



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição - LACCOS

MAYARA DE OLIVEIRA BASTOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA E A
ADESÃO AO TRATAMENTO**

Florianópolis – SC

2023

MAYARA DE OLIVEIRA BASTOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA E A
ADESÃO AO TRATAMENTO**

Dissertação apresentada como requisito parcial, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Profa. Dra. Andréa Barbará. S. Bousfield.

Florianópolis - SC

2023

BASTOS, MAYARA DE OLIVEIRA
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA E A
ADESÃO AO TRATAMENTO / MAYARA DE OLIVEIRA BASTOS ; orientadora,
Andréa Barbará da Silva Bousfield, 2023.
76 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Representações sociais. 3. Doença Arterial
Coronariana. 4. Adesão ao Tratamento. I. Bousfield, Andréa
Barbará da Silva. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

MAYARA DE OLIVEIRA BASTOS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA E A
ADESÃO AO TRATAMENTO**

O presente trabalho em nível de Mestrado Acadêmico foi avaliado e aprovado, em 04/08/2023
membros:

Prof., Dr. Antonio Lobato Junior
Universidad Ead

Profa., Dra. Raquel de Barros Pinto Miguel
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - UFSC

Prof.(a), Dr.(a) Profa. dra. Valéria De Bettio Mattos
Programa de Pós-Graduação em Psicologia - UFSC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho...

Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Profa. Dra. Andréa Barbará. S. Bousfield.
Orientadora

AGRADECIMENTOS

A professora Dra. Andréa Barbará S. Bousfield, pelas orientações, apoio e compreensão nesta caminhada.

Aos colegas do LACCOS, pelos momentos de direcionamento e aprendizado, em especial aos colegas Anderson, Taimara e Gabrielle.

Agradeço aos professores Dr. Antonio Lobato Junior e Dra. Raquel de Barros Pinto Miguel, pela disponibilidade em participar da minha banca e por suas contribuições para essa pesquisa.

À direção e servidores do Instituto de Cardiologia, que autorizaram e apoiaram a realização dessa pesquisa.

Aos participantes desta pesquisa, que prontamente se disponibilizaram a colaborar com esse estudo.

À toda a minha família, em especial meu esposo Vinícius e meus pais Juarez e Ediléia, pelo suporte e compreensão em todo este processo.

A todos que de alguma forma estiveram presentes na construção desta pesquisa.

RESUMO

As doenças cardiovasculares são responsáveis pela maior causa de morte no mundo, sendo que no Brasil cerca de 30% dos óbitos registrados correspondem a doenças que envolvem a deficiência das funções do coração. A identificação de fatores de risco e de adesão ao tratamento das doenças cardiovasculares são importantes ações a serem fortalecidas com intuito de evitar o agravamento do adoecimento e incapacidades para aquele que vive com esta doença. A partir disto, esta pesquisa buscou, à luz da Teoria das Representações Sociais, verificar a relação entre as representações sociais da doença arterial coronariana e a adesão ao tratamento em pessoas com essa condição crônica. Com os resultados encontrados foi possível caracterizar as representações sociais da Doença Arterial Coronariana (DAC); caracterizar as representações sociais do tratamento da DAC; identificar a adesão ao tratamento da doença e analisar a relação entre as representações sociais e o tratamento da DAC. Participaram do estudo 40 pessoas com diagnóstico de DAC há pelo menos 6 meses e que estavam realizando acompanhamento em um Hospital Público de referência em cardiologia no estado de Santa Catarina. Utilizou-se para a coleta dos dados uma entrevista semiestruturada e a aplicação de uma escala de adesão medicamentosa com vistas a alcançar os objetivos da pesquisa. O corpus textual gerado pelo conteúdo das entrevistas foi analisado com o auxílio do IRaMuTeQ, por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise de Similitude e Nuvem de Palavras. Como resultados obtidos, pode-se concluir que a representação social da DAC está relacionada às limitações, incapacidades e rotina modificada em razão da condição de saúde, enquanto a representação social do tratamento, encontra-se relacionada com o uso de medicamentos, nas restrições alimentares e na obrigatoriedade de seguimento das recomendações médicas. Acerca da adesão, verificou-se que os participantes possuem maior adesão ao uso de medicamentos do que das orientações de mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis. Observou-se que a representação social da DAC e do tratamento estão relacionadas e direcionam as medidas de tratamento, visto que estão centralizadas principalmente no uso de medicamentos. Os achados deste estudo contribuem para que as políticas públicas possam elaborar ações educativas que possam potencializar a compreensão dos tratamentos de saúde, também relacionados às mudanças comportamentais para além do uso de medicações.

Palavras-Chave: Representações sociais, Doença Arterial Coronariana, Adesão ao Tratamento.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of death worldwide, and in Brazil, they account for approximately 30% of recorded deaths, including diseases that involve heart function deficiency. Identifying risk factors and adherence to cardiovascular disease treatment are crucial steps to be strengthened to prevent further aggravation of the illness and disabilities for those living with these diseases. Based on this, this study aimed to, under the light of the Theory of Social Representations, examine the relationship between social representations of coronary artery disease and adherence to treatment in individuals with this chronic condition. The findings allowed us to characterize the social representations of Coronary Artery Disease (CAD); characterize social representations of CAD treatment; identify adherence to disease treatment; and analyze the relationship between social representations and CAD treatment. The study included 40 individuals diagnosed with CAD for at least six months, and who were being monitored in a reference Public Hospital for cardiology in the state of Santa Catarina. Data collection used semi-structured interviews and the application of a medication adherence scale to meet the research objectives. The text corpus generated by the interview content was analyzed with the assistance of the software IRaMuTeQ, using Descending Hierarchical Classification (DHC), Similarity Analysis, and Word Cloud. The results suggest that the social representation of CAD is related to limitations, disabilities, and modified routine due to the health condition, while the social representation of treatment is associated with medication use, dietary restrictions, and the necessity to follow medical recommendations. Regarding adherence, it was found that participants have greater adherence to medication use than lifestyle change instructions and the adoption of healthy habits. It was observed that the social representation of CAD and treatment are related and guide treatment measures, as they are mainly centered on medication use. The findings of this study contribute to public policies elaborating educational actions that can enhance the understanding of health treatments, including behavior changes beyond the use of medications.

Keywords: Social Representations, Coronary Artery Disease, Treatment Adherence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus vivência da doença.	37
Figura 2. Dendograma da classificação hierárquica descendente do corpus de tratamento da DAC.....	41
Figura 3. Análise de similitude do corpus vivência da DAC.	46
Figura 4. Análise de similitude do corpus de tratamento da DAC.....	47
Figura 5. Nuvem de palavras do corpus de vivência da DAC.....	48
Figura 6. Nuvem de palavras do corpus de tratamento da DAC.....	48

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

DC - Doenças Crônicas

TRS - Teoria das Representações Sociais

LACCOS - Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição

RS - Representações Sociais

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

DAC - Doença Arterial Coronariana

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

ST - Segmento de texto

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo Geral	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	19
3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	19
3.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E DOENÇA CRÔNICA.....	22
3.3 DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA	25
3.4 O TRATAMENTO DA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA	27
4. MÉTODO.....	31
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	31
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA.....	31
4.3 PARTICIPANTES	31
4.4 INSTRUMENTOS	32
4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	32
4.6 Análise dos dados	33
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1 Caracterização dos participantes	35
5.2 Representações Sociais da Doença Arterial Coronariana e adesão ao tratamento	36
6. DISCUSSÃO.....	49
6.1 Representações sociais da Doença Arterial Coronariana	49
6.2 Representações sociais do tratamento da DAC	53
6.3 Adesão ao tratamento da DAC	57
6.4 Representações sociais da doença arterial coronária e a relação como tratamento.....	61
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	74
Apêndice 2 - Entrevista	75

APRESENTAÇÃO

O conhecimento acerca das Representações Sociais da Doença Arterial Coronária e a Adesão ao tratamento está diretamente ligado às inquietações da pesquisadora enquanto Psicóloga Hospitalar em um Hospital de Referência em Cardiologia no estado de Santa Catarina.

Percebe-se que o acometimento de um evento cardíaco de alta complexidade, que envolve a necessidade de internação hospitalar e realização de procedimentos invasivos, constitui-se importante marco na vida do paciente e na sua relação com a doença. No entanto, tal fato, parece não ser suficiente para efetivar postura de adesão aos tratamentos da doença cardíaca, tendo em vista que o tratamento envolve não apenas o uso de medicações, mas também mudanças no estilo de vida, que buscam a minimização de fatores de risco e menor incidência de novos eventos cardíaco, além do agravamento da doença.

É notório que em alguns casos, a progressão da doença cardíaca de forma acelerada está relacionada a má adesão às recomendações de tratamento. O interesse em conhecer de forma aprofundada o que pensam, as crenças e as convicções dos pacientes acerca da doença com a qual convivem parte desta problemática. Assim, a Teoria das Representações Sociais (TRS) tornou-se importante aliado nessa investigação, nos dando subsídios para compreender os saberes acerca da doença que permeiam esse público. Além disso, as representações sociais acerca da doença podem estar relacionadas à adoção de comportamentos de saúde que promovem adesão aos tratamentos recomendados.

Esta pesquisa está alinhada a outras pesquisas já realizadas pelo Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição - LACCOS, que buscaram compreender os determinantes do comportamento dos indivíduos, auxiliando nos conhecimentos utilizados em ações de promoção de saúde e práticas preventivas de doenças crônicas, conforme já apresentado pelo estudo de Silva (2014) e Stuhler (2012) acerca das Representações Sociais (RS) da hipertensão arterial sistêmica e do *diabetes mellitus* tipo 2.

1. INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DC) compõem o grupo de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que são a maior causa de morte no mundo. As DCNTs são causadoras de 70% das mortes de adultos no mundo e destes, 45% são por DC. Os dados epidemiológicos indicam que no Brasil cerca de 30% dos óbitos registrados correspondem a doenças que envolvem a deficiência das funções do coração. De acordo com dados do Datasus do ano de 2019, 5% da porcentagem total dos óbitos no país ocorrem no estado de Santa Catarina (Datusus, 2019). Apesar de ter havido uma redução das mortes entre 1990 e 2017 em Santa Catarina (Oliveira *et al.*, 2020), esse número ainda é elevado, e as DCs ainda são a principal causa de morte no estado.

Além da alta mortalidade, essas doenças apresentam forte carga de morbidades relacionadas, sendo responsáveis por um grande número de internações e diversos outros agravamentos do adoecimento. Dentre os impactos relacionados ao avanço da doença estão a perda significativa da qualidade de vida, afastamento do trabalho, diminuição da renda e questões socioeconômicas que se aprofundam à medida que a doença avança (Brasil, 2020; Oliveira-Campos *et al.*, 2013; Ramos *et al.*, 2014).

As DC são classificadas como um grupo de doenças que afetam o coração e os vasos sanguíneos. Dentre elas estão as Doenças Arteriais Coronarianas (DAC) que afetam especificamente a irrigação dos vasos sanguíneos para os membros do corpo. A manifestação mais comum da DAC é através do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), que é a obstrução de uma das artérias e posterior isquemia ou morte de uma parte do músculo cardíaco afetado (Ramos *et al.*, 2014; WHO, 2021). No Brasil, a DAC foi considerada a principal causa de morte nos últimos dez anos, tanto em homens quanto em mulheres. Oliveira *et al.* (2020) mencionam que esse número elevado se dá tanto pela apresentação clínica da doença quanto pela prevalência, incidência e mortalidade, que tendem a variar de acordo com as características da população e do contexto em que estão inseridos.

A razão para o aparecimento dessa doença é o acúmulo de gordura nas paredes internas dos vasos sanguíneos, que dificulta a irrigação do sangue para o coração ou para o cérebro. Sua causa está associada a uma combinação de fatores de risco, como o uso de tabaco, dietas inadequadas e obesidade, sedentarismo e o uso nocivo do álcool, hipertensão e diabetes. Fatores ligados à genética do indivíduo também tem influência na origem da doença, no entanto os

fatores ligados ao estilo de vida, são em geral os desencadeadores do adoecimento cardiovascular (Ramos, 2014; WHO, 2021).

Pesquisas voltadas para a identificação de fatores de risco da DAC destacam a influência da prevalência desses fatores no acometimento da doença (Albuquerque, 2019; Freire *et al.*, 2018, Rissardi, Soares & Ayala, 2019). Esses estudos reforçam a importância da adesão aos tratamentos com intuito de evitar o agravamento do adoecimento que muitas vezes pode gerar incapacidades para aquele que vive com esta doença (Brasil, 2020).

A complexidade da doença e da vivência da DAC só aumentou no ano de 2020, quando pessoas acometidas por essa condição vivenciaram momentos de maiores cuidados em relação à sua doença devido à ocorrência da pandemia de coronavírus 2019 (COVID-19). A COVID-19 conhecida como síndrome respiratória aguda grave SARS-CoV-2, foi mencionada pela primeira vez em dezembro de 2019 na China, e se espalhou rapidamente para o resto do mundo, causando uma pandemia declarada em março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (Barone *et al.*, 2020).

Diante da rápida evolução da pandemia de COVID-19, a OMS recomendou medidas de proteção e contenção do vírus, como o isolamento social, com vistas a diminuir a circulação de pessoas, uso de máscaras eficientes e lavagem frequente das mãos. Tais medidas impactaram também a prática de profissionais de diversos níveis de saúde, que foram redirecionados para o atendimento exclusivo de pacientes com COVID-19. Com a necessidade do isolamento social, houve diminuição do acesso ao transporte público e fechamento de vários estabelecimentos, dentre eles, os serviços de saúde, como clínicas e ambulatórios, o que afetou diretamente o acompanhamento médico de toda a população, especialmente aqueles com DCNT, que necessitam de cuidados integrais e longitudinais (OPAS, 2020).

Pessoas com DCNTs, incluindo as doenças cardiovasculares, possuem risco maior de agravos em razão da COVID-19, incluindo a probabilidade de morrer desta doença, por serem consideradas mais vulneráveis a ficarem gravemente doentes com a COVID-19. Diante da complexidade das doenças (DCNTs e COVID-19) os impactos desta pandemia foram imensos para as pessoas com essa condição crônica, tanto do ponto de vista social, emocional e econômico (Malta, 2020). Assim, conhecer os impactos e a compreensão da vivência da DAC em tempos de pandemia, poderá contribuir para o planejamento de ações educativas e de prevenção em saúde, que atendam as populações adoecidas e mais expostas aos riscos de acometimento de doenças graves.

Em relação à adesão, a Organização Mundial da Saúde (em inglês: World Health Organization - WHO, 2003) define o termo como o desenvolvimento de um comportamento que coincide com as ações de tratamento propostas pelos profissionais de saúde. Sendo que as ações podem envolver tanto o uso dos medicamentos prescritos, quanto a implementação de medidas não farmacológicas como mudanças no estilo de vida, envolvendo a adoção de dietas equilibradas, prática de atividade física, cessação do tabagismo, melhora no padrão do sono e atividades de lazer (Silva & Burgos, 2021).

A falta de adesão aos tratamentos de saúde já é considerada um problema de saúde pública, pois cerca de 50% das pessoas que vivem com DCs deixam de realizar os tratamentos, dependendo do método orientado pelos profissionais de saúde (Oscalices *et al.*, 2019; Ruppard, Delgado & Temple, 2015). Dentre os fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento estão os relacionados às medicações (quantidades, horários de uso e custo dos medicamentos), a complexidade da doença (prognóstico, duração e reações adversas), ao paciente (compreensão da condição de saúde, limitação cognitiva e funcional, crenças, preocupações), fatores socioeconômicos (suporte social e familiar, aspectos culturais e aquisição de medicamentos) e, por fim, os fatores relacionados ao sistema e a equipe de saúde (acesso aos serviços e aquisição de medicamentos, bem como seguimento do acompanhamento em saúde) (Silva & Burgos, 2021; Tian *et al.*, 2019; WHO, 2022).

Anéas e Ayres (2001) reforçam que a adoção de práticas de saúde também é permeada por um campo de sentidos e representações simbólicas que influenciam as ações concretas das pessoas adoecidas. Além disso, Bezerra e Sorpreso (2016) apontam que a execução de ações que possuam como objetivo melhorar a saúde ainda é um desafio, pois o conceito de saúde e suas ações ainda estão associados a uma prática curativa e não preventiva. O que significa que as ações de prevenção em saúde, ainda não são assimiladas pela população como formas de evitar o aparecimento e o agravamento das doenças crônicas.

Portanto, intervenções que envolvam os fatores de influência na adesão aos tratamentos e implementação de práticas de saúde são fundamentais para solucionar a problemática. Especificamente as estratégias voltadas ao entendimento do paciente, suas crenças e preocupações, podem trazer grandes resultados na medida em que ao partilhar com os profissionais as percepções acerca do seu processo de adesão ao tratamento, as pessoas que vivem com doenças crônicas podem ser mais bem compreendidas em suas facilidades e dificuldades no tratamento (Silva & Burgos, 2021; WHO, 2022).

Estudos recentes apontam que as percepções, crenças e conhecimentos dos pacientes acerca da DAC estão diretamente ligados ao comportamento de adesão aos tratamentos e principalmente em relação a mudanças no estilo de vida. Reforçam a necessidade de ações educativas por parte dos órgãos de regulação de saúde, que abordem o conhecimento dos pacientes para que as ações sejam efetivas no que diz respeito à adesão aos tratamentos propostos, como salientam diversos autores (Al-Smadi *et al.*, 2016; Mosleh & Almalik, 2016; Paryada & Balasi, 2018; Striberger *et al.*, 2020).

O acometimento de uma DC demanda um nível relativo de cuidados, implicando na necessidade de modificações físicas, sociais e psicológicas, além de alterações no estilo de vida e adaptações no enfrentamento diante desta condição (Freitas & Mendes, 2007). No caso da DAC as mudanças são necessárias a fim de evitar novos episódios de descompensações cardíacas ou até mesmo novos infartos que podem causar um agravamento ainda maior do adoecimento. Knobel (2010) ao se referir especificamente a doença cardíaca relata que a adesão aos tratamentos tende a auxiliar no controle dos sintomas e minimizar o impacto das limitações. No entanto, a maneira como as pessoas se sentem em relação à doença, também afeta a forma como lidam com o tratamento.

Além dos impactos na vida das pessoas que enfrentam esse adoecimento, a prevalência de DAC representa grande impacto na economia, nos sistemas de saúde e na seguridade social do país. Assim, justifica-se a existência de estudos que busquem ampliar o conhecimento acerca da adesão ao tratamento, bem como colaborem com a implementação de intervenções que mobilizem a população a adotar práticas de saúde que minimizem os fatores de risco da doença (Covatti *et al.*, 2016).

Schmidt *et al.* (2011) afirmam que a priorização do tema e o apoio político para prevenir as DCNT precisam ser reforçados, dando ênfase em seu controle por meio das medidas sociais, ao invés de individuais. Compreendendo as questões que envolvem o conhecimento compartilhado pelas pessoas, com intuito de auxiliar na existência de intervenções custo-efetivas que permitam o controle destas doenças. Nesta perspectiva, a teoria das representações sociais mostra-se um importante referencial no intuito de conhecer o saber do senso comum, das crenças e das atitudes destas pessoas e a forma como compreendem a doença e os tratamentos prescritos a elas.

