

SUBSÍDIOS PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES COM VALVOPATIA MITRAL

Karim Mitie Kubo¹

Roberta Cunha Rodrigues Colombo²

Maria Cecília Bueno Jayme Gallani²

Rachel Noronha³

Kubo KM, Colombo RCR, Gallani MCBJ, Noronha R. Subsídios para a assistência de enfermagem a pacientes com valvopatia mitral. Rev Latino-am Enfermagem 2001 maio; 9(3):33-42.

Este estudo teve por finalidade caracterizar o perfil do paciente valvopata mitral, identificar seu conhecimento sobre a doença e levantar as principais dificuldades enfrentadas no seu dia-a-dia. Os dados foram obtidos através de entrevista semi-estruturada aplicada a 29 pacientes atendidos no ambulatório de um hospital universitário. Os dados foram analisados através da técnica de Análise de Conteúdo. Os resultados permitiram conhecer o problema sob a perspectiva do indivíduo e de sua família, o que constitui elemento subsidiador crítico para a elaboração de uma proposta de assistência de enfermagem, com enfoque educacional.

UNITERMOS: cuidados de enfermagem, valva mitral, educação do paciente

MITRAL VALVE DYSFUNCTION: SUBSDY TO ELABORATE A PROPOSAL OF NURSING CARE FOR OUTPATIENTS

The purpose of this study was to define: the profile of patients with mitral valve dysfunction (stenosis and/or insufficiency) who were assisted at the University Outpatients' Clinic, the knowledge that these patients had concerning their disorder and the main difficulties and limitations resulting from it. The necessary data were obtained by interviewing 29 patients from November 1997 to February 1998. An analysis was conducted through the Content Analysis Technique. The results obtained helped to understand the problem under the individual's and his family's viewpoint, which helped to elaborate a nursing care program with an educational focus.

KEY WORDS: mitral valve, health education, nursing care

APORTES PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON VALVULOPATÍA MITRAL

Este estudio tuvo como finalidad caracterizar el perfil del paciente con valvulopatía mitral identificar su conocimiento sobre la enfermedad y levantar las principales dificultades enfrentadas en su día a día. Los datos fueron obtenidos a través de entrevista semi-estructurada aplicada a 29 pacientes atendidos en la consulta externa de un Hospital Universitario. Los datos fueron analizados a través de la técnica de Análisis de Contenido. Los resultados encontrados nos permitieron conocer el problema sobre la perspectiva del individuo y su familia, lo que constituyó la base para la elaboración de una propuesta de atención de enfermería con enfoque educativo.

TÉRMINOS CLAVES: válvula mitral, cuidado de enfermería, educación en salud

¹Enfermeira do Instituto do Coração (InCor) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

²Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Colaborador; ³Enfermeira, Doutor em Educação, Professor Assistente. Curso de Enfermagem da FCM-UNICAMP. E-mail: mcbjgallani@neuro.med.br

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares, no contexto da saúde mundial, destacam-se pelos seus elevados índices de morbidade e mortalidade.

No Brasil, as estatísticas que definem a magnitude do problema são estarrecedoras: 300.000 brasileiros são vítimas dessas doenças ao ano. Além de serem a maior causa de óbito em todo o país, independentemente da faixa etária, as enfermidades cardiovasculares são também as que acarretam maior ônus ao sistema de saúde⁽²⁾. Embora exista uma tendência de queda na taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, tanto em homens, como em mulheres, conforme apontam os dados de um estudo recente desenvolvido no Estado de São Paulo⁽³⁾, estas doenças ainda permanecem como a principal causa de mortalidade em nosso meio.

Neste conjunto de doenças do aparelho circulatório, embora preponderem em prevalência a doença isquêmica do coração, as doenças cerebrovasculares e a insuficiência cardíaca, encontramos também as valvopatias, principalmente aquelas de origem reumática. Na América Latina, nos locais onde há registro de febre reumática aguda, a incidência na faixa etária dos 5 aos 15 anos é, em média, 0,28 a 0,41 por 1000 – valor 3 a 4 vezes maior em relação ao encontrado nos Estados Unidos e em outros países⁽⁴⁾.

A valvopatia reumática, com destaque para o acometimento da valva mitral, permanece como a doença cardíaca mais comumente adquirida em todo o mundo e a principal causa de morte cardiovascular, durante as primeiras cinco décadas de vida, em países desenvolvidos⁽⁵⁻⁶⁾. Portanto, a valvopatia mitral, seja por estenose e/ou insuficiência, continua sendo um importante problema de saúde, apesar dos avanços obtidos na abordagem diagnóstica e terapêutica.

As diferentes disfunções do aparelho valvar mitral, apesar de possuírem suas especificidades, acabam por acarretar mudanças no estilo de vida de seus portadores, decorrentes das limitações fisiológicas, psicológicas e sociais impostas pela doença, a curto, médio e longo prazo. Estas limitações que estão relacionadas, principalmente, com atividades diárias (físicas e de trabalho)⁽⁷⁾, parecem interferir na qualidade de vida destes indivíduos.

As valvopatias crônicas cursam, na maior parte das vezes, com longos períodos de tratamento clínico e é geralmente a ineficácia da terapêutica clínica, a partir de uma determinada fase da evolução natural da doença, que determina a necessidade de intervenção cirúrgica⁽⁸⁾.

Assim, verifica-se que o período compreendido entre o diagnóstico médico de uma valvopatia mitral até a indicação de uma intervenção cirúrgica é muito variável e que durante este período o indivíduo já experimenta sintomas que podem alterar significativamente o seu estilo de vida.

