

RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DE IDOSOS NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

BEHAVIORAL RESPONSES AND STRATEGIES FOR THE AGE OF ELDERLY PERSONS IN THE HEART FAILURE TREATMENT

RESPUESTAS COMPORTAMENTALES Y ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO DE ANCIANOS EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA

Maíra Costa Ferreira¹
Larissa Chaves Pedreira²
Monaliza Lemos Souza³
Cláudia Fernanda Trindade Silva⁴
Juliana Bezerra do Amaral⁵
Lélia Mendes Sobrinho de Oliveira⁶

Como citar este artigo: Ferreira MC, Pedreira LC, Souza ML, Silva CFT, Amaral JB, Oliveira LMS. Respostas comportamentais e estratégias de enfrentamento de idosos no tratamento da insuficiência cardíaca. Rev baiana enferm. 2019;33:e28023.

Objetivo: conhecer as respostas comportamentais e as estratégias de enfrentamento de idosos no tratamento da insuficiência cardíaca. **Método:** estudo qualitativo, descritivo, fundamentado no referencial teórico de Callista Roy. Foram entrevistados 10 idosos acompanhados em um ambulatório de cardiologia em junho de 2015. **Resultados:** na categoria respostas comportamentais dos idosos frente ao tratamento, encontrou-se problemas adaptáveis nos modos fisiológicos (oxigenação, atividade/repouso e nutrição), de autoconceito (desmotivação, tristeza, solidão e medo), de desempenho de papéis (perda do papel primário de pai, trabalhador) e de interdependência (apoio familiar e dos pares). Todavia, apresentaram alguns mecanismos de adaptação, como uso de lembretes ou caixa organizadora para as medicações, redução de alimentos industrializados e diminuição de sódio nos alimentos, redução de custos com o cadastro em farmácias populares. **Conclusão:** os idosos, apesar de criarem alguns mecanismos de adaptação, ainda demonstraram falhas na condução do tratamento da insuficiência cardíaca, principalmente em relação à dieta e ao uso de medicamentos.

Descritores: Idoso. Adaptação. Insuficiência Cardíaca. Assistência Integral a Saúde. Comportamento e Mecanismos Comportamentais.

¹ Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Enfermeira do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Prefeitura Municipal de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

³ Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva. Enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Santa Izabel. Salvador, Bahia, Brasil. monalizalsouza@gmail.com

⁴ Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Enfermeira no Hospital São Rafael. Salvador, Bahia, Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil.

⁶ Enfermeira. Especialista em Saúde do Idoso. Especialista em Saúde Pública. Especialista em Metodologia da Assistência de Enfermagem. Enfermeira no Núcleo de Ensino e Pesquisa do Centro de Referência Estadual em Atenção à Saúde do Idoso. Salvador, Bahia, Brasil.

Objective: to know the behavioral responses and coping strategies of the elderly in the treatment of heart failure. Method: This is a qualitative and descriptive study, based on the theoretical framework of Callista Roy. Ten elderly people were interviewed in a cardiology outpatient clinic in June 2015. Results: in the category of elderly behavioral responses to treatment, adaptive problems were found in physiological modes (oxygenation, activity/rest and nutrition), self-concept (demotivation, sadness, loneliness and fear), role performance (loss of the primary role of father, worker) and interdependence (family and peer support). However, they presented some adaptation mechanisms, such as the use of reminders or an organizer for medications, reduction of processed foods and sodium in foods, and reduction of costs with registration in popular pharmacies. Conclusion: despite the fact that some adaptation mechanisms were created, the elderly still showed deficiencies in the management of heart failure, especially in relation to diet and medication use.

Keywords: Elderly. Adaptation. Cardiac insufficiency. Comprehensive Health Care Behavior and Behavioral Mechanisms.

Objetivo: conocer las respuestas comportamentales y estrategias de enfrentamiento de ancianos en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca. Método: estudio cualitativo, descriptivo, basado en el referencial teórico de Callista Roy. Fueron entrevistadas 10 personas adultas mayores acompañadas en una consulta de cardiología en junio de 2015. Resultados: en la categoría de respuestas comportamentales de los ancianos, frente al tratamiento, se encontraron problemas adaptables en los modos fisiológicos (oxigenación, actividad/reposo y nutrición), de autoconcepto (desmotivación, tristeza, soledad y miedo), desempeño de papeles (pérdida del papel primario de padre, trabajador) e interdependencia (apoyo familiar y de los pares). Sin embargo, presentaron algunos mecanismos de adaptación, como uso de recordatorios o caja organizadora para medicaciones, reducción de alimentos industrializados y disminución de sodio en los alimentos, reducción de costos con registro en farmacias populares. Conclusión: los ancianos, a pesar de crear algunos mecanismos de adaptación, señalaron fallas en la conducción del tratamiento de la insuficiencia cardíaca, principalmente en relación a la dieta y al uso de medicamentos.