O conceito de Representações Sociais (RS) é definido por Moscovici (1981, p. 81) como: “um conjunto de conceitos e afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso de comunicações”. Se trata de expressões de valores, ideias que se assemelham aos

mitos ou crenças mantidas pela sociedade, vistas como formas contemporâneas do senso comum. Jodelet (2001), aprofundando o conceito, explica que as RS guiam os grupos na forma de nomear, interpretar, tomar decisões e se posicionarem diante da realidade cotidiana. Pode-se dizer que essa teoria diz respeito aos saberes populares e do senso comum, que são elaboradas e compartilhadas pelas pessoas de um mesmo grupo, com o intuito de construir e interpretar o real (Oliveira & Werba, 2003).

Os estudos das RS no campo da saúde buscam compreender o processo de saúde-doença e a relação entre três aspectos: 1) representações sociais e práticas de saúde nos grupos sociais; 2) senso comum e saber técnico; e 3) níveis de percepção da realidade neste processo de adoecimento (Stuhler, 2012). De acordo com Wachelke e Camargo (2007), o processo de saúde/doença está permeado por elementos culturais, sociais e econômicos, sendo elaborados e vivenciados de formas diferentes pelas pessoas que participam desta mesma realidade. Nesse sentido, estudos baseados nesta teoria permitem compreender como tais aspectos interagem na construção de “teorias leigas” relacionadas sobre o processo de saúde e doença. Permitem ainda, compreender como a construção destas RS influenciam na vida das pessoas.

Gomes, Mendonça e Pontes (2002), ao analisarem as RS a partir da experiência da doença, afirmaram que é possível observar um contexto de produção simbólica e material que influenciam a relação dos sujeitos com sua saúde. Rouquette (1998) relata que em decorrência da identificação das RS é possível entender como as pessoas compreendem e constroem a realidade e em consequência disto, identificam os elementos que influenciam ou justificam seus comportamentos.

Corroborando com essas proposições, Moscovici (1961, 2012) e Abric (1998) afirmam que as RS possuem características normativas e descritivas. No primeiro caso, as RS possibilitam a constituição de um lugar para o objeto e no segundo, direcionam as ações e atitudes das pessoas, em suas relações sociais. Jodelet (1998) menciona que as RS neste campo, contribuem para a compreensão dos limites de eficácia das campanhas educativas em promoção de saúde, prevenção de doenças e de adesão a tratamentos.

Além disso, os estudos em RS mostram um caminho de integração entre os sistemas individuais e de atitudes, que apontam para uma tomada de posição diante de um objeto. Segundo Doise (2001), pode-se dizer que as representações sociais são princípios organizadores das atitudes, opiniões e estereótipos adotados por meio das relações sociais estabelecidas de diferentes formas. Assim, o conhecimento acerca da tomada de posição ou as atitudes em

relação às práticas de saúde ou adesão aos tratamentos e a descoberta das RS mostram-se importantes aliados no campo da saúde.

Neiva e Mauro (2011) apontam que conhecer as atitudes é compreender a posição adotada pelas pessoas frente ao mundo. Referem que as atitudes podem influenciar o comportamento e a forma de ver o mundo, e é através do conhecimento das atitudes que se descobre o que as pessoas pensam, sentem e como reagem a determinadas situações. Além disso, é através do estudo das atitudes que se pode identificar o que mantém as pessoas em determinados eventos, ou o que faz com que elas evitem tais eventos.

Neste contexto, torna-se relevante a descoberta acerca das representações sociais da DAC e sua relação com a adesão ao tratamento, buscando identificar como estas pessoas criam um saber consensual sobre a doença e como estes saberes influenciam seu comprometimento em relação ao tratamento. Este conhecimento poderá contribuir significativamente para a compreensão da temática, auxiliando nas informações utilizadas em ações de promoção de saúde e práticas preventivas de doenças crônicas, bem como auxiliar profissionais da saúde que estão em contato direto com essas pessoas a compreender aspectos de influenciam e moldam o agir destes em relação a sua condição de saúde.

Desta forma, surge a seguinte pergunta de pesquisa: **Qual a relação entre as representações sociais da doença arterial coronariana e a adesão ao tratamento da doença para pessoas com essa condição crônica?**

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a relação entre as representações sociais da doença arterial coronariana e a adesão ao tratamento da doença para pessoas com essa condição crônica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as representações sociais da Doença Arterial Coronariana (DAC);
- Caracterizar as representações sociais do tratamento da DAC;
- Identificar a adesão ao tratamento da doença;
- Analisar a relação entre as representações sociais e o tratamento da DAC.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A presente pesquisa busca verificar a relação entre as RS da DAC e a adesão ao tratamento da doença para pessoas com essa condição crônica. Neste sentido, faz-se necessário contextualizar na fundamentação teórica, os principais conceitos da TRS, sua relação com o campo da saúde, bem como aspectos principais da DAC e seu tratamento, visando compreender questões importantes acerca da adesão ao tratamento. Assim, a fundamentação será composta por quatro capítulos, sendo eles: “A Teoria das Representações Sociais”, “Representações Sociais e Doença Crônica”, “Doença Arterial Coronariana” e “O tratamento da Doença Arterial Coronariana”.

3.1 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

A Teoria das Representações Sociais (TRS) surgiu a partir da tese de doutorado de Serge Moscovici, intitulada “La psychanalyse, son image et son public” publicada em 1961 na França. Neste trabalho, Moscovici apresenta como o conhecimento acerca da psicanálise é apreendido, transformado e utilizado pela comunidade parisiense da época. O estudo consistiu em explicar como o conhecimento científico transforma-se em “teorias leigas” e apresentam-se de forma prática no cotidiano das pessoas (Sá, 2015; Vala, 2006).

A origem do termo “representações sociais” deriva do termo “representações coletivas”, utilizado pelo sociólogo Émile Durkheim (1858-1917) com intuito de compreender o funcionamento da vida social das pessoas. As representações coletivas trata-se de produções sociais que interferem na forma como as pessoas pensam e agem na sociedade (Vala, 2006). Moscovici (2001) aponta que as representações coletivas têm por função garantir a coesão do grupo e o vínculo ao qual estão submetidos. Além disto, pretendem esclarecer fenômenos sociais estáticos, em que as crenças e ideias permanecem por gerações sendo as mesmas.

A ideia de representações sociais de Moscovici (2012) diferencia-se das representações coletivas na medida em que pretende investigar as representações que apresentam dinamicidade e heterogeneidade, que se transformam ao longo do tempo, sendo chamadas de um novo senso comum. Para Moscovici a sociedade não se trata de um conjunto de pessoas que reproduzem as informações e comportamentos que se apropriam, mas uma sociedade que é capaz de pensar e aplicar em seu cotidiano a realidade que os cerca. Assim, ele compreende que o conhecimento produzido cientificamente chega até os sujeitos e por eles é

explicado, reformulado e aplicado sobre a realidade que vivenciam de forma ativa. O conceito de representações sociais é apresentado por Moscovici (1981, p. 181) como:

[...] um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso das comunicações. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistema de crenças nas sociedades tradicionais; elas podem até mesmo serem vistas como uma versão contemporânea do senso comum.

As representações sociais refletem a forma como a sociedade adquire o conhecimento e o comunica por meio do seu próprio sistema de saberes (Moscovici, 1982). Para Abric (1998) existem quatro funções essenciais das representações sociais: a) saber, b) identitária, c) orientação, d) justificadora. A função do saber, apresenta os aspectos de explicação dos saberes do senso comum com objetivo de adequar os valores e crenças apreendidos ao cotidiano. A função identitária que se relaciona com a identificação com os conceitos criados e partilhados pelos sujeitos. A função orientação, que diz respeito a como as representações direcionam e conduzem comportamento e práticas sociais dos sujeitos. E por fim, a função justificadora, que justifica ações e comportamentos utilizados pelos sujeitos associados às referências grupais que possuem.

Ao analisar os fenômenos do conhecimento, Moscovici aponta dois universos de produção de saber que possuem relação com as representações sociais: universo consensual e universo reificado. Ele afirmava que cada representação tende a tornar-se uma coisa desconhecida, ou não familiar em geral, em algo familiar (Moscovici, 1981, p. 188.) Assim a influência destes dois universos contribui para a familiarização e construção da realidade dos sujeitos.

Por universo consensual, compreendem-se os conhecimentos apreendidos e elaborados no âmbito das relações e interações entre os sujeitos produzindo saberes que se aplicam à realidade em que vivem. É por meio da ação de tornar o não familiar em familiar, que os homens determinam seus conhecimentos e o aplicam ao cotidiano (Moscovici, 1982). No universo consensual não há especialistas, todos os sujeitos são capazes de produzir seus conhecimentos sem que se apresentem dúvidas e incertezas acerca do mesmo (Sá, 1998). Já o universo reificado, trata-se do conhecimento produzido cientificamente, com características de objetividade, sistematização e hierarquização dos saberes. Neste universo não há espaço para espontaneidade, a dúvida e a capacidade de refutá-lo que o alimenta. O conhecimento elaborado no universo reificado é metódico e controlado, sendo produzido por especialistas (Moscovici, 2010).

Quanto à estrutura das representações sociais, a abordagem dimensional, como é chamada por Moscovici, organiza as proposições, reações e avaliações de cada grupo ou cultura, tomando como base a análise de três dimensões: informação, campo de representação e atitude. A informação, refere-se ao conhecimento adquirido pelo grupo acerca de um objeto. O campo de representação trata-se de uma ideia ou imagem atribuída àquele objeto que é comum a todos do grupo. E, por fim, a atitude, reflete uma posição do grupo relacionada ao objeto, podendo ser favorável ou desfavorável (Moscovici, 2012).

No processo de transformar algo não familiar em familiar, dois processos denominados por Vala (2006) como sociocognitivos são importantes: a ancoragem e a objetificação. A ancoragem pode ser compreendida como a assimilação de um novo objeto, buscando por referenciais em outros objetos já familiares para o sujeito. Busca-se assemelhar e comparar o novo objeto com algum objeto já conhecido e presente na memória do grupo. Na ancoragem de um objeto, ocorre a classificação e nomeação deste. Moscovici (1981) menciona que essas duas funções (classificar e nomear) já são formas de representar. Ao categorizar é possível identificar atitudes expressas pelo sujeito em relação ao objeto, e ao nomear, uma imagem e uma identidade é associada ao objeto, passando a torna-se reconhecido aquele objeto.

A objetificação refere-se a atribuir um ícone ao objeto, tornando-o abstrato em concreto, através de uma imagem (Moscovici, 1981). A imagem associada ao objeto não é escolhida de forma individual, mas sim pelo grupo à qual pertence o sujeito. Além disso, não se trata de imagens aleatórias, mas escolhidas a partir de significados, que se tornam a própria imagem da representação e não mais do objeto em si.

Constituem a objetificação três momentos chamados de construção seletiva, esquematização e naturalização (Vala, 2006). No primeiro momento, da construção seletiva, as informações são escolhidas ressaltando mais alguns pontos do que outros. Aqui alguns elementos são esquecidos pelo grupo em razão de outros que lhe parecem consensuais. No segundo momento, da esquematização, há uma forma esquemática de organização da representação, em que os significados e a imagem formam um núcleo figurativo. Por fim, o terceiro momento destacado pelo autor, a naturalização, se refere à concretização dos conceitos adquiridos, tornando-se material as categorias do mundo real.

Por ser o meio social, o espaço das ideias, crenças e construção da realidade é que as representações sociais se tornam importantes condutoras de compreensões acerca do conhecimento social. Ao relacionarmos as representações sociais com as práticas sociais adotadas pelos sujeitos, é possível que se encontrem respostas acerca do que orienta o

comportamento e ações das pessoas, e estas podem estar em consonância com o que se compartilha socialmente no grupo a qual pertencem (Jodelet, 2001).

Além da abordagem dimensional proposta por Moscovici, outras abordagens diferentes e complementares integram a compreensão das representações sociais, ampliando os domínios da TRS. A abordagem dinâmica busca compreender de que forma as RS influenciam o cotidiano das pessoas, levando em consideração elementos afetivos, mentais e sociais que incluem a cognição, linguagem e comunicação (Jodelet, 2001). Já a abordagem estrutural compreende as RS como constituintes de um sistema de interpretação da realidade, com base numa série de crenças, informações, opiniões e atitudes em relação ao objeto social. Para Abric (2003), os elementos que compõem uma RS são divididos em elementos pertencentes a um núcleo central e elementos periféricos.

Nesta pesquisa será considerada a perspectiva teórica da abordagem dimensional. Desta forma, será através da identificação das representações sociais da doença arterial coronariana, que se pretende acessar o conhecimento consensual e compartilhado pelos sujeitos acometidos por essa doença, bem como compreender a incorporação dos conhecimentos científicos acerca da adesão ao tratamento de saúde, conhecendo assim a influência da relação com os comportamentos e ações adotados por eles.

3.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E DOENÇA CRÔNICA

O estudo das representações sociais que envolvem o campo da saúde tem se mostrado cada vez mais presentes e relevantes na literatura. Jodelet (2001) aponta que a construção da representação social também engloba o fenômeno da saúde e doença, visto que tais aspectos fazem parte de preocupações tanto das ciências humanas quanto das ciências sociais, sendo um ponto articulador entre o indivíduo e a sociedade.

Joffe (2002) refere que a contribuição das RS para o campo da saúde está voltada para a habilidade de compreender e conhecer como os leigos constroem significados para a saúde e a doença e como esses significados aparecem em seu cotidiano por meio de suas atitudes e crenças. Gomes, Mendonça e Pontes (2002) em seu estudo sobre a experiência da doença, analisaram a relação entre as representações sociais envolvidas neste processo e afirmam que é imprescindível contextualizar na história e no tempo os discursos dessas pessoas, não apenas destacando as representações em si, mas analisando os processos sociais, psicológicos e fisiológicos relacionados à experiência da doença.

A partir da compreensão subjetiva do adoecimento é que será possível compreender as realidades vividas por aquele que adoeceu, compreendendo a organização da vivência corporal e das relações dos sujeitos com a saúde (Jodelet, 1998). Gomes, Mendonça e Pontes (2002) pontuam que essa compreensão se dará não apenas por meio da fala dos sujeitos sobre suas experiências, mas também a partir dos recortes da realidade que vão expressar as práticas sociais cotidianas relacionadas à experiência da doença.

A partir dos estudos em RS é possível compreender a eficácia de campanhas educativas de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de adesão aos tratamentos, nos diversos tipos de doenças que abrangem o campo da saúde (Jodelet, 1998). Gomes, Mendonça e Pontes (2002) corroboram dizendo que é através da produção simbólica daquele que adoeceu, que será possível pensar em políticas públicas mais eficazes que atendam às necessidades dos sujeitos para as quais elas são elaboradas.

Diversos estudos vêm sendo realizados a partir da perspectiva das RS com as mais diversas doenças, como câncer, aids, diabetes, hipertensão, entre outros (Costa *et al.*, 2018; Leal & Coelho, 2016; Nascimento, Mantovanni & Oliveira, 2018; Silva *et al.*, 2016). No contexto desse projeto, buscou-se identificar estudos recentes em representações sociais e doenças crônicas, e especificamente com relação às doenças cardíacas. Identificou-se um enfoque maior em pesquisas que relacionam as RS e a hipertensão arterial, do que com as doenças cardíacas de alta complexidade, como é o exemplo da DAC.

Lúcio (2013) realizou um estudo sobre as RS de adultos jovens que vivenciam a doença aterosclerótica coronariana em que identificou aspectos psicossociais relacionados à experiência do adoecimento. Os resultados apontaram significados, sentimentos e desejos relacionados à doença que promovem reflexões acerca da assistência prestada pelos profissionais de saúde, que devem ser voltadas para a compreensão da subjetividade das pessoas que vivenciam uma situação de cronicidade.

O estudo de Silva e Bousfield (2016) identificou as representações sociais da hipertensão e de seu tratamento para pessoas com esse diagnóstico e mostrou que a representação social do tratamento é sobreposta à representação da própria doença. Os indicativos apresentados pelo estudo produzem subsídios para as políticas públicas, na medida em que devem levar em consideração fatores sociais, psicológicos e ambientais no cuidado de pessoas que vivem com esta condição crônica.

Antunes (2017) realizou um estudo com objetivo de descrever as representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento para pessoas que vivem com hipertensão,

familiares e profissionais de saúde, bem como verificar a relação entre estas representações e os grupos. Identificou-se que a representação da hipertensão arterial se relaciona com a representação do tratamento, e se articulam com as práticas de controle dos níveis pressóricos identificados nos três públicos estudados.

Carvalho e Costa (2017) realizaram um estudo que buscou analisar as RS de adolescentes com hipertensão arterial sistêmica e sua prevenção e identificou que as RS dos adolescentes compreendem elementos do universo reificado e do senso comum, o que reforça a necessidade de maior espaço ao tema na mídia, nas escolas e no setor saúde, com foco no público adolescente. Já Marques, Mendes e Serra (2017) analisaram as RS de estilos de vida construídas por familiares e doentes com diagnóstico de infarto do miocárdio. Os resultados mostraram que foi consensual entre doentes e familiares, o foco das representações voltadas ao estilo de vida e mudanças necessárias após diagnóstico de IAM.

O estudo de Silva, Silva e Bousfield (2020) buscou verificar a relação entre as representações sociais da hipertensão arterial sistêmica e as práticas de controle da doença. Os resultados apontam que as representações sociais e as práticas de controle possuem relação de influência, em que a compreensão da doença e do tratamento ligada a prática de controle envolve mais o uso de medicação do que as práticas de atividade física e mudanças alimentares. O estudo também reforça a necessidade de que as políticas públicas de saúde levem em consideração o conteúdo representacional presente na compreensão social sobre a hipertensão arterial.

Na busca por estudos em RS identificou-se pesquisas que analisaram percepções das pessoas com doenças cardíacas e a relação com a adesão ao tratamento. Esses estudos não possuíam como objetivo a compreensão das RS, porém ao trazer as percepções das pessoas pesquisadas apresentam um direcionamento sobre conhecimento e crenças em relação à doença cardíaca. Striberger *et al.* (2020) por exemplo, realizaram uma revisão sistemática sobre as percepções da doença arterial coronariana periférica, e identificaram que os participantes possuíam suas próprias crenças acerca de sua doença e que essa compreensão influencia o manejo da doença e a adesão ao tratamento. Reforçam que as ações de planejamento de tratamento devem abordar as crenças e os conhecimentos das pessoas com vistas a melhorar a adesão.

Outro estudo realizado por Lotfi-Tokaldany *et al.* (2019) buscou investigar a associação entre percepção da doença e qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com doença arterial coronariana preexistente. Nesse estudo, foram observadas associações

entre a saúde física e mental e aspectos cognitivos, emocionais e de compreensão da percepção da doença apresentada pelos pacientes. Destacando a importância de intervenções cognitivas que auxiliem a melhorar a compreensão acerca da doença para pessoas com essa condição crônica.

Neste contexto, é possível compreender que o conhecimento das RS da DAC e adesão ao tratamento possibilitará à ciência, acessar conhecimentos mais aprofundados sobre o tema, contribuindo para a construção de políticas públicas eficientes, que considerem não apenas as informações que precisam ser acessadas pelas pessoas que vivem com essa condição crônica, mas também aspectos sociais, culturais que influenciam na percepção e adesão de práticas de controle da doença.

3.3 DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

A Doença Arterial Coronariana (DAC) faz parte do grupo de doenças caracterizadas como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que são tratadas hoje como um problema de saúde pública por estarem relacionadas às principais causas de morte no mundo. Pertencem ao grupo das DCNT, as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, dislipidemias, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas e neoplasias, responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade no mundo (Malta *et al.*, 2020; Melo *et al.*, 2019).