A convivência com os pacientes portadores de valvopatia mitral, atendidos no Ambulatório do Serviço de Cardiologia do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC/UNICAMP), permitiu constatar que o serviço não contava com a participação efetiva do profissional de enfermagem na orientação destes pacientes, principalmente no que se refere ao auxílio a estes indivíduos na adoção de mudanças em seu estilo de vida, necessárias para adaptação às novas condições impostas pela valvopatia. Tal constatação levou-nos a refletir sobre a necessidade de uma assistência de enfermagem que fosse peculiar a esses indivíduos e os auxiliasse no processo de adaptação à doença, com melhora da sua qualidade de vida. Os recursos disponíveis na literatura para guiar o enfermeiro no cuidado de pacientes com valvopatias estão concentrados na fisiopatologia da doença, o que determina uma lacuna muito grande na compreensão global do indivíduo. Para o planejamento mais adequado dos cuidados de enfermagem, é importante considerar não apenas os aspectos fisiológicos, mas também aqueles psicológicos e sociais da doença, incluindo o significado dessa doença para o indivíduo e para aqueles com quem ele convive⁽¹⁹⁾.

O Ambulatório de Cardiologia do HC-UNICAMP atende, atualmente, um número significativo de pacientes valvopatas, aos quais pode e deve ser direcionada uma assistência de enfermagem específica. Assim, o levantamento do grau de conhecimento desses sujeitos sobre sua doença, das principais dificuldades que eles enfrentam no dia-a-dia, pareceu-nos ser o primeiro e indispensável passo a ser realizado, para que se possa dar seqüência à estruturação dessa assistência.

Desse modo, este estudo teve por OBJETIVOS: traçar o perfil dos pacientes com Estenose Mitral (EMi) e Insuficiência Mitral (IMi) atendidos no Ambulatório de Cardiologia do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (HC/UNICAMP); levantar o conhecimento do valvopata sobre sua doença e identificar as principais dificuldades enfrentadas por estes pacientes no seu cotidiano, em relação à doença e ao tratamento.

Com a finalidade de fundamentar este estudo, optamos por fazer algumas considerações com relação à etiologia, fisiopatologia, repercussões clínicas e principais intervenções terapêuticas na valvopatia mitral (estenose e insuficiência), conforme descritas a seguir: “Estenose Mitral (EMi) é a condição na qual o comprometimento da valva mitral prejudica o escoamento de sangue, do átrio esquerdo (AE) para o ventrículo esquerdo (VE), durante a diástole, devido ao espessamento dos folhetos valvares e das cordoalhas tendíneas e seu concomitante encurtamento, o que resultará na diminuição da área valvar e, conseqüentemente, aumento na pressão atrial esquerda e hipertensão pulmonar”^(7, 9-11). “A superfície valvar mitral normal varia entre 4 a 6 cm². Quando

reduz-se a aproximadamente 2 cm² a EMI pode ser classificada como estenose moderada, na qual observa-se um gradiente de pressão para que o sangue possa fluir do AE para o VE. Quando esta superfície reduz-se a 1 cm, considerado como EMI severa, há necessidade de um gradiente de pressão de aproximadamente 20 mm Hg para manter o débito cardíaco normal em repouso. O aumento na pressão atrial esquerda culminará com a elevação das pressões venosa e capilar pulmonar, ocasionando dispnéia aos esforços⁽¹²⁾. A dilatação atrial por sua vez, serve como substrato anatômico para desencadeamento da fibrilação atrial. Tal distúrbio do ritmo cardíaco é responsável por significativa debilidade hemodinâmica dos pacientes com doença valvar mitral⁽¹³⁾. “Uma pequena parcela dos pacientes (15%) relatam precordialgia, que pode ser devida à hipertensão ventricular direita; pode ocorrer também, hemoptise, como resultado da rotura das veias brônquicas, em decorrência do aumento súbito da pressão atrial. Também têm sido descritos episódios de tromboembolismo, principalmente em pacientes com fibrilação atrial⁽¹²⁾. A fibrilação atrial é conhecida como fator de risco associado ao embolismo sistêmico, quer esteja associada ou não à estenose mitral reumática, pois predispõe o átrio esquerdo à formação de trombos⁽¹⁴⁾. Nos pacientes com EMI severa e insuficiência ventricular direita, observam-se sinais de hipertensão venosa sistêmica (edema, ascite, hepatomegalia, entre outros)⁽⁹⁾. “A Insuficiência Mitral (IMi) consiste na incompetência da válvula mitral, que se torna incapaz de impedir que o sangue reflua do ventrículo esquerdo ao átrio esquerdo, durante a sístole ventricular⁽¹⁰⁾. Anormalidades em quaisquer das estruturas do aparelho valvar mitral podem causar IMi, que pode ser aguda ou crônica⁽¹²⁾. “A magnitude das anormalidades hemodinâmicas impostas às câmaras esquerdas é influenciada pela natureza crônica ou aguda do distúrbio valvar, além do estado funcional prévio do VE⁽¹⁵⁾. “Como resultado das repercussões hemodinâmicas, verifica-se aumento na pressão atrial esquerda (devido ao volume de sangue regurgitante do VE e o afluxo de sangue das veias pulmonares) e concomitante distensão atrial, o que resultará em uma contração atrial efetiva. Esta condição irá contribuir para posterior dilatação e hipertrofia do AE (mecanismo compensatório do AE). As alterações no átrio acarretam aumento do volume diastólico e pressão do VE, o que irá garantir a ejeção ventricular esquerda. Porém, o aumento do volume e pressão do VE acaba por determinar dilatação e hipertrofia desta câmara (mecanismo compensatório do VE). A compensação do quadro dependerá, portanto, da magnitude do afluxo e da complacência do AE e do VE⁽¹⁶⁾. “Na IMi aguda, a súbita sobrecarga de volume imposta ao AE, sobreposta à incapacidade

do AE e do VE dilatam-se repentinamente, determinam a elevação da pressão venosa pulmonar ocasionando congestão pulmonar, dispnéia e freqüentemente edema agudo de pulmão⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, podendo evoluir para choque cardiogênico⁽¹⁷⁾. “As repercussões clínicas na IMi crônica ocorrem tardiamente, ao compararmos com a EMI, sendo típico um longo período assintomático. Apesar de tardia, estas podem evoluir gradativamente, em decorrência das alterações hemodinâmicas que contribuem para a deterioração silenciosa da função ventricular esquerda⁽¹⁷⁾.

METODOLOGIA

O trabalho* foi desenvolvido no Ambulatório de Cardiologia do HC/UNICAMP, que organiza o atendimento aos pacientes, de acordo com as subespecialidades da Cardiologia. Sendo assim, os portadores de valvopatia são atendidos às sextas-feiras, no período da manhã.

A amostra do estudo foi constituída por 29 pacientes, portadores de estenose e/ou insuficiência mitral, atendidos no referido serviço, no período de novembro de 1997 a fevereiro de 1998, verbalmente comunicativos, maiores de dezoito anos e que concordaram (consentimento informado) em participar da pesquisa. Os dados foram obtidos através de entrevista com o paciente e consulta ao prontuário hospitalar para levantamento de dados clínicos pertinentes.

Para verificar a validade do instrumento de coleta de dados, foi realizado um teste piloto envolvendo dez pacientes, procedendo-se a algumas alterações necessárias à sua melhor adequação.

Os itens fechados foram analisados de modo quantitativo e seus resultados expressos em números absolutos e percentuais; as questões abertas foram analisadas utilizando-se o método de Análise de Conteúdo⁽¹⁾. Este tipo de análise tem por objetivo “compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas⁽¹⁸⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à caracterização do grupo estudado, encontramos predomínio do sexo feminino (93,1%), com a idade média de 40,3 anos (21 a 59 anos). A idade na qual surgem os sintomas de distúrbio valvar pode ser um indicativo da natureza do

* Projeto de Pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, em cumprimento à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (diário oficial da União – Ministério da Saúde, 23.9.1997)

distúrbio⁽¹⁹⁾. Dessa forma, quando o indivíduo apresenta idade inferior a 30 anos, a causa é provavelmente congênita; na faixa de idade de 30-70 anos, a valvopatia é provavelmente devida à doença cardíaca reumática, que afeta mais freqüentemente a valva mitral. Acima dos 70 anos a causa mais freqüente é a calcificação dos folhetos valvares. Antecedentes de febre reumática foram relatados por 16 pacientes (55,2%), dados corroborados pela consulta ao prontuário.

Quanto à procedência, 17 pacientes (58,6%) eram da cidade de Campinas e região administrativa e 12 (41,4%) procedentes de outras localidades. A maioria dos pacientes (79,3%) possuía o primeiro grau incompleto, 10,3% eram analfabetos, 6,9% possuíam primeiro grau completo e apenas 3,4% apresentavam o segundo grau completo. A renda familiar apresentou significativa concentração (44,8%) na faixa de 3-6 salários-mínimos; 37,9% informaram renda inferior a três salários-mínimos; 10,3% entre 6-10 salários-mínimos e 6,9% superior a 10 salários-mínimos.

Com relação à ocupação, a maioria (79,3%) apresentava algum tipo de atividade profissional, previamente ao diagnóstico de valvopatia e 6 pacientes (20,7%) eram inativos, porém verificou-se que houve um aumento do número de pacientes que deixaram de exercer a sua atividade profissional após o diagnóstico da valvopatia, o que implicou no maior número de pessoas na categoria dos que não trabalham (de 20,7 para 58,6%).

Quanto ao diagnóstico da doença valvar, 14 pacientes (48,3%) possuíam dupla lesão (estenose e insuficiência mitral); 9 (31%) possuíam insuficiência mitral e 6 (20,7%), estenose mitral.

Com relação ao tipo de tratamento realizado, 15 pacientes (51,7%) encontravam-se em tratamento clínico, porém já tendo realizado algum tipo de tratamento cirúrgico e 14 pacientes (48,3%) encontravam-se apenas sob tratamento clínico.

Dos que se submeteram a algum tipo de intervenção cirúrgica, cinco (33,2%) tinham realizado comissurotomia e plastia mitral simultaneamente; quatro pacientes (26,7%) submetidos somente a comissurotomia mitral; quatro (26,7%), plastia mitral; um (6,7%) troca de válvula mitral, não havendo registro sobre o tipo de procedimento a que havia sido submetido um paciente (6,7%). Destacamos, que a maior parte das intervenções cirúrgicas foram realizadas após o ano de 1990 (86,7%).

Ao avaliarmos o conhecimento dos pacientes sobre sua doença, constatamos que todos os entrevistados citaram aspectos relacionados à categoria denominada de *representação de sua doença*, como mostra a Tabela 1.

A *representação da doença* refere-se ao modo como o sujeito sente, percebe e/ou define o que acontece consigo. Estas

definições são diferentes, mas nota-se que há semelhanças entre algumas. Neste sentido, a maioria dos pacientes (93,1%) percebe o coração funcionando como uma máquina, que possui uma função mecânica e que, se comprometida, acarretará o mau funcionamento do órgão. Portanto, estes pacientes trazem no seu discurso o termo "entupimento da válvula do coração" o qual compromete a circulação do sangue.

Outros definem a doença em termos da forma como é tratada. Assim, referem-se ao tratamento, principalmente à intervenção cirúrgica, salientando a necessidade ou não de troca da válvula comprometida. Com menor freqüência, surge a questão da repercussão da doença em suas vidas. Estes pacientes relacionam a doença à sintomatologia causada pela doença, que por sua vez interfere no seu estilo de vida.

Tabela 1 - Distribuição da freqüência da população estudada, quanto ao conhecimento sobre sua doença, segundo as categorias temáticas, com exemplos, Campinas-SP, 1998

CATEGORIAS TEMÁTICAS	FA ¹	FR ²
CORAÇÃO COMO UMA MÁQUINA NÃO FUNCIONANTE		
<i>... há 17 anos que tenho veia entupida. O Dr. Disse que os exames mostraram veia entupida...</i>		
<i>... tenho problema na válvula. Em vez de jogar o sangue para fora, joga para dentro... válvula perdeu sua função mecânica ... caso irreversível...</i>	27	93,1
RELAÇÃO DA DOENÇA COM A NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO		
<i>... tinha que fazer cirurgia. Foi feita correção, não foi trocada a válvula...</i>	12	41,4
<i>... há muitos anos quando estava com problema, fui operada (pus uma válvula mitral)...</i>		
REPERCUSSÃO DA DOENÇA NA VIDA DO SUJEITO		
<i>... ai dava falta de ar, não dava para andar, trabalhar...</i>		
<i>... chegou a sair sangue na boca quando fiquei grávida. Fiquei com gravidez de alto risco...</i>	7	24,1
INCAPACIDADE DE DEFINIR O QUE TEM		
<i>... fiquei ruim de repente ... então nem sei o que tenho...</i>		
<i>... não sei direito se é um sopro no coração, febre reumática...</i>	2	6,9

¹ Freqüência absoluta ² Freqüência relativa: do nº de FA, em relação aos 29 pacientes

Obs: Cada paciente pode ter apontado mais de uma categoria

Ao indagarmos sobre as orientações recebidas sobre a doença, 19 pacientes (65,5%) do total de entrevistados informaram ter recebido orientações específicas sobre sua doença. Dentre as orientações mais apontadas destacou-se a categoria que denominamos de *cuidados decorrentes da existência da doença* (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição da frequência das respostas dos 19 pacientes que receberam orientações sobre sua doença, segundo as categorias temáticas, com exemplos, Campinas-SP, 1998

CATEGORIAS TEMÁTICAS	FA ¹	FR ²
MANUTENÇÃO DO ESTILO DE VIDA		
... <i>pode ter vida normal...</i>	6	31,6
... <i>pode comer e fazer de tudo (até carpir)...</i>		
IMPORTÂNCIA DA ADEÇÃO À CONDUTA TERAPÊUTICA		
... <i>continuar o tratamento porque daqui 1 a 2 anos preciso fazer outra cirurgia...</i>		
... <i>tomar certo os medicamentos. Se demorar muito a cirurgia, uma das partes que está inchada pode atuar sobre a outra. Ai o músculo pode ser afetado...</i>	15	78,9
CUIDADOS DECORRENTES DA EXISTÊNCIA DA DOENÇA		
... <i>não fazer muito esforço ... me cuidar durante 1 ano para não correr o risco de engravidar de novo...</i>	16	84,2
... <i>dentes em dia pra evitar complicação...</i>		

¹ Frequência absoluta ² Frequência relativa: do nº de FA, em relação aos 29 pacientes
Obs: Cada paciente pode ter apontado mais de uma categoria

Em relação ao profissional que forneceu estas orientações, verificamos que a totalidade dos pacientes foram orientados pelos médicos, o que nos mostra a necessidade de uma atuação mais efetiva do enfermeiro na educação de pacientes portadores de valvopatias.

Para que a atuação de enfermagem seja efetiva, junto aos pacientes portadores de distúrbios valvares, é necessário que o profissional procure adotar uma abordagem de saúde mais abrangente, que envolva a perspectiva do paciente sobre sua saúde. Buscar a compreensão do que significa para o indivíduo ter uma doença valvar e conhecer como ele e sua família respondem à doença, como sentem, abordam e adaptam-se aos sintomas, constitui uma visão profunda do cuidado de enfermagem a pacientes valvopatas⁽¹⁹⁾.

Portanto, a questão do que significa viver com uma valvopatia, as mudanças que a doença provavelmente acarreta no estilo de vida de seus portadores e, conseqüentemente, os mecanismos de enfrentamento lançados pelos indivíduos que vivem estas mudanças, devem fazer parte das investigações de enfermagem destinadas à melhoria da qualidade da assistência prestada a estes pacientes.

Ao questionarmos se as orientações fornecidas eram seguidas pelos pacientes, verificamos que dos 19 pacientes (65,5%) que receberam informações, 17 (89,5%) responderam que seguiam-nas. Os dois pacientes (10,5%) que relataram não seguir as recomendações, referiram que a falta de adesão devia-se às condições de trabalho que, em parte, envolviam a realização de atividades com demanda de esforço físico, os colocava em desacordo com a suposta recomendação médica de evitar esforço físico excessivo.

Ao avaliarmos o desejo do grupo estudado em receber

outras orientações sobre a doença e/ou tratamento, verificamos que 24 pacientes (82,8%) gostariam de receber informações adicionais sobre sua doença e tratamento, de acordo com as categorias mostradas na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição da frequência dos 24 pacientes que especificaram quais as orientações que gostariam de receber sobre sua doença ou tratamento, segundo as categorias temáticas, com exemplos, Campinas-SP, 1998

CATEGORIAS TEMÁTICAS	FA ¹	FR ²
ADIÇÃO DE ELEMENTOS PARA CONSTRUIR MELHOR SUA REPRESENTAÇÃO DA DOENÇA E DO SEU ESTADO DE SAÚDE		
... <i>por que tenho esse problema? Como começa a doença? E essa dor que sinto? A doença é hereditária?...</i>	13	54,2
... <i>o que é ao certo minha doença...</i>		
COMO A DOENÇA INFLUIRÁ NA SUA VIDA		
... <i>o que posso fazer de atividade porque não sei ficar parada ... se eu trabalhar numa fábrica, será que se eu esforcasse eu poderia ter problema?...</i>	10	41,7
... <i>o que posso comer? Como de tudo mas acho que alguma coisa não me faz bem. Orientações Quanto ao esforço...</i>		
RELAÇÃO DA DOENÇA COM A NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO		
... <i>sobre a cirurgia que provavelmente vou fazer...</i>		
... <i>detalhadamente daqui a Quanto tempo vou ter que operar...</i>	7	29,2
RELAÇÃO DA DOENÇA COM A NECESSIDADE DE PREVENÇÃO		
... <i>cuidados para prevenir...</i>		
... <i>como prevenir para evitar de Ter novos casos na família...</i>	2	8,3

¹ Frequência absoluta ² Frequência relativa: do nº de FA, em relação aos 29 pacientes
Obs: Cada paciente pode ter apontado mais de uma categoria

No planejamento das atividades educativas, a serem realizadas com a clientela, é essencial que os profissionais considerem as características da população (culturais, socioeconômicas) e suas necessidades. É fundamental que a construção do conhecimento nas práticas educativas se dê a partir daquilo que os pacientes já sabem, constituindo-se numa relação de troca entre profissionais/clientela, o que pode facilitar a formação de vínculos⁽²⁰⁾.

A despeito do conhecimento que o enfermeiro traz em sua bagagem — do que seja a doença, quais são suas repercussões clínicas e alguns cuidados básicos que recomenda-se sejam tomados pelos indivíduos acometidos por esta ou outra afecção — é imperativo que se busque conhecer o que o indivíduo reconhece como importante para que possa, a partir da construção de um novo conhecimento, redirecionar sua vida. Assim, no grupo estudado, constatamos a necessidade de conhecimento sobre a própria doença e principalmente, o modo como ela implicará em sua vida. O

aparecimento desta questão direciona o enfermeiro a uma nova busca, a de conhecimento em maior profundidade do estilo de vida de cada indivíduo, pois o reconhecimento das implicações da doença sobre a vida do sujeito, só é possível a partir da constatação de como a pessoa vive.

Dentre os cinco pacientes (17,2%) que referiram preferir não receber orientações adicionais sobre sua doença e tratamento, constatamos que os aspectos relacionados à *afetividade* foram os mais significativos, como mostra a Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição da frequência dos 5 pacientes que não desejavam orientações adicionais sobre sua doença ou tratamento, segundo as categorias temáticas, com exemplos, Campinas-SP, 1998

CATEGORIAS TEMÁTICAS	FA ¹	FR ²
AFETIVIDADE/MEDO		
... <i>tenho medo de perguntar...</i>		
... <i>sou complexada, tenho muito medo. Se ficar sabendo das coisas fico mais apavorada...</i>	2	40
AFETIVIDADE/NEGAÇÃO		
... <i>porque acho que eu já sei o que deveria saber...</i>		
... <i>já sei mais ou menos de tudo...</i>	4	80
... <i>não tenho muita curiosidade para saber...</i>		
... <i>porque prefiro ficar mais em oculto...</i>		

¹ Frequência absoluta ² Frequência relativa: do nº de FA, em relação aos 29 pacientes
 Obs: Cada paciente pode ter apontado mais de uma categoria

“Há no inconsciente de todo ser humano terror à aniquilação da vida, denominada de angústia primária, cuja origem é a percepção da atuação do instinto de morte no organismo”⁽²¹⁾. Portanto, diante de uma situação que envolve ameaça à vida a pessoa experimenta um sentimento de angústia que dependendo da magnitude, poderá desencadear reações protetoras ou, quando em excesso levar a uma paralisção frente à situação vivida. Dessa forma, o paciente que sofre de cardiopatia é constantemente colocado em confronto com a intensificação da angústia de morte, uma vez que o “coração representa o motor da vida” podendo levar à mobilização de intensas defesas (entre elas a negação da doença) que visam a proteção contra a angústia aniquiladora. Podem ocorrer várias possibilidades de reações emocionais, sendo que aqueles que toleram a realidade da constatação da cardiopatia, terão que se adaptar aos novos limites impostos pela doença havendo, portanto, sempre algum grau de ajuste emocional.

Em relação, especificamente, aos pacientes portadores de valvopatia, a necessidade de entrar em contato com a doença, comprometer-se com o tratamento e a possibilidade de submeter-se a uma intervenção cirúrgica torna o paciente valvopata temeroso, sendo incontestável a mobilização de profundas emoções, acompanhada pela negação da doença. Portanto, é recomendado um acompanhamento psicoterápico, principalmente para aqueles que irão submeter-se a uma intervenção cirúrgica, para auxiliar na adaptação à nova situação⁽²²⁾.

Em relação à alteração no estilo de vida em decorrência da presença da valvopatia, encontramos no grupo estudado 23 pacientes (79,3%) que referiram modificação em suas vidas em decorrência da doença. A categorização das modificações relatadas por estes pacientes está colocada na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição da frequência dos 23 pacientes que citam as modificações em suas vidas em decorrência da valvopatia, segundo as categorias temáticas, com exemplos, Campinas-SP, 1998

CATEGORIAS TEMÁTICAS	FA ¹	FR ²
MODIFICAÇÃO DA POTÊNCIA DE AÇÃO		
... <i>mudou o jeito de viver, não é mais como antes, não posso fazer esforços, estou mais limitada...</i>	16	69,6
... <i>diminui minha atividade, sinto-me limitada por se portadora de uma doença.</i>		
MUDANÇA NA AFETIVIDADE		
... <i>psicologicamente, muito nervosismo, chorosa, fiquei, tornei-me uma pessoa carente, parece que virou depressão...</i>	11	47,8
... <i>angústia, não somos mais como as outras pessoas...</i>		
... <i>faço as coisas sempre com medo...</i>		
... <i>não sinto ânimo para nada...</i>		

¹ Frequência absoluta ² Frequência relativa: do nº de FA, em relação aos 29 pacientes
 Obs: Cada paciente pode ter apontado mais de uma categoria

Quanto à categoria *modificação da potência de ação* do total de 23 pacientes entrevistados, 65% apresentavam modificação em suas vidas, percebendo-se mudanças de comportamento, principalmente com relação ao trabalho e às atividades físicas. Os dados mostraram nitidamente o reconhecimento da limitação causada pela valvopatia⁽⁷⁾.

Destaca-se, no entanto, o número significativo de pacientes, em nosso estudo (47,8%) que referiram alterações no âmbito da *afetividade*, o que mostra a importância das modificações em nível emocional sofridas pelos pacientes valvopatas.

Convém ressaltar que as alterações relacionadas à categoria *afetividade* podem ainda ser explicadas, pelo fato de um grande número de pacientes desta população (51,7%) ter sofrido algum tipo de intervenção cirúrgica.

O ajustamento psicológico do indivíduo após uma intervenção cirúrgica cardíaca é lento e difícil. Em um estudo que envolveu 118 pacientes submetidos a tratamento cirúrgico, avaliados um ano após a intervenção, foi observado que em conjunto com a melhora das condições físicas proporcionadas pela intervenção cirúrgica houve melhora relacionada a fatores psicológicos em 75% dos pacientes. Porém, 25% dos pacientes evoluíram com persistência e/ou surgimento de novos fatores psicológicos considerados geradores de estresse. Dessa forma, a qualidade de vida de uma parcela destes pacientes permaneceu similar àquela que possuíam previamente ao procedimento cirúrgico⁽²³⁾.