Descriptor: Anciano. Adaptación. Insuficiencia cardíaca. Atención Integral de Salud. Conducta y Mecanismos de Conducta.

Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC), apontada como um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo, é uma condição crônica que apresenta múltiplos fatores envolvidos na sua origem (doença de chagas, hipertensão arterial, etilismo, doença arterial coronariana) e evolução (insuficiência renal, depressão, diabetes *mellitus*, edema agudo de pulmão, anemia)⁽¹⁻²⁾. Essa natureza complexa e progressiva geralmente resulta em alto índice de reinternação e mortalidade.

A IC acomete principalmente a população idosa, interferindo diretamente na qualidade de vida⁽²⁾, ao impor limitações no cotidiano, com mudanças relacionadas às atividades de vida diária, à alimentação e à prática de atividade física⁽³⁾. Entretanto, a forma como essas pessoas interagem com o mundo e o seu contexto de vida são elementos importantes para gerar respostas comportamentais positivas ou negativas para a tomada de decisão em relação ao enfrentamento da doença⁽⁴⁾.

Para as pessoas idosas, já com hábitos solidificados, as modificações da rotina e as adaptações à doença são difíceis de serem realizadas, principalmente quando não contam com uma rede de apoio que dê suporte para a manutenção do tratamento⁽⁴⁻⁵⁾. Ademais, condições individuais decorrentes das vivências, experiências, crenças e expectativas acumuladas ao longo da vida também podem dificultar o processo de mudança.

Entre os fatores relacionados à má adesão ao tratamento de uma doença crônica, estão: complexidade e percepção da doença, comorbidades, frequência/número/custo dos medicamentos, falta de apoio e suporte social, além de aspectos cognitivos relacionados à pessoa acometida⁽⁶⁻⁷⁾. Todavia, o processo de tratamento é afetado positivamente, quando existe o conhecimento sobre a doença e a sua aceitação⁽⁶⁾.

A compreensão do objeto de estudo teve como respaldo teórico o Modelo Adaptativo

da Enfermeira Callista Roy, fundamentado em uma visão holística do ser, segundo a qual o receptor dos cuidados é compreendido como um sistema holístico adaptável, capaz de ajustar-se às mudanças no meio ambiente e, por sua vez, afetá-lo⁽⁸⁾.

Desse modo, o estudo promoverá conhecimento e levará à compreensão de como lidar com essas pessoas, auxiliando-as na adaptação à nova condição de vida. Outrossim, apontará a utilização da teoria da enfermagem na prática clínica.

Frente a essas considerações, questiona-se: Quais as respostas comportamentais e as estratégias de enfrentamento de idosos diante do tratamento da IC? O estudo objetivou conhecer as respostas comportamentais e as estratégias de enfrentamento de idosos no tratamento da insuficiência cardíaca.

Método

Estudo qualitativo, descritivo, realizado no município de Salvador, Bahia, Brasil, no período de 1 a 12 de junho de 2015, no ambulatório de cardiologia de um hospital público de grande porte, referência em alta complexidade na área de cardiologia no estado. O serviço em questão atende pacientes provenientes dos 417 municípios baianos, correspondendo a uma demanda, além de acentuada, diversificada nos seus aspectos sociais, culturais e econômicos. O atendimento em torno de 50 pessoas por semana no ambulatório de cardiologia para Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) é realizado às segundas e quartas-feiras, por profissionais médicos diferentes.

Os participantes foram pessoas cadastradas no ambulatório que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; diagnóstico de IC registrado no prontuário com classe funcional II ou III; e frequência mínima de três consultas ao ambulatório lócus do estudo nos últimos seis meses. Foram excluídas as pessoas idosas com déficit cognitivo – aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM)⁽⁹⁾ –

ou com alguma sequela que dificultasse a compreensão da proposta.

Foram levantados 65 prontuários no período da coleta. Destes, 25 pertenciam a pessoas idosas e 11 foram excluídos por não atender aos demais critérios estabelecidos. Dos 14 idosos abordados, 2 recusaram-se a participar e 2 foram excluídos pela indisponibilidade de fazer a entrevista, totalizando 10 participantes.

