

# AS PERCEPÇÕES DOS PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA FRENTE AO SEU PROCESSO DE ADOECIMENTO<sup>1</sup>

Marta Daniela Boschco\*  
Maria de Fátima Mantovani \*\*

---

## RESUMO

O presente estudo é de caráter qualitativo e foi realizado em um hospital particular especializado em cardiologia no município de Curitiba, no período de agosto a outubro de 2006. Seu objetivo foi descrever as percepções dos portadores de insuficiência cardíaca frente ao processo de adoecimento. A população estudada foi composta por 10 portadores dessa enfermidade diagnosticada há, no mínimo, um ano. Nós usamos questionário e entrevista gravada para coletar os dados. Após autorização do Comitê de Ética da Instituição, esses dados foram transcritos e analisados segundo a técnica de análise de conteúdo. Foram levantados três grandes temas, que são: o perceber-se como doente cardíaco, os sentimentos em relação à doença e as mudanças de vida. Observou-se que, na maioria dos entrevistados, a condição crônica de saúde só é percebida subitamente, quando surgem complicações cardiovasculares e exacerbação de sintomas. Os sentimentos que envolvem a descoberta do diagnóstico são as preocupações relacionadas aos internamentos, aos procedimentos, às mudanças nos hábitos de vida e, principalmente, ao medo da morte. As mudanças no cotidiano desses portadores são evidentes, explicitadas nos relatos através de cansaço, falta de ar e limitações no trabalho. Também referem uma preocupação maior consigo mesmos, valorizando mais o autocuidado e a vida.

**Palavras-chave:** Doença crônica. Emoções. Acontecimentos que mudam a vida.

---

## INTRODUÇÃO

Os óbitos por doenças cardiovasculares têm aumentado em vários países por todo o mundo. A Organização Pan-Americana de Saúde <sup>(1)</sup> estima que cerca de 80% de todos os óbitos ocorridos por doenças cardiovasculares no mundo concentram-se nos países em desenvolvimento, entre pessoas de baixa e média renda, o que representa uma agravante socioeconômica, pois esses países têm o encargo duplo de controlar tanto as doenças crônicas emergentes quanto as doenças infecciosas que ainda acometem suas populações.

Ainda contextualizando a problemática mundial, cerca de 16,6 milhões de pessoas morrem por doenças cardiovasculares no mundo anualmente, o que equivale a um terço do total de óbitos no mundo em 2001<sup>(1)</sup>. Isso significa mais gastos com a saúde, visto que os portadores de doenças cardiovasculares necessitam de assistência contínua e dispendiosa para obterem

uma qualidade de vida relativamente boa.

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas e foram a primeira entre as causas de hospitalização no setor público entre 1996 e 1999 para pessoas com idade entre 40 e 59 anos (17%) e entre aquelas com 60 anos ou mais (29%)<sup>(2)</sup>. Desse modo, ressalta-se a relação entre faixa etária e percentual, visto que aproximadamente 20% dos portadores de doenças cardiovasculares fazem parte da população economicamente ativa do país, fato que destaca a importância das ações de saúde para prevenção e tratamento dessas doenças.

O desenvolvimento das doenças cardiovasculares a partir de fatores de risco pode levar a graus variados de insuficiência cardíaca. Tem-se por definição que a insuficiência cardíaca é o estado fisiopatológico em que uma anormalidade da função cardíaca é responsável pela falência do coração em bombear sangue em uma velocidade e/ou força adequadas para

---

<sup>1</sup> Extraído da Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

\* Acadêmica de Enfermagem da UFPR

\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da UFPR.

atender às exigências dos tecidos, ou em repouso ou em exercício<sup>(3)</sup>. Constitui-se de uma síndrome complexa, caracterizada por falta de ar, fadiga e função cardíaca anormal.

Todas as alterações fisiológicas decorrentes do processo de adoecimento trazem ao indivíduo uma condição crônica de saúde com a qual terá de aprender a conviver. Essa condição traz consigo certos fatores estressantes, como o tempo prolongado de tratamento e as mudanças no estilo de vida e no meio social, o que altera o modo de viver desse indivíduo e das pessoas que convivem com ele<sup>(4)</sup>.