Os pacientes cardiopatas são colocados em confronto com

uma intensificação da angústia de morte, uma vez que o coração "representa o motor da vida"⁽²¹⁾.

Em estudo comparativo⁽²²⁾ com o objetivo de avaliar as reações emocionais e as alterações da imagem corporal, da auto-estima e autoconceito em pacientes coronariopatas e valvopatas que aguardavam tratamento cirúrgico através de entrevista e o emprego da técnica de desenho da Figura Humana de Machover, os pacientes de ambos os grupos apresentavam dificuldade para lidar com mudanças no estilo de vida, causadas pela doença e tratamento.

Tais dados reforçam a importância de considerar, no planejamento da assistência de enfermagem, uma abordagem que contemple os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais do paciente valvopata.

A associação do conhecimento da fisiopatologia da doença, com a compreensão de como o paciente e família percebem a situação de doença, contribuirá para que o enfermeiro e/ou a equipe de saúde possam ajudá-los na adaptação às mudanças impostas pela valvopatia, independente do tipo de tratamento realizado (clínico e/ou cirúrgico).

Ao avaliarmos os dados referentes à modificação na vida após tratamento da doença, verificamos que dos 22 pacientes que referiram modificação em suas vidas, a maioria (77,3%) citou aspectos relacionados à modificação da sintomatologia, referindo em suas falas uma melhora em seu quadro clínico (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da frequência dos 22 pacientes que citaram as modificações em suas vidas após o tratamento da doença, segundo as categorias temáticas, com exemplos, Campinas-SP, 1998

CATEGORIAS TEMÁTICAS	N	%
MODIFICAÇÕES RELACIONADAS À SINTOMATOLOGIA		
<i>... a cirurgia mudou para melhor e não me sinto como antes: falta de ar, peso do lado esquerdo, cansaço...</i>		
<i>... antes, precisava sentar várias vezes para varrer. Agora não preciso mais. Depois do tratamento médico, melhorei do nervoso...</i>	17	77,3
MODIFICAÇÕES RELACIONADAS AO HÁBITO ALIMENTAR		
<i>... antes não me alimentava. Agora, estou me alimentando melhor...</i>	3	13,6
<i>... engordei seis quilos...</i>		
MODIFICAÇÕES RELACIONADAS À ATIVIDADES FÍSICAS E DE TRABALHO		
<i>... diminuição da atividade...</i>	2	5,1
<i>... parei de trabalhar, aposentei...</i>		
TOTAL	22	100

A Tabela 7, a seguir, mostra que, dentre os sete pacientes (24,1%) que referiram não haver nenhuma modificação em suas vidas após o tratamento médico, os motivos mais citados para tal

relato foram: a inalteração nas atividades de trabalho e inalteração na sintomatologia, ambos com percentual de 42,9%.

Tabela 7 - Distribuição da frequência dos 7 pacientes que negaram modificação em suas vidas após o tratamento da doença, segundo as categorias temáticas, com exemplos, Campinas-SP, 1998

CATEGORIAS TEMÁTICAS	FA ¹	FR ²
INALTERAÇÃO NAS ATIVIDADES DE TRABALHO		
<i>... trabalho normalmente...</i>		
<i>... sempre trabalhei, só que agora me sinto mais cansada...</i>	3	42,9
<i>... ficou do mesmo jeito. Emprego é coisa difícil de arrumar...</i>		
INALTERAÇÃO NA SINTOMATOLOGIA		
<i>... continuo com dor, se eu ficar sem o remédio, voltam os sintomas.</i>		
<i>... melhorou os sintomas após a cirurgia, mas agora está voltando...</i>	3	42,9
ACEITAÇÃO DA DOENÇA		
<i>... porque para mim foi normal.</i>	1	14,3
TRATAMENTO RECENTE		
<i>... ainda está recente... estou ainda amedrontada com a volta dos sintomas...</i>	1	14,3

¹ Frequência absoluta ² Frequência relativa: do nº de FA, em relação aos 29 pacientes
Obs: Cada paciente pode ter apontado mais de uma categoria

Em relação às limitações para realizar atividades de trabalho, domésticas ou de lazer, 25 pacientes (86,2%) responderam sentir-se limitados no desempenho destas atividades. As atividades nas quais sentiram-se mais limitados foram relacionadas à atividade física, como mostra a Tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição da frequência das respostas dos 25 pacientes em relação às atividades que acarretam limitações, segundo as categorias temáticas, com exemplos, Campinas-SP, 1998

CATEGORIAS TEMÁTICAS	FA ¹	FR ²
ATIVIDADE FÍSICA		
<i>... andar muito tanto no plano como na subida...</i>		
<i>... subir morro...</i>	20	80
<i>... correr... andar depressa...</i>		
TAREFAS COTIDIANAS E ATIVIDADES DE LAZER		
<i>... esfregar o banheiro, lavar o Quintal...</i>		
<i>... não posso mais apitar jogo de futebol...</i>	17	68
<i>... pagar peso...</i>		

¹ Frequência absoluta ² Frequência relativa: do nº de FA, em relação aos 29 pacientes
Obs: Cada paciente pode ter apontado mais de uma categoria

As limitações citadas pelos pacientes, tanto para o desenvolvimento das atividades físicas como para as cotidianas, incluindo as atividades domésticas e de lazer, relacionaram-se à presença de sintomatologia como: taquicardia, dispnéia, fadiga, sudorese, dor torácica, escurecimento da visão, extremidades frias e enfraquecimento das pernas.

Os resultados descritos acima nos levam a considerar que estas limitações possivelmente prejudicam o desenvolvimento de

atividades físicas do tipo aeróbica regular (nadar, caminhar, pedalar, etc.). Dessa forma, 22 pacientes (75,9%) não desenvolviam qualquer atividade física deste tipo. Dos sete pacientes (24,1%) que realizavam atividade aeróbica, aquela que mais se destacou foi a caminhada, citada por quatro pacientes.

