

CAMINHANDO PARA A CRONICIDADE: AS REPRESENTAÇÕES DO ADOECIMENTO EM ADULTOS COM DOR TORÁCICA AGUDA¹

[Walking To Chronicity: Representations Of Illness In Adults With Angina Pectoris]

*Débora Stremel Ribeiro**
*Maria de Fátima Mantovani***

RESUMO: Estudo de natureza qualitativa que focaliza a trajetória dos pacientes que enfrentam um episódio de dor torácica aguda e o caminho de uma doença cardiovascular para a cronicidade. Teve como objetivos descrever as representações da dor torácica e identificar as mudanças no estilo de vida, ocorridas depois dessa situação de emergência. Foi realizado na unidade de Pronto Socorro de um Hospital Escola de Curitiba, responsável pelo atendimento de emergências médicas e traumáticas. Os sujeitos do estudo foram vinte e três adultos que procuraram este serviço de emergência com queixa principal de dor torácica e que permaneceram em observação, na unidade, durante o turno da manhã. O instrumento de coleta de dados foi composto de duas etapas: a primeira com a finalidade de conhecer o significado da dor torácica para o paciente e indicadores biossociais; e a segunda etapa, relativa às repercussões do episódio de dor torácica no estilo de vida do sujeito, realizado no domicílio dos residentes em Curitiba. As categorias oriundas dos discursos dos sujeitos foram **perdendo a tranqüilidade, percebendo os limites e encarando o tratamento**. O estudo revelou as dificuldades que o paciente que inicia um processo crônico de adoecimento enfrenta, evidenciando a falta de conhecimento a respeito de sua doença, e da sua responsabilidade no controle da mesma.

PALAVRAS CHAVE: Doença crônica; Saúde do adulto; Cuidados de enfermagem

1 INTRODUÇÃO

Durante o século XX, a população mundial passou por uma série de transformações sociais, políticas, industriais e tecnológicas. Com o avanço da sociedade nessas várias

dimensões, a interdependência da situação de morbimortalidade e do processo produtivo passou a ser percebida. Segundo Ide & Chaves (1992), à medida que o desenvolvimento eleva o domínio do homem sobre o meio natural, ele contribui para eliminar a mortalidade evitável e a morbidade por enfermidades infecto-contagiosas.

Porém, à medida que a modificação do meio e o desenvolvimento científico vêm aumentando progressivamente, a esperança e “qualidade” de vida da população, paralelamente, estão aumentando a incidência de doenças crônico-degenerativas.

Há uma grande influência dos padrões da “vida moderna” sob a incidência das doenças crônico-degenerativas, porém, como ressalta Ide & Chaves (1992), esse padrão de doenças não provem exclusivamente do processo de industrialização, sendo algumas delas identificadas desde a Antigüidade. O fato novo é seu crescimento, nesses últimos cem anos, no mundo inteiro e, no Brasil, nos últimos quarenta anos, quando a industrialização e a urbanização se aceleraram.

Considerando que a dor torácica de origem cardíaca representa um indicador importante no desenvolvimento de uma doença crônica cardiovascular, o sujeito que apresenta um episódio dessa dor necessita de um acompanhamento que o guie neste processo de adoecimento.

O impacto da dor torácica na condição de saúde do sujeito muitas vezes se perde com a atenuação do desconforto físico, pois, ele não percebe a importância do autocuidado para o controle do processo crônico de adoecimento, causando, novamente, um episódio agudo que ocasionará nova internação hospitalar, pelo agravamento de seu estado geral de saúde.

Em muitas situações, o grande contingente para os serviços de saúde poderia ser reduzido pelo engajamento do paciente em seu tratamento. Uma vez que a doença crônica não se configura como qualquer outra doença de caráter transitório, o paciente que é acometido por uma doença crônica precisa modificar seu estilo de vida, hábitos e até mesmo redefinir seu papel social. Porém, para que esse

¹ Extraído de Monografia de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná

* Enfermeira.

** Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Grupo de Estudos Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA).

tratamento, que é de sua responsabilidade, seja realizado com sucesso, ele precisa perceber-se como alguém que enfrenta um processo crônico de saúde.

Reconhecer as representações do adoecimento, para esse indivíduo, e conhecer como esse processo modificou sua vida são elementos que orientam o cuidado do profissional de enfermagem na condição crônica de saúde. Nesse contexto, temos como objetivo deste estudo: descrever as representações da dor torácica e identificar as mudanças no estilo de vida, ocorridas depois dessa situação de emergência.