A partir disso, o portador de doença crônica procura assumir um novo comportamento diante da vida, mudando seu estilo de vida através de dietas, da prática de exercícios físicos e de evitar situações que tragam estresse mental. Os portadores procuram mecanismos para enfrentar o processo de adoecimento crônico, que alguns vêem como um desafio e outros, como uma situação desesperadora<sup>(4)</sup>. Esse modo como a pessoa enfrenta este processo resulta das diferentes percepções que cada portador de doença crônica tem a respeito de si mesmo, de sua condição atual e da progressão da doença. Esse fato nos remete para a seguinte questão: quais são as percepções dos portadores de insuficiência cardíaca frente ao seu processo de adoecimento?

A realização deste trabalho se justifica pelo fato de que, com o aperfeiçoamento dos tratamentos para arritmias, a insuficiência cardíaca (IC) tornou-se uma das principais causas de morte entre os pacientes atendidos em unidades coronarianas<sup>(5)</sup>. O paciente passa a ter um prolongamento da vida, porém, na maioria das vezes, tem de conviver com o diagnóstico de insuficiência cardíaca, um estado crônico de saúde. Outra justificativa baseia-se na própria evolução da doença, que não apresenta um prognóstico bom. Em estudos populacionais, cerca de 10 a 20% dos portadores de insuficiência cardíaca morrem no primeiro ano de evolução, sendo que em cinco anos de seguimento, a porcentagem aumenta para 50%<sup>(6)</sup>, o que revela a necessidade de cuidados de enfermagem para esta população em todo o período de evolução da doença.

Destarte, o objetivo do presente estudo é descrever as percepções dos portadores de

insuficiência cardíaca frente ao seu processo de adoecimento.

## METODOLOGIA

O presente estudo tem uma abordagem qualitativa e a amostra constituiu-se de dez portadores de insuficiência cardíaca atendidos no hospital no ano de 2006. Foram incluídos no estudo os pacientes que tinham conhecimento de seu diagnóstico desde, no mínimo, um ano antes da entrevista, e apresentavam condições físicas para responder a ela.

O local de coleta de dados foi um hospital particular de pequeno porte especializado em cardiologia do município de Curitiba.

Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar do estudo após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, que explicita o objetivo do estudo, seus benefícios, o compromisso do pesquisador de divulgar as informações apenas para fins científicos e a garantia do sigilo das identidades. Dessa forma, os participantes deste estudo serão aqui identificados pelas iniciais de seus nomes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná em 07/07/2006, sob o número 265SM0400606. Foram respeitados os princípios éticos citados pela Resolução 196/96 que envolve a pesquisa com seres humanos<sup>(7)</sup>.

A coleta de dados baseou-se em uma entrevista semi-estruturada gravada com três perguntas abertas, que são as seguintes: “Como começou esta história de o(a) senhor(a) ficar doente do coração?”, “O que o(a) senhor(a) sentiu quando soube que tinha problemas de coração?” e “O que isso trouxe para sua vida?”. O tratamento dos dados deu-se a partir da técnica de análise de conteúdo, que se constitui de um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa obter indícios para a dedução de conhecimentos a partir das mensagens, através de descrição sistemática e objetiva dos conteúdos dessas mensagens<sup>(8)</sup>.

As entrevistas gravadas foram transcritas literalmente, lidas e resumidas em unidades relevantes para o estudo. Dessas unidades, foram extraídos três temas e, deles, três categorias, assim chamadas por serem agrupamentos de unidades de registro com características

comuns<sup>(8)</sup> O primeiro tema foi “Perceber-se doente cardíaco”, categorizado em **aparecimento de complicações e distúrbios externos**; o segundo, foi “Sentimentos em relação à doença”, classificado em **negação, fatalidade e medo da morte**; e o terceiro, foi “Mudanças de vida”, dividido em **ser portador de uma doença crônica, modificação do estilo de vida e despertar de uma consciência**.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO

Os sujeitos participantes do estudo foram dez portadores de insuficiência cardíaca, dos quais seis eram mulheres e quatro homens, entre as idades de 63 e 81 anos. Quanto à ocupação, a maioria deles (seis) era aposentada, dois “do lar”, um auditor fiscal e um funcionário administrativo.

Em se tratando do tempo de diagnóstico da insuficiência cardíaca, as respostas também foram diversificadas, e foram referidas a partir do aparecimento de complicações cardiovasculares (ex.: acidente vascular cerebral, crise hipertensiva, crise de edema agudo de pulmão), portanto, entre 1 e 40 anos de diagnóstico, exceto para uma entrevistada que referiu já ter nascido com prolapso de válvula mitral.