As limitações impostas pela doença levam à diminuição de atividades físicas diárias⁽⁷⁾. Os pacientes valvopatas têm dificuldades em monitorizar e reconhecer os sinais de fadiga principalmente no início da doença, além de tender a subestimar a energia requerida pelas atividades diárias, e acrescenta que o problema na verdade pode estar não no estabelecimento de limites, mas ligado ao sentimento de invalidez decorrente do "estar doente"⁽¹⁹⁾.

Dados recentes, oriundos do European Heart Failure Training Group⁽²⁴⁾, demonstraram, ao contrário, que pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva, classificação funcional I, II e III, desde que estáveis, podem obter benefícios substanciais a partir de programas de condicionamento, nos quais são submetidos a sessões freqüentes e regulares de atividade aeróbica, por determinado período de tempo, sem maiores efeitos colaterais. Um aumento, mesmo que modesto, em sua capacidade de realizar exercício pode melhorar significativamente sua capacidade para tarefas diárias.

O consenso sobre conduta em valvopatia, publicado em 1996⁽⁸⁾, propõe a introdução lenta e progressiva da atividade física após atingir-se a estabilidade clínica. Vale destacar que durante a fase de descompensação, o repouso é recomendado. A característica do exercício a ser prescrito, segundo os autores desse consenso, estaria pautada na avaliação da área valvar, ritmo cardíaco e pressão de pico na artéria pulmonar, em repouso ou exercício. Assim, a presença de área valvar menor que 1,4 cm², alteração do ritmo cardíaco (com fibrilação atrial) e do pico de pressão na artéria pulmonar maior que 50 mmHg como fatores isolados ou concomitantes levam à indicação de alguma limitação da atividade física, embora a proibição irrestrita seja indicada apenas nos casos em que a área valvar é menor que 1,1 cm² ou encontra-se entre 1,1 e 1,4 cm², porém associada a alteração do ritmo cardíaco e pressão de pico na artéria pulmonar maior que 80 mmHg durante o exercício, no caso da estenose mitral. Na insuficiência mitral, a proibição baseia-se no ritmo cardíaco, tamanho e função ventricular.

Utilizando os resultados do ecocardiograma e do cateterismo cardíaco (últimos resultados registrados no prontuário hospitalar) dos pacientes que compuseram a amostra deste estudo, realizamos a distribuição destes, segundo as recomendações sobre prática de atividade esportiva proposta pelo consenso acima citado⁽⁸⁾, como mostram as Tabelas 9 e 10.

Observa-se nas Tabelas 9 e 10 que um grande número de pacientes⁽¹⁷⁾ possuía permissão irrestrita para o exercício de atividade física e que, dentre os demais, apenas dois teriam proibição irrestrita.

Tabela 9 - Distribuição dos 17 pacientes com diagnóstico de estenose mitral*, de acordo com a prática esportiva mais indicada⁽⁸⁾. Campinas-SP, 1998

ÁREA VALVAR/RITMO CARDÍACO/ GRADIENTE DE PRESSÃO VALVAR		N	%
AVM** > 1,5 cm ² , ritmo sinusal, pressão de pico na artéria pulmonar < 50 mmHg.	Permissão irrestrita	8	47
AVM > 1,5 cm ² , em fibrilação atrial, pressão de pico na artéria pulmonar < 50 mmHg em repouso ou em exercício.	Permissão para atividade isométrica baixa e moderada e isotônica baixa.	2	11,8
AVM > 1,5 cm ² , em ritmo sinusal ou fibrilação atrial, pressão de pico na artéria pulmonar de 50-80 mmHg em repouso ou em exercício.	Permissão para atividade isométrica baixa e moderada e isotônica baixa.	4	23,5
AVM > 1,1-1,4 cm ² em ritmo sinusal ou fibrilação atrial, pressão de pico na artéria pulmonar < 50 mmHg em repouso ou em exercício.	Permissão para atividade isométrica baixa e moderada e isotônica moderada.	1	5,9
AVM > 1,1-1,4 cm ² em ritmo sinusal ou fibrilação atrial, pressão de pico na artéria pulmonar de 50-80 mmHg.	Permissão para atividade isométrica baixa e moderada e isotônica baixa.	-	-
AVM > 1,1-1,4 cm ² em ritmo sinusal ou fibrilação atrial, pressão de pico na artéria pulmonar > 80 mmHg durante exercício.	Proibição irrestrita	2	11,8
AVM < 1,1 cm ²	Proibição irrestrita	-	-
TOTAL		17	100

* Foram considerados os pacientes com diagnóstico **predominante** de Estenose Mitral

** Área valvar mitral (AVM)

Tabela 10 - Distribuição dos 11 pacientes com insuficiência mitral* quanto às recomendações sobre prática de atividade esportiva, de acordo com função ventricular esquerda e ritmo cardíaco**

RÍTMO CARDÍACO/TAMANHO E FUNÇÃO DE VE		N ₁	N ₂
Ritmo sinusal com tamanho e função VE*** normais.	Permissão irrestrita.	9	81,8
Ritmo sinusal ou fibrilação atrial com aumento VE discreto e função normal.	Permissão para atividade isométrica baixa e moderada e isotônica baixa e moderada.	2	18,2
Aumento VE definido ou qualquer grau de disfunção VE em repouso.	Proibição irrestrita	-	-
TOTAL		11	100

* Foram considerados os pacientes com diagnóstico **predominante** de Insuficiência Mitral

**.. de acordo com o consenso sobre conduta em valvopatia⁽⁸⁾

***VE (ventrículo esquerdo)

N₁: número de indivíduos da população estudada, incluídos nessa categoria

N₂: número de indivíduos da categoria que efetivamente realizavam a atividade permitida

Ao analisarmos a informação sobre a atividade sexual dos pacientes, encontramos que do total de pacientes, seis (20,7%) negaram possuir atividade sexual. Aqueles que possuíam atividade sexual foram indagados quanto à presença de limitações durante a relação sexual. Constatamos que dos 23 pacientes que possuíam atividade sexual, 17 (73,9%) apresentavam limitações no intercurso das relações, que foram atribuídas à sintomatologia decorrente da doença sendo citado principalmente, o cansaço e a dispnéia (52,9 e 64,7%, respectivamente).

CONCLUSÕES

No grupo estudado predominou o sexo feminino, com idade média de 40,3 anos, em sua maioria procedentes da cidade de Campinas-SP, com primeiro grau incompleto e que possuíam atividade profissional antes da manifestação da doença. Quanto ao tratamento médico da valvopatia, 51,7% dos pacientes haviam sido submetidos à cirurgia e encontravam-se em tratamento clínico, junto com os demais.

Os pacientes estudados demonstraram conhecimento sobre a doença, percebendo-a pelo funcionamento do coração, forma de tratamento e repercussão da doença em suas vidas.

A maioria dos pacientes (89,5%) reportou adesão ao tratamento e gostaria de receber mais informações sobre a doença e tratamento.

A valvopatia modificou o estilo de vida da maioria dos pacientes, em geral, com repercussões negativas, principalmente no âmbito da afetividade e de atividades físicas, atenuadas após a instituição do tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da literatura sobre a assistência de enfermagem ao paciente portador de valvopatia mitral voltar-se, em especial, aos cuidados na fase aguda da doença é necessário considerar as profundas modificações por ela imposta, a longo prazo, na vida destas pessoas.

As mudanças no estilo de vida a partir de determinada fase da doença são tão intensas, que demandam; por parte daqueles que com ela convivem, o desenvolvimento de mecanismos de adaptação biológica, psicológica e social.

Sendo assim, procurar identificar junto ao paciente valvopata, o que sabe sobre sua doença, o que para ele significa adoecer do coração, qual a sua perspectiva e de sua família sobre o problema e, principalmente, como ele convive com as novas condições impostas pela doença é fundamental para elaboração de qualquer estratégia educacional, que vise atingir o paciente na comunidade e, desta forma contribuir para a manutenção ou melhoria de sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (Portugal): Edições 70; 1977.
2. Lotufo PA. Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico. RSCESP 1996; 6(5):541-7.
3. Lotufo PA, Lolio CA. Tendências de evolução da mortalidade por doenças cardiovasculares: o caso do Estado de São Paulo. In: Monteiro CA, organizador. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo (SP): Hucitec-NUPENS/USP; 1995.
4. Gus I, Zaslavsky C, Seger JMP, Machado RS. Epidemiologia da febre reumática: estudo local. Arq Bras Cardiol 1995; 65(4):321-5.
5. Eisenberg MJ. Rheumatic heart disease in the developing world: prevalence, prevention and control. Eur Heart J 1993; 14:122-8.
6. Vasan RS, Shirivastava S, Vijayakumar M, Narang R, Lister BC, Narula J. Echocardiographic evaluation of patients with acute rheumatic fever and rheumatic carditis. Circulation 1996; 94(1):73-82.
7. Guimarães GCQCP, Vianna LAC. Características do paciente valvopata com diagnóstico de excesso de líquido e déficit de conhecimento sobre a doença. RSCESP 1993; 3(4 Supl A):5-8.
8. Grinberg M, coordenador Consenso sobre conduta em valvopatia. RSCESP 1996; 6(3):378-90.
9. Décourt LV, Pileggi F. organizadores Valvopatias cardíacas. In: Gonçalves EL et al, editores. Manual de clínica médica. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 1980. p.755-65.
10. Carulla VF. Enfermidades do coração. In: Domarus, AV Medicina interna. 10ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1985. p.466-500.
11. Carter L, Lamerton, M. Understanding balloon mitral valvuloplasty: the Inoue technique. Intensive Critical Care Nurs 1996; 12:147-54.
12. Braunwald E. Valvular heart disease. In: Braunwald, E. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 4ª ed. Philadelphia: W. B. Saunders; 1992. p.1007-77.
13. Kosakai Y, Kawaguchi AT, Isobe F, Sasako Y, Nakano K, Eishi K et al. Cox maze procedure for chronic atrial fibrillation associated with mitral valve disease. J Thorac Cardiovasc Surg 1994; 108(6):1049-55.

14. Lin JM, Hsu KL, Hwang JJ, Li YH, Tseng YZ. Interference of mitral valve stenosis with left ventricular diastole and left atrial appendage flow. *Cardiology* 1996; 87:537-44.
15. Rackley CE. Valvulopatias cardíacas. In: Wyngaarden JB, Smith LH, editores. *Tratado de medicina interna*. 19ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1993. p.331-5.
16. Couto AA de, Oliveira GMMO, Costa CLP, Magalhães CK, Garce, CMF. Avanços em clínica cardiológica parte 3 - insuficiência mitral crônica. *Arq Bras Med* 1994; 68(5):299-301.
17. Dallan LAO, Oliveira SAO, Atik F, Abreu CACF, Dias AR, Jatene FB et al. Insuficiência valvar mitral isquêmica. Incidência, diagnóstico e tratamento cirúrgico. *Arq Bras Cardiol* 1994; 62(5):329-36.
18. Chizzotti A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. São Paulo (SP): Ed. Cortez; 1991.
19. King KM. Valve disorder: theoretical and practical nursing perspectives. *CICN* 1994;5(1):13-7.
20. Cocco MIM. Projeto: Práticas educativas em saúde- possibilidades na construção da cidadania. Projeto de pesquisa em andamento, sem financiamento, FCM-UNICAMP 2001.
21. Svartman B. Adoecer do coração: visão psicanalítica. *RSCESP* 1994; 4(1 Supl A):5-8.
22. Pires CA, Sharovsky LL, Romano BW. Coronariopatas e valvopatas: impacto emocional da cirurgia cardíaca. Estudo comparativo. *RSCESP* 1994; 4(5 Supl A):1-7.
23. Magni G, Unger HP, Valfre C, Polesel E, Cesari F, Rizzardo R et al. Psychosocial outcome one year after heart surgery: a prospective study. *Arch Intern Med* 1987; 147:473-7.
24. European Heart Failure Trainig Group. Experience from controled trials of physical training in chronic heart failure. Protocol and patient factors in effectiveness in the improvement in exercise tolerance. *Eur Heart J* 1998; 19:466-75.