Utilizou-se entrevista semiestruturada, individual, em sala reservada, garantindo a privacidade do indivíduo. Foi guiada por um roteiro contendo a caracterização sociodemográfica (idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda mensal, quantidade de pessoas por domicílio), condição clínica e de tratamento (tempo de acompanhamento, comorbidades associadas, capacidade funcional) e vivência com o tratamento, obtida por meio de questões norteadoras. Com a finalidade de garantir o sigilo e o anonimato dos participantes, as entrevistas foram codificadas com a letra E, representando o termo “Entrevistado”, seguida de um número cardinal, conforme número da amostra, variando de E1 a E10.

As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 30 minutos. Todas foram gravadas com gravador digital após consentimento e transcritas na íntegra. Os dados foram analisados mediante a análise de conteúdo de Bardin, seguindo-se todos os passos preconizados por esta técnica: leitura em profundidade, pré-análise, exploração e interpretação⁽¹⁰⁾. A interpretação e a discussão dos resultados articularam-se com evidências da literatura e o referencial teórico de Callista Roy⁽⁸⁾.

Foram formadas duas categorias de análise. A primeira, “Respostas comportamentais dos idosos frente ao tratamento da IC”, com as subcategorias: modo fisiológico – limitações físicas impostas pela doença –, modo autoconceito – sentimentos envolvidos no cotidiano com a IC –, modo função na vida real – perda dos papéis sociais –, modo interdependência – interação social; e a segunda, “Estratégias de enfrentamento de idosos no tratamento da IC”, que teve como subcategorias: uso diário de medicamentos, desafio de alcançar uma adequação alimentar,

utilização das redes de apoio formais e informais, e dribles da escassez dos recursos financeiros.

A pesquisa foi aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa, atendendo as orientações da Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, sob Parecer n. 1.091.006 e CAAE 42439115.6.0000.0045.

Resultados

Dos 10 idosos entrevistados, houve distribuição igual entre os gêneros. A idade variou entre 60 e 87 anos, e a média de escolaridade foi de 6,9 anos de estudo, ressaltando a presença de duas idosas que informaram não saber ler e escrever, o que dificultou a sua adaptação ao uso dos medicamentos. Metade dos idosos residiam sozinhos, 60% apresentavam situação conjugal solteira ou divorciada, corroborando o fato de morarem sozinhos, e em sua maioria possuíam renda familiar igual ou menor a um salário mínimo, proveniente da aposentadoria ou de auxílio-doença. Tais fatores influenciaram o processo de adaptação ao tratamento da IC.

Respostas comportamentais dos idosos frente ao tratamento da Insuficiência Cardíaca

Os comportamentos que surgem com base no mecanismo de resistência podem ser observados em quatro categorias denominadas de modos adaptáveis (fisiológico, autoconceito, função na vida real e interdependência), estrutura criada pela doutora Roy, que possibilita a avaliação da pessoa⁽⁸⁾. Dessas categorias emergiram as respostas, e o nível de adaptação pôde ser observado.

Modo fisiológico: limitações físicas impostas pela doença

São identificadas cinco necessidades básicas relacionadas ao modo fisiológico: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso e ainda proteção⁽⁸⁾.

Neste estudo foram encontradas alteradas, nos participantes, as necessidades fisiológicas de oxigenação, nutrição e atividade/repouso:

Eu comecei a cansar, a não ter mobilidade no corpo. Tenho dificuldade de ir ao banco, de fazer compras, de consertar coisas como eu fazia. (E10).

De vez em quando, nas festas, eu como os salgados, tomo refrigerante. Depois que passa a festa, faço minha dieta. (E4).

Quando não é assim, tem dia que estou com aquela sonolência, que eu passo a noite, e não durmo. 24 horas sem dormir, parecendo um zumbi. (E6).

Modo autoconceito: sentimentos envolvidos no cotidiano com a Insuficiência Cardíaca

Centra-se, especificamente, nos aspectos sociais e psicológicos da pessoa. Assim, a desmotivação e a tristeza geradas pela incapacidade foram sentimentos frequentemente observados nos discursos, identificados como comportamentos ineficazes oriundos do adoecimento crônico.

A pessoa não pode almoçar, não pode trabalhar, não pode fazer nada [começou a chorar]. (E8).

Perdi completamente a vontade de sair para uma festa, de ouvir uma música. Eu me isolei. Por conta da doença, eu me sinto muito só. (E6).

Modo função na vida real: perda dos papéis sociais

Constitui um dos modos sociais e está relacionado às expectativas da pessoa sobre o papel que ocupa na sociedade. Na situação do adoecimento crônico, e com as limitações geradas pela IC, alguns papéis são alterados. Saber quem é, em relação aos outros, constitui-se uma necessidade social.

Eu sempre trabalhei. Às vezes tento fazer as coisas, aí o médico diz que nem dentro de casa eu posso. É nesse momento que eu me desespero. (E7).

Perdi meu marido de 26 anos. Deixei de ter relação com ele. Passou seis meses, e ele começou a procurar outras na rua. (E6).

Modo interdependência: interação social

Refere-se ao comportamento de interação social de indivíduos e grupos, concentra-se no relacionamento das pessoas, suas finalidades e razão, e envolve a vontade e a capacidade de dar e receber afeto, respeito e valor. As falas permitiram observar-se idosos que possuíam apoio tanto de familiares como de vizinhos e amigos, e outros que não possuíam apoio algum.

Às vezes, quando eu me aperto um pouquinho e quando preciso comprar alguma coisa, eu peço ajuda a uma irmã. (E7).

Eu tenho uma neta que me levava para a casa dela. Mas ela tem dois filhos, paga aluguel, não tem condições de me ajudar mais. (E8).

Ninguém me ajuda em nada não, só Deus. (E2).

O apoio parte também de fora do núcleo familiar. Alguns contavam com a atenção de amigos ou vizinhos e conseguiam, por meio de comportamentos adaptativos, a manutenção do modo de interdependência:

Minha vizinha é quem se preocupa comigo. Ela fala que se eu estiver passando mal, para ir dormir com ela. (E4).

Eu só tenho uma ex-nora. E quando eu preciso de algum auxílio, como internamento, eu conto com ela. (E6).

Estratégias de enfrentamento de idosos no tratamento da Insuficiência Cardíaca

A cronicidade da IC impõe mudanças de hábitos de vida e comprometimento com a terapia, que requer capacidade de enfrentamento para adaptar-se aos ajustes necessários à estabilidade clínica. Assim, torna-se imprescindível o desenvolvimento de estratégias para o controle do problema capazes de contribuir para a melhor qualidade de vida.

Uso diário de medicamentos

A adaptação ao uso crônico de medicamentos é considerada uma situação de difícil manejo, principalmente quando há comorbidades associadas. Em alguns discursos, observou-se dificuldades de automatizar ações futuras dependentes da memória prospectiva.

Tenho que botar na cabeça que eu tenho que tomar o medicamento, senão esqueço. (E6).

Os relatos desses idosos, de iniciar e passar o dia pensando na obrigação e nos horários de tomar os medicamentos, evidenciam que utilizavam uma estratégia interna prospectiva para melhorar a adaptação medicamentosa. Entretanto, a maioria relatou fazer uso de estratégia prospectiva externa, por meio de mudanças do ambiente para adaptar-se à nova condição.

Para eu me lembrar do medicamento, eu boto em cima da cabeceira, então eu tomo, depois eu guardo. (E4).

Para lembrar, eu coloco tudo numa caixa. Eu prendo o medicamento com durex e coloco o horário. Depois guardo na caixa para não esquecer. A porta do meu guarda-roupa já fica aberta, para eu ver o remédio. (E7).

A fim de superar as dificuldades com o uso dos medicamentos prescritos, no que se refere à legibilidade e ao tamanho da caligrafia, um idoso adotou a técnica de anotação, denominada por ele de “agendamento”:

Ele passa a receita, mas eu faço um agendamento para botar na geladeira ou no quarto. Por exemplo, botar com letras maiores com piloto, tomar tal remédio, tal horário e quantos comprimidos. Coloco num lugar visível para não esquecer. (E10).

Tal atitude promove um *insight* cognitivo no idoso e na sua família, para o uso dos medicamentos nos horários estabelecidos, mostrando a importância da participação familiar no processo adaptativo.

Essa minha neta é responsável por me dar os remédios na hora certa. Eu vou para casa dela, passo o dia lá e a noite volto para casa [...] (E8).

Desafio de alcançar uma adequação alimentar

O tratamento não farmacológico é também imprescindível e exige adaptação. Essa situação nem sempre é fácil, pois requer mudanças de hábitos muitas vezes adquiridos culturalmente e ao longo da vida.

Minha comida é doce. Estou me acostumando. Tem vez que é difícil, mas, graças a Deus, eu estou me acostumando. (E7).

Eu sabia que não podia comer gordura. Era difícil, ainda mais quando a pessoa é acostumada como eu, que

sou cozinheira. Mas a gente vai se educando aos poucos. (E5).

Modificações na culinária, com o uso de especiarias e condimentos, foram utilizadas pelos idosos para encorajar o consumo de certos alimentos sem adição de sal.

[...] na salada, eu boto um pouco de limão, azeite doce e vinagre. Aí dá para comer. (E7).

Entretanto, a ausência de orientação alimentar adequada e de um acompanhamento frequente sobre as orientações não farmacológicas conduziram uma idosa a adotar estratégias de enfrentamento inapropriadas para o objetivo esperado:

O que eu senti mais foi o sal. Eu não boto sal, eu compro um potinho daqueles de tempero pronto, e uso uma colherinha. Quando não é assim, boto molho pronto na salada. (E6).

Nessa situação, por desconhecimento, E6 fazia substituições incorretas à adição do sal, utilizando temperos e molhos industrializados com alto teor de sódio em suas composições.

Utilização das redes de apoio formais e informais

A família atua como um suporte para a pessoa idosa, participando do seu tratamento e adaptando-se às alterações do estilo de vida recomendadas. Entretanto, quando existe desgaste dos laços de coesão social, o indivíduo é conduzido a uma situação inferior de saúde, pois o apoio social é um fator que concorre para a permanência da pessoa idosa no tratamento⁽¹¹⁾. Para enfrentar tais situações, os idosos desenvolviam mecanismos de enfrentamento que minimizavam o processo de isolamento, como E2 e E4, ambos solteiros e sem apoio informal.

Se eu ficar em casa, eu fico pensando, então eu saio para distrair. Esqueço da doença. Chego em casa, ligo a televisão. (E2).

Me sento na varanda e logo aparece alguém para conversar. Botei minha televisão no quarto com antena parabólica. Quando eu não quero assistir na sala, eu assisto no quarto. (E4).

Os idosos também criaram estratégias para enfrentar a falta de apoio formal:

Eu só consegui vir para o hospital, porque entrei na ouvidoria da parte de saúde. Financeiramente, eu não tinha condições. (E10).

A ausência de suporte formal demonstra o despreparo das instituições públicas de saúde brasileiras para receber os idosos, levando-os a adotar mecanismos de enfrentamento distintos, baseados nas próprias experiências, conhecimento e condição de vida.

Drible da escassez de recursos financeiros

O pouco recurso financeiro proveniente da aposentadoria, agregado à falta de apoio formal para a aquisição gratuita dos medicamentos e o alto custo dos alimentos conduzia os idosos a escolhas relacionadas às orientações terapêuticas recebidas.

Minha alimentação não está certa. Mas também não tem como acompanhar, porque o dinheiro não dá. (E6).

Por enquanto eu consigo comprar o remédio. Seria melhor se o salário fosse maior, para ter mais conforto. Eu gosto de viajar, de passear e não estou podendo. (E4).

Para enfrentar a dificuldade de adquirir certos medicamentos, os idosos adotavam mecanismos de enfrentamento diversos:

A receita que o médico passou, vou cadastrar na farmácia, para eu poder pegar o remédio mais barato. (E1).

Eu vim pegar um relatório para levar na Secretaria de Saúde, para poder pegar o remédio, porque está difícil no posto de saúde. (E3).

Se no posto de saúde não tem, vou até a farmácia, para ver onde eu compro mais barato e como dá para dividir no cartão. (E5).

Discussão

Dentre as cinco necessidades existentes no modo fisiológico, estiveram relacionadas ao estudo as necessidades de oxigenação, atividade/reposo e nutrição. Nos idosos entrevistados, destacou-se a dispneia como um dos sintomas apresentados, resultante das alterações estruturais cardíacas provocadas pela doença, gerando um comportamento ineficaz ao baixo débito cardíaco. Assim, esses idosos tendiam a reduzir suas atividades, para evitar dispneia e

fadiga. Entretanto, essa situação promove inatividade e sedentarismo, agravando o quadro de atrofia muscular e redução da capacidade funcional⁽¹²⁾. Além disso, os idosos com IC, mesmo fatigados, não conseguem manter um repouso adequado devido a episódios frequentes de insônia. Compreende-se que os efeitos do sono ruim são cumulativos, e a perda crônica do sono coloca a pessoa em risco para a diminuição da função cognitiva, depressão, dificuldade de concentração, isolamento social e redução global da qualidade de vida⁽¹⁾.

Ainda no modo fisiológico, a nutrição aparece como outra necessidade afetada pela IC. A aceitação da dieta hipossódica e hipolipídica é difícil. Assim, a partir do momento em que o idoso não consegue manter essa mudança alimentar, passa a existir um problema adaptativo. Ademais, muitos se sentem isolados, pelo fato de os membros da família continuarem a comer alimentos com alto teor de sódio, sem importar-se com suas novas necessidades de adaptação⁽¹³⁾. A baixa escolaridade pode também contribuir para a dificuldade de compreensão e conscientização da dieta a ser seguida⁽⁴⁾.

Nesse contexto, os problemas de adaptação do modo fisiológico irão influenciar diretamente no modo de autoconceito. Identificou-se, nas entrevistas, sentimentos de desmotivação, tristeza e depressão, além de comportamentos ineficazes oriundos do adoecimento crônico. Essas alterações psicológicas merecem destaque, pois a depressão, embora não faça parte do processo normal de envelhecimento, pode surgir por uma combinação de fatores, como diagnóstico de uma doença crônica e perda/diminuição da autonomia, dificultando a adesão da pessoa ao tratamento⁽⁵⁾.

Essas alterações estão entre as causas de não adesão juntamente com a falta de apoio social, a má qualidade de vida, a presença de síndromes geriátricas, além da idade, sexo, percepção da doença, escolaridade, entre outras⁽⁶⁾. O bem-estar físico, social e emocional também é afetado, podendo interferir na motivação do paciente em aderir às recomendações⁽⁷⁾.

Nos discursos, o isolamento social decorrente do adoecimento crônico surgiu após as mudanças no estilo de vida, o intenso regime medicamentoso e os efeitos colaterais das drogas que, combinados com as restrições físicas da doença, levam a uma capacidade limitada de participar de eventos sociais⁽¹⁴⁾. Logo, a falta de integração social pode colaborar para um estado psicológico negativo, interferindo nos comportamentos promotores da saúde⁽⁷⁾.

Ainda no cenário das respostas comportamentais, foram identificadas alterações no modo função na vida real, com perda dos papéis sociais. Independentemente do sexo, quando o adoecimento acomete a pessoa, ela acaba sendo obrigada a abandonar algumas atitudes e tarefas impostas social e culturalmente, causando desconforto por imaginar que está deixando de realizar seu papel social enquanto mulher ou homem⁽⁷⁾. Para os idosos da pesquisa, essa situação acarretou comportamentos ineficazes de tristeza, insegurança e inutilidade, levando-os a questionar sobre seu papel na família e na sociedade.

No estudo, uma idosa relatou abandono do parceiro diante da limitação da IC na manutenção da vida sexual. Embora a função sexual não seja uma das primeiras questões abordadas, é de conhecimento que um número considerável de pacientes com IC e seus parceiros possuem preocupações sexuais que podem influenciar negativamente sobre sua qualidade de vida, prejudicando, por conseguinte, sua adaptação à nova situação⁽¹⁵⁾.

Observou-se necessidade do apoio econômico, provavelmente por tratar-se de idosos de baixa renda, sendo este um obstáculo para a manutenção do tratamento. Entretanto, o apoio econômico das famílias é uma situação que causa desconforto no idoso, pois, além de necessitarem da atenção e dos cuidados de seus entes, acabam se tornando também dependentes deles financeiramente⁽¹⁶⁾.

Entre as estratégias de enfrentamento, os idosos utilizaram a memória, por meio de estratégia interna, com associações mentais, e estratégias externas (uso de objetos e ou locais físicos)

para lembrar-se de tomar os medicamentos⁽¹⁷⁾. Independente da natureza interna ou externa da estratégia adotada, apenas o fato de buscá-la demonstra a motivação desses idosos para adaptar-se à mudança ocorrida nas suas vidas. Isso, possivelmente, impacta de forma positiva na efetividade das suas ações.

A mudança na nutrição foi outro problema adaptativo vivenciado. O consumo de alimentos com menor teor de sódio e gordura foi relatado por muitos, mesmo que não proporcionasse prazer. Uma estratégia de enfrentamento para adequação alimentar foi o uso de especiarias e condimentos em substituição à adição do sal⁽¹⁸⁾. Assim, há necessidade de reforço constante sobre a alimentação desses idosos, com auxílio de nutricionista, buscando alternativas para melhorar o paladar dos alimentos, evitar o equívoco no uso de temperos industrializados ricos em sódio e ajustar economicamente o cardápio, reforçando a importância da escuta ativa dessas pessoas e a participação da equipe multiprofissional de forma interdisciplinar para acompanhamento integral.

As pessoas, e os próprios profissionais, estão sempre reatualizando seus hábitos, modos de vida e sensibilidades de acordo com significados históricos e culturalmente construídos e elaborando representações de saúde e doença,. Consequentemente apenas agregar conhecimentos não é suficiente para mudar comportamentos⁽¹⁹⁾. Por isso, é essencial entender a pessoa idosa como um sujeito que se estrutura na e pela interação de suas diversas dimensões e por suas relações com o meio.

O profissional de saúde influenciará na adesão ao tratamento, à medida que atinja o universo cultural do paciente, estabelecendo com ele um nível de comunicação e de relacionamento que seja efetivo. Dessa maneira, é possível intervir de maneira mais eficaz, a fim de oferecer um cuidado integral que englobe todas as dimensões do sujeito idoso⁽²⁰⁾.

O apoio social contribui significativamente para aumentar a adesão ao tratamento e promover as mudanças comportamentais para adaptação à terapia⁽¹¹⁾. Percebeu-se que os idosos

entrevistados utilizavam as redes de apoio formal e informal como estratégia de enfrentamento. Aqueles que não tinham a família próxima saíam com mais frequência para se distrair ou procuravam formas de interação com outras pessoas. O uso da televisão também foi frequente. Quando necessário, eles recorriam ainda ao apoio formal das instituições públicas de saúde.

A rede de apoio compreende um processo complexo e dinâmico que envolve os indivíduos e suas redes sociais com o intento de satisfazer as suas necessidades, prover e complementar os recursos que possuem e, com isso, enfrentar novas situações. São trocas mútuas nas quais tanto quem recebe quanto quem oferece o apoio é beneficiado por dar maior sentido à vida⁽²¹⁾. Nesse contexto, o papel da família merece destaque, devido à sua importância enquanto suporte que, quando adequado, facilita a adesão ao tratamento⁽²²⁾. Assim, essas famílias, muitas vezes, também precisam ser trabalhadas, para dar melhor apoio à pessoa com IC no seu processo de adaptação à doença e ao tratamento.

O pouco recurso financeiro proveniente da aposentadoria, agregado à falta de apoio formal para a aquisição gratuita dos medicamentos e o alto custo dos alimentos, conduziu os participantes a frequentes escolhas com relação às orientações terapêuticas recebidas. O acesso aos medicamentos é um dos fatores que determinam o cumprimento da terapia farmacológica, e a dificuldade de acesso pode levar à descompensação clínica e ao aumento dos gastos em saúde secundária e terciária. Ademais, ao priorizar a aquisição de medicamentos e de alimentos adequados, muitos idosos deixam de lado as atividades de lazer, o que pode promover o isolamento social.

O olhar compreensivo e interdisciplinar da equipe de saúde sobre as estratégias de enfrentamento desses idosos e seus familiares, diante do adoecimento crônico, possibilita o cuidado integral à pessoa e evita culpabilização, por não conseguirem uma boa adaptação ao tratamento. Embora tenha sido um estudo local, os resultados alertam para a importância da presença

da equipe multiprofissional nos ambulatórios de acompanhamento desses pacientes, frequentemente atendidos apenas pelo médico.

O estudo apresentou como limitação o quantitativo de participantes, em virtude da diminuição da quantidade de pessoas idosas atendidas no ambulatório lócus do estudo, durante o período de coleta, devido a problemas de ordem administrativa no serviço, em relação ao atendimento médico, uma vez que essas pessoas eram atendidas apenas por esse profissional.

Conclusão

Diversos fatores internos e externos, como baixa escolaridade, renda familiar reduzida, ausência de apoio familiar ou de pares, aspectos culturais, inadequada distribuição gratuita dos medicamentos, acompanhamento apenas médico, conhecimento insuficiente e vontade pessoal do indivíduo foram identificados como responsáveis por facilitarem e, em grande parte, dificultarem a adaptação do idoso ao tratamento da IC. Apesar de os entrevistados manifestarem, de modo geral, adaptação à doença e ao tratamento, o tom melancólico percebido nos discursos evidencia que a adaptação é um processo pessoal, dinâmico e difícil, podendo sofrer alterações após os estímulos recebidos e a experiência de vida de cada idoso, influenciando em respostas comportamentais positivas ou negativas.

Por contarem com escasso apoio profissional, os idosos, em sua maioria, demonstraram falhas importantes na vivência e condução do tratamento, caracterizadas por comportamentos indesejáveis ao tratamento, principalmente em relação à dieta e ao uso de medicamentos.

Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Maíra Costa Ferreira e Larissa Chaves Pedreira;

2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Maíra Costa Ferreira, Larissa Chaves Pedreira, Monaliza Lemos de Souza,

Cláudia Fernanda Trindade Silva, Juliana Bezerra do Amaral e Lélia Mendes Sobrinho de Oliveira;

3. aprovação final da versão a ser publicada: Larissa Chaves Pedreira, Monaliza Lemos de Souza e Juliana Bezerra do Amaral.

Referências

1. Azevedo IG, Vieira EMA, Oliveira Neto NR, Nogueira IDB, Melo FES, Nogueira PAMS. Correlation between sleep and quality of life in patients with heart failure. *Fisioter Pesq* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 24];22(2):148-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.590/1809-2950/13828222022015>
2. Saccomann ICRS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Factors associated with beliefs about adherence to nonpharmacological treatment of patients with heart failure. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 24];48(1):18-24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100002>
3. Siennicka A, Stromberg A, Banasiak W, Ponikowski P, Jankowska EA. Psychological aspects of heart failure: beyond depression, anxiety and quality of life. *Health Psychol Report*. 2015;3(2):99-114.
4. Freitas MC, Guedes MVC, Galiza FT, Nogueira JM, Onofre MR. Elderly residents in homes for the aged: adjustment in the light of Callista Roy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 Nov-Dez [cited 2019 Jan 24];67(6):905-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670607>
5. Barbosa RR, Franklin RV, Stefenoni AV, Moraes VD, Jacques TM, Serpa RG, et al. Quality of Life Analysis among Men and Women with Heart Failure. *Rev Bras Cardiol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 30];27(2):593-9. Available from: <http://www.onlineijcs.com/detalhes/15/quality-of-life-analysis-among-men-and-women-with-heart-failure>
6. Jankowska-Polańska B, Chudiak A, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. Selected factors affecting adherence in the pharmacological treatment of arterial hypertension. *Patient Prefer and Adherence* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 20];11:363-71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5338974/>
7. Morys JM, Pachalska M, Bellwonb J, Gruchała M. Cognitive impairment, symptoms of depression, and health-related quality of life in patients

- with severe stable heart failure. *Int J Clin Health Psychol* [Internet]. 2016 Sep-Dec [cited 2018 Feb 20];16(3):230-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.03.002> 1697-2600/
8. Roy C, Andrews HA. *Teoria da enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget; 2017.
 9. Folstein MF, Folstein SE, White T, Messer MA. *Mini-Mental State Examination*. 2a ed. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources; 2010.
 10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 5a ed. Lisboa: Edições 70; 2016.
 11. Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Factors associated with adherence to pharmacological treatment among elderly persons using antihypertensive drugs. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 20];20(1):111-22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160098>
 12. Chiodelli GC, Araujo CLP, Reis CM, Fonseca FR, Karloh M, Mayer AF. Relationship of respiratory and peripheral muscle forces with functional limitation in patients with heart failure. *Rev Bras Ciênc Movimento*. 2015;23(1):136-45.
 13. Chung ML, Park L, Frazier SK, Lennie TA. Long-Term Adherence to Low-Sodium Diet in Patients With Heart Failure. *West J Nurs Res* [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 20];39(4):553-667. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27903829>
 14. Zachariah D, Taylor J, Rowell N, Spooner C, Kalra PR. Drug therapy for heart failure in older patients: what do they want? *J Geriatr Cardiol* [Internet]. 2015 [cited 2018 Feb 20];12(2):165-73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4394332/>
 15. Jaarsma T, Fridlund B, Martensson J. Sexual dysfunction in heart failure patients. *Curr Heart Fail Rep* [Internet]. 2014 [cited 2018 Feb 20];11(3):330-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24800993>
 16. Luiz KKI, Loreto MDS, Mafra SCT, Ferreira MAM. Envelhecimento e velhice: protagonismo, temporalidade e desafios. *Temporalis* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 24];18(35):289-304. Available from: <https://doi.org/10.22422/temporalis.2018v18n35p289-304>
 17. Stawarz K, Rodríguez MD, Cox AL, Blandford A. Understanding the use of contextual cues: design implications for medication adherence technologies that support remembering. *Digit Health* [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 24];2:2055207616678707. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25962474>. doi: 10.1177/2055207616678707
 18. Alencar MLA, Sousa AA, Trindade EBSM. Do spices and condiments increase food intake of patients with low sodium diet? *Demetra* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 15];9(3):795-809. Available from: <http://dx.doi.org/10.12957/demetra.2014.11224>
 19. Manso MEG. *Saúde e doença: do controle sobre os corpos à perspectiva do adoecido*. São Paulo: Max Limonad; 2015.
 20. Manso MEG, Comosako VT, Lopes RGC. Relação entre aspectos culturais e adesão ao tratamento em idosos. *Rev Portal Divulgação* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 24];9(58):101-7. Available from: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal>
 21. Arruda CS, Pereira JMV, Figueiredo LS, Scofano BS, Flores PVP, Cavalcanti ACD. Effect of an orientation group for patients with chronic heart failure: randomized controlled trial. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 24];25:e2982. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2167.2982>
 22. Barreto MS, Marcon SS. Patient perspectives on family participation in the treatment of hypertension. *Texto contexto enferm* [Internet]. 2014 Jan-Mar [cited 2018 Mar 15];23(1):38-46. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072014000100005>

Recebido: 12 de setembro de 2018

Aprovado: 20 de março de 2019

Publicado: 21 de junho de 2019



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais.