factor de risco optimizar os valores de açúcar no sangue através de um controlo apertado, com valores não superiores a 125mg/dl e com Hemoglobina glicosilada ou glicada (Hgb A1c) não superior a 7% (NICE, 2007). Para além do controlo a prevenção de complicações passa essencialmente por três pontos fundamentais, terapêutica adequada e respeitada, actividade física diária e alimentação saudável.

Outro factor é a elevação do **colesterol** no sangue. Não há dúvidas hoje em dia que o colesterol e os seus derivados são fundamentais na produção das hormonas e imprescindíveis na formação das membranas celulares assim como na produção da vitamina D e essencial no metabolismo do cálcio que interfere na formação, conservação e regeneração do osso (Silva, 2005). Porém e segundo o mesmo autor, “*colesterol em excesso mata...mas sem colesterol não há vida*”.

No estudo de Framingham que serviu de base para estabelecer o conceito de factor de risco, ao longo dos quarenta anos em que decorre a investigação, não foi diagnos-

ticado um enfarte agudo do miocárdio em indivíduos com colesterol total inferior a 150 mg/dl (Carrageta, 2008). Existem dois tipos de colesterol. O denominado colesterol “*mau*” Lipoproteína de baixa densidade (LDL), e o “*bom*” ou Lipoproteína de alta densidade (HDL). Para Silva (2005), uma pessoa com mais de 70mg/dl de HDL está protegida pela *síndrome da longevidade*. Relativamente ao LDL, quanto menos melhor. O estudo Avert 2004 indica que existem alguns receios na medida em que valores inferiores a 75mg/dl podem pôr em perigo as membranas celulares e as hormonas esteróides.

Assim, as *guidelines* emanadas pelas comunidades científicas europeias recomendam para colesterol total, valor de referência 190 mg/dl para a população em geral. Para pessoas com doença cardiovasculares, diabetes ou insuficiência renal valores inferiores a 175 mg/dl (NICE, 2007).

A síndrome lipídica constituída pelo aumento dos triglicéridos e diminuição HDL constitui uma situação mais grave para as artérias do que a hipercolesterolemia pura. Trata-se também de um factor de risco com obrigação de terapêutica farmacológica (Silva, 2005). É convicção dos investigadores que fazer uma redução modesta do colesterol associada à redução de outros factores de risco é mais benéfica para a pessoa do que reduzir em extremo, um só desses factores. Naturalmente que essa redução se faz acompanhar sempre de medidas farmacológicas e não farmacológicas, as últimas requerem alteração de comportamentos no que respeita fundamentalmente à alimentação, que se quer saudável.

Há ainda a referir que existe um tipo de hipercolesterolemia chamada familiar, que difere do que atrás descrevemos porque é uma doença genética que se associa a um elevado risco de doença coronária prematura. É extremamente importante distinguir entre uma hipercolesterolemia hereditária e a não hereditária porque no primeiro caso estão expostas a concentrações elevadas de colesterol desde o nascimento. Deve ser

efectuado um estudo genético e instituído tratamento farmacológico e não farmacológico o mais precoce possível (Rato, 2006).

A **obesidade** é um factor de risco, que é hoje a doença metabólica mais prevalente do mundo e considerada uma das epidemias do século XXI (Silva, 2005). Em Portugal mais de metade da população tem excesso de peso e cerca de 850 000 pessoas adultas são obesas (DGS, 2003). O número de pessoas com excesso de peso aumenta anualmente cerca de 10-15%. A prevalência está estimada em 15% para pessoas do sexo masculino e 16% para o sexo feminino (MS, 2004-2010). Estes valores são indicadores do aumento do peso médio corporal, isto é, o peso médio corporal duplicou sobretudo nos mais jovens. Nos últimos anos temos assistido à alteração de hábitos alimentares versus gasto diário de energia. Alguns autores sugerem que a exposição crónica a grandes porções alimentares, superior às que o organismo necessita, promove o aumento do peso corporal. O que tem sido indicado como uma das causas para a crescente prevalência de obesidade a nível mundial (Jeffery, 2007). Os hábitos de vida actuais, onde uma alimentação desequilibrada e o sedentarismo são factores dominantes, influenciam a obesidade. O trabalho sentado, a reduzida prática de exercício físico e de passeios ao ar livre, as deslocações em automóveis, a ingestão de alimentos processados e de alimentos pouco variados, aumentam o risco de obesidade. Na Europa Ocidental estima-se que pelo menos 2/3 dos adultos não são suficientemente activos fisicamente (Plataforma contra a obesidade, 2009).

Em Portugal alguns estudos apontam o aumento do aporte calórico que a dieta tem. Os padrões alimentares assentam sobretudo no excessivo consumo de gorduras, sal, açúcar e na redução da ingestão de frutos e vegetais (Direcção Geral de Saúde, 2003). O peso corporal é uma indicação indirecta do excesso de gordura, para calcular a quantidade de gordura é consensual determinar o Índice de Massa Corporal (IMC) ou

Body Mass Index (BMI). O IMC deve centrar-se no valor de 18,5-24,9 Kg/m² (NICE, 2007). Este índice combina o peso e altura, sendo a variação do valor directamente relacionada com a quantidade de gordura corporal. Contudo há que referir que valores semelhantes de IMC podem corresponder a quantidades diferentes de massa adiposa. Perante esta realidade existe a necessidade de caracterizar melhor a obesidade. Deve-se distinguir os padrões de distribuição de gordura, nomeadamente a obesidade ginóide (glúteo-femural) mais prevalente na mulher e obesidade andróide (abdominal) mais prevalente no homem. A acumulação de gordura sobretudo a visceral tem carácter multifactorial, sendo que é influenciada por diversos factores, genéticos e ambientais. Nos ambientais a prática da actividade física, o tabagismo, a ingestão de álcool são os mais frequentes. A obesidade acarreta diversas consequências a nível do organismo. As consequências hemodinâmicas e de alteração da pressão arterial interferem na maioria das vezes no aumento da massa ventricular cardíaca (hipertrofia ventricular). Consequentemente surgem disfunções diastólicas do ventrículo esquerdo que dependem do IMC, da gravidade e duração da obesidade e da massa ventricular existente, podendo surgir arritmias com risco acrescido de morte súbita. A obesidade favorece sobretudo o aparecimento de doenças aterotrombótica em geral e cardiovascular em particular, sobretudo quando se cruza com o excesso de gordura visceral (Silva, 2005). Pelo que foi dito importa referir que qualquer intervenção junto da pessoa obesa deve obrigatoriamente passar pela avaliação do risco global cardiovascular, para que possa visar o seu controlo de uma forma global, pois a obesidade está em interacção com muitos outros factores de risco.

Outros factores de risco associados a comportamentos, isto é, estilos de vida são, o tabagismo, alimentação pouco saudável, alcoolismo e sedentarismo. Quanto ao **tabagismo** longe vão os tempos em que o tabaco era considerada erva-santa. Evidências científicas realizadas ao longo das últimas décadas têm demonstrado que o consumo do

tabaco tem efeitos devastadores para as pessoas com repercussões nos seus órgãos e suas funções e na sua longevidade (Rocha, 2007). O papel do tabaco na lesão do endotélio (a base da aterosclerose e das suas complicações), na trombose, na inflamação e no mecanismo lipídico, é bem conhecido através dos estudos efectuados ao longo do tempo. Temos por exemplo o de Framingham, que comprovou, que o consumo do tabaco aumentava a incidência de doença coronária em 18% nos homens e 31% nas mulheres, por cada 10 cigarros fumados por dia (Beiras e Galván, 2001). É certo que o fumo do tabaco aumenta o risco de isquémia porque provoca anomalias da perfusão, isto é, interfere em processos fitopatológicos que envolvem elementos sanguíneos nomeadamente, a capacidade de transporte de oxigénio, e a parede arterial.

O tabagismo é considerado na União Europeia, o factor de risco mais implicado em causas de morte evitáveis, sendo cerca de 50% dessas mortes devidas a aterosclerose. Um estudo denominado The Interheart, tentou compreender o efeito dos factores modificáveis associados ao enfarte agudo do miocárdio em 52 países. O tabagismo representou o segundo factor de risco mais determinante para o enfarte agudo do miocárdio (Brookes, 2004). Com base no estudo Surgeon General's Report, a evidência estabelece relação entre o consumo de tabaco e a doença coronária (National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion Office on Smoking and Health; 2006). De referir ainda que os fumadores passivos apresentam risco mais elevado de cardiopatia isquémica relativamente às pessoas que não estão expostas ao fumo do tabaco.

As evidências sobre o malefício do tabaco são óbvias mas parecem insuficientes para conseguir mudar comportamentos. Essa mudança devia iniciar-se pelos mais novos porque a relação causal entre tabaco e doença vascular arteriosclerótica é mais evidente neste grupo, por ser o que mais contribui para mortes prematuras. Informar sobre os malefícios do uso do tabaco, destinada à população jovem e adulta faz parte das direc-

trizes para a promoção e incentivo de estilos de vida saudáveis, assim como reforçar a componente antitabágica nos programas de saúde escolar (DGS, 2006).

A **alimentação** constitui mais um factor de risco associado ao comportamento e/ou estilos de vida. Ao longo dos últimos tempos tem sido sugerida relação de causalidade entre a alimentação e a doença coronária através do processo inflamatório da parede do endotélio. Em termos de investigação científica têm sido desenvolvidos estudos sobre o efeito dos alimentos no organismo humano. Existem nutrientes com efeito benéfico para o sistema cardiovascular, nomeadamente os ácidos gordos da série 3, vulgarmente designados de ómega-3, as vitaminas antioxidantes (i.e., E, C, ácido fólico) e a fibra alimentar. Contudo o processo não é tão simples assim e a diminuição de vários marcadores de inflamação depende também da quantidade ingerida de ácidos gordos da série n-6, sendo a razão entre n-3 e n-6 idealmente de 4:1. Porque eles competem metabolicamente entre si para o efeito final dos níveis de inflamação do endotélio (Oliveira, 2007).

Relativamente às vitaminas e à fibra estas possuem, segundo estudos realizados, um potencial antioxidante, provado por estudos que mostram associação inversa entre o consumo e as concentrações plasmáticas de PCR (Proteína C Reactiva). Outros estudos como as coortes norte-americanas de enfermeiras (Nurses' Health Study, 1989) e de médicos (Professionals Follow-up Study, 2000) mostraram também que dietas ricas em fibra e com baixo teor glicémico parecem indicar que existe um aumento das concentrações de adiponectina. Esta por sua vez reduz os níveis plasmáticos de inflamação. Dietas com índice glicémico elevado são indicadoras de efeito contrário. O consumo de produtos hortofrutícolas podem também relacionar-se com a inflamação de forma inversa contudo não há estudos comprovativos apesar da frequente associação positiva com a doença coronária (Oliveira, 2007).

O consumo moderado do álcool tem sido fruto de alguns estudos que o associa ao efeito protector de doença coronária. De salientar que elevadas quantidades de álcool podem induzir a produção de grandes quantidades de radicais livres e consequentemente a peroxidação lipídica e o processo inflamatório. Pelo contrário o consumo moderado parece indicar que o álcool pode dar resultados positivos (Oliveira, 2007). Importa referir que a exposição da população ao álcool e suas categorias tem análises diferentes. Assim, o que os estudos parecem indicar é o consumo moderado de vinho tinto ou cerveja, não só pelo álcool mas também por alguns componentes específicos. Todavia, o consumo exagerado de álcool constitui mais um factor de risco.

Quanto aos padrões alimentares, alguns indicadores apontam que parecem existir vantagens numa dieta mediterrânica, pelo efeito cardiovascular protector de uma alimentação deste tipo (rica em peixe, carnes brancas, frutas, produtos hortícolas e tendo o azeite como gordura de referência). Perante o exposto, a alimentação e doença coronária não pode ser só encarada sob o ponto de vista clássico dos níveis de colesterol (abordado no factor de risco colesterol sanguíneo) deve também ser considerada no seu papel modulador do sistema imune, como protector da doença coronária.

Um outro factor de risco com elevado peso na doença coronária e com uma incidência cada vez maior é o **sedentarismo**. Nos nossos dias já poucas pessoas se dedicam a actividades ocupacionais vigorosas e, nas sociedades mais avançadas, o trabalho é cada vez mais ligeiro e sedentário. Estudos observacionais prospectivos realizados por Slentz e colegas demonstraram que o sedentarismo e consequente falta de actividade física aumentam o risco de doença coronária. A actividade física diminui o risco de doença coronária, esses resultados devem-se à diminuição do colesterol e triglicéridos, devido ao efeito da actividade física (Durstine & Thompson, 2001). Por exemplo, programas de intervenção, que reduzem a ingestão de gorduras e aumentam a ingestão de

carboidratos e simultaneamente aumentam a actividade física diária, influenciam positivamente, perfis de lípidos plasmáticos e perfis de lipoproteínas, reduzindo o risco coronário. Devido à avaliação científica contínua, hoje entendemos melhor o impacto positivo da prática do exercício físico. Recentes estudos indicam qual a quantidade e intensidade do exercício necessário para promover tais mudanças (Ferguson, et al, 1998; Kraus, et al, 2002). O estudo realizado por Slentz, et al., (2006), incidiu em quatro grupos diferentes. Três grupos com base no volume e intensidade do exercício e um quarto, com grupo controle. Após seis meses de prática de exercício físico, todos os grupos melhoraram o perfil HDL (bom colesterol). Sendo que a melhoria do perfil de HDL foi mantida sem actividade física durante um período de quinze dias. Este estudo é importante porque mostra as propriedades anti-aterogénicas do exercício físico.

O sedentarismo, ou falta de actividade física contribui só por si para aterogénese (lesões provocadas no endotélio arterial), é necessário existir actividade muscular para que haja protecção arterial, essa actividade pode ser na vida profissional ou nos tempos livres (Silva, 2001). Num estudo realizado nos Estados Unidos sobre actividade no trabalho e a mortalidade por doença coronária, foi possível observar a importância da actividade muscular. Foram estudados 3.686 trabalhadores das docas que foram classificados em trabalhos de alto, médio e baixo dispêndio energético. Estes trabalhadores foram observados durante 22 anos, isto é, até falecerem ou atingirem os 75 anos, foram reclassificados sempre que existisse mudança no tipo de trabalho. Os resultados mostraram que os trabalhadores que estavam nas categorias de médio e baixo dispêndio de energia tiveram taxas de mortalidade coronária quase dupla dos que estavam com actividade com alto dispêndio de energia independentemente do grupo etário. Quanto à morte súbita, foi três vezes mais frequente nas categorias de médio e baixo gasto energético. De salientar que a diferença na mortalidade entre os grupos de alto e médio dispêndio de energia

manteve-se o mesmo, tendo em conta outros factores como o tabaco, pressão arterial elevada, obesidade e diabetes.

As condições de vida e o chamado progresso tecnológico e socioeconómico, tem promovido a sedentarização da população. Este progresso que deveria constituir uma vantagem para a humanidade está a revelar-se como fonte de doença, por estar a ser mal utilizado (Barata, 2008).

As recomendações actuais relacionam o exercício moderado e intenso com o dispêndio de energia. Sendo que o exercício regular é complementar na produção de melhor benefício para saúde. Uma variedade de actividades pode ser combinada a fim de atingir esta recomendação. Esta combinação está baseada na quantidade (intensidade/duração) de exercícios praticados durante a semana e utiliza o conceito em METs (metabolic equivalents) para determinar os valores de intensidade para cada actividade física (American Heart Association, 2007). A actividade física é definida como qualquer movimento do corpo produzido pelos músculos requerendo para isso gasto de energia. A inactividade física é um factor de risco independente nas doenças crónicas e no global estima-se que cause 1,9 milhões de mortes mundialmente (Plataforma contra Obesidade, 2008).

A actividade física é determinante para o gasto energético, e é fundamental para o balanço energético e o controlo de peso, reduz o risco da doença coronária, de diabetes do tipo 2, entre outras doenças. Recomenda-se que as pessoas façam a actividade física com níveis adequados às suas vidas. Porque ser activo fisicamente além dos benefícios acima referidos também traz benefícios mentais e sociais.

A actividade física de moderada intensidade representa aproximadamente 3 a 6 METs, é um tipo de actividade que altera o ritmo cardíaco, o ritmo respiratório e aumenta o aquecimento muscular (qualquer actividade que gaste 3,5 a 7 calorias Kcal/minuto). Por exemplo passear com um ritmo um pouco acelerado, aumenta 3 ve-

zes o metabolismo basal igual a 3 METs. A actividade física intensa representa 6 METs, são actividades que fazem transpirar intensamente e deixam sem fôlego (qualquer actividade que gaste mais que 7 Kcal/minuto). São geralmente actividades relacionadas com o exercício ou desporto, por exemplo correr ou andar de bicicleta com elevada aceleração (Direcção Geral de Saúde, 2008).

Durante a actividade física, a actividade muscular age de maneira complexa. Todo o exercício físico regular, especialmente se vigoroso, aumenta o débito cardíaco e o das artérias coronárias, e desenvolve a circulação colateral, contribuindo assim para uma melhor irrigação do miocárdio, e duma maneira geral, de todos os músculos. Esta actividade é conseguida no dia-a-dia no emprego ou nos tempos livres alterando comportamentos, como, o não utilizar o elevador e subir as escadas e adoptando estilos de vida saudáveis como a prática do exercício físico. Actividade física regular é aconselhada pela comunidade científica a fim de preservar o bem-estar físico, psíquico e social das pessoas e populações, com particular ênfase nos países mais industrializados. Nas doenças cardiovasculares e em particular na doença coronária, a actividade física é muito importante, pois tem efeito benéfico em múltiplos factores de risco dessa doença, tais como, hipertensão arterial, tabagismo, stress, excesso de peso/obesidade, diabetes e hipercolesterolemia (Horta, et al., 2008).

O **stress**, é inerente à vida e é difícil de definir, porque os factores de stress e a capacidade de os gerir são diferentes para cada um de nós. Uma viagem na montanha russa pode ser uma experiência stressante para uns e uma viagem hilariante para outros (Frasquilho, 2005). Contudo, quando se conjuga um excesso de stress para a capacidade de gestão do sistema, este entra em sofrimento, sendo as repercussões visíveis a diferentes níveis.

Desde o século XVIII que se sugerem ligações entre a mente e o coração. Um dos primeiros cientistas a demonstrar experimentalmente uma ligação do stress com a doença foi Pasteur, quando no final do século XIX verificou numa experiência realizada com galinhas alguns resultados curiosos. As que estavam expostas a factores de stress eram mais susceptíveis a infecções que galinhas não stressadas. Durante os anos 50 existiu um aumento de incidência de doença coronária nas áreas urbanas, coincidente com maior industrialização e estilos de vida com maior abundância e turbulência. Então surgiu uma linha de pesquisa que queria encontrar a origem psicossocial da doença coronária (Frasquilho, 2005). Holmes e Rahe em 1967 identificaram acontecimentos que induziam reacções de stress, e que estando identificados os factores desencadeantes poderiam ser tomadas medidas para a prevenção. Entre esses factores destacamos: a pobreza, o abuso físico e emocional, o isolamento, a sobrecarga de trabalho, agentes químicos e físicos, conflitos, organização rígida de trabalho, papéis pouco valorizados, entre outros.

Em final dos anos 60 início dos anos 70, Friedman e Ray Rosenman, dois cardiologistas americanos, consideraram um conjunto de comportamentos que parecem caracterizar pessoas com risco de doença cardíaca, e que denominaram comportamento *Tipo A*. Estes dois médicos com base nos estudos que realizaram sugerem que o comportamento *Tipo A* pode representar um esforço para ultrapassar uma noção de auto-dúvida. Para eles tornou-se evidente que um número de comportamentos são genéticos e outros são desenvolvidos nos modelos parentais. As pessoas com comportamento *Tipo A*, frequentemente têm como objectivo colocar-se em situações e trabalhos desafiantes contudo depois tornam-nos mais complicados. O que reforça a sua auto-dúvida e insegurança, porque colocam muita pressão sobre eles próprios, levando a comportarem-se de forma mais agressiva e exigente também com os outros. Para estes investigadores

este comportamento, *Tipo A*, tem duas dimensões bem marcantes. A primeira fundamenta-se, no desejo de sucesso ligado a resultados positivos. Ou seja, são pessoas activas e trabalham arduamente, têm frequentemente cargos de topo. A segunda dimensão está ligada a resultados negativos, demonstram intolerância, raiva, hostilidade e obsessão com o tempo.

Podemos dizer que não é a situação por si só que induz stress, mas também a pessoa pelo modo como percebe e sente a realidade e como consegue lidar com as situações, é esta interacção que faz toda a diferença. Deixa de ser algo universal, fisiológico que só se podia evitar controlando o agente stressor, para dar primazia à interacção entre a pessoa e a situação externa, o chamado “*modelo transaccional de stress*” (Lazarus e Cols, 1984).

Quando atrás falamos sobre a viagem na montanha russa ser uma experiência hilariante para uns e stressante para outros, estamos exactamente a querer dizer, que numa perspectiva mais interaccionista/transaccional, o stress resulta da interacção ou da relação entre aspectos do meio e da pessoa e, esta perspectiva, preconiza a existência de um processo de avaliação cognitiva de uma determinada situação e de uma “decisão” relativamente ao carácter mais ou menos ameaçador, e conseqüentemente stressor, dessa mesma situação.

A dimensão pessoal do stress ancora nas características biológicas e psicológicas de cada pessoa. A relação entre traços de personalidade e comportamentos com doença coronária é discutível. Porém o que os estudos indicam é que são principalmente as reacções negativas como: raiva, hostilidade, baixa auto-estima e auto-eficácia, entre outras que levam a alterações de comportamentos o chamado *distress* (Frasquilho, 2005).

Existem estudos a demonstrar que nas pessoas com aterosclerose surgem rupturas de placas com a conseqüente isquémia ou necrose após emoções negativas não expressas ou expressas (Stansfeld, 2002). Embora o conhecimento científico sobre stress negativo e a relação com a doença ainda seja pouco claro, é unânime que o stress con-

tribui para a ocorrência de doença cardíaca em certas pessoas perante emoções negativas ou personalidade *Tipo A*, influencia a hipertensão e hipercolesterolemia, influencia os comportamentos de risco (e.g., tabagismo, alcoolismo, obesidade, entre outros) e interfere na adesão à terapêutica e reabilitação pós enfarte (Hotopf, et al, 2002).

Posto isto, o stress está presente na maioria dos doentes coronários e é uma importante causa de doença sobretudo se associado a outros factores de risco. As intervenções psicológicas para gestão do stress assentam sobretudo em usar estratégias comportamentais cognitivas, com um papel no melhoramento do estado psicológico da pessoa. Entre as principais estratégias destacamos: intervenção motivacional e mudança de comportamentos de saúde. Estas estratégias permitem intervenções baseadas no núcleo das crenças, das assunções, dos padrões de pensamento e do comportamento das pessoas (NICE, 2007).

Resumindo segundo Beira e Galván “*os doentes com múltiplos factores de risco têm maior probabilidade de ocorrência de eventos coronários, mesmo se cada um deles não estiver especialmente ou marcadamente alterado. Esse risco é significativamente maior do que aparentam os indivíduos que só apresentam um factor de risco, ainda que substancialmente alterado*” (2001, p.11). Quando não se consegue controlar o risco e o enfarte agudo do miocárdio surge, temos que passar ao tratamento. A European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention (2007) propõe o que se chama o “*número da saúde*” 035140530. Em que 0 é não fumar, 3 é andar a pé três quilómetros dia, 5 é comer cinco porções de fruta ou vegetais por dia, 140 é a pressão arterial sistólica inferior a 140mmHg, 5 colesterol total inferior a 5mmol/L (190 mg/dl), 3 é o LDL inferior a 3 mmol/L (115 mg/dl) e 0 é evitar o excesso de peso e a diabetes. Estas recomendações expressam a necessidade de se avaliar o risco global, de forma a reduzir o risco real, actuando nos factores de risco que estão presentes.

1.3 - Tratamento do Enfarte Agudo do Miocárdio

Durante um enfarte agudo do miocárdio, o fornecimento de oxigénio a uma parte do músculo cardíaco é completamente bloqueado. O músculo cardíaco morre a cada minuto, ao fim de seis horas o dano é extenso. Se o tratamento for efectuado à primeira hora do enfarte agudo do miocárdio, as possibilidades de sobrevivência e de limitação dos danos do coração são maiores. Para que o tratamento se inicie com a maior celeridade possível, o mais importante é chegar ao hospital rapidamente. De forma a iniciar de imediato os exames complementares de diagnóstico, electrocardiograma e análises, que confirmem o episódio de enfarte.

Se o enfarte for confirmado, o doente deve iniciar de imediato o tratamento para possibilitar a reabertura das artérias. Os fármacos utilizados são chamados trombolíticos (rompe-trombos). Estes fármacos têm efeito se forem administrados num espaço de tempo de cerca de mais ou menos uma hora após início do enfarte. Através de fármacos para restabelecer o fluxo da artéria coronária obstruída. Ou através de cateterização cardíaca que permite examinar os vasos sanguíneos do coração, que identifica as zonas ocluídas, fazendo a desobstrução de imediato. Em casos mais graves pode ser necessário recorrer à intervenção cirúrgica como única solução de tratamento e fazer um bypass.

O tratamento da pessoa com enfarte agudo do miocárdio requer uma abordagem pluridisciplinar. Resulta da actuação de uma equipa composta por vários grupos profissionais, médicos, enfermeiros, técnicos de cardiopneumologia entre outros. No centro de todo o aparato profissional e tecnológico existe um Ser Humano, que pensa e sente, sujeito de todo o processo, a pessoa com enfarte. Tem uma forma própria de viver a situação dentro do seu padrão Humano. Tem, a nível cognitivo e emocional, formas

únicas de resposta ao acontecimento tendo sempre em conta todos os factores que influenciam um acontecimento desta natureza. Como tal o tratamento não pode e não deve ser balizado apenas pelas orientações quase exclusivamente técnicas das *guidelines* emanadas pelas sociedades científicas internacionais. O Ser Humano tem características únicas que devem ser respeitadas, obviamente, que as orientações internacionais são cruciais para o tratamento, mas a abordagem à pessoa enquanto Ser Humano, é única. Neste sentido quando se fala em tratamento do doente com enfarte, vem de imediato à memória um universo galáctico, máquinas por todo o lado, equipamentos sofisticados, fios a saírem dos doentes, o que lhe confere um aspecto de protagonista de um filme de ficção científica, profissionais que correm, que surgem de todos os lados, cada um com funções definidas como se fossem robôs. Uns puncionam, outros fazem ECG, outros tiram sangue, é um corripio assustador. De facto o tratamento da pessoa com enfarte é multidisciplinar, todos os profissionais têm de estar em sintonia porque o sujeito dos seus cuidados é só um. O trabalho em equipa pressupõe uma filosofia de respeito e ética profissional uns pelos outros, e pelo doente, parte integrante da equipa.

Por tudo isto a prática clínica dos enfermeiros, em concreto no tratamento do doente com enfarte, desenvolve-se numa teia complexa de relações. Onde as intervenções de enfermagem assumem prioridades atendendo sempre às características e condições individuais de cada um. De acordo com as *guidelines* de tratamento da pessoa com enfarte agudo do miocárdio, existem as pluridisciplinares que já falamos e as específicas de cada grupo profissional.

No que se refere aos enfermeiros é fundamental que assumam a importância de desenvolverem uma prática crítica. Esta centra-se em dois elementos chave, o respeito pelo outro como igual, deixando que ele participe de forma activa no seu processo de saúde/doença. E possuir uma abordagem aberta, permeável à transferência de conheci-

mentos, que permita mudança de atitude, de ambas as partes. Timmis (2006) refere como exemplo, que os doentes apenas sabem aquilo que os profissionais de saúde julgam que eles necessitam saber, contrariamente ao que efectivamente deviam saber.

Assim, no tratamento da pessoa com enfarte agudo do miocárdio, para além dos diagnósticos médicos surgem os diagnósticos de enfermagem decorrentes da evolução clínica do doente. Estes últimos requerem uma intervenção que se baseia fundamentalmente: no toque, estimulação versus resposta humana; no cuidar; na suplementação de papéis; na protecção; na manipulação focal, residual e contextual do estímulo; no conforto; no uso do *eu* com fins terapêuticos; na gestão de sintomas, de terapêutica, de informação e nos cuidados transaccionais (Meleis, 2007). Os diagnósticos de enfermagem resultam do julgamento clínico sobre as respostas da pessoa/família a problemas de saúde, reais ou potenciais. Constituem uma base de trabalho para a determinação de intervenções de enfermagem, com vista a alcançar resultados de enfermagem pelos quais o enfermeiro é responsável (Gulanick & Myers, 2007). Os diagnósticos de enfermagem surgem de taxonomias que resultam em resposta a determinados fenómenos.

O processo de tratamento da pessoa com enfarte é complexo e não pode ser entendido de forma sectária, tem que ser tomado como um todo em que todas as partes envolvidas fazem parte desse todo, cada uma com as suas competências bem definidas para que no final do processo de tratamento o doente e a família estejam capacitados para avançar no longo caminho da recuperação e protecção da saúde.

2 – PROTEGER A SAÚDE

Proteger é um termo muito utilizado actualmente quando se fala em saúde do coração. Porque ao falarmos de protecção estão implícitas uma série de medidas que devem conferir bem-estar e qualidade de vida. O que está a acontecer é que as doenças cardiovasculares continuam com elevada mortalidade e morbidade. Paradoxalmente a taxa de mortalidade está a descer em algumas regiões da Europa, contudo estão a aumentar o número de pessoas com doenças cardiovasculares. Colocando-se a questão com que qualidade de vida? Este paradoxo é explicável através da evolução social, deve-se fundamentalmente ao aumento da longevidade e da sobrevivência das pessoas com doenças cardiovasculares. Deve-se também e sobretudo à evolução técnico-científica e às redes de assistência, pré-hospitalar e hospitalares existentes. No entanto como objectivo principal, temos dúvidas que a qualidade de vida seja mesmo uma realidade. Se analisarmos profunda e profusamente a realidade constatamos que por exemplo as condições socioeconómicas são uma forte condicionante ao bem-estar e qualidade de vida. Existe uma parcela de doentes com enfarte agudo do miocárdio que não tem condições económicas para comprar medicamentos. Vivem em situação de trabalho precário, ficam desempregados, as reformas são baixas. Nestes casos, os doentes e as famílias, fazem escolhas entre o pão e os medicamentos, ou entre os próprios medicamentos, comprando apenas os mais baratos. Com estas condições apenas podemos proteger a saúde de alguns doentes com enfarte agudo do miocárdio.

Perante um cenário social pouco favorável, torna-se de facto pertinente proteger a saúde. E perceber na perspectiva do doente/família o que é saúde, o que é doença, o

que é enfarte agudo do miocárdio. Pois só através da análise dos sentidos dados à experiência da doença pelos próprios é possível perceber aspectos do dia-a-dia. Eles mostram como a doença afecta a identidade do doente. As experiências privadas e colectivas, assim como, os factores biológicos, psicológicos, sociais e culturais que as afectam, são fundamentais para melhor entender o processo saúde/doença (Herzlich, 2004; Pierret, 2003). Pierret, (2003) numa revisão de estudos sobre experiências de doença, concluiu que os estudos já realizados sobre a temática exploraram mais os aspectos macrosociais e pouco as experiências privadas do dia-a-dia e os factores que as afectam.

A capacidade de perceber uma situação tendo como base a visão do outro, conhecer as representações que ele possui sobre o que está a acontecer, conhecer como ele vivência a sua experiência, compreender as motivações que o levam a agir de uma determinada forma é entendê-lo a partir das suas intenções e expectativas (Duarte, 2002; Pierret, 2003; Herzlich, 2004). Com já referimos há que perceber a dimensão biológica, psicológica, social e cultural porque quando a pessoa/família procura ajuda, não é só a dimensão biológico que precisa ser tratada. A condição humana está em causa, quando queremos compreender a forma peculiar de viver o processo saúde/doença. Para termos acesso a este conhecimento basta começar por questionar e ouvir e perceber como se processa a transição de um estado de saúde, para o estado de doente e para o estado de doente crónico, a que a pessoa que sofre de enfarte fica sujeito.

A pessoa que sofre um enfarte agudo do miocárdio está a passar por uma transição saúde/doença. Esta passa de um estado de aparente saúde para o estado de doente de uma forma abrupta e numa fase mais avançada, transita ao estado de doente crónico. Meleis (2007) considera que a transição tem uma característica essencialmente positiva uma vez que a pessoa e família, ao passar pela situação, alcança uma maior maturidade e estabilidade. Concordamos com a autora, contudo não esquecemos que a pessoa com

enfarte agudo do miocárdio tem na sua grande maioria factores de risco associados que estão intimamente ligados a comportamentos e estilos de vida pouco saudáveis. Então essa maturidade e estabilidade que as autoras falam torna-se mais difícil de alcançar, uma vez que, na grande maioria dos casos implica mudança de comportamentos. A transição implica mudança no estado de saúde, no papel das relações gerando muitas vezes sentimentos de impotência e incapacidade perante a família e os próprios profissionais de saúde. Mudança nas expectativas, pessoas ainda relativamente novas com projectos de vida pessoais e familiares que os vêem coarctados. Mudanças nas capacidades, a virilidade muitas vezes diminuída, a força e vitalidade alterada como se ouve imensas vezes “*agora pareço um incapacitado*”, a sensação de perda de controlo e outros terem que o assumir. Estamos perante uma dialéctica entre saúde/doença/doença crónica. Diferentemente das doenças agudas que interferem temporariamente na vida das pessoas. O enfarte agudo do miocárdio, surge de forma aguda, mas perpetua-se através das lesões deixadas em doença crónica. A alteração das actividades do quotidiano, a imprevisibilidade de dias “bons” ou dias “maus”, a fragilidades dos diversos factores, biológicos, psicológicos, sociais e culturais, é reveladora do quão difícil é (re) organizar a vida novamente (Gameiro, 1999; Herzlich, 2004).

O acontecimento e a transição requerem a incorporação de novos conhecimentos, alterações de comportamentos. Requerem que a *pessoa* reformule a sua própria definição de *pessoa*, no contexto de *pessoa* saudável, para *pessoa* doente. Existem diversos factores que interferem no processo de transição saúde doença (Chick & Meleis, 1986; Meleis & Trangenstein, 1994; Meleis, 2007). De entre estes destacamos, os significados ou seja o que significa: a doença, o tratamento, os cuidados; as expectativas, o que pensam o doente e a família sobre o que lhes aconteceu e o que lhes vai acontecer; o nível de conhecimentos e capacidades do doente e família, o que sabem sobre enfarte

agudo do miocárdio, quais as capacidades que possuem para poderem enfrentar o problema e a capacidade de apreender novas técnicas e estratégias; o ambiente, o contexto ambiental em que está inserido e perceber o porquê, agora na fase aguda da doença e depois no ambiente familiar, profissional e social; o nível de planificação, como é que o doente e família planificam a sua vida, no aqui e agora e no depois. E por fim no bem-estar emocional e físico, existem autores (Chick & Meleis, 1986; Meleis & Trangenstein, 1994; Meleis, 2007) a dizer que durante a transição ocorrem não só alterações biológicas, mas também e sobretudo alterações de dimensão psicológica. Como stress, angústia, ansiedade, insegurança, frustração, apreensão, medo, ambivalência e solidão, isto é, todo um conjunto de emoções e sentimentos que se entrelaçam uns nos outros. Existe também muito presente o medo de falhar. De facto e segundo o modelo desenvolvido por Schumacker & Meleis (1994), para existir transição há determinadas condições que têm de existir: significado, expectativas, conhecimento/capacidade, ambiente, variáveis para planear o bem-estar psicológico e biológico.

Nestes doentes e famílias a dimensão psicológica fica profundamente afectada, sobretudo devido à forma abrupta como a doença se manifesta. Contudo a doença coronária não acontece naquele momento, ela é insidiosa e silenciosa, está em germinação há muito tempo e em determinado momento dá sinal, sempre de uma forma brusca e assustadora a necessitar de cuidados emergentes. A prática clínica no caso concreto da pessoa com enfarte agudo do miocárdio não pode estar só baseada em intervenções terapêuticas voltadas para a cura. A cura pode não ser possível como já referimos anteriormente. Um dos objectivos a alcançar neste caso deve ser que o doente perante o problema fique mais confortável e com maior capacidade para o enfrentar. Contudo é importante que o doente e a família se sintam melhor equipados para se protegerem e promoverem a saúde no futuro (Meleis, 2007).

Uma outra visão sobre a forma como o doente reage para se proteger e retomar o controlo da sua vida é descrita no estudo realizado por Morse e Jonhson (1991). O objectivo é recuperar o controlo perante a experiência de doença, concretamente de enfarte agudo do miocárdio. As autoras constataram que os profissionais de saúde usavam diferentes modos de tratar o doente, o que se tornava confuso para o doente e famílias. Na experiência de doença muito concretamente de ter um enfarte agudo do miocárdio, existe no processo de transição um processo de ajustamento das experiências individuais. Dizem as autoras que o processo de ajustamento se inicia logo que surgem os primeiros sintomas. Neste estudo uma das categorias é recuperar o controlo. Para recuperar o controlo após enfarte agudo do miocárdio, existem segundo as autoras, três dimensões. A primeira dimensão é compreender o diagnóstico. Esta dimensão envolve ter a percepção do impacto dos resultados na vida das pessoas. O enfarte agudo do miocárdio impõe restrições biológicas e psicológicas na vida da pessoa doente e da família. A segunda dimensão, é a determinação própria da pessoa doente. Existe o poder de compreender o que aconteceu e ter capacidade para tomar decisões autónomas informadas para atingir o controlo. A terceira dimensão é assimilar uma independência, a pessoa tem capacidade para assumir os seus actos e tomar decisões para alcançar o controlo. Com base nas três dimensões as autoras consideram que para a pessoa doente ter um ajustamento adequado deve passar por vários estados e estruturaram um processo de ajustamento a que chamaram recuperar o controlo. Neste processo de recuperar o controlo, o estado um é *“defender o próprio”* mantendo o controlo. O estado dois *“chegar às condições”*, a pessoa esforça-se, apesar da perda de controlo. O estado três *“aprende a viver”* restabelece o controlo. No estado quatro *“viver outra vez”*, o sentido do controlo é recuperado.

Em suma, a resposta da pessoa perante o acontecimento é variável, depende da personalidade e do grau de maturidade existente. Algumas pessoas apresentam respostas

positivas, aceitam a importância da doença e a gravidade da mesma e dessa forma colaboram de imediato activamente para a sua recuperação e reabilitação. Quando a reacção é negativa, o medo pode converter-se em negação, como um mecanismo de defesa perante a ansiedade que produz a possibilidade de morte iminente. Acontece que a idade interfere neste processo e normalmente à medida que se avança no ciclo vital existe mais probabilidade da ansiedade aumentar. Pelo que, se forem pessoas ansiosas e com antecedentes de depressão, têm muitos medos e vivem permanentemente em sofrimento psicológico. Tem medo de sofrer mais danos na saúde, perda da sua integridade física ou mesmo morte. Mostram-se muitas vezes renitentes à alta hospitalar e têm medo ou até pavor de reiniciar as actividades de vida normais, nomeadamente, trabalho, relações afectivas e sexuais, lazer, procurando muitas vezes conservar o estatuto de doente (Nieto e Fuster, 2004).

Existe outro tipo de pessoas que, pelas características da sua personalidade, perante o desejo de não se sentirem dependentes, passivos e inactivos, minimizam ou negam o acontecimento, recorrendo a argumentos para não aceitarem a realidade do que aconteceu assim como as consequências. São as pessoas que por norma não põem em prática as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde para protegerem a saúde, sobretudo se forem restrições. E estas podem ser de carácter físico, alimentar, mudanças de estilos de vida relativamente ao sedentarismo, tabagismo. Decidem viver como se nada tivesse acontecido, o projecto de vida passa por fazer o que sempre fizeram.

Não restam dúvidas que a protecção da saúde passa por os objectivos de vida de cada um e pelas suas características pessoais. Os profissionais de saúde têm um trabalho importantíssimo nesta área, têm que estar muito atentos e perceber qual o momento mais adequado para poder actuar, são por norma os enfermeiros que mais tempo estão junto dos doentes e quem os conhece melhor, pelo que estão em condições ideais de

intervenção no sentido da protecção e reabilitação da saúde. Eles têm um forte potencial de intervenção junto do doente e família através *do poder da transformação* Benner (2001), descrito pela capacidade que os enfermeiros têm de mudar o estado de espírito de um doente ou família. Este poder só é possível devido à proximidade aos mesmos, aos conhecimentos teóricos e práticos dos profissionais e aos contributos que trabalhos sustentados nas representações sociais proporcionam. Estes últimos fornecem um enorme manancial de informação para melhor compreender o doente e família, no sentido de promover transformação nestes. As representações sociais são conceitos que definem uma forma de pensamento ou conhecimento específico, enraizado nas experiências socialmente partilhadas e como estão em construção permanente, inserem-se na dinâmica da transformação.

2.1 – Reabilitação Após Enfarte Agudo do Miocárdio

A Organização Mundial de Saúde em 1969 referia-se à reabilitação, como um conjunto de actividades necessárias para influenciar favoravelmente a causa subjacente da doença, ou assegurar aos doentes as melhores condições possíveis, físicas, mentais e sociais de modo que possam pelos seus próprios meios, preservar ou readquirir o seu lugar na comunidade o mais precoce possível. Hoje a reabilitação cardíaca é um programa multidisciplinar a aplicar aos doentes que sofrem de patologias do foro cardíaco, de forma a melhorar a função do coração. Ao mesmo tempo promove a prevenção de novos eventos através do controlo dos factores de risco, apoia psicologicamente o doente e desenvolve acções de forma a conseguir a sua reinserção social o mais rápido possível (NICE, 2007).

Se recuarmos no tempo apenas duas ou três décadas verificamos que a reabilitação cardíaca não era assunto de discussão no nosso país. Contudo, ao longo dos tempos e em especial nos últimos cinco anos, muito se tem falado sobre ela. Foram delineadas linhas orientadoras de carácter internacional, europeias e nacionais sobre uma actuação concertada. Estas foram adoptadas no país, com vista à melhoria da qualidade de vida das pessoas com enfarte agudo do miocárdio. Após enfarte agudo do miocárdio no encaminhamento da pessoa, devem ser tidas em consideração algumas circunstâncias: a lesão orgânica que resulta da região de necrose do miocárdio, os factores psicossociais que envolvem a pessoa (e.g., ansiedade/depressão inerente à personalidade de cada um) e a necessidade de controlar os factores de risco individuais (Dévillé & Beckerman, 2002). Com base nestes dados deve ser desenvolvido um programa de reabilitação individual que envolve uma equipa multidisciplinar (enfermeiro, médico, fisioterapeuta, dietista, psicólogo, entre outros). A adesão a este tipo de programas por parte das pessoas que sofreram enfarte agudo do miocárdio em Portugal ronda os 0,7% (Mendes, 2001). Valor baixo comparado com a vizinha Espanha em que 4% seguem um programa. Na Finlândia e Alemanha os valores são substancialmente melhores cerca 25%, assim como na Bélgica e Áustria com 50% e na Holanda onde o maior número de pessoas seguem programas de reabilitação, cerca de 60% (Gomes, 2005). Estes valores traduzem ganhos em saúde para estas pessoas, e socioeconómicos para a sociedade.

A reabilitação cardíaca é hoje consubstanciada por múltiplos estudos e pelas recomendações de orientação clínica de várias sociedades científicas (Sociedade Portuguesa de Cardiologia, Sociedade Europeia de Cardiologia, Sociedade Americana de Cardiologia). Sendo possível referir que é vista como um programa capaz de reduzir a mortalidade por doença coronária e aumentar a qualidade de vida das pessoas a curto e longo prazo. O exercício físico faz parte integrante dos programas e a intervenção psi-

cossocial individual ou em grupo pode permitir um melhor ajustamento à doença. Em qualquer programa de reabilitação é indispensável corrigir os factores de risco (Dévillé & Beckerman, 2002; Gomes, 2005).

De um modo geral o programa de reabilitação deve ser iniciado de imediato, após a pessoa ser acolhida na unidade de cuidados coronários. Este deve oferecer opções variadas de acordo com as necessidades e individualidade de cada um, mesmo que a pessoa não atenda a todos os componentes. No planeamento de um programa deve haver sensibilidade para a individualidade nas diferenças: culturais, nas acessibilidades ao programa (e.g., económico, transporte), no respeito pelas crenças de saúde e pelo nível de informação que cada um tem. Os profissionais de saúde devem, promover a reabilitação dando início à mesma logo que a pessoa entra na unidade, através dos cuidados de emergência e de continuidade. Prosseguindo durante meses ou anos, até que a pessoa atinja as melhores condições biológicas, psicológicas, vocacionais e recreativas e as consiga manter. Para tal os profissionais de saúde devem prestar os cuidados considerados necessários à pessoa com enfarte agudo do miocárdio e também usar outras estratégias como, cartas de motivação, disponibilidade de linha telefónica com contacto directo, visitas domiciliárias, entre outras, que permitem uma ligação directa e permanente, dando assim mais segurança e tranquilidade (NICE, 2007).

Um programa de reabilitação divide-se em quatro fases. A primeira (fase aguda) ocorre durante o internamento, envolve imensas actividades nomeadamente, a avaliação da situação, proposta do programa individual, educação sobre factores de risco individualmente ou em grupo, entre outras mais concretas e individualizadas. A fase dois (fase de reacondicionamento) ocorre após a alta e tem duração até um a três meses. Nesta fase a maior incidência está relacionada com o exercício físico, controle da doença com ajuste de medicação, educação do doente e família em áreas específicas relacionadas

com os factores de risco, esta fase decorre no hospital em ambulatório. A terceira fase (fase de manutenção) inclui um programa domiciliário relacionado fundamentalmente com o exercício, participação familiar e consultas de acompanhamento, passa-se durante aproximadamente seis meses. Por último a quarta fase (fase de autonomia) passa-se em clínicas ou ginásios promove mais recuperação e autonomia do doente (Gomes, 2005; NICE, 2007). Ao longo das fases está presente sempre a educação e informação que são pilares fundamentais da reabilitação cardíaca. Conseguir que um doente/família inicie o programa de reabilitação cardíaca é só o primeiro passo de um longo percurso.

Para educar temos que ter em conta a variedade de personalidades e de reacções para com o problema. Quem sofreu um enfarte, tem experiências únicas, tem uma história de saúde exclusiva, vem de um ambiente social específico. O desafio que se coloca na reabilitação cardíaca é equilibrar o risco, assumir que estas pessoas fazem parte de um grupo, que compartilha informações importantes, como, pensamentos ou sensações, dúvidas e representações.

Na década de 70 os estilos de vida e os comportamentos tornam-se cada vez mais centrais na promoção de saúde. Os educadores reconheceram que os comportamentos e os estilos de vida das pessoas podiam influenciar directamente a sua saúde e a dos outros. Contudo esta abordagem era muito centrada na pessoa mas não incluía o seu contexto. Era uma abordagem baseada na transmissão de informação (Laverack & Labonte, 2000). Surgia a necessidade de optar por outras estratégias na educação para a saúde. Estratégias que envolvessem a pessoa/família e o contexto onde estes estavam inseridos, fortemente direccionadas para o desenvolvimento de competências. Não existe propriamente um modelo de referência, mas de entre os vários modelos que dão corpo à educação para a saúde (e.g., modelo de crenças de saúde, modelo empowerment, modelo PRECEDE/PROCEED, modelo marketing social, modelo transcultural, modelo

de intervenção social) são retirados contributos para que a educação seja o mais eficaz possível. Salientamos contudo que deve existir um processo reflexivo de construção das novas significações, de acordo, com as competências sócio-cognitivas da pessoa. Este deve estar imerso numa dialéctica entre os sistemas de significações leigas e científicas, propostas pelos doentes/família e pelos profissionais de saúde. O doente/família deve ser um participante activo no processo de educação e mudança. É suposto que haja evolução nas significações da pessoa e família e que estas evoluam ao longo do processo de recuperação do enfarte, pelo que devem ser tidas em conta nas acções de educação (Reis, 2005)

Quando educamos, agimos de forma intencional na pessoa, educação terapêutica, preparando-a para pensar e agir, de forma que ela disponha de um repertório de representações e de habilidades individuais que a capacitam a se tornar um membro activo do processo que está a vivenciar (Benner, 2001; Reis, 2005).

A educação para a saúde é lida como a construção de competências e habilidades individuais e colectivas para perceber, compreender e agir adequadamente sobre acontecimentos de saúde (Benner, 2001; Meleis, 2007). Ela abrange instâncias diversas da vida humana, tais como a educação de pessoas com enfarte agudo do miocárdio e de seus familiares. Neste caso a educação para a saúde é uma intervenção terapêutica importantíssima, pois a intenção é de conseguir transformar e renovar conhecimentos na pessoa e nos seus familiares com vista ao melhor bem-estar e qualidade de vida. Os profissionais de saúde devem saber educar, a pessoa com enfarte agudo do miocárdio e seus familiares, em termos de saúde. São eles que estão directamente com estas pessoas, sobretudo os enfermeiros, que permanecem mais tempo com o doente/família e têm momentos privilegiados de contacto que permitem aceder às respostas humanas de cada pessoa face à doença. São os enfermeiros que estimulam a pessoa, que a avisam sobre o

que vem a seguir, que corrigem más interpretações e dão explicações sobre mudanças físicas e psicológicas que ocorrem.

É aos enfermeiros que questionam, pelo que estes têm que possuir conhecimentos que lhes permitam guiar a pessoa e família na sua doença ao longo do internamento (Benner, 2001). Segundo esta autora os profissionais de saúde devem saber exactamente o momento em que a pessoa está pronta para receber informação ou seja para aprender, sabendo que os cuidados seguem uma cronologia, o momento da intervenção é crucial, pois, a pessoa deve estar aberta à informação. Os profissionais, em particular os enfermeiros, devem ajudar as pessoas a interiorizar, as implicações da doença e de cura, no seu estilo de vida. Devem incentivá-las a tirar a melhor vantagem das suas capacidades e alterar determinados comportamentos para levarem uma vida activa e com qualidade (Benner, 2001).

Contudo os profissionais de saúde na unidade de cardiologia focalizam-se muito nas competências técnicas, fortemente assistidas pela tecnologia. Nelas incluem-se a reanimação cardiovascular, a interpretação de electrocardiogramas, a monitorização contínua de sinais vitais, a administração de medicação assistida por equipamento altamente sofisticado, entre muitas outras. De facto estas características são fundamentais a qualquer profissional de saúde na prática clínica nesta área, elas são visíveis, encorajadas e respeitadas por outros profissionais. Mas outras competências, concretamente as relacionais, são desenvolvidas pelos profissionais de saúde, tendo por finalidade a recuperação da pessoa sem serem reconhecidas como tão importantes, é trabalho menos visível comparado com as competências ligadas à tecnologia (Yoder-Wise, 2007). De entre os profissionais de saúde os enfermeiros são quem melhor está posicionado para incrementar a evidência e demonstrar que a mudança de comportamentos é significativa para reduzir a mortalidade e a morbilidade, através da motivação e do suporte informativo, fornecido à pessoa e família para alterar comportamentos/estilos de vida. Para que

isto seja possível é necessário que as competências relacionais sejam tão valorizadas como as competências técnicas.

Os profissionais de saúde enquanto promotores de saúde têm uma função difícil devido às mudanças de prioridades que ocorrem ao longo do internamento. No caso da pessoa com enfarte agudo do miocárdio as mudanças ocorrem frequentemente, é também comum existir grande vulnerabilidade e uma forte preocupação de ficar com algum grau de incapacidade.

É função dos profissionais de saúde, cada um dentro do seu ramo de conhecimentos, providenciar informação sobre o estado de saúde e avaliar as opções de cuidados com a pessoa, tendo sempre em conta os seus valores, as suas crenças o seu projecto de saúde, de forma a promover a qualidade de vida. A pessoa com enfarte agudo do miocárdio apresenta um conjunto de sinais e sintomas físicos e emocionais que afectam a evolução da situação de doença. Pelo que conhecer a resposta emocional da pessoa à doença é fundamental, pois pode ser essa a ponta do iceberg a que o profissional se vai agarrar para envolver a pessoa nos cuidados e obter êxito em termos de resultados futuros, como sejam, a mudança de comportamentos.

The Picker Institute (1999) fez uma pesquisa extensiva sobre a evolução dos cuidados na perspectiva dos doentes (doentes na saúde feminina, doentes na saúde cardiovascular e na ortopédica). Tendo em conta esse estudo foram delineadas sete dimensões primárias nos cuidados centrados no doente, e na perspectiva do doente, dando especial atenção à interacção entre os intervenientes (Bezold, et al, 2004).

A primeira dimensão resultante do estudo, é o *respeito pelos valores, preferências e necessidades*, incluem a atenção especial pela qualidade de vida, o envolvimento na tomada de decisão, preservação da dignidade, o reconhecimento das necessidades e a autonomia. A segunda dimensão abarca a *integração e coordenação nos cuidados*, en-

volve os cuidados clínicos e os serviços do pessoal auxiliar. A terceira destaca a *informação, comunicação e educação*, nela está incluída a informação do estado clínico, os progressos e prognóstico, a informação sobre o processo de cuidados e a informação e educação para facilitar a autonomia, o auto-cuidado e a promoção da saúde. O *conforto físico* foi descrito como a quarta dimensão, aqui incluíram a gestão da dor e/ou sofrimento, a ajuda nas actividades de vida e o ambiente hospitalar. O *suporte emocional e alívio do medo* e da ansiedade surgem na quinta dimensão. Envolve a exigência de atenção à ansiedade perante o estado clínico, os tratamentos, o prognóstico, a ansiedade causada pelo efeito da doença no próprio e na família. E a ansiedade relacionada pelo impacto financeiro causado pela doença. A sexta dimensão trata o *envolvimento da família e dos amigos*. Reconhece a necessidade de acolher a família e os amigos e envolvê-los na tomada de decisão e reconhecer as necessidades da família. Por último mas não menos importante na sétima dimensão a *continuidade e transição*. Esta considera o tratamento e a transição do hospital para o domicílio e fornece informação sobre: a medicação, regime terapêutico, consultas de seguimento clínico, sinais de alarme após deixar o hospital, promoção da saúde e prevenção secundária (Gerteis, et al, 2002).

De facto uma das responsabilidades pelos cuidados bem sucedidos é a de profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, educadores ou professores. As pessoas podem exigir informação sobre o seu estado de saúde, tal como demonstra o estudo atrás referenciado. A informação e a educação contribuem para o envolvimento nos cuidados de acordo com as necessidades e com vista à resolução de problemas. A educação nos cuidados de saúde deve considerar as preferências de informação dos doentes para a tomada de decisão nas diferentes situações. O ensino para a prevenção neste caso da pessoa com enfarte, prevenção secundária incrementa a qualidade de vida.

Segundo Zalon (2007) existem três linhas orientadoras fundamentais para o sucesso da educação nas pessoas doentes. A primeira trata-se de um *aspecto filosófico*, a educação é um investimento com retorno positivo. A segunda diz respeito à *prioridade*, a educação é importante e é um componente fundamental na qualidade dos cuidados, permite informar as pessoas e estas observarem como os profissionais de saúde fazem, muito em especial os enfermeiros. A *performance* é a última linha orientadora, é um requisito das competências de qualquer profissional de saúde e é a excelência do ensino.

Os profissionais de saúde, muito concretamente os enfermeiros, utilizam variadas técnicas e métodos para identificarem as necessidades das diversas pessoas doentes. Muitas pessoas hesitam em questionar por terem dificuldade em colocar as suas dúvidas, por terem fracos conhecimentos e ter vergonha de se expor. Para educar existem vários modelos de ensino. O educador de enfermagem fazendo uso dos vários modelos, inicia o processo pela avaliação da situação e das necessidades da pessoa. Para em seguida de acordo com os diagnósticos, delinear as intervenções recorrendo maioritariamente à demonstração (Zalon, 2007).

O modelo de sistemas de Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflecte a natureza dos sistemas vivos enquanto sistemas abertos. A teórica considera que para cuidar uma pessoa a que ela chama *cliente* deve existir uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta. O *cliente* é definido como uma pessoa, mas também uma família, ou um grupo ou uma comunidade. O sistema aberto permite troca de energia e informação entre os seus elementos. É um sistema capaz de *input* como de *output* porque há troca de energia e informação entre o sistema e o *cliente*. O *output* funciona como o *feedback*, para acção correctiva, para alterar, melhorar ou estabilizar o sistema. Esta estabilização tem em vista o bem-estar. O bem-estar existe quando as partes do sistema interagem em harmonia e as necessidades do sistema são satisfeitas. Se existe desarmonia entre as

partes do sistema então não há satisfação das necessidades do mesmo em diversos níveis e surge a doença (Neuman, 1995). A autora na sua teoria defende a prevenção como intervenção, porque as intervenções são acções intencionais para ajudar o cliente a manter ou restabelecer a estabilidade do sistema. No caso do doente com enfarte agudo do miocárdio a prevenção terciária é a que mais se adapta, porque, centra-se no reajustamento tendo por objectivo a estabilidade do sistema. Para alcançar a estabilidade além dos cuidados imediatos agudos, há que de imediato pensar no futuro como refere Zalon (2007), existe circularidade de conceitos que se influenciam e dão origem a novos. Uma intervenção ou acção intencional, incluída na prevenção terciária, a enfatizar, é a educação para a saúde. Como educação terapêutica, que com intencionalidade, visa contribuir para que as pessoas sejam capazes de gerir a sua própria saúde de modo mais informado e sejam capazes de gerir o seu processo de doença de forma mais autónoma (Direcção Geral de Saúde, 2006).

Para que todo este processo possa funcionar, não podemos descorar a interacção entre o profissional, o enfermeiro, e o doente. Nesta relação que se pretende ser terapêutica, a tomada de consciência pelo doente dos seus sentimentos, assim como a tomada de consciência do enfermeiro e dos seus sentimentos, contribuem para a autoconsciência comum, contribuindo desta forma como uma força educativa, que utiliza o método de aprendizagem empírico tanto do doente como do enfermeiro (Peplau, 1995; Howk, 2005). A autora afirma que a enfermagem psicodinâmica é capaz de compreender o comportamento de uns para ajudar outros, recorrendo a quatro fases da relação. Através da necessidade sentida pelo doente e pedido de ajuda, surge a primeira fase da relação, esta pressupõe orientação. O enfermeiro permite a exploração de sentimentos de forma a ajudar o doente a passar pela doença como uma experiência que vai reorientar os sentimentos. Na exploração, durante a relação o doente tira toda a mais-valia que

lhe é oferecida e o enfermeiro projecta novos objectivos. Por último na resolução o doente vê objectivos resolvidos e adopta novos (Peplau, 1995; Howk, 2005). Ao longo destas fases por que passa a relação enfermeiro doente, o enfermeiro assume vários papéis, perante o mesmo. Os que apresentam especial importância no processo de educação são, o papel de professor e o de conselheiro. O papel de professor divide-se em duas categorias a educativa, que consiste em fornecer informação sobre o que o doente quer saber e a empírica. Nesta última, o enfermeiro utiliza a experiência do doente para desenvolver os produtos da aprendizagem. No papel de conselheiro o enfermeiro ajuda o doente a lembrar e compreender o que lhe está a acontecer, de forma que a experiência seja integrada e não dissociada de outras experiências (Peplau, 1995; Howk, 2005). Contribuindo desta forma para a construção de novas representações sobre o objecto em causa.

De facto os enfermeiros aprenderam a comunicar no seu dia-a-dia em situações extremas. Sendo obrigados a utilizar todos os seus recursos pessoais: atitude, tom de voz, humor, postura, firmeza, entre muitos outros. Para como diz Benner, (2001), tomar as coisas em mãos. Ou seja quando no papel de educador o enfermeiro tem que encorajar um doente/família a tomar conta de si mesmo, pode parecer uma função irrealista. Contudo nessa situação o enfermeiro não deve propor apenas informação. Ele tem que oferecer maneiras de enfrentar a situação e novas perspectivas face à mesma. Para dessa forma ser um bom educador e guia perante o doente/família (Benner, 2001).

Atendendo a que a educação para a saúde é uma intervenção terapêutica, porque tem implícito a intencionalidade de produzir algo na pessoa, as *guidelines* delineadas pelas sociedades científicas internacionais, focalizam na educação para a saúde da pessoa com enfarte agudo do miocárdio os conteúdos mais pertinentes. Desta forma é mandatório que os programas de reabilitação cardíaca incluam educação para a saúde, componentes de gestão de stress, retorno ao trabalho sempre que se aplique, entre outros. O

programa deve incluir também uma componente de visita domiciliária para monitorização do mesmo. Para que plano seja efectivamente um sucesso, há que ser considerado o estado físico e psicológico da pessoa, a natureza do trabalho e o contexto onde se realiza o mesmo. Há que ter em conta o tipo de enfarte se com complicações ou não, para perceber se podem voltar a conduzir, se podem viajar e quanto tempo depois do enfarte e ter também em atenção a legislação que existe no país. No retorno às actividades de vida normais as orientações dadas à pessoa devem ser fornecidas recorrendo à ajuda de tabelas de equivalência metabólica (METs) a pessoa deve ser educada a estimar a exigência física para as actividades e comparar nas tabelas de forma a perceber até onde pode ir e qual o esforço que pode empreender nas suas actividades. De certa forma é aconselhar a pessoa a monitorizar as exigências fisiológicas depois do enfarte. A prática do exercício físico é aconselhada mas deve ser feita uma avaliação por um especialista na área, contudo uma caminhada de cerca de 30 minutos dia é sempre uma actividade saudável. O suporte social e psicológico também está contemplado nestas linhas orientadoras. Como tal a pessoa deve ser ensinada a lidar com o stress, a família e amigos devem ser incluídos nos programas se o doente quiser, porque pode facilitar a compreensão do processo na sua globalidade. A actividade sexual é também uma actividade de extrema importância na reabilitação cardíaca e que é necessário ensinar a pessoa sobre quando pode reiniciar, como e quais os riscos. Em suma o programa deve abranger todas as actividades de vida e elucidar, informar, ensinar, educar as pessoas sobre o que podem fazer, como podem fazer e quais os comportamentos que devem adoptar para que possam viver com qualidade (NICE, 2007).

Resumindo, um dos objectivos da assistência realizada pelos profissionais de saúde às pessoas, e muito em concreto da assistência em enfermagem, é levar os doentes a participar activamente nos planos terapêuticos. Essa participação depende dos processos

de comunicação, importante instrumento terapêutico, a partir dos quais se estabelecem as relações de confiança necessárias para o doente e família diminuir o medo, a ansiedade e permitir que lutem pelo seu restabelecimento e auto-controlo, com dignidade. Nesse sentido os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, além da experiência no uso das tecnologias e do suporte psicossocial, devem estar atentos ao processo de comunicação para que o doente possa suportar os efeitos do acontecimento de doença, mantendo a percepção sobre si próprio e a sua realidade. O êxito da função de educação depende da capacidade que o profissional de saúde tem, para, fazendo uso da proximidade com a pessoa e família, conhecer as suas representações de enfarte, de doença, de saúde e de estilos de vida. Para através da relação terapêutica poder acontecer o desenvolvimento do auto-cuidado (Orem, 1995). Este como refere Orem na sua teoria é a prática de actividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecimento em benefício do próprio com a finalidade de preservar a vida, dar continuidade ao desenvolvimento e ao bem-estar individual (Taylor, 2004). Segundo a autora o conhecimento é uma das capacidades fundamentais para o auto-cuidado pois permite os seguintes factos no estado de alteração da saúde. Ter consciência e atender aos efeitos das condições da doença; levar a cabo efectivamente as orientações dos profissionais de saúde nomeadamente o tratamento e as medidas de reabilitação específicas para a doença.

Da relação terapêutica, pode surgir o interesse participativo do doente, tornando-se um agente operante no seu processo saúde-doença e não um mero observador. Passando a ter responsabilidade na sua recuperação, ou seja, é uma mais-valia no sucesso da reabilitação da saúde.

Consideramos que a reabilitação da saúde deve ser percebida como uma prática terapêutica e social. A forma como os doentes/famílias lidam com essas práticas é de mais importante, para delinear intervenções. Esse conhecimento pode ser encontrado

pela pesquisa das representações sociais em diferentes dimensões na diversidade dos grupos, permitindo uma abordagem terapêutica mais centrada sobre as pessoas que estão a vivenciar essa realidade.

3- TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: POSSIBILIDADE PARA A COMPREENSÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE

O projecto epistemológico da teoria das representações sociais encontra alguns constructos na interface com a psicologia de Piaget, na psicanálise de Freud, na etnografia de Lévy Bruhl e no conceito de representação colectiva de Durkheim. Antes de surgir a teoria das representações sociais o pensamento do senso comum era considerado como um conhecimento confuso, inconsciente, desarticulado e fragmentado (Doise, 2003). Comparativamente ao saber científico, o senso comum era considerado como um saber ingénuo, selvagem, profano. Foram estas distorções relativas ao saber do senso comum que levaram Moscovici a argumentar as suas inquietações científicas sobre o conhecimento do mesmo.

Moscovici no seu trabalho propõe a análise dos processos através dos quais os indivíduos, em constante interacção social, constroem as suas teorias sobre os objectos sociais mais diversificados, tornando viável a comunicação e a organização dos comportamentos (Moscovici, 1978). Nesta linha de pensamento as representações sociais alimentam-se não só da ciência, mas também das culturas, das ideologias formalizadas, das experiências e da interacção que ocorre no dia-a-dia. Desde logo é possível identificar no conceito, uma orientação para a compreensão das representações sociais, sobre quem produz os sistemas representativos e o porquê da sua produção trata-se, sobretudo de uma pesquisa à procura de sentidos atribuídos a um objecto de estudo. Dá-se então a génese do novo senso comum.

Estudos realizados por Ibáñez Gracia (1988), Jodelet (1994), Abric (1994), Vala (1997), entre outros, apontam para grande heterogeneidade de conceitos de representação social. Esta diversidade demonstra uma polissemia que se altera com as particularidades e perspectivas provenientes das investigações realizadas. Tal pode ser observado nos seguintes conceitos:

“... a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (Moscovici, 1978, p. 26).

“... é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo um objectivo prático e leva á construção de uma realidade comum a um conjunto social” (Jodelet, 1994, p. 36).

“... é um produto e processo de uma actividade mental pela qual um individuo ou um grupo reconstitui o real com que é confrontado e lhe atribui uma significação específica” (Abric, 1994, p. 188).

“... é um conteúdo mental estruturado, isto é, cognitivo, avaliativo, afectivo e simbólico, sobre um fenómeno social relevante, que toma a forma de imagens ou metáforas, e que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social” (Wagner, 1998, p. 3)

O conceito de representação social não pertence a uma única área de conhecimento, vinculando-se à psicologia e à sociologia, pelo que se trata de um conceito psicossocial. O qualitativo social surge no contexto de se tratar de uma forma de conhecimento que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre as pessoas. No que respeita ao conhecimento particular a que se refere Moscovici, trata-se do conhecimento do senso comum com o qual a pessoa constrói as representações sociais de forma compartilhada. O conhecimento do senso comum bebe em duas fontes. A primeira diz respeito ao conjunto de conhecimentos que tem origem nas tradições e experiências partilhadas na interacção. A segunda refere-se às imagens mentais e conhecimento científico alterado que serve o dia-a-dia.

Podemos referir que as representações sociais ao estudarem a acção do Homem comum, traduzem um saber prático, isto é, traduzem a forma como as pessoas sentem, assimilam, apreendem e interpretam o mundo.

Moscovici sistematiza três dimensões básicas nas representações sociais. A primeira dimensão, *a informação*, corresponde à organização do conhecimento de um grupo sobre o objecto social. A segunda dimensão, *o campo das representações*, refere-se à ideia de imagem, de modelo social, ao conteúdo concreto e limitado, isto é, está relacionado com a organização dos elementos já estruturados (Moscovici, 1978). A terceira dimensão diz respeito à *orientação de comportamentos e atitudes* que se tem acerca do objecto das representações sociais. Segundo Ibáñez Gracia (1988) é esta dimensão que dinamiza e orienta os comportamentos relativos ao objecto representado, dando origem a um conjunto de reacções emocionais que comprometem a pessoa com mais ou menos intensidade. Abric (2005) reforça a ideia anterior referindo que as representações sociais têm dimensões sensoriais, motoras, emocionais, cognitivas e linguísticas. Elas são construídas por percepções, sensações e emoções e não por palavras, mesmo que seja através delas que nos exprimimos.

Além da análise dimensional, Moscovici refere que as representações sociais também possuem uma estrutura dupla, o conceito e a figura. Porque a representação *“faz compreender a toda a figura um sentido e a todo o sentido uma figura”* (1978, p. 65). O processo que compreende e dá à figura um sentido, denomina-se, objectivação.

A objectivação permite ao investigador reconstruir a estrutura de uma representação, dispondo apenas do ponto de chegada, o senso comum. Então analisar o processo de objectivação, segundo Vala (2002) consiste *“em identificar os elementos que dão sentido ao objecto, a sua selecção de um conjunto mais vasto de conceitos, as relações entre esses conceitos (reconstrução de um esquema), a sua figuração e as modalidades*

que assume a sua naturalização” (p. 467). O processo de objectivação permite organizar, num padrão de relações estruturadas, os principais elementos de representação relativos ao objecto. Assim, a naturalização dos padrões relacionais, terminam o processo de objectivação e passam a ser vistos como reais e materialmente verdadeiros e também como categorias naturais, descritivas, explicativas e normativas (Vala, 1993). Em suma, a objectivação é o processo em que os elementos abstractos se objectivam em imagens concretas. Existe um processo de reagrupamento das ideias e imagens em torno de um mesmo assunto, como, saúde, doença, enfarte, estilos de vida. A objectivação é traduzir conceitos em imagens, é um mecanismo de assimilação, enquanto ancoragem faz parte do mecanismo de acomodação (Ibáñez Gracia, 1988).

Enquanto ocorre a construção da imagem icónica de um determinado objecto, é necessário ancorá-la a um sistema de pensamento já existente. Então surge a ancoragem que vem sempre junto de um pensamento ideológico e de uma construção histórica. Assim a ancoragem é uma segunda categoria de processos associados à formação das representações sociais. Os processos através dos quais o não familiar se transforma em familiar. E os processos através dos quais uma representação já formada se torna organizador das relações sociais (Vala, 2002). A ancoragem sugere acção:

“...é o mecanismo que permite enfrentar as inovações, bem como os objectos que não são familiares. Utilizamos as categorias que já conhecemos para interpretar e dar sentido aos novos objectos que aparecem no campo social” (Ibáñez Gracia, 1988, p. 50)

A ancoragem, pode preceder ou seguir o processo de objectivação, ela pode servir, no primeiro caso para integrar as novas informações em categorias que o sujeito já possui, fruto de experiências anteriores, ou na segunda hipótese, atribuir sentido a acontecimentos, comportamentos, pessoas, grupos ou factos sociais que assim *“exprimem e constituem as relações sociais”* (Moscovici, 1961, p. 318). A ancoragem serve à instrumentalização do

saber conferindo-lhe um valor funcional para a interpretação e a gestão do ambiente (Jodelt, 1989).

Vala refere que o conceito de ancoragem tem algumas afinidades com o conceito de categorização. Ambos funcionam como estabilizadores do meio e como redutores de novas aprendizagens. No entanto, na opinião do autor, o processo de ancoragem é mais complexo visto que a ancoragem leva à produção de transformações nas representações já constituídas, isto é, “*o processo de ancoragem é, a um tempo, um processo de redução do novo ao velho e reelaboração do velho tornando-o novo*” (1993, p.363).

Em suma, a ancoragem corresponde ao enraizar, ao assimilar das imagens criadas pela objectivação na mentalidade colectiva. As novas representações juntam-se às anteriores formando o que alguns autores designam por “*universo de opiniões*”. Essas representações passam a orientar as relações sociais e os comportamentos.

A objectivação e a ancoragem funcionam como um todo no processo de apropriação do real. As representações sociais dão sentido ao que pensamos, orientam e regulam o nosso comportamento.

No que respeita às funções das representações sociais, existem quatro, definidas por Moscovici e Abric. Na função do saber, elas servem para as pessoas explicarem, compreenderem e desenvolverem acções concretas do real. Na função de orientação, existem repercussões ao nível da explicação, as representações sociais são um guia dos comportamentos. Elas também prescrevem práticas na medida em que precedem o desenvolvimento de uma acção. Na função identitária as representações sociais permitem à pessoa construir uma identidade social, relativamente aos grupos de pertença ou não pertença. Na função de justificação as representações sociais permitem às pessoas explicarem e justificarem as suas opiniões e os seus comportamentos.

No atrás descrito fizemos uma abordagem dos aspectos teóricos mais relevantes da teoria das representações sociais, estruturada por Moscovici. Uma teoria geral “*sobre o metassistema de regulações sociais que intervêm sobre o sistema de funcionamento cognitivo*” (Doise, 1993, p. 157). Ao longo dos anos a forma genérica da teoria manteve-se, embora tenha sido complementada por outras abordagens. A teoria do núcleo central também denominada de teoria complementar, constitui uma das outras abordagens. Ela proporciona descrições mais detalhadas de estruturas hipotéticas, assim como explicações do seu funcionamento, compatíveis com a teoria geral.

Esta linha de pesquisa foi iniciada por Flament (1982, 1994) e por Abric (1987, 1994) e continuada por Guimelli (1989), Moliner (1994) e Sá (1996). Proporciona um corpo de proposições que contribuem “*para que a teoria das representações sociais se torne mais heurística para a prática social e para a pesquisa*” (Flament, 1989, p. 204).

De facto a teoria do núcleo central é uma teoria complementar como tal menor, contudo é uma das maiores contribuições a nível, conceptual e metodológico do estudo das representações sociais. Esta teoria foi proposta por Abric na sua tese de doutoramento em 1976, na Universidade de Provence sob a forma de hipótese. A hipótese surge na continuidade dos trabalhos realizados por Abric sobre as relações entre representações sociais e comportamentos. Segundo Abric (1994) e tendo por base os estudos experimentais desenvolvidos para a construção desta teoria complementar, as representações sociais possuem dois sistemas de significados. O sistema central e o sistema periférico.

O núcleo central desempenha no funcionamento das representações sociais duas funções:

“... *uma função geradora: ele é o elemento pelo qual se cria, ou se transforma, a significação dos outros elementos constitutivos da representação. É por ele que esses elementos tomam um sentido, um valor;*

... uma função organizadora: é o núcleo central que determina a natureza dos laços que unem entre si os elementos da representação. Ele é nesse sentido o elemento unificador e estabilizador da representação” Abric, 1994a, p. 22).

O núcleo central demonstra estabilidade *“ele constitui o elemento mais estável da representação, aquele que lhe assegura a perenidade em contextos móveis e evolutivos”* Abric, 1994a, p.22). O núcleo central é rígido, coerente, estável, consensual e define a homogeneidade do grupo, possui dimensões de organização e de significação dos elementos da representação.

O sistema periférico é um sistema funcional, constituído por elementos periféricos. A sua primeira função é a concretização do sistema central, no que respeita às tomadas de posição ou comportamentos. É um sistema mais sensível e fortemente determinado pelo contexto imediato. É mais flexível pelo que assegura função de regulação e adaptação do sistema central aos constrangimentos e às características que a pessoa está a enfrentar. Perante esta flexibilidade permite a integração na representação da componente individual, referente às experiências de vida da pessoa. Surgem assim representações sociais individualizadas organizadas em torno do núcleo central (Abric, 1994b; 2005).

Em suma, a compreensão da evolução e da organização de uma representação, exige a sua integração na dinâmica social, isto é, considerá-la como determinada pela estrutura da sociedade onde se desenvolve (Moscovici, 1961). A estrutura social remete para diferenciações e relações de domínio. As diferenciações sociais reflectem-se na construção de diferentes representações sociais de um mesmo objecto a nível das condições sócio-económicas e a nível dos sistemas de orientação através de: normas, valores, atitudes e motivações (Vala, 1993).

As representações sociais podem ser definidas como uma visão do mundo que permite aos indivíduos dar um sentido aos seus comportamentos e compreender a sua realidade. São elaboradas através e nas dinâmicas da comunicação, sendo responsáveis pelo duplo papel na sua própria formação, elas tornam o estranho familiar e o invisível perceptível (Doise et al, 2003). Os indivíduos segundo Vala “*não se limitam a receber e processar informação, são também construtores de significados e teorizam a realidade social*” (2002, p.457). No campo da saúde a utilização da teoria das representações sociais é, segundo Moreira et al, “*uma forma moderna de pensar a saúde*” (2003, p.122), porque através dela se podem explorar fenómenos responsáveis pela promoção, prevenção e tratamento especialmente no processo saúde-doença. Ainda segundo os mesmos autores as representações sociais permitem construir modelos explicativos para os fenómenos a estudar sendo possível identificar diferentes estratégias para enfrentar a doença utilizadas pelos doentes e pelos profissionais de saúde. Como salienta Jodelet (2001), é importante uma maior adesão à teoria das representações sociais nas pesquisas relacionadas com problemas de saúde como uma maneira de se conhecer comportamentos e crenças nessa área.

A saúde e a doença são “*objectos*” privilegiados no que se refere aos modos de esclarecimento e de conhecimento. Se existe algo acerca do qual cada um tem as suas próprias experiências e costumes é a doença, porque, mesmo quando se estabelece de forma aguda e passageira, coloca a todos a inevitabilidade da morte. Gadamer diz que “*A preocupação com a própria saúde é um fenómeno que nasceu com o homem*” (1996, p. 11).

O termo “*representação*”, nesse caso, aparece como sinónimo de “*interpretação*”, de “*concepção*” ou de “*entendimento*”, que vários contextos produziram acerca do que seria, sobretudo, a doença. Pode-se dizer que as representações, sem terem o

adjectivo “*sociais*”, são revestidas apenas da definição mais comum encontrada nos dicionários, isto é, da sua qualificação filosófica, que as define como, “*conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento*” (Ferreira, 1986:1220). Sem dúvida, esse conteúdo básico está na *episteme* das representações sociais, tendo em vista a correlação que faz com a capacidade possuída por qualquer Homem de produzir conhecimento. Sob a óptica das ciências sociais, todavia, a produção desse conhecimento só se concretiza como saber a partir da experiência prática da acção humana. Por isso, as representações sociais podem ser conceituadas como categorias de pensamento, acção e sentimento que expressam uma realidade, na medida em que a explicam, justificam ou questionam (Minayo, 1994).

Relativamente às pesquisas efectuadas na área da saúde e da doença, a experiência, em particular, no campo da antropologia e da sociologia, bem como os recursos que podem ser retirados da chamada História Cultural indicam que, diferentes grupos sociais experimentam concepções diversificadas relativas à etiologia das doenças, respondendo a uma lógica diferente da do saber das ciências da saúde (Williams, 1990). Segundo a mesma fonte, para interpretar os fenómenos corporais, as pessoas se apoiam em noções, símbolos e esquemas interiorizadas de acordo com o meio sociocultural. O profissional de saúde interpreta os sintomas das pessoas doentes no seu saber fundamentado nas ciências da saúde. O doente e a família possuem pontos de vista sobre os mesmos sintomas com base em um modelo explicativo que, embora individual, está enraizado na cultura de um grupo. A interrogação a respeito do que é saúde e doença não se reduz às informações médicas. A história da medicina demonstra de que maneira as relações entre o saber médico ou de outros profissionais de saúde e o senso comum se estabelecem nos dois sentidos, entre o pensamento erudito e o popular. As representações de saúde e de doença surgem articuladas às visões que as pessoas possuem do biológico e

do social. A importância da doença, da saúde, do corpo, dos fenómenos biológicos enquanto objectos metafóricos e enquanto suporte do significado da relação dos indivíduos com o social vem aumentando proporcionalmente ao avanço do crescimento do papel da ciência e da técnica biomédica (Herzlich, 1991). O modelo biomédico é também, em última instância, uma representação, contudo, é tão persuasiva e poderosa que, quase sempre, todos a tomam como certa. O modelo biomédico também gera uma corrente de imagens narrativas, o corpo como máquina e a doença como defeito mecânico, sendo que influenciam as noções colectivas acerca da saúde e da doença (Morris, 1998).

O papel das representações sociais, é importante porque pode ajudar a reconhecer a natureza e os limites com as quais os profissionais de saúde, a par dos avanços científicos, devem lidar para melhor realizar o seu trabalho a nível da prevenção, do tratamento e da promoção, tanto de doenças há muito conhecidas, como a doença coronária, como das que podem surgir no futuro, potenciadas pelas inovações Humanas.

A análise dos sentidos atribuídos à experiência de doença, em concreto ao enfarte agudo do miocárdio, dado pelas pessoas/família que a têm e pelos profissionais de saúde que cuidam dessas pessoas, contribuem de forma positiva para esclarecer aspectos relativos, ao ter a doença e viver com ela após a fase aguda. Sendo o enfarte uma doença aguda, é importante perceber as experiências privadas e do quotidiano e os factores que afectam essas experiências. O enfarte agudo do miocárdio apreende-se num contexto de interacção e relações grupais e simultaneamente em algo vivido, individual e profundamente. Como salienta (Jodelet, 2009) o campo de estudo das representações sociais, permite uma aproximação adequada, aos fenómenos relacionados com saúde/doença. Logo conhecer as representações sociais de enfarte agudo do miocárdio, dá visibilidade às experiências privadas e colectivas da doença.

PARTE II - A PROBLEMÁTICA

O aumento da esperança de vida, conseguido através do desenvolvimento social em geral e do progresso das ciências da saúde em particular, originou uma crescente prevalência de doenças crónicas, das quais as doenças cardiovasculares, em particular a doença coronária são um bom exemplo, especialmente nos chamados países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento. Contudo o desenvolvimento nem sempre é sinónimo de melhor saúde. Os estilos de vida e os comportamentos adoptados pelas pessoas ao longo do ciclo vital interferem grandemente no aparecimento cada vez mais cedo das doenças cardiovasculares. Aumentando a mortalidade nas faixas etárias mais jovens e deixando os mais idosos em situação de doença crónica.

Os estudos desenvolvimentos na área das ciências da saúde vieram provar que a morte ocorrida em idades precoces, no mundo ocidental, não se deve a uma fatalidade do destino, mas antes a doenças causadas ou agravadas pela ignorância das causas reais que a elas conduzem. Os comportamentos de grande parte da população, como o sedentarismo, a falta de actividade física diária, a alimentação desequilibrada, o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, entre outros constituem hoje factores de risco possíveis de evitar ou corrigir. Se assim não for constituem factores de risco de doenças cardiovasculares.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte a nível mundial, cerca de 16,7 milhões de mortes todos os anos, sendo que 7,2 milhões acontecem devido a doença coronária, 5,5 milhões por doenças cérebro vasculares e os restantes por outras doenças cardiovasculares. Na Europa constitui também a primeira causa de

morte entre homens e mulheres. Correspondendo a cerca de metade das mortes ocorridas, com 4,35 milhões de mortes por doença coronária nos 52 estados membros da região Europeia da Organização Mundial de Saúde e cerca de 1,9 milhões mortes por doença coronária na União Europeia. De salientar que esta representa também uma das principais causas de incapacidade e má qualidade de vida (Carta Europeia do Coração, 2008).

Numa análise geral e recente pela Europa, a mortalidade está a baixar na maioria dos países do norte, sul e oeste, já o mesmo não acontece na Europa central e de leste em que está a aumentar. Perante estes valores há que referir que, na globalidade, a doença coronária está a aumentar. Este fenómeno deve-se a alguns factores de risco considerados epidemias do século, nomeadamente a obesidade e a diabetes. Mas também é verdade que existem cada vez mais pessoas, a viver mais anos com a doença. O desenvolvimento da ciência e tecnologia permitem o aumento da longevidade, ainda que como doentes crónicos (Foundation e European Heart Network, 2005).

Também em Portugal a doença cardiovascular é a primeira causa de morte, sendo responsável por cerca de 36% de todas as mortes ocorridas anualmente, uma taxa superior à do conjunto de todas as formas de cancro. Cerca de 9000 pessoas morrem anualmente por enfarte agudo do miocárdio (Direcção Geral de Saúde, 2001).

Dados relativos ao ano de 1998, comparando os resultados de Portugal aos melhores observados nos estados membros da União Europeia, relativos à mortalidade, mostram que, antes dos 65 anos de idade, para o indicador de saúde mortalidade prematura por doença coronária, é o da França o melhor, com 12,7 por cada 100.000 habitantes, sendo o valor de Portugal 19,0 (Direcção Geral de Saúde, 1998). Segundo a mesma fonte, a taxa de mortalidade por enfarte agudo do miocárdio, no grupo etário dos 45 aos 65 anos, com 53 por 100 000 habitantes em 1998.

Este grupo etário tem uma importância particular porque se trata de um grupo de pessoas socialmente activas e ainda porque é neste grupo que se encontra a maior taxa de mortalidade. Isto é, quanto menos idade, maior é a probabilidade de doença coronária ser fatal.

A doença coronária surge quando as artérias coronárias começam a diminuir o seu calibre ou ficam bloqueadas reduzindo a passagem de oxigénio para o miocárdio, por interrupção ou deficiente fluxo sanguíneo, gerando síndrome coronária aguda, que pode apresentar-se como: angina instável, enfarte agudo do miocárdio ou morte súbita. O enfarte agudo do miocárdio surge de forma traiçoeira, sem aviso. Contudo não é nesse momento que a doença se inicia. O organismo vai acumulando os resquícios de uma vida mais ou menos regrada, ou mais ou menos desregrada e chega uma altura que de forma abrupta dá sinal. É um enigma para uns e uma forma de castigo para outros, de acordo com o estilo de vida levado ao longo dos anos. Pode também ser uma herança pesada.

Perante a evidência dos dados atrás mencionados a Direcção Geral de Saúde propôs-se, através de medidas descritas no Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares atingir os valores metas. Dentro dos eixos prioritários, nos indicadores e metas do programa, destacamos o eixo I denominado *Promover a saúde e prevenir a doença*, no qual é dado especial realce à doença coronária e às metas para 2010.

A maioria dos estudos de natureza epidemiológica da doença coronária realizados incide em pessoas com mais de 45 anos. Contudo, com base na pesquisa efectuada verificamos que os valores para idades inferiores referenciam um número crescente de casos, proporcional à mortalidade, para o mesmo grupo, sobretudo nos homens. Comprovando-se esta tendência pela análise dos dados disponíveis na Direcção Geral de Saúde no ano 2001. Segundo essa fonte, morreram em Portugal 9.077 pessoas vítimas de doença coronária, sendo 4.949 homens e 4.128 mulheres. É possível observar que

existe uma diferença significativa na distribuição por sexo relativamente aos grupos etários, ou seja, morrem mais homens nos grupos etários dos 35 aos 44 anos; dos 45 aos 54 anos; dos 55 aos 64 anos e dos 65 aos 74 anos, invertendo-se a tendência no grupo etário com mais de 75 anos em que as mulheres morrem mais. Estes dados são explicados pelos estudos realizados ao longo dos anos, os quais demonstram a importância da protecção hormonal a que a mulher está sujeita até à idade da menopausa, sendo que é a partir dessa altura que a doença se começa a desenvolver, dando sinal mais tarde na mulher do que no homem. Contudo alguns estudos têm demonstrado que esta realidade está a alterar-se, devido ao estilo de vida das mulheres (Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women, 2007). Agora elas têm comportamentos semelhantes aos dos homens, concretamente, relacionados com o factor de risco tabagismo. As mulheres tendencialmente estão em equilíbrio com os homens quanto a este factor de risco, no entanto suplantam os homens em alguns períodos do ciclo vital. Em Portugal as adolescentes até aos 15 anos apresentam taxas de 26%, enquanto os adolescentes apresentam taxas de 18%. Estes valores nas raparigas associados à toma de anti-contraceptivos cada vez mais cedo, reflectem-se na vida adulta negativamente (World Health Organization, 2002). Também os hábitos alimentares, o sedentarismo e o papel activo na sociedade levando a altos níveis de stress influenciam o aparecimento cada vez mais cedo de doença coronária nas mulheres.

Assim quando a pessoa sofre um enfarte agudo do miocárdio entra no Hospital e fica internada, o mundo que está lá fora é deixado para trás, abrindo-se a porta de um mundo novo, a unidade de internamento. A nova experiência de vida leva-o a reflectir sobre a condição de pessoa doente, caindo numa nova situação social, com experiências singulares que possibilitam a construção de uma diversidade enorme de significados e códigos simbólicos. Estes permitem aos sujeitos construir representações sobre o

enfarte, que irão influenciar os diferentes modos de vida e práticas de saúde. O enfarte agudo do miocárdio assume-se como potencialmente fatal, constata-se que é uma situação com a qual as pessoas têm dificuldade em lidar. O medo de saber que têm uma doença grave, e que a vida está em risco provoca inevitavelmente alterações ao nível de pensar o futuro. Está latente o receio de não conseguir a concretização de planos e projectos de vida.

Neste contexto, as representações sociais de enfarte agudo do miocárdio da pessoa, também interferem na forma de encarar a doença. A forma como ela surge, abruptamente, é percebido como um obstáculo no percurso de vida, porque pode ameaçar grandemente a qualidade de vida. As vivências pessoais, familiares e da comunidade podem estar intimamente ligadas a comportamentos de risco, com forte componente de responsabilidade pessoal (a alimentação, o tabagismo, o álcool, o stress entre outros).

Trabalhar com pessoas que sofreram enfarte agudo do miocárdio não é fácil, sobretudo se forem do grupo etário do 45 aos 65 anos. São pessoas activas do ponto de vista profissional, familiar e social com vivências singulares da doença. Ao serem confrontados com a realidade pelos profissionais de saúde têm dificuldade em aceitar o que lhes aconteceu. Compreender as dimensões que definem determinados tipos de comportamentos, no âmbito das relações intra e inter-grupos, permite conhecer as diferentes representações sociais de enfarte agudo do miocárdio, assim como conhecer aspectos subjectivos mediados a partir de elementos centrais das referidas representações sociais.

É provável, que as representações sociais de enfarte agudo do miocárdio, são diferentes segundo o olhar dos profissionais de saúde e o olhar da pessoa. Na interacção que surge nesse cruzar de informações pode acontecer um fosso de compreensão, ou melhor, de confrontos de conhecimentos, de senso comum com o conhecimento cientí-

fico/reificado. Cada um traz crenças e representações construídas e compartilhadas dos grupos a que pertencem.

Existe necessidade de compreender a pessoa e a família de uma forma mais global, e utilizar a relação entre o que cuida e o que é cuidado com vista a promover a saúde e a prevenir comportamentos de risco, que possam conduzir a novo enfarte. Segundo o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares 2004-2010, deve-se encorajar a pessoa a ser responsável pela sua própria saúde. Para que isto aconteça é necessário que o profissional de saúde conheça o que representa enfarte para a pessoa que têm de cuidar. O profissional de saúde, não pode refugiar-se no escape da falta de tempo, pois quem cuida presta bons cuidados mesmo sem ter tempo. O cuidado implica compreensão do ser humano nos seus direitos, na sua especificidade, na sua integralidade. Orientar-se pelo cuidado é romper com a lógica de formação excessivamente baseada na hegemonia biomédica, no autoritarismo das relações, no poder construído a partir de um saber que silencia outros. O profissional de saúde deve deixar de se centrar em si e nos seus problemas, para, enquanto desempenha as suas funções, pôr em prática competências de todos os níveis, não se limitando apenas a meias palavras e cuidados técnicos. Há que pensar que quando contactamos com a pessoa e família após enfarte agudo do miocárdio, podemos e devemos pôr em prática de imediato competências que iniciam a sua recuperação. Pensar nas questões envolvidas no processo saúde-doença requer não pontuá-la unicamente numa visão que considere apenas o aspecto biomédico, encerrando-as numa medicina que se tornou tecnológica, mas pensar, numa perspectiva que considere o sentido a partir da experiência de cada um, e do que representa estar doente. A compreensão das práticas de saúde do ponto de vista dos profissionais de saúde, dos doentes e das famílias dá acesso à própria compreensão da saúde. Passando esta perspectiva pela capacidade de ver o outro de forma humanizada, livre de

preconceitos e/ou ideias pré-concebidas. Porque de facto as desigualdades entre pessoas de diferentes grupos sociais é real e as consequências dos comportamentos de risco, estão espelhadas nas vivências de cada um e são realidades com as quais os profissionais lidam diariamente. Esta realidade também não pode ser negligenciada na recuperação/reabilitação e promoção de saúde das pessoas.

A forma como as pessoas vivem, as escolhas que fazem, é parte do que chamamos estilo de vida. Dizemos parte porque algumas das opções que fazem estão relacionadas com o contexto no qual vivem, com a cultura da região, com os hábitos que são adquiridos nos ambientes familiar e social e com o conhecimento acumulado sobre saúde que se dispõe em determinados momentos. Todos são estilos de vida, só que uns podem causar problemas de saúde e podem ser alterados. Falar em estilos de vida é o mesmo que falar em como a pessoa se relaciona com ela mesma, com os outros e com a natureza. Construir uma vida saudável implica alterar comportamentos e adoptar certos estilos de vida como é o caso da actividade física, da alimentação saudável, aprender a enfrentar condições ou situações adversas e também estabelecer relações afectivas solidárias, adoptando uma postura de ser e estar no mundo com o objectivo de bem-estar e de bem viver. Compreender a importância do estilo de vida para a saúde é ampliar esta concepção de vida saudável e dar passos importantes neste caminho que nos leva à sua construção. É agir em favor de uma saúde que se faz e se melhora a cada dia. É promover saúde. Adoptar hábitos de vida saudáveis é contribuir para o estabelecimento de relações mais solidárias, é participar da criação de políticas públicas que incidam positivamente na saúde de todos e, sobretudo, é ser capaz de lidar com o mundo de uma forma positiva.

Por tudo o que foi dito e também porque somos pessoas de risco devido à herança pesada, consideramos pertinente e oportuno estudar esta temática.

Assim para desenvolver o estudo exposto neste relatório apresentamos o objecto de estudo, a finalidade do mesmo e para a compreensão do fenómeno as questões formuladas.

O objecto de estudo é, as representações sociais de enfarte agudo do miocárdio.

A finalidade do estudo é, conhecer as representações sociais dos doentes, famílias e profissionais de saúde para, através delas, propor um modelo de intervenção terapêutica, centrado num saber espontâneo capaz de considerar a carga afectiva e imaginária do enfarte agudo do miocárdio.

Para tal elaborámos as seguintes **questões de investigação**:

1ª - Quais as representações sociais sobre enfarte agudo do miocárdio elaboradas por doentes, famílias e profissionais de saúde, que definem as práticas de saúde adoptadas?

2ª - Quais as representações sociais que são consensuais ou divergentes nos grupos estudados?

3ª - Que modelo de intervenção terapêutica adoptar face às representações sociais identificadas?

PARTE III – METODOLOGIA

Estudar representações sociais é complexo, daí a pertinência de adoptar uma perspectiva plurimetodológica. Esta opção tem um sentido de procura de uma aproximação da polissemia dos significados que emergem da interacção que surge entre os participantes, em torno do objecto de estudo. Sobre abordagem plurimetodológica temos como ilustração clássica na área das representações sociais a efectuada por Jodelet sobre Loucura. Um trabalho emblemático e exemplar na pluri-metodologia. Tanto no que se refere às técnicas de recolha de dados como ao tratamento dos dados.

O investigador nestas pesquisas não se centra apenas nos conteúdos, adopta um percurso que passa pela escolha de procedimentos, pela elaboração de instrumentos e pela organização da análise, até conseguir chegar à apreensão das representações. Neste sentido o que reveste as metodologias de similaridade é a tentativa de descodificação dos significados simbólicos dos seus conteúdos. Tornou-se nossa intenção não só apreender mas também compreender os sentidos das representações sociais de enfarte agudo do miocárdio, de doentes com enfarte, de familiares de doentes com enfarte e de profissionais que cuidam do doente com enfarte.

O estudo que desenvolvemos, tem carácter exploratório, descritivo e explicativo, visa apreender e compreender as representações sociais considerando as divergências e convergências destas entre os grupos, assim como as funções que as mesmas exercem nas pessoas e na prática profissional. Podemos afirmar que o estudo se enquadra no paradigma qualitativo, contudo, recorrendo a alguns procedimentos de análise de carácter quantita-

tivo. Porém, é preocupação constante do investigador a compreensão dos comportamentos humanos.

O estudo desenvolveu-se fundamentalmente em duas fases, cada uma com diferentes etapas de construção dos dados e da análise. Uma que nos deu a análise estrutural das representações, a outra que forneceu a análise dimensional-processual.

Apresentamos em seguida todos os procedimentos adoptados na pesquisa, de forma a dar visibilidade ao que foi construído, passando pelo estudo piloto que antecedeu a pesquisa e que teve como objectivo principal contribuir para a organização do desenho metodológico. Este será posteriormente comentado.

1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O campo de pesquisa foi composto por duas organizações de saúde. Um Hospital Distrital na região Alentejo (Hospital A) com serviço de cardiologia e unidade de cuidados intermédios cardíacos. Neste atendiam-se doentes com enfarte agudo do miocárdio e desenvolvia-se tratamento conservador, trombólise e posterior encaminhamento dos doentes, quando necessário, para unidades diferenciadas que possuísem cuidados diferenciados a nível de diagnóstico e tratamento. A outra organização de saúde, foi um hospital da zona de Lisboa (i.e., Centro Hospitalar Lisboa Ocidental -Hospital L). Neste local o atendimento do doente com enfarte possuía todas as valências. Nomeadamente, hemodinâmica para realização de cateterismo cardíaco como método de diagnóstico e tratamento e ainda cirurgia cardíaca. Esta opção de duas organizações de saúde deve-se à possibilidade de abrangência dos participantes e do tipo de meios oferecidos. Tal diversidade deu oportunidade a um maior levantamento de possíveis consensos e divergências nos grupos em estudo, o que permitiu uma análise mais rica.

1.1 – Participantes no Estudo

Em relação aos participantes no estudo, adoptamos como critério três pólos de relação. O doente com enfarte, a respectiva família e os profissionais de saúde que os cuidam. No que se refere à amostra, para o instrumento questionário, definimos o mes-

mo número para os doentes, família e profissionais de saúde. Nas entrevistas o número total de participantes por grupo, surgiu da saturação dos dados, ver quadro 1.

Quadro 1 Participantes no estudo

ORGANIZAÇÃO DE SAÚDE	HOSPITAL A			HOSPITAL L			TOTAL
	DOENTES	FAMÍLIA	PROFISSIONAIS DE SAÚDE	DOENTES	FAMÍLIA	PROFISSIONAIS DE SAÚDE	
GRUPOS							
QUESTIONÁRIO	35	35	35	35	35	35	210
ENTREVISTA	28	18	20	29	5	20	120

A opção de três grupos surgiu por considerarmos serem intervenientes directos em todo o processo, o que os torna representativos na dinâmica das representações sociais referentes ao enfarte agudo do miocárdio.

Na composição dos grupos os participantes surgiram de acordo com os seguintes critérios:

- Grupo dos doentes com enfarte, os critérios de inclusão foram, estar internados em um dos serviços de cardiologia das organizações de saúde escolhidas, ter como diagnóstico médico enfarte agudo do miocárdio, aceitarem participar no estudo depois de devidamente informados. Foram excluídos doentes hemodinamicamente instáveis e desorientados no tempo e no espaço;

- Os outros dois grupos, família e profissionais de saúde, os critérios de inclusão foram, ser familiar do doente com enfarte e aceitar participar na pesquisa, ser profissional de saúde a exercer funções nos serviços de cardiologia das organizações escolhidas e aceitar participar na pesquisa.

Após definição dos critérios de inclusão e exclusão, dos participantes do estudo, foi necessário definir a amostra, uma vez que estudar a população toda, se tornava demasiado longo, exaustivo e dispendioso. Assim a amostra foi constituída pela técnica de amostragem não probabilística acidental, nos grupos dos doentes e da família. Este tipo

de amostragem é formado por sujeitos da população facilmente acessíveis e que estão presentes num determinado local. Os sujeitos são incluídos no estudo à medida que surtem num determinado local (Fortin, 1999). Ou seja, todos os elementos da população têm a mesma probabilidade de fazer parte da amostra.

Para o grupo dos profissionais de saúde a técnica utilizada foi a de amostragem por quotas. A opção por esta técnica prendeu-se, com a necessidade de tentar obter uma representatividade suficiente, tentando reproduzir na amostra as distribuições de determinadas variáveis (Ghiglione & Matalon, 2001). Estamos a falar muito em concreto, de em um hospital, só existirem sete médicos e sete técnicos de cardiopneumologia no serviço. Relativamente aos enfermeiros o número era superior nos dois serviços, mas foi decisão nossa a cota de 21 por serviço. Nesse sentido tentámos equilibrar a variável profissão. Ou seja, dado o universo dos dois serviços, definimos aplicar questionários a 14 médicos, 14 técnicos de cardiopneumologia e 42 enfermeiros, perfazendo um total de 70 profissionais de saúde.

Relativamente à amostra para realização da entrevista, foram entrevistados 28 doentes, 18 familiares e 20 profissionais de saúde. No grupo dos profissionais de saúde foram entrevistados 10 médicos, 6 técnicos e 24 enfermeiros. Todos os sujeitos entrevistados responderam ao questionário. De salientar que, as técnicas de amostragem foram as mesmas, contudo o número de participantes decorreu da “*saturação*” dos dados (Sá, 2000, p.92).

1.2 – Instrumento de Recolha de Dados

A recolha de dados pode ser efectuada de forma directa ou indirecta, no estudo optamos por realizar esta etapa recorrendo às duas formas. A recolha de dados de forma

indirecta consiste na recolha através, por exemplo, de questionário, instrumento por nós utilizado. A recolha de forma directa pode acontecer através de entrevista, outro método utilizado no estudo. Em suma, a recolha de dados, tem por objectivo recolher junto dos sujeitos o máximo de informação acerca do objecto em estudo (Quivy & Campenhoudt, 1999; Fortin, 2000; Ghiglione & Matalon, 2001).

Questionário

O questionário como técnica de recolha de dados pressupõe um instrumento rigorosamente estandardizado, tanto no texto das questões, como na ordem das mesmas. É importante que as questões sejam colocadas da mesma forma a todas as pessoas para poder existir comparabilidade entre os participantes no estudo. Torna-se necessário que as questões sejam claras, precisas, concisas e sem ambiguidades, para que a pessoa saiba exactamente o que se espera dela, sem ser necessário adaptações ou explicações adicionais (Ghiglione & Matalon, 2001).

No sentido de recolher a informação mais pertinente elaboramos três questionários: um para os doentes com enfarte questionário A, outro para a família do doente com enfarte questionário B e outro para os profissionais de saúde questionário C. Os questionários diferem entre si na primeira parte, variáveis sócio-demográficas, de acordo com os grupos em estudo. A segunda parte é igual nos três instrumentos, é constituída por seis afirmações, com uma expressão indutora cada. Utilizou-se a técnica de associação livre de palavras criada por Jung em 1905 e desenvolvida posteriormente por outros autores como, por exemplo, Vergès (Vergès, 1992; Sá, 2003). Esta consiste em solicitar aos participantes que escrevam no instrumento, livre e rapidamente, palavras que lhe venham imediatamente à lembrança quando são confrontados com o estímulo (Oliveira, 2005). Neste estudo as palavras-estímulo chamadas de termo ou expressão indutora utilizadas no questionário foram: “enfarte agudo do miocárdio”, “saúde”, “doença”, “esti-

los de vida”, “comunicação” e “informação”. Pediu-se aos participantes que escrevessem até seis palavras e adicionalmente solicitou-se que assinalassem das palavras escritas para cada estímulo a que considerassem mais importante. Nesta perspectiva a disponibilidade para evocar a mais importante é na memória semântica de extrema relevância para a determinação dos elementos centrais e periféricos, permitindo assim identificar a estrutura das representações sociais, nomeadamente sistema central e periférico (Abric, 1976; 2004). Este instrumento contribui para uma estrutura que em permanente dinâmica influencia a ancoragem e o campo das representações sociais. As diferentes evocações, uma vez listadas, vão originar um conjunto heterogéneo de unidades semânticas. Segundo Bardin (2009) o conjunto de unidades exige um trabalho de classificação que facilita as análises descritivas e explicativas necessárias para alcançar a representação do objecto em estudo.

A validação do instrumento de recolha de dados foi efectuada numa primeira fase junto dos orientadores do estudo. Posteriormente foi testado num estudo piloto, composto por 55 participantes. Através deste estudo foi possível fazer uma avaliação da clareza das expressões indutoras, assim como, determinar o tempo médio de utilização para dar resposta ao solicitado no instrumento, em média 30 minutos. Após realização do estudo piloto, com base nos resultados na orientação fornecida pelos orientadores, tendo sempre presentes as questões norteadoras, foram introduzidas alterações que sentimos pertinentes para a operacionalização do instrumento. A mais significativa foi a redução do número de expressões indutoras de seis para uma no instrumento final (anexo A). Considerou-se que as expressões indutoras retiradas induziam em erro nas respostas e eram redundantes na globalidade do instrumento.

Entrevista

A entrevista foi a outra técnica por nós utilizada. Existem diferentes formas de entrevistas, diferindo sobretudo nos processos de comunicação e interacção. Na entrevista existe contacto directo entre o entrevistador e o entrevistado. Permitindo uma relação face a face. O entrevistador deve ser capaz de conquistar o entrevistado através de uma boa relação. Contudo tem que saber manter neutralidade e distância relativamente ao mesmo. Não se deve envolver pessoalmente de forma a obstar à sugestão e à indução de repostas (Silva & Pinto, 1986; Quivy & Campenhoudt, 1999; Ghiglione & Matalon, 2001). Optamos por realizar uma entrevista centrada (Quivy & Campenhoudt, 1999). Este tipo de entrevista, segundo os autores, tem por objectivo analisar o impacto de um acontecimento ou de uma experiência sobre quem a sofreu ou assistiu. O entrevistador dispõe de um conjunto de tópicos relativos ao tema que está em estudo. Os tópicos têm que ser obrigatoriamente abordados, contudo podem surgir de forma livre no decorrer da conversa. Ghiglione & Matalon (2001) referem-se a este tipo de entrevista como semi-directiva. Os autores dizem que existe um esquema de temas sobre determinado assunto de resposta obrigatória, mas a ordem de abordagem é livre. Foi organizado o guião de entrevista que incluía na primeira parte, questões directivas para variáveis sócio-demográficas e caracterização dos participantes. Na segunda parte continha 10 questões temáticas relacionadas com os conteúdos e dimensões das representações sociais de enfarte agudo do miocárdio (anexo B).

A entrevista complementa o outro método, na medida que permite conhecer outros conteúdos relativos ao objecto de estudo, como por exemplo, os sociais, os culturais, aspectos de ordem afectiva e os referentes às práticas de saúde dos diferentes grupos em estudo. De salientar que o guião foi igual para os três grupos em estudo. A entrevista foi gravada em suporte áudio, pelo que foi sempre solicitada autorização aos

participantes. Todas as entrevistas foram realizadas pela investigadora. No hospital A foram realizadas num pequeno gabinete, mas, conferia privacidade, possuía boa luminosidade e permitia que a entrevistadora se colocasse no vértice de uma secretária em posição oblíqua com o entrevistado, facilitando a interacção e a ocorrência do mínimo de interferência de barreiras físicas ou humanas (Quivy & Campenhoudt, 1999; Fortin, 2000; Ghiglione & Matalon, 2001). No hospital L, estas foram realizadas num espaço amplo, arejado e com boa luminosidade. Não existia secretária pelo que a entrevistadora se sentava numa cadeira igual à do entrevistado e numa posição de ligeira lateralidade, permitindo o contacto face a face sem contudo entrar demasiado no espaço íntimo do entrevistado.

1.3 - Considerações Éticas

Foram elaborados cartas de apresentação do projecto e pedido de recolha de dados, dirigidas às organizações hospitalares escolhidas para a realização dos mesmos. Após a autorização deu-se início à colheita de dados, respeitando todos os procedimentos éticos e legais. Relativamente à aplicação do questionário foram assegurados todos os procedimentos éticos. O questionário era precedido do consentimento informado que continha informação escrita, identificava a investigadora, fornecia dados sobre a investigação e modo de preenchimento do questionário. A investigadora assegurou, sobre compromisso, que os dados recolhidos se destinavam apenas para fins da investigação e foi garantida a confidencialidade e anonimato. Os sujeitos foram também informados do modo de preenchimento. No final existia espaço para assinatura, certificando que tinha sido informado. O consentimento foi dado livremente.

Relativamente às entrevistas, o bem-estar físico e psicológico dos sujeitos esteve sempre protegido, o consentimento informado foi dado livremente após a investigadora se apresentar e informar sobre: objectivos da investigação e colaboração solicitada. No hospital A, as entrevistas foram realizadas na sala onde se realizavam as provas de esforço. Era uma sala arejada, com boa luminosidade, com espaço restrito mas suficiente para que os dois intervenientes na entrevista estivessem confortáveis, permitindo privacidade e uma boa comunicação. No hospital L, as entrevistas foram realizadas numa sala que estava reservada para os médicos observarem doentes externos. Era uma sala arejada, ampla, com boa luminosidade permitindo igualmente o conforto dos intervenientes, a privacidade e boa comunicação. Nas diferentes etapas da pesquisa esteve sempre presente o cuidado que assegurou aos participantes o anonimato.

1.4 – Recolha de Dados

Estudo piloto

Realizamos um estudo piloto, com o objectivo de avaliar a consistência e funcionalidade do instrumento ao nível do conteúdo, avaliando o texto (se estava legível e compreensível, se estava ortograficamente bem elaborado) e do formato (equilíbrio gráfico e legibilidade). O instrumento era constituído por duas partes: uma direccionada à recolha de dados sócio-biográficos e a outra composta por seis afirmações. Cada afirmação continha uma expressão estímulo. Optámos por um método de amostragem não aleatório, amostra intencional. Neste tipo de amostra o investigador identifica características da população que lhe interessam e localiza pessoas com essas características (Fortin, 2000; Ghiglione & Matalon, 2001). Amostra ficou constituída por 55 sujeitos de Évora que apresentavam dois ou mais factores de risco de enfarte agudo do miocárdio.

dio. As conclusões do estudo piloto apontaram para correcção de aspectos de forma e conteúdo. Surgiram dúvidas e dificuldades de compreensão no preenchimento, relativas às afirmações cinco e seis. Percebemos, que a quantidade de expressões indutoras era excessiva, e que duas delas eram confusas e redundantes, o instrumento ficou com quatro afirmações e quatro expressões indutoras. Verificamos igualmente que o uso de um único instrumento seria pobre em termos de dados para os objectivos do estudo que pretendíamos realizar. Pelo que decidimos introduzir outra técnica, a entrevista. Reformulamos o instrumento e redesenhámos a metodologia a seguir.

Estudo

Após reestruturação do instrumento foi realizada a recolha de dados em duas etapas. A primeira correspondeu à aplicação do questionário, usando a técnica da associação livre de palavras. Os participantes registavam no instrumento, livre e rapidamente até seis palavras que lhe vinham de imediato ao pensamento perante a expressão indutora **“enfarte agudo do miocárdio”**. As instruções de preenchimento constavam na primeira página do questionário, onde também era solicitado o consentimento. Adicionalmente foram fornecidas instruções individualmente a cada participante no momento do preenchimento. Logo que os questionários foram recolhidos, foram numerados procedendo à codificação individual, da qual constava o grupo de participante e as variáveis sócio-demográficas num total de cinco dígitos, correspondendo cada um a uma variável. O grupo 1 representa o doente com enfarte agudo do miocárdio, o grupo 2 representa a família do doente com enfarte agudo do miocárdio e o grupo 3 refere-se aos profissionais de saúde que cuidam do doente com enfarte agudo do miocárdio (enfermeiros, médicos, técnicos cardiopneumologia).

1.5 – Análise dos Dados

A informação recolhida através dos questionários inicialmente foi alvo de análise de conteúdo. Começamos por fazer a codificação dos dados. Em seguida fizemos a listagem, por expressão estímulo, de todas as palavras encontradas nos questionários de cada grupo. Depois construímos um *dicionário*, agrupando semanticamente as palavras. Ou seja, elaborámos um *dicionário* onde categorizamos todas as palavras, ou expressões que os participantes evocaram, seguindo como critério a semântica da palavra ou expressão. Com o *dicionário* feito construiu-se uma base de dados no *Software Excel®* para cada expressão indutora, e por grupo, assinalando a palavra enunciada pelos participantes como mais importante com um asterisco à esquerda da palavra código. De salientar que *dicionário* construído foi validado por duas peritas, uma, Professora doutorada em Antropologia e outra Professora Mestre em Ciências da Enfermagem. Estas analisaram o agrupamento semântico das palavras, sugeriram pequenas alterações que foram tidas em consideração. Só com estas bases de dados construídas foi possível lançar os dados no *software Evoc (Ensemble de Programmes Permettrant L'Analyse des Évocations)*. Este tem como finalidade fundamental fornecer os elementos do núcleo central e sistemas periféricos. Este *software* fornece, entre outros dados, a estrutura da representação social. Nesta sequência foi criada uma base de dados, para cada grupo, equivalente a 3 bases de dados. Deste processamento surgiram 3 tabelas para análise.

Na continuidade do processamento efectuado pelo *Software Evoc*, foi realizado outro processamento pelo *Software SIMI2000 (Analyse de similitude)* para proceder à análise de co-ocorrências de pares de elementos por participante, o que permite a visualização das co-ocorrências de categorias por resposta e de como estas se relacionam em

novas co-ocorrências, permitindo visualizar em forma de gráficos a caracterização da estrutura da representação social. Mostrando assim os elementos determinantes da representação social e de como eles se articulam em cada grupo analisado. A base de dados que se utiliza para este processamento é a mesma que se utiliza para o processamento pelo *Software Evoc*. A diferença está na visualização. A similitude é dada pela análise frequencial das co-ocorrências de evocações que ocorrem em diferentes participantes de um mesmo grupo. O resultado do processamento é dado na forma de diagramas de co-ocorrências, caracterização estrutural da representação social, com a apresentação icónica dos principais elementos e das forças de associação em pares de co-ocorrências, forneceu três figuras.

A análise factorial de correspondência (AFC) é uma técnica estatística que fornece, entre outros dados, um gráfico que mostra conexões e oposições entre as características dos participantes. Foi criada em França nos anos 60 do século passado, por Jean-Paul Benzécri. Este autor constituiu a referência para a análise de correspondência ao nível da parte teórica, isto é das competências matemáticas (Cibois, 2007). Philippe Cibois é um dos seguidores desta técnica e criou na década de 90 do século passado, o *Software Trideux* que permite trabalhar dados numéricos e textuais. Para utilizar o *Software Trideux*, surgiu necessidade de realizar análise de conteúdo para agrupar semanticamente as palavras ou expressões. Para em seguida construir outra base de dados, com base na informação colhida nos questionários. Cada agrupamento semântico, de palavras ou expressão estímulo, foi representado por uma palavra código que continha apenas cinco dígitos. Na base de dados surgia primeiro o número do participante, depois os códigos das variáveis (idade, sexo, grupo a que pertencia), e por fim o código referente à palavra evocada. Construíram-se três bases de dados, uma por cada grupo de participantes. Toda esta análise prévia foi necessária para poder submeter os dados ao *Softwa-*

re *Trideux*. Foi realizada uma validação de todo este processo, considerada de grande relevância, prestada pelo Professor Doutor Philippe Cibois (Professeur émérite de sociologie au Laboratoire Printemps de L'Université de Versailles St-Quentin en Yvelines) criador do referido *software*. Foram preciosas as sugestões fornecidas pelo referido Professor sobre a base de dados e forma de processamento dos mesmos na versão 4.2 de 2008 do referido *software*. Foi uma etapa extremamente morosa e trabalhosa pelo grande número de palavras e a exigência da atenção, de forma a registar seguindo o padrão de ajuste/escrita das palavras para cada expressão indutora e para cada grupo. O uso deste *software* teve como finalidade fazer um tratamento estatístico dos dados. As palavras foram submetidas a análise factorial de correspondência. Em seguida cada análise factorial gerou uma representação gráfica, plano factorial, onde foi possível identificar as diferentes representações, os seus elementos constitutivos e também quem as construiu.

Trata-se de uma análise que envolve numa primeira etapa uma análise de conteúdo realizada pelo pesquisador, análise qualitativa. Depois um processamento estatístico de dados textuais, análise quantitativa e por fim a análise do relatório análise qualitativa. Pois estamos perante universos semânticos comuns de palavras, dos diferentes estímulos e participantes, indo ao encontro do significado e do conteúdo semântico das palavras evocadas.

Para realizar a análise factorial de correspondência é necessário um tratamento preliminar dos dados, isto é, uma pré-categorização, para construção da base de dados. Assim o instrumento de recolha de dados foi o questionário, com recurso à técnica de associação livre de palavras. Os dados recolhidos foram os utilizados na análise anterior, mas a base de dados foi construída de outra forma. A base é constituída por, linhas que correspondem a cada participante, iniciadas sempre por um número que correspon-

dente ao sujeito, depois os códigos das variáveis, a que os autores chamam “variáveis fixas” (sócio-demográficas) por último o número do grupo. Após o número do grupo surgem as palavras evocadas, ou estatisticamente designadas de “variáveis de opinião”, acompanhadas de um número que corresponde à palavra ou expressão estímulo. Após a preparação da base de dados grava-se em *txt* e está pronto a ser processado no *software*. Depois de processado, ficamos com o relatório que constitui a base para análise e interpretação dos dados. A análise factorial de correspondência com recurso ao *software Trideux* é, uma análise que nos fornece dados para a apreensão da dimensão do campo das representações sociais, pois observamos os vínculos existentes entre os diferentes conteúdos representacionais, constituindo teorias espontâneas (Jodelet, 1994; 1989). Em suma AFC mediante o recurso ao *software Trideux* (versão 4.2), destaca as co-relações entre os componentes dos diferentes grupos. As regras de leitura do plano factorial permitem encontrar informação dos desvios. Verificar o ângulo ao centro entre ponto linha e ponto coluna. E três leituras são possíveis: ângulo inferior a 90° significa que existe entre essas modalidades **atração**; ângulo próximo de 180° significa que existe **oposição** ou **repulsa** entre essas modalidades; se o ângulo se situa próximo de 90°, significa que existe **independência** entre as essas modalidades (Cibois, 2007).

Relativamente às entrevistas, estas foram gravadas em suporte áudio e posteriormente transcritas. Após a sua transcrição foi construído o corpus de análise para ser processado no *Software Alceste* (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte). A preparação do corpus incluiu a codificação, dos participantes, da categoria (que neste caso representa o grupo) e das restantes variáveis (profissão, idade, sexo, habilitações literárias) e do corpus de análise, composto pelas unidades de contexto iniciais (UCIs). As UCIs neste caso, correspondem ao texto produzido por cada um dos participantes, isto é, há um total de 120 UCIs. Todo este material constituiu o cor-

pus de análise. O processamento feito pelo *Software Alceste*, desenvolvido Reineit (1998), dá origem à classificação do corpus. O programa divide o material do discurso em classes. Estas são formadas por unidades de contexto elementar (UCEs). Camargo (2005) diz que as UCEs são “segmentos de texto, na maior parte das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo programa informático em função do tamanho do corpus e, em geral respeitando a pontuação” (p. 514). O mesmo autor refere ainda que “em nível do programa informático, cada classe é composta de várias UCEs em função de uma classificação segundo a distribuição do vocabulário destas UCEs” (Camargo, 2005, p. 517).

As classes identificadas pelo programa estão relacionadas entre si permitindo observar similitudes no material analisado. Este produz um dendograma, gráfico hierárquico que indica a fragmentação do corpus e as relações entre as classes. O resultado da classificação hierárquica descendente ilustra as relações entre as classes. Estes dados foram processados no *Software Alceste* no Laboratório de Psicossociologia Social e da Cognição (LACCOS). A classificação do corpus deu 1.688 UCEs classificadas, de 2.178 encontradas, ou seja, 77,5% de variabilidade do material lexical bruto, resultado válido uma vez que o programa considera solução aceitável 70%. Os resultados obtidos são considerados muito bons. Quando se analisa um *corpus* produzido por diferentes participantes, o objectivo principal do *Alceste* é dar a compreender os pontos de vista colectivamente partilhados por um grupo social, ou seja as suas representações (Kronberger e Wagner, 2003).

PARTE IV – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após a etapa de recolha de dados, realizada de acordo com a metodologia descrita no capítulo anterior, vamos proceder à apresentação dos dados. Este capítulo está dividido em quatro pontos. O primeiro apresenta os dados referentes ao grupo dos doentes com enfarte agudo do miocárdio, o segundo os dados do grupo das famílias e o terceiro os dados do grupo dos profissionais de saúde. A lógica seguida para cada um dos primeiros três capítulos é, caracterização da amostra, seguida da apresentação dos dados resultantes da análise estrutural, produzidos pelo *Software Evoc*. Depois os resultados da análise de similitude, produzidos pelo *Software SIMI2000*, seguidos dos resultados da análise produzida pelo *Software Trideux 4.2*, análise factorial. O último ponto diz respeito à análise processual, que resulta do processamento das entrevistas. Começamos por fazer a caracterização da amostra seguida da análise dos dados produzidos pelo *Software Alceste*.

1 – REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS DOENTES, DAS FAMÍLIAS E DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, SOBRE ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

As representações sociais constituem uma forma particular de pensamento simbólico. Elas são imagens concretas apreendidas directamente, e remetidas a um conjunto de relações mais sistemáticas que dão um significado mais amplo a estas imagens concretas. Nesse sentido as representações sociais são diferentes dos sistemas teóricos mais elaborados, das teorias científicas e das ideologias e das imagens concebidas como produto de uma percepção. As representações sociais são formas de conhecimento do senso comum. Sendo que, comum, surge de um *corpus* de conhecimento nascido de tradições partilhadas e alimentadas pela experiência e é atravessado por imagens mentais e por fragmentos de teorias científicas (Moscovici, 1984; Jodelet, 1989, 1984). Nesse sentido o conhecimento do senso comum é uma forma de interpretar e de conceituar a realidade do quotidiano. Trata-se de um pensamento enraizado nas formas e normas das culturas e constrói-se ao longo das interacções no dia-a-dia. Assim as representações sociais constituem um saber de senso comum construído por e dentro das inter-acções sociais, através dos valores, das crenças, dos estereótipos, entre outros. Partilhadas por um grupo social. Neste caso concreto apresentamos as representações respeitantes a três grupos sociais, no que concerne a um determinado objecto, enfarte agudo do miocárdio.

1.1- Representações Sociais dos Doentes sobre Enfarte Agudo do Miocárdio

Caracterização

Neste grupo obtivemos 70 participantes nas duas organizações hospitalares, 35 no hospital A e 35 no hospital L. O grupo tinha as características discriminadas nos quadros 2, 3 e 4. Assim e relativamente à idade, constata-se que a média de idade dos participantes é de 59.62 anos, com o desvio padrão de 15.55 anos, sendo a idade mínima 30 anos e a máxima 84 anos. Podemos verificar que 84.3% (59) doentes são do sexo masculino, sendo que o grupo etário com maior frequência nos homens é o dos 61 anos aos 70 anos. O sexo feminino corresponde 15.7%, (11), havendo uma distribuição quase igual no segundo e quinto grupo etário. Estes dados corroboram os dos estudos encontrados relativamente à prevalência de casos de enfarte no sexo masculino e em grupos etários cada vez mais novos. Destacamos dois doentes, um com 30 anos e outro com 32 anos. Podemos constatar também, que os três primeiros grupos etários (< a 40 até aos 60 anos), que correspondem à faixa activa da população de qualquer país, e que neste estudo representa 51.4%. Tal é relevante na medida em que está de acordo com os estudos mais recentes, em que, a tendência na prevalência do enfarte é crescente nos grupos etários mais jovens. São pessoas que trabalham, que desempenham diversos papéis sociais. Daí a importância que a dimensão social assume na vida de cada um e na sociedade em geral.

Quadro 2 Distribuição dos doentes segundo o sexo e grupo etário

SEXO MASCULINO		SEXO FEMININO		TOTAL
< 40 anos	2	< 40 anos	0	2
41 - 50 anos	12	41 - 50 anos	4	16
51 - 60 anos	17	51 - 60 anos	2	19
61 - 70 anos	18	61 - 70 anos	1	19
71 > anos	10	71 > anos	4	14
TOTAL	59		11	70

Relativamente à actividade profissional (quadro 3) optamos por agrupar os doentes em activos e não activos. Os activos são os que exercem uma actividade profissional nomeadamente, professor, engenheiro, porteiro, enfermeiro, cantoneiro, empresário, contabilista, segurança, trabalhador rural entre outros. Assim, 55.7% do total (39 doentes) são activos, e 44.3% (31 doentes) já estavam aposentados. Ao observarmos estes resultados verificamos que existem mais doentes activos com enfarte do que aposentados.

Quadro 3 Distribuição dos doentes segundo actividade

ACTIVIDADE	FRQ	%
ACTIVO - Com Emprego	39	55.7
NÃO ACTIVO - Aposentado	31	44.3
TOTAL	70	100

No que respeita às habilitações literárias (quadro 4), verificamos que grande parte dos doentes (55.7%) possui a básica (i.e. até ao 9º ano), 7.1% (5 doentes) têm o 12º ano, e 20.3%, (17 doentes) têm curso superior. Nesta amostra 1,4% dos doentes (1 doente) não sabem ler nem escrever e 11.4%, (8 doentes) não responderam. Consideramos estes dados relevantes na medida em que nos fornecem informação sobre a forma como devemos adequar a linguagem a estes doentes.

Quadro 4 Distribuição dos doentes segundo habilitações literárias

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	FREQ	%
NÃO SABE LER E/OU ESCREVER	1	1.4
4º ANO	14	20.0
6º ANO	12	17.2
9º ANO	13	18.6
12º ANO	5	7.1
CURSO SUPERIOR	17	24.3
NÃO RESPONDEU	8	11.4
TOTAL	70	100

1.1.1 - Estrutura das representações de enfarte agudo do miocárdio a partir do EVOC

Para obter as palavras que integram o núcleo central e o sistema periférico das representações sociais, utilizámos os dados recolhidos através da aplicação da técnica da associação livre de palavras, ao termo indutor enfarte agudo do miocárdio. O resultado permitiu identificar as evocações, pelos critérios de frequências e de hierarquização. Os dados recolhidos, foram processados no *Software Evoc*, analisados a partir dos referidos critérios para chegar às representações sociais de acordo com a abordagem estrutural de Abric (2005).

A apresentação dos dados surge no formato de quatro quadrantes. Os elementos que integram o núcleo central da representação são agrupados no quadrante superior esquerdo, 1º Quadrante. Os elementos do sistema periférico são apresentados nos restantes quadrantes, em ordem decrescente pelos critérios de frequência e de ordem média de evocação. Assim surgem no quadrante superior direito, 2º Quadrante, a 1ª Periferia. No quadrante inferior esquerdo, 3º Quadrante, os Elementos de Contraste e no quadrante inferior direito, 4º Quadrante, a 2ª Periferia. Nesta estrutura os dados mais relevantes são os encontrados no núcleo central e na 2ª periferia. O núcleo central é determinado pelas condições históricas, sociológicas e ideológicas. É fortemente marcado pela memória colectiva e a sua função é de consensualidade, estabilidade, coerência, resistência à mudança, assumindo uma segunda função que é a de permanência (Sá, 2002; Abric, 2005). O sistema periférico é constituído por elementos mais periféricos da representação, decorrentes da interface entre a realidade concreta e o sistema central. O sistema periférico actualiza e contextualiza de forma constante as determinações normativas e a consensualidade do núcleo central. Originando mobilidade, flexibilidade e expressão

individualizada, também característica das representações sociais. Neste sentido o sistema central é normativo, o sistema periférico é funcional. É graças ao sistema funcional que as representações sociais neste caso de enfarte agudo do miocárdio se podem ancorar na realidade que está a ser vivida (Sá, 2002; Abric, 2005). Desta forma o sistema periférico permite, através da sua flexibilidade e da sua elasticidade, a integração nas representações de variações individuais ligadas à história individual de cada participante integrando igualmente as suas experiências individuais. O sistema periférico permite a construção de representações sociais individualizadas organizadas em torno do núcleo central comum.

No quadro 5 apresentamos as categorias resultantes da associação das palavras do estímulo *enfarte agudo do miocárdio*, por ordem de evocação, frequência e ordem média de evocação (OME).

Quadro 5 Categorias das palavras do estímulo enfarte agudo do miocárdio, por ordem de evocação

CATEGORIAS	1ª Evocação	2ª Evocação	3ª Evocação	4ª Evocação	5ª Evocação	Frequência	OME
1 – Cansaço	3	2	0	1	0	3	1,67
2 – Impotência	3	1	2	0	0	3	1,67
3 – Saúde	4	1	2	1	0	21	2,00
4 – Excessos	3	1	1	0	1	3	2,33
5 – Medo	9	7	4	3	3	26	2,38
6 – Stress	3	1	1	0	3	8	2,38
7 – Dor	4	6	10	3	0	23	2,52
8 – Mal-estar	3	4	3	2	1	13	2,54
9 – Incapacidade	9	4	7	1	6	27	2,67
10 – Negligência	2	0	1	1	1	5	3,33
11 – Angústia	1	5	1	3	1	11	2,82
12 – Cuidados	1	2	1	1	1	6	2,83
13 – Sofrimento	3	1	1	0	3	8	2,88
14 – Raiva	3	2	1	6	1	13	3,00
15 – Viver	1	0	2	0	1	4	3,00
16 – Tristeza	3	3	2	3	3	15	3,13
17 – Depressão	0	1	2	2	0	5	3,20
18 – Doença	1	1	1	0	1	4	3,20
19 – Morte	3	1	6	3	5	18	3,33
20 – Fragilidade	0	1	0	2	0	3	3,33
21 – Dependência	0	0	2	1	0	3	3,33
22 – Dúvida	1	1	2	1	3	8	3,50
23 – Frustração	0	0	0	3	0	3	4,00
24 – Família	0	0	2	2	3	7	4,14
25 – Hospital	0	0	0	2	3	5	4,60

Assim podemos observar que as categorias com maior frequência de evocação foram: **incapacidade, medo, dor, saúde e morte**. Destas destacamos as que foram evocadas como sendo mais importantes (1ª evocação) e com maior frequência **medo e incapacidade**. Está claramente marcado os tipos de ancoragens das representações sociais sobre o enfarte agudo do miocárdio, psicológicas e psicossociológicas (Doise, 1992) e biológicas/físicas (Moreira, 1998).

Para o estímulo *enfarte agudo do miocárdio*, verificamos que existem 276 palavras respondidas, sendo que 47 são diferentes. A tabela 1 mostra que para este grupo, a representação de enfarte agudo do miocárdio está organizada em torno de um núcleo central composto por sete elementos. Ou seja, são pessoas que sentem **incapacidade e medo**, em quem o enfarte agudo do miocárdio causa **dor**, nas quais o **mal-estar** é muito frequente, levando os doentes a sentirem angústia, **sofrimento** e **stress**.

Tabela 1 Evocações hierarquizadas pelos doentes para o estímulo *enfarte agudo do miocárdio*

1º Quadrante - Núcleo Central			2º Quadrante - 1ª Periferia			
OME<2,9			OME>=2,9			
Elementos	f	OME	Elementos	f	OME	
f>=7	Incapacidade	27	2,667	Morte	18	3,333
	Medo	26	2,385	Tristeza	15	3,133
	Dor	23	2,522	Raiva	13	3,000
	Ansiedade	21	1,952	Duvida	8	3,500
	Mal-estar	13	2,538	Família	7	4,143
	Angustia	11	2,818			
	Sufrimento	8	2,875			
Stress	8	2,375				
3º Quadrante - Elementos de Contraste			4º Quadrante - 2ª Periferia			
OME<2,9			OME>=2,9			
Elementos	f	OME	Elementos	f	OME	
F<7	Cuidados	6	2,833	Depressão	5	3,200
	Negligência	5	2,800	Doença	5	3,400
	Saúde	4	2,000	Hospital	5	4,600
	Cansaço	3	1,667	Viver	4	3,000
	Excessos	3	2,333	Fragilidade	3	3,333
	Impotência	3	1,667	Frustração	3	4,000
				Dependência	3	3,333

Núcleo central

Tendo o núcleo central a função de consenso, o mesmo é responsável pela homogeneidade do grupo. Assim podemos referir que existem aqui duas dimensões bem marcadas, uma dimensão biológica/física, associada à **incapacidade, dor, mal-estar** e **sofrimento**, palavras com conotação negativa do enfarte. E uma dimensão psicológica fortemente representada pelas palavras **medo, ansiedade, angústia, sofrimento** e **stress**. Optámos por incluir o sofrimento nas duas dimensões porque os doentes não especificaram o tipo de sofrimento a que se referiam, sendo que ele pode ser físico ou/e psicológico.

Ansiedade

Constitui o elemento de maior importância para este grupo, porque apresenta a menor ordem média de evocação. A ansiedade, vivenciada pelos doentes, é um sentimento que deriva das emoções universais básicas ou subtis (Damásio, 1997). A ansiedade é um importante estado emocional negativo, estado natural na vida, sequela de doença, ou factor desencadeador de doença. Normalmente manifesta-se por apreensão acerca de uma determinada actividade ou função que está a acontecer, ou pode surgir no futuro. A ansiedade faz parte da vida e em certas circunstâncias pode ser benéfica. Contudo há que saber geri-la e aproveitá-la (Mcintyre, 2004). A ansiedade tem sido muito estudada em situações de doença, e em particular enfarte agudo do miocárdio. Todos os estudos segundo a autora atrás referida apontam a ansiedade como a mais comum resposta psicológica à doença. Existem diversos graus de ansiedade, e exprime-se de diversas formas. Em algumas pessoas a ansiedade exprime-se por medo, inquietação, sensação de perigo iminente, medo de perder o auto-controlo, medo de ficar emocionalmente destabilizado, medo do sofrimento e da morte (Bowman; Watson; Trotman-Beasty, 2006). Os mesmos autores fazem referência a um estudo sobre reacções psicológicas na pessoa com enfarte agudo do miocárdio. Nesse estudo fica claro que as reacções psicológicas

podem precipitar a doença, cerca de 25% dos participantes do estudo tem dificuldades na resposta emocional à doença, sendo que desses 25%, 50% já tinham problemas psicológicos. O controlo da ansiedade para que não evolua para situações mais complexas é premente.

Incapacidade

Quando existe um grave problema de saúde, como o enfarte agudo do miocárdio, a pessoa pode enfrentar a possibilidade de incapacidade para dar sequência aos seus projectos de vida. Pode existir a antecipação, da possibilidade de existência de dano irreversível, que conduz a incapacidade física, cognitiva ou emocional (Gameiro, 1999; Gunderman, 2002). A doença afecta vários aspectos da vida, do doente. Saber como vai ser a seguir, se fica capaz de voltar à vida normal, ou se fica incapacitado, é uma questão constante. O doente vê-se incapaz e sem poder, pois tudo está nas mãos dos médicos, enfermeiros, família e amigos. A fragilidade da saúde devido aos mais variados factores, neste caso concreto devido às consequências do enfarte sofrido, pode comprometer o desenvolvimento das pessoas no seu potencial integral (Ribeiro, 2005). E assim procurarem uma vida o mais independente possível dentro do contexto da sua capacidade individual e não da sua incapacidade. Em todo este processo está implícito o sofrimento. No sofrimento existe desprazer, que trespassa o simples desconforto físico, mental, social e espiritual, podendo chegar à angústia extrema (Travelbee, 1972).

Sofrimento

Encontra-se na origem da condição humana, quando o Ser Humano se confronta com as suas próprias incapacidades e até finitude. Pelo que enquanto fenómeno psicossocial, só pode ser abordado de forma subjectiva de uma realidade exterior do individual e do social. No sofrimento do doente a componente psico-afectiva, as suas expressões e os seus significados são únicos e individuais e só assim podem ser compreendidos (Ga-

meiro, 1999). A intensidade do sofrimento só pode ser medida, mediante os valores, as vivências, as crenças e uma quantidade de factores inerentes ao doente. É neste contexto que podemos dizer que o sofrimento humano é uma realidade complexa e única para cada pessoa (Barbosa, 2006). O sofrimento numa dimensão ontológica, está relacionado com o confronto da pessoa com o acontecimento, numa perspectiva de consciência de si, ou seja, a pessoa sente a sua vulnerabilidade face à finitude ou à finalidade da vida. Numa dimensão prática, existe um estado de desconforto, mal-estar intenso, causado por exemplo, pela dor, isto é, causado por uma ameaça sentida e actual ou por uma ameaça percebida como eminente, como a morte (Barbosa, 2006). Numa perspectiva de sofrimento físico, os doentes relacionam o sofrimento com a dor sentida, e a dificuldade em controlar outros sintomas, como o mal-estar e/ou as limitações funcionais. Uma outra perspectiva do sofrimento prende-se com o sofrimento mental e emocional. No mental devido a tudo o que está a acontecer, e ao que o doente está a viver. Este fica com dificuldade em se concentrar no que é importante no momento, dando lugar ao descontrolo cognitivo devido sobretudo às preocupações e dificuldades decorrentes do facto de ter um enfarte, preocupações relacionadas com o trabalho, com o agregado familiar, com condições económicas, com perda de papéis, entre outras. No sofrimento emocional surgem, o medo, a angústia, visíveis no humor oscilante do doente. O medo sentido surge, porque a doença é vista como uma ameaça aos projectos de vida e à própria vida, e pode despoletar reacções de inquietação, ansiedade, irritabilidade entre outras.

Medo

Compreende uma emoção primária uma inquietude vital, comum a todos os seres vivos. Quando a pessoa sente medo, o sangue afluí aos grandes músculos das pernas facilitando a fuga, se for o caso, e empalidecendo a face, provocando uma sensação de frio. O corpo fica imobilizado por brevíssimos segundos, para ter tempo de decidir qual

a melhor reacção, dá-se um aumento do fluxo hormonal. O corpo fica em estado de alerta, fica tenso e a atenção fica centrada na ameaça, no sentido de avaliar qual a melhor resposta a dar ao estímulo que desencadeou toda esta reacção (Goleman, 1997; Damásio, 2003). O medo surge como resposta emocional a um perigo eminente, este pode ser real ou imaginário. Durante longos períodos da evolução Humana, o medo foi crucial na diferença entre a sobrevivência e a morte (Goleman, 1997; Damásio, 1997, 2003). Assim, o medo surge porque existe tomada de consciência do perigo real. Perante o acontecimento brusco e violento, que é o enfarte, o medo de saber que está gravemente doente, o medo da morte que pode surgir a qualquer momento, o medo de ser criticado pela família por sentimentos de culpa relativamente ao acontecido, (Gameiro, 1999; Neto & Barbosa, 2006) emanam num labirinto de pensamentos, tanto no doente como na família, provocando mal-estar físico e/ou psicológico.

Mal-estar

Conceito que neste contexto se reporta a má disposição, comporta alguma subjectividade que envolve a não satisfação de algumas actividades de vida, nomeadamente a respiração, uma vez que os participantes referem falta de ar como mal-estar, ou mal-estar psíquico inespecífico. Damásio (2003) refere-se ao mal-estar como um sentimento de fundo, que pode ser causado por condições de natureza interna como é o caso do enfarte. O mal-estar sentido devido à doença confronta o doente com a sua fragilidade, com a ameaça de perdas significativas físicas, psicológicas e sócio-profissionais, provocando-lhe grande angústia e mal-estar (Gameiro, 1999). Se os sistemas do doente e/ou família não estão em harmonia, as necessidades não são satisfeitas, então o mal-estar instala-se. No doente cardíaco a dor é um dos sintomas promotores de grande instabilidade, se não é controlada devidamente o mal-estar global é eminente.

Dor

Encontra-se associada a emoções negativas, como, tristeza, ansiedade, angústia e medo de morrer (International Association for the study of Pain, 2004). A combinação destas e outras emoções negativas mais a dor dão lugar ao sofrimento. No estudo realizado por Araújo e Marques (2007), para perceber o significado de dor torácica, os significados mais representativos foram o medo da morte. Devido aos doentes não conhecerem o diagnóstico, porque estão na fase aguda e também por sentirem a intensidade e a gravidade dos sintomas, sentem a morte como uma real possibilidade. A dor cardíaca é sinónimo que existe uma lesão a nível do músculo cardíaco. O alívio e controlo da dor impõe-se como prioridade imediata, porque a manutenção da dor cardíaca, por mais do que vinte cinco, a trinta minutos, significa morte celular. No doente com enfarte já diagnosticado, se a dor se mantiver, então a lesão muscular está a aumentar. Por sua vez a gravidade do enfarte aumenta também, porque músculo cardíaco é vida, se ele morre o coração perde capacidades funcionais (Coniam & Diamond, 2001). O doente quando passa pela experiência de dor torácica não a volta a esquecer e a representação da mesma é muito forte.

Stress

Este elemento do núcleo central confirma a sua presença constante nas nossas vidas. Em geral ele está relacionado com factores externos e internos. Os factores externos incluem o ambiente físico, incluindo o trabalho, as relações com os outros, a casa e família, e todas as situações, desafios, dificuldades e expectativas que o doente pode enfrentar no dia-a-dia. Os factores internos estão relacionados com a capacidade que o organismo tem de responder e lidar com o stress externo. Nomeadamente o repouso, estado nutricional, bem-estar emocional, entre outros. Quando o

stress é excessivo considera-se uma experiência negativa, mas de um ponto de vista biológico, o stress pode ser uma experiência neutra, negativa ou positiva.

O primeiro grande estudo realizado para determinar o risco relativo do enfarte do miocárdio depois de episódios de irritabilidade foi apresentado em 1995 por Mittleman e colegas. Entrevistaram 1623 doentes, no período médio de 4 dias após o enfarte. O estudo mostrou que 2,4% dos doentes descreveram episódios de irritabilidade no período de 2 horas anteriores ao enfarte (Mittleman, et al 1995). Mais recentemente o Interheart, num grande estudo internacional controlado, confirmou o stress psico-emocional como um importante factor de risco para o enfarte agudo do miocárdio. Este estudo demonstrou, que o stress no trabalho ou no lar aumentou o risco de enfarte do miocárdio em quase 3 vezes, relação semelhante á encontrada para o tabaco e o colesterol e inclusive superior ao encontrado para a diabetes (Annika Rosengren, 2004). Os autores do Interheart referem que os conceitos de stress envolvem vários factores, a nível de stressantes externos e internos, nomeadamente, o tipo de trabalho, episódios de vida adversos, problemas financeiros, depressão, exaustão da vida, ansiedade, angústia e dificuldades para dormir. Os resultados apontaram para uma inter-relação entre o stress, o trabalho e o lar. De facto os estudos clínicos têm demonstrado claramente que o stress emocional pode desencadear enfarte agudo do miocárdio, contudo ainda não conseguiram encontrar explicações e provas convincentes quanto à relação de causa e efeito dentro do modelo fisiopatológico representado pela Teoria Trombogénica. Para os doentes participantes do estudo o stress, também se revelou como parte integrante das suas representações sociais de enfarte.

Angústia

As emoções são adaptações que fazem parte do mecanismo através do qual o organismo regula a sua sobrevivência. Claro que existem várias formas de expressão

das emoções, assim como existem variações na exacta configuração do estímulo que desencadeia a emoção, como é o caso do enfarte agudo do miocárdio. O mesmo estímulo em diferentes culturas e diferentes doentes pode induzir emoções diferentes. A angústia é exemplo, ela pode surgir associada a uma grande variedade de estímulos (Damásio, 2000). Ela pode emergir devido ao doente recordar situações relacionadas ao acontecimento vividas no início, no meio ou no fim, nomeadamente sintomatologia sentida no início do enfarte, angústia relativamente à realização de exames, ou por receio relativamente ao futuro. A melhor definição da angústia é sensação de sofrimento por razões desconhecidas, na literatura surge normalmente associada à ansiedade e à depressão.

Sistema periférico

Na segunda periferia surgem elementos pouco importantes em termos de grupo, mas de grande relevância a nível individual. São estes os que mais podem sofrer alterações devido à sua vulnerabilidade perante o contexto. Assim temos, **depressão, fragilidade e frustração**, o que denuncia uma dimensão psicológica forte. Numa dimensão psicossocial surge **hospital**, como local de ajuda face à **doença, viver** torna-se um objectivo perante um acontecimento desta natureza, porém a **dependência**, dimensão biológica, surge como uma associação assustadora.

Depressão

Segundo alguns estudos realizados pela American Heart Association (2008), uma terça parte dos doentes internados com enfarte tem depressão moderada a severa já diagnosticada (Gunderman, 2002; Dekker, 2009). É uma doença que agrava a qualidade de vida e a capacidade de recuperação da saúde, podendo potenciar o risco de outros eventos cardíacos.

Frustração

Compreende um sentimento de não realização ou não satisfação perante um destino que se distancia da vontade. A frustração demonstra desgosto que ocorre quando há resultados negativos em determinadas situações. É adquirida de forma interna quando está ligada a medos, inseguranças, desconfianças e de forma externa quando está ligada a falta de dinheiro, posição social, qualidade de vida e outros. Está claramente associada a depressão (Goleman, 1997; Damásio, 1997, 2003). O doente com enfarte fica vulnerável a este sentimento, ele vê os seus projectos coartados pela doença, e fica perdido, fragilizado sem saber o que fazer.

Fragilidade

Descrita como um síndrome, porque implica um conjunto de manifestações físicas e psicológicas que predispõem o doente a ter dificuldade na recuperação ou agrava a situação. O doente pode ficar com diminuição da força muscular, dificuldade na mobilidade, ansioso e deprimido, entre muitos outros factores. De acordo com a idade, sexo, experiências de vida e reabilitação cardíaca, a dependência associada à fragilidade vai-se dissipando.

Dependência

Encontra-se fortemente relacionada com incapacidade, elemento do núcleo central. Esta pode ser física ou psicológica e de facto pode ser encarada no início como uma representação frequente, mas com o passar do tempo vai-se atenuando proporcionalmente à reabilitação cardíaca do doente. A American Heart Association (2008) refere que pelo tempo que os doentes passam no hospital e ao longo da reabilitação, pode acontecer que a depressão e dependência se interliguem entre si e constituir-se factores de risco significativos, sobretudo nos grupos etários mais avançados.

Hospital

Sabemos que num determinado local, a pessoa não se cinge apenas aos seus limites corporais, ela ocupa aquele lugar e usa-o, dando-lhe sentido. Nesta perspectiva o corpo serve para circunscrever o nosso lugar num determinado ambiente. Ao analisarmos o espaço organizacional hospital, podemos referir que a pessoa doente, família e profissionais de saúde estão envoltos numa teia. Mas essa teia está organizada em espaços sujeitos a um conjunto de regras, com actividades bem definidas a cada grupo (Marques, 2001). O hospital é um ambiente controlado e obedece a um conjunto de regras: existe uma liberdade vigiada. Contudo as interacções são constantes. Consoante a distribuição das pessoas pelo espaço assim ocorrem as interacções mais ou menos complexas, com os profissionais de saúde, com outros doentes. Essas interacções podem ser indutoras de stress e ansiedade, que consoante o conteúdo e contexto podem ter uma acção positiva ou negativa (Mcintyre, 2004). O stress e ansiedade moderados podem facilitar a auto-monitorização dos sintomas e a auto-regulação favorecendo a adesão à terapêutica e estilos de vida saudáveis, contribuindo para o auto-cuidado.

Doença e Viver

Doença e viver encontram-se associadas se considerarmos que, a experiência pessoal desta leva à auto-descoberta e dá a possibilidade de renovação e mudança ou a oportunidade de pôr à prova a própria capacidade de revelar que está à altura do acontecimento e das suas circunstâncias, tornando-se um doente bem sucedido (Herzlich, 2004). A concepção sobre **doença** nos remete ao pensamento de Canguilhem (1993) sobre normalidade e anormalidade, onde o estado de doente, não consiste numa perda do normal, mas de ritmo de vida regulado por normas visivelmente inferiores ou depreciadas que impede a pessoa de participar de forma activa e confortável, gerando confiança e segurança, no estilo de vida que antes era o seu e que permanece ao alcance de

outros, onde a saúde passa a ser um jogo de normas de vida a serem seguidas para **vi-ver**. O homem só se diz de boa saúde quando se sente mais do que normal, isto é, não apenas adaptado ao meio e às suas exigências, mas, também normativo, capaz de seguir novas normas de vida (Canguilhem, 1993).

1.1.2 - Análise de similitude Árvore Máxima

Com a mesma base de dados foi realizado a análise de similitude. Esta análise permite uma análise cognitiva da árvore. A análise por similitude dá a percepção como se articulam entre si os elementos determinantes da representação social em forma gráfica e estatística. As categorias apresentam-se organizadas por grau de implicação, permitindo analisar a figura nos mesmos moldes da análise da estrutura semântica da memória, com pontos e ligações (Pereira, 2005).

Torna-se útil explicitar pela análise de similitude o essencial da estrutura de associação que existe sobre o conjunto das categorias. “...*um elemento de representação pode assim ser caracterizado por uma quantidade cujos limites são conhecidos, exprimindo... sua capacidade relacional, e que resulta diretamente em possibilidades comparação, que são particularmente úteis tanto para um diagnóstico prático quanto para fins de pesquisas experimentais* (Flament e Roquete, 2003, p. 98).

A estrutura de apresentação da análise por similitude é fornecida pela análise frequencial das principais co-ocorrências de evocações que se verificam em diferentes entrevistados de um mesmo grupo. O processamento foi feito com filtros mínimos de co-ocorrências para proporcionar a visualização apenas dos elementos de maior centralidade na representação. Na árvore máxima (figura 1), podemos observar que as catego-

Nomeadamente na modalidade **incapacidade** que demonstra centralidade, tal como no núcleo central, encontramos numa forma triangular definida pelas arestas que ligam **incapacidade**, *doença*, *raiva* e *incapacidade*. Existe outra forma também triangular, definida pelas arestas que ligam **incapacidade**, *família*, *negligência* e *incapacidade*. Uma outra forma triangular mostra um ciclo definido pelas arestas que ligam **incapacidade**, *dor*, *medo* e *incapacidade*. Um outro ciclo em forma de pentágono é definido pelas arestas **incapacidade**, *viver*, *morte*, *cansaço*, *medo* e *incapacidade*. Em forma quadrangular surge um outro ciclo, cujas arestas ligam **incapacidade**, *doença*, *tristeza*, *medo* e *incapacidade*. Também em forma quadrangular surge **incapacidade**, *dor*, *tristeza*, *medo* e *incapacidade*. Cabe assinalar, que das arestas ligadas a **incapacidade**, os elementos *hospital*, *família* e *raiva*, são os que apresentam uma associação mais forte a essa categoria. Esta configuração sugere que a incapacidade se sustenta em sentidos altamente valorizados.

Quando existe um grave problema de saúde, como o enfarte agudo do miocárdio, a pessoa pode enfrentar a possibilidade de **incapacidade** para dar sequência aos seus projectos de vida. Pode existir a antecipação, da possibilidade de existência de dano irreversível, que conduz a incapacidade física, cognitiva ou emocional (Gameiro, 1999; Gunderman, 2002).

A modalidade **medo** também apresenta elevado número de conexões, sete. Todas elas constituem sequências de arestas em ciclos fechados, mostrando também esta modalidade grande circularidade e articulação entre elas. Encontramos uma forma pentagonal de aresta que faz a ligação de **medo**, *sofrimento*, *angústia*, *mal-estar*, *ansiedade* e *medo*. Em forma triangular, emergem três formas, uma entre **medo**, *dor*, *tristeza* e *medo*. Outra entre **medo**, *dúvida*, *tristeza* e *medo*. E a última entre **medo**, *tristeza*, *ansi-*

idade e medo. Das arestas ligadas a **medo**, o elemento *cansaço* é o que apresenta associação mais forte. O **medo**, como já referimos anteriormente, é principalmente uma emoção de protecção. Ao longo dos séculos ele conseguiu a sobrevivência de muitas pessoas perante uma grande diversidade de estímulos. Ele dá-nos sinais de alarme, internos e externos, taquicardia, sudorese, palidez. Os centros emocionais desencadeiam a libertação de hormonas que colocam o organismo em alerta (Goleman, 1995). No caso da doença o medo acontece como resposta aos variadíssimos estímulos que vão surgindo no processo.

Também a **tristeza** surge na sequência da evolução do processo de enfarte, esta modalidade é constituída por cinco arestas que formam ciclos (figuras fechadas, que voltam ao ponto de origem). Tristeza, nos ciclos a que pertence tem ligação com as anteriores categorias, com incapacidade e medo. Todas as emoções e sentimentos são impulsos para agir que resultam de estímulos, são planos para enfrentar a vida e cada emoção tem um papel único no nosso repertório. A tristeza é uma emoção negativa, contudo, isoladamente, momentos de tristeza não precipitam obrigatoriamente o agravamento da doença. Mas a pessoa triste fica separada da sua tendência natural de autopreservação. Normalmente é uma emoção que coloca o organismo num estado marginal (Damásio, 2003). Contudo, a tristeza também tem a função de nos ajudar a adaptar aos acontecimentos da vida, a perda de alguém querido, um grande desgosto, uma doença. A tristeza arrasta consigo uma quebra de energia, de entusiasmo, para as actividades da vida. Antevendo ou levando mesmo a incapacidade física ou dependência, dificuldades económicas e estados emocionais de revolta, ansiedade, medo e num estágio mais complexo, depressão. Toda esta quebra de energia leva ao desinteresse por actividades que dão prazer, provocando uma quebra no metabolismo do organismo, à medida que toda esta panóplia de alterações acontecem a depressão aproxima-se (Goleman, 1995). Mas

também pode acontecer que este recuo introspectivo a que a tristeza obriga, dê oportunidade de no momento certo o organismo recuperar a energia e iniciar novos planos de vida, isto é, mudança.

Esta análise remeteu para organizações cognitivas orientadas fundamentalmente das dimensões das representações sociais. Confirma a centralidade de duas modalidades representada pelos elementos sócio-cognitivos **incapacidade** e **medo**, na primeira identifica-se uma ancoragem biológica/física (Moreira, 1998) e na segunda uma ancoragem psicológica (Doise, 1992). E surge uma outra modalidade, tristeza, que não sendo do núcleo central, tem como função reforçá-lo. Quando o doente tem enfarte, cognitivamente as suas representações centram-se no **medo** e na **tristeza** face ao acontecimento e à eventualidade de ficarem **incapacitados**.

1.1.3 - Campo de representação ou imagens das representações sociais de enfarte agudo do miocárdio: análise factorial a partir do Trideux

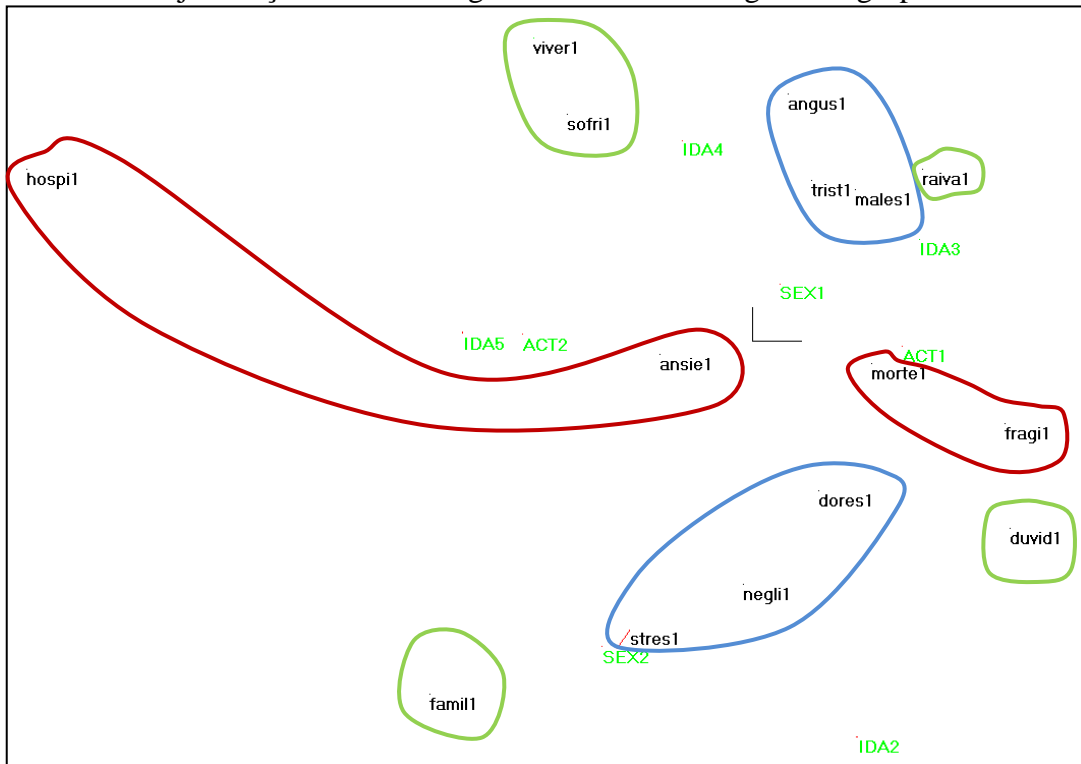
Os dados que apresentamos em seguida reportam-se ao grupo de participantes doentes. Organizamos o dicionário, referentes ao estímulo *enfarte agudo do miocárdio*, e procedemos ao processamento pelo *Software Trideux* versão 4.2 (Cibois, 2008). Os resultados indicaram um total de 326 palavras entradas. Após agrupamento por similaridade semântica obtivemos 52 palavras diferentes.

A representação gráfica do plano factorial é, determinada pelas respostas ao estímulo indutor. As palavras do gráfico, palavras respostas, são chamadas estatisticamente de modalidades de opinião. Do plano constam as modalidades mais contributivas para

a formação dos eixos. Pode-se observar no gráfico 1 que as três variáveis fixas demonstraram relevância na composição do gráfico.

O plano factorial é construído a partir das oposições dadas pelas respostas ao estímulo indutor, a partir da AFC. Esta, por sua vez, permite mostrar uma estrutura mais central em relação a outros elementos do campo representacional, e dessa forma fornece a organização cognitiva do objecto representado, enfarte agudo do miocárdio. Desta forma os sujeitos não partilham unicamente um referencial categorial comum, mas igualmente as funções de tratamento da informação, implicando diferentes critérios de descodificações, de organização e de orientação dos elementos do campo (Doise, 1992). Na literatura estatística convencionou-se que o factor 1 corresponde ao eixo horizontal e o factor 2 ao eixo vertical no gráfico (Cibois, 2007).

Gráfico 1 Objectivação do enfarte agudo do miocárdio segundo o grupo dos doentes



Estímulos indutores: 1 - Enfarte agudo do miocárdio (EAM)
Factores: F1=eixo horizontal: esquerda negativa e direita positiva (**vermelho**)
 F2=eixo vertical: superior positivo e inferior negativo (**azul**)
 F3=factores 1 e 2 (**verde**)
Contribuição para os factores (CPF) > 25%

Assim obtivemos sobre a análise dos dois primeiros factores os resultados constantes do gráfico 1. O factor 1 explica 42.6% da variância total de respostas, com valor próprio de 0.040. O factor 2 explica 24.4% do total de respostas, com valor próprio de 0.023. Os dois factores perfazem o total de 67.0% da variância total, valor considerado aceitável (Cibois, 2007). A representação gráfica seguinte mostra como se estrutura o mapa factorial de *enfarte agudo do miocárdio* construído a partir das evocações dos doentes. Na análise do gráfico factorial, observamos, o *campo de representação* ou *imagens* definido no *processo de objectivação* do enfarte agudo do miocárdio. No **factor 1** lado esquerdo do gráfico (eixo factorial negativo). Encontramos um conjunto de modalidades, como variáveis fixas, os doentes com mais de 71 anos (IDA5), com contribuição por factor (CPF) =385, não activos, isto é, aposentados (ACT2) com CPF=305, foram os que mais participaram na construção deste campo representacional. As modalidades encontradas foram **hospital** e **ansiedade**.

Em oposição, no eixo factorial positivo (direita), aparece como variável fixa a contribuir para a construção deste campo representacional, os doentes activos (ACT1) com CPF=198. São participantes em idade adulta e com papel activo na sociedade. As modalidades que constroem o campo representacional são, **fragilidade** e **morte**.

Os resultados, no factor 1, apontam para a seguinte leitura do plano factorial. Existe forte oposição ou repulsa (ângulo próximo de 180°) entre as modalidades **hospital**, **ansiedade** e **morte**, **fragilidade**. Verifica-se que existe atracção (ângulo inferior a 90°) entre as modalidades **hospital** e **ansiedade** no lado esquerdo do gráfico e atracção entre as modalidades **morte** e **fragilidade** no lado direito do gráfico.

Relativamente ao **factor 2** (eixo vertical), em baixo negativo, encontramos no que respeita a variáveis fixas, contribuições de doentes do grupo etário dos 41 aos 50

anos (IDA2) com CPF=521 e do sexo feminino (SEX2) com CPF=216. As modalidades que compõem este campo representacional são **stress**, **negligência** e **dor**.

Observamos que no eixo factorial positivo (em cima), os doentes com idades compreendidas entre os 51 e os 70 anos (IDA3) e (IDA4) do sexo masculino (SEX1), são os que mais contribuíram com as modalidades **mal-estar**, **tristeza** e **angústia**.

No factor 2 os resultados indicam que existe forte oposição ou repulsa entre a modalidade **stress** e as modalidades **angústia**, **tristeza** e **mal-estar**. Entre a modalidade **negligência** e as modalidades **angústia**, **tristeza** e **mal-estar**. Existe independência entre as modalidades **angústia** e **dor**, **tristeza** e **dor** e **mal-estar** e **dor**. Verifica-se atracção entre as modalidades **angústia**, **tristeza** e **mal-estar** e atracção entre as modalidades **stress**, **negligência** e **dor**.

O quadro 6 sistematiza as modalidades por factor apresentadas no gráfico. Na sua análise percebemos qual a contribuição por factor na construção do campo factorial. Verificamos que a modalidade **hospital** foi a que mais contribuiu para o factor 1 e para a objectivação de enfarte agudo do miocárdio no grupo dos doentes. No factor dois existe mais equidade nas contribuições, sendo que, **angústia**, **dor**, **stress** e **tristeza** contribuíram quantitativamente de forma equivalente para o factor 2.

Quadro 6 Distribuição das modalidades por factor e contribuição

FACTOR 1		FACTOR 2		FACTOR 3
MODALIDADES	CPF %	MODALIDADES	CPF%	MODALIDADES
-Hospital	419	-Dor	122	Viver
-Ansiedade	31	-Negligência	48	Sofrimento
+Morte	55	-Stress	106	Raiva
+Fragilidade	61	+Angústia	137	Dúvida
		+Tristeza	100	Família
		+Mal-estar	48	

No quadro 7 podemos observar de entre as 52 palavras diferentes encontradas, onde os doentes objectivam as representações sociais de enfarte.

A objectivação refere-se ao processo pelo qual as noções e conceitos abstractos de uma realidade se concretizam. Dá-se a concretização de um saber que se torna real e natural, para os doentes, enquanto o grupo constrói a sua realidade.

O grupo dos doentes apoiam-se sobre a informação seleccionada e exteriorizada e ordena essa informação num sistema autónomo e coerente, ou seja, a objectivação está sempre a transformar em imagens as noções abstractas, materializando ideias e significações e estabelecendo correspondências entre os objectos e as palavras (Moscovici, 1961). Assim é possível verificar o universo semântico do grupo dos doentes e onde recai a objectivação dos mesmo sobre enfarte agudo do miocárdio.

Quadro 7 Modalidades e frequências

Modalidades = 52 palavras	Frequência
Alegria	1
Angústia	14
Ansiedade	23
Arrependimento	1
Aviso	1
Cansaço	3
Comer	1
Complicações	2
Consequências	2
Coração	1
Cuidados	6
Dependência	3
Depressão	6
Doença	9
Dor	34
Dúvida	6
Emoção	1
Excessos	3
Falta de conhecimentos	1
Família	7
Fragilidade	6
Frustração	3
Hospital	5
Idade	2
Impotência	3
Incapacidade	31
Inconformismo	3
Infelicidade	1
Injustiça	1
Mal-estar	13
Medicamentos	1
Medo	30
Morte	24
Negligência	5
Perda	1
Perturbação	1
Problemas	1
Raiva	10
Revolta	1
Saúde	3
Sedentarismo	1
Socorro	2
Sofrimento	9
Stress	7
Surpresa	1
Tabaco	2
Tensão	1
Trabalho	1
Tratamento	2
Tristeza	24
Valor	1
Viver	4

Em suma, os doentes com enfarte agudo do miocárdio possuem uma representação do mesmo, definida por conteúdos negativos, fortemente marcada por duas dimensões, a psicológica e a biológica/física. Os doentes mais idosos e aposentados sentem, **ansiedade** quando estão no hospital. Os mais novos e activos, em especial os do sexo feminino, referem que o enfarte está relacionado ao **stress** e à **negligência** e é um acontecimento que provoca **dor**. Os do sexo masculino também activos acrescentam o **mal-estar** enquanto sintoma e referem que o enfarte lhes causa **tristeza** e **angústia**. De uma forma mais geral os activos consideram que o enfarte causa **fragilidade** e temem a **morte**.

1.2- Representações Sociais das Famílias Sobre Enfarte Agudo do Miocárdio

Caracterização

Obtivemos 70 participantes nas duas organizações hospitalares, 35 no hospital A e 35 no hospital L. Relativamente às variáveis sócio-demográficas verificamos que a idade média dos participantes é de 45.31 anos, com o desvio padrão de 9.89 anos, sendo a idade mínima 19 anos e a idade máxima 82 anos. Com base nos resultados apresentados no quadro nº6, observamos que as famílias que colaboraram no estudo se distribuem de uma forma quase uniforme pelos grupos etários, à excepção do grupo etário ≤ 20 que teve três participantes. Verificamos também que 24 familiares são do sexo masculino, correspondendo a 34.3% (24 familiares) e 65.7% (46 familiares) são do sexo feminino. Quanto ao parentesco o grupo, filho(a), foi o que mais respondeu com 50.0% (35 familiares), seguido do grupo cônjuge com 32.9% (23 familiares). Verificamos que 74.3% (52 familiares) dos familiares estão em situação activa.

Quadro 8 Distribuição dos familiares dos doentes segundo variáveis sócio-demográficas

GRUPO ETÁRIO			SEXO			PARENTESCO			ACTIVIDADE		
	FQ	%		FQ	%		FQ	%		FQ	%
<= 20	3	4.3	MASCULINO	24	34.3	FILHO (A)	35	50.0	ACTIVO	52	74.3
21 - 30	11	15.7	FEMININO	46	65.7	CÔNJUGE	23	32.9	NÃO ACTIVO	18	25.7
31 - 40	15	21.4				NETO (A)	5	7.1			
41 - 50	19	27.2				SOBRINHO (A)	2	2.9			
51 - 60	11	15.7				MÃE	2	2.9			
>= 61	11	15.7				IRMÃ	2	2.9			
						AMIGA	1	1.3			
TOTAL	70	100		70	100		70	100		70	100

1.2.1 - Estrutura das representações de enfarte agudo do miocárdio a partir do

EVOC

A apresentação dos dados surge no formato de quatro quadrantes, como já foi descrito anteriormente. Os elementos que integram o núcleo central da representação são agrupados no quadrante superior esquerdo, 1º Quadrante. Os elementos do sistema periférico são apresentados nos restantes quadrantes, em ordem decrescente pelos critérios de frequência e de ordem média de evocação. Assim, surgem no quadrante superior direito, 2º Quadrante, a 1ª Periferia. No quadrante inferior esquerdo, 3º Quadrante, os Elementos contrastantes e no quadrante inferior direito, 4º Quadrante, a 2ª Periferia.

No quadro 9 apresentamos as categorias resultantes da associação das palavras do estímulo *enfarte agudo do miocárdio*, por ordem de evocação, frequência e ordem média de evocação (OME), no grupo da família. Assim podemos observar que as categorias com maior frequência de evocação foram: **dor, incapacidade, morte, ansiedade, medo e tristeza**. Salientamos entre as palavras evocadas como sendo mais importantes (1ª evocação) e com maior frequência **ansiedade, dor e medo**. É evidente nestas categorias representacionais uma dimensão psicológica e uma dimensão biológica.

Quadro 9 Categorias das palavras do estímulo enfarte agudo do miocárdio, por ordem de evocação

CATEGORIAS	1ª Evocação	2ª Evocação	3ª Evocação	4ª Evocação	5ª Evocação	Frequência	OME
1-Angústia	1	2	4	3	2	12	3.25
2- Ansiedade	9	8	3	2	2	24	2.17
3-Complicações	1	1	1	1	0	4	2.50
4-Coração	2	5	0	0	0	7	1.71
5-Cuidados	1	0	1	0	1	3	3.00
6-Depressão	0	0	3	2	1	6	3.67
7-Doença	1	3	2	0	0	6	2.17
8- Dor	9	4	8	2	5	28	2.64
9-Dúvida	2	1	1	0	0	4	1.75
10-Equipe	1	1	1	0	0	3	2.00
11-Excessos	0	0	0	2	0	2	4.00
12-Grave	2	0	0	4	0	6	3.00
13-Hospital	0	0	0	2	2	4	4.50
14-Impotente	0	1	0	2	0	3	3.33
15-Incapacidade	7	7	9	3	6	32	2.81
16-Mal-estar	2	3	1	2	1	9	2.67
17- Medo	13	3	3	4	6	29	2.55
18-Morte	5	4	5	4	5	23	3.00
19-Mudança	0	0	1	1	4	6	4.50
20-Problemas	1	2	1	1	0	5	2.40
21-Raiva	0	1	1	4	1	7	3.71
22-Revolta	0	0	1	0	2	3	4.33
23-Separaração	0	0	1	1	0	2	3.50
24-Socorro	0	4	1	1	1	7	2.86
25-Sofrimento	0	2	1	0	0	3	2.33
26-Stress	1	1	0	2	2	6	3.50
27-Tratamento	2	2	0	2	1	7	2.71
28-Tristeza	6	6	5	6	2	25	2.68

Ao observarmos a tabela 2 constatamos que o núcleo central é constituído por palavras associadas a duas dimensões.

Tabela 2 Evocações hierarquizadas pelos familiares dos doentes para o estímulo *enfarte agudo do miocárdio*

1º Quadrante - Núcleo Central				2º Quadrante - 1ª Periferia		
OME < 2,8				- OME ≥ 2,8		
	Elementos	f	OME	Elementos	f	OME
f ≥ 7	Medo	29	2,552	Incapacidade	32	2,813
	Dor	28	2,643	Morte	23	3,000
	Tristeza	25	2,680	Angustia	12	3,250
	Ansiedade	24	2,167	Raiva	7	3,714
	Mal-estar	9	2,667	Socorro	7	2,857
	Coração	7	1,714			
	Tratamento	7	2,714			
3º Quadrante - Elementos de Contraste				4º Quadrante - 2ª Periferia		
OME < 2,8				OME ≥ 2,8		
	Elementos	f	OME	Elementos	f	OME
F < 7	Doença	6	2,167	Depressão	6	3,667
	Problema	5	2,400	Grave	6	3,000
	Duvida	4	1,750	Mudança	6	4,500
	Complicações	4	2,500	Stress	6	3,500
	Equipa	3	2,000	Hospital	4	4,500
	Sofrimento	3	2,333	Cuidado	3	3,000
				Impotente	3	3,333
			Revolta	3	4,333	

Uma dimensão emocional evocada pelas palavras **medo, tristeza e ansiedade**. E uma dimensão biológica, que inclui as palavras **dor, mal-estar, coração e tratamento**. Entre estas palavras, a que possui uma evocação média mais baixa é **coração**.

Núcleo central

Ansiedade e medo

Verifica-se que o elemento ansiedade se encontra muito associado ao elemento medo. Segundo Goleman (1997), Damásio (2003) e alguns teóricos como Paul Ekman, algumas emoções universais e surgem agrupadas em famílias. O medo é uma emoção que tendo por base esse agrupamento engloba emoções como: ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, aflição, pavor e terror. A ansiedade constitui um problema psicológico que se traduz por um sentimento de insegurança, ou, medo com ou sem fundamento real. Todos nós somos ansiosos em determinados momentos da vida sem que isso constitua problema. Existem contudo diferentes graus de ansiedade. Em algumas pessoas, a ansiedade exprime-se por um sentimento de medo, inquietação, sensação de perigo iminente, (medo de insucesso, morte súbita, medo de perder o auto controle, medo de ficar mentalmente destabilizado). Podendo apresentar a ansiedade tal como o medo algumas manifestações físicas, tais como, secura de boca, pulso acelerado, transpiração, opressão torácica, e vertigens. De notar que os familiares podem apresentar todo este quadro, não sendo eles os doentes. Mas fruto do enfarte sofrido pelos seus familiares.

Tristeza

Denota uma dimensão negativa, ficamos naturalmente tristes pelas perdas do dia-a-dia, como por exemplo perante a notícia de que o estado saúde de um familiar não é bom. Ou quando há condições stressantes, como a falta de dinheiro devido ao familiar estar doente, ou alterações nas relações, como as de poder. Todas são situações más,

mas sofrê-las não significa que algo esteja errado. Temos que considerar o contexto do acontecimento que deixou o doente/família triste. Para podermos perceber como a tristeza pode evoluir, temos que entender as circunstâncias em que ela ocorre, neste caso no familiar. Temos que rever o que se fez mal, analisar as consequências dos nossos actos, encontrar equilíbrio e seguir em frente para que o familiar triste não caminhe para depressão (Horwitz, 2007).

Dor

A experiência de dor é única (International Association for the study of Pain, 2004). Tomey (2005) ao referir-se à obra de Trabvelbee, refere que esta definiu dor, como algo que não é observável, só os seus efeitos podem ser notados. É uma experiência difícil de comunicar de forma objectiva a outra pessoa. Melzack e Wall (1980), fazem referência à teoria do portão sobre o controlo da dor e o seu sistema de acção. Os familiares tem noção que a dor constituiu para o doente algo de muito mau e grave, como tal a dor faz parte do seu universo representacional, para o estímulo enfarte embora não a tenham sofrido fisicamente.

Mal-estar

Como sentimento de fundo, porque tem origem em estados corporais (Damásio, 1997), resulta como já referimos anteriormente tanto das alterações biológicas como das psicológicas. Cresce na interacção das duas, no contexto e nas características individuais de cada um seja doente ou família, no caso concreto do enfarte o coração é símbolo da doença e das consequências físicas e emocionais da mesma. Os familiares são normalmente as pessoas que estão mais próximas quando o doente se sente mal, pelo que acompanham o desenvolvimento do estado físico e psicológico do doente.

Coração

É um órgão vital, motor da circulação sanguínea, é uma estrutura muscular de forma piramidal e de bordos arredondados. Fica situado no mediastino anterior, quase no centro dos dois pulmões, por trás do esterno. É sede de força vital, se ele não trabalhar não há vida. Pelo que, sempre que ele dá sinal o tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível. O coração tem uma significação intensa entre a população em geral e os familiares de doentes com enfarte em particular. O enfarte é algo que afecta o órgão vital. Ele é visto como sede intocável, quando algo lhe acontece pode ser de grande gravidade.

Tratamento

No tratamento de situações que exigem imperativamente acções rápidas, há que apreender rapidamente qual o problema e fazer corresponder as necessidades e os recursos. Pôr a funcionar e vigiar o tratamento, seja qual for a via de administração, ou tipo de tratamento sempre com o mínimo de risco e de complicações, devemos ainda ter especial atenção às reacções do doente e família e às respostas ao tratamento. Concomitantemente ao tratamento farmacológico ou de diagnóstico, não podemos descorar a dimensão de ajuda. Esta é parte integrante do tratamento e tanto o doente como a família devem usufruir de um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação que conduza à melhoria do estado de saúde. Assegurando o conforto face à dor e à fragilidade causada pelo enfarte. Os profissionais devem estar o mais presente possível junto do doente/família, otimizando a participação destes no processo de recuperação. Fornecendo apoio efectivo e informação no sentido de guiar e educar a díade face ao acontecido (Benner, 2001). Os familiares nas suas evocações referem-se ao tratamento mais como algo que deve ser feito para que o doente fique melhor, operações, trombólise,

remédios. Perante este manancial de tratamentos também a família precisa de “tratamento”, isto é, precisa de cuidados para entender tudo o que está acontecer.

Sistema periférico

Na segunda periferia surgem os elementos mais susceptíveis de ser alterados por serem os mais individualizados. Aqui destacamos, **grave** como uma coisa má, estado crítico e com gravidade, **cuidados** no sentido de ajuda, **stress** porque existe muito nervosismo, agitação muitos nervos, **impotente** e **depressão** sobretudo relacionada com falta de vontade e solidão. O enfarte obriga os doentes a ficar no **hospital**, **revolta** pelo sucedido ao seu familiar e **mudança** face ao futuro.

Grave

Os familiares dos doentes com enfarte têm, uma representação de enfarte agudo do miocárdio, como algo grave. De facto é uma situação de grande gravidade, habitualmente, devido à obstrução de uma ou mais artérias coronárias e daí resulta que o músculo cardíaco fica em sofrimento, dá-se a isquémia e conseqüente necrose das células musculares. Sendo o coração um órgão vital, se há uma parte do músculo que fica morto então a vida do seu familiar está em risco, necessitando de cuidados de saúde imediatos. Mas também é necessário que o doente e família tenham determinados cuidados após a alta durante a reabilitação do enfarte e a longo prazo (Carta Europeia do Coração, 2007).

Cuidados

Os cuidados para os familiares são entendidos como ajuda e cuidados urgentes. Eles têm como representação que o seu familiar está gravemente doente e como tal necessita de atendimento urgente para controlo da situação aguda. Necessita de ser ajudado, num local específico que é o hospital, por profissionais de saúde competentes, que o

ajudem a ultrapassar a situação aguda de forma rápida. Porque sendo o coração o órgão afectado o doente não pode esperar.

Stress

O stress é um complexo processo, reflexo da resposta do organismo aos acontecimentos do dia-a-dia. Esses factores são susceptíveis de ameaçar o bem-estar do organismo (Gatchel, Baum e Krantz, 1989). Os agentes desencadeadores do processo de stress, são capazes de provocar reacções com impacto negativo e positivo tanto nos doentes como nas famílias. Nomeadamente, medo, ansiedade, frustração podendo chegar a depressão, impacto negativo (distress). Mas como o stress faz parte da vida, se for positivo (eustress) constitui um estímulo para viver, com confiança, encarando desafios com exigências difíceis, mas que a pessoa acredita que consegue ultrapassar (Ribeiro, 2005). Existe um grupo denominado stressores de fundo (*background*), persistentes e repetitivos presentes na rotina diária. Lazarus e Cohen (1977) denominaram-nos de chatices diárias (*daily hassles*). A sua ocorrência momentânea não causa stress. O problema está nos efeitos cumulativos ao longo do tempo. São crónicos, não são propriamente acontecimentos de vida demasiado marcantes, mas abarcam preocupações diárias, percepções subjectivas de coisas que não aconteceram e que podem não acontecer (Ribeiro, 2005). Contudo as famílias vêm-nos como potencialmente ameaçadores. Um exemplo concreto é o trabalho, ter baixas compensações económicas, trabalhar muitas horas seguidas, preocupação constante com as responsabilidades. Conduzem a hábitos menos saudáveis, alimentação errada, pouca actividade física, tensão alta, entre outros (American Psychiatric Association, 2007). A relação do stress negativo, com as doenças cardiovasculares, em particular com o enfarte, é forte e tida como mais um factor de risco. Um estudo realizado no Canadá apurou, que em 80% dos inquiridos para um n=1700, o stress foi encontrado como factor de risco (Nolan, 2000).

Impotente

O sentimento de impotência emerge da impossibilidade de acção perante o problema, ou perante as circunstâncias envolventes ao problema. Pode acontecer por falta de forças físicas ou psicológicas, ou por carência de meios para alcançar um fim. Neste caso concreto de doença, devido à percepção de gravidade da situação, a impotência dos familiares pode dar origem outros sentimentos negativos, ou a estados depressivos.

Depressão

Segundo alguns estudos realizados pela American Heart Association (2008), uma terça parte dos doentes internados com enfarte tem depressão moderada a severa já diagnosticada (Gunderman, 2002; Dekker, 2009). É uma doença que agrava a qualidade de vida e a capacidade de recuperação da saúde, podendo potenciar o risco de outros eventos cardíacos. O estado de ansiedade que os doentes/famílias vivem perante um acontecimento de enfarte agudo do miocárdio, pode levar a situações psicológicas complexas nomeadamente a depressões. Processo este que interfere negativamente na reabilitação do doente, aumentando o tempo de permanência no hospital.

Hospital

O hospital é o local que a família reconhece como recurso para o doente ter a ajuda necessária para o seu problema de saúde. Ao analisarmos, o espaço organizacional hospital, podemos referir que a pessoa doente, família e profissionais de saúde estão envoltos numa teia. Nessa teia ocorre a ajuda ao doente, imbricada num conjunto de procedimentos, tratamentos, contactos, todos eles muito complexos dada a gravidade da situação.

Revolta

Sentimento de forte indignação provocado normalmente por sentimento de injustiça, porquê eu? Não submetto a qualquer orientação. A revolta pode ser uma ameaça à

evolução normal do processo de doença, através da negação. Porque uma alimenta a outra. Quando surge uma doença grave, o doente/família, sente dificuldades em se adaptar à ideia do que está acontecer e das consequências futuras. No caso do enfarte como já constatamos anteriormente, afecta cada vez mais pessoas em idade activa. Provocando enormes desordens a todos os níveis da vida. E é nessa altura que são confrontados com a finitude da vida, e a fragilidade do Ser Humano. Pelo que as reacções emocionais emergem de forma avassaladora, devido às características da doença, evolução rápida e perigo de morte eminente. Kubler-Ross após vários trabalhos realizados estabeleceu cinco fases, que o doente /família, com doença grave normalmente atravessa. A primeira identifica-se com a negação e o isolamento; a segunda raiva e revolta; a terceira negociação; a quarta depressão e a quinta aceitação. No processo de doença elas podem surgir com esta ordem ou outra, a negação e a revolta podem persistir a par de outras ou sempre (Antunes, 2002). Depois do confronto abrupto com a doença, em alguns casos surge a negação. Em outros não há tempo para que a negação se instale e surge de imediato a revolta, raiva, cólera, questionando incessantemente “*porquê eu*” (Kubler-Ross, 1997). É uma fase difícil e complicada, também para a família. O doente não aceita, evocando criticas agressivas contra quem o rodeia. Deve existir por parte da família bastante tolerância face à reacção emocional do doente. Pois essa reacção é uma forma de alívio e expressão de sentimentos do doente e primeiro passo para iniciar a mudança.

Mudança

Podemos referir que apesar das emoções negativas, a família sente que algo tem que ser mudado. Antunes (2009) refere que “*Actualmente atingimos quase o limite do que se pode fazer. O caminho passa agora pela educação do público no sentido de melhorar os estilos de vida e alertar para os sintomas de doenças cardiovasculares.*” Desse parágrafo percebemos que de facto a ciência, a tecnologia, a urgência pré-hospitalar e

intra-hospitalar sofreu nos últimos anos mudanças profundas que contribuíram para a melhoria da resposta profissional ao fenómeno. Ainda segundo Antunes (2009), apesar da resposta científica e técnica ter melhorado, os estilos de vida e o envelhecimento da população, nada mudou a incidência de enfarte. Depreendemos que a maior mudança está por acontecer, e diz respeito à alteração de modos de vida da população. Pelo que cabe aos profissionais de saúde encontrar estratégias de intervenção para conseguir reverter esta realidade. Se a família já possui a representação que o enfarte representa a mudança, estamos perante uma extraordinária oportunidade para educar, ensinar e aconselhar, a família no sentido que esta seja parte integrante na mudança que o doente tem que empreender face ao acontecimento de vida (Peplau, 1995; Benner, 2001; Meleis, 2007).

1.2.2 - Análise de similitude Árvore Máxima

A figura 2 mostra centralidade em duas categorias **medo** e **morte**. A categoria com maior número de conexões é **morte**, apresenta oito arestas, sendo que só duas delas não formam figuras fechadas.

As restantes constituem figuras fechadas que voltam ao ponto de partida, mostra variedade de sentidos, valores, símbolos ou imagens circulantes e grande articulação entre as várias categorias. É possível observar nesta categoria a formação de seis ciclos fechados, sinal de forte articulação entre as categorias. Um primeiro ciclo em forma de hexágono definido pelas arestas que ligam **morte**, *hospital*, *equipe*, *grave*, *incapacidade*, *dúvida*, *morte*. Em forma de quadrilátero surge outro ciclo entre **morte**, *hospital*, *incapacidade*, *dúvida*, *morte*. Também em forma de quadrilátero temos **morte**, *coração*, *incapacidade*, *dúvida*, *morte*. Encontramos uma outra forma quadrangular em que as

A ocorrência da morte ao longo dos tempos foi sendo combatida com sucesso e retardada. O fenómeno do controlo da doença foi-se impondo no contexto da maioria das doenças, nomeadamente no enfarte. Contudo existem fenómenos inerentes à doença crónica que são transversais na sua maioria. A perda de autonomia e dependência de terceiros, perda do sentido da vida, perda de papéis sociais e estatutos, perda de emprego e regalias económicas, alterações nas relações sociais, mudança de expectativas e planos de futuro (Neto, 2005; Barbosa e Neto, 2006). Todo este conjunto de perdas pode não ser suportado pelos doentes, levando a situações de depressão profunda, que por sua vez conduz a novos episódios de doença, sendo por vezes fatais. Para os doentes e famílias as maiores preocupações relacionadas com a doença são a morte, a incapacidade e o medo. As perdas na sua diversidade representam uma ameaça real, individual, pelo que, existe necessidade de ter em conta aspectos únicos em cada caso. A morte é hoje entendida como uma falha, sendo percebida com pensamentos e sentimentos de medo, tristeza (Oliveira, 2004). Contudo continua a ser muito desafiada através dos comportamentos e estilos de vida adoptados na sociedade moderna.

A categoria **medo** à semelhança do que observamos no grupo dos doentes também aqui apresenta elevado número de ligações, sete. Apenas uma não forma um ciclo fechado, as restantes mostram grande articulação entre outras categorias. Assim encontramos em forma de quadrilátero **medo**, *raiva*, *ansiedade*, *depressão*, *medo*. Também com a mesma forma temos **medo**, *raiva*, *dor*, *mal-estar*, *medo*. Num formato geométrico semelhante encontrámos **medo**, *mal-estar*, *tristeza*, *mudança*, *medo*. Numa forma triangular encontrámos **medo**, *complicações*, *mudança*, *medo*. As restantes conexões são com a categoria morte que já descrevemos anteriormente.

O medo como aliás já referimos anteriormente é uma emoção primária. Como tal tem funções, nomeadamente funções biológicas, na produção de uma reacção específica

para a situação indutora, por exemplo indutora de medo. E uma segunda função que é a regulação do estado interno do organismo, de forma que este possa estar preparado para essa reacção específica, por exemplo, o aumento do ritmo cardíaco, perante uma situação (o enfarte) que desencadeia medo. As emoções, nomeadamente o medo, fazem parte integrante do mecanismo através do qual o organismo regula a sua sobrevivência (Damasio, 2000).

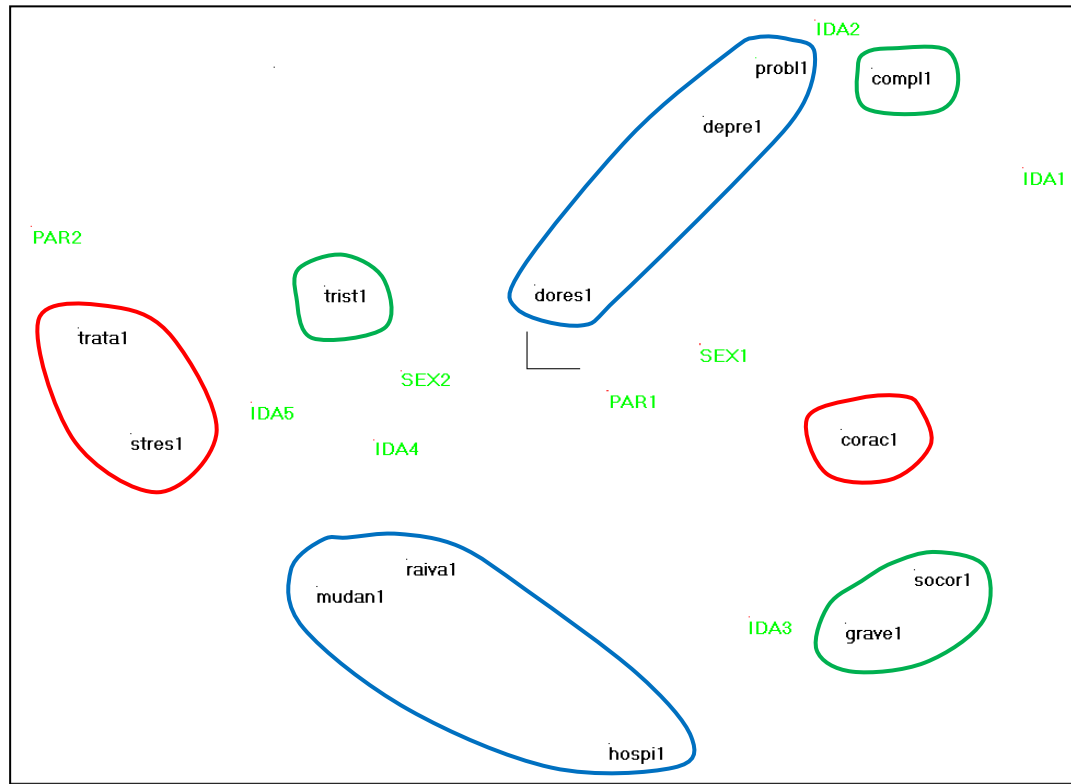
A análise realizada remeteu para organizações cognitivas orientadas fundamentalmente para duas dimensões de representações. Confirma a centralidade de duas modalidades medo e morte, a primeira de dimensão psicológica e a segunda de dimensão física ou biológica. Quando o doente tem enfarte, o familiar cognitivamente tende a construir as suas representações em torno do medo face ao acontecimento, ancoradas em conhecimentos incorporados sobre a gravidade da situação e teme a situação mais extrema que é a morte.

1.2.3 - Campo de representação ou imagens das representações sociais de enfarte agudo do miocárdio: análise factorial a partir do Trideux

Para o grupo da família obtivemos na análise dos dois primeiros factores os seguintes resultados. O factor 1 explica 47.2% da variância total de respostas com valor próprio de 0.064. O factor 2 explica 20.6% do total de respostas com valor próprio de 0.028. Os dois factores perfazem o total de 67.8% da variância total, valor considerado aceitável (Cibois, 2007). A representação gráfica seguinte mostra a estrutura do mapa factorial de *enfarte agudo do miocárdio* construído a partir das evocações da família dos

doentes. Ao observarmos o gráfico 2, o quadro 10 e 11, verificamos como a família objectiva *enfarte agudo do miocárdio*.

Gráfico 2 Objectivação do enfarte agudo do miocárdio segundo o grupo da família



Estímulos indutores: 1 - Enfarte agudo do miocárdio (EAM)
Fatores: F1=eixo horizontal: esquerda negativa e direita positiva (**vermelho**)
 F2=eixo vertical: superior positivo e inferior negativo (**azul**)
 F3=fatores 1 e 2 (**verde**)
Contribuição para os factores (CPF)> 25%

No grupo dos familiares dos doentes com enfarte agudo do miocárdio verifica-se uma representação marcada predominantemente por elementos sócio-cognitivos negativos. Tais elementos são associados a quatro dimensões: biológica, psicológica, psicossocial e social, onde os sujeitos se ancoram para falarem sobre o enfarte agudo do miocárdio, retratando assim os tipos de ancoragens: psicológicas, sociológicas e psicológicas definidas por Doise (1992) e um novo tipo de ancoragem identificada por Moreira (1998), ao estudar epilepsia e sida.

No **factor 1**, eixo horizontal factorial negativo (esquerda) encontramos, um conjunto de modalidades como variáveis fixas. Os familiares com idades entre, os 41 e os 60 anos (IDA4 com CPF=43; IDA5 com CPF=103), do sexo feminino (SEX2 com CPF=82) e com parentesco ao doente sobrinho (PAR2 com CPF=345) foram os que mais contribuíram para este factor. As modalidades encontradas foram **tratamento** e **stress**.

Em oposição no eixo factorial positivo (direita), os familiares com idades dos inferiores ou igual a 20 anos até aos 40 anos (IDA1 com CPF=97; IDA2 com CPF=109; IDA3), do sexo masculino (SEX1 com CPF=83) e com parentesco filho (PAR1 com CPF=42). A modalidade que constrói este campo factorial é **coração**.

Os resultados no factor 1 apontam, para a seguinte leitura. Existe forte oposição ou repulsa (ângulo próximo de 180°) entre as modalidades **tratamento**, **stress** e a modalidade **coração**. Observa-se atracção (ângulo inferior a 90°) entre as modalidades **tratamento** e **stress**, no lado esquerdo do gráfico.

Ao observarmos o **factor 2**, eixo factorial positivo (em cima) encontramos no que respeita a variáveis fixas, familiares com idade inferiores ou igual a 20 anos até aos 40 anos (IDA1 com CPF=97; IDA2 com CPF=109; IDA3 com CPF=96) e com parentesco ao doente, sobrinhos (PAR2 com CPF=85). As modalidades encontradas foram **dor**, **depressão** e **problemas**.

No eixo factorial negativo (em baixo), os participantes que mais contribuíram foram os familiares com idade entre os 31 e os 50 anos (IDA3 com CPF=348; IDA4 com CPF=27). As modalidades encontradas foram **raiva**, **mudança** e **hospital**.

No factor 2 podemos fazer a seguinte leitura dos resultados, existe forte oposição ou repulsa entre as modalidades dor, depressão, problemas e as modalidades raiva, mudança, hospital. Existe atracção entre as modalidades **dor**, **depressão**, **problemas** e **atracção** entre as modalidades **raiva**, **mudança**, **hospital**.

Os familiares do sexo feminino, sobrinhos dos doentes, associam ao enfarte agudo do miocárdio, a **dor**, responsável em parte por **problemas** psicológicos, que podem surgir associados à **depressão** e causa **stress** no dia-a-dia tanto para o doente quanto à família, presente ainda no **tratamento**. Os filhos dos doentes, maioritariamente do sexo masculino, associam enfarte ao órgão, **coração**. Para os familiares independentemente do sexo, mas com idade activa o enfarte é uma **doença** que necessita de tratamento no **hospital**, capaz de desencadear sentimento de **raiva** e requer **mudança** de estilo de vida.

No quadro 10 apresentamos a organização das modalidades por factor, representadas no gráfico. Na sua análise percebemos qual a contribuição por factor na construção do campo factorial. Verificamos que a modalidade **tratamento** foi a que mais contribuiu para o factor 1 e para a objectivação de enfarte agudo do miocárdio no grupo da família. No factor 2 a modalidade que mais contribuiu foi **hospital**.

Quadro 10 Distribuição por factor das modalidades e contribuições

FACTOR 1		FACTOR 2		FACTOR 3
MODALIDADES	CPF %	MODALIDADES	CPF%	MODALIDADES
-Stress	55	+Problemas	69	Complicações
-Tratamento	84	-Hospital	136	Socorro
+Coração	59	-Mudança	55	Grave
		-Raiva	47	Tristeza
		+Depressão	82	
		+Dor	44	

No quadro 11 podemos observar 41 palavras diferentes encontradas, onde os doentes objectivam as representações sociais de enfarte. A objectivação refere-se ao processo pelo qual as noções e conceitos abstractos de uma realidade se concretizam. Dá-se a concretização de um saber que se torna real e natural, para os doentes, enquanto o grupo constrói a sua realidade.

Em suma o grupo da família apoia-se sobre a informação seleccionada e exteriorizada e ordena essa informação num sistema autónomo e coerente, ou seja a objectivação está sempre a transformar em imagens as noções e conceitos abstractos, ela trans-

forma o abstracto em concreto, o mental em físico e o desconhecido em conhecido (De Rosa, 1987). A objectivação reporta-se à forma como os elementos que constituem a representação se organizam e ao percurso através do qual esses elementos adquirem materialidade e se tornam expressões de uma realidade pensada (Vala, 2003). Assim é possível verificar o universo semântico do grupo da família e onde recai a objectivação dos elementos sobre enfarte agudo do miocárdio.

Quadro 11 Modalidades e frequências

Modalidades = 41plavras	Frequência
Angústia	13
Ansiedade	28
Colesterol	1
Complicações	5
Comunicação	1
Coração	9
Cuidados	3
Dependência	2
Depressão	7
Doença	9
Dor	33
Dúvida	2
Equipe	2
Excessos	2
Exercício	1
Futuro	1
Grave	8
Hereditariedade	1
Hospital	5
Idade	1
Impotente	3
Incapacidade	32
Injustiça	1
Insegurança	2
Mal-estar	10
Medo	42
Morte	32
Mudança	6
Problemas	4
Qualidade	1
Raiva	7
Revolta	3
Separação	2
Socorro	5
Sofrimento	4
Stress	6
Tensão	1
Tratamento	7
Tristeza	27
Vigilância	1
Viver	1

1.3 - Representações Sociais dos Profissionais de Saúde Sobre Enfarte

Agudo do Miocárdio

Caracterização

Nas duas organizações onde realizamos a recolha de dados obtivemos 70 participantes nos três grupos profissionais, entre os que mais contacto directo têm com os doentes (enfermeiros, médicos e técnicos de cardiopneumologia), 35 no hospital A e 35 no hospital L. No total 41 participantes enfermeiros, 15 médicos e 14 técnicos. A idade média dos participantes foi de 34.68 anos, com o desvio padrão de 10.62 anos, sendo a idade mínima 21 anos e a idade máxima 59 anos.

Quadro 12 Distribuição dos profissionais de saúde que cuidam dos doentes segundo variáveis sócio-demográficas

ENFERMEIROS				MÉDICOS				TÉCNICOS CARDIOPNEUMOLOGIA			
SEXO/GRUPO ETÁRIO				SEXO/GRUPO ETÁRIO				SEXO/GRUPO ETÁRIO			
FEMININO		MASCULINO		FEMININO		MASCULINO		FEMININO		MASCULINO	
21 - 30 A	15	21 - 30 A	6	21 - 30 A	3	21 - 30 A	1	21 - 30 A	7	21 - 30 A	0
31 - 40 A	7	31 - 40 A	3	31 - 40 A	1	31 - 40 A	3	31 - 40 A	3	31 - 40 A	0
41 - 50 A	8	41 - 50 A	0	41 - 50 A	0	41 - 50 A	5	41 - 50 A	3	41 - 50 A	1
51 - 60 A	2	51 - 60 A	0	51 - 60 A	0	51 - 60 A	2	51 - 60 A	0	51 - 60 A	0
TOTAL	32		9		4		11		13		1
TOTAL	70										

Com base nos resultados apresentados no quadro 12, observamos que o número de enfermeiros participantes é superior aos outros dois grupos, facto que se explica facilmente pelo número dos respectivos profissionais a trabalhar nos serviços. No hospital A participaram 20 enfermeiros, 8 médicos que correspondeu à totalidade dos que existiam no serviço, e 7 técnicos que também correspondeu à totalidade dos que exerciam

funções no serviço. No hospital L participaram 21 enfermeiros, 7 médicos e 7 técnicos. Nesta organização hospitalar existiam mais médicos e técnicos no departamento de cardiologia, contudo, optámos por pedir a colaboração apenas dos que permaneciam no momento da recolha de dados no serviço. Os profissionais de saúde têm uma distribuição por grupo etário maioritariamente nos três primeiros grupos, com maior incidência no primeiro grupo. Relativamente ao género maioritariamente são do sexo feminino na profissão de enfermagem e técnicos, e masculino na profissão médicos.

1.3.1 - Estrutura das representações de enfarte agudo do miocárdio a partir do EVOC

A apresentação dos dados segue o formato já anteriormente referido de quatro quadrantes. Foram encontradas para o estímulo *enfarte agudo do miocárdio* 337 palavras no total, sendo 41 diferentes.

No quadro 13 apresentamos as modalidades resultantes da associação das palavras do estímulo *enfarte agudo do miocárdio*, por ordem de evocação, frequência e ordem média de evocação (OME), no grupo dos profissionais de saúde. Assim podemos observar que as categorias com maior frequência de evocação foram: **ansiedade, medo, incapacidade, morte e tratamento**. Salientamos entre as palavras evocadas como sendo mais importantes (1ª evocação) e com maior frequência **ansiedade, medo e morte**. Verificamos que existe nestas modalidades representacionais três tipos de dimensões: psicológica, biológica/física e psico-social.

Quadro 13 Categorias das palavras do estímulo enfarte agudo do miocárdio, por ordem de evocação

CATEGORIAS	1ª Evocação	2ª Evocação	3ª Evocação	4ª Evocação	5ª Evocação	Frequência	OME
1-Angústia	3	2	0	2	1	8	2.50
2- Ansiedade	5	5	7	6	2	25	2.80
3-Aterosclerose	1	1	0	0	0	2	1.50
4-Complicações	9	4	3	1	2	19	2.11
5-Coração	4	1	3	2	1	11	2.55
6-Dependência	1	1	1	0	2	5	3.20
7-Doença	2	3	1	2	2	10	2.90
8-Doente	0	0	1	1	0	2	3.50
9-Dor	4	6	4	2	3	19	2.68
10-Dúvida	0	1	2	2	4	9	4.00
11-Eficácia	0	0	1	1	0	2	3.50
12-Ensino	0	0	1	0	1	2	4.00
13-Estilos de vida	1	2	2	1	0	6	2.50
14-Exame	3	1	5	4	2	15	3.07
15-Família	1	0	1	1	1	4	3.25
16-Hospital	2	1	4	4	8	19	3.79
17-Idade	2	0	0	2	1	5	3.00
18-Incapacidade	6	5	5	4	4	24	2.79
20-Mal-estar	2	0	2	0	0	4	2.00
21- Medo	7	13	7	2	3	32	2.41
22- Morte	6	8	2	4	5	25	2.76
23-Mudança	0	0	4	1	0	5	3.20
24-Reabilitação	0	0	1	0	2	3	4.33
24-Risco	1	2	0	1	2	6	3.17
25-Socorro	2	4	4	4	3	17	3.12
26-Stress	0	1	0	1	0	2	3.00
27-Tabaco	0	0	2	0	0	2	3.00
28-Terpêutica	0	0	0	4	3	7	4.43
29-Trabalho	0	2	1	1	1	5	3.20
30-Tratamento	4	6	2	7	4	23	3.04
31-Tristeza	0	0	1	1	1	3	4.00

Tabela 3 Evocações hierarquizadas pelos profissionais de saúde para o estímulo *enfarte agudo do miocárdio*

		1º Quadrante - Núcleo Central			2º Quadrante - 1ª Periferia		
		OME < 2,9			OME >= 2,9		
		Elementos	f	OME	Elementos	f	OME
f >= 7	Medo	32	2,406		Tratamento	23	3,043
	Ansiedade	25	2,800		Hospital	19	3,789
	Morte	25	2,760		Socorro	17	3,118
	Incapacidade	24	2,792		Exames	15	3,067
	Complicações	19	2,105		Doença	10	2,900
	Dor	19	2,684		Duvida	9	4,000
	Coração	11	2,545		Terapêutica	7	4,429
	Angustia	8	2,500				
	Sufrimento	7	2,000				
		3º Quadrante - Elementos de Contraste			4º Quadrante - 2ª Periferia		
		OME < 2,9			OME >= 2,9		
		Elementos	f	OME	Elementos	f	OME
F < 7	Estilo de vida	6	2,500		Risco	6	3,167
	Mal-estar	4	2,000		Dependência	5	3,200
					Idade	5	3,000
					Mudança	5	3,200
					Trabalho	5	3,200
					Família	4	3,250
					Reabilitação	3	4,333
					Tristeza	3	4,000

Os elementos que integram o núcleo central da representação, tabela 3, agrupados no quadrante superior esquerdo, são para o estímulo *enfarte agudo do miocárdio* por ordem de frequência: **medo, ansiedade, morte, incapacidade, complicações, dor, coração, angústia e sofrimento**. Contudo o que apresenta uma ordem de evocação mais baixa, isto é, apesar de apresentar uma frequência baixa foi considerado mais vezes como a palavra mais importante, é o elemento **sofrimento**. Consideramos que existem neste núcleo central duas dimensões. A biológica revelada pelas palavras: **coração** enquanto órgão, peito, coronárias, que podem causar **dor**, conduzir a **complicações** que levam à **incapacidade** ou **morte**. E a dimensão emocional onde encontramos palavras relacionadas com emoções primárias como o **medo**, associado a **ansiedade** e **angústia**. Existe ainda o **sofrimento** que pode estar nas duas dimensões.

Núcleo central

Coração

Quando consideramos a complexidade que é o organismo humano, é verdadeiramente incrível como é que um órgão tão pequeno como coração tem importância vital. De facto também o coração na sua pequenez física e grandeza de função é constituído por pequenas estruturas que contribuem para o seu bom funcionamento. É incrível como o bom estado das pequenas artérias que irrigam o coração faz a diferença entre a vida e a morte ou entre sobreviver e viver com qualidade. O coração é um órgão nobre, símbolo de vida, de morte e de uma imensidão de sentimentos, que não sendo residentes nele, a ele permanecem eternamente associados. Os profissionais de saúde melhor do que qualquer outro grupo conhecem o funcionamento do coração e conseguem despi-lo das crenças preconceitos a ele associadas, vendo-o como ele de facto é. Um órgão do nosso organismo que quando dá sinal de si algo não está bem, muitas vezes esse sinal surge

tarde demais, resultando a alta mortalidade e morbidade a ele associada, nomeadamente por enfarte agudo do miocárdio (Aehlert, 2007).

Medo

Interessante verificar que também os profissionais de saúde integram no seu universo representacional a emoção/sentimento medo. Normalmente dizemos que temos medo porque o nosso coração bate depressa, ficamos paralisados, gelados, etc. Quando a pessoa sustenta pensamentos negativos sobre determinada situação, (e.g. enfarte agudo do miocárdio) está a atribuir um determinado valor imaginário. No caso dos profissionais de saúde por trabalharem directamente com doentes com enfarte, ou por terem experiências de vida relacionadas com enfarte. Os seus valores acompanhados de imagens mentais, cognições, que se associam a imagens particulares, gravam-se na sua memória emocional (Damásio, 2000). Nesse sentido o medo como emoção primária é sentida por eles de forma diferente, porque são portadores de conhecimento técnico-científico que lhes confere uma interpretação mais elaborada. Aqui o medo surge não como emoção, sim como sentimento, porque está mentalizado, está incorporado cognitivamente (Damásio, 2000).

Ansiedade

A ansiedade é a resposta emocional que mais comumente se observa após o enfarte agudo do miocárdio. Também nesta reacção emocional nos parece que os profissionais se estejam a projectar. Porque de facto eles lidam diariamente com a ansiedade do doente/família face ao problema. O que não invalida que o próprio profissional não sinta também ansiedade. Mas a sua representação de ansiedade face ao enfarte constrói-se num imaginário diferente, eles não tem enfarte, as suas representações estão construídas na experiência profissional, não invalidando a existência de profissionais que tam-

bém possuam a ansiedade neste contexto como experiência pessoal, é um olhar diferente (Damásio, 2000; Barbosa, 2006).

Morte

A morte ameaça cada doente que entra no hospital, com enfarte agudo do miocárdio. Os profissionais têm conhecimentos que lhes permite entender que perante a gravidade do enfarte a morte é traiçoeira e está sempre à espera do momento certo para atacar. Perante a instabilidade e fragilidade dos doentes a morte povoa o imaginário dos profissionais de saúde face ao objecto. Ela é um acontecimento que ninguém pode evitar, e passar por ela com naturalidade deveria ser essencial para todo ser humano. É mais uma etapa da vida, por isso deve ser tratada como tal, se vivemos todas as outras etapas com naturalidade, com todas as suas dificuldades e adversidades com a morte não pode ser diferente (Kubler-Ross, 1997).

Incapacidade

Sofrer um enfarte agudo do miocárdio é uma situação aterradora. O começo que implica a sensação de morte eminente, de não poder fazer nada. O doente fica incapaz e não tem tempo para mobilizar as suas reservas e responder adequadamente. A fragilidade é tal, que a incapacidade de responder à situação toma conta da pessoa. São papéis sociais que se pensam perdidos, é o trabalho que não se sabe se pode voltar a ser igual. Os profissionais de saúde possuem no seu universo representacional incapacidade, este conceito não emergiu do nada, ele foi construído de acordo com um sistema de normas e de valores sociais, que guia o profissional. Acoplados à experiência profissional, que emerge do cuidar de doentes e famílias com enfarte. Eles associam o enfarte a incapacidade temporária, porém muitas vezes torna-se definitiva. Seja temporária ou definitiva os profissionais tem noção que a vida não volta a ser igual.

Complicações

Perante uma situação tão grave como o enfarte, é obvio que as complicações podem surgir. Os profissionais sabem que as mais temidas são pela ordem de gravidade as arritmias, na fase aguda e a insuficiência cardíaca numa fase mais tardia (Aehlert, 2007). Sendo que a insuficiência cardíaca quando surge fica para o resto da vida. É curioso observar que os profissionais de saúde representam enfarte de forma explicitamente negativista. De facto e atendendo a todo o avanço que a ciência e tecnologia proporciona e com a qual os profissionais lidam diariamente, seria previsível que as suas representações fossem mais positivas. Parece-nos que talvez exista nestas representações não só a visão do profissional, mas também a do profissional, enquanto pessoa, como algo que projectivamente temem.

Dor

A maioria dos doentes que sofrem um enfarte agudo do miocárdio, solicitam ajuda devido à dor sentida. Ela normalmente ocorre subitamente e é de grande intensidade. É uma dor que diz quem a sentiu nunca ter experimentado nada igual. É contínua e não alivia com alteração de posição do corpo, está normalmente associada a sudorese intensa, náuseas, vômitos e mal-estar. Os profissionais que cuidam destas pessoas conseguem perceber e estabelecer um diagnóstico diferencial com relativa facilidade (Aehlert, 2007; American Heart Association, 2007). Mas à semelhança do conceito anterior também aqui parece existir uma projecção, de algo que é temível. Até porque os profissionais de saúde também têm os seus próprios estilos de vida e factores de risco. Logo, sempre que param para pensar sobre o enfarte, o que mais receio lhe causa, pelo que tem observado na sua experiência, é o que lhe ressalta de imediato ao pensamento.

Angústia

A angústia não é o mesmo que ansiedade. A melhor definição da angústia é sensação de sofrimento por razões desconhecidas. O processo da angústia é semelhante ao da ansiedade. Quase sempre as verdadeiras causas das nossas angústias são diferentes do que imaginamos. Ansiedade e angústia podem vir juntas ou separadas na mesma pessoa. Perante o enfarte a angústia aumenta a cada minuto. A corrida até ao hospital para ser socorrido, toda a correria em sua volta, os olhares apreensivos dos profissionais, dos familiares, o ambiente galáctico que o rodeia, fios monitores, seringas, agulhas, medicação, etc. Todo este cenário aumenta o terror, a ansiedade e angústia, se os profissionais não foram devidamente cuidadosos na abordagem que fazem ao doente e família (Aehlert, 2007; American Heart Association, 2007; NICE, 2007). Porém perante todo este cenário, o próprio profissional fica angustiado, devido à emergência e imprevisibilidade do acontecimento. O que nos leva a referir o profissional percebe a angústia do doente, mas também pode existir projecção da situação em si próprio ou num familiar.

Sufrimento

Os profissionais de saúde consideram o coração com forte representação de fonte vida, quando fica afectado por enfarte agudo do miocárdio leva a **sofrimento**. O sofrimento pode dizer-se que é global, pois constrói-se na dialéctica entre a vulnerabilidade biológica ou física, psicológica, espiritual e relacional. Estas formas de sofrimento são extremamente complexas, mas únicas aos doentes alvo dos cuidados dos profissionais de saúde (Barbosa, 2006).

O alívio do sofrimento deve ser prioritário nas intervenções dos profissionais, em particular dos enfermeiros. Esse alívio premente está intimamente associado a questões humanitárias, é desumano, deixar sofrer as pessoas. Mas também é prioritário porque o sofrimento surge frequentemente acompanhado da diminuição da capacidade de

resposta e investimento nos recursos sócio-afectivos no processo terapêutico. Perante a pessoa em sofrimento não adianta na intervenção ter discursos estereotipados. Atitudes de promoção da confiança e segurança, de acalmar a ansiedade e a insegurança, de esperança e perseverança, de autonomia, de respeito, de conforto e educação, que tenham em conta a cultura que influencia os comportamentos são essenciais (Lopes, 2006; McIntyre, 2004). Estas são facilitadoras do alívio do sofrimento, que outros, os que rodeiam o doente e a família, na maioria das vezes não conseguem compreender.