No grupo de doenças cardiovasculares (DCV), a DAC se caracteriza pelo adoecimento do sistema cardiovascular do corpo, alterando seu funcionamento. Essa enfermidade é conhecida como a principal causa de morte no Brasil e no mundo, com taxas expressivas de morbimortalidades e representação importante no que diz respeito aos ônus econômicos gerados pelo tratamento da doença (Bodanese, 2014; Stevens *et al.*, 2018; WHO, 2021).

Em relatório emitido pela Organização Mundial da Saúde recentemente com estimativas globais acerca das principais causas de morte no mundo, verificou-se que as mortes por doenças cardiovasculares aumentaram de 2 milhões desde 2.000 para 9 milhões em 2019. Neste mesmo ano, sete das 10 principais causas de morte registradas no mundo tratava-se de doenças crônicas não transmissíveis (WHO, 2021).

O sistema cardiovascular é o responsável por levar o oxigênio e nutrientes essenciais para o funcionamento das células através do fluxo sanguíneo, contribuindo para o funcionamento do metabolismo do corpo. O funcionamento inadequado desse sistema pode acarretar prejuízos ao funcionamento de todo o corpo, sendo tais prejuízos responsáveis pelas principais causas de morte no mundo (Nobre, Santos & Fonseca, 2005).

A doença arterial coronariana (DAC) é um fenômeno patológico que ocasiona lesões nas artérias, podendo comprometer o fluxo sanguíneo parcial ou totalmente através de obstruções principalmente nas artérias coronárias, carótidas, ilíacas e femorais e na aorta. A manifestação dessa doença está comumente relacionada a angina pectoris, ao infarto agudo do miocárdio e a morte súbita (Ramos *et al.*, 2014; Squires, 2003).

As lesões ocasionadas pela DAC geram obstruções significativas ao fluxo arterial, limitando a oferta e chegada de oxigênio ao miocárdio, desenvolvendo um processo isquêmico no músculo cardíaco. Esse processo faz com que o miocárdio não exerça sua função de forma adequada, uma vez que sua função de contração do músculo encontra-se comprometida (Nobre, Santos & Fonseca, 2005).

A presença dessas lesões pode ser classificada como inicial, intermediária ou avançada, dependendo da extensão do acometimento da lesão. Nas lesões iniciais e intermediárias o fluxo sanguíneo das artérias não fica totalmente comprometido, sendo ainda possível a oferta do oxigênio, porém com maior esforço do músculo cardíaco. Este esforço produzido pelo corpo, ocasiona a dor do tipo “estrangulamento do peito” também chamada de Angina Pectoris (Angina do Peito). Já nas lesões mais avançadas, que acometem todo o fluxo sanguíneo, causando a obstrução total da artéria, ocorre o que chamamos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). O IAM é uma das manifestações mais graves da DAC, visto que essa interrupção total da artéria causa a morte daquele segmento do músculo cardíaco que ficou sem receber o sangue em razão da artéria obstruída (Nobre, Santos & Fonseca, 2005; Ramos *et al.*, 2014).

Ramos *et al.* (2014) mencionam também que quando nascemos a camada interna de nossas artérias é lisa e fornece condições ideais de fluidez para que o nosso sangue chegue a todas as partes do nosso corpo. Porém, com o passar dos anos, pode ocorrer o depósito de gorduras, células e resquícios de processos inflamatórios nas paredes dos vasos sanguíneos, ocasionando as lesões chamadas de placas de ateroma (aterosclerose). Fatores de risco como a hipertensão arterial, tabagismo, diabetes, obesidade e sedentarismo contribuem para a evolução e aceleração desse processo, agravando o aparecimento da DAC (Nobre, Santos & Fonseca, 2005; Ramos *et al.*, 2014).

A DAC possui etiologia abrangente, devendo-se principalmente a uma combinação de fatores de risco tradicionais e predisposição genética. Estima-se que a influência da hereditariedade no aparecimento da DAC é responsável por cerca de 45% dos casos. Mas os fatores de risco associados e o manejo destas doenças também contribuem significativamente

para o aparecimento e agravamento da doença arterial. A associação entre estes fatores possui efeito cumulativo, o que significa dizer que quanto maior o número de fatores e a intensidade destes, maior a incidência das doenças cardiovasculares. Estima-se que 80% dos casos de morte por DAC estão associados a fatores de risco já existentes (Martinez & Okoshi, 2018; Ramos *et al.*, 2014).

Os fatores de risco são classificados em duas modalidades: fatores modificáveis, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), hiperlipidemia, tabagismo, sedentarismo, obesidade, Diabetes Mellitus (DM) e estresse emocional; e fatores não modificáveis, como hereditariedade, sexo e idade. No que diz respeito ao tratamento da DAC, o controle dos fatores de risco deve receber atenção prioritária, visto que por meio de ações preventivas e intervenções individuais é que será possível atrasar o início da doença, bem como controlar o aparecimento de sintomas mais intensos (Carvalho *et al.*, 2015; Gus *et al.*, 2015; Silveira *et al.*, 2018).

Há que se considerar além dos fatores de risco já citados as variáveis socioeconômicas que se correlacionam com o aparecimento das doenças cardiovasculares. Fatores como renda, escolaridade, acesso à serviços de saúde, grau de instrução para receber informações acerca dos tratamentos, podem estar relacionadas a adoção de práticas de comportamentos saudáveis que favoreçam o controle da doença (Carvalho *et al.*, 2015; Gus *et al.*, 2015; Silveira *et al.*, 2018).

Ainda em relação aos fatores de risco associados à DAC, a vivência da pandemia de COVID-19 no ano de 2020 tornou as pessoas com DAC ainda mais vulneráveis em razão do risco de complicações e possibilidade aumentada de mortes (Malta *et al.*, 2020). Diante da nova realidade imposta pela pandemia, os impactos sociais, emocionais e econômicos ficaram ainda mais evidentes para essas pessoas. Além do isolamento social orientado pela OMS, que resultou no acesso restrito aos serviços de saúde, tratamentos e orientações, houve impacto nas atividades laborais das pessoas, afetando economicamente a vida de todos (Opas, 2020).

É neste contexto que se implica esta pesquisa, que visa verificar a relação entre as representações sociais e a DAC além da adesão ao tratamento da doença. Entendendo que o controle dos fatores de risco e os comportamentos de adesão ao tratamento podem estar associados a crenças, saberes, mitos e conhecimentos que possuem as pessoas que vivem com essa condição crônica.

3.4 O TRATAMENTO DA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Por ser um adoecimento complexo e abrangente, o tratamento da DAC pode envolver tanto abordagens medicamentosas quanto intervenções de média e alta complexidade. De modo

geral, o objetivo do tratamento visa a prevenção de novos eventos cardíacos, redução da mortalidade e dos sintomas, melhorando a qualidade de vida das pessoas que convivem com essa doença. Os tratamentos de média e alta complexidade serão necessários quando houver ocorrência do IAM ou Angina Instável, em que os cuidados intra hospitalares são indispensáveis. Tais cuidados se referem a realização do exame chamado cateterismo cardíaco, angioplastias com implante de stent nas artérias, ou até mesmo a revascularização cardíaca, quando não é mais possível reparar a artéria danificada pela obstrução (Piegas *et al.*, 2015; Vieira *et al.*, 2016).

Os estudos indicam que após a fase aguda do IAM e realização dos procedimentos de média ou alta complexidade, aqueles que sobreviveram ainda possuem risco elevado de morte nos meses e anos subsequentes. Por isso, o prognóstico da DAC está diretamente ligado à adesão terapêutica dos tratamentos propostos, tendo em vista a necessidade de seguir os cuidados e acompanhamento multiprofissional após eventos mais complexos. O seguimento do tratamento da DAC é também chamado de prevenção secundária, e diz respeito à minimização dos fatores de risco associados, como o tabagismo, diabetes, obesidade, hipertensão e sedentarismo. As intervenções baseadas na prevenção secundária possuem evidência comprovada de que impactam de forma positiva o prognóstico da doença, reduzindo o risco de complicações e mortalidade de modo considerável (Guimarães, 2015; Piegas *et al.*, 2015).

Diante do cenário de redução das taxas de incidência das DCNT, que neste caso são fatores de risco para agravamento da DAC, faz-se necessária a adesão das terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. A adesão do paciente às terapias propostas é fundamental para o controle da DAC e a prevenção de suas complicações, caracterizando um grande desafio na assistência ao paciente coronariopata, uma vez que existe uma grande percentagem de baixa adesão dos pacientes ao plano terapêutico proposto. Acredita-se que entre 30 e 50% das pessoas que convivem com a doença, não aderem totalmente ao regime terapêutico sugerido (Lourenço *et al.*, 2015; WHO, 2022).

De acordo com Piegas *et al.* (2015) o êxito das intervenções voltadas à prevenção secundária está diretamente interligado à adesão ao tratamento, sendo então necessário o trabalho em conjunto do médico assistente e da equipe multidisciplinar, no incentivo e esclarecimento acerca dos fatores de risco da DAC. Enfatizando que o tratamento e reabilitação em casos de IAM não se limitam ao comparecimento nas consultas de acompanhamento, nem apenas ao uso das medicações, mas está ligado às mudanças do estilo de vida, que vão atuar diretamente no controle dos fatores de risco para novos eventos cardíacos.

Os tratamentos das doenças consideradas fatores de risco para a DAC estão relacionados com questões de ordem genética, ambientais, sociais e comportamentais. Assim, as intervenções voltadas para o incentivo destes tratamentos devem considerar esses fatores em sua totalidade para que tenham resultados significativos na redução das taxas de incidência destas doenças. Desta forma, a descoberta dos fatores que interferem na adesão dos pacientes ao tratamento, mostra-se importante para que os profissionais possam propor o tratamento adequado e ao alcance do paciente (Sobral *et al.*, 2017).

A Organização Mundial da Saúde (2022) afirma que o comportamento de adesão também abrange outros comportamentos relacionados à saúde que vão além de tomar medicamentos prescritos pelo médico. Se faz importante também, observar a qualidade da relação que envolve o tratamento, caracterizada pela atmosfera na qual os meios terapêuticos alternativos são conhecidos, o plano de tratamento é negociado junto ao paciente, a adesão é discutida e o acompanhamento é planejado. A adesão é entendida como um processo no qual há uma concordância por parte do paciente com as recomendações fornecidas pela equipe que o acompanha. A OMS compreende o paciente como parceiro ativo dos profissionais de saúde sob seus próprios cuidados e que através de uma comunicação adequada e acessível vão pensar juntos sobre o seu tratamento.

O sucesso de um tratamento de saúde está diretamente ligado ao comportamento de adesão, porque é um processo comportamental complexo, determinado por vários fatores que interagem entre si. Os fatores incluem questões relacionadas à própria compreensão do paciente sobre a doença, o ambiente do paciente (que compreende suportes sociais, culturais), características do sistema de saúde ao qual possui acesso, o funcionamento das equipes de saúde e a disponibilidade e acessibilidade de recursos de saúde, além das próprias características da doença e de seu tratamento (WHO, 2022). Ainda segundo a Organização Mundial da Saúde, acredita-se que alguns aspectos específicos podem contribuir para o comportamento de não adesão, como por exemplo: comportamentos de acompanhamento em saúde (como marcação de consultas); uso de medicamentos (uso de medicações específicas, dosagem e horário corretos, renovação de receitas, a eficácia do uso, duração e seus efeitos colaterais); e mudanças no estilo de vida e inclusão de novos hábitos, como dietas adequadas, práticas de atividade física e cessação do tabagismo (WHO, 2022).

Com vistas a melhorar o acesso às informações de saúde, bem como possibilitar a melhora da adesão aos tratamentos e diminuição na incidência de DCNT no Brasil, o Ministério da Saúde lançou em 2021 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças

Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2021 - 2030, que tem por objetivo possibilitar maior desenvolvimento e implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, para fortalecer os serviços de saúde que prestam assistência a essa população (Brasil, 2021).

O Plano de Ações Estratégicas 2021-2030 para a prevenção e controle das Doenças Cardiovasculares está dividido em 4 eixos: Promoção da Saúde, Atenção Integral à Saúde, Vigilância em Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos à Saúde. As ações buscam abranger questões que envolvem tanto os serviços de saúde e implementações de recursos para o atendimento dessa população, quanto ações de promoção de saúde que pretendem levar aos doentes mais conhecimento acerca da sua doença e comportamentos que possam ser melhorados, com vistas a minimizar os agravos em saúde e diminuir a incidência das doenças (Brasil, 2021).

Sabendo que o comportamento de adesão é amplo e abrange as questões culturais e sociais que permeiam a vida da população adoecida, é que se ancora o objeto de pesquisa. Pretende-se através dele, conhecer as representações sociais acerca da doença e do tratamento, ou seja, entender os saberes, conhecimentos, crenças e mitos que as pessoas com doença arterial coronariana possuem acerca da DAC e do seu tratamento. Podendo assim, analisar se essas representações sociais possuem relação com a adesão aos tratamentos da doença adotados por essas pessoas.

4. MÉTODO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo teve como delineamento a pesquisa exploratória e descritiva, de natureza qualitativa. As pesquisas descritivas, segundo Gray (2012), possuem por objetivo descrever determinados objetos, pessoas ou grupos, estabelecendo relações entre variáveis e padrões existentes. Já as pesquisas exploratórias têm por função aprofundar ideias e/ou formular novas hipóteses (Gil, 2002). As pesquisas de natureza qualitativa se aprofundam na compreensão de um grupo ou de uma organização, não se preocupando com a representatividade numérica. Se propõem a explicar o porquê das coisas, ou seja, quais os significados atribuídos aos fenômenos (Gil, 2002).

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO DA PESQUISA

O campo acessado para a coleta de dados desta pesquisa foi um Hospital Público de Referência em Cardiologia no estado de Santa Catarina. Por meio do seu Ambulatório de Acompanhamento a pessoas diagnosticadas com doenças cardíacas, é que o contato com os participantes foi realizado. O hospital em questão possui 129 leitos, sendo 23 em Unidades de Terapia Intensiva. Efetua anualmente cerca de 100 cirurgias e realiza em sua Unidade de Emergência aproximadamente 1.500 atendimentos. O ambulatório de acompanhamento realiza cerca de 2.800 consultas por ano (SES, 2022). A escolha da Instituição se deu pelo acesso facilitado da pesquisadora e a possibilidade de contato com os participantes.

4.3 PARTICIPANTES

Foram participantes deste estudo 40 pessoas, maiores de 18 anos, que receberam diagnóstico de Doença Arterial Coronariana há pelo menos 6 meses e que estavam realizando acompanhamento no Hospital Público de Referência em Cardiologia no estado de Santa Catarina. A seleção dos participantes foi realizada através da lista de consultas médicas diárias do Ambulatório do Hospital, entre os meses de fevereiro e agosto de 2022.

Como critérios de exclusão, foram considerados aqueles pacientes que receberam algum tipo de atendimento por parte da pesquisadora em contexto de atuação profissional.

4.4 INSTRUMENTOS

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados uma entrevista semiestruturada (Apêndice 2), visando compreender os conteúdos relacionados a DAC, o tratamento e a adesão. A entrevista foi dividida em dois blocos, contendo questões abertas para investigar a descoberta e vivência do adoecimento (Bloco 1), e questões relacionadas ao tratamento da DAC (Bloco 2). Para essas questões, utilizou-se a técnica de entrevista em profundidade que utiliza tópicos norteadores relacionados à experiência da doença, buscando o conhecimento compartilhado desse fenômeno. É possível utilizar técnicas interventivas de entrevistas em profundidade para estimular a fala dos entrevistados sobre a temática (Ghiglione & Matalon, 1993).

Com intuito de complementar o instrumento de coleta de dados, foi utilizada a Escala de Adesão Medicamentosa (MMAS-8) proposta por Morinsky *et al.* (2008). Nesta escala o grau de adesão é definido pela soma das respostas positivas apresentadas pelos participantes. Sendo assim: alta adesão, refere-se a oito pontos positivos, média adesão entre 6 e 8 pontos e baixa adesão abaixo de 6 pontos.

Por fim, foi também aplicado um questionário sociodemográfico com objetivo de caracterizar os participantes, a saber: idade, sexo, tempo de diagnóstico, escolaridade, profissão/trabalho, renda familiar mensal e estado civil.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa passou inicialmente pela aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital onde foram coletados os dados. Posteriormente, foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Catarina, onde recebeu a aprovação número 5.180.025 em 20 de dezembro de 2021. Após esses dois procedimentos de autorização, iniciou-se a organização para a coleta de dados.

Para facilitar a participação, a entrevista foi realizada no dia em que os participantes estavam realizando a consulta médica de acompanhamento. As consultas no ambulatório eram realizadas no período da tarde. Assim, a pesquisadora deslocava-se até o ambulatório no início da tarde, onde realizava inicialmente identificação das pessoas a serem atendidas naquele dia, conforme os critérios de inclusão supracitados através da leitura dos prontuários eletrônicos.

Após a identificação dos participantes, a pesquisadora se dirigia até eles, que encontravam-se aguardando as consultas médicas na sala de espera, se apresentava e explicava

sobre a pesquisa e seus objetivos. Algumas pessoas se recusaram a participar da pesquisa, utilizando como justificativa o horário próximo de sua consulta médica ou por serem mais idosos e acreditarem não serem capazes de contribuir para a pesquisa, ainda que a pesquisadora argumentasse sobre tal ideia.

Os participantes que aceitaram participar se dirigiam a uma sala de atendimento médico, onde iniciava-se a entrevista. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 30 a 40 minutos. O local das entrevistas estava livre de interrupções, não apresentava ruídos externos, o que favoreceu a realização da pesquisa, bem como assegurou o sigilo em relação às falas dos participantes.

Ao iniciar a entrevista os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice 1) para que estivessem cientes dos objetivos, riscos e benefícios de sua participação neste estudo. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas conforme autorização dos participantes no TCLE.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados das entrevistas foram analisados por meio do software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), que permite realizar diferentes análises estatísticas acerca do material textual (Justo & Camargo, 2013). As análises apresentadas neste estudo derivam da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), ou método Reinert, da Análise de Similitude e da Nuvem de palavras.

Para a realização das análises houve preparação do corpus textual, com o conteúdo gerado a partir das 40 entrevistas e suas respectivas transcrições em um único arquivo de texto. As entrevistas foram divididas em dois temas, e identificadas por linhas de comando. O tema 1 identificava os conteúdos das entrevistas relacionadas à descoberta e vivência em rotinas da DAC. Já o tema 2 agregou os conteúdos decorrentes do tratamento da DAC. Na organização do corpus textual, além da sinalização dos temas nas linhas de comando, também foram sinalizadas as variáveis de identificação dos participantes como número do participante, sexo, tempo de tratamento e nível de adesão.

Após a organização do corpus textual foram geradas análises multivariadas derivadas da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise de Similitude e Nuvem de Palavras. Nas CHD houve organização dos segmentos e vocabulários apresentados, organizados em um dendrograma, apontando as Classes de ST's que identificam os conteúdos e a relação às demais Classes geradas. Na análise de similitude, são identificadas as coocorrências entre as evocações

para relacionar as conexões entre as palavras. Por fim, foram realizadas as análises de Nuvem de palavras, que agrupa e categoriza graficamente as palavras evocadas (Camargo & Justo, 2013) e a análise descritiva dos dados da Escala de Adesão Medicamentosa (MMAS-8) e do questionário sociodemográfico no *software Jamovi*.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Dos 40 entrevistados, 23 eram do sexo feminino (57,5%) e 17 do sexo masculino (42,5%). Em relação ao estado civil dos participantes, verificou-se que 27 deles eram casados (67,5%), 7 eram separados (17,5%), 2 solteiros (5%) e 4 viúvos (10%). A média de idade dos 40 participantes entrevistados foi de 61,8 anos, sendo a idade mínima 36 e a máxima 82.

Quanto à escolaridade dos participantes, verificou-se que a maioria dos entrevistados não concluiu o Primeiro Grau, sendo 26 dos 40 participantes (65%). Dos demais, 3 concluíram o Primeiro Grau (7,5%), 6 possuíam o Segundo Grau Completo (15%) e 2 deles declararam ser analfabetos (5%).

A renda familiar dos participantes variou entre 1 e 7 salários-mínimos. A maioria recebe 2 salários-mínimos, sendo 18 dos 40 participantes (45%). Dos demais, 1 recebe 1 salário-mínimo (2,5%), 10 recebem 3 salários (25%), 4 recebem 4 salários (10%), 2 recebem 5 salários (5%), 3 recebem 6 salários (7,5%) e 2 recebem 7 salários (5%).

Em relação à ocupação profissional, 30 participantes declararam estar aposentados (75%), a maioria. Dos demais, 1 ainda se encontra em perícia médica (2,5%) e 9 deles estão exercendo as atividades profissionais (22,5%), sendo a ocupação destes, 1 mecânico, 2 serralheiros, 1 enfermeira, 1 serviços gerais, 2 empregadas domésticas, 1 motorista, 1 contador.

Quanto ao tempo de tratamento, 19 participantes declararam realizar o tratamento no período de 01 a 05 anos (47,5%), 13 realizam tratamento entre 06 e 11 anos (32,5%) e 8 realizam o tratamento entre 12 e 32 anos (20,5%).

Os participantes responderam a Escala de Adesão Medicamentosa (MMAS-8) de Morinsky *et al.* (2008) e a partir de suas respostas, verificou-se que 17 possuem alta adesão ao tratamento medicamentoso (42,5%), 13 deles possuem média adesão ao tratamento (32,5%) e 10 possuem baixa adesão ao tratamento medicamentoso (25%).

Ao correlacionar os dados de tempo de tratamento com a adesão, verificou-se que dos 19 participantes que estão em tratamento de 1 a 5 anos, 8 possuem alta adesão (42,11%), 7 possuem média adesão (36,84%), e 4 possuem baixa adesão (21,05%). Já dos que estão em tratamento de 6 a 11 anos, 5 apresentaram alta adesão (38,46%), 6 possuem média adesão (46,15%) e 2 apresentam baixa adesão (15,39%). Por fim, os que estão em tratamento a 12 anos ou mais, 4 possuem alta adesão (50%), 3 possuem média adesão (37,5%) e 1 apresentou baixa

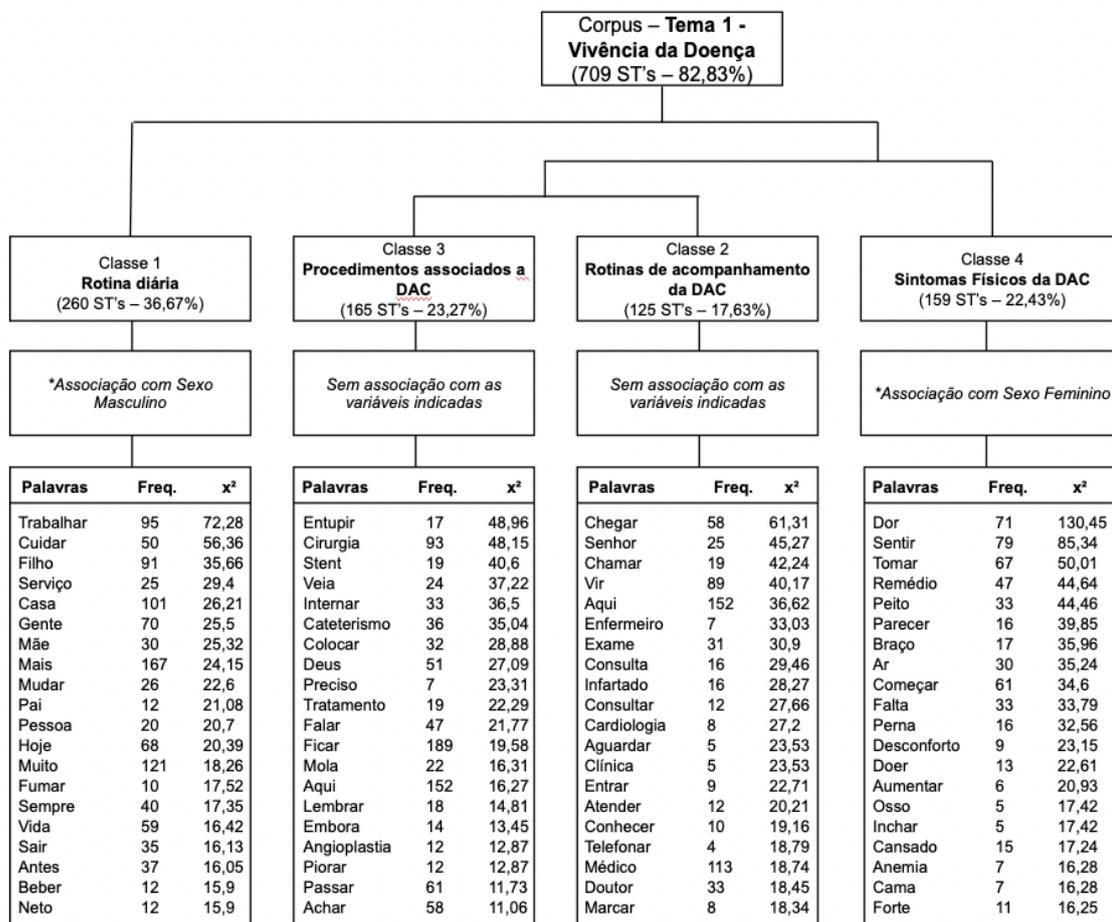
adesão (12,5%). Com base nos valores apresentados o resultado do teste qui quadrado foi de 1,640 com um valor de p igual a 0,440. Portanto, a relação entre tempo de tratamento e adesão por parte dos participantes não possui associação estatisticamente significativa.

Ao correlacionar o sexo com a adesão, foi possível verificar que dos participantes do sexo feminino, 30,4% apresentaram alta adesão, 26% baixa adesão e 43,4% possuíam média adesão ao uso de medicações. Já os participantes do sexo masculino, 58,8% apresentaram alta adesão, 23,4% baixa adesão e 32,5% possuíam média adesão as medicações. Da mesma forma a relação entre sexo e adesão não demonstrou diferença estatisticamente significativamente entre tempos de tratamento e a adesão, apresentando um valor de p igual a 0,143.

5.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA E ADESÃO AO TRATAMENTO

O corpus gerado pelas 40 entrevistas foi submetido à uma análise de dados textual com o auxílio do software IRaMuTeQ. O corpus de análise foi organizado utilizando as seguintes linhas de comando: indivíduo, idade, sexo, tempo de tratamento e nível de adesão. Os dados de texto foram ainda analisados a partir do Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) dividiu o *corpus* em 40 textos, desmembrados em 856 segmentos de textos, dos quais 709 (82,83%) foram passíveis de análise. Foram geradas duas CHDs para cada tema desta pesquisa, sendo uma para os textos relacionados à vivência da DAC (tema 1) e a outra para os textos vinculados à adesão aos tratamentos da DAC (tema 2). Na CHD do tema 1, as classes foram divididas inicialmente separando a Classe 1 das demais classes. Em seguida, as classes 3 e 2 foram separadas da classe 4. E em sua última partição as classes 3 e 2 foram integradas. Na CHD tema 2, a classe 5 foi separada das demais classe, seguido da separação das classes 4 e 3 e das classes 2 e 1 (Figura 1).

Figura 1. Dendrograma da classificação hierárquica descendente do corpus vivência da doença.



As classes geradas pela CHD do corpus vivência da DAC (tema 1) foram nomeadas pela pesquisadora a partir do conteúdo das classes. A Classe 1 recebeu o nome de *rotina diária*, A Classe 3 recebeu o nome de *procedimentos associados à DAC*, a Classe 2 foi nomeada como *rotinas de acompanhamento da DAC*, e a Classe 4 como *sintomas físicos da DAC*. A seleção das primeiras 20 palavras dos segmentos de texto típicos de cada Classe, tendo como critério de seleção a ordem decrescente de associação baseada no valor de X² e a classe (Figura 1). O dendrograma também mostra a associação das classes 1 e 4 com as variáveis de identificação.

A Classe 1 nomeada como *Rotina Diária* foi composta por 260 ST's, o que corresponde a 36,67% de todo o corpus analisado. Os elementos destacados por esta classe representam os afazeres relacionados à funcionalidade dos participantes. Esses afazeres se referem tanto a trabalhos formais executados pelos participantes, sendo considerados os trabalhos de carteira assinada ou aqueles que de alguma forma representam o sustento da família, quanto os trabalhos informais, sendo considerados aqueles relacionados à organização e cuidados com a casa e

filhos. Os participantes mencionam tais afazeres da rotina diária como atividades que deixaram de ser executadas após o aparecimento da doença cardíaca. As mudanças na rotina diária ficam evidentes nas falas dos entrevistados, nas quais muitos realizaram tentativas de retornar a executar tais atividades, porém em razão do adoecimento e agravamento da doença cardíaca ficaram impossibilitados.

Eu gostava de trabalhar até que demorei pra parar, o médico me disse bem antes, mas sem trabalho é difícil ficar, mais por casa o cara é agitado, precisa sair mas não dá. (Participante 3, sexo masculino, 26 anos de tratamento, alta adesão).

Viajava muito pro norte de caminhão, trabalhava com carreta, só que a gente tá mais fraco, é diferente a vida agora, fisicamente a gente muda, até pra dirigir não dá mais. (Participante 11, sexo masculino, 18 anos de tratamento, baixa adesão).

Os entrevistados associados a esta classe, eram predominantemente do sexo masculino. Os significados atribuídos ao trabalho para os homens podem se apresentar de forma diferente se comparado às mulheres. Nas falas das participantes do sexo feminino, a relação de trabalho foi associada a impossibilidade de executar os afazeres domésticos, enquanto os homens mostraram a relação de trabalho fora de casa:

Então assim, eu tive que parar tudo, trabalhar não dava, não dava pra fazer nada, tipo pra mim foi o fim, não consegui mais cuidar da minha casa. (Participante 35, sexo feminino, 5 anos de tratamento, alta adesão).

Porque é difícil ter uma vida corrida e da noite pro dia tu ter que parar e pronto, to inválida agora. Trabalhava fora, cuidava da casa, cuidava do meu sogro que era doente e tinha peito pra tudo. De repente parei tudo. (Participante 34, sexo feminino, 5 anos de tratamento, média adesão).

A Classe 4 expressa os sintomas físicos associados à vivência da DAC e contém 159 ST's, o que corresponde a 22,43% do material analisado. Esta classe está associada a participantes do sexo feminino, que citam com maior frequência os sintomas presentes na rotina que se relacionam com a doença cardíaca. As palavras evocadas pelos participantes desta classe remetem as dores que representam o início dos sintomas agudos da DAC (Figura 1), ou indicam o início de um IAM:

Eu sentia muita dor, ainda sinto aquela forte aqui no peito, e daí vai pro braço. (Participante 12, sexo feminino, 2 anos de tratamento, baixa adesão)

Muita dor, suador, eu suava frio, assim de molhar tudo, tinha que tomar banho para passar aquilo, e falta de ar também eu sentia. (Participante 32, sexo feminino, 10 anos de tratamento, média adesão)

Os segmentos de textos desta classe expressam diversos tipos de sintomas que podem evidenciar um IAM, como a dor no peito e braço, falta de ar, desconforto também associado a respiração, o inchaço e o cansaço. Nas falas dos participantes é possível observar que a presença desses sintomas serve como um alerta, podendo ser considerada um novo infarto. Além disso, nota-se a presença de uma preocupação que novos eventos como este ocorram:

Eu tenho medo de acontecer isso de novo, porque é uma dor triste, é uma dor insuportável. A dor que deu em mim é insuportável, pensei que fosse dor de ouvido, dor de ouvido e dor de dente, não tem coisa pior que dor de ouvido e dor de dente, mas dor de infarto é terrível. (Participante 4, sexo masculino, 1 anos de tratamento, baixa adesão).

Conforme observa-se na CHD do corpus vivência da DAC, as classes 2 e 3 demonstraram em uma relação entre si, sendo separadas da Classe 4 já apresentada acima.

A Classe 2 denominada Rotinas de acompanhamento da DAC, apresenta 125 ST's, o que corresponde a 17,63% do texto analisado. Essa classe expressa o movimento que é realizado em torno da vivência da doença. Sinalizada pelas palavras "chegar", "vir", "consulta", "exames", "marcar" e "aguardar", indicam a dinâmica que perpassa a rotina das pessoas com doença cardíaca.

Estou até desacorçoada hoje eu nem queria mais vir consultar. Eles disseram que estava bom já tiraram todos os remédios. Agora mandaram fazer outro exame, vou mostrar pra médica. (Participante 11, sexo feminino, 18 anos de tratamento, baixa adesão)

A gasolina não está barata e se eu não tivesse arrumado eu ia transferir minha consulta. Aí eu disse não já faz seis meses que eu não consulto. Eu digo eu vou fazer uma forcinha pra ir. No dia que se eu faltar a consulta é porque mesmo não deu pra mim vim. (Participantes 24, sexo feminino, 10 anos de tratamento, baixa adesão)

Agora já é a segunda vez que eu venho depois da pandemia, de seis em seis meses faço os exames. Hoje eu esqueci minha plástica com todos os meus exames em casa. (Participante 26, sexo masculino, 3 anos de tratamento, baixa adesão)

Ainda nesta classe pode-se notar uma frequência expressiva de evocações das palavras "médico" e "doutor", o que sinaliza a centralidade do acompanhamento na figura do profissional médico.

E eu sou diabético o médico mandou eu emagrecer bastante já emagreci bastante graças a Deus fechando a boca aí como se diz. Aí eu estou me puxando fazendo uma caminhadinha de vez em quando. O médico disse que tinha que emagrecer se não eu ia morrer o coração não ia aguentar. Aí eu fui fazendo e agora to assim magro." (Participante 28, sexo masculino, 6 anos de tratamento, média adesão)

A Classe 3 foi denominada de procedimentos associados à DAC e apresenta 165 ST's, o que corresponde a 23,27% do corpus analisado. Essa classe recebeu esta nomenclatura por

trazer nas palavras evocadas pelos participantes a identificação dos procedimentos realizados durante a vivência e tratamentos da DAC. A presença desses procedimentos é comum no vocabulário e na rotina das pessoas com doença cardíaca, tendo em vista que a ocorrência da desobstrução de artérias podem necessitar ser realizada mais de uma vez, a depender da condição de saúde da pessoa e da adesão aos tratamentos da doença (Ramos *et al.*, 2014).

Fiz dois exames também para certificar, aí eu vi que eu estava com problema de ter um infarte. Aquela falta de ar assim, tipo subiu uma escada, varrer uma casa eu já sentia um aperto. Bastante falta de ar para dormir, acordava também com falta de ar. Aí peguei e fiz um cateterismo pra ver. E das três veias que eu tenho no coração duas já estavam entupidas e uma quase querendo entupir. Aí eu tive que fazer uma ponte de safena. Já fiz a cirurgia aqui. (Participante 7, sexo masculino, 2 anos de tratamento, média adesão)

Eu continuei sentindo muita dor no peito, dor torácica, mesmo depois de ter feito cateterismo, colocado o stent, a mola. E depois em 2018 foi constatado que eu estava com mais uma outra artéria, além daquela entupida. Aí foi feito um novo cateterismo. (Participante 2, sexo masculino, 7 anos de tratamento, alta adesão).

Dentre os procedimentos citados pelos entrevistados, é evidente a associação destes, com os cuidados executados na atenção de alta complexidade, como "cirurgia", "stent", "internação", "cateterismo", "angioplastia". E embora estes sejam procedimentos realizados nos dispositivos de alta complexidade em saúde, parecem ter representação importante no que diz respeito à vivência dos participantes com a doença. Denotando um marco de mudanças na vida, rotina e convívio diário pós procedimentos.

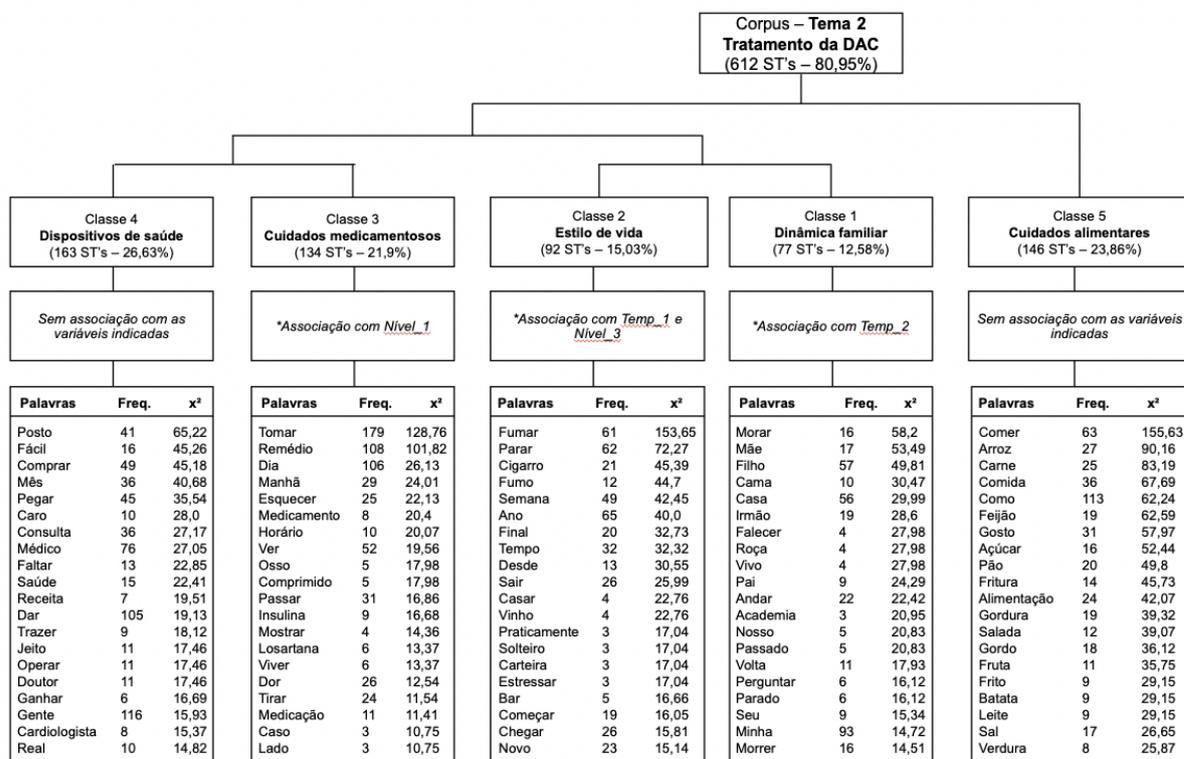
"Depois da cirurgia não tem como voltar a fazer as coisas de antes, já sabe onde vai parar." (Participante 7, sexo masculino, 2 anos de tratamento, média adesão)

"Mas depois da cirurgia acabou, o médico disse que eu não posso levantar peso. A vida é em casa agora." (Participante 20, sexo feminino, 6 anos de tratamento, baixa adesão)

"Pior foi no início, quando fui pra casa, depois da internação. Eu tinha medo de fazer qualquer coisa. Qualquer esforço um pouquinho maior porque eu sentia dor." (Participante 29, sexo feminino, 2 anos de tratamento, alta adesão)

A Classificação Hierárquica Descendente do corpus tratamento da DAC (tema 2) representa a rotina, a vivência e a experiência do adoecimento dos participantes entrevistados. As palavras evocadas se referem à noção biológica e física da DAC, bem como aspectos práticos e do cotidiano enfrentado pelas pessoas acometidas por essa doença.