Pôde-se observar que o tempo de diagnóstico influenciou nas percepções dos portadores de IC a respeito de seu processo de adoecimento. Esses dados, comparados com os respectivos relatos, mostram que quanto mais recente a descoberta do diagnóstico, mais os indivíduos se encontraram nas fases iniciais do processo de adoecimento, que envolvem a negação, o convívio prolongado com os sintomas e a busca de explicações lógicas para o adoecimento<sup>(9,10)</sup>. No entanto, nos relatos em que a descoberta do diagnóstico se deu há mais tempo, observou-se uma atitude de aceitação, de resignação, de conformidade e também de maior consciência a respeito de si e das mudanças no estilo de vida.

Com relação às doenças associadas à IC, uma parte significativa do universo pesquisado (seis pessoas) referiu ser portadora de doenças cardiovasculares que são fatores de risco para a IC, como hipertensão arterial - HA (uma), diabetes *mellitus* - DM (uma), HÁ e DM associados (duas), HA e hiperlipidemia (uma) e

doença do aparelho circulatório -DAC (uma).

O exposto acima concorda com estudo<sup>(11)</sup> que ressalta a alta incidência desses fatores de risco em pacientes que apresentam problemas cardíacos, destacando que a hipertensão arterial, por sua elevada prevalência no Brasil, é a principal causa de óbito, constituindo-se como um dos grandes problemas de saúde pública no país.

A experiência do adoecer é única para cada sujeito. Cada um se percebe de forma diferente no mundo, até pelas diferentes vivências, realidades e culturas familiares que possui. É também por esta razão que cada indivíduo desenvolve sentimentos e reações diferentes em relação à doença, podendo ser um momento de enfrentamento da vida ou de depressão e desistência<sup>(4)</sup>.

### Perceber-se doente cardíaco

Para os sujeitos referidos a seguir, a enfermidade aparece subitamente, sendo percebida apenas quando do **aparecimento de complicações** cardiovasculares ou quando há modificações no comportamento devido ao aparecimento dos sintomas. No estágio em que se percebe doente, o portador de IC já está convivendo com o quadro há muito tempo, contudo, nega os sintomas, recusa-se a se reconhecer enfermo, ocupa-se com seus afazeres e não cuida da própria saúde, percebendo-se doente apenas quando a situação se agrava:

Vieo de repente uma dor no peito e nas costas e aquela dor terrível [...] (A.S.).

Comecei a ficar meio trôpego [...] descobriram um aneurisma (A.S.J.).

Quando ocorre um desconforto físico, isso é sinônimo de preocupação instantânea. Alguns vão em busca de auxílio para saber o que está acontecendo, mas a maioria espera o sintoma passar e continua suas atividades cotidianas. O indivíduo que recebe um diagnóstico de doença crônica incorpora defesas pessoais relacionadas ao uso inadequado do corpo, já prevendo limitações físicas<sup>(9)</sup>.

O impacto da dor torácica pode se perder com a atenuação do desconforto físico, pois o indivíduo, nesse momento, ainda não percebe a importância do autocuidado para o controle do processo de adoecimento, o que pode causar um

episódio agudo que o levará a nova internação devido ao agravamento de seu estado geral<sup>(4)</sup>.

É nesse ponto que uma intervenção do enfermeiro torna-se significativa, pois ele pode dar informações claras e objetivas a respeito do estado de saúde do cliente, de seu prognóstico, ajudá-lo a compreender o processo de adoecimento, incentivar o autocuidado e, na medida do possível, adequar esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente<sup>(12)</sup>.

As tentativas de postergação e negação da doença se mostram através do controle total da própria vida, do sentimento de ser invencível, insuperável, auto-suficiente na vida, até o surgimento da doença, decorrente, como no exemplo abaixo, não das constantes crises hipertensivas, mas de um infarto, uma das conseqüências de um problema cardiovascular primário e, sobretudo, de um sentimento de urgência não respondido após tanta postergação dos sintomas:

Eu sempre me considerei um super-herói [...] tive uma saúde de ferro [...] uma saúde total [...] Constatou-se problema de pressão [...] Eu ganhei um infarto violento [...] que me causou tudo que passo até hoje [...] Se eu tivesse feito essa cirurgia das pontes com urgência que fui levado pro hospital, não teria perdido músculo (J.R.B.).