Sistema periférico

Na segunda periferia surgem os elementos mais relacionados com a vertente individual e mais susceptíveis de ser alterados. Temos o **risco**, este inclui factores de risco que podem ser sujeitos a mudança. A **reabilitação** pode ajudar a reduzir a **dependência**, de forma que a pessoa possa continuar a **trabalhar**. A **família** elemento de extrema importância neste processo, independentemente da idade do doente. Porque um enfarte agudo do miocárdio pode surgir em adultos ou idosos, encurta a longevidade, causa dependência, pode levar ao abandono do trabalho por incapacidade, todas estas e outras alterações tem implicações familiares e são geradoras de grande **tristeza**.

Risco

É do conhecimento geral que o **risco** de ter um enfarte agudo do miocárdio, está associado à presença e ao grau de determinadas características individuais, como sejam biológicas, psicológicas, hábitos de vida e comportamentos. Encontra-se implícita a relação entre as características idiossincráticas e os factores de risco a que a pessoa está exposta (Abreu, 2007). Importa referir que o risco pode ser entendido como algo que está mal e os profissionais sabem muito bem quais são. Podendo ser visto em duas perspectivas, uma projectiva e outra como elemento de extrema importância na intervenção, junto dos doentes e famílias.

Dependência

Ao falarmos de dependência, queremos salientar que é num sentido abrangente do termo. Desde a dependência física, à dependência psicológica, passando pela dependência sócio-económica. Pode existir uma dependência transitória ou definitiva de outros. Atendendo a que os profissionais de saúde constroem o seu universo representacional em torno de alguns elementos como incapacidade e complicações, parece óbvio que a dependência faça parte das representações sociais de enfarte.

Idade

A idade constitui um factor de risco fixo incluído nos outros factores determinantes (Carta Europeia do Coração; 2007), de enfarte. Sabe-se hoje através dos estudos realizados pela European American Heart Association, pela European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, entre outras organizações, que a idade constitui factor predisponente ao aparecimento do enfarte. Sendo a mortalidade e a morbilidade por enfarte inversamente proporcional à idade, isto é, quanto mais novos os doentes mais grave é o enfarte e maior é o risco de morrer.

Mudança

A mudança faz parte das representações sociais de enfarte agudo miocárdio dos profissionais de saúde, porque eles têm conhecimentos especializados que lhes permitem entender a necessidade de combater os factores de risco no doente com enfarte. Devem ser adoptados comportamentos que favoreçam o consumo de uma alimentação saudável, não deve existir consumo de tabaco, a prática do exercício físico regular deve ser uma realidade. Os profissionais de saúde têm o dever de saber identificar o risco e promover o encaminhamento adequado dos doentes. Os profissionais de saúde sabem que a mudança é necessária pelo que devem ser veículos promotores da mesma.

Trabalho

Para os profissionais de saúde enfarte é sinónimo de trabalho. Nos serviços onde decorreu o estudo, o enfarte era a patologia mais frequente. Sendo que a representação trabalho, presente no universo representacional deste grupo é de facto relevante.

Família

A família é um elemento fundamental no processo saúde doença. Ela é o elo de ligação entre o doente e o profissional de saúde. É a âncora que segura e fortalece o barco face às inúmeras situações de perigo. A resiliência é uma das suas capacidades mais visíveis. Ela apoia o doente e assegura tudo o que está fora do hospital. Também a família está em sofrimento e a necessitar de cuidados. Por trás de toda a energia emergem maioritariamente alterações emocionais. Podem desenvolver alterações afectivas, irritabilidade, ansiedade chegando mesmo à depressão. Alguns estudos têm sido realizados sobre esta problemática. Lautrte et al, in McAdan e Puntillo (2009) realizaram um estudo para perceberem a eficácia da intervenção comunicacional pró-activa junto da família. A intervenção baseava-se numa mini conferência fundamentada numa mnemónica “*VALUE*”. Significava *v* de valor da família; *a* de reconhecimento das emoções da família; *l* de lista; *u* de fazer questões compreensíveis; *e* de não fazer questões ilícitas. O resultado após intervenção foi positivo, existiu diminuição da ansiedade de 67% para 45% e da depressão de 56% para 29%. Um outro estudo (Chian, et al., in McAdan e Puntillo, 2009) realizado em Hong Kong, mostrou a eficácia do programa de educação baseado nas necessidades da família. Os resultados mostraram que existiu redução da ansiedade na família. A intervenção constava, na realização de uma sessão de educação focalizada nas necessidades da família. Não há dúvidas que a família é um suporte físico e emocional indispensável ao doente. Mas também ela tem de ser cuidada, como provam os estudos citados, principalmente para reduzir a ansiedade. Quando os profis-

sionais de saúde têm consciência da importância da família no processo de cuidados, o caminho encontra-se aberto para a qualidade dos cuidados prestados ao doente.

Reabilitação

A **reabilitação** é um conceito que apenas foi evocado pelos profissionais de saúde, o que denota aqui um conhecimento técnico-científico, e uma representação social de enfarte, positiva. Ou seja, havendo reabilitação estão criadas as condições para que os doentes e famílias possam enfrentar o enfarte com ajuda especializada de uma equipa multidisciplinar, e ter mais qualidade de vida. A meta-análise de estudos realizados, com doentes em programa de reabilitação cardíaca ambulatoria demonstra, uma redução na mortalidade pós enfarte de 25% (Roitmann e Fontaine; 2007). Quando mais precoce for o início da reabilitação cardíaca menor é a probabilidade do doente ficar dependente de outros, nomeadamente da família. Sendo a família normalmente a entidade mais importante no processo de reabilitação e mais sofredora no processo de dependência.

Tristeza

A tristeza emoção primária, é uma expressão saudável e adaptativa da natureza humana, assim como o medo, a aversão, a raiva e a alegria. É necessário entender qual o motivo da tristeza e distinguir tristeza de depressão. Esta última sim, é uma doença psico-emocional, às vezes só resolvida com tratamento médico ou psicológico, geralmente a pessoa nesta situação, não tem condições de superar sozinha a dificuldade. Já a tristeza é um sentimento natural decorrente da perda de algo que é importante, neste caso a perda da saúde. Se não pudéssemos sentir tristeza, não poderíamos também dimensionar o valor do que estamos a perder. Para enfrentar uma situação de tristeza, é preciso procurar ter a melhor avaliação da causa (Damásio, 2000). Tristeza, é uma emoção que os profissionais de saúde percebem existir nos doentes e famílias, e lidam com

ela diariamente. Contudo mais uma vez existe ambiguidade na representação. A representação de tristeza também pode ser projectiva.

1.3.2 - Análise de similitude *Árvore Máxima*

Ao observarmos a figura 3, verificamos que as modalidades de maior centralidade são **medo**, **incapacidade** e **dependência**. A modalidade com maior número de ligações é medo, apresenta sete arestas, sendo que duas não formam figuras fechadas. As restantes apresentam figuras fechadas pois voltam ao ponto de partida. Mostrando circularidade e articulação entre as várias modalidades.

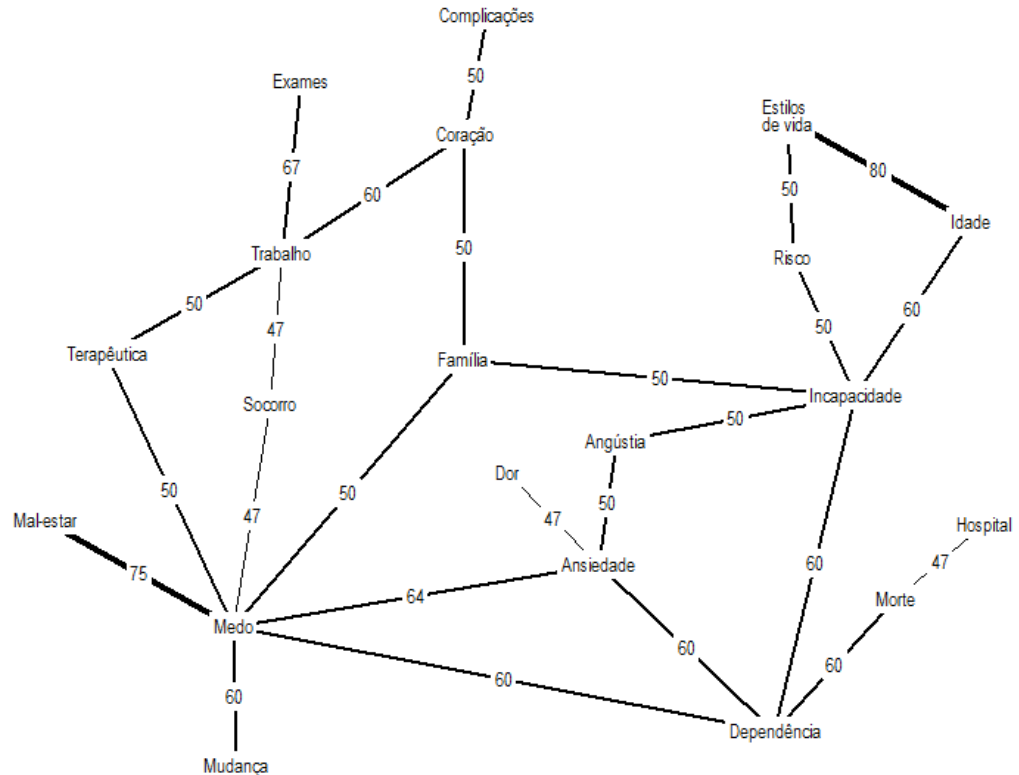


Figura 3 *Árvore máxima para o estímulo enfarte agudo do miocárdio no grupo dos profissionais de saúde*

Podemos observar com base na modalidade medo quatro ciclos fechados. Em forma de triângulo surge uma forma, definido pelas arestas, **medo**, *socorro*, *trabalho*, *terapêutica*, *medo*. Em forma pentagonal surge a articulação das modalidades, **medo**, *terapêutica*, *trabalho*, *coração*, *família*, *medo*. Outra forma pentagonal emerge de **medo**, *família*, *incapacidade*, *angústia*, *ansiedade*, *medo*. Uma outra forma encontrada é quadrangular, entre as modalidades **medo**, *família*, *incapacidade*, *dependência*, *medo*. Por fim encontramos uma forma triangular que articula as modalidades **medo**, *dependência*, *ansiedade*, *medo*.

A modalidade incapacidade apresenta cinco ligações, todas elas em ciclos fechados. Duas das ligações são com a modalidade medo, já descritas anteriormente. Uma figura em forma de quadrilátero surge de **incapacidade**, *angústia*, *ansiedade*, *dependência*, *incapacidade*. Com a mesma forma geométrica surge **incapacidade**, *risco*, *estilos de vida*, *idade*, *incapacidade*.

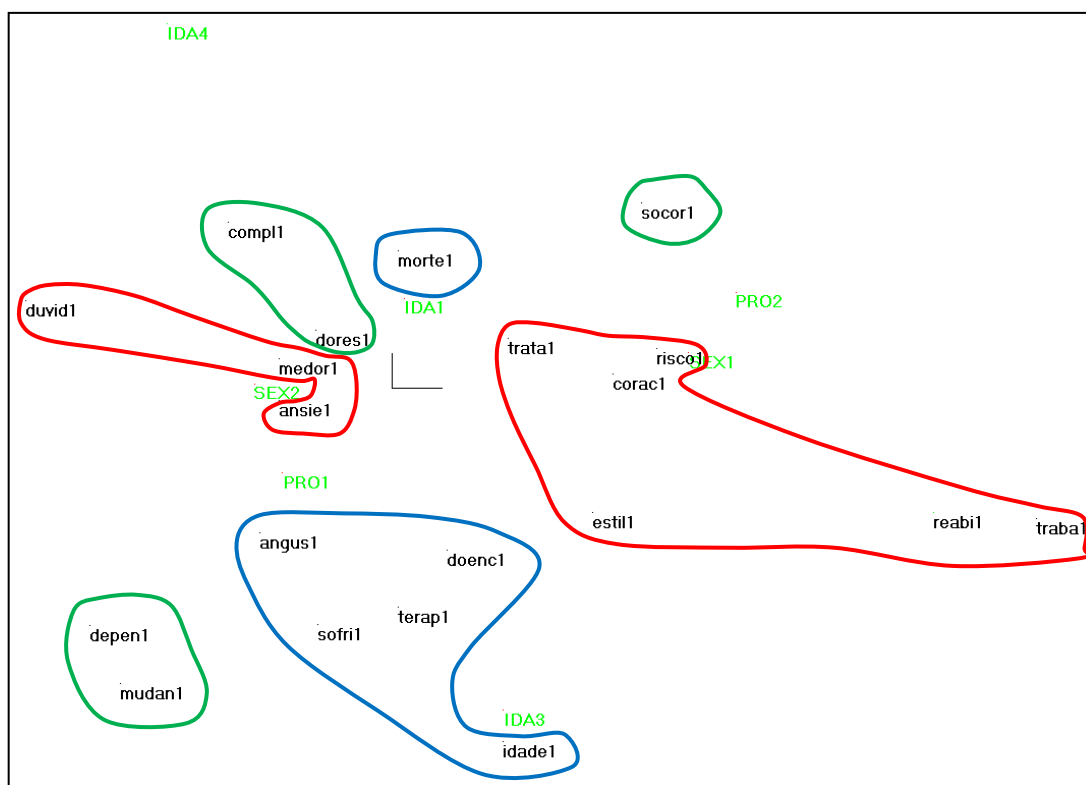
Dependência é uma modalidade que surge com quatro arestas, uma não forma ciclo fechado e as restantes formam ciclos com as modalidades medo e incapacidade já descritos anteriormente.

Através desta análise foi possível perceber as organizações cognitivas orientadas fundamentalmente para duas dimensões de representações. Confirma a centralidade de duas modalidades incapacidade e medo, a primeira de dimensão biológica e a segunda de dimensão psicológica. E surge uma outra modalidade, dependência, elemento da segunda periferia, o que confere uma maior flexibilidade de mudança desta representação. Para os profissionais de saúde que cuidam dos doentes/famílias com enfarte, cognitivamente as suas representações centram-se no medo face ao acontecimento e na eventualidade de ficarem incapacitados e dependentes, embora a dependência seja uma representação mais susceptível de mudança.

1.3.3 - Campo de representação ou objectivação das representações sociais de enfarte agudo do miocárdio: análise factorial a partir do Trideux

Da análise factorial realizada aos dados evocados pelo grupo dos profissionais de saúde, resultaram os seguintes resultados. Total de palavras entradas 379, após agrupamento por similaridade semântica, obteve-se 42 palavras diferentes. O factor 1 explica 52.0% da variância total, com valor próprio de 0.070. O factor 2 explica 23.2% do total de respostas com valor próprio de 0.031. Os dois factores correspondem a 75.2% da variância total, valor considerado bom (Cibois, 2007).

Gráfico 3 - Análise factorial no grupo dos profissionais de saúde



Estímulos indutores: 1 - Enfarte agudo do miocárdio (EAM), 2 - Saúde, 3 - Doença, 4 - Estilos de vida (EV)

Factores: F1=eixo horizontal: esquerda negativa e direita positiva (**vermelho**)

F2=eixo vertical: superior positivo e inferior negativo (**azul**)

Contribuição para os factores (CPF) > 25%

A representação gráfica seguinte (gráfico 3) mostra o mapa factorial de *enfarte agudo do miocárdio*, construído a partir das evocações dos profissionais de saúde que cuidam dos doentes com enfarte agudo do miocárdio.

Na representação gráfica dos planos factoriais e nos quadros 14 e 15 verificamos, que esta é composta, pelas respostas que mais contribuíram para a formação dos eixos. Nas palavras do gráfico, palavras respostas ou modalidades de opinião observamos que as três variáveis fixas: idade, sexo e profissão, demonstraram relevância na composição do gráfico. A organização das modalidades por factor representadas no gráfico, pode ser observada no quadro 14. Na sua análise percebemos qual a contribuição por factor na construção do campo factorial. Verificamos que as modalidades **trabalho e reabilitação** foram as que mais contribuíram para o factor 1 e para a objectivação de enfarte agudo do miocárdio no grupo dos profissionais de saúde. No factor 2 a modalidade que mais contribuiu foi **idade** seguida de **doença, sofrimento e morte**.

Quadro 14 Distribuição por factor das modalidades e contribuições

FACTOR 1		FACTOR 2		FACTOR 3
MODALIDADES	CPF %	MODALIDADES	CPF%	MODALIDADES
+Reabilitação	114	-Idade	120	Dependência
+Trabalho	251	-Terapêutica	55	Mudança
+Estilos de vida	26	-Angústia	32	Socorro
+Risco	52	-Sofrimento	92	Complicações
-Dúvida	91	-Doença	98	Dor
+Coração	57	+Morte	92	
+Tratamento	25			
-Ansiedade	31			
-Medo	45			

No quadro 15 podemos observar de entre as 42 palavras diferentes, onde os profissionais de saúde objectivam as representações sociais de enfarte. A objectivação reporta-se à forma como os elementos constituintes da representação se organizam e qual o percurso que leva tais elementos a adquirirem materialidade, transformando-se em expressões de uma realidade pensada como natural (Vala, 2003). O grupo dos profissionais de saúde está sempre a transformar em imagens as noções e conceitos abstractos,

materializando ideias e significações e estabelecendo correspondências entre os objectos e as palavras (Moscovici, 1961). Assim é possível verificar o universo semântico do grupo dos profissionais de saúde e onde recai a objectivação dos elementos sobre enfarte agudo do miocárdio.

Quadro 15 Modalidades e frequências

Modalidades = 42 palavras	Frequência
Alívio	1
Angústia	8
Ansiedade	25
Aterosclerose	2
Complicações	18
Compromisso	1
Consequências	1
Coração	11
Dependência	5
Doença	21
Doente	2
Dor	48
Dúvida	7
Eficácia	2
Ensino	2
Equipe	1
Estilos de vida	6
Exame	14
Família	4
Frustração	1
Hospital	19
Idade	5
Incapacidade	25
Insegurança	1
Mal-estar	3
Medo	37
Morte	28
Mudança	6
Negação	1
Órgão	1
Prevenção	1
Reabilitação	4
Revolta	1
Risco	7
Socorro	14
Sofrimento	9
Stress	2
Tabaco	2
Terapêutica	6
Trabalho	6
Tratamento	18
Tristeza	3

No **factor 1**, eixo horizontal, que se encontra no lado esquerdo do gráfico (eixo factorial negativo) encontramos um conjunto de modalidades, como variáveis fixas. Os participantes que mais contribuíram para a construção deste campo representacional são, do grupo etário dos 51 aos 60 anos (IDA4) com CPF=67, do sexo feminino (SEX2), com CPF=163 e do grupo profissional dos enfermeiros (PRO1), com

CPF=172. O campo semântico neste eixo factorial é representado pelas modalidades **dúvida, ansiedade e medo**. Em oposição no eixo factorial positivo (direita), surgem a contribuir para a construção deste campo representacional, participantes do grupo etário dos 21 aos 30 anos (IDA1) com CPF=80 e do grupo etário dos 51 aos 60 anos (IDA4) com CPF=316, do sexo masculino e do grupo profissional dos médicos (PRO2) com CPF=44. As modalidades que constroem este campo representacional são **reabilitação, trabalho, estilos de vida, risco, coração e tratamento**.

Os resultados, no factor 1, apontam para a seguinte leitura do plano factorial. Existe forte oposição ou repulsa (ângulo próximo de 180°) entre as modalidades **dúvida, ansiedade e medo** e as modalidades **reabilitação, trabalho, estilos de vida, risco, coração e tratamento**. Verifica-se que existe atracção (ângulo inferior a 90°) entre as modalidades **dúvida, ansiedade e medo**, no lado esquerdo do gráfico e atracção entre as modalidades **reabilitação, trabalho, estilos de vida, risco, coração e tratamento** no lado direito do gráfico.

Ao observarmos o **factor 2** (eixo vertical), campo negativo (em baixo), encontramos relativamente a variáveis fixas: o grupo etário dos 41 aos 50 anos (IDA3) com CPF=457 e o grupo profissional dos enfermeiros (PRO1) com CPF=93. Surgem neste campo representacional as modalidades, **terapêutica, idade, angústia, sofrimento e doença**. Opondo-se ao eixo anterior encontramos no eixo factorial positivo (em cima), as variáveis fixas: os grupos etários dos 21 aos 30 (IDA1) com CPF=80 e dos 51 aos 60 anos (IDA4) com CPF=671 e os médicos (PRO2) com CPF=44. A modalidade encontrada foi **morte**.

No factor 2 os resultados indicam que existe forte oposição ou repulsa entre a modalidade **terapêutica, idade, angústia, sofrimento e doença** e a modalidade **morte**.

Verifica-se atracção entre as modalidades **terapêutica, idade, angústia, sofrimento e doença.**

Em síntese podemos referir que os profissionais de saúde que cuidam os doentes/família com enfarte agudo do miocárdio possuem uma representação do mesmo, delimitada pelas variáveis fixas, sexo e grupo profissional. Assim as **enfermeiras** consideram o enfarte, uma **doença** que causa **angustia, ansiedade, medo e sofrimento** independentemente da **idade**. A **terapêutica** é importante e toda a situação causa **dúvidas**. Os **médicos** consideram que é uma doença que afecta o **coração**, que exige **tratamento**, está associada a **estilos de vida**, pode conduzir à **morte** e para eles enquanto médicos representa **trabalho**. Em suma as enfermeiras mostram um campo representacional mais marcado pela dimensão psicológica e os médicos um campo representacional marcado pelas dimensões biológica, técnica e social.

1.2 - Representações Sociais Construídas Pelos Três Grupos: Conteúdos e Dimensões

Para apreensão das representações sociais com ênfase nos conteúdos e dimensões, optamos pela análise textual utilizando a ferramenta *Alceste* a qual não pode ser dissociada do referencial teórico adoptado. O programa integra métodos estatísticos sofisticados realizando análise de dados textuais (Kronberger e Wagner, 2003). Tendo por base a distribuição de vocabulário, e em diferentes etapas, ele realiza uma classificação hierárquica de palavras. O vocabulário de um enunciado pode constituir um traço, uma referência ou uma actividade, isto é, pode revelar uma intenção de sentido do sujeito que enuncia (Kalampalikis, 2003). Segundo o mesmo autor, um dos efeitos do ins-

trumento de análise *Alceste* é precisamente a tradução do discurso formal num conjunto associativo onde a atenção é mais concentrada nas palavras que fazem sentido.

Para realizar o processamento no *software* o primeiro passo foi preparar o corpus de análise. As entrevistas foram transcritas nos parâmetros técnicos próprios da ferramenta *Alceste*, separadas em linhas de comando e com códigos identificadores do entrevistado e das variáveis consideradas. O processamento ocorreu em quatro etapas. Na primeira o programa faz a leitura do corpus e cálculo dos dicionários. O corpus de análise é composto pelas Unidades de Contexto Iniciais (UCIs). As UCIs correspondem ao conjunto textual que diz respeito a um tema específico. No caso deste trabalho, há um total de 120 UCIs, que se referem às entrevistas realizadas aos sujeitos em estudo. Este material constitui o corpus de análise, denominado “*representações de enfarte agudo do miocárdio*”. Em seguida existe uma reformatação com cálculo da frequência das palavras identificando-as por raízes comuns, acontece um processamento em unidades de contexto elementar (UCEs) para fazer as diferentes análises. As UCEs são “*segmentos de texto, na maior parte das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo programa informático em função do tamanho do corpus e, em geral, respeitando a pontuação*” (Camargo, 2005, p.514). A frequência e o qui-quadrado das palavras fornecem o fundamento para o agrupamento de UCEs em determinada Classe, de acordo com seu vocabulário específico. Na segunda etapa o programa fez os cálculos que levaram à classificação das ocorrências a partir de uma classificação hierárquica descendente (CHD) de palavras, obtendo-se uma classificação definitiva. Esta análise permite alcançar as classes. Na terceira etapa o *software* produz dendogramas para a visualização das classes de palavras, hierarquizadas na etapa anterior. É a etapa mais importante porque ilustra as relações entre as classes. Para as palavras entrarem no dendograma têm que cumprir dois critérios, a frequência média no corpus tem que ser ≥ 6 e o *qui-quadrado* \geq

3.84 (Camargo, 2005). A quarta etapa é um prolongamento da etapa anterior, chega-se ao conhecimento das principais características de cada classe de palavras e a uma classificação ascendente das mesmas. Em suma a *“análise quantitativa de dados textuais não deixa de considerar a qualidade do fenômeno estudado, e ainda fornece critérios provenientes do próprio material para a consideração do mesmo como indicador de um fenômeno de interesse científico”* (Camargo, 2005, p. 512).

Neste trabalho, a classificação do corpus resultou em 1688 UCEs classificadas do total de 2178, ou seja 77,50%, de material válido. Resultado válido, visto que o *Alceste* considera como solução mínima aceitável 70% (Camargo, 2005).

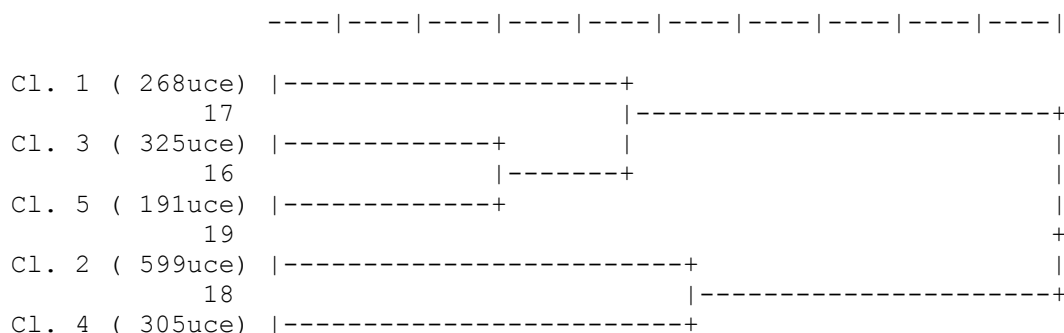
Quadro 16 Classes e UCEs

	UCEs	%
Classe 1	268	12,3
Classe 2	599	27,5
Classe 3	325	14,9
Classe 4	305	14,0
Classe 5	191	8,8

O programa estabeleceu o mínimo de 109 UCEs para definir uma classe e promoveu a distribuição do conjunto dos dados textuais em cinco classes diferentes por descendência hierárquica, caracterizando cinco contextos de enunciação sobre a representação social de enfarte agudo do miocárdio, quadro 16.

No dendograma resultante da CHD, a leitura deve ser feita da direita para a esquerda. Num primeiro momento, o corpus foi dividido em dois sub-grupos. Num segundo momento, o primeiro sub-grupo foi dividido em dois. Da primeira, divisão resultou a Classe 1. O restante provocou nova divisão, da qual resultaram as Classes 3 e 5. O segundo sub-grupo foi dividido em dois, formando as Classes 2 e 4, como mostra o dendograma 1. De acordo com a CHD, as cinco classes mostraram-se estáveis, ou seja, compostas de UCEs com vocabulário semelhante.

Dendograma 1 - Classificação Hierárquica Descendente



As classes podem ser analisadas como contextos semânticos, se forem consideradas dentro do campo da linguística. E também podem indicar representações sociais ou campos de imagens sobre um determinado objecto (Camargo, 2005). A última interpretação é a que mais nos interessa neste trabalho. Assim, a definição das classes tal como a sua descrição, é apresentada a seguir, dentro do referencial da teoria das representações sociais, sobre as representações sociais de enfarte agudo do miocárdio.

Como podemos constatar no quadro 17, encontra-se o conjunto de palavras significativo para construir a **Classe 1**.

É um conjunto de palavras que mostra a forma de pensar de um determinado grupo de entrevistados. Salientamos apenas as de maior relevância

Aponta para uma representação de **enfarte agudo** do miocárdio muito relacionada com a dimensão física do fenómeno. Ou seja, é uma **doença grave** do **coração** ou **cardíaca**, que afecta as **artérias**, o **músculo**, o **miocárdio** em suma é uma **lesão**. Pode causar consequências, complicações levando à **insuficiência** do órgão, causando **limitações** que dão origem a **dependência**. Pela gravidade da situação o **risco** e a **morte** estão muito presentes.

Quadro 17 Palavras específicas mais significativas $\chi^2 \geq 16$ associadas à

Classe 1 - Significado

PALAVRA	Frequência Média Na Classe f	Qui-quadrado χ^2
Actuação	6	17.48
Afectar	17	27.06
Agudo	40	137.57
Angustia	8	26.79
Artérias	27	75.57
Associadas	14	40.94
Assustada	15	28.73
Ataque	8	30.97
Avanço	6	25.67
Cardíacas	55	261.50
Cardiovasculares	8	26.79
Causas	24	19.25
Cerebrais	11	17.82
Complicações	18	67.94
Consequências	29	73.38
Coração	50	78.49
Coronárias	20	58.99
Dependência	41	76.23
Doença	68	191.53
Doente	61	18.41
Enfarte	176	268.74
Entupimento	5	20.51
Evolução	8	42.59
Extensão/Extenso	15	73.22
Factores	23	29.81
Funcionamento	10	36.55
Genética	4	21.24
Grau	11	33.81
Gravidade	46	139.58
Insuficiência	18	77.65
Internados	8	21.04
Irrigação	4	21.24
Isquémia	8	42.59
Lesão	20	82.95
Limitações	32	80.80
Miocárdio	49	179.24
Mortalidade	30	96.97
Músculo	22	111.11
Necrose	7	30.87
Nível	24	31.57
Nocivo	17	45.55
Obstrução	7	18.91
Órgão	9	19.71
Patologia	11	46.35
Prazo	6	25.67
Prognóstico	7	37.24
Qualidade	13	31.17
Rapidamente	9	17.66
Recuperação	11	25.40
Risco	36	79.06
Sequência	7	22.06
Significado	14	26.59
Situação	27	19.41
Tratamento	30	34.60
Vida	89	28.79

Ao analisarmos o relatório produzido pelo Alceste, relativamente à Classe

1, podemos ainda referir que os participantes que mais contribuíram para esta

Classe foram os Profissionais de Saúde, sendo que as habilitações literárias, eram de curso superior. Na variável idade destacam-se os grupos etários, dos 21 aos 30 anos e dos 31 aos 40 anos. Maioritariamente são entrevistados do sexo feminino, enfermeiros e médicos.

Em seguida apresentamos as UCEs, isto é, os enunciados com maior significado, retirados das entrevistas e que dão forma à Classe.

“(...) é uma das patologias mais frequentes neste serviço é uma patologia grave em algumas situações mesmo muito graves há sempre uma lesão a nível do musculo cardíaco(...)” PS4EA

“(...) enfarte é uma doença cardíaca mais propriamente da área da circulação coronária é uma lesão que vai alterar a circulação sanguínea a nível do musculo cardíaco do coração, pode fazer uma ferida uma isquémia que pode ser transitória e angina ou se a circulação foi interrompida por algum período de tempo pode ser necrose em linguagem mais popular morte (...)” PS2MA

“(...) fazer alterações na sua dinâmica e na sua vida. Uma lesão no coração causa morte celular. Doença que definem como aperto no coração, eu acho que as pessoas não tem noção que o enfarte agudo do miocárdio é com se fosse uma ferida no coração que demora muito tempo a cicatrizar dependendo do sitio onde se localiza podem resultar arritmias outras ou complicações (...)” PS1EA

“(...) enfarte é uma doenças do foro cardíaco normalmente provocado por uma obstrução de uma coronária que pode provocar a morte normalmente por ritmos desfibrilháveis, pode também provocar insuficiências cardíacas por lesão de alguma parte do miocárdio(...)” PS36EA

“(...) uma pessoa tem enfarte quando há uma oclusão de uma artéria coronária e isso provoca uma lesão no musculo cardíaco, esta é uma definição médica. A maior parte das pessoas dá-me a sensação que tem uma noção um bocadinho diferente desta, não se apercebe bem do significado, pensa no seu enfarte chama-lhe muitas vezes ataque cardíaco e há representações psicológicas do enfarte bastante diferentes (...)” PS29ML

“(...) uma das conseqüências mais temível é a morte depois outra conseqüência é a insuficiência cardíaca depende um bocadinho do miocárdio que é afectado isso tem um grande impacto na qualidade de vida dos doentes (...)” PS27ML

No quadro 18 observamos o conjunto de palavras significativas que formam a **Classe 2**. Destacamos apenas as mais relevantes. Esta Classe tem inclusas palavras relacionadas sobretudo com factores de risco e estilos de vida associados com enfarte. **Fumar, cigarros e tabaco** apresentam uma frequência importante na Classe, relacionadas a um determinado estilo de vida, sendo concomitantemente um factor de risco. A alimentação assume também uma relevância extrema, nas palavras **bebida, comida e gorduras**. No entanto, salientamos que todas as palavras do quadro têm uma conotação menos positiva em termos de hábitos de vida,

ou estilos de vida que conduzem a factores de risco. Estão descritos outros factores de risco, como a hereditariedade, os “nervos” e a tensão arterial, não apresentando frequências e qui-quadrado elevados.

Quadro 18 Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 16$ associadas à Classe 2 – Factores de risco

PALAVRA	Frequência Média Na Classe f	Qui-quadrado χ^2
Abusos	22	40.34
Andar	100	60.17
Bebida	75	83.46
Casa	62	19.08
Cigarros	25	30.47
Colesterol	30	19.63
Comer	52	65.34
Descansar	17	21.67
Esforços	21	21.44
Fumar	129	90.58
Gorduras	54	74.14
Gostava	46	33.53
Jantar	14	22.12
Mãe	29	19.68
Marido	36	26.69
Nervos	30	34.35
Pai	35	17.31
Refeição	15	18.19
Sal	28	21.32
Tabaco	74	79.08
Tensão	31	21.03
Vinho	31	38.55

A combinação destas palavras nas entrevistas dos participantes está relacionada com factores de risco e estilos de vida. A maioria destaca aspectos pouco favoráveis para uma vida saudável. Como podemos ver nos enunciados com maior significado, retirados das entrevistas e que dão forma à Classe.

“(...) eu não fumo há vinte anos não sei o que podia ser, comidas tinha vários pe-tiscos mas quando um colega meu comia meio prato eu comia um quarto, quando eles be-biam um litro de vinho eu bebia dois copos derivado há vesícula quando comíamos frango assado o meu era só com sal, já derivado a isto, mas uma das causas era o controle da ten-são essa eu nunca consegui controlar(...)” D31A

“(...) olhe, não sei, não fumava, comia bem cozidos, fazia a matança para o ano, do porco. A minha mãe sofreu do/ coração morreu disso com a idade que eu tenho a minha mãe já tinha/ morrido (...)” D24A

“(...) faço algum desporto, fumar também não fumo por ai além um maço de ta-baco dá-me para três dias, não sou daqueles fumadores que se levantam já com o cigarro nos queixos o mal disto tudo talvez fosse uma ascendência genética porque o meu pai tem problemas de coração, talvez seja por isso passa de pais para filhos (...)” D22L

“(...) não sei, mudar e um estilo de vida diferente deixar de fumar, comer mais equilibradamente. Eu saio de casa tenho um café a trezentos metros de casa meto-me no carro vou lá, agora tenho mesmo de mudar, ando, quando me sentir que estou cansado pa-ro (...)” D38L

“(...) por exemplo o tabaco acabou mas porque na informação em geral televisão agente ouve falar que faz mal, o café possivelmente vou deixar vinho possivelmente bebia um litro agora passo a beber um copo(...)” D8A

“(...) eu estava bem de repente apareceram as dores, fumava muito três maços por dia quando ia para a pesca eram quatro maços, comida, comia tudo feijoadada, cozido à portuguesa, há alturas em que não é muito fácil controlar o sistema nervoso (...)”D39L

Contribuíram para a construção da Classe 2, o grupo dos doentes entrevistados e o grupo das famílias, num total de 45 sujeitos, sendo que os doentes são os mais representativos. Estes participantes são predominantemente do sexo masculino, que integram na sua maioria os grupos etários por ordem decrescente, dos 61 aos 70 anos, seguido do grupo dos 51 aos 60 e dos 41 aos 50 anos. Estes possuem como habilitações literárias na sua maioria, o 2º ciclo.

No quadro 19 encontra-se o conjunto de palavras significativo que compõe a **Classe 3**. É um conjunto de palavras indicativo de uma representação social de enfarte agudo do miocárdio enquadrada na temática da comunicação.

Quadro 19 Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 16$ associadas à Classe 3 – Informar/Educar

PALAVRA/RADICAL	Frequência Média Na Classe f	Qui-quadrado χ^2
Abordar	6	19.97
Acesso	6	16.07
Apoio	6	19.97
Comportamento	28	59.70
Comunicar	40	122.30
Confiança	8	28.22
Doente	133	231.66
Duvida	13	16.06
Empatia	7	24.08
Ensinar	26	84.46
Estabelecer	7	24.08
Facilitar	7	29.48
Família	52	54.28
Formação	64	116.72
Fundamentação	11	40.76
Importante	49	40.48
Informar	69	99.01
Maneiras	26	16.42
Mensagem	6	19.97
Mudar	43	39.60
Papel	13	49.19
Perceber	28	41.30
Pessoa	143	25.54
Profissionais	48	98.67
Relação	24	36.19
Saúde	44	37.89
Tentar	33	25.32
Transmitir	23	81.36

Destacamos nesta listagem as palavras, **comunicar** e **informar** o **doente**. Numa sequência lógica surgem os **profissionais** de saúde que devem, não só comunicar e informar o doente, mas também a **família**. E a ambos devem **transmitir** informação, **ensinar** ou **formar**, para que os **comportamentos** possam, se for o caso, ser alterados. A percepção que se tira da análise do quadro 19 prende-se com uma temática de extrema relevância que é a comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes e família. Na construção da Classe 3, curiosamente, quem mais contribuiu para a mesma foi o grupo dos profissionais de saúde com 22 sujeitos, médicos e enfermeiros. Com idades situadas nos grupos etários dos 20 aos 30 anos e dos 31 aos 40 anos, predominantemente do sexo feminino. Estes dados denotam uma sensibilização dos profissionais de saúde na área da comunicação com o doente e família, no sentido de ser um impulsionador à mudança de comportamentos.

Tal relevância é denotada entre os enunciados dos entrevistados seleccionados com significação para compor a Classe.

“(...) se não passamos a mensagem é complicado nós tentamos principalmente porque as vezes a nossa população não podemos dizer que é uma população muito letrada o que tentamos fazer é dar-lhes directivas para que eles mudem os comportamentos mesmo (...)”PS19MA

“(...) devia haver mais informação nesse sentido acredito que a nível de enfermagem, nós neste momento devia haver mais empenho de todos mais acções de sensibilização os técnicos de saúde deviam estar mais envolvidos (...)”PS37TA

“(...) a forma de comunicar se calhar na linha em que eu disse às vezes nós temos dificuldade em transpor o nosso vocabulário, que é um vocabulário que é muito técnico para aquilo que as pessoas precisam (...)”PS3EA

“(...) convém informar mas não resolve as situações de fundo. Tem muito haver com a relação de confiança estabelecida entre o doente o profissional de saúde (...)”PS28ML

“(...) as coisas tem que ser mais explicadas no sentido da pessoa acreditar o que lhe está a acontecer nunca com brusquidão (...) é logo na admissão estabelecer uma relação com o doente independentemente do profissional que está a transmitir ao doente aquilo que ele tem ele vai ser a primeira imagem de quem o doente se vai recordar (...)”PS17ML

“(...) existem pessoas que ligam mesmo ao que lhes dizem, estabelecer uma relação com a família do doente também é importante o doente muitas vezes no estado de ansiedade em que está nem nos está a ouvir se nós estabelecermos uma relação com a família ela depois esta lá para traduzir a informação(...)”PS9EA

O quadro 20 mostra as palavras que compõem a **Classe 4**. Trata-se de um conjunto de palavras indicativo de uma representação social de enfarte agudo do miocárdio associada ao que foi ter um enfarte, sinais e sintomas, e que fazer perante eles.

Quadro 20 Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 16$ associadas à Classe 4 – O momento

PALAVRA	Frequência Média Na Classe f	Qui-quadrado χ^2
Ambulância	16	73.25
Angústia	13	43.56
Apanhar	19	35.49
Ar	13	43.56
Atendido	7	18.33
Banho	6	21.73
Braço	25	97.55
Cama	9	23.16
Cardiologia	14	28.85
Casa	37	17.09
Cateterismo	18	38.59
Centro	8	16.72
Chamar	15	24.24
Chegar	48	84.33
Começar	48	84.47
Conhecido	7	26.17
Consegui	7	30.40
Costas	7	31.87
Debaixo	7	21.79
Dinitrato	4	18.18
Dor	94	273.19
Médicos	101	52.93
Electrocardiograma	13	36.04
Estranha	4	18.18
Fim	10	17.27
Forte	17	52.78
Hospitais	54	108.23
Levantei-me	8	26.17
Mandar	15	54.78
Operações	20	41.14
Parecer	19	33.51
Passar	62	36.50
Peito	64	265.48
Queixas	12	18.32
Rua	6	17.60
Sentir	74	206.95
Sintomas	8	16.72
Sorte	11	28.03
Telefone	14	40.15
Ultima	6	21.73
Urgência	15	35.01

Destacamos as palavras **sentir dor forte no peito** e no **braço**. Seguido de medidas de decisão rápida como chamar **ambulância** ir para o **hospital** e ser atendido por **médicos**. De salientar que a única emoção que surge descrita neste contexto de início do enfarte, uma espécie de caos, foi a **angústia** sentida.

A Classe 4 é na sua maioria construída por palavras enunciadas pelo grupo dos doentes. Os entrevistados encontram-se nos grupos etários acima dos 51 anos, possuem na sua maioria baixa escolaridade, sendo predominantemente do sexo masculino. Estes dados representam o que sentiram e fizeram perante uma situação concreta, neste caso o enfarte.

Tal evidência está fortemente enquadrada nas palavras que compõem a classe e que apresentam maior frequência e/ou qui-quadrado, entre os enunciados dos entrevistados. Os enunciados seguintes reflectem a significação dada à classe.

“(...) veio logo o médico viu o exame disse logo que era um enfarte veio logo a emergência médica levaram-me para o hospital tive ali uma hora a ver se a dor passava, mas a dor não passava fui para Santa Cruz cheguei aqui fiz o cateterismo (...)”D40L

“(...) eu fui ao lado dela sempre perfeitamente consciente, tranquilo sempre a fazer o meu filme. Cheguei lá ao hospital de Cascais é um submundo dos hospitais deste país aquela urgência assusta, a meia luz, as portas a abrirem-se bati ao guichê disse eu quero ser atendido já por um médico (...)”D15L

“(...) estava a dormir acordei com uma dor no braço, esquisita, levantei-me fui a casa de banho, esfreguei o braço, mas não parava fui acordar o meu marido e disse-lhe olha vai-me levar ao hospital, mas (...) ele olhou para mim viu que não estava bem (...)”D23L

“(...) senti uma dor muito forte no peito como se tivesse uma coisa espetada aqui no centro, comecei a suar muito, dor no peito fiquei assustado porque estava a ver que era agora que via a luz no corredor (...)”D22L

“(...) começou a manifestar-se por um cansaço a dor, angor que desaparecia depois de eu parar o esforço. Isto já era uma segunda vez esta aconteceu-me estava eu em repouso por isso é que eu recorri ao hospital, não cheguei a ter falta de ar que eu sei que isso acontece também não tive muita dor no braço (...)”D41A

“(...) depois voltou outra vez a aflição, comecei a suar fiquei com o cabelo todo ensopado a escorrer, passei a mão disse o que é isto o que é que se passa isto está mesmo mau. Despi-me ia-me deitar pus o roupão deitado ficava pior levantei-me tomei uma decisão eram nove dez horas vou-me meter no carro vou ao hospital (...)”D15L

A **Classe 5** é composta por um conjunto de palavras indicativas de uma representação de enfarte associado aos estilos de vida que por sua vez determinam factores de risco a que cada um está exposto. O quadro 21 mostra as palavras que compõem a **Classe 5**.

Podemos referir que para ter uma **vida saudável** as pessoas têm que ter uma **alimentação equilibrada**, **praticar desporto** ou tão simplesmente **fazer actividades** ou **exercício físico** regular. Há que alterar ou controlar **hábitos** como ser **sedentário**, diminuir a **obesidade** e controlar o **stress**. Como diz um dos participantes as pequenas

coisas fazem grande diferença no futuro, o pior é que os resultados não são imediatos e por isso as pessoas esquecem facilmente.

Quadro 21 Palavras específicas mais significativas com $\chi^2 \geq 16$ associadas à Classe 5 – Estilos de vida

PALAVRA	Frequência Média Na Classe f	Qui-quadrado χ^2
Actividades	24	108.10
Agitação	4	18.38
Alimentação	71	247.02
Alterações	12	26.58
Carga	4	18.38
Cometer	5	20.99
Consideração	5	25.31
Consumo	5	20.99
Controlo	16	46.34
Desporto	16	66.38
Diminuir	6	20.62
Equilibrada	10	62.47
Errada	5	31.12
Estilo	41	180.50
Exercício físico	47	235.91
Ginásio	5	17.65
Hábitos	28	93.27
Intensa	4	23.58
Modificação	9	24.89
Obesidade	8	54.26
Poder	63	28.18
Praticar	19	78.60
Quantidade	8	41.61
Regra	10	24.04
Regular	9	62.07
Saudável	46	98.77
Sedentário	22	117.07
Stress	40	60.42
Tabagismo	9	27.13
Vida	108	164.44
Vigilância	5	25.31

A Classe 5 é maioritariamente construída por palavras enunciadas pelo grupo dos profissionais de saúde. Possuem idades situadas nos grupos etários dos 20 aos 30 anos e dos 31 aos 40 anos sendo predominantemente do sexo feminino. Estes dados representam o que são estilos de vida saudáveis e concomitantemente factores de risco.

Tal evidência está fortemente enquadrada nas palavras que compõem a classe e nas que apresentam maior frequência e/ou qui-quadrado, entre os enunciados dos entrevistados. Podemos confirmar tal evidência nas unidades de contexto elementar elencadas em seguida.

“(...) ter tempo para ir fazer exercício físico de forma regular não só esporadicamente como muitas pessoas fazem por aí. Também é difícil porque as pessoas não tem tempo mas obviamente que esse estilo de vida é um estilo de vida não sedentário com uma actividade física regular com uma dieta equilibrada (...)”PS27ML

“(...) as pessoas que não fumam, praticam desporto, tem uma alimentação equilibrada pessoas mais descontraídas sabem lidar melhor com o stress tenham profissões menos stressantes (...)”PS5EA

“(...) cumprir terapêutica, fazer exercício físico regular, alimentação saudável reduzir as gorduras por causa do colesterol para quem é diabético, também ter cuidados com a alimentação, fazer vigilância da sua saúde regularmente (...)”PS9EA

“(...) O meu pai é extremamente obeso tem diabetes tem tensão alta já informei não sei quantas vezes não adianta. Tem que ter bons hábitos de vida, vida mais saudável, fazer mais exercício físico, ter mais controlo com a alimentação tomar a medicação regularmente (...)”PS16EL

“(...) O exercício físico mais intenso diário é mais complicado, as pequenas coisas fazem grande diferença em termos de futuro o problema é que os resultados não são imediatos, nós estamos educados para isso para termos resultados imediatos se os resultados não são rápidos e porque estamos a fazer alguma coisa de errado temos que acelerar a actividade aumentar as horas ir contra via para termos resultados mais rápidos (...)”PS28ML

“(...) uma vida calma, não tenha muito stress ou há limiares diferentes ao stress, não uma vida que lhe exija fazer muitas coisas em simultâneo tenham uma alimentação saudável que façam algum exercício físico andem a pé, que não sejam fumadores (...)”PS6EA

Resumindo, o fio condutor da análise tem como fundamento processual a teoria das representações sociais, procurando identificar os processos de objectivação e ancoragem, para compreender como as representações sociais se formam (Moscovici, 1961). Como refere o autor, a objectivação transforma elementos conceituais em figuras ou imagens, isto é, transforma o que é abstracto em concreto. O mesmo autor, diz que ancoragem consiste na inserção da imagem no universo simbólico e significante das pessoas e implica integração da informação dentro do pensamento constituído e na utilização de categorias já conhecidas para interpretar e dar sentido aos novos objectos. Para o autor ancorar ideias estranhas é reduzi-las a categorias e a imagens comuns, colocando-as em contexto familiar.

A análise dos dados permitiu observar que o *corpus* foi dividido em cinco classes, sendo que em todas as representações sociais construídas pelos participantes estão claramente assinaladas pelos três grupos. Assim na classe 1, onde surgem as representações sociais relacionadas com o significado de ter enfarte, foi construída principalmente por profissionais de saúde. Ao longo das entrevistas, intuía-se claramente, a maioria dos

participantes que não eram profissionais de saúde não sabiam, não entendiam ou não relacionavam o que lhe tinha acontecido, porque achavam que não tendo dor estavam bem, tudo tinha passado. As classes 2 e 4 são representações sociais enunciadas sobretudo pelos grupos dos doentes e das famílias. Surgem em torno do relato do que aconteceu, o que sentiram, o que fizeram, o imediato, e o que acharam que pode ter contribuído para o acontecimento. As classes 3 e 5 são representações sociais de comunicação, informação e estilos de vida saudáveis. A maioria dos participantes nestas classes são profissionais de saúde, o que não é de estranhar porque ao longo das entrevistas a maioria dos doentes e famílias diziam que a comunicação e a informação era esporádica e escassa respectivamente.

A apresentação das classes permite-nos perceber que emergem três temas. O primeiro tema surge das classes 2 e 4, em que os participantes, maioritariamente doentes e famílias, nos contam como foi, isto é, são as representações sociais de **“o acontecimento”**. Aconteceu a incorporação de novos conhecimentos, inicia-se a transição de pessoa/família saudável para pessoa/família doente. O segundo tema **“o significado”**, emerge da classe 1, os participantes neste tema são maioritariamente profissionais de saúde. O tema três **“(Re)aprender a viver”** surge das classes 3 e 5, também neste tema os participantes são maioritariamente profissionais de saúde. Após o confronto com o acontecimento propriamente dito, torna-se necessário controlar a nova situação. É necessário compreender o que aconteceu, e iniciar a reabilitação cardíaca, para tal a comunicação e a informação transmitida é crucial. Os profissionais de saúde têm um papel fundamental, pois o doente e família perante o acontecimento ficam fragilizados, necessitando ser educados, de forma a ficarem mais capacitados a enfrentar o futuro. Para, com determinação própria tomar decisões que os levem a proteger-se e a promover a sua saúde. No quadro seguinte apresentamos os conceitos mais significativos nos três temas.

No tema 1 (classes 2 e 4), *o acontecimento*, representações elaboradas por doentes e famílias, os participantes relatam, de uma forma geral, o incidente, isto é, o que aconteceu, descrevem como começou e a razão pela qual acham que pode ter acontecido.

Quadro 22 Temas com palavras específicas mais significativas

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE ENFARTE					
TEMA 1 “O acontecimento”		TEMA 2 “O significado”		TEMA 3 “(Re)Aprender a viver”	
Palavras específicas mais significativas	Qui-quadrado χ	Palavras específicas mais significativas	Qui-quadrado χ	Palavras específicas mais significativas	Qui-quadrado χ
Dor	273.19	Enfarte	268.74	Alimentação	247.02
Sentir	265.48	Cardíacas	261.50	Exercício físico	235.91
Peito	206.95	Doença	191.53	Doente	231.66
Hospitais	108.23	Miocárdio	179.24	Estilo	180.50
Braço	97.55	Gravidade	139.58	Vida	164.44
Fumar	90.58	Agudo	137.57	Comunicar	122.30
Começar	84.47	Músculo	111.11	Sedentário	117.07
Chegar	84.33	Mortalidade	96.97	Formação	116.72
Bebida	83.46	Lesão	82.95	Actividades	108.10
Comer	79.08	Limitações	80.80	Informar	99.01
Gorduras	74.14	Risco	79.06	Saudável	98.77
Ambulância	73.25	Coração	78.49	Profissionais	98.67
Tabaco	65.34	Insuficiência	77.65	Hábitos	93.27
Andar	60.17	Dependência	76.23	Ensinar	84.46
Mandar	54.78	Artérias	75.57	Transmitir	81.36
Médicos	52.93	Consequências	73.38	Praticar	78.60
Forte	52.78	Extensão	73.22	Desporto	66.38
Angustia	43.56	Complicações	67.94	Regular	62.07
		Coronárias	58.99	Stress	60.42
				Equilibrada	52.47
				Comportamento	59.70
				Família	54.28
				Obesidade	54.26

Encontramos nas palavras **ambulância, hospitais, médicos**, a necessidade de ajuda e tratamento imediatos, o coração cura-se por si de qualquer dano menor causado pelo enfarte se a chegada ao hospital for rápida, caso contrário o dano está a aumentar e pode ser irreversível ou fatal.

A dimensão biológica do acontecimento surge neste tema fortemente marcado pela palavra **dor e peito**. De facto é um dos sintomas mais expressivos no processo de enfarte agudo do miocárdio. A pessoa sente dor ou opressão típica sobre o peito, ou lado esquerdo do tórax. É uma dor lancinante, que segundo quem já a teve nunca se esquece e faz pensar em morte eminente (American Heart Association, 2007).

É também significativa nesta classe a dimensão psicológica. A pesquisa realizada no The Picker Institute (2004) sobre a evolução dos cuidados na perspectiva dos doentes, doentes na saúde feminina, doentes na saúde cardiovascular e na ortopédica, diz que uma das dimensões que os doentes referem como prioritária nos cuidados é o suporte emocional (Gerteis, et al, 2002). De facto o suporte emocional para alívio da **angústia** e do medo, que um acontecimento destes provoca, favorece o crescimento e promove o relacionamento entre doente e profissionais de saúde, concretamente enfermeiros, através da partilha e da negociação para atingir os resultados pretendidos face ao problema.

Nas palavras mais enunciadas é possível perceber alguns factores de risco a que estavam expostos. O **tabagismo** é um dos factores de risco enunciado pelos participantes. O estudo The Interheart, investigou o efeito dos factores modificáveis associados ao enfarte agudo do miocárdio em 52 países, o tabagismo representou o segundo factor de risco mais determinante para o enfarte agudo do miocárdio. Também as evidências dadas pelo estudo 2004 Surgeon General's Report, estabelecem relação entre o consumo de tabaco e a doença coronária (Beiras e Galván, 2001). As evidências sobre o malefício do tabaco são óbvias e conhecidas da maioria das pessoas mas insuficientes para conseguir mudar comportamentos (Perdigão, 2006; Rocha, 2007; Gil, 2009). Outro factor de risco que emerge é a **má alimentação**. Nos últimos anos, os hábitos alimentares e o gasto diário de energia têm sofrido alterações significativas. O aporte calórico e energético da dieta, dos portugueses tem aumentado. Resultado do excessivo consumo de gorduras, sal, açúcar e fraco consumo de frutos e vegetais (Silva, 2005; Perdigão, 2006; Abreu-Lima, 2009). As consequências na saúde das pessoas devido a uma alimentação pouco saudável começam cedo, muitas são reversíveis com a alteração da dieta, outras vão-se

perpetuar provocando efeitos nefastos, sobretudo a nível do aparecimento de doenças cardiovasculares.

O tema 2 (classe 1), *o significado*, representações elaboradas por profissionais de saúde, nas palavras específicas da classe prevalece fortemente enraizada a representação da componente física do corpo humano, isto é, **coração** e sua estrutura, associado às **consequências** que podem advir do acontecido. Como seja a **gravidade** da situação, a **incapacidade**, **limitações** ou no limite máximo a **morte**. A **lesão** resulta de uma obstrução. Se ela se mantém mais de trinta a sessenta minutos, surge necrose em áreas mais sensíveis no coração e acontece **enfarte**. Algum tempo após, cerca de seis horas, o processo de necrose abrange toda a espessura **muscular** da zona irrigada pela **artéria** que está **obstruída**. Se a área lesada atingir até cerca de 20% da massa muscular do ventrículo esquerdo, a função global cardíaca não fica muito comprometida. Mas se atingir os 25% ou mais então há comprometimento e podem surgir **complicações** do enfarte agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca ou a morte (Beira e Galvan, 2001; Lopes et al, 2005).

As classes 3 e 5 são as que dão forma ao tema 3 *(re)aprender a viver*, representações elaboradas por profissionais de saúde. As palavras específicas deste tema indicam uma forte relação à **comunicação** como processo e aos **estilos de vida** tidos como saudáveis. Infere-se que através de uma comunicação efectiva, a **transmissão de informação** fundamentada nas representações, constitui um instrumento valioso na tomada de decisão.

Um estudo realizado por enfermeiras, da Universidade da Carolina do Norte, sobre as intervenções de enfermagem para mudanças de estilos de vida, utilizou, o conhecimento que possuíam sobre as necessidades do doente e família, as recomendações baseadas na evidência e a sua prática clínica, para delinear um plano de acção previa-

mente negociado com os mesmos, o qual integrava estratégias de educação. Concluíram que foi possível mudar estilos de vida (Cobb, 2005).

A educação do doente e família pressupõe, uma intervenção terapêutica complexa, cuja intenção é conseguir transformar e renovar conhecimentos na pessoa e nos seus familiares, com vista ao bem-estar e qualidade de vida. Para tal e tendo em conta a desorganização que o enfarte provoca no doente e família, os dois encontram-se em transição no processo saúde/doença (Meleis, 2007), pelo que se torna pertinente gerir a informação. Benner (2001), no seu estudo refere-se à função de educação e guia. A autora descreve essa função em cinco momentos. Saber quando a pessoa está pronta a aprender, ajudar a pessoa a interiorizar as implicações da doença e de cura no seu estilo de vida, compreender como a pessoa interpreta a doença, fornecer uma interpretação do estado do doente e dar as razões do tratamento e tornar abordáveis e compreensíveis os aspectos culturalmente tabu da doença. Orem (1985), identifica como métodos de ajuda ao doente e família: orientar, dirigir e ensinar em relação às necessidades de acção das pessoas sob os cuidados de enfermagem. Também Watson (1985) inclui na sua teoria como conceito major a promoção do ensino-aprendizagem interpessoal, considerando que o doente deve estar informado, transpondo a responsabilidade pela saúde e bem-estar para o doente.

O modelo de Sistemas, desenvolvido por Neuman, postula que, através do conhecimento das experiências de vida, das relações gerais, da compreensão e do sentido social e cultural de cada pessoa, consegue-se como *Output*, questionar, mudar comportamentos, criar novas ideias e ter visão. Seguido de *Feedback* através do elogio e dos cuidados para que haja *Input*, com comparação, contexto, informação, motivo, factos e conhecimentos. Sendo que este modelo funciona em círculo, vai de novo influenciar experiências de vida e todos os outros componentes do modelo (Zalon, 2007). Lopes

(2006) tendo como referência os resultados da sua investigação, bem como diversos autores (Watson, 1985; Orem, 1985; Benner, 2001), acrescenta que a informação é um importante instrumento terapêutico à disposição dos profissionais de saúde e chama-lhe “*gestão de informação*”. Assim consideramos que só com uma eficaz e eficiente gestão de informação o doente/família pode tomar decisões ajustadas às suas necessidades e capacidades e (re)-aprender a viver.

Resumindo, os resultados apreendidos a partir das representações sociais apontam para conteúdos e imagens sobre enfarte, capazes de oferecer contributos que potenciem o desenvolvimento de estratégias. E que estas contemplem os diferentes tipos de ancoragens e estruturas identificadas.

Assim os doentes e famílias perante o acontecimento constroem representações em torno do acontecimento, que orientam os seus comportamentos face à doença. Sentindo em simultâneo a necessidade de procurar ajuda rápida perante os sintomas físicos, sobretudo a dor, e os sintomas emocionais a angústia e o medo. Emanam uma dimensão vivencial e de sobrevivência.

Os profissionais de saúde constroem as representações sociais com conteúdos mais elaborados, com uma linguagem mais técnico-científica/profissional, centradas nos aspectos físico e do fisiopatológico. Usam uma linguagem mais técnica e conceptualizada. Em simultâneo identificamos representações mais centradas nos estilos de vida e na necessidade de mudança, com especial ênfase ao processo de comunicação e forma de transmissão da informação.

1.3 - Convergências e Divergências nos Três Grupos

Na análise e interpretação dos dados procuramos verificar quais as convergências e divergências entre os três grupos em estudo. As mesmas podem dar origem a conceitos para confrontar diferentes apropriações e distintas representações acerca do objecto em estudo. Neste sentido pretendemos dar resposta à segunda questão de investigação (i.e. Quais as representações sociais que são consensuais ou divergentes nos sujeitos estudados.)

Ao observarmos os dados da tabela 4, verificamos que entre os elementos que integram o primeiro e quarto quadrante, para os três grupos, existem algumas convergências que podemos considerar significativas, relativamente ao estímulo *enfarte agudo do miocárdio*. Assim no que respeita ao núcleo central, observamos a existência de três elementos comuns, nos três grupos: doentes, famílias e profissionais de saúde.

Esses elementos são **medo, dor e ansiedade**. Apresentam, os três, frequências elevadas diferindo pouco entre si nos respectivos grupos. Embora esteja presente um conjunto rígido e comum aos três grupos importa verificar que as divergências são pouco acentuadas entre os grupos nos restantes elementos. Já nos elementos mais periféricos menos frequentes encontramos um conjunto de conceitos mais flexíveis e maleáveis às oscilações da realidade.

A realidade representa um vasto campo de possibilidades, traduzindo distintos universos com práticas próprias, crenças específicas e valores que determinam a natureza dos grupos. A transformação dos objectos da realidade em objectos de conhecimento desenvolve-se em estreita relação com os processos que permitem construir os fenómenos sociais. Estes processos assumem uma função reguladora na relação que os participantes do estudo estabelecem com o mundo que os rodeia. Pelo que têm um papel acti-

vo na assimilação e difusão do conhecimento sobre a realidade (Soares, 2005). O objecto, enfarte agudo do miocárdio, é gerador de conhecimentos e integrado num conjunto de relações que definem outros já existentes, contudo a sua integração não é passiva, está em constante interacção.

Tabela 4 Convergências e divergências para o estímulo *enfarte agudo do miocárdio Evoc*

DOENTES			FAMÍLIA			PROFISSIONAIS DE SAÚDE		
1º Quadrante - Núcleo Central			1º Quadrante – Núcleo Central			1º Quadrante – Núcleo Central		
ELEMENTOS	F	OME	ELEMENTOS	F	OME	ELEMENTOS	F	OME
Incapacidade	27	2,667	<u>Medo</u>	29	2,552	<u>Medo</u>	32	2,406
<u>Medo</u>	26	2,385	<u>Dor</u>	28	2,643	<u>Ansiedade</u>	25	2,800
<u>Dor</u>	23	2,522	Tristeza	25	2,680	Morte	25	2,760
<u>Ansiedade</u>	21	1,952	<u>Ansiedade</u>	24	2,167	Incapacidade	24	2,792
Mal-estar	13	2,538	Mal-estar	9	2,667	Complicações	19	2,105
Angústia	11	2,818	Coração	7	1,714	<u>Dor</u>	19	2,684
Sofrimento	8	2,875	Tratamento	7	2,714	Coração	11	2,545
Stress	8	2,375				Angústia	8	2,500
						Sofrimento	7	2,000
4º Quadrante – 2ª Periferia			4º Quadrante – 2ª Periferia			4º Quadrante – 2ª Periferia		
ELEMENTOS	F	OME	ELEMENTOS	F	OME	ELEMENTOS	F	OME
<u>Depressão</u>	5	3,200	<u>Depressão</u>	6	3,667	Risco	6	3,167
Doença	5	3,400	Grave	6	3,000	<u>Dependência</u>	5	3,200
Hospital	5	4,600	<u>Mudança</u>	6	4,500	Idade	5	3,000
Viver	4	3,000	Stress	6	3,500	<u>Mudança</u>	5	3,200
Fragilidade	3	3,333	Hospital	4	4,500	Trabalho	5	3,200
Frustração	3	4,000	Cuidado	3	3,000	Família	4	3,250
<u>Dependência</u>	3	3,333	Impotente	3	3,333	Reabilitação	3	4,333
			Revolta	3	4,333	Tristeza	3	4,000

Desta forma, ao existir apropriação de novos elementos, estes tornam-se familiares, existe transformação em conteúdos simbólicos. Na génese desta transformação estabelece-se uma relação quase familiar com o objecto devido às relações e ligações estabelecidas (Moscovici, 1976). Como refere Jodelet (1989), sistematizar significados associados a objectos de conhecimento proporciona a consolidação de versões da realidade, dando azo à construção de teorias espontâneas, e modalidades do pensamento social que orientam e regulam a compreensão e a interpretação da realidade. Com base neste pressuposto podemos observar no quadro 23 que para os três grupos em estudo e com o mesmo objecto, três mini teorias espontâneas emergiram. No grupo dos doentes é claro que o campo representacional está circunscrito à dimensão biológica/física e psi-

cológica. Enquanto no grupo da família emerge um conjunto de sentidos associados ao enfarte que apontam para ancoragens biológica/física e psicológicas.

Quadro 23 Convergências e divergências para o estímulo enfarte agudo do miocárdio
Trideux

DOENTES	FAMILÍAS	PROFISSIONAIS DE SAÚDE
-Hospital -Ansiedade +Morte +Fragilidade -Dor -Negligência -Stress +Angústia +Tristeza +Mal-estar	-Stress -Tratamento +Coração +Problemas -Hospital -Mudança -Raiva +Depressão +Dor	+Reabilitação +Trabalho +Estilos de vida +Risco -Dúvida +Coração +Tratamento -Ansiedade -Medo -Idade -Terapêutica -Angústia -Sofrimento -Doença +Morte

No grupo dos profissionais de saúde identificámos uma ancoragem psicológica fortemente associada a componentes emocionais. O tipo de ancoragem biológica/física encontra-se numa perspectiva de ênfase do órgão afectado e a psicossociológica na perspectiva mais especializada, técnica/profissional de alterar algo através do tratamento, estilos de vida e reabilitação. Embora existam convergências entre os três grupos, é notória através das divergências que se trata de grupos com representações sociais de enfarte semelhantes mas na globalidade diferentes.

No que concerne às entrevistas estas permitiram verificar, de que forma os participantes no estudo, constroem as representações sociais sobre enfarte agudo do miocárdio, do ponto de vista dos seus conteúdos e posicionamentos face ao mesmo e como orientam os seus comportamentos para o tratamento. Notamos no conjunto dos dados apreendidos, que entre os sentidos mais frequentes associados ao enfarte, existe conver-

gência em alguns conceitos construídos e compartilhados socialmente, claramente organizados pelos respectivos grupos, em torno das suas experiências com o enfarte.

PARTE V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vamos retomar os aspectos mais relevantes elencados ao longo deste estudo, sobre a temática das representações sociais de enfarte agudo do miocárdio construídas por doentes, famílias e profissionais de saúde. É um exercício que exige esforço, rigor, coerência e pertinência, conducente à auto-reflexão, sendo esta mobilizadora de aprendizagem e desenvolvimento pessoal.

É incipiente a produção de conhecimento centrada nesta temática e com esta metodologia na área da saúde. Procurámos ao longo de todo o trabalho articular com outras áreas de conhecimento. Facto que não considerámos limitativo, pois permitiu um olhar mais abrangente e rico, necessário às ciências da saúde.

Ao longo do trabalho foi possível identificar nas várias análises efectuadas, a validade da metodologia e das técnicas utilizadas para estudar as representações sociais de enfarte agudo do miocárdio. A análise estrutural permitiu, entender a orientação hierarquizada dos sentidos, dados pelos participantes relativamente ao objecto de estudo. Complementarmente a análise de similitude forneceu dados sobre a relação existente entre as diversas modalidades fornecidas pela análise estrutural. Permitindo esta identificar a organização das crenças e da socialização das mesmas em torno do objecto de estudo. A análise factorial permitiu observar como se constituí o campo de representação ou de imagens acerca de enfarte agudo do miocárdio, sendo igualmente responsável por delinear o processo de objectivação. A análise dimensional forneceu uma perspectiva das representações sobre o objecto de estudo com base nos discursos dos participantes, o seu foco foram os conteúdos: imagens, posicionamentos e conhecimen-

to/informação dos sujeitos face ao enfarte. Os vários métodos complementaram-se entre si na identificação das representações sociais de enfarte agudo do miocárdio. Pelo que, ao longo do trabalho foi possível identificar as representações sociais e as convergências e divergências das mesmas relativamente aos grupos em estudo.

Foi possível à medida que o estudo decorria identificar elementos que nos ajudaram a compreender melhor os três grupos de participantes. Estes permitiram reflectir sobre as representações sociais de enfarte agudo do miocárdio, na tentativa de responder às questões por nós enunciadas.

A interface dos modelos de análise utilizados permitiu uma riqueza de resultados. Consideramos ter conseguido, através dos processos de ancoragem e objectivação e seus métodos de categorização, identificar as inserções sociais específicas da realidade social investigada. Nesse sentido estamos perante uma estrutura de representações sociais que influencia as tomadas de posição individuais, numa estreita ligação entre o sistema central e o sistema periférico.

Verificou-se que as ideias circulantes em cada um dos grupos de participantes (i.e. doentes, famílias, profissionais de saúde) ocorreram de forma diferente, mas com pontos comuns. Os três grupos apresentaram conteúdos representacionais diferentes no seu âmago. Os grupos dos doentes e famílias centram-se muito em si próprios, e na realidade que estão a vivenciar, eles estão em plena transição saúde/doença, apresentam representações fortemente definidas por uma ancoragem emocional (i.e. medo, ansiedade, mal-estar, angustia, sofrimento) e pela biológica/física (i.e. mal-estar, sofrimento, dor, incapacidade). O grupo dos profissionais de saúde curiosamente também apresenta um conteúdo representacional organizado em torno de uma ancoragem emocional (i.e. medo, ansiedade, angústia, sofrimento) e de uma biológica/física (i.e. dor, incapacidade, coração). Numa observação centrada no núcleo central, as representações sociais de

enfarte agudo do miocárdio são convergentes em três elementos. Mas são representações autónomas, como designa (Flament, 1987), porque o princípio organizador é interno. Os elementos que constituem o núcleo central têm função geradora ou seja, é através destes elementos que outros se criam, transformam, tem sentido e valor. São elementos unificadores e estabilizadores das representações. O núcleo central contém os elementos que mais resistem à mudança em contextos móveis e evolutivos como é o caso do enfarte agudo do miocárdio.

Salientamos que para além de todos os elementos convergentes que referenciamos, existem outros no núcleo central, que sendo divergentes, tem importância extrema nos respectivos grupos, diferenciando-os. No grupo dos doentes encontramos o elemento stress. É um elemento com baixa frequência, mas com ordem média de evocação bastante significativa. Este elemento foi igualmente encontrado na análise dimensional no discurso dos doentes. Onde em termos de conteúdo foi possível verificar que os doentes associam o elemento stress, às actividades do dia-a-dia, nomeadamente, ao trabalho, às pressões exercidas pelos chefes, aos horários e ao excesso de trabalho, às questões familiares relacionadas com conflitos, problemas financeiros, doenças, entre outras, e à sociedade em geral, devido à correria constante para dar resposta às múltiplas solicitações. Somos em crer que para estes participantes o stress é um elemento constante nas suas vidas e segundo eles contribuiu para o aparecimento do enfarte agudo do miocárdio.

No grupo da família existem dois elementos divergentes dos outros grupos (i.e. tratamento e tristeza). Contudo estes elementos não apresentam nem frequência nem evocação média relevante. Também na análise acerca dos conteúdos são pouco relevantes.

No grupo dos profissionais de saúde, para além das convergências encontradas com os outros grupos, salientamos um elemento divergente que apresenta uma ordem média de evocação bastante significativa (i. e. complicações). Podemos referir que os

profissionais de saúde sendo possuidores de conhecimentos técnico-científicos, têm no seu universo representacional um elemento que eles sabem ser comum surgir nas pessoas com enfarte agudo do miocárdio. Trata-se de uma visão especializada corroborada igualmente pela análise processual.

A segunda periferia fornece elementos mais periféricos que provêm da interação entre a realidade concreta e o sistema central. É a concretização do sistema em termos de tomada de posição ou de comportamentos. São elementos sensíveis às características do imediato e flexíveis. Devido a estas características estes elementos permitem a integração nas representações sociais de enfarte das variações individuais ligadas à história e experiências próprias dos participantes. Assim, os doentes representam enfarte associado a depressão e frustração como reforço da dimensão emocional presente no núcleo central. Doença é outro elemento e surge associado a dependência, fragilidade e hospital. O elemento viver surge como uma meta a alcançar, depois de tudo o que aconteceu.

As famílias nesta estrutura mais periférica também constroem uma representação de dimensão emocional que reforça o núcleo central, com depressão, revolta e impotência. O enfarte para a família é uma situação grave que pode ter origem no stress e causar stress. O hospital é um contexto muito presente na doente/família com enfarte e a mudança impõe-se na esfera pessoal, familiar e social.

No grupo dos profissionais de saúde, encontramos neste campo estrutural elementos que se direccionam para variáveis pessoais como, idade e risco. Elementos que se orientam numa dimensão colectiva, como família e trabalho. E elementos como dependência e tristeza relacionadas com as limitações que o episódio enfarte pode deixar, e por fim reabilitação que impõe mudança, e impele para (re)-aprender a viver com a nova situação.

Consideramos importante encontrar as convergências e divergências, mas, naturalmente no que concerne às convergências como referem Moscovici & Doise (1991), o interesse em as encontrar é grande porque elas funcionam como uma referência que vai reabsorver as novidades e as controvérsias decorrentes do que acontece no mundo real. Denomina-se a convergência de representações pelos três grupos (Wagner, 2005), como representações holomórficas, porque incluem meta informações sobre o grupo que delas partilha. Contudo não podemos, apesar das convergências, afirmar que o sentido é o mesmo entre os grupos, porque estamos a comparar valores e crenças de grupos diferentes, cujo conteúdo específico pode ser outro. Podemos apenas falar de uma estrutura semântica de significados igual entre os grupos, porque, enquanto os mesmos elementos para os doentes e famílias estão francamente marcados pelo conhecimento comum, difundido na sociedade de pessoa para pessoa, ou através dos meios de comunicação social. Os mesmos conteúdos representacionais enunciados pelos profissionais de saúde têm o conhecimento técnico e científico para falarem de enfarte, inerente à profissão, na construção das representações.

Para além das convergências sobressaem algumas divergências. Estas constituem representações idiomórficas (Wagner, 2005), porque são elaboradas por alguns participantes, e expressam experiências pessoais, não sendo no entanto independentes da cultura e do conhecimento social vivenciado.

Através da análise processual (objectivação) feita a partir da análise factorial destacamos as três teorias espontâneas acerca de enfarte que emergiram da análise. Os doentes mais idosos e aposentados sentem, **ansiedade** quando estão no hospital. Os mais novos e activos, em especial os do sexo feminino, referem que o enfarte está relacionado ao **stress** e à **negligência** e é um acontecimento que provoca **dor**. Os do sexo masculino também activos acrescentam o **mal-estar** enquanto sintoma e referem que o

enfarte lhes causa **tristeza** e **angústia**. De uma forma mais geral os activos consideram que o enfarte causa **fragilidade** e temem a **morte**. Os familiares do sexo feminino, sobrinhos dos doentes, associam ao enfarte agudo do miocárdio, a **dor**, responsável em parte por **problemas** psicológicos, que podem surgir associados à **depressão** e causa **stress** no dia-a-dia tanto para o doente quanto à família, presente ainda no **tratamento**. Os filhos dos doentes, maioritariamente do sexo masculino, associam enfarte ao órgão, **coração**. Para os familiares, independentemente do sexo, mas com idade activa, o enfarte é uma **doença** que necessita de tratamento no **hospital**, capaz de desencadear sentimento de **raiva** e requer **mudança** de estilo de vida. Os profissionais de saúde nomeadamente as **enfermeiras** consideram o enfarte uma **doença** que causa **angústia**, **ansiedade**, **medo** e **sofrimento** independentemente da **idade**. A **terapêutica** é importante e toda a situação causa **dúvidas**. Os **médicos** consideram que é uma doença que afecta o **coração**, que exige **tratamento**, está associada a **estilos de vida**, pode conduzir à **morte** e para eles representa **trabalho**.

Com base nestes resultados não podemos deixar de reforçar a ideia de que apesar de existirem consensos nestas pequenas concepções teóricas sobre enfarte, elas são profundamente marcadas pela forma como cada grupo está a vivenciar a realidade, pelo que os conceitos semanticamente são os mesmos, mas para cada grupo eles tem uma conotação cognitiva diferente, porque os grupos tem características próprias.

Como salienta Moscovici (2003), as representações não são cópias fidedignas de um objecto, mas sim uma construção colectiva, em que as estruturas de conhecimento do grupo recriam o objecto com base em representações já existentes, substituindo-as. As representações sociais não são meros elementos mediadores entre características ambientais e acções comportamentais mas sim a realidade que se apresenta aos actores sociais determinando a natureza do ambiente e as intervenções a realizar. Para existirem

representações, tem que existir incorporação do pensamento no corpo que nos leva a integrar, na análise das representações sociais, as emoções, os sentimentos, o imaginário e os factores identitários. Sendo que todos eles constituem a subjectividade individual e social que nutre as representações sociais (Merleau-Ponty, 1964; Bourdieu, 1979, Jodelet, 2009). Perante esta subjectividade, não basta fazer campanhas de promoção de saúde, com pura transmissão de informação. Para que a informação seja útil é necessário que sejam tidas em conta as vivências psicológicas da prática quotidiana, assim como os conhecimentos culturais.

Adoptar uma perspectiva multidimensional que abranja a complexidade dos processos que interferem no domínio da saúde e das experiências pessoais, compreende a união das dimensões cognitivas, emocionais, comunicacionais e culturais (Jodelet, 2009). Apraz-nos dizer que com os resultados encontrados, o grupo dos profissionais de saúde tem nas representações sociais um poderoso instrumento de trabalho. Cabe a este grupo, para além da compreensão do processo de construção das representações sociais, fazer entender aos doentes e às famílias qual a dimensão do acontecimento, ajudá-los a compreender dentro da sua subjectividade que com o tratamento adequado e a sua colaboração, a recuperação pode ser total ou quase total. Contudo convém que fique claro que a vida não volta a ser como era antes do acontecimento nem para o doente nem para a família. Os profissionais de saúde devem ter capacidade de ajudar o doente e família na nova realidade, de forma a (re) aprenderem a viver com ela. Assim, a auto-consciência, auto-confiança, auto-vigilância e o auto-domínio de todos os intervenientes em especial dos profissionais de saúde, devem ser devidamente explorados, adicionados do conhecimento que este estudo proporciona, no sentido de mobilizarem competências que conduzam a bons resultados, no que respeita à promoção da saúde dos doentes e famílias. Não esquecendo que na acção, o profissional de saúde, possuidor e conhecedor

de representações sociais construídas e centradas em elementos sócio-cognitivos de conteúdos emocionais semânticamente semelhantes aos dos doentes e famílias, deve reconhecer os seus próprios sentimentos e ter consciência do seu “*eu*”. Pois só assim pode ser capaz de conhecer o outro ser humano como pessoa, com experiências e culturas próprias (Chinn & Kramer, 1999; Lopes, 2006). E antes de intervir perceber como as emoções e sentimentos se reflectem em si, de forma que a partilha das representações não interfiram negativamente na relação doente/família/profissional de saúde e consequentemente no processo de cuidar.

Na prática clínica as representações sociais podem constituir uma poderosa ferramenta de compreensão da realidade social dos doentes e uma via de acção sobre a mesma. Daí a pertinência em conhecer e explorar quais as representações que interferem ou facilitam as práticas desejadas, no sentido de as corrigir ou reforçar. Valorizando as que sustentam a identidade dos sujeitos e propiciam comportamentos para sobreviver ao enfarte agudo do miocárdio, de forma autêntica e de acordo com as necessidades dos mesmos. Conducentes essas representações a melhorar as condições de saúde do doente e família.

PROPOSTA DE MODELO DE CUIDADOS/SUGESTÕES

As representações sociais são uma forma de conhecimento prático que orientam a acção. Então se quisermos alterar a acção, temos que apreender e compreender as realidades dos sujeitos. Nesse sentido saber lidar com as pessoas que sofreram um acontecimento que suscita alterações biológicas e reacções emocionais fortes, como o enfarte agudo do miocárdio, exige o conhecimento das representações sociais construídas pelos mesmos. As representações sociais são guias de acção, sistemas de orientação de comportamentos e resultados da interacção entre pessoas do mesmo grupo e inter-grupos (Moscovici, 1978). Parece razoável utilizá-las, no sentido de promover a mudança, co-

meçando exactamente por modificar as próprias representações sociais. As alterações ou mudanças das representações sociais podem ocorrer de forma espontânea ou de forma intencional. Espontaneamente ocorrem devido à evolução do enfarte na pessoa e sua experiência de doença. Intencionalmente ocorrem devido à intervenção, por exemplo dos profissionais de saúde, quando na comunicação com o doente/família transmitem informação sobre o acontecimento. Na última situação estamos perante uma intervenção terapêutica, porque utilizamos conhecimento profissional e o conhecimento sobre as representações sociais de enfarte agudo do miocárdio construídas por pessoas com enfarte, com a intenção, de alterar as representações que o doente/família possui. Contribuindo desta forma para a construção de uma prática social dos doentes e famílias mais consonante com a sua situação de saúde/doença.

É nossa convicção que os profissionais de saúde precisam, ter um núcleo consistente de conhecimentos que ofereçam diferentes ferramentas para intervenções. Sendo que estes podem emergir do conhecimento informal ou do senso comum, isto é, das representações sociais dos profissionais de saúde sobre o fenómeno mescladas pelo conhecimento técnico científico sobre o tema e do conhecimento das representações sociais do outro. Esta simbiose de conhecimentos e sua utilização permite o caminhar para uma intervenção contextualizada numa realidade social sustentada junto dos sujeitos dos nossos cuidados.

Mas essa intervenção não pode ser prescritiva, ela tem que ser versátil e maleável, porque as situações a que os profissionais de saúde têm que dar respostas diferenciadas, ainda que conheçam as representações sociais dos sujeitos, são situações sempre diferentes, dinâmicas, exigindo respostas igualmente diferentes e dinâmicas e com grande carga subjectiva. A figura mostra uma proposta de actuação utilizando as representações sociais nos cuidados aos doentes/famíl

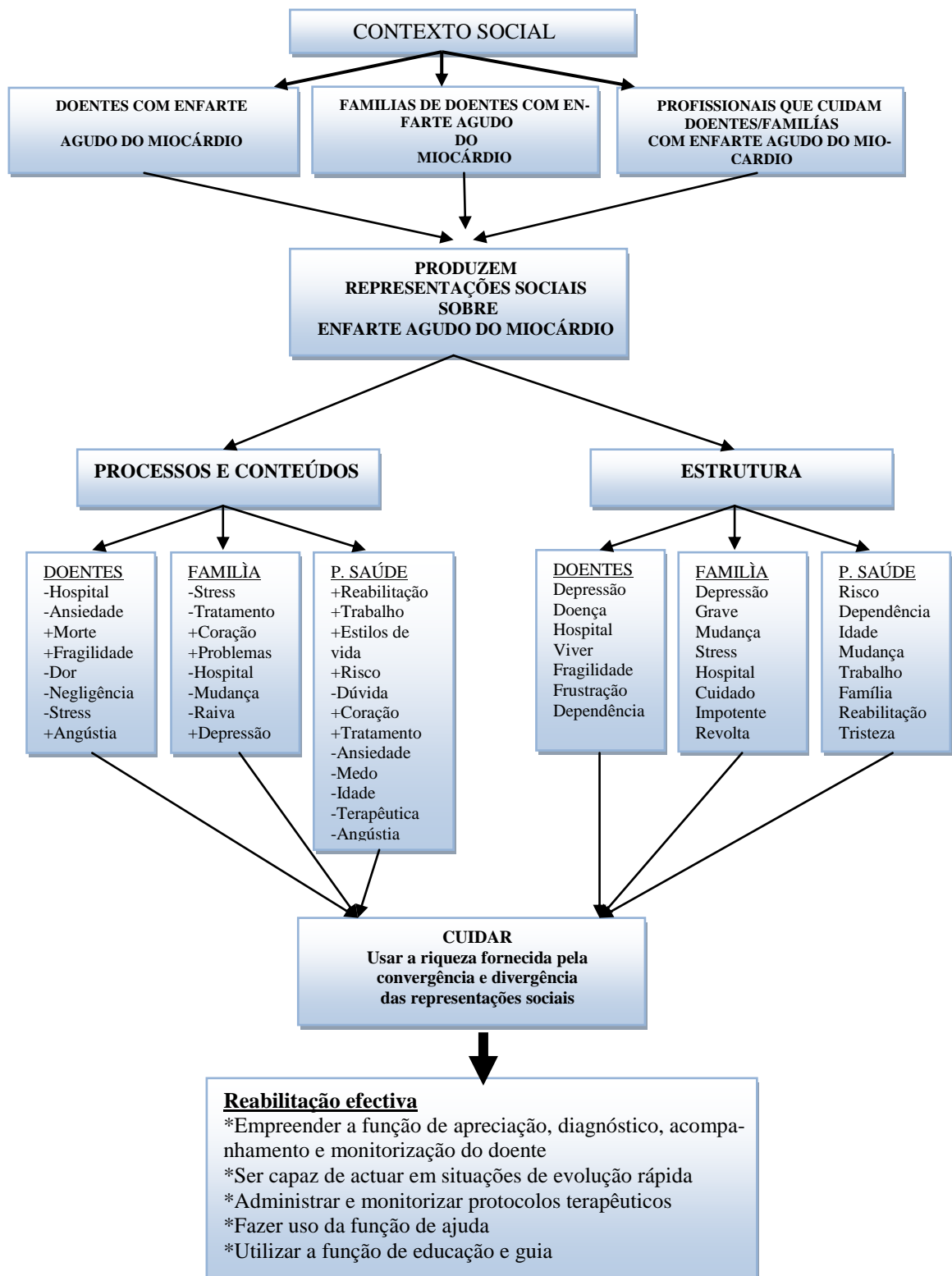


Figura 4 Proposta de actuação com base nas representações sociais

Os sujeitos constroem e reconstróem permanentemente a sua própria realidade social e a sua própria identidade social. E é nesse complexo processo de construção e reconstrução, e nessa dialéctica intersubjectiva de formação das representações sociais, que os profissionais devem actuar, no sentido da excelência dos cuidados.

Partindo do contexto social onde ocorrem as interacções e as representações sociais têm a sua génese, os doentes, as famílias e os profissionais de saúde, produzem representações sociais. Estas, na teia de convergências e divergências inter-grupais, constituem um instrumento de trabalho valioso. Permitindo cuidar o doente/família com enfarte agudo do miocárdio, numa perspectiva de reabilitação efectiva. Como refere Benner (2001) a importância de os profissionais de saúde serem portadores de capacidades de percepção e reconhecimento é central. Assim é possível apreender rapidamente o problema e intervir, tendo em conta que efectivamente a hospitalização surge para que os doentes possam ser submetidos a protocolos terapêuticos que contribuem para a melhoria do seu estado de saúde. Não esquecendo que a ajuda tem que estar sempre presente, pois ela encerra transformações do sentido. Para ajudar não basta estar lá naquele lugar aquela hora, entre muitas outras competências: há que saber quando é o momento certo para propor informação, educar, ensinar, guiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C.A. (2007). Avaliação do risco cardiovascular no indivíduo. Factores de risco. 4. 14-24.
- Abreu-Lima. C. (2009). O risco cardiovascular no Século XXI. Factores de risco. 13.52-57.
- Abric, J. P. (1976). Jeux, conflits et représentations sociales. Thèse de Doctorat d'État de L'Université de Provence. Aix-en-Provence: L'Université de Provence.
- Abric, J. P. (1994). Les représentations sociales: aspects théoriques. In Abric, J.-C. (Ed). Pratiques sociales et représentations. Paris: P.U.F.
- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações. In Moreira, A. S. e Oliveira, D. C. (Orgs). Estudos interdisciplinares em representação social. AB. Goiânia.
- Abric, J. C. (2003). A abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In Campos, P. H. F., Loureiro, M. C. S. (Org). Representações sociais e práticas educativas. Goiânia: Ed. Da UCG.
- Abric, J.C. (2005). Méthodes D'Étude Des representations sociales. Ramonville Saint-Agne : Editions érès.
- Aehlert, Barbara (2007). ACLS-Advance cardiac life support, emergencias em cardiologia. 3ªed. Rio de Janeiro : Elsevier.
- Almeida, J. M Pereira, Melo, J. Santos. (2001). Ética, espiritualidade e oncologia. In Dias, Maria do Rosário, Durá, Estrella (coord.). Territórios da Psicologia Oncológica. Lisboa: Climepsi.
- American Heart Association. (2007). Consultado em 20 de Setembro de 2009 a partir de <http://www.americanheart.org/>.
- American Heart Association. (2008). Consultado em 10 de Agosto de 2009 a partir de <http://www.americanheart.org>.
- American Psychiatric Association. (2007). Consultado em 20 de Junho de 2009 a partir de <http://www.apa.org>.
- Anadón, M. Machado, P. B. (2003). Reflexões teórico-metodológicas sobre as representações sociais. Salvador: EDUNEB.

- Antunes, João L. (2002). Dignidade. In Id. Memória de Nova Iorque e outros ensaios. Lisboa: Gradiva.
- Antunes, M. (2009). Dez mil enfartes por ano em Portugal. Julho. Global Notícias Ed. 10 Julho Ano 2 n.º 429.
- Araújo, R.D. Marques, I.R. (2007). Compreendendo o significado da dor torácica isquémica de pacientes admitidos na sala de emergência. Revista Brasileira de Enfermagem. 60(6). 676-680.
- Azevedo, D. F. (1999). Iniciação à electrocardiografia. Porto Alegre: Artmed.
- Banchs R., Guevara, A.A., Astorga, L. (2007). Imaginarios, representaciones y memoria social. Arruda, In Angela; Alba, M. (Orgs). Barcelona: Anthropos.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: Prentice Hall.
- Barata, J. L. Themudo, L. Bettencourt Sardinha, (2008). Nutrição, Exercício e Saúde. Lisboa: Editora Lidel.
- Barbosa, A., Neto, I. G. (2006). Manual de cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Bardín, Laurence. (2009). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Bassett, C. (2002). Nurses' perceptions of care and caring. International Journal of Nursing Practice (versão electrónica). 8. 8-15. Consultado em 10 de Junho de 2009 a partir de <http://onlinelibrary>.
- Beiras, Alfonso Castro; Galván, Eduardo de Tesresa. (2001). Cardiologia clínica para os cuidados primários. College of Cardiology. Merck Sharp&Dohme. American.
- Bezold, C.; et al (2004). The Institute for Alternative Futures. Alexandria. Consultado em 20 de Junho de 2009 a partir de www.altfutures.com.
- Benner, P. (2001). De iniciado a Perito. Coimbra: Quarteto.
- Bourdieu, P. (1979). La distinction. Critique sociale du jugement. Paris : Minit.
- Brookes, L.. (2004). INTERHEART: A Global Case-Control Study of Risk Factors for Acute Myocardial Infarction. case-control study. Lancet. 2004;364:937-952. Consultado em 20 de Maio de 2009 a partir de www.medscape.com.
- Browman, G., Watson R., Trotman-Beasty, A. (2006). Primary emotions in patients after myocardial infarction. 53(6). 636-645. Consultado em 20 de Maio de 2009 a partir www.cihr-irsc.gc.ca.
- Camargo, B. V. (2005). Alceste: Um Programa Informático de Análise Quantitativa de Dados Textuais. In Camargo, B. V., Jesuíno, J. C., Moreira, A. S. P., Nóbrega, S. M.

- (orgs). *Perspectivas Teórico-metodológicas em Representações Sociais*. João Pessoa: UFPB Editora Universitária.
- Canguilhem, G. (1993). *O normal e o patológico*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Carrageta, M. (2005). Hipertensão arterial. In *Estilos de vida saudáveis-factores de risco cardiovasculares*. Lisboa: Fundação Portuguesa de cardiologia.
- Carrageta, M. (2008). HTA: O maior problema de saúde pública em Portugal. *Boletim informativo*. Fundação Portuguesa de Cardiologia. nº36. Abr/Mai/Jun.
- Centro de apoyo de la APA (2007). *Salud mental/corporal: Estrés en el trabajo*. Asociación de Americana de Psicología. Consultado em 18 de Maio de 2009 a partir <http://www.apa.org/centrodeapoyo/laboral.aspx>.
- Cherrington C. C., Moser D. K., Lennie T. A., Kennedy C. W. (2004). *Illness Representation After Acute Myocardial*. *American Journal of Critical Care* (versão eletrónica). 13(2). 136-145. Consultado em 18 de Junho de 2009 a partir <http://ajcc.aacnjournals.org>.
- Chick, N., Meleis, A.I. (1986). *Transitions: a nursing concern*. In CHINN, P. L. *Nursing research methodology*. Rockeville: Aspen.
- Chinn, P., Kramer, M.(1999). *Theory and Nursing – Integrated Knowledge Development*. 5ª ed. St. Louis. Mosby.
- Cibois, Philippe (2007). *Que sais-je ? Les Méthodes D’analyse D’enquêtes*. 1ª ed. Paris. puf.
- Cibois, Philippe (2008). Site personnel de Philippe Cibois, Logiciel Trideux. Consultado em 3 de Julho de 2009 a partir: <http://cibois.pagesperso-orange.fr>.
- Cobb, S.L., Brown, D.J., Davis, L.L. (2005). *Effective interventions for lifestyle change after myocardial infarction or coronary artery revascularization*. *Journal of the American of nurse practitioners*. (versão eletrónica). 18. 31-39. 13(2). 136-145. Consultado em 18 de Julho de 2009 a partir <http://onlinelibrary.wiley.com>.
- Conian, S.W.; Diamond, A.W. (2001). *Controlo da dor*. Lisboa.Climepsi editores.
- Daisy L. Whitehead, Philip Strike, MRCP, Linda Perkins-Porras, Andrew Steptoe (2005). *Frequency of Distress and Fear of Dying During Acute Coronary Syndromes and Consequences for Adaptation*. *American Journal of Cardiology*. (versão eletrónica). Volume 96. December. Issue 11. pp.1512-1516. Consultado em 18 de Julho de 2009 a partir <http://cat.inist>.

- Damásio, A. (1997). O Erro de Descartes – Emoção, Razão e Cérebro Humano. 17ª ed. Mem Martins. Publicações Europa-América.
- Damásio, A. (2000). O sentimento de si – O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência. Mem-Martins. Publicações Europa-América.
- Damásio, A. (2003). Ao encontro de Espinosa. Mem-Martins. Publicações Europa-América.
- Dekker, R. L., Peden, A. R., Lennie, T. A., Schooler, M. P., Moser, D. K. (2009). Living With Depressive Symptoms: Patients With Heart Failure. American Journal of Critical Care. (versão eletrónica). July 1, 2009; 18(4): 310 - 318. Consultado em 8 de Junho de 2009 a partir <http://ajcc.aacnjournals.org>.
- De Rosa, A.S.(1987). The social representations of mental illness in children and adults. In Doise, W., Moscovici, S. Current Issues of European Social Psychology. Cambridge. University Press.
- Devillé, W., & Beckerman, H. (2002). Functional Recovery after Cardiac Rehabilitation. Clinical Rehabilitation, 16, 338-342.
- Direção Geral de Saúde. (2001). Programa Nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares. Despacho n.º. 16415/2003 (II série) – D.R. n.º. 193 de 22 de Agosto. Ministério de Saúde. Consultado em 8 de Agosto de 2009 a partir <http://www.dgs.pt/>.
- Direção-Geral da Saúde e Sociedade Portuguesa de Diabetologia (1998). Dossier Diabetes: em conjunto, objetivos comuns. Ministério da Saúde. Consultado em 8 de Junho de 2009 a partir <http://www.dgs.pt/>.
- Direção Geral de Saúde. (2003). Programa Nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares. Ministério de Saúde. Consultado em 8 de Abril de 2009 a partir <http://www.dgs.pt/>.
- Direção Geral de Saúde. (2006). Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares. Ministério de Saúde. Consultado em 18 de Maio de 2009 a partir <http://www.dgs.pt/>.
- Direção Geral de Saúde. (2008). Plataforma Nacional Contra a Obesidade -Alimentação saudável atividade física e obesidade. Ministério de Saúde. Consultado em 10 de Maio de 2009 a partir <http://www.dgs.pt/>.
- Direção Geral de Saúde. (2009). Plataforma Nacional Contra a Obesidade. Ministério de Saúde. Consultado em 1 de Junho de 2009 a partir <http://www.dgs.pt/>.

- Doise, W. (1984). *A Articulação Psicossociológica e as Relações entre Grupos*. Lisboa. Moraes Editores.
- Doise, W. (1982) - *L'Explication en Psychologie Sociale*. Paris. Presses Universitaire de France.
- Doise, W. (1984). Social Representations, intergroup experiments and levels of analysis. In R. Farr & S. Moscovici (eds.), *Social Representations*. Cambridge. University Press.
- Doise, W. (1992) - L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. *Bulletin de Psychologie*, XLV (405), pp.189-195.
- Doise, W. (1993). Debating social representations. In G. M. Breakwill & D. V. Canter (Orgs.). *Empirical approaches to social representations*. London. Academic Press.
- Doise, W. (2003). Human rights: Common meaning and differences in positioning. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(3), 201-210.
- Duarte, S.C. (2002). *Saberes de saúde e doença. Porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra. Quarteto Editora.
- Durstine J.L., Thompson P.D. (2001). Exercise in the treatment of lipid disorders. *Cardiol Clin* 19: 471–488.
- Emerson. J., Enderby P. (1996). Prevalence of speech and language disorders in a mental illness unit. *International Journal of Language & Communication Disorders*. Jan , vol. 31, n ° 3. p.221-236.
- European Observatory. (2006). *Health Systems and Policies E-Bulletin*. WHO.
- European Society of cardiology . (2007). *Carta Europeia do Coração - Sociedade Portuguesa de Cardiologia*. Consultado em 20 de Outubro de 2008 a partir www.spc.pt.
- European Guidelines on CVD Prevention. (2007). *CVD (cardiovascular disease)*. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*. Consultado em 8 de Novembro de 2008 a partir www.escardio.org.
- Ferguson, M. A., Alderson, N. L., Trost, S. G., Essig, D. A., Burke, J. R., J. Durstine, L. (1998). Effects of four different single exercise sessions on lipids, lipoproteins, and lipoprotein lipase. *J Appl Physiol* Vol. 85, Issue 3, September. 1169-1174.
- Ferreira, J.M.R. (2005). *Tabaco e profissionais de saúde é altura de prevenir*. In *Fundação Portuguesa de cardiologia. Estilos de vida saudáveis*. Lisboa. Fundação Portuguesa de Cardiologia.

- Flament, C. (1982). Du biais d'équilibre du groupe à la représentation du groupe. In Codol & Leyens (eds.), *Cognitive Analysis of Social Behavior*. Haia, Martinus. Nijhoff Pub.
- Flament, C. (1987). Pratiques et représentations sociales. In Beauvais, J.L., Joule, R.V., Monteil, J.M. *Perspectives cognitives et conduites sociales. Théories implicites et conflits cognitifs*. Fribourg, Suisse. Del Val.
- Flament, C. (1989). Structure et dynamique des représentations sociales. In D. Jodelet (ed.). *Les Représentations Sociales*. Paris. PUF.
- Flament C. (1994). Structure, dynamique et transformation des representations sociales. In Abric, J.C. *Pratiques sociales et représentations*. Paris. Presses Universitaires de France.
- Flament, C., & Rouquette, M. L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires*. Paris: Armand Colin.
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação*. 1ª ed. Loures. Lusociência.
- Fortin, M.F. (2000). *O processo de investigação*. 2ª ed. Loures. Lusociência.
- Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. (2007). *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary*. *Eur Heart J.* 28. 2375-2414. Consultado em 10 de Novembro de 2008 a partir www.escardio.org
- Frasquilho, M.A. (2005). Stress e doença cardiovascular. In Fundação Portuguesa de cardiologia. *Estilos de vida saudáveis*. Lisboa. Fundação Portuguesa de Cardiologia.
- Gadamer, H. G. (1996). *Truth and method*. 2nd rev. New York. ed., Joel Weinsheimer & Donald Marshall, Trans.
- Gatchel, R.J., Baum, A., Krantz, D.S. (1989). *An introduction to health psychology*. New York. McGraw-Hill International Editions.
- Gameiro, M. H. (1999). *Sofrimento na doença*. Coimbra. Quarteto.
- Gerteis M., Edgman-Levitan S., Daley J., Delbanco T. (2002). *Through the patient's eyes: Understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco. Jossey-Bass.
- Ghiglione, R., Matalon, B. (2001). *O Inquérito*. 4ª ed. Oeiras. Celta.
- Gil, V.M.M. (2009). Impacto da legislação antitabágica nas síndromes coronárias agudas. *Fatores de risco*. 12. 82-84.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional*. Rio de Janeiro. Objetiva.

- Goleman, Daniel. (1997). *Inteligência emocional*. Lisboa. Temas Debates.
- Goleman, Daniel. (2000). *Trabalhar com inteligência emocional*. 2ª ed. Lisboa. Temas Debates.
- Gomes, L. (2005). *Reabilitação cardíaca*. In Fundação Portuguesa de cardiologia. *Estilos de vida saudáveis*. Lisboa. Fundação Portuguesa de Cardiologia.
- Gulanick. M., Myers J. L. (2007). *Nursing Care Plans: Nursing Diagnosis and Intervention*. St. Louis. Mosby.
- Guimelli C. (1989) *Pratiques nouvelles et transformation sans rupture d'une représentation sociale : l'exemple de la représentation de la chasse et de la nature*: In Beauvois, J.L., Joule, R.V., Monteil, J.M. (Eds). *Perspectives cognitives et conduites sociales : représentations et processus cognitifs* (pp. 117-138) Cousset : Del Val.
- Gunderman, R. (2002). *Is Suffering the Enemy?*. *Hastings Center Report*. 32 (2). 40-44.
- Herzlich, C. (1991). *A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença*. *Physis*, 1:22-36.
- Herzlich, C. (2004). *Saúde e doença no início do século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública*. *Saúde coletiva*. 14(2). 383-394.
- Hesbeen, W. (2003). *Criar novos caminhos. A reabilitação*. Camarate. Lusociência.
- Honoré, B. (2002). *A saúde em projecto*. Camarate. Lusociência.
- Horta, B.L., Gigante, D.P., Victora, C.G., Barros, F.C., Oliveira, I., Silveira, V. (2008). *Determinantes precoces da glicemia casual em adultos da coorte de nascimentos de 1982, Pelotas*. *Revista Saúde Pública*. 42 (supl. 2). 93-100. RS.
- Holopf M.; et al. (2002). *Psychological stress and cardiovascular disease*. *BM*. 325-337.
- Horwitz A.V., Wakefield J.C. (2007). *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York. Oxford University Press.
- Howk, C. (2005). *Enfermagem psicodinâmica*. In Tomey, A. M.; Alligood, M. R.. *Teóricas de enfermagem e a sua obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. 5ª ed. Loures. Lusociência.
- Hurley, J. (2008). *The necessity, barriers and ways forward to meet user-based needs for emotionally intelligent nurses*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 15. 379-385.
- Ibáñez, T.G. (1988). *Representaciones sociales: teoria y método*. In: Ibáñez Gracia, T. (coord.). *Ideologias de la vida cotidiana*. Barcelona. Sendai.

- Institute for Alternative Futures (2004). Patient-Centered Care 2015: Scenarios, Vision, Goals & Next Steps. Picker Institute. Consultado em 1 de Novembro de 2008 a partir <http://pickerinstitute.org>.
- International Association for the Study of Pain. (2004). Anxiety and Pain. Volume XII, nº. 7 December 2004. Consultado em 11 de Novembro de 2008 a partir www.iasp-pain.org.
- Jeffery, R.W., Rydell, S., Dunn, C.L., Harnack, L.J., Levine, A.S., Pentel, P.R., Baxter, J.E., Walsh, E.M. (2007). Effects of portion size on chronic energy intake. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. Volume 4, June. pp. 27.
- Jesuino, J. C. (1993). A psicologia social europeia. In Vala, J. e Monteiro, M.B. (Orgs.) *Psicologia Social*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Jodelet, D. (1984). *Représentation sociale: phénomène, concept et théorie*. Psychologie social. Paris. PUF.
- Jodelet, D. (1989). *Représentations sociales: un domaine en expansion*. Les Représentations sociales. Paris. PUF.
- Jodelet, D. (1994). *Représentation sociale: phénomène, un domaine en expansion*. Les Représentations sociales. 4^a ed. Paris. PUF.
- Jodelet, D. (2001). *Representações sociais: um domínio em expansão*. In Jodelet, (org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro. Ed Uerj.
- Jodelet, D. (2009). *Contributo das Representações Sociais para o domínio da Saúde e da Velhice*. In Lopes, M., Mendes, F., Moreira, A. (Coord). *Saúde, Educação e Representações Sociais*. Coimbra. Formasau.
- Kalampalikis, N. (2003). *Lapport de la méthode Alceste dans l'analyse des représentations sociales*. In Abric, J. C. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Ramonville Saint-Agne. Érès.
- Kronberger N., Wagner, W. (2003). *Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos*. In Bauer, M.W. & Gaskell, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático*. Petrópolis. Vozes.
- Kronmal R.A., Barzilay, J.I., Smith, N.L., Psaty, B. M., Kuller, L.H., Burke, G.L., Furberg, C. (2006). Mortality in Pharmacologically Treated Older Adults with Diabetes: The Cardiovascular Health Study, 1989–2001. *Spaking of medicine*. *Plos medicine*. Consultado em 11 de Novembro de 2008 a partir <http://www.plosmedicine.org/>.

- Kraus W.E.; et al. (2002). Effects of the Amount and Intensity of Exercise on Plasma Lipoproteins. *N Engl J Med*; 347:1483-1492 November 7.
- Kubler-Ross, Elisabeth (1997). *The wheel of life: a memoir of living and dying*. New York. Touchstone.
- Lau-Walker, M. (2004). Relationship between illness representation and self-efficacy. Blackwell Publishing. LTD. *Journal of Advanced Nursing*. 48(3), pp.216-225.
- Laverack G. & Labonte R. (2000). A planning framework for community empowerment within health promotion, *Health Policy and Planning*. 15:3. 255-262. Consultado em 1 de Dezembro de 2008 a partir <http://www.globalhealthequity.ca/electroniclibrary>.
- Lazarus, R.S., Cohen, J. (1977). Environmental stress. In Attman e J. Wohlwill (eds). *Human behavior and the environment: current theory and research*, (vol. 2). New York. Plenum.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing. Concepts, theories, research, and practices*. 2ª ed. New York. McGraw-Hill.
- Lopes, A. P. C, Sales, L. C, Passos, G. (2005). Profissão de professor: representações sociais de licenciandos. In *Teoria e abordagens metodológicas - IV Jornada Internacional e II Conferência Brasileira Sobre Representações Sociais*. João Pessoa. PB.
- Lopes, C., Santos, A. C., Azevedo, A., Maciel, M.J., Barros, H. (2005). Atividade física e risco de enfarte agudo do miocárdio após a quarta década de vida. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. 24(10). 1191-1207.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra. Formasau.
- Lori M.; et al. (2007). Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women. *American College of Cardiology*. 49:1230-1250. AHA. Consultado em 1 de Janeiro de 2009 a partir <http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/49/11/1230>.
- Machado, I., Murjal, L., Pádua, F. (2002). *A Situação de saúde de Portugal em relação aos outros países europeus (EU15)*. Lisboa. Instituto Nacional de Cardiologia Preventiva.
- Machado, M.C. (2008). *Estratégias para alcançar ganhos em saúde*. Alto Comissariado da Saúde. Ministério da Saúde. Consultado em 23 de Agosto de 2009 a partir <http://www.acs.min-saude.pt/alto-comissariado-da-saude/alta-comissaria>.

- Markova, I., Moodie, E., Plichtová, O., Hoffmannová, J. (2001). La démocratie dans ses relations entre langage et pensée. *Bulletin de Psychologie*, 54, p. 611-621.
- Marques, M.C. (2001). *A Dialéctica do Medo num Contexto de Comunicação Humana*. Tese de Mestrado. Universidade de Évora. Évora. Portugal.
- McAdam, J.L., Puntillo, K. (2009). Symptoms Experienced by Family Members of Patients in Intensive care Units. *American Journal of critical care*. 18. 200-209. Consultado em 8 de Novembro de 2009 a partir <http://ajcc.aacnjournals.org/content/18/3/200>.
- McCann, T.V., Clark, E. & Rowe, K. (2005). Undergraduate nursing students' attitudes towards smoking health promotion. *Nursing and Health Sciences*. 7. 164-174.
- McIntyre, T. M. (2004). Perda e Sofrimento na Doença: Contributo da Psicologia da saúde. *Psychologica*, (35), pp. 161-179.
- Mendes, M. (2001). National survey of cardiac rehabilitationen programs in Portugal. Situation in 1999. *Rev. Port. Cardiol.* (20) 1. 7-19.
- Meleis, A.I. (1991). *Theoretical Nursing Development & Progress*. The Point. 2^a ed. Philadelphia. J.B. Lippincott Company.
- Meleis, A., Trangenstein, P. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*. 42 : 6. Nov./Dec. 255-259.
- Meleis, A.I. (2007). *Theoretical Nursing Development & Progress*. 4^a ed. London. The Point.
- Melzack, R., Wall, P. (1980). *The Challenge of pain*. Penguin Books.
- Merleau-Poiny, M. (1964). *Le visible et l'invisible*. Paris. Gallimard.
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde (2004-2010)*. Direção Geral de Saúde. Consultado em 15 de Novembro de 2008 a partir www.dgs.pt.
- Mittleman, M. A., et al. (1995). Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. *Circulation*, 92 (7), 1720-1725.
- Minayo, M. C. S. (1994). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Rio de Janeiro. São Paulo: Editora Hucitec.
- Mizukaml, M.G.N. (1996). Docência, trajetórias pessoais e desenvolvimento profissional. In Reali, A.M.M.R, Mizukami, M.G.N. (Orgs) *Formação de professores: Tendências actuais*. São Paulo. São Carlos. EDUFSCar.
- Moliner, P. (1994). Les méthodes de repérage et d'identification du noyau des représentations sociales. In C. Guimell (Org.). *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchâtel. Delachaux et Niestlé.

- Moreira, A. S. (1998). A epilepsia e a AIDS na concepção do conhecimento cotidiano. Tese de Doutorado. Universidade São Paulo. Ribeirão Preto. Brasil.
- Moreira, A. S., Souza Filho, E. A. (2003). Representação social da epilepsia e intergrup-
palidade. In Moreira, A.S.P., Jesuíno, J.C. Representações sociais Teoria e Prática. 2ª
ed. João Pessoa. UFPB.
- Morris, D. B. (1998). *Illness and Culture in the Postmodern Age*. Berkeley/Los Ange-
les/London: University of California Press.
- Morse, J.M., Johnon, J.L. (1991). *The illness experience – dimensions of suffering*.
London. Sage.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris. PUF.
- Moscovici, S. (1961-1976). *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris. PUF.
- Moscovici, S. (1978). *Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro. Zahar.
- Moscovici, S., Hewstone M. (1984). *De la science au sens commun. Pratiques sociales
et représentations*. Paris. PUF.
- Moscovici, S. (1984). *The phenomenon of social representations. Social Representa-
tions*. Londres. Academic Press.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European
Journal of Social Psychology*. 18, pp.211-250.
- Moscovici, S., Doise, W. (1991). *Dissensões e consenso: uma teoria geral das decisões
coletivas*. Lisboa. Horizonte.
- Moscovici, S., Marková, I. (2000). *Ideas and their Development: A dialogue between
Serge Moscovici and Ivana Marková*. In G. Duveen (Ed. and Introd.), S. Moscovici.
Social Representations: Explorations in Social Psychology. Cambridge. Polity Press.
- Moscovici, S. (2001). *Das representações coletivas às representações sociais: elementos
para uma história*. In Jodelet, D. (org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro.
EdUERJ.
- Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais – Investigações em Psicologia Social*.
Psychologie sociale. Paris. PUF.
- Naghavi, M., et al. (2003). *Da placa vulnerável ao doente vulnerável*. *Circulação*. Vol.
23. nº 6. Pp. 331-337.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2007). *MI: secondary
prevention*. London. NHS.
- Neto, I. Galriça, A. Barbosa. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Fundação
Calouste Gulbenkian.

- Neto, I. Galriça (2005). A Morte, último tabu, e o renascer da Esperança. Conferência em Congresso sobre Cuidados paliativos. Lisboa.
- Neuman, B. (1995). The Neuman systems model. Norwalk. 3ªed. Stamford. CT: Appleton & Lange.
- Nieto, L. P., Fuster, A.P. (2004). Emociones y cardiopatía isquémica en el anciano, Enfermedad psicossomática o somatopsíquica. *Archivo Geriatrico*. oct/dic. vol.7. Issue 4. pp. 148-151.
- NICE (2007). MI: secondary prevention. Clinical guideline 48. National Collaborating Centre for Primary Care. Consultado em 11 de Novembro de 2008 a partir www.americanheart.org.
- Nogueira, M. A. (2000). A construção da excelência escolar - um estudo de trajetórias feito com estudantes universitários provenientes das camadas médias intelectualizadas. In Nogueira, M. A., Zago, N., Romanelli, G. (Orgs.). *Família e escola: trajetórias de escolarização em camadas médias e populares*. Petrópolis, RJ. Vozes.
- Nogueira, M. A. (2004). Favorecimento econômico e excelência escolar: um mito em questão. *Revista Brasileira de Educação*. n. 26. maio/ ago. pp.133-144.
- Nolan, R.P. (2000). The threat of the heart health of Canadians: results of the Foundation Health survey. *J. Cardiol*. 16. 137-141.
- Oliveira, A. (2004). *Ilusões: A Melodia e o Sentido da Vida na Idade das Emoções - Representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência*. Tese de Doutorado. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Lisboa. Portugal.
- Oliveira, A. (2007). Alimentação e inflamação. *Revista Factores de risco*. nº5. ano2. Abr-Jun. pp. 72- 77.
- Oliveira, D.C., Campos, P.H.F. (Orgs.). (2005). *Representações Sociais, uma teoria sem fronteiras*. Rio de Janeiro.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice* (3rd ed.). New York. McGraw-Hill.
- Pender, N. (1997). *Health promotion in nursing practice*. Stamford. CT: Appleton & Lange.
- Peplau, H.E. (1995). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual framework of reference for psychodynamic nursing*. New York. Springer.
- Perdigão, C. (2006). Factores de risco uma aposta na formação cardiovascular. *Factores de risco*. 1. 6-8.
- Perdigão, C. (2006). *Nutrição e prevenção cardiovascular*. *Factores de risco*. 3. 5-10

- Pereira, F.J.C. (2005). Análise de dados qualitativos aplicados às representações sociais. In Camargo, B. V., Jesuíno, J. C., Moreira, A. S. P., Nóbrega, S. M. (orgs). *Perspectivas Teórico-metodológicas em Representações Sociais*. João Pessoa. UFPB Editora Universitária.
- Petersen S., Peto V., Rayner M., Leal J., Luengo-Fernandez R., Gray A. (2005). As estatísticas europeias de doenças cardiovasculares. In Foundation European Heart Network . London. Consultado em 5 de Novembro de 2008 a partir www.heartstats.org
- Picker Institute. (1999). Mapping the Discharge Process from the Patient's Perspective to Improve Quality of Cardiac Care. new visions ideas worth sharing. Lebanon, NH. ISSUE 6. Consultado em 8 de Novembro de 2008 a partir <http://pickerinstitute.org>.
- Picker Institute. (2004). Patient-Centered Care 2015: Scenarios. Vision, Goals & Next Steps. July. Consultado em 8 de Novembro de 2008 a partir www.altfutures.com e <http://pickerinstitute.org>.
- Pierret, J. (2003). The illness experience: State of knowledge and perspectives for research. *Sociology of Health and Illness*. Silver Anniversary Issue. Consultado em 15 de Novembro de 2008 a partir <http://pickerinstitute.org>
- Pires, A. (2007). Hipercolesterolemia e medidas dietéticas. Factores de risco. 4. 94-98.
- Quivy, Raymond; Campenhoudt, L. (1999). *Manual de investigação em ciências sociais*. 2ª ed. Lisboa. Gradiva.
- Ramos, C. (2002). *A Dominação do Corpo no Mundo Administrado: uma questão para a psicologia social*. Tese de doutorado. USP, São Paulo. Brasil.
- Rato, Q.A.M. (2006). Hipercolesterolemia familiar : importância clinica e como diagnosticar?. Factores de risco. *Sociedade Portuguesa de Cardiologia*. nº1. Ano1. Pp. 48-53.
- Reinert, M. (1986). *Manuel d'utilisation Alceste (Version 4.7 pour Windows)*. Toulouse. IMAGE.
- Reinert, M. (1997). Les "mondes lexicaux" et leur "logique" à travers l'analyse statistique de divers corpus. *Lexicometrica*. Consultado em 5 de Novembro de 2008 a partir <http://www.cavi.univ-paris3.fr/lexicometrica/article/numero0>.
- Reinert, M. (1998). *Alceste: Analyse de données textuelles. Manuel d'utilisateur*. Toulouse. IMAGE.
- Reis, J.C. (2005). *O que é a saúde. significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde*. Lisboa. Vega.

- Ribeiro, J.L.P. (2005). Introdução à psicologia da saúde. Coimbra. Quarteto.
- Rocha, E. (2007). O tabaco e as doenças cardiovasculares. Factores de risco. 5. 25-29.
- Rodriguez, J.M.V. (2001). Programa de actualização em cardiologia clínica para os cuidados primários. Merck Sharp&Dohme.
- Rosengren, A., et al. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction: case-control study. *Lancet* ; 364: 953-962. Consultado em 5 de Novembro de 2008 a partir www.thelancet.com.
- Sá, C. P. (1996). Núcleo central das representações sociais. 1ª ed. Petrópolis. Vozes.
- Sá, C. P. (2000). Representações sociais e memória coletiva de um acontecimento remoto. In Lemos, M.T.T. B., Moraes, N. A., Leira P. A. (Orgs). *Memória e Identidade*. Rio de Janeiro. 7 Letras.
- Sá, C. P. (2002). Núcleo central das representações sociais. 2ª ed. Vozes. Petrópolis.
- Sá, C. P. (2003). A estrutura das representações sociais e a memória colectiva. In Coutinho, M.P., et al. *Representações sociais abordagem interdisciplinar*. João Pessoa. UFPB.
- Schumacher, K.L., Meleis, A.I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Image. Journal of Nursing Scholarship*, Indianápolis, v. 26, n. 2, p. 119-127.
- Silva, I.M. (2001). Programa de actualização em cardiologia clínica para os cuidados primários. Merck Sharp&Dohme.
- Silva, J. Martins (2008). Leonardo Da Vince e as Primeiras Observações Hemodinâmicas. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Sociedade Portuguesa de Cardiologia.
- Silva, P.M. (2005). Obesidade um factor de risco com muitas facetas. In *Estilos de vida saudáveis*. Lisboa. Fundação Portuguesa de cardiologia.
- Silva, A.S., Pinto, J.M. (1986). *Metodologia das ciências sociais*. Porto. Ed. Afrontamento.
- Silva, P.S. (2005). Colesterol – o diabo que não é tão mau como o pintam. In *Fundação Portuguesa de cardiologia. Estilos de vida saudáveis*.
- Slentz, C.A.; et al. (2006). Inactivity, exercise training and detraining, and plasma lipoproteins. STRRIDE: a randomized, controlled study of exercise intensity and amount. *J Appl Physiol* 103: 432-442. March 29. doi:10.1152/jappphysiol.01314.
- Sociedade Portuguesa de cardiologia. (2007). Carta europeia do coração. Sociedade Portuguesa de Cardiologia. vol.27. nº2. pp. 243-272.
- Stahl, T., Wismar, M., Ollila, E. (2006). *Health in all Policies*. European Observatory.

- Stansfeld, S. (2002). Commentary: The problem with stress: hearts and disease. *International Journal of Epidemiology*. 31. 1113-1116.
- Surgeon General's Reports on Smoking and Health. (2006). *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke*. Consultado em 15 de Novembro de 2008 a partir www.cdc.gov/tobacco.
- Susanne K rouac; et al (1994). *La pensée infirmi re : conceptions et stratégies*. (Sciences Infirmi res). Laval: Maloine.
- Taylor, S. G. (2005). Teoria do Défice de Auto-cuidado de enfermagem. In Tomey, A.M., Alligood, M.R. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. 5^a ed. Loures. Lusociência.
- Texas Heart Institute (2002). *The heart information center*. St. Luke' Episcopal Hospital. Consultado em 5 de Novembro de 2008 a partir <http://www.texasheartinstitute.org/>.
- Timmins, Fiona (2006). *Critical practice in nursing care: analysis, action and reflexivity*. *Nursing Standard*. 20,39, 49-54.
- Travelbee, J. (1972). *Interpersonal aspects of nursing*. 2^a ed. Philadelphia. EA. Davis.
- Tomey, A.M. (2004). Modelo de relação Pessoa-a-Pessoa. In Tomey, A.M., Alligood, M.R. *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. 5^a ed. Loures. Lusociência.
- Tura, M. L. R. (2005). A representação social do ser professora. In *Teoria e abordagens metodológicas-IV Jornada Internacional e II Conferência Brasileira Sobre Representações Sociais*. João Pessoa. PB.
- Vala J., Monteiro M. (1993). Representações Sociais - Para Uma Psicologia Social do Pensamento Social. In Vala, J. e Monteiro, M.B. (Orgs.). Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vala, J. (1993). As representações sociais no quadro dos paradigmas e metáforas da psicologia social. *Análise social*. 28. 887-919.
- Vala, J. (1997). Representações sociais e percepções intergrupais. *Análise Social*, 32, 7-30
- Vala J., Monteiro M. (2002). *Psicologia Social*, In Vala, J., Monteiro, M.B. (Orgs.) Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vala, J., Correia, I. (2003). Crença no mundo justo e vitimiza  o secundária: o papel moderador da inoc ncia da v tima e da persist ncia do sofrimento. *Análise Psicológica*. ISPA. 21.n 3 (Jul/Set. 2003). P.341-352.

- Vergés, P. (1992). L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de psychologie*. 45 (405). 203-209.
- Vergès, P. (2000). Ensemble de programmes permettant l'analyse des évocations: Manuel Version 2.00. Aix-en-Provence: Laboratoire Méditerranéen de Sociologie.
- Vergès, P. (2005). Os questionários para Análise das Representações Sociais. In Carmargo, B. V., Jesuíno, J. C., Moreira, A. S. P., Nóbrega, S. M. (orgs). *Perspectivas Teórico-metodológicas em Representações Sociais*. João Pessoa. UFPB Editora Universitária.
- Wagner, W. (1998). Representações sociais: Gênese, estrutura e relações. In Moreira, A.S.P. e Oliveira, D.C. de. (orgs.) *Estudos interdisciplinares de representação social*. Goiânia.
- Walter C. Willett, M.D. (1989). Reproducibility of recall of adolescent diet: Nurses' Health Study (United States). *Journal. Cancer Causes and Control*. Boston.
- Watson, J. (1985). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing*. Appleton-Century-Crofts. Norwalk, CT.
- Watzlawick, P. Beavin, J. H.; Jackson, D. (1999). *Pragmática da comunicação humana*. 12ª ed. São Paulo. Editora Cultrix.
- Williams, R. (1990). *A Protestant Legacy: Attitudes to Death and Illness Among Older Aberdonians*. Oxford. Clarendon Press.
- World health report (2002). *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Consultado em 15 de Novembro de 2008 a partir www.who.int.
- Yoder-Wise, P.S. (2007). *Leading and Managing in Nursing*. 4ª ed. St. Louis. Mosby Elsevier.
- Zalon, M. L. (2007). Consumer relationships. In Yoder-Wise, P. S. *Leading and Managing in Nursing*. 4 ed. St. Louis. Mosby Elsevier.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu afirmo ser de maior idade e concordo de livre vontade participar no projecto de doutoramento conduzido por Maria do Céu Marques, Enfermeira, Docente na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora. A investigação pretende saber quais as **“Representações sociais de enfarte agudo do miocárdio construídas por doentes famílias e por profissionais de saúde”** de pessoas que sofreram um enfarte agudo do miocárdio e de profissionais de saúde que cuidam essas pessoas. A minha tarefa é responder ao questionário o mais rápido possível com as primeiras seis palavras que me ocorrem no momento, assinalando com um **X** a mais importante. Por exemplo,

Enfarte agudo do miocárdio faz-me pensar em:

- tristeza
- medo **X**
- ansiedade
- dor
- raiva
- incapacidade

Fui informado da tarefa a desenvolver e sei que posso desistir em qualquer momento sem ser prejudicado. Foi também garantido que as informações que eu prestar são apenas para fins da investigação e são confidenciais. Sempre que o meu nome surgir este é transformado em números que serão objecto de interpretação final. A minha participação neste estudo não é remunerada.

Hospital _____

Assinatura da Investigadora ou Colaborador(a)

Assinatura do(a) Participante

QUESTIONÁRIO

Grupo A – nº _____

(Doentes)

Idade _____

Sexo - Mas.

Fem.

Profissão/Ocupação/Reformado _____

Habilitações literárias _____

Para a afirmação seguinte escreva 6 palavras e marque com X a palavra mais importante.

1 – **“Enfarte agudo do miocárdio”** faz-me pensar em:

QUESTIONÁRIO

Grupo B – nº _____

(Família)

Idade _____

Sexo - Mas.

Fem.

Profissão/Ocupação/Reformado _____

Habilitações literárias _____

Grau deParentesco _____

Para a afirmação seguinte escreva 6 palavras e marque com X a palavra mais importante.

1 – **“Enfarte agudo do miocárdio”** faz-me pensar em:

QUESTIONÁRIO

(Profissionais de saúde)

Idade _____

Sexo - Mas.

Fem.

Profissão _____

Para a afirmação seguinte escreva 6 palavras e marque com X a palavra mais importante.

1 – **“Enfarte agudo do miocárdio”** faz-me pensar em:

ANEXO B - GUIÃO DE ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA

DOENTE

PROFISSÃO _____

IDADE _____

SEXO

Feminino

Masculino

RESIDENCIA _____

ESTADO CIVIL _____

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS _____

FAMÍLIA

PROFISSÃO _____

SEXO

Feminino

Masculino

IDADE _____

RESIDENCIA _____

GRAU DE PARENTESCO COM O DOENTE _____

HABILITAÇÕES LITERÁRIAS _____

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

PROFISSÃO

Médico

Enfermeiro

Técnico Card.

SEXO

Feminino

Masculino

IDADE _____

1 – Fale sobre o EAM.

2 – Para si o que significa ter um EAM?

3 - E para as outras pessoas?

4 - Quais são as consequências de ter um EAM?

5 – Quais são as causas do EAM?

6 - A informação fornecida pelos profissionais de saúde sobre EAM favorece mudanças de comportamento? Sim? Não? Justifique.

7 – A maneira de comunicar dos profissionais de saúde contribui para a mudança de comportamentos? Sim? Não? Justifique.

8 - Acha que para as outras pessoas a forma de comunicar dos profissionais de saúde interfere na mudança dos comportamentos?

9 – Quais os estilos de vida que melhoram a sua saúde e que implicações têm no seu futuro?

10 – Acha que após ter o EAM pode voltar a ter uma vida normal? Sim? Não? Justifique.



Contactos:

Universidade de Évora
Instituto de Investigação e Formação Avançada - IIFA
Palácio do Vimioso | Largo Marquês de Marialva, Apart. 94
7002-554 Évora | Portugal
Tel: (+351) 266 706 581
Fax: (+351) 266 744 677
email: iifa@uevora.pt