2 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Estudo de natureza qualitativa, realizado em um Pronto Socorro de um Hospital Escola de Curitiba, responsável pelo atendimento de emergências médicas e traumáticas. A unidade é destinada a prestar assistência a clientes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato.

Os sujeitos do estudo foram vinte e três adultos que procuraram este serviço de emergência com queixa principal de dor torácica, de comprovada origem cardiovascular e que permaneceram em observação na unidade de pronto socorro durante o turno da manhã. O instrumento de coleta de dados foi um formulário de entrevista aplicado em duas etapas: a primeira caracterizando os entrevistados, os fatores de risco, características e significado da dor; foi aplicado em ambiente hospitalar após estabilização clínica; a segunda no domicílio dos residentes em Curitiba que permitiram a visita domiciliar sobre as repercussões do adoecimento.

Os dados foram coletados de setembro a novembro de 2000. As entrevistas foram gravadas após a autorização do entrevistado e transcritas pelas autoras que após a análise dos discursos elaboraram esquemas representacionais.

Segundo Spink (1995), buscar os processos representacionais presuppõe que “toda representação se define por seu conteúdo seja este informações, atitudes, opiniões ou imagens. Este conteúdo é sempre representação de algo por alguém, ou seja a representação de um sujeito que se situa em relação a outros sujeitos a respeito de um objeto. A representação é aquilo que nos permite explicar o mundo que nos cerca, é o sentido pessoal que atribuímos aos significados elaborados socialmente (Ide et al., 2000).

Os aspectos éticos observados neste estudo foram: solicitação de autorização para a realização da pesquisa por meio de ofício e projeto de pesquisa enviados à Instituição; informação dos objetivos do estudo aos pacientes, garantido o sigilo da identidade e solicitando sua autorização por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para entender as representações do caminho para a cronicidade da pessoa que passa por um episódio de dor torácica, aguda faz-se necessário apresentar, inicialmente, as características gerais dos entrevistados, os sintomas apresentados e o significado de “estar com dor torácica”.

Da população estudada, 52% são do sexo masculino e 48% são do sexo feminino, e a média de idade nos homens é 55 anos e nas mulheres 59 anos. Segundo Wiziack (1999), pessoas a partir dos quarenta anos sofrem um aumento no estresse cotidiano, diminuem a prática de exercícios físicos, modificam a dieta alimentar e são tabagistas aumentando com isso a possibilidade de apresentar episódios de dor torácica.

Em relação à ocupação, a maioria dos entrevistados, 39,2%, é aposentada, porém, destacamos a grande incidência da dor torácica em assalariados, 30,4%. Para essas pessoas que ainda estão no mercado de trabalho, o adoecimento representa um abalo financeiro que repercute nas suas condições de vida e tratamento. Há, também, um aumento do estresse cotidiano, pois o adoecimento também significa um estremecimento na segurança do emprego.

O grau de instrução dos sujeitos é uma variável relevante para o trabalho do profissional de saúde. Sendo a educação em saúde um dos instrumentos de trabalho do profissional enfermeiro, o baixo grau de instrução exige que este profissional busque formas alternativas para que a informação se torne acessível a toda população.

A maioria dos participantes, 71%, possui como grau de instrução formal o Ensino Fundamental incompleto e 17% não possuem nenhuma instrução. Para esses pacientes, que iniciam um processo crônico de adoecimento, é fundamental a reestruturação de seus hábitos e, para tanto, cabe ao profissional de enfermagem a orientação de forma clara e acessível.

O uso de algum tipo de medicação no momento da internação estava presente em 74% dos pacientes que apresentaram episódio de dor torácica, reafirmando o caráter crônico das doenças cardíacas.

Os anti-hipertensivos, 20,4%, foram os fármacos mais utilizados e a hipertensão, segundo Korolkovas (1996), pode ser parcialmente controlada pela modificação no estilo de vida, redução do peso corporal ao ideal, restrição do consumo de sal na dieta, moderação do consumo de álcool, abstenção do fumo e aumento da atividade física. Porém, quando a resposta ao tratamento não farmacológico não for suficiente, este deve ser associado à terapia com fármacos anti-hipertensivos.

A hipertensão arterial é, segundo Ribeiro (1996), o principal fator de risco para doenças cardiovasculares; o tratamento da hipertensão e dos demais fatores de risco para cardiopatias é fundamental para o controle das patologias cardíacas, uma vez que estas são a resposta do coração à sobrecarga imposta pelos fatores de risco. Destacamos, ainda, a utilização de hipoglicemiantes, 11,1%, 13% antiarrítmicos, 14,8% diuréticos e o mesmo percentual para anti-agregantes plaquetários.

Para se fazer o diagnóstico de um paciente com dor torácica aguda, é necessário saber, *a priori*, qual o risco desse indivíduo sofrer uma isquemia cardíaca, dos entrevistados 31% apresentavam hipertensão arterial, 24% história familiar de cardiopatia, 16% eram fumantes, 11% tinham dislipidemias, 9% diabetes, 9% infarto agudo do miocárdio anteriormente.

A hipertensão arterial foi o fator de risco de maior incidência deste percentual 82% dos pacientes já faziam tratamento medicamentoso e 18% não o realizavam. De acordo com Cheitlin et al. (1996), uma história familiar pode traduzir predisposição genética ao desenvolvimento de hipertensão, hiperlipidemia ou diabetes ou ainda através de influências ambientais como a dieta, estresse e estilo de vida.

De qualquer forma, por influência genética ou cultural, a presença de história de doenças cardíacas na família revela um risco dobrado de infarto agudo do miocárdio entre os parentes de primeiro grau de sobreviventes de infarto do miocárdio em comparação com parentes de primeiro grau daqueles que não tiveram infarto do miocárdio (Kate apud Cheitlin, 1996). Para os homens com menos de 55 anos de idade, uma morte coronária num parente homem de primeiro grau, com menos de 55 anos, aumenta o risco de morte coronária em três vezes àquele da população em geral, (Cheitlin, 1996). Dos entrevistados, 16% eram tabagistas. O hábito de fumar é um fator de risco definitivo na provocação de arterosclerose, além de ser associado com o colesterol HDL sérico reduzido. É o fator de risco mais proeminente de infarto do miocárdio, nas mulheres com menos de 50 anos, (Cheitlin, 1996).

Dos fumantes, 56% fumavam uma quantidade diária referente a 20 cigarros e 11% fumavam, em média, 30 cigarros por dia. A cessação do fumo representa rápida redução na prevalência do infarto. Estudos associam a intensidade do fumo com a severidade das doenças, sendo o tabagismo considerado risco ainda maior para doenças coronárias prematuras, nos indivíduos com um consumo de cigarros superior a 20 cigarros por dia.

A dor torácica de origem cardíaca é sintoma revelador de patologias crônicas cardiovasculares. A reincidência de

sintomas, portanto, é comum na maioria dos pacientes, pois essas doenças são caracterizadas por episódios de exacerbação e remissão, e por seu caráter de permanência. Dos entrevistados, 73,9% já haviam apresentado episódio de dor torácica e 76,5% já tinham procurado assistência médica anteriormente, estando em curso o tratamento da doença.

A maioria dos sujeitos que já haviam apresentado episódios anteriores de dor torácica, 28,6% não conhecia o diagnóstico dos episódios anteriores de dor; é importante que os pacientes conheçam sua doença anterior, pois esse fato colabora com o rápido atendimento, essencial para quem já teve uma história de patologia cardíaca; apesar do desconhecimento do diagnóstico, 70,6% dos pacientes com história de cardiopatia realizou tratamento médico para a patologia.

Embora 58,8% dos pacientes tenham sido orientados para a possibilidade de um novo episódio de dor torácica, 41,2% não foram esclarecidos a respeito desta possibilidade, ou seja, esses pacientes não sabiam que tinham uma doença de caráter crônico e, possivelmente, não realizaram nenhum cuidado essencial para o controle de sua patologia.

Denunciando o caráter crônico das patologias cardiovasculares, a maioria dos pacientes tinha história de dor torácica, com procura de assistência médica e realização de tratamento, e embora desconhecesse seu diagnóstico anterior, utilizava fármacos para o tratamento de hipertensão e angina.

A maioria dos pacientes apresentava dor durante sua admissão no serviço de saúde, 78%; aqueles pacientes que não tinham queixa de dor quando procuraram a assistência médica, 22%, foram medicados, com fármacos antianginosos, por médicos do serviço de remoção de urgência, ou tiveram orientação para se automedicarem na presença de dor.

Embora caracterizar a dor torácica seja parte da história clínica do paciente e auxilie o diagnóstico, as características da dor, por si só, não nos dão um diagnóstico preciso, sendo necessárias outras informações, bem como sinais clínicos e exames complementares, pois se observarmos as distribuições e a irradiação da dor em diversas patologias torácicas, veremos que elas se sobrepõem. A dor como elemento isolado é raramente diagnóstica (Grunspun, 1997).

A dor típica desta população foi caracterizada por ser retroesternal para, 69,6%, ou epigástrica para, 26,1%, tipo queimação para, 51,4%, ou aperto, 27,6%. Estas características corroboram a descrição de Vitola (1994) para a dor torácica de origem isquêmica, constritiva ou urente e localizada usualmente na região retroesternal ou precordial, mas podendo ser inframamária ou até extra-torácica,

principalmente epigástrica. Outro elemento que ainda compõe a caracterização da dor, como a irradiação para membro superior esquerdo, 40%, com duração indeterminada, é em 34,8% dos pacientes superior a 20 minutos, em 30,4% inferior a 20 minutos e, em 34,8%, contínua. Pode, também, ser precedida de repouso, 34,6%, esforço habitual ,30,8%, ou emoções, 23,1%. A atenuação pode ocorrer por vasodilatadores coronarianos, 29,2%, repouso, 29,2%, e, ainda, 29,2% não conseguem obter a atenuação da dor. Esse perfil, que caracteriza os pacientes incluídos no grupo de risco para a isquemia cardíaca, de acordo com os critérios de Grunspun (1997).

Quanto ao tempo de início da dor, 52,2% dos pacientes procuraram assistência médica 1 a 5 horas após o início desta, e 65,2% a classificaram, de acordo com a intensidade, em uma escala de 1 a 10, como sendo de intensidade máxima.

Do ponto de vista fisiológico, a dor pode ser considerada, segundo a definição de Weinman, apud Helman (1994), uma espécie de alerta que chama a atenção para uma lesão de tecido ou mau funcionamento fisiológico. É, portanto, de importância crucial para a proteção e sobrevivência do corpo.

A maioria dos pacientes, 52%, foi medicada, permaneceu em observação na unidade e recebeu alta com orientação de retorno a qualquer novo sintoma. Estes casos foram diagnosticados como angina estável ou arritmia, recebendo tratamento adequado à patologia apresentada. Ainda 26% permaneceram internados, sendo necessários exames e/ou tratamento invasivo para angina instável ou infarto agudo do miocárdio, como cateterismo, angioplastia e revascularização do miocárdio e 22% foram internados com as mesmas patologias anteriores, para as quais receberam tratamento medicamentoso.

O diagnóstico para isquemia cardíaca requer observação hospitalar, envolvendo tecnologia sofisticada e cara, e somente 5% dos infartos não são corretamente diagnosticados no pronto socorro e recebem alta com outros diagnósticos. Como não se pode internar todos os pacientes com dor torácica para a realização de exames, desde a década de 80, vários autores tentam estabelecer critérios e protocolos para a avaliação da dor torácica aguda, inclusive com algoritmos computadorizados, visando diminuir as internações desnecessárias (Grunspun 1997).

Por abrigar o coração, órgão que representa a vida para a maioria das pessoas, os sintomas algícos que se exteriorizam pelo tórax são diretamente relacionados com patologias de origem cardiovascular ,58,3%,. Porém, a diversidade de sintomas das patologias cardiovasculares gera, comumente, confusão entre estas e as patologias do aparelho digestivo 20,8% e doenças do aparelho respiratório ,12,5%,.

Lazarus & Folkman, apud Trentini & Silva (1992), afirmam que cada pessoa tem uma percepção individual da situação. Uma pessoa pode avaliar uma situação como ameaçadora ou apavorante, enquanto outra pessoa pode avaliar a mesma situação como excitante e desafiante. Frente à situação de dor torácica, os pacientes manifestaram sentimentos de diferentes naturezas. De acordo com Trentini & Silva (1992), o que determina o significado de uma condição para o indivíduo, depende dos recursos dos quais ele dispõe para enfrentar esta situação.

A sensação de morte iminente foi o sentimento mais significativo ,32,3%, destacaram-se também sentimentos como o medo, 25,8%, o desespero, 12,9%, e a angústia, 9,7%. Estes sentimentos traduzem a percepção, mesmo que instintivamente, da gravidade e das possíveis complicações do episódio de dor torácica. Apenas 6,5% dos respondentes julgaram a dor torácica como sendo uma dor normal, sem importância.

Quando questionados sobre o motivo da procura de assistência médica, apenas 4,3% dos pacientes afirmaram ter procurado a instituição de saúde pelo medo da morte. Os sintomas físicos, como o aumento da intensidade da dor,43,5%, e sua duração prolongada, 26,2%, foram os principais motivos para a procura de assistência.

A nova incidência de dor no peito, 30,8%, foi o principal sintoma relatado pelos pacientes que apresentaram algum tipo de desconforto físico após a alta hospitalar, 50%,. Foram, ainda, citados: cansaço, 23%, e falta de ar, 15,4% ,como sintomas recorrentes. Estas limitações físicas fazem parte da adaptação do organismo à condição crônica e ao tratamento e do indivíduo às modificações no estilo de vida.

Quando questionados sobre o tratamento farmacológico que realizavam, 66,7% dos pacientes não conheciam o nome e o horário da medicação que utilizavam diariamente. O emprego correto dos fármacos representa um dos pilares do tratamento das doenças crônicas cardiovasculares e é um dos âmbitos do tratamento que não requer mudanças drásticas nos hábitos de vida; sobre os efeitos da medicação 41,7% foram imprecisos nas respostas e ainda, 16,7%, não sabiam para que utilizavam as medicações. Para alguns pacientes, a adaptação ao tratamento farmacológico é difícil, a quantidade de medicações empregadas para o tratamento das doenças crônicas cardiovasculares e para as doenças associadas é, geralmente, grande, e muitos são os efeitos colaterais, desconhecimento dos fármacos, nesta situação, passa a ser mais um agravante no tratamento.

Para a adesão do paciente ao tratamento e para que ele entenda e realize os cuidados necessários para o controle da patologia, ele precisa estar ciente do seu diagnóstico e

do que ele representa para a sua vida e para a mecânica de seu organismo. Quanto ao diagnóstico, 25% não sabiam o motivo causador da dor torácica. As patologias mais indicadas foram ameaça de infarto, infarto e angina 16,7%. Daqueles pacientes que diziam conhecer seu diagnóstico, 44,4% estavam errados, considerando o diagnóstico encontrado no prontuário ou ficha de internação dos pacientes. Contudo, 77,8% não sabiam o que este diagnóstico significava para suas vidas.

Estes dados apontam a necessidade de um trabalho educativo específico a cada paciente, uma vez que, aproximadamente um mês após a alta hospitalar, a metade dos pacientes entrevistados ainda sentia desconforto físico relacionado à dor torácica, não conhecia a medicação utilizada, e nem seu efeito farmacológico, e não sabia seu diagnóstico médico e o que ele significava para sua vida.

3.1 CAMINHANDO PARA A CRONICIDADE

Para conhecer o caminho percorrido por estas pessoas que apresentaram um episódio de dor torácica aguda, elaboramos esquemas representacionais extraídos dos discursos que possibilitaram visualizar três grandes categorias, assim chamadas: **perdendo a tranqüilidade**, **percebendo limites** e **encarando o tratamento**.

As questões que nortearam a busca foram: o episódio de dor torácica mudou sua vida? Em que aspectos? Tem alguma dúvida sobre a sua doença, tratamento ou cuidados especiais?

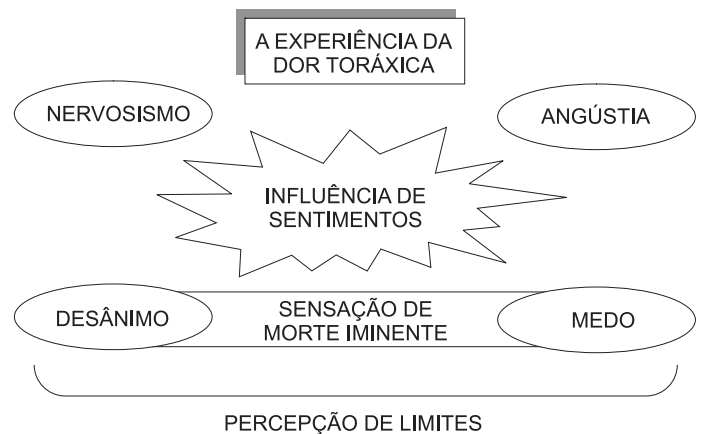
Na categoria, **perdendo a tranqüilidade**, dos pacientes que enfrentaram um episódio de dor torácica, observou-se que um episódio de doença cardíaca ameaça a segurança do paciente, pois há uma reflexão sobre a finitude da vida, aflorando sentimentos como nervosismo, angústia, desânimo, e medo, como podemos verificar em depoimentos como:

“Eu fiquei muito nervosa e às vezes eu desanimo, mas eutenho muita fé em Deus me apego em Deus.” (M.B.)

“Não tenho mais nada, mas agora ficou aquilo na cabeça, cada vez que eu vou deitar que me dá. Aquilo não me sai da cabeça e o pior é que eu não consigo dormir.” (M. B. P.)

“Eu tenho medo de ficar sozinha, agarrei um medo de ficar sozinha ...” (A. C. J.)

ESQUEMA 1 – PERDENDO A TRANQÜILIDADE APÓS O ADOECIMENTO



Embora não conheçam a fisiopatologia da doença e as necessidades de autocuidado, os pacientes que começam a enfrentar a cronicidade percebem, no decorrer do processo de adoecimento, seu limites que caracteriza a segunda categoria: **percebendo limites**. Encontramos três categorias que denunciam a percepção de limites: os sintomas freqüentes, as limitações físicas, e as relações familiares. Estas categorias levam os indivíduos à descoberta da “proximidade da morte”.

“Não posso fazer nada. Se eu estiver sentado e levantar direto, caio de tontura... tenho uma coceira no pé, e as vezes, incha.” (J. B. S.)

“Não posso mais fazer esforço nenhum, qualquer esforço que eu faço me dá dor no peito, mesmo serviço de casa não posso fazer.” (I. A. D.)

“Eu fazia tudo, fazia tudo o meu serviço, limpava o quintal, fazia tudo aqui. Agora, acabou. Não tenho coragem nem de limpar minha casa.” (A. C. J.)

Esta mudança de vida, na ótica do paciente, reflete-se diretamente no grupo de significantes: a família. Os familiares desenvolvem mecanismos de enfrentamento, quando um de seus membros está sob ameaça. Estes mecanismos apresentam-se sob duas categorias: encontrando o espaço e perdendo o espaço familiar. Dentro da categoria encontrando o espaço, encontramos mecanismos de apoio, para o indivíduo doente que vive o “processo de cronificar”, como a valorização deste indivíduo dentro da família, a aproximação dos membros da família e o apoio ao tratamento, qualificando a vida deste. Conforme depoimentos a seguir:

“Até meu filho me trata bem ... ele dormia lá no sótão, passei a cama dele perto da minha e ele me dá o remédio direitinho.” (T. S. B.)

“Eu só tenho um casal de filhos e daqui a pouco estão todos por aqui ...” (J. J. F.)

“A mulher escondeu o “pito”... Eu falei para ela que eu ia fumar uma vez por dia, mas ela não deixou.” (J. B. S.)

Na categoria perdendo o espaço, o mecanismo foi o inverso da categoria anterior, pois a pessoa da família que adoeceu perdeu seu valor e foi considerada a causa dos problemas familiares, da separação, ou foi vítima do desinteresse da família:

“Aqui está a mesma coisa. Não sei se eles estão mais contente de eu voltar.” (A. P. S.)

“Eu não tenho nada de família, só tenho minha filha e os meus netos. Então, sempre vêm as “cargas”... Ela mora ali e eu tenho que viver aqui...” (M. B.)

De acordo com Pessini & Barchifontaine (1996), no começo do século, o que existia era a morte aguda, ou se morria ou se sarava. As pessoas não ficavam “morrendo durante muito tempo”. Hoje em dia, o momento da descoberta da doença e da morte passou de cinco dias para cinco anos e. mais do que se falar em morte, fala-se do “processo de morrer” e este é penoso para a família e para o doente, o que acarreta, muitas vezes, em desconforto para o doente, que se sente um peso para os familiares.

Algumas pessoas reagiram à doença, preocupando-se com a saúde, percebendo a necessidade dos cuidados especiais e realizando o tratamento, fatos que incluímos na categoria qualificando a vida, como se pode perceber nas declarações abaixo:

“Mas a gente vê que realmente tem que tomar cuidado com a saúde. Eu sempre fui meio relaxado, nunca cuidei,... Mas agora, desses tempos para cá, é direto medicamento, tudo certinho.” (P. G. C.)

“Fui duas vezes medir minha pressão, duas vezes por semana, então minha pressão está ótima.” (T. S. B.)

“Tem cara que já sai do hospital, já vai trabalhar, já vai para o boteco tomar cerveja. Eu não, pode ver ...” (A. K.)

Já outras pessoas impuseram à sua vida limites rígidos, abandonando as atividades do trabalho e provocando um afastamento pessoal como forma de tratamento, desqualificando a vida:

“Estou querendo, na segunda-feira, para fazer o teste. Se não agüentar, vou parar.” (A. P. S.)

“Quase não estou fazendo nada. Quem faz minhas coisas é minha nora.” (M. B. P.)

A postura tomada frente ao adoecimento, percebemos uma grande necessidade de informação, orientação e conhecimentos a respeito da doença enfrentada, uma vez que, apesar da noção de mudança, no discurso da maioria das pessoas, a prevenção, com base nos fatores de risco, não foi a atitude tomada. De acordo com Trentini et al. (1990), possivelmente todas as doenças crônicas são acompanhadas por algum desconforto, decorrente da própria progressão ou da terapia. O indivíduo necessita descobrir os meios adequados para controlar esses desconfortos. Seu esclarecimento possibilitará uma postura apropriada frente a estas mudanças, percebidas durante o adoecimento.

ESQUEMA 2 – PERCEBENDO OS LIMITES



Na composição da terceira categoria **encarando o tratamento**, questionamos sobre as dúvidas referentes às doenças ao tratamento ou aos cuidados especiais necessários, a grande maioria não manifestou dúvidas de forma objetiva, descreveu o episódio da dor, a internação hospitalar e relacionou seu adoecimento com fatos semelhantes, na sua história de vida.

Percebemos, pelo discurso dos pacientes, que muitos não têm noção da cronicidade. Embora conheçam alguns fatores de risco para as doenças cardiovasculares, não têm esclarecimento a respeito do diagnóstico, mantendo a esperança no tratamento para a “cura” de sua doença.

“Eu acho que para ficar bom ia ser um transplante... veia entupida, ou troca, ou troca a máquina.” (A. P. S.)

“E pressão alta faz tempo que eu tenho, tem mais de vinte anos. Isso já era esperado a qualquer hora.” (J. J. F)

“Eu acho que, sei lá, esteja mais para problema de nervo, eu acho que é isso.” (E. R. S.)

“Minha mãe morreu do coração ... mas ela era gente do mato, uma mulher que nunca foi no médico.” (M. B.)

Os pacientes que têm noção de cronicidade, dividem-se em duas categorias: os que não aceitam e os que aceitam a doença. A proximidade da morte, mais uma vez, é referida por muitos pacientes. Observamos a necessidade de informação dos pacientes, para a realização do tratamento. Apesar de terem diferentes graus de esclarecimento sobre a doença, todos os pacientes sentem-se perto da morte, após seu adoecimento, e este fato faz com que surjam dúvidas a respeito do curso da doença pela qual foram acometidos.

“Com esse tratamento, ficar o resto da vida vai ser difícil.” (A. P. S.)

“... a gente confia nos médicos ... Eu já achei que fiquei melhor e, agora, a gente está prevenido.” (A. V.)

“Tomando os remédios com fé em Deus. Deus me ajude que eu fique boa, mas acho que não vou ficar não.” (A. C. J.)

“Eu sempre digo: ‘— Meu Deus que me dê uma morte como a que minha mãe teve ...’ morreu como um passarinho.” (M. B.)

ESQUEMA3 – ENCARANDO O TRATAMENTO



4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os pacientes que procuraram o serviço com suspeita de dor torácica de origem cardíaca foram atendidos segundo protocolo da instituição, pelo qual foram realizados, além do levantamento da história clínica, exames diagnósticos (análise bioquímica do sangue e eletrocardiograma) e monitorização, que possibilitam diagnosticar a origem dos sintomas apresentados, e, com base nos dados levantados, foram encaminhados para o tratamento adequado à patologia apresentada, fosse ele intra ou extra hospitalar.

Ao saírem do hospital, encontramos esses pacientes realizando o tratamento medicamento indicado, porém, sem elucidação a respeito de sua patologia e, principalmente, sobre o fato de possuírem uma doença crônica. Desta maneira, ao analisarmos os discursos destas pessoas, percebemos que passar por um episódio de dor torácica provoca uma reflexão sobre a finitude, o que faz com que estes pacientes percam sua tranquilidade.

Este fato repercute também na relação com suas famílias, estas criam mecanismos de defesa para enfrentar o adoecimento, seja atraindo ou repelindo o indivíduo doente. As relações sociais são também fortemente abaladas, pois a pessoa percebe as limitações provocadas pela fisiopatologia da doença e, dentro de sua compreensão, procura a melhor forma de tratamento, esperando a cura, fato que evidencia, novamente, a falta de esclarecimento à cerca do curso da doença crônica cardíaca.

O conhecimento desta trajetória nos possibilitou identificar a falta de noção do processo de cronicidade, o desconhecimento de seu tratamento e dos cuidados essenciais dos quais este indivíduo necessita para evitar um episódio agudo de sua doença. É de fundamental importância o esclarecimento deste paciente que enfrenta a cronicidade e necessita mudar seus hábitos de vida.

Este esclarecimento ocasionará, além de uma melhor qualidade de vida para os pacientes com uma doença crônica cardiovascular, uma diminuição na incidência de episódios de exacerbação destas doenças e, conseqüentemente, com a diminuição da demanda de atendimentos de emergência por dor torácica, o profissional de enfermagem pode ser instrumentalizado para prestar o atendimento de emergência ao paciente com dor torácica.

O resultado deste estudo foi a elaboração de um *folder* de orientação com conceitos básicos a respeito das doenças crônicas cardiovasculares de maior incidência em nossa população e a efetiva orientação dos pacientes que participaram do estudo, durante sua permanência no hospital e/ou durante as visitas domiciliares realizadas. A continuidade deste trabalho é de fundamental importância para que as pessoas que passam por este processo de adoecimento enfrentem a cronicidade com mais preparo e confiança.

ABSTRACT: Qualitative research that focus on the trajectory of patients that face an episode of intense angina pectoris and the way from a cardiac disease to the chronicity. The study's objectives were to describe the representations of angina pectoris and to identify changes in life style, occurred after this emergency situation. It happened in the Emergency Room of a Curitiba School Hospital, responsible for taking care of medical and traumatic emergencies. The study was taken with twenty three adult people that looked for this emergency service complaining of angina pectoris and that stood under observation, in the unit during morning periods. The instrument of data collecting had two stages: the first had the objective of knowing the meaning of the angina pectoris to the patient and biosocial pointers; and the second stage related to repercussions of the angina pectoris episode in people's life style and was taken at these

people's home at Curitiba. The resultant categories from people's speeches were: **loss of tranquility, loss of limits and facing the treatment.** The study disclosed the difficulties faced by the patient that starts a chronic illness process, evidencing the lack of knowledge related to its disease and to its responsibility in the disease control.

KEY WORDS: Chronic disease; Adults'Health; Nursing care.

REFERÊNCIAS

- CHEITLIN, M.D.; SOKOLOW, M.; MCLLOY, M.B. **Cardiologia clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Prentice - Hall do Brasil, 1996.
- GRUNSPUN, H. Dor torácica. **Rev. Psiquiatr. Clín.** v. 24, n.4, 1997. p. 11-15.
- HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- IDE, C.A.C.; CHAVES, E.C. A intervenção do enfermeiro na assistência ao diabético. **Rev. Enf. USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, ago. 1992. p. 187-204.
- IDE, C.A.C.; SCHNECK, C.A.; PAZ, M.O. Compartilhando uma vivência limite: as representações familiares acerca do processo de hospitalização. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 4, jul./ago. 2000. p. 278-83.
- KOROLKOVAS, A. **Dicionário terapêutico guanabara**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.
- PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. **Problemas de bioética**. São Paulo: Loyola, 1996.
- RIBEIRO, A.B. **Hipertensão arterial: clínica, diagnóstica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1996.
- SPINK, M.J. Desvendando as teorias implícitas: uma análise das representações sociais. In: DUVEEN, G. et al. **Textos em representações sociais**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 117-45.
- TRENTINI, M.; SILVA, D.G.V. Condição crônica de saúde o processo de ser saudável. **Texto e contexto Enf.**, Florianópolis, v. 1, n.2, jul./dez. 1992. p. 76-88.
- TRENTINI, M.; SILVA, D.G.; LEIMANN, A.H. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 11, n.1, jan. 1990. p. 18-28.
- VITOLA, D. Dor torácica de origem cardiovascular. **Rev. Médica Sta. Casa**, Porto Alegre, v. 6, n. 11, 1994. p. 1117-1120.

Endereço das autoras:
Rua Padre Camargo, 280
8º andar - Alto da Glória
80060-240 - Curitiba-PR