Sabe-se que quando percebe alguma alteração em seu corpo a pessoa se sente ameaçada e procura não pensar no assunto, o que lhe garantiria estar a salvo das inquietações e emoções geradas pela aceitação da possibilidade de um dia se ver afetada pela enfermidade, negando, assim, a tão temida realidade antes mesmo de sua objetivação e confirmação pelos laudos médicos<sup>(13)</sup>. Isso tudo pode ser resumido como uma tentativa de negar o sofrimento, o limite de um adoecimento absoluto e, até mesmo, o próprio corpo<sup>(9)</sup>.

Outro significado é dado ao início da doença cardíaca, que pode ser atribuído a **distúrbios externos**, como abalos emocionais e hábitos de vida que aumentam o risco de doença cardíaca:

Eu tive problema [...] que roubaram o carro [...] Um susto! [...] Um choque! (M.L.)  
Sou muito nervosa. Já me falaram que eu deveria chutar alguma coisa de vez em quando, chutar o cachorro, botar para fora, mas não tem jeito! Eu sou assim, guardo tudo (J.A.O.C.).

Alguns processos sociais podem contribuir

para o desenvolvimento de problemas cardíacos, e o agravamento disso acontece a partir de eventos de vida estressores, como condições de trabalho, problemas familiares, óbito de entes queridos, perdas materiais significativas, entre outros<sup>(14)</sup>.

Neste estudo foram citados as perdas materiais, o nervosismo e a preocupação por não conseguir reagir aos acontecimentos, gerando acúmulo de tensões emocionais no “coração”. Desse modo, é necessário ressaltar que o profissional de enfermagem deve estar atento a todos esses comportamentos, oferecendo apoio, uma conversa (se assim o paciente quiser) ou solicitando algum atendimento especial de um psicoterapeuta.

Concomitantemente aos distúrbios emocionais que podem ter influência na *performance* cardíaca, a presença ou não de fatores de risco também é relevante para o desenvolvimento da IC, como referido a seguir:

Eu fumava muito e bebia muito. E, quando foi um dia, [...] eu me senti ruim, comecei a ver um xadrez na minha frente [...] com a pressão que estava, subi e entrou água no pulmão [...] a pressão, ela subiu muito e, de repente, ela baixou. (A.D.L.)

Tabagismo e etilismo, citados pelo entrevistado acima, são referidos como características comportamentais que aumentam o risco do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, por aumentarem a aterosclerose e os triglicerídeos, respectivamente<sup>(14)</sup>. Outros fatores de risco citados pela mesma autora são: hábitos de vida, dieta, atividade física, uso de anticoncepcionais, sexo, idade, raça, genética, hipertensão arterial, obesidade, hiperlipidemia e diabetes *mellitus*.

### Sentimentos em relação à doença

Há uma diversidade de pensamentos e atitudes quando recebemos uma notícia inesperada. Isso também acontece com o paciente cardíaco quando é informado sobre seu diagnóstico e progressão da doença. No momento inicial há uma atitude de **negação**, pois o indivíduo geralmente encontra-se ocupado com seus afazeres, como o trabalho, a família, os filhos, e acaba por “esquecer-se” do próprio corpo. É como se o sujeito “não pudesse” ficar doente, pois tem muitas demandas pessoais a cumprir e acaba por negligenciar a própria

saúde, o cuidado com seu corpo, seus hábitos de vida e sua vida emocional, chegando a um momento de exacerbação dos sintomas de uma doença cardiovascular latente:

A gente trabalhava [...] precisava trabalhar para ganhar, né? Sabe, então eu nem senti. (M.L.)

Outros atribuem o desenrolar do adoecimento à **fatalidade**, acreditando ser “coisa do destino”, um caminho sem volta que eles devem passar, o que revela um certo caráter de aceitação da doença:

Creio na fatalidade. Aquilo que tem que acontecer pra mim, não acontece com o vizinho, só acontece pra mim mesmo [...] (J.R.B.)

Eu só entrego na mão de Deus. A hora que é pra ir, vai. A hora que não é pra ir, você vai até lá e volta. Então, tem que esperar nEle. (A.S.)

Outro sentimento referido foi o de medo. E os medos são vastos: medo do diagnóstico, medo das complicações da doença, medo dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos que envolvem a trajetória do cardiopata e o **medo da morte**, por ser o coração um órgão essencial à vida.

Sabe que eu pensei que ia morrer! (E.C.C.)

A pior coisa que uma pessoa possa sentir! Porque toda pessoa tem medo da morte. Morrer, todos nós um dia vamos. (D.D.L.)

Outras reações relacionadas ao medo são a frustração e certa indiferença como produto da impotência diante da situação vivida<sup>(9)</sup>.

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos existentes para o prolongamento da vida, a morte continua um acontecimento medonho, pavoroso, um medo universal. Antigamente, a morte era encarada de maneira mais natural: as pessoas morriam “de repente”, ou quando pressentiam a própria morte, estavam em casa, cercados por seus familiares, administrando quem ficaria com o que e quais as responsabilidades de cada um<sup>(16)</sup>. Hoje ela é encarada diferentemente: o sofrimento em vida perde sentido, visto que cada vez menos se crê que ele trará alívio e futuro melhor na eternidade. A hospitalização nos últimos momentos de vida tornou-se comum; os cuidados, os equipamentos, os monitores, os procedimentos acabam por receber mais atenção pelas equipes de saúde do que os próprios seres humanos, distanciando as pessoas na hora da morte, o que a transforma em um acontecimento triste, solitário, inaceitável, assustador para muitos pacientes<sup>(16)</sup>.

## Mudanças de vida

A descoberta da doença cardíaca e o desenvolvimento de seu processo trazem ao seu portador uma nova realidade: **ser portador de uma doença crônica**:

Tem que conviver com a doença e levar assim [...] em banho-maria [...] que a gente não sabe o dia de amanhã. (M.L.)

Acho que trouxe mais realidade do que sou realista. Que a vida é uma realidade [...], uma realidade lógica, não pode ser aumentada. (J.R.B.)

Esse convívio constante com a doença é próprio de uma condição crônica de saúde, por seu caráter permanente e incurável, gerando mudanças significativas no estilo de vida, nos hábitos e até nos papéis sociais<sup>(4)</sup>. Sendo assim, para que o tratamento seja realizado com sucesso, é necessário que o paciente se perceba como alguém que enfrenta um processo crônico, pois a partir disso contribuirá consigo mesmo, aderindo muito mais ao seu tratamento.

Outro aspecto revelado foi a **modificação do estilo de vida**, que passa a ser totalmente remodelado em função das limitações físicas impostas pelo agravamento da doença. Isso pode significar até a perda da independência física para os afazeres cotidianos, sendo que alguns até relatam necessidade de um cuidador:

Trouxe mudança, bastante [...] as minhas pernas doem e me falta ar e eu fico cansada [...] vou morar no apartamento dela [filha]. Ficar perto dela, ela me cuida. (L.M.P.)

Você não é mais aquela pessoa que você era. Eu era pessoa muito saudável, pra passear, fazer as coisas, tudo às vezes sozinha [...] E agora, como hoje, não posso fazer nada [...] Acabou! [...] Falta de ar, porque [...] o coração não fica completo [...] cansa [...] muda muito. (A.S.)

As mudanças no estilo de vida do portador de uma doença crônica são significativas e podem interferir na vida social, já que aparecem limitações em relação ao trabalho ou a atividades que exijam esforço físico e disponibilidade, constituindo-se um problema para essa pessoa, que deve abandonar antigos hábitos e desenvolver outros que contribuirão para sua qualidade de vida<sup>(15)</sup>, conforme relato a seguir:

[...]eu deitava tarde, pra mim, não tinha horário, sabe? Eu exagerava nas coisas [...] Exagerava, eu comia, bebia [...] hoje em dia, não [...] Eu penso

no ambiente, pode ser até na casa de meus filhos, onde tem, por exemplo, muita bebida, eu já não freqüento, eu evito, eu saio pro lado, tomo uma água mineral com gás, ou eu tomo um gole de coca; bebida alcoólica, não. (A.D.L.)

Um aspecto diferente dos relatos acima foi apresentado por um dos entrevistados destacando um ponto positivo do convívio com a doença, que é o **despertar da consciência** para o autocuidado:

Teve uma mudança muito grande, porque antes eu não ligava [...] Agora já diagnosticou que tenho problema de coração, agora tenho que me cuidar. Não sei quanto tempo, só Deus é que sabe quanto tempo eu tenho de vida, mas tenho que me cuidar, né? Esse pouquinho que eu fico aqui, ainda dá pra fazer alguma coisa. (A.D.L.)

Esse despertar da consciência ocorre, para alguns, de forma tranqüila, como uma obediência impensada e imediata no comportamento. Contudo, para a maioria, acontece de forma dolorosa e vagarosa, após muitas crises de descompensação ou quando se está “à beira da morte”, como foi o caso do paciente acima.

Vivenciar uma situação-limite favorece o repensar de valores e desperta a vontade de mudar hábitos. Esse repensar de valores resgata o sentido da vida focalizado em si e na valorização do próprio direito de ser feliz<sup>(9)</sup>, havendo também a busca pela religião para enfrentar esta situação de adoecimento<sup>(17)</sup>. Nesse momento, a vida é vista sob nova perspectiva: as prioridades cotidianas mudam e o que passa a ser mais importante é a qualidade de vida, o que se manifesta através de um maior tempo dedicado à família e às atividades de lazer<sup>(18)</sup>. Outro fator que também contribui muito para o despertar da consciência é receber informações corretas e adequadas quanto ao diagnóstico, prognóstico e tratamento. Sabe-se que quando o paciente recebe informações precisas sobre o significado de seu diagnóstico, há um despertar para o cuidado de si, proveniente de reflexões próprias sobre os efeitos da doença em seu trabalho, dentro e fora de seu lar e em seus relacionamentos<sup>(13)</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tentativa do portador de doença cardíaca de encontrar uma explicação lógica para o aparecimento para o seu mal revelou-nos uma caminhada no processo de adoecimento que apresenta certos aspectos, como a percepção de ser doente cardíaco, os sentimentos em relação à doença e as mudanças de vida favorecidas pelas limitações ocasionadas pela enfermidade.

Para cada indivíduo a autopercepção como doente cardíaco foi distinta, e em geral esteve relacionada a um aparecimento súbito da enfermidade proveniente das complicações cardiovasculares, havendo em seus depoimentos sentimentos de preocupação, ansiedade e medo da morte. No entanto, é sabido que nesse ponto o portador de insuficiência cardíaca já convive com os sintomas há muito tempo, tentando postergar a procura de atendimento, na tentativa de negar a possibilidade de adoecer e ter de conviver com um diagnóstico pelo resto da vida.

Diante de um diagnóstico cardíaco muitos procuram auxílio na religião para resolução de conflitos e alívio do sofrimento; outros não se apegam tanto à religião, porém crêem que sua enfermidade é produto do acaso, da fatalidade, tendo de aceitar tal condição com conformismo e resignação e não podendo cumprir o percurso da vida sem este sofrer predeterminado.

Com tais considerações, acreditamos ter sido alcançado o objetivo deste trabalho, de descrever as percepções dos portadores de IC diante do seu processo de adoecimento. Dessa forma, acreditamos que este estudo contribui com os serviços de Enfermagem no sentido de auxiliar os profissionais na compreensão do processo de adoecimento crônico, tornando seu atendimento a tais pacientes mais humanizado, dinâmico e participativo.

Por fim, propomos a continuidade deste estudo, que pode servir de embasamento para o desenvolvimento de outros trabalhos relacionados às doenças crônicas e suas repercussões em seus portadores.

---

## THE CARRIES' PERCEPTIONS OF CARDIAC INSUFFICIENCY FRONT THEIR ILLNESS CHRONIC PROCESS

### ABSTRACT

This is a qualitative study realized in a specialized private hospital in cardiology in Curitiba's city. The period was of August to October of 2006. Its objective was to describe carries' perceptions of cardiac insufficiency front their

illness chronic process. The studied population was composed for 10 diagnosed carriers of this disease having, at the very least, one year. We used questionnaire and taped interview for data collect. After the authorization of the Ethics Institutional's Committee, they had been transcribed and analyzed according to technique of content analysis. Three great subjects had been raised, that are: perceiving itself sick cardiopath, the feelings in relation to the illness and the changes of life. It was observed that, in the majority of the interviewed ones, the chronic condition of health alone is perceived when cardiovascular complications and symptoms appear. The feelings that involve the discovery of the diagnosis are the concerns related to the internments, procedures, to the changes in the life habits and, mainly, to the fear of the death. The changes in the daily one of these carriers are evident, showed in the stories through fatigue, lack of air and limitations in the work. Also they relate a bigger concern about themselves, valuing more the self care and the life.

**Key words:** Chronic disease. Emotions. Life change events.

## LAS PERCEPCIONES DE LOS PORTADORES DE INSUFICIENCIA CARDIACA FRENTE A SU PROCESO DE DOLENCIA

### RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo realizado en un hospital particular especializado en cardiología en el municipio de Curitiba, en el período de agosto a octubre de 2006. Su objetivo fue describir las percepciones de los portadores de insuficiencia cardíaca frente al proceso de dolencia. La población estudiada fue compuesta de 10 portadores de dicha enfermedad diagnosticados hace por lo menos, un año. Nosotros usamos cuestionario y entrevista grabada para coleccionar los datos. Tras la autorización del Comité de Ética de la Institución, ellos fueron transcritos y analizados según la técnica de análisis de contenido. Fueron levantados tres grandes temas, que son: el percibirse enfermo cardíaco, los sentimientos con relación a la enfermedad y a los cambios de vida. Se observó que, en la mayoría de los entrevistados, la condición crónica de salud sólo es notada súbitamente, cuando surgen complicaciones cardiovasculares y exacerbación de síntomas. Los sentimientos que incluyen el descubrimiento del diagnóstico son las preocupaciones relacionadas con los internamientos, procedimientos, las cambianzas en los hábitos de vida y principalmente, con el miedo de la muerte. Los cambios en el cotidiano de esos portadores son evidentes, explicitados em los relatos a través de cansancio, falta de aire y limitaciones en el trabajo. También refieren una preocupación mayor consigo, valorando más el autocuidado y la vida.

**Palabras clave:** Enfermedad crónica; Sentimientos. Acontecimientos que cambian la vida.

### REFERÊNCIAS

1. OPAS- Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis. Secretaria de Vigilância em saúde. 2006 [acessado em 18 de ago. 2006]. Disponível em: "http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id\_area=448."
3. Woods SL, Froelicher ESS, Motzer SAU. Enfermagem em cardiologia. 4 ed. Barueri: Manole, 2005.
4. Ribeiro DS, Mantovani MF. Caminhando para a cronicidade: as representações do adoecimento em adultos com dor torácica aguda. *Cogitare Enferm* 2001 6(1): 97-104.
5. Meltzer LE, Pinneo R, Kitchell JR. Enfermagem na Unidade Coronária: Base, treinamento, prática. São Paulo: Atheneu, 2001.
6. Oliveira Junior MT, Canesin MF, Munhoz RT, Del Carlo CH, Scipioni A, Ramires JAF *et al.* Principais características clínicas de pacientes que sobrevivem 24 meses ou mais após uma hospitalização devido a descompensação cardíaca. *Arq Bras Cardiol* 2005 84 (2): 161-66.
7. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2006 [acessado em 9 out. 2006]. Disponível em: [www.saudeufpr.br](http://www.saudeufpr.br).
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
9. Mantovani MF. Sobrevivendo: o significado do adoecimento e o sentido da vida pós-ostomia. 2001. [tese de doutorado] São Paulo (SP): Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem- USP; 2001.
10. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica, v4. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
11. Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec, 1998.
12. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. *Interface- Comunicação, saúde, educação* 2005 9 (16). p. 91 - 104
13. Mariotti SR. O perfil e as representações de mulheres com alterações do papanicolau. [Dissertação de Mestrado] Curitiba (Pr): Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal do Paraná; 2006.

14. Bloch KV. Fatores de risco cardiovasculares e para o diabetes mellitus. In: Lessa, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 43-72.
15. Souza RHS. Sentimentos e percepções do cliente no pré-operatório de cirurgia cardíaca. 2004. [Dissertação de Mestrado] Curitiba (PR): Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal do Paraná; 2004.
16. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. Tradução de: Paulo Menezes. 2 ed. São Paulo: M. Fontes, 1985.
17. Correa DAM. A importância da religião na vida do ser humano doente. *Ciênc cuid saúde*. 5(1): p. 07 - 09
18. Loss E, Mantovani M.F, Souza RHS. A percepção do cardiopata frente à cirurgia cardíaca. *Cogitare Enferm* 2003; 8 (1): 65-71.

---

Endereço para correspondência: Marta Daniela Boschco. Rua Nadim Caluf, 11. Cep: 82.300-290. Bairro: Santo Inácio, Curitiba- PR. E-mail: marrtinha@yahoo.com.br.

Recebido em: 27/02/2007

Aprovado em: 24/11/2007