Figura 2. Dendrograma da classificação hierárquica descendente do corpus de tratamento da DAC.



As classes geradas pela CHD do corpus tratamento da DAC (tema 2) também foram nomeadas pelo pesquisador de acordo com os temas propostos e receberam as seguintes nomenclaturas: A Classe 5 recebeu o nome de *cuidados alimentares*, A Classe 4 recebeu o nome de *dispositivos de saúde*, a Classe 3 foi nomeada como *cuidados medicamentosos*, a Classe 2 como *estilo de vida*, e a Classe 1 como *dinâmica familiar*. No dendrograma acima encontra-se, a seleção das primeiras 20 palavras dos segmentos de texto típicos de cada Classe, tendo como critério de seleção a ordem decrescente de associação baseada no valor de X² e a classe. É possível observar também a associação das classes 3, 2 e 1 com as variáveis de identificação.

A Classe 5 foi denominada de *cuidados alimentares* e apresenta 146 ST's, o que corresponde a 23,86% do corpus analisado. Essa classe recebeu esta nomenclatura por trazer nas palavras evocadas pelos participantes os alimentos mencionados durante a entrevista.

A alimentação é o seguinte, é um feijão com arroz que eu gosto muito, feijão e arroz, uma saladinha e um pedacinho de carne. (Participante 1, sexo feminino, 6 anos de tratamento, alta adesão).

Então minha alimentação de manhã é uma bolachinha de polvilho uma ou duas bolachinhas daquela de polvilho da feira, um cafezinho meio-dia não repito nunca mais é um arroz com feijão um franguinho e de tarde não tomo café e de noite é fruta. A janta que é o principal pra emagrecer eu jantava muito. Hoje em dia não como nada a noite, nada. (Participante 5, sexo masculino, 5 anos de tratamento, alta adesão).

Eu estou comendo arroz com feijão, a carne ele faz muito insossa. A comida não tem cheiro, não tem gosto, eu como duas, colheradas de comida não leva meia hora estou comendo um pão com leite. (Participante 11, sexo feminino, 18 anos de tratamento, baixa adesão)

Nesta classe, também é possível observar as restrições alimentares associadas ao tratamento, mencionadas pelos participantes como parte dos cuidados necessários com a DAC. As falas a seguir, expressam de forma evidente o entendimento da alimentação como parte do tratamento conforme orientação dos profissionais de saúde:

Tratamento é que a gente não pode comer muita gordura. Ai não pode comer, ela pergunta tudo o que eu como, café da manhã tudo e já fala se a gente come mais. A gordura e a fritura antes eu comia de tudo, aquela carinha gorda acabou. Churrasquinho já não pode mais, peixe com couro o médico receitou não comer. Ai a gente de vez em quando compra um camarãozinho, um marisco. (Participante 16, sexo masculino, 16 anos de tratamento, alta adesão).

Alimentação mudou, se gosta de comer já não pode mais comer. Ai o médico proibiu, nem tem mais gosto fazer churrasco, não pode, não pode mais. Mudou tudo, é feijão, é feijão insosso, tudo, café, café amargo com leite. De vez em quando eu vou num açúcar é bom também. Não pode, cortou tudo, cortou o pão, massa. (Participante 15, sexo masculino, 2 anos de tratamento, baixa adesão).

As demais classes da CHD tema 2, demonstraram relação entre si sendo separadas da Classe 5 conforme apresentado acima. As Classes 4 e 3 também apresentaram relação entre si, e foram separadas das Classes 2 e 1, respectivamente relacionadas.

A Classe 4 foi denominada *dispositivos de saúde*, apresentando um total de 163 ST's, o que corresponde a 26,63% do corpus analisado. A palavra mais evocada pelos participantes nesta classe foi "posto" que se refere às Unidades Básicas de Saúde, local onde recebem acompanhamento médico para além da especialidade em cardiologia, e que retiram medicamentos quando há disponibilidade via Sistema Único de Saúde.

Depois de eu coloquei a mola eu fui pro médico do posto, aí ele disse você tem um médico cardiologista. Eu estive uma vez com o médico, daí ele me indicou um cardiologista aqui. Eles deram um comprimido, uns comprimidos do posto. (Participante 18, sexo masculino, 1 anos de tratamento, baixa adesão)

Agora aqui no hospital é de 6 em 6 meses, mas no posto de saúde eu vou duas vezes a cada dois meses, quer dizer, se eu preciso de alguma coisa eu sempre peço consulta no posto. (Participante 01, sexo feminino, 6 anos de tratamento, alta adesão)

As demais palavras evocadas nesta classe, se referem a termos do cotidiano médico como "consulta", "médico", "receita", "cardiologista", configurando um vocabulário muito próprio de pessoas com doenças crônicas. Além disto, observa-se que as palavras "comprar", "pegar", "caro" "faltar" também estão entre as mais evocadas, principalmente quando relacionadas a falas acerca da aquisição e uso de medicamentos.

A minha mãe que está me dando uma força, tem medicação que eu tenho que comprar. O mais difícil é o remédio que a pessoa tem que comprar. A maior parte sim, eu pego no posto, outros eu compro, 70, 80 reais. (Participante 02, sexo masculino, 7 anos de tratamento, alta adesão).

Tem remédios que eu tomo do coração que eu tenho que comprar, que o posto não dá. (Participante 06, sexo feminino, 1 anos de tratamento, alta adesão).

Algumas delas a prefeitura me ajuda pra comprar, são muito caras, eu não tenho condições de comprar aí um mês a prefeitura me dá e o outro mês eu compro. As do coração, os da depressão até eu comprei sempre, aí ele trocou. Eu disse pro médico que eu não conseguia comprar, e daí ele trocou por esse que eu pego no posto. (Participante 12, sexo feminino, 2 anos de tratamento, baixa adesão).

A classe 3 (que se relaciona com a Classe 4) foi nomeada como *cuidados medicamentosos* e apresenta 134 ST's, o que corresponde a 21,9% do texto das entrevistas. Nota-se, a partir das palavras mais evocadas pelos participantes, que o tratamento medicamentoso faz parte do cotidiano dos entrevistados e doentes crônicos. As palavras "tomar", "remédio", "manhã", "dia", "esquecer", "medicamento" e "horário" evidenciam o nome escolhido para esta classe:

O cardiologista que mandou tomar desde o começo. (Participante 13, sexo feminino, 3 anos de tratamento, baixa adesão).

Eu estou esquecida mas eu tomo. Os remédios eu não esqueço de tomar. Acontece de vez em quando. Já é uma rotina. (Participante 32, sexo feminino, 10 anos de tratamento, média adesão).

Olha os meus remédios quando eu levanto da cama que eu vou no banheiro faço a higiene, escovo os dentes, tomo um cafezinho a primeira coisa que eu mexo é o remédio, porque se não depois eu esqueço (Participante 01, sexo feminino, 6 anos de tratamento, alta adesão).

Nesta classe, houve associação das palavras evocadas com as falas dos participantes que apresentaram baixa adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com a Escala de Morisky. Assim, pode-se dizer que apesar das palavras mais evocadas pelos participantes de referirem aos cuidados medicamentosos, os que referiram, possuíam baixa adesão ao uso de

medicamentos, por esquecerem ou deixarem de tomar os medicamentos com frequência. As falas abaixo podem representar essas associações:

Sim, esqueço, acontece só de vez em quando. Porque assim o meu medicamento é tomado tudo de manhã moça tudo de manhã. A médica disse pra mim, oito horas e meia máximo de horário para tomar o seu medicamento, mas assim eu não como nada de manhã, eu só vou comer ali umas dez horas vou tomar um café de manhã eu não como nada. Aí é o horário em que eu estou em movimento. Aí eu tomo tudo de uma vez, aí eu tomo tudo ali só tem dois que eu tomo meio dia aí aqueles dois eu não tomo. (Participante 04, sexo masculino, 1 anos de tratamento, baixa adesão).

Sim, tomo o enalapril, tomo atenolol e mais uns pra colesterol. Eu tomo o AS infantil. Várias vezes já esqueci, várias vezes, de relaxado, é relaxado mesmo. Ou de não ir à farmácia, por sinal fazia dois dias que eu não tomava a minha medicação. Por relaxado de não ir na farmácia e comprar. Levantava de manhã, ah estou sem meu remédio, passava o tempo não tomava o remédio e não comprava. (Participante 26, sexo masculino, 3 anos de tratamento, baixa adesão).

A Classe 2 foi denominada estilo de vida e apresenta um total de 92 ST's, o que corresponde a 15,03% do corpus analisado. Recebeu essa nomenclatura tendo em vista as palavras mais evocadas se relacionarem às mudanças no estilo de vida mencionadas pelos entrevistados. As palavras "fumar", "parar", "cigarro" e "fumo" foram as mais representativas desta classe:

Eu fumava antes, tava a quatorze anos sem fumar. Eu parava e voltava. Uma vez parei por 5 anos e depois voltei, por besteira. Mas fumei desde pequeno, devia ter uns 11 anos quando comecei. (Participante 04, sexo masculino, 1 anos de tratamento, baixa adesão)

Não consegui parar de fumar, inclusive. Tentei diminuir na intenção de parar, mas fico muito nervosa e não dá certo. Não consigo. Desisti. Eu continuo fumando. (Participante, 29, sexo feminino, 2 anos de tratamento, alta adesão)

Observa-se através das falas dos participantes entrevistados, que as mudanças no estilo de vida, são recomendadas pelos profissionais de saúde que os acompanham como parte do tratamento para DAC. Embora muitos sinalizem que não estão executando as mudanças orientadas:

Fumar também não podia fumar, mas eu estou fumando. Uma cervejinha também estou bebendo não muito, mas no final de semana. Porque também se o cara for fazer tudo que o médico passa, a gente não come nada bom. (Participante 16, sexo masculino, 16 anos de tratamento, alta adesão).

Cheguei a parar por duas vezes. Uma vez eu parei e fiquei dois anos sem fumar. Voltei. E na segunda eu fiquei cinco anos. E acabei voltando. Aí dessa vez eu diminuí, na época logo após o infarto cheguei a ficar com dois cigarros o dia todo. Eu acendia fumava um pouquinho apagava pra matar aquela vontade na hora. E depois gradualmente fui aumentando de novo, nesse período de quase dois anos eu já voltei a fumar quase uma carteira no dia, como era antes. (Participante 29, sexo feminino, 2 anos de tratamento, alta adesão).

Quando eu trabalhava eu fumava muito, se eu não fumasse eu enlouquecia. O cigarro era uma muleta. Tu fica nervoso pega um cigarro e aquilo parece que te acalma. Pelo menos muda o teu foco. Parei. Fiquei um ano me preparando, a minha mulher disse assim, tu não vai parar. Eu dizia, estou me preparando. Aí eu marquei uma data trinta de junho que era o aniversário da minha esposa que morreu. Em trinta de junho de dois mil e catorze eu vou parar. Meia noite eu parei, peguei umas carteiras de cigarro, joguei dentro de uma gaveta, fechei e esqueci de tudo e nunca mais. Mas sofri, imagina uma pessoa que é viciada em craque ou cocaína, o que é pra largar. Não é todo mundo que larga o cigarro. Tem um monte de gente que fica uma semana sem fumar, daqui a pouco tá fumando viu. Olha é meio complicado porque na verdade é uma droga. (Participante 34, sexo masculino, 5 anos de tratamento, média adesão).

As palavras evocadas nesta classe, apresentaram associação com os participantes que possuíam tempo de tratamento entre 01 e 05 anos, e que apresentaram alta adesão medicamentosa de acordo com a Escala Morisky. Evidencia-se através desta análise que o tema mudanças no estilo de vida especificamente o hábito de fumar, encontra-se com mais frequência no vocabulário daqueles que possuem tempo inicial de tratamento da DAC, e que se comprometerem mais assertivamente com o uso de medicamentos como parte do tratamento da doença do coração.

A classe 1 (que se relaciona com a Classe 2) foi nomeada como *dinâmica familiar* e apresenta 77 ST's, o que corresponde a 12,58% do texto das entrevistas. A classe foi nomeada desta forma, por apresentar as seguintes palavras evocadas: morar, "mãe", "filho", "casa", "cama", "irmão".

Eu moro com meu neto e uma filha. Ela morou comigo um ano e depois ela foi morar com o pai dela ficou quatro anos cuidando do pai dela aí ele faleceu faz três anos. (Participante 30, sexo feminino, 11 anos de tratamento, baixa adesão)

Então o médico já falou para mim cara você está com o coração comprometido. É complicado meu dia, eu tento agora, como a minha mãe ficou sozinha, aí eu fui morar com ela para não deixar ela sozinha lá. (Participante 02, sexo masculino, 7 anos de tratamento, alta adesão)

Aí me levaram pro hospital de Tijuca, o meu filho porque eu moro sozinho com dois filhos. Me levaram lá, me deram injeção e me mandaram pra casa. (Participante 04, sexo masculino, 1 anos de tratamento, baixa adesão)

Observa-se que a dinâmica familiar de convívio e responsabilidade é modificada a partir da vivência de uma doença cardíaca. Essa classe apresentou associação com as falas dos participantes que possuem tempo de tratamento entre seis e onze anos. Pode-se dizer que o tempo de tratamento prolongado da DAC pode sugerir modificações na rotina e na dinâmica da família do doente crônico a longo prazo. Visto que o agravamento da doença também está associado a não adesão aos tratamentos a longo prazo.

Os resultados oriundos das análises realizadas a partir do corpus textual gerado pelas entrevistas dos participantes, se complementam nas três diferentes formas de verificação no software IRaMuTeQ. Tanto na CHD, quanto na Análise de Similitude e Nuvem de Palavras, é possível observar que a centralidade da representação social da DAC encontra-se na presença de limitações e perda da autonomia das pessoas com essa condição crônica. Assim, a representação social do tratamento da DAC está relacionada ao uso de medicações, com pouco destaque para as questões de estilo de vida e mudanças comportamentais.

6. DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve por objetivo verificar a relação entre as representações sociais da doença arterial coronariana e a adesão ao tratamento da doença para pessoas com essa condição crônica. A discussão dos resultados seguirá a ordem dos objetivos específicos propostos neste trabalho. Inicialmente serão discutidos os aspectos relacionados à RS da doença e sua vivência, seguidos da discussão das questões relacionadas à RS do tratamento. Na sequência será abordada a identificação da adesão pelos participantes desta pesquisa, e por fim, será discutida a relação entre as representações sociais da doença arterial coronariana e a adesão ao tratamento.

6.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

A presença da doença arterial coronária pode representar uma mudança significativa na vida daqueles que possuem essa condição crônica. Por ser responsável pelo maior número de mortes no mundo e estar associada a demais comorbidades, o tratamento desta condição requer cuidados para além do uso de medicações. Assim, conhecer as representações sociais da doença daqueles que vivenciam diariamente esses cuidados faz-se necessário para desenvolver ações de prevenção e cuidados em saúde, com vistas a potencializar a adesão das pessoas acerca do tratamento da doença.

As representações sociais na saúde possuem contribuição fundamental, na medida em que apresentam a forma como os conhecimentos são compartilhados socialmente pelos grupos com vistas a obter um objetivo prático (Jodelet, 2001). No caso da DAC, observou-se que as representações sociais estão relacionadas aos impactos, limitações e aspectos concretos da doença no cotidiano das pessoas. Ao deparar-se com a perda da autonomia decorrente da experiência do adoecimento, ficam evidentes as modificações necessárias no dia a dia das pessoas, que passam a vivenciar a doença em todos os momentos da sua rotina.

A presença de sintomas físicos decorrentes da DAC, apresentou-se de modo significativo na fala dos participantes. Souza *et al.* (2016) em seu estudo sobre os efeitos físicos e psicossociais das doenças cardíacas mencionam que a qualidade de vida das pessoas com essa doença apresenta-se de forma significativamente diminuída. Isto se dá, em virtude da redução da capacidade de realizar atividades da vida diária, ocasionadas pelos sintomas progressivos da doença, sendo os mais comuns a falta de ar, o cansaço, dificuldade para dormir, perda de apetite e afastamento do convívio social.

O impacto dos sintomas físicos da DAC na rotina destes indivíduos, sugere um aumento da busca por serviços de saúde, sejam os de emergência nos momentos em que os quadros apresentam descompensação clínica, ou rotinas de acompanhamento médico e manejo de sintomas da doença (Souza *et al.*, 2016). Essa condição, também foi apontada pelos participantes desta pesquisa como parte do cotidiano da pessoa com DAC, que é permeado pelos compromissos relacionados ao acompanhamento da doença. Vieira *et al.* (2017) afirmam que obrigatoriamente o cotidiano da pessoa com DAC muda, principalmente pela necessidade de acompanhamento médico (verificação de exames, análise da manutenção do tratamento medicamentoso, seja com aumento ou diminuição de doses) e incentivo às mudanças no estilo de vida que são necessários na rotina dessas pessoas.

Em decorrência das limitações e presença de sintomas físicos, também é muito comum que pessoas com essa condição crônica estejam afastadas de suas atividades laborais. Logo, o impacto socioeconômico gerado pelas doenças crônicas é considerado um problema para a saúde pública mundial (Brasil, 2021). As mudanças significativas no cotidiano e na vida das pessoas, incluindo a incapacidade laboral, a redução das rendas familiares e da produtividade, caracteriza um estado de invalidez ou exclusão, também relacionado a uma vida ativa e socialmente produtiva.

Essa condição é também apresentada neste estudo, tendo em vista que a maioria dos participantes se encontravam aposentados por invalidez ou em perícia médica. Siqueira, Siqueira-Filho e Land (2017) em seu estudo acerca dos impactos econômicos das doenças cardiovasculares no Brasil, afirmam que os custos com essas doenças aumentaram significativamente nos últimos anos, e conseqüentemente os custos com previdência social aumentaram 66%, comparado aos anos anteriores. Assim, ao deparar-se com o adoecimento cardíaco, o afastamento das atividades laborais é condição certa para essas pessoas, tendo que vivenciar além das questões relacionadas à própria doença cardíaca, os impactos socioeconômicos relacionados ao afastamento do trabalho.

Tais impactos, tornam-se importantes fatores de comprometimento dos cuidados e tratamentos da doença, na medida em que exige o acesso a recursos que dependem da situação econômica destas pessoas, ainda que acessem alguns destes recursos via sistema público de saúde. Cabe destacar que as demandas necessárias para o cuidado com as doenças envolvem os custos diretos e indiretos, que se associam tanto com os custos hospitalares relacionados a eventos agudos, quanto com o próprio afastamento do trabalho, acesso a medicações, deslocamento para consultas e acompanhamentos (Siqueira, Siqueira-Filho e Land, 2017). Além disto, tal condição econômica, vem ao encontro do que afirma a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), que destaca que a população de países considerados como de baixa ou média renda, possui maior propensão de desenvolver doenças não transmissíveis como a DAC, em razão do acesso a recursos como meio de transporte, alimentação e agricultura, meio ambiente e saúde serem pouco eficazes.

O afastamento das atividades de trabalho devido às limitações da doença, geram ainda diversas mudanças na rotina, no estilo de vida e na convivência social dessas pessoas. Outro impacto verificado em pessoas com DAC é o psicológico. A literatura aponta para uma possível associação de patologias cardíacas com fatores sociais e emocionais. Scierka *et al.* (2023) mencionam que o risco para desenvolvimento de doenças cardíacas é aumentado em pessoas que possuem sintomas depressivos. Assim como o desenvolvimento de quadros psiquiátricos no decurso do adoecimento, pode afetar o agravamento da doença e aparecimento de sintomas de descompensação clínica (Fraga & Farias, 2020).

Essas mudanças na vida e rotina das pessoas com doenças crônicas, podem gerar sentimento de perda da autonomia, também pela possibilidade de recorrência da sintomatologia. Deste modo, ainda que estejam em compensação de sintomas físicos da DAC, o medo da intensificação dos sintomas, ou até mesmo de novos eventos de infarto, reforçam a perda da autonomia e retorno à rotina que se tinha antes dos eventos cardíacos (Oliveira, Silva, Azevedo & Silva, 2016).

Ficou evidente nos resultados destes estudos, uma diferença na fala dos participantes do sexo masculino e feminino relacionada ao afastamento das atividades cotidianas. As mulheres evidenciam no seu discurso sobre o afastamento das atividades, especificando maior impacto sobre as atividades domésticas, ainda que tenham também necessitado do afastamento de trabalho fora do lar. Enquanto os homens pontuam o afastamento do trabalho laboral formal, como de maior impacto. Tal fato, deve-se à cultura de atividades relacionados aos gêneros feminino e masculino, em que as mudanças relativas ao adoecimento em mulheres, estão

associadas aos afazeres domésticos (Oliveira, Silva, Azevedo & Silva, 2016). A vivência da DAC em mulheres pode gerar sofrimento psicológico diante dos agravos, das limitações e perdas de autonomia e evidenciando alterações de diversas formas em seus papéis sociais. Já nos homens, pode haver alteração no papel de provedor, seja em termos financeiros ou em relação ao papel de apoio, gerando dificuldades de ordem emocional nestes que vivenciam a DAC (Vieira *et al.*, 2017).

Acerca da cultura que determina ações e comportamentos dos sujeitos, Langdon e Wiik (2010, p. 175) afirmam que esta pode ser entendida como "um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social." Assim, os atores sociais, aqui destacados, homens e mulheres com doenças cardíacas, sustentam formas sociais e executam normas e práticas de acordo com os modelos que os regem.

O entendimento dos valores, crenças e normas sociais são importantes para o estudo das representações sociais, pois através delas os comportamentos são influenciados e transformam-se em práticas. Gomes, Mendonça e Pontes (2002) ao falarem sobre as representações sociais da doença, mencionam que ela se coloca em uma experiência humana que possui uma série de significados, nas quais as pessoas ou grupos adoecidos assumem a situação da doença e nela se sentem pertencentes. Os mesmos autores mencionam ainda que as ações decorrentes da condição de doença irão demonstrar aspectos subjetivos e sociais deste processo de experiência real de adoecimento.

De forma geral, é possível identificar a partir do discurso dos participantes deste estudo, que a representação social da DAC, está associada às limitações decorrentes do adoecimento, além da perda da autonomia, afastamento do trabalho, seja ele laboral ou doméstico. É nestas limitações que as representações sociais da DAC se ancoram, na tentativa de buscar referências em objetos já apreendidos para adequar uma nova realidade existente. Para Wagner (1984) ao considerar uma representação social de um objeto é necessário que esta apresente implicação para o contexto daquele que a vivenciam, tornando-se importante para o grupo de referência.

Ainda no que se refere à construção das representações sociais da DAC, pode-se dizer que o termo utilizado pelos participantes para sinalizar a forma com que a doença acontece consiste em transformar o que é abstrato em concreto, produzindo uma imagem, ou seja, a objetificação. Assim, o termo "veia entupida" torna material, real a imagem do que de fato significa a DAC para eles, impacto, limitações e incapacidades. Sobre o processo de

objetificação Almeida (2005) menciona que algumas informações são privilegiadas e agregadas aos significados das representações enquanto outras são descartadas, fazendo com que essas informações simplifiquem a apreensão do objeto.

As perdas decorrentes dos adoecimentos são questões presentes e destacadas na fala das pessoas com essa condição. Jodelet (1984), afirma que devemos compreender que a representação social sempre como a simbolização de algo, de uma pessoa, de um objeto, ou mesmo de um acontecimento. A partir da relação que o grupo estabelece com o mundo e com as coisas, também é possível compreender uma representação social, através do lugar social, cultural e econômico ao qual pertencem os ocupantes destes grupos. Ainda que as compreensões aqui apresentadas possam caracterizar-se para um grupo pequeno em contexto específico, fica claro que as representações da DAC se direcionam ao contexto de mudança no cotidiano, limitações impostas pela doença e afastamento dos trabalhos.

6.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO TRATAMENTO DA DAC

No que se refere à caracterização da representação social do tratamento da DAC, verificou-se que a noção apresentada pelos entrevistados se relaciona diretamente com as práticas de cuidados executadas no cotidiano, com maior destaque para o uso dos medicamentos. As ações práticas realizadas diariamente relembram o estado de adoecimento destes e reforçam as ideias de que necessitam de tais ações para melhorar ou manter sua condição de saúde.

O uso dos medicamentos de forma geral, mostra-se como prática essencial no dia a dia das pessoas com DAC. Este fato, é constatado também pela complexidade da farmacoterapia da doença, não apenas pela quantidade de remédios utilizados, mas também em relação às doses diárias e a dedicação relacionada ao uso destes, como por exemplo as orientações de uso antes e após as refeições ou uso de determinados medicamentos em caso de descompensação clínica (Tinoco *et al.*, 2021). Assim, a atenção que pessoas com DAC necessitam empregar para o tratamento medicamentoso de sua doença, faz com que essa prática seja mais valorizada por eles, do que quando comparada a outras práticas, também necessárias no tratamento.

Como elementos representacionais associados ao tratamento da DAC, as restrições alimentares também aparecem de forma constante na fala dos entrevistados. O mau hábito alimentar está entre os fatores de risco mais prevalentes para o desenvolvimento e piora dos quadros de doenças cardíacas. Bertollo *et al.* (2017) apontam que a ingestão de sal e alimentos gordurosos de forma demasiada, possuem influência sobre a alteração da pressão arterial e

consequentemente o acúmulo de placas de gordura nas artérias, o que corrobora para agravamento da DAC. Assim, orientações relacionadas à melhora dos hábitos alimentares e controle de peso corporal fazem parte do tratamento da DAC, sendo consideradas mudanças comportamentais necessárias no processo de cuidado da doença.

Os participantes entrevistados, apesar de mencionarem sobre as orientações de restrições alimentares recebidas, referem dificuldades para seguir todas as recomendações. Tais orientações para tratamento da DAC, são compreendidas por eles como mudanças significativas em suas rotinas de vida, entendidas como algo muito distante do que faziam antes de ter o diagnóstico e iniciarem os tratamentos. Essas mudanças são percebidas desta forma, pela necessidade de incorporação ou modificação dos hábitos de vida, não apenas relacionada às adaptações de novas escolhas alimentares, mas também pelo uso de medicamentos e à prática de atividade física. A literatura é enfática quando aponta a necessidade de um estilo de vida saudável em casos de doenças cardíacas, na medida em que pode tanto prevenir ou adiar o aparecimento da doença, como impossibilitar a piora nos quadros já instaurados (Albuquerque *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2021).

A tendência na utilização de medidas voltadas para o uso de medicamentos, do que necessariamente em uma mudança no estilo de vida, foi constatada também em outros estudos realizados pelo Laccos, no contexto de outras doenças crônicas não transmissíveis como diabetes e hipertensão arterial. Stuhler (2012) e Silva (2014) identificaram que a principal dificuldade de adesão aos tratamentos propostos está relacionada a mudar hábitos já existentes há muitos anos, e compreendidos como não prejudiciais à saúde, como por exemplo alimentação, consumo de álcool e sedentarismo.

Ainda que os participantes não executem de forma ampliada todas as orientações recomendadas para a terapêutica da DAC (medicações e estilo de vida), o tratamento da DAC de forma geral é assimilado por eles como obrigatório/imprescindível, ao passo que possui intenção de não agravar a doença ou piorar a condição de saúde e limitações já existentes. Ao discursar acerca de seus pensamentos sobre o tratamento, os participantes referiam frases como, "tem que fazer", "não tem escolha", "o médico pediu" denotando um dever sobre a prescrição, bem como essencial no processo saúde-doença.

Neste sentido, ao observar de modo relevante que o tratamento da DAC está representado com maior destaque através das práticas medicamentosas e que possui caráter de obrigatoriedade, pode-se refletir acerca da importância do conhecimento científico aplicado e

orientado às pessoas com doenças cardíacas, aqui especialmente referenciado à figura do médico.

Pode-se dizer que a representação social do tratamento da DAC, está ancorada na figura do médico, e nos auxilia a compreender de que forma o conhecimento científico repassado por este profissional, chega até a população atendida. A representação social ancorada no conhecimento produzido cientificamente está no que Moscovici chamou de universo reificado (Moscovici, 2010). O conhecimento que deriva da figura do médico é metódico e controlado, produzido por um especialista. Wachelke e Camargo (2007) mencionam que no campo da saúde, o conhecimento científico pode ser utilizado como forma de acessar a visão que o paciente tem sobre sua doença e a maneira com que lida com os aspectos que envolvem o cotidiano da enfermidade.

A relação médico-paciente torna-se imprescindível no que se refere a repassar conhecimentos necessários sobre as doenças bem como para a sensibilização em relação à adesão aos tratamentos (Marques & Hossne, 2015). É através desta relação e de uma comunicação adequada e acessível entre eles que será possível pensar juntos sobre o tratamento da doença (WHO, 2022). A comunicação é um processo vital, de interação entre os grupos onde ocorre o reconhecimento de modelos cognitivos, determinação de tarefas e criação de representações, possibilitando o acesso a uma linguagem clara e uma organização social específica. Assim, a interação entre a equipe de saúde (a incluir não apenas os médicos) e o paciente pode ser considerada uma ponte eficaz na divulgação de conteúdos científicos acessíveis à realidade dos grupos, promovendo benefícios a população como um todo (Bousfield & Camargo, 2011).

Ainda em relação à figura do médico, sabe-se que não apenas este profissional possui papel importante na relação com o paciente. No entanto, cabe destacar que este estudo foi realizado em um ambulatório de cardiologia, localizado nas dependências de um Hospital Regional referência em Cardiologia, o que pode denotar maior associação com a presença do médico. Assim, os achados desta pesquisa, podem contribuir para que novos profissionais sejam incluídos na rotina de acompanhamentos das pessoas com DAC, ainda que em ambiente hospitalar, visto que os resultados aqui apresentados, demonstram a fragilidade no incentivo e sensibilização destes para as mudanças no estilo de vida, que também fazem parte do tratamento da DAC.

Os estudos de Sobral (2017), Albuquerque (2019) e Miotello *et al.* (2020) sobre a adesão ao tratamento para pessoas com DAC, evidenciam de forma enfática que as equipes

multiprofissionais possuem influência sobre o comportamento de adesão às mudanças de estilo de vida, da mesma forma com que influenciam o uso de medicamentos. Silva *et al.* (2020) aponta que tal sensibilização e incentivo deve iniciar ainda em contexto hospitalar e prosseguir na atenção primária. Os autores afirmam que se essa transferência de conhecimento for realizada de forma efetiva, resultará em melhores comportamentos de adesão, além de evitar novas reinternações ou agravos da DAC.

O acompanhamento da DAC realizado na atenção primária em saúde foi também mencionado pelos participantes quando se referem ao "posto de saúde", popularmente conhecido por eles. Tal acompanhamento é realizado de forma paralela ao atendimento no ambulatório de cardiologia, seja para consultas médicas de avaliação de outras comorbidades, ou busca por medicamentos via sistema único de saúde. No entanto, devido a pandemia de COVID 19 e a restrição de atendimentos nos serviços de saúde hospitalares, o atendimento das pessoas com DAC foi referenciado à Atenção Primária em Saúde, e neste período elas também receberam suporte em relação a sua doença cardíaca.

Os estudos de Borges *et al.* (2020), Costa *et al.* (2020) e Savassi *et al.* (2020) afirmam que as modificações no atendimento das pessoas com DCNTs durante a pandemia intensificou o acesso aos serviços de saúde da Atenção Primária, sobrecarregando os profissionais e causando insegurança nos usuários do SUS. Neste período, os serviços implementaram novas ferramentas de triagem e acolhimento dos usuários com vistas a minimizar os impactos de isolamento e dar continuidade no acompanhamento em saúde dessas pessoas (Filho & Rodrigues, 2020).

Outro fato relevante a ser pontuado neste estudo é a progressão do adoecimento cardíaco, que aparenta ser desconsiderado pelos participantes entrevistados. Em sua maioria, os participantes já apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e já realizavam tratamento para tal doença, porém não consideravam seus potenciais prejuízos e possíveis agravos, como o desenvolvimento da DAC. Wagner (1994) refere que a representação e o comportamento não estabelecem relação de causa e efeito, mas direciona o objeto através do conteúdo representacional. Assim, diante de uma compreensão rasa acerca dos potenciais agravos da HAS, pode gerar ações também superficiais acerca do comportamento preventivo/curativo da DAC.

Neste sentido, Tomaz e Massaroni (2020) afirmam que o tema da doença cardíaca pode gerar perturbações nos sujeitos com potencial desenvolvimento da doença, e que a participação de uma equipe preparada para auxiliar na divulgação de conhecimentos científicos

sobre as doenças é um importante fator que auxilia na compreensão as informações por parte dos doentes cardíacos. Por esta razão, a junção de uma equipe multiprofissional preparada para trabalhar esse cuidado de forma integral, com a implementação de políticas de saúde que elaborem ações informacionais de forma adequada à população, podem contribuir para melhor adesão das pessoas com doenças crônicas (Brasil, 2021).

Com base nisto, o Ministério da Saúde lançou recentemente o novo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant) que pretende contribuir para o esclarecimento desta questão, aumentando o monitoramento e identificação de risco cardiovascular de forma global e melhorando o rastreamento dos escores de estratificação de risco cardiovascular. Além de ampliar as propostas de monitoramento da HAS e fortalecer projetos para pessoas com doenças cardiovasculares que envolvam implementação de atividade física, alimentação saudável, cessação do tabagismo e demais ações de autocuidado (Brasil, 2021). Essas estratégias podem contribuir significativamente para que as pessoas com HAS compreendam através da comunicação e divulgação científica dos prejuízos e males associados a progressão do adoecimento cardíaco, e apliquem no seu dia a dia mudanças comportamentais que possam adiar ou interromper possíveis agravos da DAC.

A representação social do tratamento da DAC encontra-se em primeiro momento associada ao uso de medicações, e num segundo plano associada a obrigatoriedade pelo seguimento das recomendações médicas e mudanças no estilo de vida. Neste sentido, Wachelke e Camargo (2007) mencionam que as representações sociais e as práticas sociais se apresentam como uma via de mão dupla, sendo uma condição para existência da outra. Assim, as representações sociais da DAC possuem influência sobre as práticas necessárias para o seu tratamento, o que se faz compreensível através deste trabalho.

6.3 ADESÃO AO TRATAMENTO DA DAC

A adesão ao tratamento da DAC foi avaliada neste estudo para analisar a relação das representações sociais com o tratamento da doença cardíaca. Foi possível mensurar a adesão ao tratamento de duas formas através deste estudo, a primeira por meio da Escala de Adesão Medicamentosa (MMAS-8) de Morinsky *et al.* (2008) e a segunda através das respostas dos participantes relacionados às medidas que utilizavam como forma de tratamento da DAC.

Observou-se a partir dos resultados da Escala de Adesão Medicamentosa (MaoMAS-8) de Morinsky *et al.* (2008) que em sua maioria, os participantes deste estudo possuem adesão

considerada média / alta no que diz respeito ao uso de medicamentos, o que se confirma por meio dos elementos representacionais do tratamento da DAC, apresentados anteriormente. Os resultados encontrados vêm ao encontro do estudo de Lourenço *et al.* (2015) em que afirmam que cerca de 30 a 50 % das pessoas que convivem com doenças cardíacas aderem somente a uma parte do tratamento proposto, especificamente o uso de medicamentos.

Acerca do uso de medicamentos, evidenciou-se neste estudo que os homens apresentaram maior adesão ao tratamento medicamentoso do que as mulheres. Os comportamentos em saúde para homens e mulheres apresentam diferenças no que se refere a busca pelos serviços de saúde, bem como na noção de tratamento de forma preventiva para as mulheres, relacionada ao autocuidado, enquanto para os homens apresenta uma ideia curativa, quando a doença já está instalada (Brito & Camargo, 2011). No caso dos participantes homens deste estudo, a característica de maior adesão aos tratamentos, pode estar relacionada com o fato de que a DAC já está em curso, o que corrobora com os achados dos autores acima. Ainda que os homens apresentem comportamentos de adesão de modo curativo, o início dos tratamentos de forma precoce poderia evitar as altas taxas de mortalidade masculina de todas as idades (Berbel & Chirelli, 2020).

Observa-se que as representações da DAC e seu tratamento estão relacionadas diretamente com os medicamentos e o uso destes, sendo um objeto de representação da vivência do adoecimento. Morin (2005) afirma ainda que os objetos personificados são aqueles em que as pessoas estabelecem relações próximas, mas também conflituosos, o que pode assemelhar a relação estabelecida entre os medicamentos e a própria doença.

No que se refere a adesão de outros comportamentos de saúde e mudanças no estilo de vida, os participantes sinalizaram em sua maioria receber orientações em relação à alimentação, o que também fica claro nos elementos representacionais apresentados no subcapítulo anterior. As dietas não saudáveis, ricas em sal e gordura, são consideradas parte do tratamento da DAC na medida em que compõem os fatores de risco para aparecimento de agravo do adoecimento (Albuquerque *et al.*, 2019). Cabe enfatizar, que o acesso da população a profissionais que possam orientar de forma adequada as modificações em relação às dietas nem sempre é facilitado. No ambulatório de realização deste estudo, por exemplo, não há profissionais de Nutrição que possam realizar tal orientação, o que dificulta o processo de sensibilização, conscientização e modificação de hábitos alimentares das pessoas com DAC. Esse fator é de extrema relevância, uma vez que com o aumento da urbanização e produção de alimentos

processados, além de um estilo de vida cada vez mais sedentário, é urgente que o padrão alimentar da população seja modificado, para que não haja aumento de DCNT (Brasil, 2021).

O uso de cigarro e álcool também foi mencionado pelos participantes apenas sinalizando se tinham ou não tal comportamento. Em sua maioria, os participantes mencionaram terem deixado o uso após aparecimento da DAC. A realização de atividades físicas também não foi mencionada como hábito de rotina dos participantes deste estudo, sendo a caminhada não regular apresentada por cinco deles. A cessação do tabagismo, dietas adequadas e as práticas de atividades físicas são consideradas essenciais para o tratamento da DAC (Freire *et al.*, 2018; Rissardi, Soares & Ayala, 2019). Esses comportamentos além de serem considerados fatores de risco para o desenvolvimento da doença se tornam importante agravante para a evolução de progressão da doença cardíaca (WHO, 2003).

As práticas de atividade física são recomendadas de igual forma para os pacientes cardíacos, ainda que apresentem restrições em sua execução. Alguns participantes mencionaram terem sido orientados a não realizar esforços pelos profissionais de saúde em razão da gravidade de sua condição clínica. Programas de Reabilitação Cardíaca vinculados aos Hospitais de Referência em Cardiologia podem contribuir para a conscientização das práticas, bem como acesso às atividades. Além disso, podem colaborar para que os doentes se sintam seguros para realizar as atividades físicas, na medida em que os programas possuem equipes multiprofissionais disponíveis neste acompanhamento (Santos, Vicente & Corrêa, 2019). No campo de estudos desta pesquisa, existe um programa de reabilitação cardíaca em funcionamento. Porém, em razão da pandemia de Covid-19, momento em que as coletas foram realizadas, tal serviço estava fechado, não sendo mencionado pelos participantes.

Cabe enfatizar que as falas dos participantes não demonstraram preocupação ou compreensão acerca dos prejuízos de tais comportamentos para sua saúde/doença. As falas estavam sempre relacionadas à obrigatoriedade de realização das recomendações de tratamento. Essa falta de compreensão dos malefícios e conscientização das mudanças no estilo de vida, pode significar uma maior probabilidade de retorno do consumo de álcool e cigarros, pois o sucesso do tratamento de saúde relaciona-se com a concordância e compreensão das recomendações de saúde por parte do paciente, na medida em que ele é considerado parte ativa nesse processo (WHO 2003).

Com relação ao acompanhamento em saúde, os participantes mencionaram comparecer às consultas com regularidade. O acompanhamento realizado por eles em ambulatório especializado de cardiologia acontece com frequência de um, três e seis meses do

evento cardíaco. Após esse tempo, o acompanhamento possui tempo de intervalo de seis em seis meses até a compensação do quadro clínico, em que o segmento passará a ser realizado pela Atenção Primária em Saúde. Nota-se que o acompanhamento em saúde realizado em ambulatório anexo ao Hospital de Cardiologia de Referência, possui centralidade no atendimento a partir da figura do médico, o que pode influenciar de certa forma na representatividade da doença e tratamento associado ao uso de medicações.

Em relação à adesão aos tratamentos na pandemia de Covid-19, Malta *et al.* (2020) apontam que houve seguimento das recomendações emitidas pela OMS, como o distanciamento social e utilização das máscaras e álcool por parte dos indivíduos com doenças crônicas. No entanto, houve dificuldade no acesso aos serviços de saúde e informações acerca da continuidade das consultas médicas e uso de medicamentos já prescritos, o que pode ter agravado a condição de adoecimento das pessoas com DAC.

Cabe enfatizar que a adesão ao tratamento é fortemente influenciada pelos fatores socioeconômicos da população. Observa-se que as taxas de adesão medicamentosa e comportamentais são geralmente afetadas pela condição socioeconômica das pessoas, sendo impactadas pela escolaridade e renda principalmente. Além do custo dos medicamentos, o acesso a uma dieta saudável e práticas de atividade físicas regulares, podem ser mais acessíveis para pessoas com maior renda salarial (Drummond; Simões; Andrade, 2020). Tais informações podem se relacionar com os dados encontrados nesta pesquisa, na medida em que a maioria dos participantes deste estudo possuem renda de até no máximo 3 salários-mínimos, o que os caracteriza como população de baixa renda.

A compreensão dos aspectos da adesão ao tratamento da DAC, apresentados aqui colaboram para que se conheçam as questões comportamentais, culturais e sociais que permeiam a vida e o cotidiano das pessoas com essa condição crônica. Pode-se assim identificar as lacunas de entendimento destas pessoas em relação ao seu adoecimento, bem como auxiliar na elaboração de políticas públicas que executem ações que se façam compreensível e acessível a noção de saúde dessa população.

Acerca da adesão associada diretamente com o uso de medicamentos, especificamente no ambulatório onde foi realizado este estudo, pode-se pensar na inclusão de outros profissionais de saúde como psicólogos, nutricionistas, educadores físicos, assistente sociais, entre outros, que possam implementar e executar estratégias de sensibilização às mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis como parte do tratamento da DAC. Campanhas educativas envolvendo diversos profissionais, podem adiar o agravamento da DAC para

peessoas que já convivem com essa condição crônica, e podem prevenir o aparecimento da doença na população de modo geral, quando implementadas atividades precocemente no cotidiano das pessoas.

6.4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA E A RELAÇÃO COMO TRATAMENTO

A implementação de hábitos saudáveis e mudanças no estilo de vida são de fundamental importância para o tratamento da DAC, conjuntamente com a utilização de terapia medicamentosa orientada por profissionais médicos (Albuquerque *et al.*, 2019). As representações sociais são consideradas um conjunto de expressões de valores e ideias que se aproximam dos mitos ou crenças preservados pela sociedade (Moscovici, 1978), e que guiam os grupos em suas interpretações, decisões e posicionamento (Jodelet, 2001). Compreender a relação entre a representação social de uma doença e sua interface com o tratamento, possibilita o entendimento das ideias e conceitos que permeiam o pensamento das pessoas com essa condição crônica, bem como poderá subsidiar as condutas de saúde mediada pelas políticas públicas com vistas a melhorar o incentivo relação aos comportamentos de adesão dessa população.

Observou-se que o entendimento acerca da doença a partir dos resultados objetivos neste estudo, se relacionam de forma direta com a compreensão do tratamento, e ambos apresentam ligação com o contexto diário da vivência da doença, especificamente no que se refere ao uso das medicações. Assim, pode-se concluir, a partir dos dados desta pesquisa, que tanto a representação da doença, quanto a representação do tratamento da DAC dependem uma da outra, compartilhando ambas de um contexto de realidade, diário e prático. Wachelke e Camargo (2007) afirmam que nos casos como este, onde uma depende da outra, essa relação é chamada de encaixe. Nestas relações, afirmam os autores, as representações sociais de um dos objetos será hierarquicamente "superior", mas será como um elemento em seu sistema central.

Os dados obtidos neste estudo, nos apresentam uma ideia de uma interação bastante próxima da representação da doença e do tratamento da DAC, onde parece existir uma integração dos dois conceitos em alguns momentos. Vala (2006) menciona que este fenômeno pode ocorrer em face de um conjunto de representações ou noções de uma determinada situação problema. Assim, a doença se constituiria como o evento problema, e o tratamento e adoção de novos comportamentos de saúde como componentes deste evento.

Tais achados corroboram com estudos já elaborados pelo Laccos acerca das representações sociais de doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica (Silva, 2014) e do *diabetes mellitus* tipo 2 (Stuhler, 2012) em que apontam a noção de representação apresentada pelos participantes em relação a sua doença está diretamente ligada com a ideia do tratamento e interfere na forma com que executam as medidas de tratamento propostos pela equipe de saúde.

Ao conhecer a ideia de tratamento da doença cardíaca centralizada no uso de medicamentos pelos participantes deste estudo, pode-se considerar que esse elemento (medicamento) é parte de uma estratégia de prevenção de novos eventos cardíacos. No entanto, esta estratégia de forma isolada, sem a realização de mudanças no estilo de vida, como alterações nos hábitos alimentares, práticas de atividade física e redução de consumo de álcool e cigarro, pode não ser efetiva na garantia de que novos eventos cardíacos ocorram.

Conclui-se então que os elementos representacionais da DAC se centralizam nas limitações, restrições e mudanças advindas da vivência do adoecimento, bem como aparecem relacionados aos elementos representacionais do tratamento, que por sua vez expressam o uso de medicamentos em sua noção principal, constituindo assim a ideia de contexto prático e vivência dia a dia da doença. Essa compreensão do adoecimento e sua vivência prática é apontada por Jodelet (1998) como objetivo do estudo das representações sociais das doenças, na medida em que busca conhecer a realidade vivida por aquele que adoeceu, bem como compreender a organização da relação com o corpo e com a saúde após o evento adoecedor.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da presente pesquisa foi verificar a relação entre as representações sociais da doença arterial coronariana e a adesão ao tratamento da doença para pessoas com essa condição crônica. Para tanto, buscou-se descrever as representações sociais tanto da doença quanto do tratamento e conhecer as medidas de tratamento utilizadas por essas pessoas. Considera-se que os objetivos deste estudo foram alcançados na medida em que foi possível descobrir o que as pessoas com DAC pensam sobre a doença e o tratamento, bem como quais medidas utilizam no seu dia a dia para controle do adoecimento.

A representação social da DAC foi fortemente relacionada com as limitações e presença dos sintomas físicos após o aparecimento da enfermidade. As mudanças na rotina advindas do afastamento do trabalho, assim como a necessidade de acompanhamento médico e uma rotina em torno da doença, refletem o que os participantes referem como limitações em decorrência da DAC. Já as representações sociais do tratamento mostram-se associadas ao uso de medicamentos, nas restrições alimentares e na obrigatoriedade de seguimento das recomendações médicas.

A vivência do cotidiano das pessoas com DAC reflete a representação evidenciada nesse estudo. Da mesma forma que a representação da doença se relaciona com a rotina diária e as perdas decorrentes do ser doente, a representação do tratamento completa essa noção quando traz a obrigatoriedade das medidas de controle e prevenção do agravamento da DAC. O uso de medicamentos se destaca como central no que se refere a representações sociais do tratamento. Essa noção pode estar associada ao fato do campo de coleta de dados deste estudo ser um ambulatório anexo a um Hospital de Referência em Cardiologia no estado de Santa Catarina. Sendo assim, há uma forte ligação do local com a figura do médico, sendo a função deste, prescrever remédios. Pode-se pensar que tais dados poderiam ser diferentes se o campo de coleta de dados estivesse ligado à figura de outros profissionais que acompanham pessoas com DAC.

Ainda que o ambulatório esteja associado à figura do médico, para os participantes deste estudo, outros profissionais também possuem contato com as pessoas com DAC e podem contribuir para a conscientização dos comportamentos de adesão ao tratamento. Esta pesquisa contribuiu para a prática de profissionais da saúde como um todo na medida em que o reconhecimento do saber social auxilia na implementação de ações educativas que possam gerar melhores resultados na prevenção do agravamento da doença. Desta forma, a inclusão de outros

profissionais da saúde no programa de acompanhamento ambulatorial das pessoas com DAC, ainda que no contexto hospitalar, pode ampliar os cuidados relacionados a essas pessoas, compondo uma grama de ações e medidas que visem sensibilizar a população atendida por este serviço a implementar um estilo de vida saudável com hábitos adequados, que contribuam para o tratamento da doença.

Em relação a presença do uso de medicamentos diretamente ligado a representação da DAC e do tratamento, pode-se dizer que a pesquisa contribuirá para a elaboração de estratégias de educação em saúde que visem conscientizar as pessoas com essa condição crônica sobre a importância da associação de comportamentos saudáveis e mudanças no estilo de vida, que contribuem para a diminuição dos agravos da doença.

Com vistas a apoiar estudos futuros com a mesma temática, destacam-se alguns pontos de limitação considerando a metodologia aplicada nesta pesquisa. Uma questão a ser considerada é o número de participantes do estudo. Ainda que o número de 40 participantes seja um número adequado para compreender as representações sociais do grupo, um estudo com maior número de participantes poderá ampliar essa compreensão em termos de complexidade de variáveis envolvidas na análise.

Outro ponto é o campo de coleta de dados ser um ambulatório anexo a um Hospital de Cardiologia, local onde a figura do médico possui destaque. O acesso ao ambulatório e a seus pacientes facilitou o processo de coleta de dados, porém pode ter influenciado ainda que indiretamente respostas socialmente esperadas. Assim, alerta-se para que em estudos futuros, precauções possam ser tomadas, para minimizar os efeitos de contexto que possam influenciar argumentos esperados ou desejo de assertividade por parte dos participantes.

O tema das representações sociais no campo da saúde é abrangente e profundo, podendo envolver diversas formas de investigação e estratégias de descoberta das variáveis envolvidas no fenômeno da doença e sua experiência. Outros métodos de pesquisa podem ser benéficos para compreender esse contexto e as relações diante da doença.

REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In A. S. P. Moreira & D. C. Oliveira (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 27-38). AB.
- Abric, J. C. (2003). Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In P. H. F., Campos, & M. C., Loureiro (Eds.), *Representações sociais e práticas educativas* (pp. 37-57). UCG.
- Albuquerque, I.V.S., Brasil, C.A., Lemos, A.Q., Oliveira, F.T.O., Bilitário, L., & Dias, C.M.C.C. (2019). Estilo de vida após sete anos do evento coronariano isquêmico: estudo transversal. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 9 (1):67-73.
- Oliveira F.T.O., Bilitário L., Dias C.M.C.C. (2019). Estilo de vida após sete anos do evento coronariano isquêmico: estudo transversal. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 9(1):67-73. doi: 10.17267/2238-2704rpf.v9i1.2247
- Al-Smadi, A. M., Ashour, A., Hweidi, I., Gharaibeh, B., & Fitzsimons, D. (2016). Illness perception in patients with coronary artery disease: A systematic review. *International Journal of Nursing Practice*, 22 (6), 633-648.
- Almeida, G. J. (2005). As representações sociais, o imaginário e a construção social da realidade. In Santos, M. F. S., & Almeida, L. M. (Orgs.), *Diálogos com a teoria das representações sociais*. (pp. 15- 38). Editora Universitária: UFPE.
- Anéas, T. V., & Ayres, J. R. C. M. (2011). Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 15(38), 651-662.
- Antunes, L. (2017). *Representações sociais da hipertensão arterial e do tratamento para profissionais de saúde, pessoas que vivem com hipertensão e seus familiares* [Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina].
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Barone, M. T. U., Harnik, S. B., Luca, P. V., Souza Lima, B. L., Wieselberg, R. J. P., Ngongo, B., ... & Giampaoli, V. (2020). The impact of COVID-19 on people with diabetes in BRAZIL. *Diabetes research and clinical practice*, 166, 108304.
- Berbel, C. M. N., & Chirelli, M. Q. (2020). *Reflexões do cuidado na saúde do homem na atenção básica*.
- Bertollo, F. L. (2017) Efeitos de um programa de acompanhamento multidisciplinar em hipertensos sobre o controle autônomo cardiovascular: Ensaio Clínico Randomizado. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 24, 152-158.
- Bezerra, I. M. P., & Sorpreso, I. C. E. (2016). Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 26(1), 11-20.

Borges, K.N.G., Oliveira, R.C., Macedo, D.A.P., Santos, J.C., & Pellizzer, L.G.M. (2020) O impacto da pandemia de COVID-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua correlação com o acesso a serviços de saúde. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás "Cândido Santiago"*, 6(3), e6000013-e6000013.

Brasil. Ministério da Saúde. Síntese de evidências para políticas de saúde: judicialização da saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

Brito, A. M. M., & Camargo, B. V. (2011). Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Temas em Psicologia*, 19(1), 283-303. Recuperado em 20 de julho de 2023, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000100023&lng=pt&tlng=pt

Bodanese L. C. (Coord. Ed.). (2014). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Pocket Book 2009-2014* (6th ed.). SBC. http://publicacoes.cardiol.br/2014/img/pockets/Pocket_Book_2014_Interativa.pdf

Bousfield, A. B., & Camargo, B. V. (2011). Divulgação do conhecimento científico sobre aids e representações sociais. *Acta Colombiana de Psicologia*, 14, 31-45.

Camargo, B. V., Goetz, E. R., Bousfield, A. B. S., & Justo, A. M. (2011). Representações sociais do corpo: estética e saúde. *Temas em Psicologia*, 19(1), 257-268.

Carvalho, C. A. D., Fonseca, P. C. D. A., Barbosa, J. B., Machado, S. P., Santos, A. M. D., & Silva, A. A. M. D. (2015). Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 479-490.

Carvalho, G. J., & Costa, T. L. D. (2017). Hipertensão arterial sistêmica e sua prevenção nas representações sociais de adolescentes. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 11(1), 57-69.

Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Resolução 510 de 07 de abril de 2016*. Brasil.

Costa, F. G., Lima Coutinho, M. D. P., Santos C., J. P., Araújo, J. M. G., Carvalho, C. F. D. C., & Patrício, J. M. (2018). Representações sociais sobre Diabetes Mellitus e tratamento: uma pesquisa psicossociológica. *Revista de Psicologia da IMED*, 10(2), 36-53.

Costa, I. B. S. D. S., Bittar, C. S., Rizk, S. I., Araújo Filho, A. E. D., Santos, K. A. Q., Machado, T. I. V., ... & Hajjar, L. A. O Coração e a COVID-19: O que o Cardiologista Precisa Saber. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 114, 805-816.

Drummond, E. D., Simões, T. C., & Andrade, F. B. (2020). Avaliação da não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas e desigualdades socioeconômicas no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. v. 23, E200080.

Souza, J. M., Vicente, Covatti, C. F., Santos, A. A., Greff, N. T., & Vicentini, A. P. (2016). Fatores de risco para doenças cardiovasculares em adultos e idosos de um hospital universitário. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 36(1), 24-30.

Datasus. (2019). Morbidade Hospitalar do Sus. Brasil, Tecnologia da Informação a Serviço do Sus. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>.

Doise, W. (2001). Atitudes e representações sociais. In D. Jodelet (Org.), *As representações sociais* (pp. 187-203). Editora UERJ.

Silva Filho, M. S., & Rodrigues, I. R. (2020). Inovações e desafios no acompanhamento de pacientes crônicos em tempos de covid-19 na Atenção Primária à Saúde. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750*, 12, 1–7.

Freire, A. K. S., Alves, N. C. C., Pinto Santiago, E. J., Tavares, A. S., Teixeira, D. S., Carvalho, I. A., Melo, M. C. P., & Negro-Dellacqua, M. (2018). Panorama no Brasil das doenças cardiovasculares dos últimos quatorze anos na perspectiva da promoção à saúde. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 11(9).

Freitas, M. C., & Mendes, M. M. R. (2007). Condição Crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 590-597.

Fraga, K. F. S., & Farias, H. M. C. (2020) Os aspectos psicossociais do indivíduo com doença cardíaca. *Cadernos de psicologia*, Juiz de Fora, 2(3), 184-207.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. Celta Editora.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. Atlas.

Gomes, R., Mendonça, E. A., & Pontes, M. L. (2002). As representações sociais e a experiência da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5), 1207-1214.

Gray, D. E. (2012). *Pesquisa no mundo real*. Penso.

Guimarães, R. M., Andrade, S. S. C. A., Machado, E. L., Bahia, C. A., Oliveira, M. M., & Jacques, F. V. L. (2015). Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(2), 83-9.

Gus, I., Ribeiro, R. A., Kato, S., Bastos, J., Medina, C., Zazlavsky, C., ... & Gottschall, C. A. M. (2015). Variações na prevalência dos fatores de risco para doença arterial coronariana no Rio Grande do Sul: uma análise comparativa entre 2002-2014. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 105(6), 573-579.

Jodelet, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. (1984). In MOSCOVICI, S (Org.), *Pensamiento y vida social*. Barcelona/Buenos Aires/México: Paidós, *Psicología Social*, 2, 1984. 469-494.

Jodelet, D., & Madeira, M. (1998). *AIDS e Representações Sociais: à busca de sentidos*. EDUFRN.

Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.), *As Representações Sociais* (pp. 17-44). Editora UERJ.

Joffe, H. (2002). Social representations and health psychology. *Social Science Information*, 41(4), 559-580.

Knobel, E. (2010). *Coração é emoção*. Atheneu.

Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 18(3), 459-466.

Leal, N. S. B., & Coêlho, A. E. L. (2016). Representações sociais da AIDS para estudantes de Psicologia. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28(1), 9-16.

Lotfi-Tokaldany, M., Shahmansouri, N., Karimi, A., Sadeghian, S., Saadat, S., Abbasi, S. H., & Jalali, A. (2019). Association between illness perception and health-related quality of life in patients with preexisting premature coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 120, 118-123.

Lourenço, L. B. A., Rodrigues, R. C. M., São-João, T. M., Gallani, M. C., & Cornélio, M. E. (2015). Qualidade de vida de coronariopatas após implementação de estratégias de planejamento para adesão medicamentosa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 11-19.

Lúcio, J. M. G. (2013). *Representações sociais de adultos jovens que vivenciam a doença aterosclerótica coronariana* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina].

Malta, D. C., Silva, A. G. D., Cardoso, L. S. D. M., Andrade, F. M. D. D., Sá, A. C. M. G. N. D., Prates, E. J. S., ... & Xavier Junior, G. F. (2020). Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Revista Ciência & Saúde Coletiva: um estudo bibliométrico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12), 4757-4769.

Malta, D. C., Gomes, C. S., Silva, A. G. D., Cardoso, L. S. D. M., Barros, M. B. D. A., Lima, M. G., ... & Szwarcwald, C. L. (2021). Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 2833-2842.

Mansur, A. P., & Favarato, D. (2012). Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 99(2), 755-761.

Marques, M. D. C. M. P., Mendes, F. R. P., & Serra, I. D. C. C. (2017). Estilos de vida: representações sociais construídas por doentes com infarto do miocárdio e familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2).

Marques Filho, J., & Saad Hossne, W. (2015). A relação médico-paciente sob a influência do referencial bioético da autonomia. *Revista Bioética*, 23(2), 304-310. [fecha de Consulta 4 de Julio de 2023]. ISSN: 1983-8042.

Martinez, P. F., & Okoshi, M. P. (2018). Risco Genético em Doença Arterial Coronariana. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 111(1), 62-63.

Melo, S. P. D. S. D. C., Cesse, E. Â. P., Lira, P. I. C., Rissin, A., Cruz, R. D. S. B. L. C., & Batista Filho, M. (2019). Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos

numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 3159-3168.

Brasil - Ministério da Saúde. (2020). Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2021-2030*. Brasil, Brasília. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

Miotello, M. K. C., Lanzoni, G. M. M., Erdmann, A. L., & Higashi, G. D. C. (2020). Atuação do enfermeiro na consolidação do cuidado longitudinal à pessoa com doença arterial coronariana. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10, e49. <https://doi.org/10.5902/2179769234628>

Morin, M. (2005). Atenção à doença e relação de ajuda: crise das práticas e conflitos de representação. In Oliveira, D. C., Campos, P. H. *Representações sociais: uma teoria sem fronteiras*. (pp. 109-118). Rio de Janeiro: Museu da República.

Morisky, A. A., Krousel-Wood, M., Ward, H.J. (2008) Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The Journal of Clinical Hypertension* (Greenwich), 10(5):348-54.

Moscovici, S. (1961/2012). *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. Vozes.

Moscovici, S. (1981). On social representation. In J. P. Fordas (Org.), *Social Cognition: perspectives on everyday understanding* (pp. 181-210). Academic Press.

Moscovici, S. (1982). On social representation. In J. P. Forgas (Org.), *Social Cognition*. Academic Press.

Moscovici, S. (2001). Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In D. Jodelet (Org.), *As Representações Sociais* (pp. 45-90). Editora UERJ.

Moscovici, S. (2010). *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. Vozes.

Moscovici, S. (2012). *Representações Sociais: investigações em psicologia social*. Vozes.

Mosleh, S. M., & Almalik, M. M. (2016). Illness perception and adherence to healthy behaviour in Jordanian coronary heart disease patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(4), 223-230.

Nascimento, M. E. B. D., Mantovani, M. D. F., & Oliveira, D. C. D. (2018). Cuidado, doença e saúde: representações sociais entre pessoas em tratamento dialítico. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 27(1).

Neiva, E. R. & Mauro, T. G. (2011). Atitudes e Mudança de Atitudes. In C. V. Torres & E. R. Neiva, *Psicologia Social: Principais temas e vertentes* (pp. 171-203). Artmed.

Nobre, M. R. C., Santos, L. A., & Fonseca, V. (2005). Epidemiologia do risco cardiovascular associado à atividade física. In: Negrão, C. E., & Barreto, A. C. P. (Eds.), *Cardiologia do exercício: do atleta ao cardiopata* (pp. 1-24). Manole.

- Oliveira, F. O., & Werba, G. C. (2003). Representações Sociais. In Jacques, M. G. C., Strey, M. N., Bernardes, M. G., Guareschi, P. D., Carlos, S. A., & Fonseca, T. M. G, *Psicologia Social Contemporânea* (pp. 104-117). Vozes.
- Oliveira, G. M. M. D., Brant, L. C. C., Polanczyk, C. A., Biolo, A., Nascimento, B. R., Malta, D. C., ... & Ribeiro, A. L. P. (2020). Estatística Cardiovascular - Brasil 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 115(3), 308-439.
- Oliveira, B. S., Silva, A. C. O., Azevedo, P. R., & Silva, L. D. C. (2016). IMPACTO DA DOENÇA CORONARIANA NO COTIDIANO DAS MULHERES. *Revista Baiana De Enfermagem*30, (1), 305-315. <https://doi.org/10.18471/rbe.v1i1.14591>
- Oliveira-Campos, M., Rodrigues-Neto, J. F., Silveira, M. F., Neves, D. M. R., Vilhena, J. M., Oliveira, J. F., ... & Drumond, D. (2013). Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 873-882.
- Oscalices, M. I. L., Okuno, M. F. P., Lopes, M. C. B. T., Campanharo, C. R. V., & Batista, R. E. A. (2019). Orientación del alta y seguimiento telefónico en la adhesión terapéutica de la insuficiencia cardíaca: un ensayo clínico aleatorizado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27.
- OPAS. Organização Panamericana de Saúde. (2020). *Uso de álcool durante a pandemia de COVID-19 na América Latina e no Caribe*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52936> .
- Paryad, E., & Balasi, L. R. (2018). Smoking cessation: Adherence based on patients' illness perception after coronary artery bypass grafting surgery. *Indian Heart Journal*, 70, S4-S7.
- Piegas, L. S., Timerman, A., Feitosa, G. S., Nicolau, J. C., Mattos, L. A. P., Andrade, M. D., ... & Mathias Junior, W. (2015). V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio com supradesnível do segmento ST. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 105(2), 1-121.
- Polanczyk, C. A. (2005). Fatores de risco cardiovascular no Brasil: os próximos 50 anos! *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 84(3), 199-201.
- Ramos, S., Manenti, E., Friederich, M. A. G., & Saadi, E. K. (2014). Entendendo as doenças cardiovasculares. *Artmed*.
- Ribeiro, A. G., Cotta, R. M. M., & Ribeiro, S. M. R. (2012). A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 7-17.
- Rissardi, B., Soares, R., & Ayala, A. (2020). Fatores de risco da doença coronariana entre os pacientes submetidos a revascularização miocárdica em Joinville/SC. *Revista de Atenção à Saúde* [Internet]. 2020 Oct 26;18(65).
- Rouquette, M. L. (1998). Representações e práticas sociais. In Moreira, A. S. P., & Oliveira, D. C. (Orgs.), *Estudos interdisciplinares de representação social* (pp. 39-46).

Ruppar, T. M., Delgado, J. M., & Temple, J. (2015). Medication adherence interventions for heart failure patients: A meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(5), 395-404.

Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Editora UERJ.

Sá, C. P. (2015). *Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória*. Editora UERJ.

Santos, F. L., Vicente, A. G., & Correa, L. M. A. Reabilitação cardiovascular com ênfase no exercício físico para pacientes com doença arterial coronariana: visão crítica do cenário atual. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*. Estado de São Paulo; 29(3 Supl): 306-313, jul.-set. 2019.

Savassi, L. C. M., Bedetti, A.D., Abreu, A. B.J., Costa, A. C., Perdigão, R. M. C., & Ferreira, T. P. (2020). Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. *Journal of Management & Primary Health Care*, 12, 1–13.

Scierka, L. E., Carlos, M. H., Zain (2023) The association of depression with mortality and major adverse limb event outcomes in patients with peripheral artery disease: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 320, 169-177.

Schmidt, M. I., Duncan, B. B., Silva, G. A., Menezes, A. M., Monteiro, C. A., & Barreto, S. M. (2011). Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, pp. 61-74.

SES. Secretaria de Estado da Saúde (2022) *Instituto de Cardiologia de Santa Catarina - ICSC*. <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/geral/10339-instituto-de-cardiologia-de-santa-catarina>.

Silva, J. P. (2014). *Representações sociais da Hipertensão Arterial Sistêmica e a relação com as práticas de controle da doença* [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina].

Silva, J. P., Silva, M. L. B., & Bousfield, A. B. S. (2020). Representações sociais da hipertensão, do convívio e tratamento da doença. *Psicologia Argumento*, 37(98), 433-452.

Silva, M. L. B., & Bousfield, A. B. S. (2016). Representações sociais da hipertensão arterial. *Temas em psicologia*, 24(3), 895-909.

Silva, S. E. D., Araújo, J. S., Oliveira Chaves, M., Vasconcelos, E. V., Cunha, N. M. F., & Santos, R. C. (2016). Representações sociais sobre a doença de mulheres acometidas do câncer cervico-uterino. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 8(1), 3667-3678.

Silva, M. S. R. E., & Burgos, U. M. M. C. (2021). Assessment of adherence to prevention of cardiovascular disease in users of the family health strategy. *Research, Society and Development*, 10(7), e39210716778. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16778>

- Silveira, E. L., Cunha, L. M., Sousa Pantoja, M., Lima, A. V. M., & Cunha, A. N. A. (2018). Prevalência e distribuição de fatores de risco cardiovascular em portadores de doença arterial coronariana no Norte do Brasil. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 20(3), 167-173.
- Silva, C.F.T., Pedreira, L.C., Amaral, J.B., Mussi, F.C., Martorell-Poveda, M.A., & Souza, M.L. (2021). The care offered by nurses to elders with coronary artery disease from the perspective of Transitions Theory. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74, e202000992.
- Siqueira, A. S. E., Siqueira-Filho, A. G., & Land, M. G. P. (2017). Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia*, 109(1), 39-46. <https://doi.org/10.5935/abc.20170068>
- Sobral, P. D., Oliveira, D. C., Gomes, E. T., Oliveira Carvalho, P., Brito, N. M. T., Oliveira, D. A. G. C., ... & Godoi, E. T. (2017). Razões para não adesão a fármacos em pacientes com doença arterial coronariana. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 15(3), 166-170.
- Squires, R. W. (2003). Manifestações da aterosclerose coronariana. In: Medicine, American College Of Sports, *Manual de pesquisa das diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição* (4th ed., pp. 239-246). Guanabara Koogan.
- Stevens, B., Pezzullo, L., Verdian, L., Tomlinson, J., George, A., & Bacal, F. (2018). Os custos das doenças cardíacas no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 111(1), 29-36.
- Striberger, R., Axelsson, M., Zarrouk, M., & Kumlien, C. (2020). Illness perceptions in patients with peripheral arterial disease: A systematic review of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 116, 103723.
- Stuhler, G. D. (2012). *Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2* [Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina].
- Tian, Y., Deng, P., Li, B., Wang, J., Li, J., Huang, Y., & Zheng, Y. (2019). Treatment models of cardiac rehabilitation in patients with coronary heart disease and related factors affecting patient compliance. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 20(1), 27-33.
- Tinoco, M.S., Groia-Veloso, R.C., Santos, J.N., Cruzeiro, M.G., Dias, B.M., & Reis, A.M. (2021). Complexidade da farmacoterapia de pacientes com doença arterial coronariana. *Einstein (São Paulo)*, 19:eAO5565. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2021AO5565
- Tomaz, S. V. A., & Massaroni, L. (2020). Representações sociais de pacientes candidatos à cirurgia cardíaca. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, 1(4), 10.
- Vala, J. (2006). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala & M. B. Monteiro (Orgs.), *Psicologia Social* (pp. 457-502). Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vieira, E. C., Cardoso, A. C. C., Macêdo, L. B., & Dias, C. M. C. C. (2016). Ocorrência de internações hospitalares por doenças do aparelho circulatório no estado da Bahia. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*, 6(2), 115-23.

Vieira, B. M., Souza, W. S., Cavalcante, P. F., Carvalho, I. G. M., & Almeida, R. J. (2017). Percepção de homens após infarto agudo do miocárdio. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 30(3), 1-9.

Wachelke, J. F. R., & Camargo, B. V. (2007). Representações sociais, representações individuais e comportamento. *Interamerican Journal of Psychology*, 41(3), 379-390.

Wagner, W. (1994). Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In P. Guareschi, & S. Jovchelovitch (Eds.), *Textos em representações sociais* (pp. 149- 186). Petrópolis: Vozes.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization.
https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/

World Health Organization. (2022). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2030*. World Health Organization.
<https://ncdalliance.org/resources/new-submission-who-global-action-plan-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-ncds-2013-2030-appendix-3>.

World Health Organization. (2021). *SCORE global report 2020*. World Health Organization.
<https://www.who.int/data/stories/score-global-report-2020---a-visual-summary>.

World Health Organization. (2021). Cardiovascular diseases (CVDs).
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

8. APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a):

Vimos, através desta, convidá-lo a participar da pesquisa intitulada “Representações sociais da doença arterial coronariana e a adesão ao tratamento” a qual tem por objetivo verificar a relação entre as representações sociais da doença arterial coronariana e a adesão ao tratamento de doença em pessoas que vivem com essa condição crônica. Para isso será realizada uma entrevista com roteiro determinado onde haverá perguntas que serão respondidas por você e gravadas em áudio pelo entrevistador. Informamos que a participação na pesquisa não acarreta gastos pessoais ou remuneração para o participante. O processo poderá causar desconforto devido ao tema abordado, sendo que em caso de necessidade haverá encaminhamento para serviço especializado de atendimento junto a rede pública de atenção à saúde do município onde você reside. Com esta pesquisa espera-se contribuir para uma melhor compreensão sobre a doença arterial coronariana e como é viver com essa condição crônica.

A sua participação é voluntária. Caso você aceite participar solicitamos a permissão para que possamos utilizar os dados coletados para fins acadêmicos, sendo que apenas os pesquisadores terão acesso direto às informações relatadas. Dessa forma, sua identificação será omitida na divulgação dos resultados deste. Informamos, também, que a qualquer momento você poderá desistir da participação dela.

Se você tiver alguma dúvida ou necessidade de algum esclarecimento sobre o trabalho que será realizado, entre em contato com o Laboratório de Psicologia Social, da Comunicação e Cognição (LACCOS) (Fone: 048. 3721.9067).

Eu,, considero-me informado(a) sobre a pesquisa “Representações sociais da doença arterial coronariana e a adesão ao tratamento”, realizada pelo grupo de pesquisadoras da UFSC e autorizo o registro das informações fornecidas por mim, em forma oral, registrada em gravações e anotações, para utilização integral ou em partes, sem restrições de prazos ou citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo a leitura de tais informações por terceiros, ficando vinculado o controle e guarda das mesmas a Mayara de Oliveira Bastos, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina e a professora Dra. Andréa Barbará S. Bousfield.

Florianópolis, ____ / ____ / _____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Caso você tenha interesse em receber os resultados da pesquisa, por favor, informe seu contato ou lugar em que costuma frequentar que entraremos em contato para uma devolutiva.

APÊNDICE 2 - ENTREVISTA

Esta pesquisa está sendo desenvolvida pelo Laboratório de Psicologia Social, da Comunicação e Cognição - LACCOS – da Universidade Federal de Santa Catarina e tem por objetivo saber o que as pessoas que possuem doença arterial coronariana pensam sobre essa doença e o tratamento.

Assim, o(a) senhor(a) poderá contribuir conosco contando situações sobre a sua experiência com a doença e o tratamento. O objetivo da pesquisa é conhecer melhor alguns aspectos sobre como as pessoas veem a doença arterial coronariana e seu tratamento, para que através das respostas possam auxiliar os profissionais da saúde a desenvolverem ações acerca desse cuidado.

Sua identificação será preservada durante toda a entrevista. Algumas perguntas são bem pessoais, mas importantes para esse estudo. Não há resposta certa ou errada, todas as informações que você nos fornecer serão importantes para nós, por isso, tudo o que achar necessário pode me dizer. Fique à vontade para dizer o que pensa.

Para iniciarmos os procedimentos dessa entrevista, preciso que o(a) senhor(a) preencha o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nos autorizando a utilizar suas respostas apenas e exclusivamente para fins de pesquisa. Este preenchimento é exigido pelo Comitê de Ética em Pesquisa que acompanha a realização dessa pesquisa. Vamos iniciar? Lembre-se que não há respostas certas nem erradas e tudo o que falar é importante.

Bloco 1

1. O que o(a) senhor(a) pensa sobre a doença cardíaca?
Significado da doença? Como você recebeu o diagnóstico? Quanto tempo faz? - Como era sua vida antes do diagnóstico?
2. Como é para o(a) senhor(a) conviver com a doença cardíaca?
Descoberta da doença? Tempo.
3. O que o(a) senhor(a) pensa sobre o tratamento da doença cardíaca?
Vantagens e desvantagens/ Facilidades e Dificuldade de seguir o tratamento?
Você acredita que existem aspectos que interferem no seu tratamento? Aspectos positivos?
Aspectos negativos? - Você percebeu mudanças na sua vida após o início do tratamento?

Bloco 2

Agora eu vou fazer algumas perguntas para conhecer as medidas que utiliza como forma de tratamento da DAC e com que frequência faz isso:

- 1) Você toma alguma medicação para o tratamento da doença cardíaca? Se sim, com que frequência? Se não, já fez uso em algum momento da vida? Porque interrompeu o uso/sob quais condições?
- 2) Você faz uso de bebidas alcoólicas? Se sim, com que frequência? Se não, já fez uso em algum momento da vida? Porque cessou o uso/sob quais condições?
- 3) Me conte como é a sua alimentação. Você toma algum cuidado em relação aos alimentos gordurosos e ingestão de sal?
- 4) Você faz uso de cigarros? Se sim, com que frequência? Se não, já fez uso em algum momento da vida? Porque cessou o uso/sob quais condições?
- 5) Pratica alguma atividade físicas? Se sim, qual e com que frequência?
- 6) Você costuma comparecer às consultas de acompanhamento com o cardiologista? Qual a regularidade das consultas?
- 7) Gostaria que me contasse de modo geral o que pensa sobre essas medidas no tratamento da doença cardíaca.

Bloco 3

Eu vou fazer algumas perguntas sobre o uso de medicação e o(a) senhor(a) vai me responder com as seguintes opções:

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
-------	-------------	----------	----------------	--------

Escala de Adesão Terapêutica de Morinsky de 8 itens - MMAS-8					
	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1) Às vezes você esquece de tomar os seus remédios?					
2) Nas últimas duas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios?					
3) Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?					
4) Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?					
5) Você tomou seus medicamentos ontem?					
6) Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?					
7) Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento?					
8) Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios?					

Agora para finalizar, o Sr(a) pode me informar:

- 1) Idade:
- 2) Sexo:
- 3) Naturalidade
- 4) Escolaridade:
- 5) Renda familiar:
- 6) Estado Civil:
- 7) Profissão/trabalho:
- 8) Tempo de tratamento: