



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MAÍRA COSTA FERREIRA

**ADAPTAÇÃO DE IDOSOS AO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA:
UM OLHAR ATRAVÉS DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE ROY**

SALVADOR
2016

MAÍRA COSTA FERREIRA

**ADAPTAÇÃO DE IDOSOS AO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA:
UM OLHAR ATRAVÉS DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE ROY**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa “O cuidar em Enfermagem no processo de desenvolvimento humano”.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Larissa Chaves Pedreira

SALVADOR
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Processamento Técnico, Biblioteca Universitária de Saúde,
Sistema de Bibliotecas da UFBA

F383 Ferreira, Maíra Costa.

Adaptação de idosos ao tratamento da insuficiência cardíaca: um olhar através da Teoria da Adaptação de Roy / Maíra Costa Ferreira. - Salvador, 2016.

120 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Larissa Chaves Pedreira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Salvador, 2016.

Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.
Linha de pesquisa: O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano.

1. Roy, Modelo de adaptação de. 2. Idosos - Insuficiência cardíaca. 3. Doença Crônica. 4. Atitude Frente à Saúde - Adaptação. 5. Modelos de enfermagem. 6. Teoria de enfermagem. I. Pedreira, Larissa Chaves. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-083


MAÍRA COSTA FERREIRA

**ADAPTAÇÃO DE IDOSOS AO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA:
UM OLHAR ATRAVÉS DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE ROY**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, linha de pesquisa “O cuidar em Enfermagem no processo de desenvolvimento humano”.

Aprovada em: ____ de ____ de 2016.

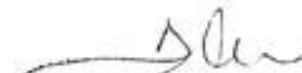
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Larissa Chaves Pedreira

Doutora em Enfermagem pela UFBA

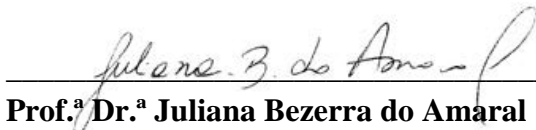
Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFBA



Prof.^o Dr.^o Álvaro Pereira

Doutor em Filosofia de Enfermagem pela USC

Professor Associado I da Escola de Enfermagem da UFBA



Prof.^a Dr.^a Juliana Bezerra do Amaral

Doutora em Enfermagem pela UFBA

Professora Assistente da Escola de Enfermagem da UFBA

Prof.^a Dr.^a Cláudia Geovana da Silva Pires

Doutora em Enfermagem pela UFBA

Professora Adjunta II da Escola de Enfermagem da UFBA



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE TRABALHONA BASE DE DISSERTAÇÕES E TESES DA CAPES

Salvador, 04 de Junho..... 20016.

Eu, (por extenso) Maria Costa Ferreira

portadora do documento de identidade nº 0971904464, CPF nº 03102710530 na qualidade de titular dos direitos morais e patrimoniais de autora da OBRA intitulada _____

Adaptação de idosos ao tratamento da insuficiência cardíaca: um olhar através da Teoria da Adaptação de Roy.

apresentada publicamente na Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia - UFBA em (data) 13/05/16 para a obtenção do título de Mestre autorizo o Programa de Pós-Graduação em enfermagem da UFBA a divulgar o conteúdo do CD entregue na Secretaria deste Programa de Pós-Graduação no Banco de Teses da Capes, disponibilizado no site "Domínio Público", do Portal do MEC.

Assumo a responsabilidade pelo conteúdo divulgado e estou ciente dos termos e das responsabilidades de divulgação indevida desse trabalho de conclusão de curso.

Maria Costa Ferreira

Assinatura

DEDICATÓRIA

À meus queridos pacientes idosos que me fizeram crescer enquanto enfermeira, aprimorando minha habilidade de atuar na área da cardiogeriatría.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por guiar a minha vida e iluminar meus pensamentos durante os longos meses de construção de conhecimento.

À minha família por todo amor e confiança depositados. Meus pais, Tânia e Mário, meu agradecimento especial por acreditarem e me apoiarem sempre.

À minha irmã Suiane por todas as orientações desde o primeiro passo para construção da minha vida profissional. Você é meu exemplo de enfermeira.

À minha irmã Fernanda e meu cunhado Raphael por entenderem meus momentos de reclusão e o apoio nas idas e vindas na ponte aérea São Paulo-Salvador para que eu terminasse esse mestrado.

À minha orientadora professora Larissa, por ter me dado sempre o direito de escolha, por confiar que eu poderia aprender sobre pesquisa qualitativa, por entender meus momentos de ausência e, principalmente, por todo o aprendizado adquirido me fazendo compreender melhor o universo da pessoa idosa.

À banca examinadora, professoras Juliana Amaral e Cláudia Pires, pela disponibilidade e contribuições enriquecedoras. E ao professor Álvaro Pereira, pela valiosa sugestão do uso de uma teoria de enfermagem, o que valorizou e acarretou maior aporte à minha pesquisa.

À Aline e Frank, meus amigos, companheiros e confidentes de mestrado. Muito obrigada por todos os momentos vividos de desesperos, desabafos e muitos sorrisos ao lado de vocês.

Às minhas amigas, impossível citar os nomes, que estavam sempre dispostas a me ouvir, dar dicas e me levar para descontrair diante das situações estressantes dessa fase.

À enfermeira e amiga Andréia, obrigada pelas inúmeras trocas de plantão sem a qual não conseguiria estar presente nas aulas e reuniões do mestrado.

Aos funcionários do ambulatório de cardiologia do Hospital Ana Nery, que mesmo com a minha saída, sempre me receberam bem, torceram por mim e viabilizaram o possível para que meus momentos de entrevista fossem os mais proveitosos.

Às idosas e idosos que aceitaram participar da minha pesquisa, muito obrigada. Espero ter conseguido contribuir com cada um de vocês nos nossos bate papos após entrevista.

À todas as pessoas especiais que cruzaram minha caminhada durante o mestrado e contribuíram das mais distintas formas para a realização desse sonho, muito obrigada!

EPÍGRAFE

“Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir.”

Cora coralina

RESUMO

FERREIRA, Maíra Costa. **Adaptação de idosos ao tratamento da insuficiência cardíaca: um olhar através da Teoria da Adaptação de Roy.** 2016. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Introdução: O aumento das taxas de morbidade na população idosa está substancialmente vinculado às doenças cardiovasculares, sendo a insuficiência cardíaca crônica a de maior destaque, pela dificuldade de adaptação das pessoas ao tratamento. **Objetivo:** Compreender a vivência da pessoa idosa na adaptação ao tratamento clínico da insuficiência cardíaca crônica e como objetivos específicos: Identificar os estímulos recebidos pela pessoa idosa durante o tratamento clínico da insuficiência cardíaca crônica; Conhecer as respostas comportamentais geradas por esses estímulos; Verificar, a partir daí, as estratégias de enfrentamento criadas pela pessoa idosa para adaptar-se ao tratamento. **Metodologia:** Pesquisa qualitativa realizada com dez pessoas idosas em tratamento ambulatorial da insuficiência cardíaca crônica em um hospital público de Salvador. Foram realizadas entrevistas semiestruturada contendo informações sócio-demográficas, clínicas e perguntas norteadoras sobre o tema proposto. O conteúdo transcrito foi categorizado em três grandes categorias com suas subcategorias e analisadas a luz da Teoria da Adaptação de Calista Roy, para melhor compreensão dos processos adaptativos vivenciados pela pessoa idosa no tratamento da insuficiência cardíaca crônica. **Resultados:** A idade variou de 60 a 87 anos, com uma homogeneidade entre os gêneros e média de escolaridade baixa. Na categoria “Estímulos ambientais vivenciados por idosos no tratamento clínico da insuficiência cardíaca crônica” foram identificados estímulos focais (lesão cardíaca e o uso de vários medicamentos), contextuais (conhecimento sobre o tratamento, atuação dos profissionais de saúde, nível de escolaridade, apoio familiar e/ou de pares, situação econômica e assistência de saúde pública) e residuais (medo da morte, história prévia de infarto do miocárdio) que atuaram em conjunto influenciando positiva ou negativamente o comportamento do idoso. Analisando a categoria “Respostas comportamentais de idosos com insuficiência cardíaca crônica”, encontrou-se como subcategorias: problemas adaptáveis nos modos fisiológico (oxigenação, atividade e repouso e nutrição), de autoconceito (desmotivação, tristeza, solidão e medo), de desempenho de papéis (perda do papel primário de pai, de trabalhador, de esposa, de doente) e de interdependência (apoio familiar e dos pares). Por fim, na categoria “Mecanismos de enfrentamento de idosos no tratamento da insuficiência cardíaca crônica”, com as subcategorias: o uso diário de medicamentos, o desafio de se alcançar uma adequação alimentar, utilizando as redes de apoio formais e informais e driblando a escassez dos recursos financeiros. Verificou-se que o processo de adaptação é contínuo independente do tempo de início do tratamento e que os idosos mesmo sem o apoio profissional adequado desenvolveram estratégias de enfrentamento para conseguir adaptar-se as dificuldades impostas pelo tratamento, seja a nível medicamentoso, nutricional, rede de apoio ou econômico. **Conclusão:** Inúmeros fatores intra e extra institucionais são responsáveis por facilitarem e, em grande parte, dificultarem a adaptação do idoso ao tratamento da ICC. Mesmo com o baixo apoio profissional, os idosos, de modo geral, conseguiram criar respostas adaptáveis à maioria das situações vivenciadas. Contudo ainda percebe-se falhas importantes na condução do tratamento, caracterizadas através de comportamentos inadequados, onde há a necessidade de ajustes terapêuticos e participação da equipe multiprofissional, com a finalidade de minimizar os episódios de descompensação clínica e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Palavras-chave: Idoso. Adaptação. Insuficiência Cardíaca. Doença Crônica. Terapêutica.

ABSTRACT

FERREIRA, Máira Costa. **Adaptation of the elderly to the treatment of heart failure: a look through the theory of Roy Adaptation.** 2016. 120 f. Dissertation (Master of Nursing) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador, in 2016.

Introduction: The increase in morbidity in the elderly population is substantially linked to cardiovascular diseases, and chronic heart failure the most prominent, the difficulty of adapting people to treatment. **Objective:** To understand the experience of the elderly in adapting to the clinical treatment of chronic heart failure and specific objectives: Identify the stimuli received by the elderly during the clinical treatment of chronic heart failure; Knowing the behavioral responses generated by these stimuli; Check, from there, the coping strategies created by the elderly to adapt to treatment. **Methodology:** Qualitative research conducted with ten elderly in outpatient treatment of chronic heart failure in a public hospital in Salvador. semi-structured interviews containing socio-demographic, clinical and guiding questions on the proposed topic were held. The content transcript was categorized into three major categories with subcategories and analyzed the light of the Theory of Calista Roy Adaptation for better understanding of adaptive processes experienced by the elderly in the treatment of chronic heart failure. **Results:** The age ranged from 60 to 87 years, with a homogeneity between the low education of genres and media. In the category "environmental stimuli experienced by older people in clinical treatment of chronic heart failure" focal stimuli were identified (cardiac injury and the use of various drugs), contextual (knowledge about treatment, health professional performance, level of education, family support and / or pairs, economic situation and public health assistance) and residual (fear of death, history of myocardial infarction) who worked together influencing positively or negatively the old behavior. Analyzing the category of "behavioral responses of elderly patients with chronic heart failure," was found as subcategories: problems adaptable in physiological modes (oxygenation, activity and rest, and nutrition), the self (lack of motivation, sadness, loneliness and fear) of performance roles (loss of primary role of parent, worker, wife, sick) and interdependence (family support and peers). Finally, in the category "elderly coping mechanisms in the treatment of chronic heart failure," with subcategories: daily use of drugs, the challenge of achieving food adequacy, using formal and informal support networks and dribbling shortages financial resources. It was found that the process of adaptation is independent continuous start time of treatment and the same elderly without adequate professional support developed coping strategies to get adapted to the difficulties imposed by the treatment, either medical, nutritional, network support or economic. **Conclusion:** Numerous institutional intra and extra factors are responsible for facilitating and largely hinder the adaptation of the elderly to the treatment of CHF. Even with the low professional support, the elderly, generally able to create adaptive responses to most of the situations experienced. Yet still perceives significant flaws in the conduct of treatment, characterized by inappropriate behavior, where there is a need for therapeutic adjustment and participation of the multidisciplinary team, in order to minimize episodes of clinical decompensation and improve the quality of life of these people.

Keywords: Elderly. Adaptation. Cardiac insufficiency. Chronic disease. Therapy.

RESUMEN

FERREIRA, Maíra Costa. **Adaptación de las personas mayores para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca:** una mirada a través de la Teoría de la Adaptación de Roy. 2016. 120 f. Disertación (Máster en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de la Bahía, Salvador, 2016.

Introducción: El aumento de la morbilidad en la población anciana está vinculada esencialmente a las enfermedades cardiovasculares y la insuficiencia cardíaca crónica, el más prominente, por la dificultad de adaptar las personas al tratamiento. **Objetivo:** Comprender la experiencia de las personas mayores en su adaptación al tratamiento clínico de la insuficiencia cardíaca crónica y cómo objetivos específicos: Identificar los estímulos recibidos por los ancianos durante el tratamiento clínico de la insuficiencia cardíaca crónica; Conocer las respuestas de comportamiento generados por estos estímulos; Comprobar, a partir de ahí, las estrategias de supervivencia creados por las personas mayores para adaptarse al tratamiento. **Metodología:** Investigación cualitativa realizada con diez personas de edad avanzada en el tratamiento ambulatorio de la insuficiencia cardíaca crónica en un hospital público de Salvador. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con preguntas socio-demográficos, clínicos y de orientación sobre el tema propuesto. La transcripción contenidos se clasifican en tres categorías principales, con subcategorías y se analiza a la luz de la Teoría de Callista Roy adaptación para una mejor comprensión de los procesos adaptativos experimentados por las personas mayores en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica. **Resultados:** La edad varió de 60 a 87 años, con una homogeneidad entre la baja educación de los géneros. En la categoría de "estímulos ambientales experimentadas por las personas mayores en el tratamiento clínico de la insuficiencia cardíaca crónica" se identificaron estímulos focales (lesión cardíaca y el uso de varias drogas), contextual (conocimiento sobre el tratamiento, el rendimiento profesional de la salud, nivel de educación, apoyo familiar y/o pares, la situación económica y de asistencia de salud pública) y residual (miedo a la muerte, historia de infarto de miocardio) que trabajaron juntos para influir positiva o negativamente en el comportamiento anterior. El análisis de la categoría de "respuestas conductuales de los pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca crónica," se encontró como subcategorías: problemas adaptables en los modos fisiológicas (oxigenación, de actividad y de descanso, y de la nutrición), el autoconceito (la falta de motivación, la tristeza, la soledad y el miedo), de rendimiento roles (pérdida de la función primordial de los padres, trabajador, esposa, enferma) y la interdependencia (apoyo a la familia y los compañeros). Por último, en la categoría de "mecanismos de afrontamiento de edad avanzada en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica", con las subcategorías: uso diario de las drogas, el desafío de lograr la suficiencia alimentaria, el uso de redes de apoyo formal e informal y la escasez de goteo recursos financieros. Se encontró que el proceso de adaptación es continua independiente del tiempo del inicio del tratamiento y los ancianos misma sin asistencia profesional adecuada desarrollado estrategias de afrontamiento que conseguirá adaptarse a las dificultades impuestas por el tratamiento, ya sea médica, nutricional, la red apoyo o económica. **Conclusión:** Numerosos intra institucional y factores adicionales son responsables de facilitar, y en gran medida, dificultan la adaptación de las personas mayores para el tratamiento de la ICC. Incluso con el bajo apoyo profesional, las personas mayores, en general, fue capaz de crear respuestas de adaptación a la mayoría de las situaciones vividas. Sin embargo, todavía se percibe defectos significativos en la conducta de tratamiento, que se caracterizan por un comportamiento inapropiado, donde hay una necesidad de un ajuste

terapéutico y la participación de un equipo multidisciplinario, con el fin de minimizar los episodios de descompensación clínica y mejorar la calidad de vida de estas personas.

Palabras clave: Edad avanzada. Adaptación. Insuficiencia cardíaca. Enfermedad crónica. Terapia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 ENVELHECIMENTO UMA REALIDADE ATUAL DO BRASIL	20
2.2 ADOECIMENTO POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA	24
2.2.1 Aspectos gerais da insuficiência cardíaca crônica	24
2.2.2 O controle clínico da insuficiência cardíaca crônica	28
3 REFERENCIAL TEÓRICO	34
3.1 TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY	34
3.1.1 Suposições científicas e filosóficas da Teoria da Adaptação de Roy	34
3.1.2 Definições essenciais da Teoria de Adaptação de Roy	36
3.1.2.1 A pessoa	36
3.1.2.2 O ambiente	38
3.1.2.3 A saúde	38
3.1.2.4 Objetivo da enfermagem	38
3.1.3 Modos adaptativos	39
3.1.4 Aproximação da Teoria da Adaptação de Roy ao idoso com insuficiência cardíaca crônica	41
4 METODOLOGIA	43
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	43
4.2 <i>LOCUS</i> DO ESTUDO E PARTICIPANTES	43
4.3 COLETA DOS DADOS	44
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	46
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	47
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1 ESTÍMULOS AMBIENTAIS VIVENCIADOS POR IDOSOS NO TRATAMENTO CLÍNICO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA	51
5.2 RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS DE IDOSOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO CLÍNICO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA	60
5.2.1 Modo fisiológico: Limitações físicas impostas pela a insuficiência cardíaca crônica	61

5.2.2 Modo autoconceito: Sentimentos envolvidos no cotidiano com a insuficiência cardíaca crônica	65
5.2.3 Modo função na vida social: Perda dos papéis sociais	68
5.2.4 Modo de interdependência: Interação social	72
5.3 MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO DE IDOSOS NO TRATAMENTO CLÍNICO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA	75
5.3.1 O uso diário de medicamentos	76
5.3.2 O desafio de se alcançar uma adequação alimentar	81
5.3.3 Utilizando as redes de apoio formais e informais	85
5.3.4 Driblando a escassez dos recursos financeiros	87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	104
APÊNDICA B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	105
ANEXO A – ESCALA MODIFICADA DE BARTHEL	106
ANEXO B – ESCALA DE LAWTON	110
ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	112

1 INTRODUÇÃO

O perfil populacional do Brasil vem sofrendo modificações importantes no que diz respeito a sua pirâmide etária. De acordo com o último censo populacional de 2010, a população brasileira era composta de aproximadamente 190,8 milhões de pessoas. O contingente de indivíduos idosos¹, que tem 60 anos² ou mais era de 20.590.599 milhões, ou seja, aproximadamente 10,8% da população total, sendo 55,5% de mulheres e 44,5% de homens (IBGE, 2011).

Nos países desenvolvidos, a transição populacional ocorreu de forma lenta ao longo dos séculos XIX e XX, em uma situação de evolução econômica, de crescimento do nível de bem estar e redução das desigualdades sociais. Entretanto, a rápida mudança demográfica em curso no Brasil, torna o processo mais complexo, ocasionando dificuldades nos ajustes e expansão dos sistemas sociais e, conseqüentemente, de saúde relacionados com a atenção à pessoa idosa (GOTTLIEB et al, 2011; BARROS; GOMES JUNIOR, 2013).

O envelhecimento humano configura-se por um conjunto de transformações biopsicossociais e culturais que tem início antes da velhice propriamente dita, caracterizando-se como um processo do ciclo evolutivo do organismo humano (FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012). O processo de envelhecer envolve alterações desde o nível molecular, passando pelo morfofisiológico até o funcional, sendo um processo fortemente ligado ao estilo de vida do indivíduo (acúmulo de danos), caracterizando-se como não uniforme. Neste contexto, surgem experiências e vivências próprias e peculiares, resultantes da trajetória de vida, integrando assim a formação da pessoa idosa e a sua capacidade de se adaptar às diversas transformações ao longo da vida (GOTTLIEB et al, 2011).

Um envelhecimento bem sucedido agrega a manutenção física e mental e o envolvimento com as atividades sociais (ALVARENGA et al, 2009). Embora o envelhecimento humano não deva estar atrelado à doença e dependência, esse progresso natural conduz a pessoa idosa a vivenciar situações de fragilidade física e emocional, havendo maior predisposição para condições patológicas, geralmente crônicas que, muitas vezes,

¹ Nesta dissertação por não serem trabalhadas as questões referentes ao gênero, o termo idoso será utilizado como sinônimo a expressão “pessoa idosa”, bem como é utilizado na Lei ° 10.741 de 1° de outubro de 2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso.

² Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), idoso é todo indivíduo de 60 anos ou mais se este residir em países em desenvolvimento. Seguindo o mesmo critério, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso adotam os parâmetros da OMS para definição da população idosa brasileira.

levam a perda da autonomia e a incapacidade funcional (GOTTLIEB et al, 2011; SEIMA; LENARDT; CALDAS, 2014).

Dentre essas condições patológicas encontra-se a Insuficiência Cardíaca Crônica (ICC), doença cardiovascular que afeta predominantemente a população idosa, com prevalência aproximada de 7% nos indivíduos com idade entre 75 e 84 anos, e superior a 15% naqueles com mais de 85 anos (LLOYD-JONES et al, 2010). Tal afecção encontra-se entre as cinco principais razões para consulta ao clínico geral para homens acima de 75 anos, e mulheres acima dos 85 anos (GOTT et al, 2006), sendo a via final comum da maioria das cardiopatias.

O aumento da sua prevalência ocorre não apenas pela elevação da expectativa de vida, mas também pelo aumento da sobrevivência de pacientes com doenças de base como o infarto agudo do miocárdio e hipertensão arterial (MOURA, 2013). Trata-se, portanto, de uma condição crônica, com custo socioeconômico elevado e de tratamento complexo, por apresentar múltiplos fatores envolvidos tanto na sua origem (doença de chagas, hipertensão arterial, etilismo, doença arterial coronariana) como na sua evolução (insuficiência renal, depressão, diabetes mellitus, edema agudo de pulmão, anemia) (BOCCHI et al, 2012; FERREIRA et al, 2015).

No Brasil, o tratamento da ICC está associado a elevados custos no setor saúde e representa uma das principais causas de hospitalização, estando atrelado a altas taxas de morbidade e mortalidade (NASCIMENTO; PUSCHEL, 2013). Assim, o comprometimento funcional decorrente dessa patologia acarreta implicações importantes tanto para a família, como para a comunidade, o sistema de saúde e, principalmente, o idoso, que torna-se mais vulnerável e dependente (ALVES et al, 2007), gerando um ciclo ininterrupto entre dependência funcional, vulnerabilidade e adoecimento.

Além das limitações funcionais, as alterações cognitivas também estão presentes no indivíduo com ICC, principalmente em pessoas idosas que podem já apresentar limitações naturais do envelhecimento (DARDIOTIS et al, 2012; SOHANI; SAMAAN, 2012). A redução da memória ou das funções executivas pode influenciar de forma significativa na habilidade de entender a doença, aderir ao plano terapêutico e de ter discernimento para tomada de decisões em relação ao seu tratamento (SOHANI; SAMAAN, 2012).

Segundo Ferreira et al (2015), os pacientes com ICC requerem ajustamento individual do tratamento para que, gradualmente, modifiquem seus estilos de vida e adaptem-se a nova vida imposta pela doença. A OMS define adesão como sendo o grau em que o comportamento de uma pessoa, em relação a tomar o medicamento, seguir um regime alimentar e executar

mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas com um prestador de saúde (OMS, 2004).

De acordo com a III Diretriz de Brasileira de ICC, as mudanças no estilo de vida deixaram de ser um simples complemento da farmacoterapia na abordagem da ICC e passou a ser parte integrante e indispensável da terapêutica, sendo que a não adoção dessas medidas coloca em risco a eficácia do tratamento (BOCCHI et al, 2009). Dentre as mudanças necessárias no estilo de vida destaca-se a alteração nutricional com redução de sódio, o controle hídrico, a restrição da ingestão de álcool, a monitorização do peso diário, a vacinação específica e a suspensão do tabagismo (ABETE et al, 2013).

Entretanto, a pessoa idosa apresenta inúmeros fatores que interferem na adesão terapêutica. Estudo tem apontado um baixo grau de comprometimento ao tratamento, mostrando o não cumprimento das medidas não farmacológicas, e o uso inadequado dos medicamentos (SALVADOR et al, 2004). Entre os fatores para a baixa adesão está a falta de apoio familiar, a dificuldade financeira, o número elevado de medicamentos, a falta de informação sobre a terapêutica e as mudanças no estilo de vida (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010).

Destarte, a adesão ao tratamento implica em questões objetivas e subjetivas. Os aspectos objetivos estão relacionados aos métodos de tratamento, a prescrição medicamentosa e não medicamentosa; e as questões subjetivas estão relacionadas à atitude do paciente, crenças, percepções, pensamentos, desejos, ganhos e ônus com a doença entre outros (PLASTER, 2006). O indivíduo utiliza a sua capacidade de fazer escolhas e atender aquelas que lhe agrada, negociando com seu mal-estar e ajustando-se emocionalmente às suas decisões (MANTOVANI et al, 2011). Dessa forma, a depender do tipo de estímulo que afete o idoso, no que diz respeito ao seu ambiente, a sua condição econômica, ao apoio familiar recebido, a vontade pessoal, ao acolhimento dado pela equipe de saúde, entre outros, a sua adaptação, e a conseqüente adesão ao tratamento pode ser positiva ou negativa.

Sobre isso, estudos trazem que a baixa renda, oriunda de benefícios mínimos de aposentadoria, limita o acesso dos idosos a bens de serviços e de consumo, como alimentação, moradia e medicamentos, tornando-os inteiramente dependentes do sistema público de saúde (JACINTO et al, 2014; GEIB, 2012). Essa situação, por exemplo, pode dificultar a adaptação necessária ao novo estilo de vida.

Ademais, a baixa escolaridade também compromete a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida do idoso. Outro ponto crítico são as formações de apoio familiar e as redes sociais. Para os idosos, esse tipo de apoio

constitui, talvez, o único recurso para aliviar as cargas da vida cotidiana e o fardo proveniente da enfermidade. Porém, a depender das limitações impostas pela doença, o idoso tende a se isolar socialmente, enfraquecendo suas relações e seus contatos afetivos, e conseqüentemente fragilizando um possível apoio social existente (GEIB, 2012).

Neste processo, torna-se fundamental a compreensão, pela pessoa idosa, das questões relacionadas ao tratamento ao qual está sendo submetida. Além disso, cabe ao profissional de saúde acompanhar seu processo de adaptação, conhecendo suas necessidades e identificando possíveis dificuldades de adaptação terapêutica, para que possa, se possível, junto ao idoso e sua família, intervir/auxiliar nas dificuldades, proporcionando uma melhora na qualidade de vida dessas pessoas, através de abordagem adequada.

Sobre isso, diversas abordagens têm sido investigadas para estabelecer o cuidado a indivíduos com ICC, o que tem aumentado a complexidade do tratamento (DOMINGUES et al, 2011). Nesse sentido, estudos analisam a eficácia do tratamento farmacológico da ICC, com o uso de novas drogas e combinações farmacológicas específicas para a população idosa (METRA; CAS; MASSIE, 2009; INOMATA, 2012), enquanto outros estão direcionados aos efeitos positivos do tratamento não farmacológico para a estabilização do quadro clínico (ABETE et al, 2013). Entretanto, a despeito dessas pesquisas, ainda existe uma lacuna no que se refere aos tipos de abordagem terapêutica que podem ser utilizadas pelos profissionais, para melhorar a adaptação do idoso a essa nova condição crônica.

A presença da equipe multiprofissional e o estabelecimento de programas de gerenciamento, conciliando consultas presenciais e contatos telefônicos, têm sido relatados na literatura como a melhor estratégia para o acompanhamento de indivíduos com ICC (WARDEN et al, 2014; KINUGASA et al, 2014; DAVIDSON et al, 2015). Contudo, apesar de obterem, em sua maioria, resultados favoráveis com a redução do quadro de hospitalização, ainda existem lacunas, pois esses programas são genéricos e realizados em condições favoráveis de clínicas especializadas ou hospitais escola, não abordando as necessidades e dificuldades do indivíduo no ambiente domiciliar. Além disso, essas pesquisas, em sua maioria internacionais, trazem a realidade dessas pessoas em outros contextos, que nem sempre se adequam à realidade da maioria da população idosa no Brasil.

É necessário que o profissional de saúde compreenda a vivência dessas pessoas e possíveis dificuldades cotidianas a serem enfrentadas para a manutenção do tratamento da ICC, numa perspectiva de cuidado integral. Nesse sentido, é preciso realizar um cuidado que atenda não apenas as necessidades biológicas dessa pessoa, mas também as suas necessidades psicossociais, espirituais e existenciais, ajudando-os a superar limitações e a criar estratégias

de enfrentamento da doença, reduzindo complicações, internações e readmissões hospitalares que além de causar sérias repercussões na qualidade de vida do indivíduo, oneram o sistema de saúde.

Dessa forma Santos et al (2011), acrescentam que a enfermeira, ao cuidar dos idosos em condições crônicas, deve atentar para a singularidade do indivíduo, reconhecendo suas especificidades para identificar e compreender suas necessidades, valorizando conhecimentos, experiências, e criando espaços em que os idosos troquem suas vivências, pratiquem a sociabilidade e a espiritualidade, compartilhando situações adversas e favoráveis da vida adquirindo, desta forma, maneiras saudáveis de enfrentamento dos seus problemas de saúde.

Diante desse quadro, o cuidado ao idoso com ICC deve ir além da orientação terapêutica, sendo importante conhecer sua vivência com a doença e o tratamento, avaliando as repercussões na sua capacidade física e autonomia para as atividades de vida diária, estimulando suas potencialidades e oferecendo suporte para que ele aprenda, na experiência cotidiana, formas e motivação para se cuidar.

Frente ao exposto, essa pesquisa traz como questão de investigação: Como a pessoa idosa vivencia no seu dia-a-dia com as recomendações para o tratamento clínico da insuficiência cardíaca?

O estudo tem como objeto a vivência da pessoa idosa na adaptação ao tratamento clínico da insuficiência cardíaca crônica, partindo do pressuposto de que fatores relacionados ao ambiente, ao indivíduo, e a sua rede de apoio influenciam em sua adaptação ao novo estilo de vida imposto pela doença, seja de forma positiva ou negativa. Dessa forma, objetiva compreender essa vivência e traz como objetivos específicos: Identificar os estímulos recebidos pela pessoa idosa durante o tratamento clínico da insuficiência cardíaca crônica; Conhecer as respostas comportamentais geradas por esses estímulos; Verificar, a partir daí, as estratégias de enfrentamento criadas pela pessoa idosa para adaptar-se ao tratamento.

A compreensão do objeto proposto terá como respaldo teórico o Modelo Adaptativo de Callista Roy, fundamentada em uma visão holística do ser, baseada na teoria de que o indivíduo tem a capacidade de se adaptar e criar mudanças no meio ambiente

A inquietação com o tema surgiu através da experiência enquanto residente no Programa de Residência Multiprofissional em Cardiologia da Universidade Federal da Bahia em parceria com o Hospital Ana Nery, referência nessa área na Bahia. A especialização permitiu uma aproximação com a cardiologia, possibilitado por um convívio diário intenso com pacientes acometidos pelos mais diversos problemas cardíacos, onde era possível

visualizar todas as dificuldades vivenciadas por estes em relação à adaptação ao seu tratamento e a um novo estilo de vida.

Posteriormente, a atuação como enfermeira assistencial no ambulatório da mesma instituição (Ambulatório de Cardiologia e Transplante Cardíaco), possibilitou uma aproximação dos pacientes idosos, muitos deles em estágio avançado da ICC. Através desses contatos durante as consultas de enfermagem, foi possível perceber o receio dessas pessoas em admitirem que não estavam seguindo as recomendações terapêuticas, mesmo isso estando visível através do agravamento dos sinais e sintomas. Possivelmente esse receio de dano por medo de repreensão por parte da equipe, por reconhecerem sua desmotivação pessoal ou por condições ambientais desfavoráveis que lhe causavam vergonha.

Em alguns casos observava que a descompensação clínica era consequência de complicações decorrentes da evolução da própria doença cardíaca, mas, em sua grande maioria, estas estavam relacionadas às dificuldades de adaptação ao novo estilo de vida imposto pela doença, evidenciadas por relatos de dificuldades para utilizar o medicamento, seguir a dieta entre outras orientações.

No decorrer dessa prática profissional, durante as consultas de enfermagem, tornou-se cada vez mais visível as dificuldades que as pessoas idosas possuíam, para lidar com o tratamento e as orientações recebidas da equipe. Essas dificuldades pareciam surgir em decorrência de limitações do nível de escolaridade que, muitas vezes, impedia o segmento adequado da prescrição médica; da ausência de uma rede de apoio, que permitisse um suporte emocional e um acompanhamento nas atividades do cotidiano e de um recurso financeiro limitado, que restringia as escolhas alimentares e a compra medicamentosa. Nessa prática, era visível, também, outros impedimentos para a adesão ao tratamento, relacionados com a falta de conhecimento sobre esta e a doença, a falta de vontade pessoal em se tratar, e às alterações orgânicas e cognitivas, decorrentes da doença, ou de outros agravos, que pareciam dificultar a compreensão dessas pessoas, interferindo em sua adaptação.

A partir dessas experiências/percepções, surgiram inquietações relacionadas com o posicionamento dos profissionais de saúde frente a essas pessoas quando no momento do encontro terapêutico, seja durante a internação ou nas consultas ambulatoriais. Esses posicionamentos, muitas vezes, pareciam estar pautados em um modelo biomédico, limitado aos sinais e sintomas da doença, e direcionado a culpabilizar o paciente pelos insucessos terapêuticos.

O ingresso no Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, na linha de pesquisa “O cuidar em enfermagem no processo de desenvolvimento humano”

possibilitou, através das discussões em sala de aula e leituras dos artigos, a ampliação do olhar para as pessoas que vinham em busca de cuidados cardiológicos. A partir desse momento, a competência técnica deixou de ser o principal e único foco da minha assistência, e passei a identificar no outro, as formas de cuidado que este estava disposto a receber.

Além disso, a participação no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Idoso (NESPI)³, permitiu compreender que todo o processo de adaptação para o tratamento da ICC poderia ser muito mais difícil, quando enfrentado pela pessoa idosa, visto que estes já possuem uma experiência de vida que os tornam mais resistentes a mudanças. E mais, a falta de apoio governamental, social e familiar torna as mudanças para essas pessoas ainda mais complexas. Desse modo, as inquietações encontradas no processo de trabalho no hospital decorrentes do número elevado de descompensação clínica, estavam relacionadas a complexidade que parecia, para a pessoa idosa, se adaptar ao tratamento recomendado.

Assim, diante do que foi vivenciado, acolhi a pessoa idosa como colaborador dos meus estudos em cardiologia, perfil populacional tão importante e, muitas vezes, negligenciado pela sociedade civil e acadêmica.

Diante desse contexto, denota-se significativa relevância social e científica no campo da Enfermagem e da equipe de saúde sobre o tema abordado. A compreensão da vivência de pessoas idosa na adaptação ao tratamento clínico da ICC, possibilita um olhar mais ampliado a essas pessoas, que vá além de um cuidado biomédico, e a criação de propostas de enfrentamento direcionadas às dificuldades. Ademais, o acompanhamento individualizado, focado em um cuidado integral, compreendendo as dificuldades e oferecendo auxílio na superação/enfrentamento destas, permite melhorar a adesão ao tratamento e orientações, e diminuir a frequência de internações hospitalares, melhorando a qualidade de vida dessas pessoas e de sua família, além da redução dos custos financeiros e sociais gerados pela ICC.

A questão da adaptação à terapia é extremamente importante quando se aborda a pessoa idosa com tantas ideias cristalizadas, tão acostumada e apegada a uma rotina, e tendo que modificar muitos hábitos por conta das limitações que a doença acarreta. Além disso, algumas podem morar sozinhas, ter dificuldades financeiras, de compreensão da doença e do tratamento, alterações em sua capacidade funcional entre outros motivos, que podem interferir na sua adaptação. Esses estímulos podem trazer repercussões importantes no que diz respeito ao controle dos sintomas, implicando na qualidade de vida desse grupo etário.

³Criado no ano de 1973, na EEUFBA, atualmente está sob a coordenação da Prof.^a Dr.^a Tânia Maria de Oliva Menezes. Foi o primeiro grupo de pesquisa sobre envelhecimento criado no Brasil. Tem por objetivo desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão de forma interdisciplinar na atenção à saúde do idoso.

A compreensão da vivência da pessoa idosa ao tratamento da ICC, permite que a instituição de saúde desenvolva um modelo de atendimento de enfermagem diferenciado, específico para esse perfil populacional, auxiliando em suas necessidades de adaptação. O conhecimento da multiplicidade de fatores envolvidos no processo de adaptação terapêutica contempla as particularidades de cada idoso.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO: UMA REALIDADE ATUAL DO BRASIL

O envelhecimento é um processo natural e inevitável para qualquer sociedade. Além de um processo biológico, é também uma construção social e histórica devido às variadas formas pela qual é entendido e vivido em diferentes comunidades (SILVA; ANDRADE, 2013). O processo de envelhecimento difere de pessoa para pessoa, devido a variadas condições de existência de cada um. Desse modo, fatores relacionados ao próprio indivíduo tais como condição biológica e aspectos psicológicos, e ao ambiente em que vive, como cultura, religiosidade, condição econômica, podem alterar significativamente esse processo (ZENEVICZI; MORIGUCHI; MADUREIRA, 2013).

Esta etapa da vida provoca no organismo, transformações evidentes reveladas através das características físicas do indivíduo, além de modificações bioquímicas e fisiológicas, relacionadas às alterações dos processos orgânicos. Entretanto, além destas existem outras modificações também importantes, que são as mudanças psicológicas, vistas quando o idoso precisa adaptar-se a cada nova situação que se apresenta no seu cotidiano; e as modificações sociais, verificadas quando as relações sociais tornam-se alteradas em função da redução da produtividade, do poder físico e econômico (SANTOS, 2010).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2050, o número de pessoas com 60 anos ou mais no mundo duplicará, exigindo importantes mudanças sociais (WHO, 2015). Bloom et al (2014) complementam que, nesse mesmo ano, a previsão é de que exista a relação de um idoso para cada cinco pessoas.

O processo de envelhecimento deixou de ser um fenômeno exclusivo dos países desenvolvidos e tornou-se realidade nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (SILVA; ANDRADE, 2013). Contudo, neste país, a preocupação com o envelhecimento populacional é recente, e ainda tímida, se comparada a outros países como o Canadá. Nesse sentido, observa-se que o Brasil entrou em um processo de desenvolvimento onde tem atingido índices sociais e demográficos de Primeiro Mundo, embora com sistemas e instituições ainda obsoletas (VERAS, 2012).

De acordo com o Censo Demográfico de 2010, a população brasileira contava com 190,8 milhões de indivíduos, dos quais 42,03% pertenciam ao grupo etário entre 0 e 24 anos de idade, 47,18% ao de 25 a 59 anos e 10,79% ao de 60 anos ou mais. Comparando com o Censo Demográfico de 2000, a população desses mesmos grupos etários correspondiam a

49,67%, 41,76% e 8,56%, respectivamente, deixando evidente a transição demográfica que o Brasil vem enfrentando, com diminuição do segmento populacional jovem e aumento da população maior de 60 anos (IBGE, 2011).

A Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio realizada em 2012, demonstrou o crescimento da população idosa de 12,6% do total de brasileiros. Outro dado importante revelado nesta pesquisa, foi que 64,2% dos idosos entrevistados declararam-se como a pessoa de referência no domicílio; possuíam média de estudo de 4,6 anos, sendo que 28,1% tinham menos de 1 ano de estudo; 47,8% possuíam rendimento de todas as fontes superior a 1 salário mínimo; e cerca de 43,5% residiam em domicílios com rendimento mensal per capita igual ou inferior a 1 salário mínimo (IBGE, 2013).

Mesmo diante dos avanços na saúde que culminaram com o aumento da parcela idosa da população, os dados supracitados demonstram que ainda existe um déficit de suporte econômico, social e educacional para esses indivíduos. A proporção de idosos com escolaridade mais alta ainda é pequena e juntamente com os diversos arranjos familiares que tendem a responsabilizar o idoso como referência financeira do domicílio, fazem com que a população idosa brasileira torne-se uma faixa etária vulnerável.

Embora o aumento da idade provoque um declínio na capacidade funcional do indivíduo, a população idosa é um grupo muito heterogêneo apresentando grande variação de condições de saúde e função (RUBIO et al, 2013). Apesar de existirem semelhanças nas experiências de envelhecimento, esta é uma experiência única, especial e de construção individual.

Existem dois tipos de envelhecimento, de um lado o envelhecer como um processo progressivo de diminuição de reserva funcional, ao qual denominamos de senescência, e do outro, um envelhecer com desenvolvimento de uma condição patológica por estresse emocional, acidente ou doenças que corresponde a senilidade (CIOSAK et al, 2011). Assim, a saúde na pessoa idosa é um processo cumulativo que vai depender muito do estilo de vida e de comportamentos praticados ao longo desta.

O conceito de que a velhice é uma fase da vida dominada pela doença nem sempre mostra-se como realidade única (CIOSAK et al, 2011). Mais de 85% dos idosos brasileiros, mesmo convivendo com algum tipo de adoecimento, continuam autônomos e atuantes economicamente no país. Ainda sobre isso, estudo aponta que 87% dos homens idosos chefiavam famílias, sendo que mais da metade contribui com seus proventos para a renda mensal familiar (MINAYO, 2012).

Entretanto, a despeito dessa situação, ainda existe uma parcela da população de idosos com sérios problemas de saúde físicos e mentais, que não possuem rendimentos próprios e não são capazes de suprir, sozinhos, suas necessidades básicas (MINAYO, 2012). Assim, a constante interação entre a dimensão biológica e subjetiva dos indivíduos, confere a pessoa que envelhece características específicas, que podem interferir na sua capacidade de adaptação ao meio social em que está inserido, tornando-a mais vulnerável aos agravos e doenças (PILGER et al, 2013). Publicação da WHO (2015) traz que algumas pessoas idosas vivem mais tempo e com melhor condição de saúde por pertencerem a segmentos mais favorecidos da sociedade. Já os idosos desfavorecidos, muitos oriundos de países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, com menos oportunidades e recursos, terão, provavelmente, pior saúde e maiores necessidades, mostrando que o acesso a recursos e apoio são também determinantes importantes para um envelhecimento com qualidade.

Analisando a transição demográfica brasileira sob a ótica de gênero, constata-se um processo de feminização da velhice, ou seja, quanto mais a população envelhece, mais feminina ela se torna (KÜCHEMANN, 2012). As mulheres representam, atualmente, 55,5% da população idosa brasileira e 61% do contingente de idosos acima de 80 anos (IBGE, 2011). Apesar disso, viver mais nem sempre é sinônimo de viver melhor.

A feminização da velhice retrata nada mais do que o aumento da expectativa de vida das mulheres que, em média, vivem 8 anos a mais que os homens (IBGE, 2011). Dentre os fatores que convergem para esse fenômeno, destacam-se duas situações: as mortes violentas, cujas vítimas, quando jovens e adultas, são homens em mais de 90% dos casos; e a busca contínua pelo serviço de saúde que é maior entre as mulheres do que entre os homens ao longo de suas vidas (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2010).

O aumento da expectativa de vida no mundo e no Brasil, tem sido proveniente, além das melhores condições de vida, dos avanços tecnológicos e científicos ocorridos na área da saúde, proporcionando uma segurança maior no que se refere às intervenções, além da descoberta de novos medicamentos, vacinas entre outros, que repercutem de forma significativa na vida da população, fazendo com que estes vivam por mais tempo, aumentando as chances de aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis (CAMPOS et al, 2013).

O aumento na prevalência dessas doenças é uma das principais características do processo de transição epidemiológica, que ocorreu inicialmente nos países desenvolvidos e que vem ocorrendo exponencialmente no Brasil, a partir de 1960. As doenças crônicas não transmissíveis respondem por 66,3% da carga de doença nesse grupo etário, enquanto as doenças infecciosas, por 23,5%, e causas externas, por 10,2% (CAMPOLINA et al, 2013).

Segundo Silva e Andrade (2013), o quadro de crescimento da população idosa é acompanhado da inadequada qualidade de vida deste segmento etário. Com o avanço da idade, começam a aparecer limitações nas funções motoras, tornando os idosos cada vez mais predispostos a dependência para realização de autocuidado. Essa perda da autonomia compromete a qualidade de vida dessas pessoas, que pode estar afetada também pela susceptibilidade a doenças crônicas degenerativas. (PILGER et al, 2013).

A maioria dos problemas de saúde enfrentados pelas pessoas idosas estão associados com as doenças crônicas, em especial as não transmissíveis. As enfermidades que mais acometem os idosos são as doenças relacionadas com a idade como: perdas auditivas, visuais e diminuição da mobilidade, e os agravos crônicos não transmissíveis que incluem as doenças cardiovasculares, os acidentes cerebrovasculares, as doenças respiratórias crônicas, o câncer, e a demência (WHO, 2015).

De acordo com o estudo dos Indicadores Sociodemográficos e de Saúde do Brasil (2009), as doenças crônicas atingem 3 em cada 4 idosos. Estas crescem intensamente com o passar dos anos nessa população, com percentual de 75,5%. Quando discriminados por sexo, 69,3% dos idosos e 80,2% das idosas são acometidos por alguma doença crônica (IBGE, 2009).

Desse modo, Veras (2012) considera duas formas existentes por trás do envelhecimento que gera o aumento dos gastos com a saúde. Seriam elas: o aumento da proporção e de anos de vida de idosos na população brasileira, e o aumento da intensidade do uso dos serviços de saúde pelos idosos decorrentes da aquisição de doenças crônicas. As necessidades de saúde da população em geral apresentam um padrão de distribuição em “J”, ou seja, as pessoas no início e, particularmente, no final da vida, são as mais suscetíveis a problemas de saúde. O perfil de adoecimento dos idosos é prioritariamente de caráter crônico, necessitando da ampliação do número de consultas, aumento no consumo de medicamentos, realização de exames e hospitalizações, o que torna o custo da saúde dessas pessoas mais oneroso ao sistema público (IBGE, 2009).

Nesse contexto, o envelhecimento da população ocasiona uma série de alterações de magnitude profunda na sociedade, as quais abrangem o setor econômico, o mercado de trabalho, os sistemas e serviços de saúde e as relações familiares (CRUZ; CAETANO; LEITE, 2010). O maior desafio na assistência à pessoa idosa é colaborar para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer decorrentes do próprio envelhecimento ou impostas pela doença adquirida, ela possa redescobrir novas formas de viver sua própria vida com a máxima qualidade e independência possível (CIOSAK et al, 2011).

Proporcionar saúde é algo além de evitar doenças e prolongar a vida, é assegurar meio e situações que ampliem a qualidade de vida da pessoa idosa, ou seja, proporcionar meios que aumentem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar, que são valores socialmente definidos. Torna-se então necessário que a atenção a pessoa idosa esteja direcionada às suas reais necessidades, sejam elas fisiológicas, emocionais, sociais e espirituais (CAMPOS et al, 2013). Emerge assim, a necessidade da equipe de saúde, conhecer como o idoso experimenta seu envelhecimento e as consequências dele.

O sistema de saúde brasileiro precisa ser organizado para atender aos diferentes perfis demográficos e epidemiológicos decorrentes do aumento da população idosa. A magnitude do aumento dos gastos em saúde com a população idosa dependerá, essencialmente, se esses anos a mais serão saudáveis ou de enfermidades e dependência (VERAS, 2012).

2.2 ADOECIMENTO POR INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA

2.2.1 Aspectos gerais da insuficiência cardíaca crônica

O aumento da população idosa demonstrado no último censo brasileiro de 2010 coloca o país em potencial crescimento de pessoas em risco ou portadores de ICC (BOCCHI et al, 2012). Esta enfermidade é a doença cardiovascular mais comum entre os idosos e o motivo mais frequente de hospitalização nessa faixa etária (SACCOMANN; CINTRA; GALLANI, 2011).

A ICC é definida como uma síndrome clínica complexa resultante de qualquer comprometimento estrutural ou funcional do enchimento ventricular ou da ejeção de sangue (YANCY et al, 2013). Aprofundando mais essa definição, a III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica, traz a ICC como:

“[...] disfunção cardíaca que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender necessidades metabólicas tissulares, na presença de retorno venoso normal, ou fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento”.
(BOCCHI et al, 2009, p.6).

Esta condição clínica é endêmica em todo o mundo, gerando altos custos, incapacidade e elevada mortalidade, representando um grave problema de saúde pública mundial (PEREIRA et al, 2012). De acordo com Borlaug (2013), aproximadamente 15 milhões de europeus e 6 milhões de norte-americanos sofrem de ICC, com custos anuais diretos e indiretos em torno de bilhões. Em 2013, nos Estados Unidos das Américas, o custo

com consultas médicas dos pacientes com ICC resultou em um gasto de 1,8 bilhão de dólares. Já o custo total dos cuidados com esta afecção chegou a ultrapassar os 30 bilhões de dólares anual (YANCY et al, 2013)

Nos Estados Unidos, a cada ano, 275.000 pacientes morrem por ICC. Em 2009, 1 em cada 9 mortes listava a ICC como causa principal. A projeção para o ano de 2030 é que o número de pacientes com esta afecção aumente cerca de 25% e o custo anual com a doença eleve cerca de 120% (DUNLAY et al, 2015).

No Brasil, no ano de 2007, as doenças cardiovasculares representavam a terceira causa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS), e a ICC encontrava-se associada a vários episódios de readmissões hospitalares, baixa qualidade de vida, alto risco de mortalidade prematura e elevados custos hospitalares (RABELO et al, 2012).

Registro do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) revela que, no Brasil, no ano de 2012, houve 95.881 internações hospitalares por ICC. Destas, 33.126 ocorreram na região Nordeste, sendo a Bahia responsável por 11.108 dos internamentos (BRASIL, 2012). Nesse contexto, estudo multicêntrico brasileiro realizado com pacientes com ICC no ambiente hospitalar, demonstrou que 69,9% destes afirmaram terem sido internados nos últimos 12 meses, pelo mesmo problema cardíaco, pelo menos uma vez, sendo a falta de adesão a principal causa da descompensação clínica (RABELO et al, 2012).

Dado internacional traz que a ICC afeta mais comumente os indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos (JURGENS et al, 2015). No Brasil, a avaliação das internações realizadas pelo SUS e dos óbitos hospitalares decorrentes da ICC entre 2000 e 2007, revelaram que esses indicadores são mais elevados na faixa etária acima de 60 anos, onde 69,8% das hospitalizações foram realizadas (BOCCHI et al, 2009). Na pessoa idosa, a ICC é frequentemente multifatorial sendo essencial identificar todas as causas potencialmente tratáveis (JURGENS et al, 2015). Nesse sentido, o acompanhamento dessas pessoas pela equipe multiprofissional é importante, para que tenha uma boa adaptação ao tratamento, mantendo uma vida com independência e qualidade.

No Brasil, a principal etiologia da ICC é a cardiopatia isquêmica crônica, associada a hipertensão arterial. Entretanto, o país apresenta algumas peculiaridades endêmicas regionais gerando também elevados casos de ICC decorrentes de doença de Chagas e cardiopatia valvular reumática (BOCCHI et al, 2009). Jurgens et al (2015), afirmam que a hipertensão é a etiologia mais comum da ICC em mulheres idosas, particularmente quando apresentam fração de ejeção preservada. Já nos homens idosos, esta é frequentemente associada a doenças isquêmicas coronarianas.

As alterações hemodinâmicas encontradas na ICC, envolvem resposta inadequada do débito cardíaco com elevação das pressões pulmonar e venosa sistêmica. A redução do débito cardíaco é responsável pela perfusão tecidual deficiente, que inicialmente é apenas manifestada durante o exercício e, com o agravamento da doença, pode ser observada até mesmo em repouso (MCMURRAY et al, 2012).

Essas alterações hemodinâmicas promovem o remodelamento do miocárdio e o desenvolvimento de mudanças na estrutura cardíaca. Com o progredir do tempo, pode haver evolução para um quadro de disfunção miocárdica, que pode ser sistólica, quando o problema principal é de contratilidade global ou de apenas um segmento miocárdico, ou disfunção diastólica, quando a alteração é de relaxamento (YANCY et al, 2013).

O mecanismo responsável pelos sinais e sintomas clínicos da ICC é decorrente da disfunção sistólica, diastólica ou de ambas, acometendo um ou os dois ventrículos. Aproximadamente 60% dos adultos apresentam disfunção ventricular esquerda sistólica, sendo a disfunção diastólica mais encontrada com o aumento da expectativa de vida da população (BOCCHI et al, 2009).

Os sinais e sintomas mais identificados com a ICC estão relacionados aos quadros congestivos, causa mais importante de reinternação hospitalar (RABELO et al, 2012). Manifesta-se através de dispnéia, fadiga, intolerância ao esforço e retenção hídrica (WOODS; FROELICHER; MOTZER, 2004). Condições estas que diminui a capacidade funcional e autonomia da pessoa acometida.

O declínio da capacidade funcional é a principal e mais significativa consequência imposta pela ICC ao longo do tempo. A perda da função cardíaca, esquelética e respiratória contribui para o aumento da fadiga e diminuição da tolerância ao esforço físico na pessoa acometida (JURGENS et al, 2015). Esses sintomas geram intenso desconforto físico, impondo restrições aos hábitos rotineiros que proporcionavam prazer aos seus portadores, limitando suas atividades e repercutindo diretamente na sua independência (SANTOS et al, 2011).

A autolimitação da atividade física relacionada à ICC está intimamente relacionada às atividades da vida diária dos idosos, à qualidade de vida e às mudanças de estilo de vida impostas pela doença. Pacientes com ICC têm suas vidas prejudicadas pela doença, e mesmo o tratamento otimizado parece não causar diferentes impactos em sua qualidade de vida (SACCOMANN; CINTRA; GALLANI, 2011).

No geral, a hipótese diagnóstica de ICC surge a nível ambulatorial, e inclui apenas a presença de dispnéia, em especial se aos esforços e acompanhada de edema periférico ou congestão pulmonar. Porém, outros sinais e sintomas comuns podem ser encontrados como:

ortopnéia, dispnéia paroxística noturna, hepatomegalia, estase jugular, oligúria, nictúria, taquicardia, bulhas patológicas e sopros cardíacos (SANTOS; BITTENCOURT, 2008). Estudo realizado em Porto Alegre mostrou que os principais sinais e sintomas identificados no momento da internação foram: dispnéia, dispnéia paroxística noturna, fadiga, edema e ortopnéia (ALITI et al, 2011). Caracterizando-se como perfil clínico clássico dos pacientes com ICC descompensada.

A fim de normatizar a classificação da ICC de acordo com a severidade dos sintomas, em 1928 o comitê da *New York Heart Association* (NYHA) propôs um sistema classificatório baseado na funcionalidade do paciente. Atualizada em 1994, é um instrumento de classificação com validade e confiabilidade estabelecidos até os dias atuais (PEREIRA et al, 2012).

Os indivíduos com ICC são classificados de acordo com a NYHA em quatro classes segundo a sua sintomatologia:

Classe Funcional I – Sem limitação durante atividade cotidiana. A atividade habitual não causa fadiga, palpitação e/ou dispnéia.

Classe Funcional II – Limitação em atividades cotidianas. Confortável em repouso. A atividade moderada resulta em fadiga, palpitação e/ou dispnéia.

Classe Funcional III – Limitação durante atividades leves. Confortável em repouso. A atividade leve resulta em intensa fadiga, palpitação e/ou dispnéia.

Classe Funcional IV – Incapaz de realizar qualquer atividade sem desconforto. Sintomas de insuficiência cardíaca em repouso. Se alguma atividade for executada aumenta o desconforto (AHA, 1994).

De acordo com Santos e Bittencourt (2008), este sistema permite acompanhar a progressão dos sintomas de um paciente e sua resposta ao tratamento instituído. Entretanto, este sistema de classificação ignora o fato da ICC ser uma doença crônica progressiva, onde, independente da regressão dos sintomas mediada pelo tratamento efetivo, as alterações estruturais cardíacas não são reversíveis e, muitas vezes, continuam progredindo.

Com o objetivo de complementar a avaliação do paciente com ICC, a *American Heart Association* (AHA) criou a classificação da insuficiência cardíaca baseada na progressão da doença. Esta avaliação contempla as alterações estruturais cardíacas que já tenham se processado (HUNT et al, 2009). O estadiamento da ICC segundo a AHA divide-se em:

Estádio A – Risco aumentado de desenvolver ICC, porém sem evidências estruturais de doença cardíaca. Ausência de sinais ou sintomas prévio ou atual de ICC.

Estadio B – Evidências estruturais de doença cardíaca, porém nunca apresentaram sinais e sintomas de ICC.

Estadio C – Evidência estrutural de doença cardíaca. Presença de sinais e sintomas de ICC atuais ou prévios.

Estadio D – Evidência estrutural de ICC avançada. Sintomas graves mesmo em repouso. ICC refratária ao tratamento convencional (HUNT et al, 2009).

Essas duas classificações são usadas na prática clínica e se complementam, fornecendo informações úteis sobre a presença e gravidade da doença. Os estágios apontados pela AHA enfatizam o desenvolvimento e progressão da doença e podem ser utilizados para descrever indivíduos e populações. Enquanto que a NYHA foca na capacidade de exercícios e o estado sintomático da doença (YANCY et al, 2013).

Diante do risco potencial da ICC, é fundamental que as pessoas acometidas e seus familiares sejam orientados com relação à gravidade da doença e a importância do tratamento correto para modificar a história natural e permitir uma sobrevida com melhor qualidade. Para isso, é importante que a equipe de saúde esteja atenta para a maneira como pessoas acometidas e familiares encaram o adoecimento e suas repercussões, a fim de que possam auxiliar nas estratégias de enfrentamento para o novo estilo de vida.

2.2.2 O controle clínico da insuficiência cardíaca crônica

O tratamento instituído para a ICC é considerado bastante complexo e por isso inúmeros consensos, protocolos e *guidelines* tem sido criados com abordagens específicas para cada caso. Todos visam orientações sobre a manutenção da estabilidade clínica dos pacientes, a diminuição da morbimortalidade e o estímulo à adaptação terapêutica (SILVA et al, 2015).

O seguimento clínico desses pacientes é essencial para monitorizar a evolução do quadro clínico e a resposta terapêutica instituída. Não existe definido qual a periodicidade ideal das consultas, porém evidências mostram que o acompanhamento intensivo por médicos e enfermeiras pode reduzir a mortalidade por ICC (BOCCHI et al, 2009). O aconselhamento por parte da equipe de saúde proporciona maior conhecimento do paciente sobre a doença, contudo, isso não tem sido suficiente, visto que muitos desses têm dificuldade em absorver e aplicar o que lhe foi ensinado (NASCIMENTO, 2012).

Desde 1988, quando foi publicada a primeira pesquisa avaliando os fatores precipitantes de descompensação clínica em pacientes ICC, os motivos dessa descompensação

não se modificaram. Sua principal causa continua sendo o não cumprimento das medidas não farmacológicas e o uso inadequado dos medicamentos. Isso ocorre principalmente pelo fato dos pacientes realizarem parcialmente as ações de autocuidado, devido à dificuldade na percepção da piora clínica, por possuírem baixa renda e residirem sozinhos sem o apoio da família (SALVADOR et al, 2004; NASCIMENTO, 2012).

A complexidade do tratamento, no que diz respeito à gestão de um número elevado de medicamentos e as mudanças nos hábitos de vida e de autocuidado, configura-se como um importante desafio para o idoso acometido. A fim de driblar essas dificuldades de adaptação, e atender as demandas específicas dos indivíduos, recomenda-se a criação de clínicas especializadas, com atendimento multidisciplinar, com capacidade para fornecer atendimento integral ao paciente, em suas dimensões biológica, psicológica, econômica e social (BOCCHI et al, 2012; YANCY et al, 2013).

Conforme Rabelo et al (2012), a falta de adesão medicamentosa é a principal causa de descompensação da doença, e está atrelada a diferentes fatores como o pouco conhecimento sobre a ICC, o não acompanhamento por uma equipe multidisciplinar especializada, a carência de orientações sistematizadas e, até mesmo, ao interesse pessoal do indivíduo em manter o tratamento. Assim, uma assistência de qualidade buscando entender as necessidades individuais torna-se estratégia fundamental para se alcançar uma adaptação terapêutica favorável ao ambiente que o idoso encontra-se inserido.

De acordo com a Atualização da III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica, programas de manejo da doença e monitoramento em clínicas específicas foram associados à melhor adesão, menor número de dias internados, de hospitalizações, de atendimentos em unidades de emergência, melhor qualidade de vida, redução do desfecho combinado de hospitalização e mortalidade, e melhora do conhecimento do autocuidado, com consequente redução dos custos hospitalares. Nesses programas, foi possível perceber que enfermeiras treinadas aparentam ter a mesma capacidade do que cardiologistas para fazerem diagnóstico de congestão em ICC, sendo assim, as avaliações e seguimento por enfermeiras podem diminuir episódios de hospitalização (BOCCHI et al, 2012).

Metanálises que avaliaram o acompanhamento de pacientes por equipes multidisciplinares, com a utilização de medidas não farmacológicas no tratamento da ICC, indicaram benefícios na redução da morbimortalidade, taxas de readmissões, períodos menores de hospitalização, ganho no padrão funcional e, principalmente, melhora da qualidade de vida (DUCHARME et al, 2005; HOLLAND et al, 2005).

O acompanhamento clínico pode ser realizado pela enfermeira por meio de consultas periódicas, contatos telefônicos e/ou visitas domiciliares (BOCCHI et al, 2009). Os cuidados prestados por essa profissional ao paciente inclui: avaliação dos sintomas, monitorização do peso corporal, manejo dos medicamentos, avaliação do controle alimentar e hídrico, imunização, acompanhamento sistemático dos exames laboratoriais e educação do paciente sobre a doença (RABELO et al, 2012; JURGENS et al, 2015). O componente chave do acompanhamento com a enfermeira é identificar, precocemente, se o paciente encontra-se com alto ou baixo risco de exacerbação da doença (JURGENS et al, 2015). Dessa forma, para um bom e eficaz acompanhamento e realização de uma educação em saúde que auxilie o paciente em suas dificuldades de adaptação, a enfermeira precisa ir além de um atendimento pontual e pautado em regras, estando aberta a vivência do paciente para junto com este elaborar seu plano terapêutico.

Atualmente, a abordagem mais utilizada no cuidado aos pacientes com ICC baseia-se na associação do tratamento farmacológico às ações não farmacológicas com o intuito de melhorar sua condição clínica (LINHARES et al, 2010). Nesse sentido, a instituição de uma nova abordagem tem demonstrado que o tratamento não farmacológico deixou de ser um simples complemento da terapia farmacológica, tornando-se parte integrante e indispensável da terapêutica e que, a sua não adoção, coloca em risco a eficácia do tratamento com subsequente piora prognóstica (BOCCHI et al, 2009).

Estudo randomizado que avaliou o efeito das orientações e da assistência prestada por enfermeiras, à medidas não farmacológicas em pacientes com IC, mostrou que 86% do grupo de intervenção soube identificar e buscar atendimento quando houve aumento súbito do peso corporal contra 69% do grupo acompanhado apenas pelo cardiologista (VAN DER WAL; JAARSMA; VELDHUISEN, 2008). Isso mostra que a gestão eficaz da ICC perpassa pela participação efetiva da equipe multidisciplinar, chegando até ao cuidado instituído pelo próprio paciente. Além de outras atividades, este deve manter uma conduta diária de auto monitoramento da doença e de seus sintomas, a fim de identificar precocemente qualquer alteração no seu quadro clínico e adotar a busca cabível por atendimento hospitalar (OLIVEIRA et al, 2002). Para isso, é importante que a equipe de saúde compreenda a vivência dessas pessoas em relação a adaptação à doença e ao seu tratamento, para que possam ir além de um cuidado biomédico e pontual, na busca por estratégias de enfrentamento.

Ainda com relação à adesão ao tratamento, uma pesquisa realizada em Fortaleza mostrou que, mesmo a terapêutica farmacológica sendo ministrada adequadamente à maioria

dos portadores de ICC, estes ainda apresentaram uma média elevada de reinternações, o que pode ser atribuído, em parte, à não aderência ao tratamento não farmacológico (SILVA et al, 2015).

Embora importantes para a manutenção clínica dos pacientes com IC, as ações não farmacológicas não recebem a atenção que necessitam. Uma pesquisa que analisou a prescrição de tratamento para essas pessoas em diferentes hospitais do país, concluiu que, com exceção do controle de diurese, os cuidados não farmacológicos não estavam prescritos na mesma proporção entre os centros (RABELO et al, 2012).

Ainda sobre isso, outro estudo desenvolvido no setor de emergência verificou um percentual elevado de pacientes que deram entrada no serviço com sinais e sintomas de congestão pulmonar e, apesar disso, as prescrições continham número insatisfatório de medidas não farmacológicas. Entre estas, o balanço hídrico foi pouco contemplado e a restrição hídrica estava presente em menos de 50% das prescrições (LINHARES et al, 2010). Situações como estas vem ocorrendo, a despeito da existência de guidelines internacionais para o tratamento da ICC, com recomendação de restrição da ingesta hídrica mais acentuada (1 a 1,5 litros/dia) para os pacientes sintomáticos (YANCY et al, 2013).

Sobre o tratamento não farmacológico, Jurgens et al (2015) pontuam que a dieta hiposódica balanceada é um componente crítico no acompanhamento dessas pessoas, pois a restrição do sódio pode significar redução do edema e da fadiga, diminuição do líquido extracelular, redução do risco de re hospitalização e melhora da qualidade de vida das pessoas acometidas. Assim, o acompanhamento nutricional deve ser direcionado para o planejamento alimentar de forma clara e simples, respeitando as preferências e aversões alimentares, além das limitações de ordem cultural, religiosa e econômica que possam vir a interferir na orientação (BOCCHI et al, 2009).

No que se refere ainda ao tratamento não farmacológico, orientações importantes sobre a prática da atividade sexual são, muitas vezes, omitidas pelos profissionais de saúde, principalmente pelo tabu social de se falar de sexo e ainda mais para uma população idosa. Segundo Levine et al (2012), a atividade sexual é um importante componente para a qualidade de vida do paciente com doença cardiovascular e do seu companheiro, incluindo os pacientes idosos. E traz também que 60 a 87% dos pacientes com ICC relatam problemas sexuais diversos, sendo que um quarto deles relatam cessação completa da atividade sexual.

As recomendações e esclarecimentos sobre a atividade sexual em indivíduos com ICC têm como finalidade assegurar o não agravamento do quadro clínico. De acordo com o *guideline* internacional da AHA sobre atividade sexual e doença cardiovascular, a segurança

da atividade sexual está relacionada com a gravidade da ICC. Ou seja, para indivíduos com classe funcional I ou II, é recomendada atividade sexual de baixa intensidade e adotando uma posição semi reclinada durante o coito para diminuir o esforço físico e a dispnéia. Porém, a atividade sexual deixa de ser recomendada para indivíduos descompensados ou com ICC avançada como nas classes funcionais III e IV (LEVINE et al, 2012).

Outra falha de condução no tratamento da ICC, diz respeito ao uso das recomendações relacionadas à prevenção de fatores agravantes. A congestão pulmonar está presente em grande parte desses pacientes, o que predispõe à infecções respiratórias dentre elas a influenza, repercutindo direta e indiretamente na mortalidade e na hospitalização dos pacientes, em especial a população idosa (MARTINS et al, 2011). Diante disso, pessoas acometidas por ICC devem ser orientadas a receber anualmente a vacina contra influenza e em dose única a vacina de *Pneumococcus* com reforço somente após os 65 anos (BOCCHI et al, 2012). Entretanto, estudo realizado em hospital de grande porte no município de São Paulo, identificou que apenas 45% dos pacientes tinham vacinação contra gripe atualizada e que 50,8% informaram nunca ter recebido orientação do médico ou da enfermeira sobre esse assunto (NASCIMENTO; PUSCHEL, 2013).

Assim, nota-se que a maioria das ações não farmacológicas para o tratamento da ICC, são menosprezadas por grande parte dos serviços e profissionais de saúde que atendem a essa população. A adesão às orientações para o tratamento correto depende, em sua maior parte, do conhecimento e compreensão por parte dos pacientes e seus familiares (NASCIMENTO, 2012). Por isso, a importância destas recomendações deve ser fortalecida junto ao paciente, principalmente quanto tratar-se da população idosa, onde os hábitos de vida estão tão enraizados e estabelecidos que as mudanças podem tornar-se mais resistentes. A alteração do estilo de vida implica em um sentimento de perda, cercado por ansiedade, medo, angústia, dúvidas e negação do processo de adoecimento vivenciado.

O reconhecimento da importância da educação em saúde em pacientes com ICC, conduziu para o surgimento, em diversos países, dos programas de aconselhamento ou de manejo, que mantiveram a mesma lógica prescritiva e normativa, sem a inclusão do indivíduo, objeto dessa prática, na elaboração desses programas. Diante disso, estudo realizado por Luniewski, Reigle e White (1999) com 30 pacientes, onde foi avaliado as principais necessidades educacionais sob a ótica dos pacientes, médicos e enfermeiros, detectou que os pacientes listaram questões relacionadas ao conhecimento sobre a doença como as mais importantes. Entretanto, os médicos concordaram com a escolha dos pacientes em apenas 13% e os enfermeiros em 23%. Ficando claro que as necessidades de informação

de saúde entendidas pela equipe como fundamentais podem não atender as expectativas e necessidades dos pacientes, o que dificulta o processo de adaptação ao tratamento.

Estudo realizado na Austrália para investigar a necessidade de aprendizado dos pacientes com ICC, encontrou que estes possuem formas de aprendizado diferentes (multimodal 64%, leitura/gravação 18%, auditivo 11%, cinestésico 7%), e que em relação aos temas educativos, os sinais e sintomas foram classificados como o tópico mais importante para a aprendizagem seguido por prognóstico, fatores de risco, medicamentos, informações gerais, dieta, fatores psicológicos e, por último, atividade física (BOYDE et al, 2009). Demonstrando assim, a necessidade de individualizar o atendimento ao paciente com ICC, valorizando sua vivência com a doença, priorizando suas características pessoais e vontades próprias.

A aquisição de conhecimento é um processo permeado pela experiência de ter e viver com a doença. Assim, este conhecimento é mais vivido do que adquirido através de técnica ou cientificamente, partindo do manejo diário com a ICC. Nesse sentido, seu acompanhamento deve englobar a educação em saúde e a aprendizagem do autocuidado, ressaltando-se que a educação não se faz em um só momento, e o modo de viver do indivíduo só pode ser mudado quando este se encontra aberto às possibilidades de adaptação (FREITAS, 2010). É preciso que o cuidado seja planejado junto com a pessoa, e não para ela, a fim de adaptar as orientações ao seu contexto de vida e as suas necessidades. Por isso, a compreensão dessa vivência é tão importante.

Sendo assim, além da sensibilização com os profissionais a respeito do modo de acolhimento e acompanhamento da pessoa idosa acometida com ICC, é necessário que esse processo também ocorra com o paciente, para que este encontre, em si próprio, razões que o levem a buscar o conhecimento e melhorar o manejo da sua doença (FREITAS, 2010).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TEORIA DA ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY

Em sua prática assistencial, a enfermeira deve fundamentar-se em alguma teoria que lhe possibilite a operacionalização eficaz do seu cuidado. Nessa perspectiva, vislumbrando compreender as vivências da pessoa idosa na adaptação ao tratamento da ICC, é que o referencial teórico de Callista Roy foi utilizado, a fim de nortear a discussão, auxiliando na compreensão do objeto de estudo.

As teorias promovem uma interação entre conceitos, de modo a criar uma maneira diferente de encarar determinado fenômeno. Ao analisar o Modelo de Adaptação de Callista Roy, vislumbra-se nele um referencial que auxilia no desenvolvimento do cuidado a pessoas com enfermidade crônica, como os portadores de ICC, pois enfoca a necessidade de transformar os problemas de adaptação dos clientes em indicadores positivos (ROCHA, SILVA, 2009; FRAZÃO et al, 2013).

Sister Callista Roy, doutora em Enfermagem, nascida em 1939 na Califórnia, é uma teórica de enfermagem no *Boston College em Massachusetts*. Obteve o grau de Mestre em Enfermagem em 1966 e o grau de Doutora em Sociologia em 1977 na Universidade da Califórnia. Compõe o membro da *American Academy of Nursing* e da *North American Nurses Diagnosis Association (NANDA)* (GEORGE et al, 2000).

No período em que cursava o Mestrado, Callista Roy foi desafiada a desenvolver um modelo conceitual para a enfermagem, a partir de sua experiência como enfermeira pediátrica. Em sua observação, verificou que as crianças possuíam uma capacidade para se adaptar às mudanças em seu desenvolvimento, que lhes permitia resolverem de modo satisfatório a maioria dos problemas que enfrentavam. Ela admitiu que o conceito de adaptação poderia constituir-se num eixo orientador da prática da enfermagem (LEOPARDI, 2006).

3.1.1 Suposições científicas e filosóficas da Teoria da Adaptação de Roy

As teorias da enfermagem são baseadas em suposições científicas e filosóficas para a sua formulação. O Modelo de Adaptação de Roy, foi espelhado nas suposições científicas da Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanffy e na Teoria do Nível de Adaptação de Helson, e tem como suposição filosófica o humanismo e a veracidade (LOPES NETO; PAGLIUCA, 2002).

Quadro 1: Suposições científicas e filosóficas do Modelo de Adaptação de Roy

SUPOSIÇÕES CIENTÍFICAS	
Teoria dos sistemas	Teoria do nível de adaptação
Holismo;	Comportamento como adaptável;
Interdependência;	Adaptação como função dos estímulos e nível de adaptação;
Processo de controle;	Níveis de adaptação dinâmicos, individuais;
Informação de resposta;	Processo de resposta positivo e ativo.
Complexidade dos sistemas vivos.	
SUPOSIÇÕES FILOSÓFICAS	
Humanismo	Veracidade
Criatividade;	Objetivo da existência humana;
Objetivo;	Unidade do objetivo;
Holismo;	Atividade, criatividade;
Processo interpessoal.	Valor e significado da vida.

Fonte: Roy e Andrews, 2007

Torna-se evidente a contribuição da Teoria dos Sistemas para o Modelo de Roy na descrição da pessoa como um sistema adaptável, vendo o indivíduo como um sistema que funciona com partes independentes que atuam em unidade, para um determinado objetivo. Conceitos como entradas (estímulos) e saídas (comportamentos) também foram extraídos da teoria dos sistemas (ROY; ANDREWS, 2007).

A Teoria do Nível de Adaptação de Helson é a base para a compreensão do indivíduo como um sistema capaz de se adaptar e gerar mudanças no meio ambiente que o cerca. A capacidade de resposta positiva a estas mudanças é uma função do nível de adaptação da pessoa (ponto de mudança influenciado pelas exigências da situação e os recursos internos, incluindo capacidades, esperanças, sonhos, aspirações, motivações e tudo o mais que faz a pessoa movimentar-se constantemente) (ROY; ANDREWS, 2007).

O humanismo é visto por Roy e Andrews (2007) como um amplo movimento da filosofia e da psicologia, que reconhece a pessoa e as dimensões subjetivas da experiência humana como essenciais para o conhecimento e a valorização. Já a veracidade, faz parte do princípio da natureza humana que certifica um objetivo comum na existência. Assim, os princípios filosóficos do humanismo e da veracidade constituíram a base para a criação dos

conceitos principais do Modelo de Adaptação de Roy: a pessoa, o meio ambiente, a saúde e a enfermagem.

3.1.2 Definições essenciais da Teoria de Adaptação de Roy

O Modelo de Adaptação de Roy possui quatro elementos essenciais: a pessoa que recebe o cuidado de enfermagem; o conceito de saúde; o conceito de ambiente; e a direção das atividades de enfermagem. A primeira área de preocupação é a identidade daquele que recebe o cuidado de enfermagem, podendo ser a pessoa, uma família, um grupo, uma comunidade ou uma sociedade (GEORGE et al, 2000).

Roy descreve o receptor dos cuidados como um sistema holístico adaptável. Ou seja, o sistema humano funciona como um todo e é mais do que uma mera soma das suas partes, tendo capacidade de se ajustar às mudanças no meio ambiente e, por sua vez, afetá-lo (ROY; ANDREWS, 2007).

3.1.2.1 A pessoa

A pessoa é vista como um sistema, que possui entradas, saídas, processos de respostas e de controle, conforme ilustração abaixo:

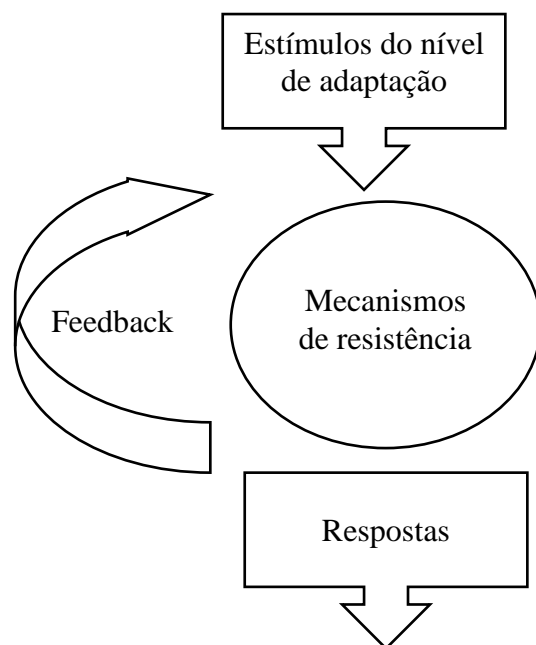


Figura1: A pessoa como um sistema.

Fonte: Roy e Andrews, 2007

Adotando o conceito de *input* como o de estímulo, Roy considera que o sistema adaptativo ao qual o indivíduo faz parte é composto de um *input*, vindo do ambiente externo,

bem como um *input* vindo do interior da pessoa. Um estímulo constitui uma unidade de informação, matéria ou energia, do ambiente ou de dentro da pessoa que faz surgir uma resposta (GEORGE et al, 2000). Assim, como existe um estímulo (entrada), existe também o comportamento individual, como saída do sistema humano, denominado de respostas, que podem ser adaptáveis ou ineficazes (ROY; ANDREWS, 2007). Desse modo, a pessoa nunca age sozinha, mas é influenciada pelo meio ambiente e, por sua vez, afeta este também.

Existem, no Modelo de Adaptação de Roy, três tipos de estímulos ambientais que afetam a pessoa. O primeiro, seriam os estímulos focais, aqueles que mais imediatamente confrontam a pessoa atraindo a atenção (ex.: dieta hiposódica, restrição hídrica, possibilidade de complicação da doença, uso de medicamentos). Em seguida, os estímulos contextuais, sendo todos os outros estímulos que se apresentam à pessoa, porém não são o centro da sua atenção. Esses estímulos podem ser identificados pelo profissional de saúde como afetando a situação (ex.: baixa escolaridade, idade avançada, ansiedade, depressão, perda do cônjuge). E, por fim, os estímulos residuais, cujos efeitos não são centrais e por isso a pessoa não consegue ter consciência da sua influência. Os efeitos dos estímulos residuais podem ou não estar claros para o enfermeiro (ex.: padrão cultural, passado de outra doença, medo, morte de pares pelo mesmo problema) (ROY; ANDREWS, 2007).

Todos esses estímulos juntam-se para criar o nível de adaptação da pessoa, que é a capacidade desta de criar mudanças para conseguir adaptar-se ao ambiente (LOPES NETO; PAGLIUCA, 2002). Nesse sentido, Roy e Andrews (2007) afirmam que muitas experiências de vida positivas favorecem a capacidade de adaptação.

Dentro da pessoa, existe o que Roy chamou de mecanismos de resistência. Segundo a teórica, esse termo define-se como “formas inatas ou adquiridas de responder ao ambiente em mudança”. Existem os mecanismos inatos de resistência, determinados geneticamente, e vistos como processos automáticos, que ocorrem sem a necessidade de se pensar neles, por isso são inconscientes. E os mecanismos de resistência adquiridos, desenvolvidos através da aprendizagem e das experiências que se confrontam ao longo da vida (ROY; ANDREWS, 2007).

Depois de processar a entrada (estímulos) através do mecanismo de resistência, a pessoa cria uma resposta, que no Modelo de Roy, são chamadas de comportamentos (*outputs*). O comportamento é definido como reações internas ou externas sob circunstâncias específicas. As respostas adaptáveis são aquelas que promovem a integridade da pessoa em termos de objetivo de adaptação. Por outro lado, as respostas ineficazes são aquelas que não promovem nem a integridade, nem contribuem para os objetivos de adaptação. Isto é, elas

podem, imediatamente ou como decorrer do tempo, ameaçar a sobrevivência da pessoa (ROY; ANDREWS, 2007).

Assim, as respostas são os comportamentos da pessoa, e elas podem ser observadas, medidas, relatadas ou percebidas.

3.1.2.2 O ambiente

Outro ponto importante desta teoria é a consciência da influência do ambiente, mundo interior ou exterior da pessoa, no processo de adaptação do indivíduo. Dessa forma, Roy considera o ambiente como todas as condições, circunstâncias e influências que cercam e afetam o desenvolvimento e o comportamento de pessoas e grupos (GEORGE, 2000).

Pesquisa realizada no hospital público referência em doenças cardiopulmonares de Fortaleza, identificou que os pacientes analisados recebiam estímulos relacionados a ICC que vinham do interior da pessoa, como a falha em assumir seu próprio papel no tratamento (desejo individual), chegando até aos fatores externos como as dificuldades econômicas relacionadas ao ônus da terapia e do afastamento do trabalho (ROCHA; SILVA, 2009).

O ambiente em mudança estimula a pessoa a criar respostas adaptáveis, a vida nunca é a mesma, está em constante transformação, apresentando-se sempre com novos desafios (ROY; ANDREWS, 2007).

3.1.2.3 A saúde

No Modelo de Adaptação de Roy, a saúde é vista como “um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada. A falta de integração representa a falta de saúde” (ROY; ANDREWS, 2007, p.33).

Assim, a definição de saúde parte não da mera ausência de doença. A partir do momento em que a pessoa possui uma limitação física ou psíquica e consegue apresentar uma adaptação bem sucedida a essa situação, pode-se considerar que ela apresenta saúde, sem necessidade de intervenção.

3.1.2.4 Objetivo da enfermagem

De acordo com os pressupostos dessa teoria, a meta da enfermagem é gerar respostas humanas positivas, mediante a promoção da adaptação, contribuindo para a saúde da pessoa, qualidade de vida e morte com dignidade (ROY; ANDREWS, 2007). A enfermeira deve então, desenvolver duas ações básicas: avaliação e intervenção. Durante a avaliação, ela identifica os estímulos que estão causando as situações problemas e, na intervenção, manipula

esses estímulos com a finalidade de eliminá-los ou minimizá-los, fazendo com que a pessoa adapte-se a eles (FREITAS; OLIVEIRA, 2006).

O uso máximo de mecanismos de enfrentamento amplia o nível de adaptação, e aumenta o alcance aos estímulos os quais a pessoa pode responder positivamente. Assim, a análise desses mecanismos é considerada um passo na direção de uma maior compreensão do comportamento humano (GEORGE et al, 2000). Através da observação do comportamento da pessoa, em relação aos modos adaptativos, a enfermeira pode identificar respostas adaptativas e ineficientes, internas ou externas, em situações de saúde e doença (FREITAS; OLIVEIRA, 2006).

Com a consciência de que a otimização da saúde (completo bem estar físico, mental e social) nem sempre é possível para todas as situações de saúde ou doença, cabe à enfermeira aumentar a interação da pessoa com o seu ambiente e, através disso, promover a saúde (ROY; ANDREWS, 2007).

3.1.3 Modos adaptativos

Os comportamentos que surgem a partir do mecanismo de resistência podem ser observados em quatro categorias chamadas de modos adaptáveis (fisiológico, autoconceito, função na vida real e interdependência), estrutura criada por Roy que possibilita a avaliação da pessoa (ROY; ANDREWS, 2007). É através dessas categoriais que as respostas se dão, e o nível de adaptação pode ser observado.

O Modo fisiológico é associado à forma como a pessoa responde como ser físico aos estímulos ambientais (ROY; ANDREWS, 2007). O comportamento visualizado nesse modo é determinado pelas respostas físicas e manifestações fisiológicas do organismo (FREITAS; OLIVEIRA, 2006). Assim, é o comportamento fisiológico apresentado pela pessoa que indica se os mecanismos de resistência são capazes de adaptar-se aos estímulos que a afeta. Nessa categoria são identificados cinco necessidades relativas às necessidades básicas para a integridade fisiológica: oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso, e proteção (ROY; ANDREWS, 2007).

Os três modos adaptativos a serem descritos, fazem parte dos modos psicossociais, que incidem especificamente sobre os aspectos psicológicos e espirituais da pessoa. Tendo alto grau de influência na análise dos processos de adesão terapêutica de doenças crônicas (ROCHA; SILVA, 2009).

O Modo de autoconceito identifica padrões de valores, crenças e emoções como relacionados à ideia que a pessoa faz do *self* físico, pessoal e ético-moral, formado a partir de

percepções internas e percepções dos outros, o autoconceito dirige o comportamento (GEORGE et al, 2000). Foi identificado como a “necessidade de se saber quem se é, para que se possa ser ou existir como um sentido de unidade” (ROY; ANDREWS, 2007, p.29). Problemas de adaptação nessa categoria podem interferir na capacidade da pessoa de se curar ou de fazer o necessário para manter os outros aspectos da saúde (ROY; ANDREWS, 2007).

O Modo de função na vida real está relacionado aos padrões de interação social da pessoa, em relação aos outros, refletidos por papéis primários, secundários e terciários (GEORGE et al, 2000). Incide sobre o papel que a pessoa assume na sociedade, o desempenho de papéis que é esperado para ela (ROY; ANDREWS, 2007).

Já o Modo de interdependência advém dos padrões de valores humano, afeição, amor e afirmação que ocorrem através de relações interpessoais, tanto a nível individual, quanto grupal (GEORGE et al, 2000). Este modo abarca as pessoas mais importantes para o indivíduo, e os sistemas de apoio, que se configuram como a forma como outras pessoas contribuem para a satisfação das necessidades de interdependência (ROY; ANDREWS, 2007).

Além de serem modos psicológicos, o Modo de função na vida real e o Modo de interdependência, são alocados também como modos adaptáveis sociais. As relações complexas entre os modos adaptáveis demonstram a natureza holística da pessoa, conforme pode ser visto na Figura 2.

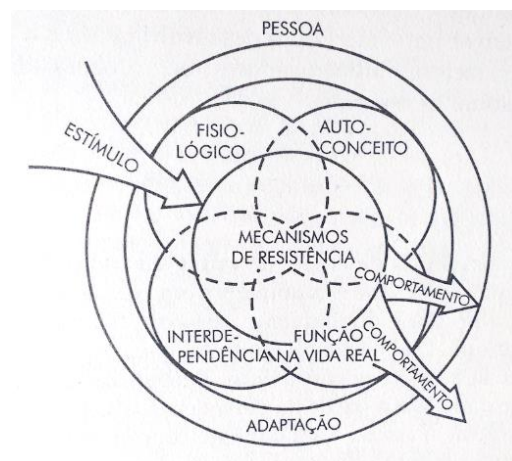


Figura 2 - A pessoa como um sistema adaptável.

Fonte: Roy e Andrews, 2007

A partir desses aspectos, a enfermagem visa a promoção da saúde da pessoa, auxiliando na geração de reações adaptativas positivas.

3.1.4 Aproximação da Teoria da Adaptação de Roy ao idoso com insuficiência cardíaca crônica

O aparecimento de uma doença crônica é considerada uma situação estressante que obriga a pessoa a redefinir significados, adaptar-se a novos comportamentos, alterar estilo de vida e lidar com novas emoções (MELEIS, 2010). Estando em um ambiente novo, em constante interferência interna e externa, o indivíduo necessita adaptar-se continuamente, a fim de manter sua integridade (FREITAS; OLIVEIRA, 2006).

Em conjunto com o processo de aceitação da doença e das suas limitações, os idosos precisam aprender também a lidar com as informações provenientes do tratamento. Reis *et al* (2015) relatam que o tratamento de doenças crônicas, dentre elas a ICC, é complexo e inclui aprender a viver com os sintomas, adaptações do estilo de vida, regimes medicamentosos e não medicamentosos, que se destinam a manter os sintomas sob controle e evitar complicações.

Na ICC, a adaptação ao tratamento envolve disciplina, aquisição e ingesta regular dos medicamentos prescritos, criação de estratégias para lidar com os efeitos colaterais oriundos dos fármacos, bem como adoção de mudanças significativas nos hábitos de vida. Reiners *et al* (2008) trazem que, embora seja necessária, a adesão ao tratamento não é um comportamento fácil de adquirir. Ademais, os profissionais de saúde, muitas vezes, deixam de considerar a variabilidade e negam a legitimidade dos comportamentos que diferem de suas prescrições e, ao agir assim, distanciam-se das ações e razões dos pacientes, julgando-os e rotulando-os, em vez de conhecê-los e entendê-los.

Sendo assim, por se tratar de um problema complexo, a ICC exige adaptações nos hábitos de vida diária que, muitas vezes, são conflitantes, pois interferem em vários aspectos da vida dessas pessoas (ROCHA; SILVA, 2009). Entretanto, para muitas pessoas idosas, tais modificações e adaptações são difíceis de serem realizadas, principalmente quando não contam com uma rede de apoio que dê suporte para a manutenção do tratamento.

Para Juliano e Yunes (2014), o ser humano vive em uma rede de relações representada pela família, escola, comunidade, trabalho, amigos, dentre outras que oferecem ao indivíduo possibilidades de apoio nos momentos de crise ou mudança. A adaptação deficitária da pessoa idosa é entendida, principalmente, pela dependência que este grupo apresenta em relação a outras pessoas. O empobrecimento das redes sociais e comunitárias tem sido apontado como um determinante social da saúde, o qual atua sobre o estilo de vida, já que as redes sociais

proporcionam suporte durante as perdas de capacidade funcional da pessoa idosa (GEIB, 2012).

Por ser multifatorial, o comportamento de adaptação vem sendo abordado através de diferentes propostas, diferenciando-se quanto ao enfoque dado. Alguns buscam compreender o fenômeno através de fatores externos ou internos ao paciente, enquanto outros, através de fatores relacionais (ALMEIDA et al, 2007).

O comportamento da pessoa idosa é também influenciado por suas vivências, experiências, crenças e expectativas, ou seja, a forma como a pessoa interage com o mundo, é um importante elemento de motivação para o seu comportamento e tomada de decisões (ALMEIDA et al, 2007).

A ICC causa inúmeras mudanças na vida da pessoa idosa, em todos os aspectos: físico, emocional, existencial, social, familiar e econômico, assim, seu contexto de vida, sua interação com o mundo, com os serviços de saúde e com os profissionais, são importantes estímulos para uma boa adaptação ou não ao tratamento.

Sendo assim, a ICC é capaz de produzir inúmeros estímulos e, conseqüentemente, gerar respostas comportamentais das mais variadas no indivíduo. Percebe-se então, a validade da aplicação do Modelo de Adaptação de Roy na compreensão da adaptação dessas pessoas ao tratamento visto que, durante este, é imprescindível a participação efetiva da pessoa acometida na utilização de mecanismos de compensação aos estímulos recebidos, e a equipe de saúde tem um importante papel nesse movimento.

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Pesquisa descritiva de natureza qualitativa, com a finalidade de compreender a vivência da pessoa idosa na adaptação ao tratamento clínico da ICC. De acordo com Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (1998), o fato de uma pesquisa propor à compreensão de uma realidade específica, não exime a sua contribuição para a produção do conhecimento, desde que o pesquisador proponha questões específicas e ainda não investigadas.

A escolha do método qualitativo deve-se ao fato deste se interessar por um universo de significados construídos pelo sujeito (MINAYO, 2010), atendendo assim aos objetivos propostos. Já a natureza descritiva da pesquisa baseia-se no fato desta possibilitar uma visão mais ampla do campo e do objeto que está sendo estudado, obtendo melhor entendimento a respeito do comportamento de vários fatores e elementos que influenciam determinados fenômenos (TRIVIÑOS, 1987). É esta realidade que a pesquisadora propôs-se acessar e compreender.

Segundo Marconi e Lakatos (2001), por meio da perspectiva qualitativa, é possível entrar em contato direto e prolongado com o indivíduo, com o ambiente e a situação que está sendo investigada, permitindo um contato mais íntimo com o colaborador da pesquisa. Sendo assim, o significado assume importância vital na pesquisa qualitativa, interessando-se pela maneira como as pessoas dão sentido as suas vidas e permitindo uma maior visibilidade das formas como as pessoas interpretam suas experiências (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

4.2 *LOCUS* DO ESTUDO E PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada em um ambulatório de cardiologia de um hospital público do município de Salvador - Bahia. Trata-se de uma instituição 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.

Fundado em 1964 como hospital geral, somente em 2007, tornou-se um hospital de ensino, voltado para o atendimento na alta complexidade na área da Cardiologia e da Nefrologia. Em 2008 foi criado o primeiro serviço de Reabilitação Cardíaca na Bahia e, em 2009, foi criado um ambulatório específico para o atendimento de pacientes com ICC.

Atualmente, o hospital conta com setores de internação, centro cirúrgico e hemodinâmica, exames diagnósticos e ambulatório nas diversas especialidades da cardiologia (HAN, 2015).

O atendimento no ambulatório de ICC é realizado por dois médicos em dias alternados, onde são realizados em torno de 50 atendimentos por semana, e o atendimento desses pacientes tem um foco apenas biomédico. Em algumas ocasiões, o fluxo de atendimento para as enfermeiras ocorre através da solicitação médica, quando este profissional observa maior fragilidade, do paciente, em adaptar-se a terapêutica. Contudo, isso não é uma rotina e depende da sensibilidade do médico a realização do encaminhamento.

O ambulatório de ICC *locus* da pesquisa atende a adultos e idosos, com um perfil bastante similar: baixo poder aquisitivo, reduzido anos de estudo e alto índice de internação por descompensação clínica.

4.3 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados no período de 01 a 12 de junho de 2015, utilizando-se a lista de agendamento das consultas de ICC. Após identificar os prontuários, realizou-se a seleção dos mesmos de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- a) Possuir idade igual ou superior a 60 anos;
- b) Ter o diagnóstico de insuficiência cardíaca registrado no prontuário;
- c) Estar em classe funcional II ou III de acordo com os critérios da NYHA registrada na última consulta em prontuário;
- d) Ter frequência mínima de três consultas ao ambulatório *locus*. O período de três consultas na instituição de saúde específica garante que o indivíduo possui, pelo menos, 6 meses de acompanhamento clínico da doença, visto a programação de agendamento institucional. Sendo assim, o idoso entrevistado teve oportunidade de encontros com o profissional de saúde e vivencia com o tratamento e a doença.

Foram excluídos do estudo:

- a) Pessoas idosas com déficit cognitivo ou alguma sequela que dificultasse a compreensão da proposta;
- b) Possuir classe funcional I por entender que os pacientes encontram-se em condições clínicas mais estáveis e a classe funcional IV por ser uma fase que limita até mesmo o diálogo do paciente.

Após a identificação dos possíveis participantes, foi realizado contato de aproximação, apresentação do projeto da pesquisa, objetivos, método a ser utilizado e, por fim, o convite para a participação no estudo.

Segundo Minayo (2010), a pesquisa qualitativa se preocupa menos com a generalização e mais com o aprofundamento e a abrangência da compreensão do fenômeno do grupo social estudado, não sendo o critério numérico.

Para o alcance dos objetivos da pesquisa, optou-se por utilizar a técnica de entrevista semiestruturada para a coleta dos dados. Para Marconi e Lakatos (2001) a entrevista é definida como um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante conversação de natureza profissional.

A primeira abordagem com o colaborador ocorreu em consultório reservado, durante o período de espera pelo atendimento, onde este foi convidado a permanecer ao término da consulta médica para a realização da entrevista.

Assim que disponível, foi realizado a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e assinatura do mesmo ou impressão digital caso não possuísse habilidade para assinar o nome. Após, deu-se início à entrevista semiestruturada, individual, face a face, estando a pesquisadora atenta tanto a comunicação verbal quanto a não verbal. Foi realizada em consultório reservado, livre de interferências e gravada por meio de um gravador de voz digital após consentimento.

A utilização de um instrumento semiestruturado, pode ser compreendida, segundo Minayo (2010), como um procedimento que combina perguntas fechadas e abertas e que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema do objeto de estudo, sem que, necessariamente, se prenda a indagação formulada. Com isso, nota-se que a função do entrevistador é encorajar o participante a falar livremente sobre os temas do roteiro, elaborando o que realmente é importante para ele.

Baseado nesses pontos de vista, o Instrumento de Coleta de Dados (Apêndice A) foi composto de três partes:

- a) Parte I – Identificação e dados sócio-demográficos: nome, idade, sexo, estado civil, naturalidade, escolaridade, renda familiar, quantidade de pessoas no domicílio. A busca dessas informações teve por finalidade estabelecer uma caracterização dos participantes e assim identificar fatores externos que interferissem na sua adaptação ao tratamento.
- b) Parte II – Condição clínica e de tratamento: consiste no tempo de acompanhamento, existência de outras doenças associadas, e estabelecimento do

grau de dependência através da Escala Modificada de Barthel (Anexo A) e a Escala de Lawton (Anexo B). A utilização dessas escalas e dos outros dados coletados nessa etapa permitiu, durante a análise, compreender o grau de dependência funcional do idoso e a existência da necessidade de uma maior rede de apoio.

- c) Parte III – Vivência com o tratamento: contendo duas perguntas abertas para a compreensão sobre a vivência dessas pessoas na adaptação ao tratamento clínico da ICC: como conviviam com as recomendações recebidas e como se encontrava o processo de adaptação a esse tratamento.

O Instrumento de Coleta de Dados, passou por uma fase de validação, através de um pré teste com 3 pacientes idosos da mesma instituição *locus*, com perfil de idade e doença semelhante ao estudado, a fim de verificar a compreensão das perguntas no atendimento aos objetivos da pesquisa. Após essa etapa, houve adaptação da linguagem das perguntas para melhor entendimento. Posteriormente, os questionários do pré teste foram excluídos do estudo.

O tempo de duração das entrevistas variou em torno de 30 minutos. Todas as entrevistas gravadas após consentimento e transcritas na íntegra em documento *word* versão 2013, gerando 15 páginas de material para análise.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

O conteúdo dos depoimentos transcrito, obtido através das perguntas abertas foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011).

A análise de conteúdo permite descobrir núcleos de sentidos que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, apresenta algum significado para o objetivo analítico escolhido (BARDIN, 2011). Ainda segundo Bardin (2011, p.37), “a análise de conteúdo pode ser uma análise dos significados e uma das técnicas utilizadas para isso é a análise temática”.

Para operacionalizar a formação dos núcleos de sentido, foram seguidas as três fases descritas por Bardin (2011). Na fase de pré-análise, foi feito contato direto e intenso com o material coletado através de leituras exaustivas, deixando-se impregnar pelo conteúdo. O material foi organizado de acordo com os objetivos e questões do estudo, definindo trechos significativos e palavras chaves. Na fase de exploração do material foi realizada a categorização temática e, por fim, na fase de tratamento, os dados obtidos foram

interpretados, articulando-se com a revisão de literatura e o referencial teórico de Calista Roy, utilizado a fim de compreender a vivência dessas pessoas na adaptação ao tratamento da ICC. A análise a luz do Modelo de Adaptação de Roy, permitiu a identificação de estímulos, dos mecanismos de enfrentamento e das respostas comportamentais para uma melhor compreensão da experiência vivenciada por essas pessoas.

O Modelo de Adaptação de Roy foi selecionado por encarar a pessoa como em constante interação com os estímulos internos e externos, como sendo ativa e reagente a esses estímulos. Desse modo, a adaptação é vista como uma resposta positiva, feita pela pessoa, diante da experiência com que se depara (GEORGE et al, 2000).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foi conduzida de acordo com as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), respeitando os princípios éticos preconizados.

O projeto que deu origem a esta pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Ana Nery, sendo aprovado sob o parecer de número 1.091.006 (ANEXO C), sendo a coleta de dados iniciado somente após sua aprovação.

Os idosos, após seleção prévia em prontuário, foram convidados a participarem da pesquisa e esclarecidos sobre os objetivos do estudo, relevância, instrumento de coleta, necessidade de gravação da entrevista, possíveis desconfortos e benefícios esperados para a comunidade civil e acadêmica.

Após o aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando um em sua posse e outro em posse da pesquisadora. Estes dados serão mantidos arquivados por um período de 5 anos e, posteriormente, destruídos antes do descarte.

Com a finalidade de garantir o sigilo e o anonimato dos colaboradores em todas as etapas da pesquisa foi utilizada através da identificação das falas a letra E, representando o termo “Entrevistado”, variando de E01 a E10, conforme número da amostra.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo, durante os doze dias de coleta, foram computadas 65 consultas para o Ambulatório de ICC, sendo identificados 25 prontuários pertencentes a pessoas idosas. Destes, 11 prontuários foram excluídos por não atenderem a algum dos critérios estabelecidos pelo estudo (06 idosos com classe funcional I, 04 idosos com classe funcional IV e 01 idoso com sequela grave de acidente vascular encefálico).

Dos 14 idosos abordados, 2 recusaram-se a participar do estudo. E posteriormente mais 2 idosos foram excluídos por não terminarem a entrevista relatando indisponibilidade de tempo. Sendo assim, totalizou-se 10 colaboradores para entrevista.

A partir da leitura dos discursos, foi possível formar três categoriais de análise. Define-se por categoria grandes enunciados que abrangem ideias, expressões e elementos, segundo seu grau de aproximação (CAMPOS, 2004). De acordo com Minayo et al (1994, p. 70), “as categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta dos dados”, que são conhecidas como categoriais apriorísticas.

Sendo assim, definiram-se as seguintes categoriais apriorísticas: “Estímulos ambientais vivenciados por idosos no tratamento clínico da insuficiência cardíaca crônica”, “Respostas comportamentais de idosos submetidos ao tratamento clínico da insuficiência cardíaca crônica” e “Mecanismos de enfrentamento de idosos no tratamento clínico da insuficiência cardíaca crônica”. São categoriais de larga abrangência, das quais surgiram sub categoriais que emergiram do texto: “Modo fisiológico: Limitações físicas impostas pela a insuficiência cardíaca crônica”, “Modo autoconceito: Sentimentos envolvidos no cotidiano com a insuficiência cardíaca crônica”, “Modo função na vida social: Perda dos papéis sociais”, “Modo de interdependência: Interação social”, “O uso diário de medicamentos”, “O desafio de se alcançar uma adequação alimentar”, “Utilizando as redes de apoio formais e informais”, “Driblando a escassez dos recursos financeiros”.

Dos 10 idosos entrevistados, houve uma homogeneidade entre os gêneros. A idade variou de 60 a 87 anos, com uma idade média de 66,3 anos, apresentando uma população de idosos jovens. A média de escolaridade encontrada foi baixa (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. A caracterização dos participantes é apresentada no quadro abaixo:

Quadro 2 – Caracterização das participantes do estudo. Salvador, Bahia, 2015

Participante	Idade	Sexo	Estado civil	Anos de estudo	Lê e escreve	Nº de pessoas no domicílio	Renda familiar mensal em salário mínimo	Pessoas que dependem da renda
E1	64	Masc.	Casado	5	Sim	02	2	02
E2	69	Masc.	Solteiro	6	Sim	01	1	01
E3	62	Masc.	Divorciado	12	Sim	01	1	01
E4	75	Fem.	Solteira	6	Sim	01	1	01
E5	60	Fem.	Casada	2	Não	03	1	03
E6	60	Fem.	Solteira	8	Sim	01	1	01
E7	61	Fem.	Solteira	8	Sim	01	1	01
E8	65	Masc.	Casado	4	Sim	02	<1	02
E9	87	Fem.	Viúva	0	Não	04	3	04
E10	60	Masc.	União estável	12	Sim	02	3	04

Fonte: Questionário respondido pelos participantes. Legenda: E= Entrevistado. Masc.=Masculino. Fem.=Feminino

Observa-se, em relação ao perfil socioeconômico, que metade dos idosos residem sozinhos e, em sua maioria, possui renda familiar igual ou menor a um salário mínimo. Todos esses fatores de ordem externa ao acompanhamento clínico tornam-se influenciadores no processo de adaptação do idoso ao tratamento da ICC.

A identificação dos fatores que envolvem a adesão terapêutica contribui para uma assistência mais segura, comprometida e menos frustrante. O fato do indivíduo não seguir a terapêutica proposta depende de características individuais (MALDANER et al, 2008). Desta forma, o profissional deve orientar, apontar caminhos e entender que a não adesão ao tratamento não depende apenas da falta de participação do idoso com ICC, mas sim de toda a conjuntura que o envolve e que ele, nem sempre sozinho, é capaz de mudá-la.

Usualmente e infelizmente, tem sido conferida ao paciente a maior carga de responsabilidade pela não adesão ao tratamento. Contudo, há de se considerar a corresponsabilidade que os profissionais e serviços de saúde devem ter no processo de adesão do paciente com problemas crônicos de saúde, propiciando àqueles, meios para exercer o seu papel em igualdade de condições (REINERS et al, 2008). Por isso, a assistência oferecida ao idoso com ICC não deve ser focada apenas no tratamento farmacológico, mas sim em uma preocupação mais ampla, focando o cuidado da saúde como um todo, alicerçado nos determinantes sociais da saúde.

Para melhor compreensão das limitações para a adaptação ao tratamento da ICC, foi avaliado, através das escalas, o grau de independência funcional dessas pessoas. A avaliação da capacidade funcional vai além de se estabelecer um diagnóstico, ela permite perceber o idoso em seu meio, na sua residência e sua independência em relação aos cuidadores e/ou familiares (FRANK et al, 2007). Assim, a capacidade funcional pode ser definida como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente no seu cotidiano. E a incapacidade funcional, a dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas no seu dia-a-dia, abrangendo as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (BARBOSA et al, 2014 b).

Através da Escala de Barthel avaliou-se o potencial dos idosos participantes para as ABVD, que se refere às atividades de autocuidado como alimentação, higiene pessoal, vestir-se, controle esfíncteriano, deambulação, subir e descer escadas e transferências da cadeira para cama, sendo que, quanto maior a pontuação, maior a independência para essas atividades, e sua pontuação máxima é 50. Com a Escala de Lawton, foram avaliadas as AIVD referentes ao uso de telefone, fazer compras, preparar refeição, fazer faxina, lavar roupa, usar meio de transporte, tomar medicamentos e controle financeiro. Também nessa escala, quanto maior a pontuação, maior a independência e seu valor máximo é 8. Portanto, segundo Barbosa et al (2014b), a avaliação da capacidade funcional torna-se essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico funcional dessas pessoas, sendo uma ferramenta importante para o planejamento do cuidado.

Com relação às ABVD, a maioria dos idosos referiu independência total para as atividades de autocuidado. No que diz respeito aos demais, três colaboradores apresentaram ligeira dependência, sendo que o déficit mais frequentemente encontrado foi em relação a deambulação e subir e descer escadas. Por tratar-se de idosos com ICC, as limitações na execução dessas atividades já eram esperadas, por tratam-se de ações que demandam, para sua realização, maior esforço físico, gasto energético elevando e maior demanda cardíaca, itens esses prejudicados nessa situação.

Em relação à dependência para as AIVD, metade dos idosos referiu alguma dependência em uma ou mais atividades, porém nenhum deles apresentou dependência completa. As maiores limitações foram observadas em fazer compras, fazer faxina, lavar roupa e usar transporte, itens que exigem esforço muscular.

Na sequência, foram observados déficit no ato de tomar o medicamento, uma idosa pelo fato de não saber ler (E5) e o outro idoso por esquecimento (E8), necessitando do apoio para a execução dessas atividades. E por fim, limitações em realizar o controle financeiro,

visto que a idosa E9 não sabe ler e por isso relata não saber manusear dinheiro e o idoso E8 e E10 por encontrarem com quadro clínico descompensado e não conseguirem sair de casa sozinhos para resolver as questões financeiras.

Quadro 3 – Grau de independência funcional dos idosos através da Escala de Barthel e Escala de Lawton. Salvador, Bahia, 2015.

Participante	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Escala de Barthel	50	50	50	50	50	50	50	46	48	48
Escala de Lawton	08	08	08	08	07	08	07	04	06	04

Fonte: Questionário respondido pelos participantes.

A piora progressiva da capacidade funcional é uma característica marcante dos pacientes com ICC. A limitação na execução das atividades cotidianas, em geral, modifica o padrão de vida normal do idoso acometido pela doença, pois sintomas como dispnéia, fadiga, edema, síncope e palpitações vão interferir tanto física como psicologicamente na execução de determinadas tarefas.

Por isso, os pacientes acometidos devem possuir uma rede de apoio, tanto com os serviços de saúde quanto com a família e a comunidade, que possa auxiliá-lo no seguimento do seu tratamento e na adaptação às limitações impostas pela doença. As internações e intercorrências, por mais que sejam frequentes, não são maiores do que a permanência do paciente no domicílio (SILVA; SILVA; RABELO, 2015). Sendo assim, torna-se imperioso que os profissionais de saúde compreendam os fatores individuais de cada idoso, no que se refere as condições econômicas, sociais e culturais, a fim de ajudá-lo no processo de adaptação ao tratamento. Sobre isso, Reiners et al (2008, p. 2304) trazem que “é improvável que qualquer intervenção que ignore a multidimensionalidade dos problemas tenha sucesso nas mudanças de comportamento”.

5.1 ESTÍMULOS AMBIENTAIS VIVENCIADOS POR IDOSOS NO TRATAMENTO CLÍNICO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA

O ambiente é cercado de estímulos internos ou externos dos mais diversos segmentos, que irão influenciar no desenvolvimento e comportamento da pessoa. Segundo Oliveira et al

(2002), o estímulo é definido como aquilo que provoca uma resposta na pessoa, podendo ser de acordo com o Modelo de Adaptação de Roy, de natureza focal, contextual e residual.

Nos discursos, puderam ser identificados os três tipos de estímulos, os quais estão presentes em todos os momentos. A identificação dos estímulos possibilita o direcionamento das ações de enfermagem de forma a abranger a pessoa que recebe o cuidado, considerando-o no todo com suas relações com o ambiente interno e externo.

A lesão cardíaca presente na ICC é classificada como um estímulo focal que desencadeia, juntamente com os sintomas (estímulos contextuais), limitações importantes no cotidiano do idoso adoecido. De acordo com Santos et al (2011) indivíduos com ICC sofrem de vários sintomas, principalmente a dispnéia e a fadiga durante as atividades diárias, o que resulta em redução da capacidade funcional e diminuição da qualidade de vida. A partir disso, a ICC causa no idoso intenso desconforto físico, restringindo-os de atividades que lhes davam prazer e independência:

“Mudou muito com a doença, não saiu sozinha. De jeito nenhum eu saio só, porque eu sinto muita tontura quando começo a cansar, essa falta de ar é terrível. Tudo mudou. E olha que antes eu saia para tudo que é lugar sozinha.” – E7

“Minha vida social caiu bastante. Esse negócio de ir à praia, de ir no shopping, ficou bastante restrito depois da doença. Quando caminho as pernas ficam inchadas.” - E10

Os sinais e sintomas da ICC no idoso podem manifestar-se de forma mais intensa em função das características peculiares do envelhecimento. Contudo, sua presença na população idosa encontra-se associada a estados de maior dependência em função das repercussões clínicas e funcionais (SKALSKA et al 2014). Assim, os sintomas desencadeados pela ICC atuam de forma negativa na vida dos idosos, desestimulando-os da realização de atividades que faziam parte do seu cotidiano.

A qualidade de vida em pacientes com ICC foi considerada pior do que em muitas outras condições crônicas (LUPÓN et al, 2013). Os principais objetivos do tratamento de pacientes com essa afecção, em qualquer idade, são o alívio dos sintomas, a melhora da capacidade funcional, a redução das hospitalizações e a diminuição da mortalidade. Já na população idosa, com o aumento de comorbidades e fragilidade própria do envelhecimento, a

qualidade de vida e a capacidade funcional tornam-se prioridades no tratamento (ZACHARIAH et al, 2015).

Estudo realizado em um hospital universitário comparando a qualidade de vida de idosos de ambos os sexos com ICC revelou que o grupo feminino apresentou qualidade de vida inferior, apesar de existir uma tendência menor no número de internações das mulheres (BARBOSA et al, 2014).

Após a aposentadoria, geralmente os homens tendem a adotar uma vida menos ativa, diferentemente das mulheres que continuam exercendo as atividades domésticas. Sendo assim, a incapacidade de manter o ritmo diário de suas atividades pode fazer com que as limitações tornem-se mais evidentes para as mulheres idosas com ICC. Fato observado no relato abaixo:

“Eu, dentro de casa, fazia tudo, pra pagar, pra comprar, fazer feira, comida para o marido. Então para mim está sendo muito difícil”. – E5

O padrão cultural histórico estabelecido para as mulheres, como cuidadora da família e do domicílio, foi caracterizado como um estímulo residual que, mesmo inconscientemente cobra a idosa E5 da execução de algumas funções diante dos seus familiares. E perante sua impossibilidade, este estímulo apresenta-se negativamente, acarretando sofrimento diante da condição limitante.

As mudanças no estilo de vida necessárias para a manutenção terapêutica são cheias de estímulos dos mais diversos, que podem ser percebidos pelos idosos como positivos ou negativos, a depender do ambiente ao qual está inserido.

O repasse de conhecimento durante o acompanhamento ambulatorial pode dirimir diversas dúvidas, facilitar o seguimento da terapêutica e melhorar a percepção do paciente em relação à gravidade de sua doença (FERNANDES et al, 2013). Assim, a partir do momento que o idoso não adquire conhecimento suficiente sobre sua condição de saúde, ou seja, não recebe, durante o acompanhamento, estímulos contextuais positivos de informação sobre a terapia, torna-se mais susceptível a falhas no processo de adaptação como pode ser verificado nos relatos abaixo:

“Por enquanto eu nunca recebi orientação nenhuma não. Porque o médico sempre chega aqui e diz que tá tudo bem e não explica nada. Nenhum deles. Eu não sei nem realmente se esse remédio é pra colesterol ou pra que é. Eu não sei nem o significado dele. A única coisa que eu sinto falta mesmo, por causa da minha doença, é o acompanhamento. Porque eu acharia assim, se

eu tivesse uma pessoa do lado, ou tivesse uma explicação melhor da doença, a gente sabia mais lidar. Porque a gente deixa de fazer muita coisa por causa do medo.” - E6

“Sobre alimentação não recebi nenhuma orientação. Hoje mesmo vou pedir a ele, vê se ele passa uma nutricionista pra mim. Eu fico evitando comer as coisas, mas mesmo assim eu sei que tô engordando.” - E7

A falta de conhecimento é um estímulo que afeta o nível de adaptação da pessoa (ROY; ANDREWS, 2007). Apesar do longo período de acompanhamento ambulatorial, 2 e 1 ano respectivamente, os idosos E6 e E7 relatam não ter recebido os estímulos necessários para a adesão correta ao tratamento da ICC, e tentam, por conhecimentos prévios de vida, praticar ações de autocuidado. Assim, a falta de conhecimento tornou-se para esses idosos um estímulo contextual negativo que posiciona-os em condição de vulnerabilidade diante da doença e demonstra a fragilidade do acompanhamento de saúde fornecido à essa população.

Contudo, na população abordada, a maioria dos idosos recebeu algum tipo de orientação terapêutica, mesmo que não tenha sido plena. Através das entrevistas, percebe-se que esses idosos consideram o estímulo contextual relacionado ao conhecimento, como algo importante para a adaptação a nova condição de vida:

“(...) é melhor a pessoa saber, porque se cuida.” – E1

“Sabendo que eu tenho o problema e que dependo dos remédios é claro que não há resistência nenhuma de tomar.” – E10

Destarte, a presença de profissionais de saúde acompanhando e repassando as informações sobre o tratamento farmacológico e não farmacológico é percebida como um estímulo contextual positivo fundamental para o idoso com ICC:

“A orientação que tive foi de toda vez que eu senti alguma coisa ir na emergência.” – E2

“Os médicos mandaram fazer regime, cuidar sempre da alimentação adequada. Não como gordura, nada dessas coisas. Falou para que eu fizesse algum exercício. Então eu ando quase todo dia.” - E3

“Eles me orientaram a não comer muita gordura, a não fazer muito esforço, não subir muita ladeira. Essas coisas que ele conversava comigo. A médica disse que eu podia assim tomar um licorzinho dia de domingo, mas eu me adaptei e não bebo.” - E4

“Os médicos falaram que eu tenho que beber no máximo 8 copos de líquido por dia. Eu sigo isso.” – E8

“Bebia socialmente, parei completamente. Tudo isso foi orientado pelos próprios médicos.” – E10

Diante desse cenário, percebe-se que um melhor entendimento sobre a ICC e o tratamento, pode facilitar a adaptação terapêutica, bem como melhorar a percepção de piora clínica, diminuindo assim a morbimortalidade e melhorando a qualidade de vida do indivíduo (FERNANDES et al, 2013; NASCIMENTO; PUSCHEL, 2013).

Porém, apesar de estarem em acompanhamento ambulatorial, os idosos frequentam, em sua maioria, apenas consultas médicas, recebendo orientação de somente um tipo de profissional como se mostra evidente em suas falas. Fator este que compromete a adesão à terapia já que a ICC é uma doença que necessita de mudanças em diversas vertentes da vida do indivíduo.

O acompanhamento de pacientes com ICC por equipe multiprofissional apresenta relação custo-benefício favorável. Há evidência de que intervenções multidisciplinares, com foco educacional, no manejo clínico de pacientes com ICC, têm impacto importante sobre a evolução da doença, com melhora da morbimortalidade, número de internações, autocuidado e adesão medicamentosa (FERNANDES et al, 2013).

Sendo assim, orientações não farmacológicas que normalmente são repassadas pela equipe multiprofissional, podem ficar a desejar no acompanhamento apenas médico. Diante da ausência de outros profissionais, na maioria das vezes, para um suporte ambulatorial, informações importantes como vacinação, manejo diurético, controle do peso diário, orientação sexual não foram citadas pelos idosos entrevistados. Ademais, outras orientações fundamentais como restrição hídrica e reconhecimento dos sinais e sintomas de descompensação foram de conhecimento cada uma de apenas um idoso. Notando-se assim, que a quantidade de estímulos contextuais positivos oferecidos durante o acompanhamento

neste ambulatório específico ainda é insuficiente para que os idosos sigam corretamente e adaptem-se a nova condição de vida.

Estudo anterior verificou que apenas 45% dos pacientes com ICC tinham vacinação contra gripe atualizada e que 28% estavam orientados sobre o controle do peso diário (FERNANDES; PUSCHEL, 2013). Bem como no estudo atual, dados como estes corroboram com o fato de que muitas instituições de saúde encontram-se despreparadas para lidar com esse perfil de paciente. Portanto, a utilização do Modelo de Adaptação de Roy proporcionaria um cuidado sistematizado e voltado para a adaptação do paciente, identificando as limitações impostas pela doença crônica e pelo tratamento e ajudando-os a manterem-se adaptados e integrados.

O tratamento farmacológico da ICC talvez seja o foco principal vislumbrado pela equipe e pelos pacientes, por exigir uma combinação medicamentosa complexa de diuréticos, beta bloqueadores, digitálicos, antiarrítmicos, entre outros (BOCCHI et al, 2009). Adaptar-se a condição de adoecimento já é difícil, tornando-se ainda mais complicada quando o idoso necessita fazer uso de um número elevado de medicamentos ao longo do dia, relacionados a ICC e, muitas vezes, a outros problemas crônicos de saúde. A partir do momento que a quantidade de medicamentos passa a demandar mais horários do idoso, este se vê em uma situação de confusão e a necessidade do uso de vários medicamentos passa a ser identificado como um potencial estímulo focal negativo:

“De manhã cedo são 3 ou 4 fora a insulina, fora os remédios para os rins. É remédio pra pressão, é muito remédio pra uma pessoa só. É tanto remédio que eu me embanano toda, ainda mais que não é um só não, são vários”. - E5

A presença de uma polifarmácia, ou seja, o uso de cinco ou mais medicamentos, está vinculada a redução da adesão medicamentosa, e ao risco de evento adverso (VIEIRA; CASSIANI, 2014). Para dar suporte ao manejo correto dos medicamentos, é preciso que o idoso possua algumas condições que facilitam esse processo, como por exemplo, um bom nível de escolaridade. A idosa E5 possui um agravante para conseguir alcançar a adaptação aos seus medicamentos, que é o fato de não saber ler. De tal modo, a baixa escolaridade é imposta como um estímulo contextual negativo, que potencializa o estímulo focal relacionado ao uso de vários medicamentos:

“Eu ficava toda atrapalhada com os remédios. Mas agora eu tenho que ir certo mesmo, tenho que seguir. Mas pra seguir eu tenho que ter uma pessoa,

porque eu não sei ler, tem esse outro lado, eu não sei ler. Aí pronto, tenho que ter uma pessoa que saiba ler, pra me orientar melhor, dizer esse daqui é tal hora, esse daqui é tal hora.” - E5

Estudo realizado com pacientes com ICC mostrou que quanto maior a escolaridade, mais o paciente percebe os benefícios do auto monitoramento de peso e edema (SACCOMANN; CINTRA; GALLANI, 2014). Fernandes et al (2013) afirmam que o conhecimento dos pacientes está vinculado ao seu nível de escolaridade, sendo que quanto mais baixo o nível educacional, pior o desempenho com o tratamento.

Com isso, a ausência da habilidade para leitura faz com que o idoso sinta-se perdido em vários aspectos do tratamento e sinta-se incapaz de lidar com ele. Se este não conta com o apoio de familiares, amigos e, principalmente, do profissional de saúde para superar as dificuldades, não consegue criar respostas comportamentais para conseguir adaptar-se ao novo ambiente.

Na presença dessas dificuldades, o apoio familiar é visto como estímulo contextual positivo que proporciona suporte para o enfrentamento e adaptação do idoso ao tratamento:

*“[...] minha neta, quando está comigo ela fala: aí vô, falta tomar esse aqui.”
- E7*

“Quem me ajuda é essa minha prima. Ela liga pra mim mais do que minhas irmãs.” - E4

Acredita-se que seja imprescindível a participação familiar no processo de adaptação do idoso ao tratamento crônico da ICC. Yamashita et al (2014) relatam que a família é uma das principais responsáveis pelo apoio durante a doença e, em muitos casos, a mais significativa para a pessoa doente. Contudo, percebe-se através dos discursos que o apoio familiar para suprir as necessidades psicológicas e sociais do idoso, independe do número de integrantes da família ou do grau de parentesco, sendo mais significativo o laço sentimental estabelecido ao longo da convivência entre as partes envolvidas.

Outro estímulo bastante presente e influenciador na população estudada, foi o que se refere ao poder aquisitivo. Os idosos entrevistados possuem renda mensal baixa, oriunda basicamente da aposentadoria, fato considerado como estímulo contextual negativo no processo de adaptação às necessidades terapêuticas.

O discurso abaixo revela que a adaptação ao tratamento sofre interferência de vários fatores, e estes nem sempre podem ser controlados sozinhos pelos idosos. Diante da renda mensal reduzida e da falta de recebimento gratuito de medicamentos, o idoso necessita fazer escolhas difíceis, entre comprar estes ou alimentar-se dignamente.

*“[...] uns 300 reais por mês é só de remédio. O salário não dá para nada.”.
- E2*

“Como fruta quando eu posso comprar. Um salário mínimo pra tanta coisa. Porque disparou o mercado né? E o remédio também não tá ficando atrás não” – E6

“Essa doença me maltrata bastante. Na minha teoria, eu não tenho grana suficiente e não posso aguentar ela. Ela é uma doença que você não pode comer as coisas, tem que comer mais é a galinha ou peixe e verdura. Se eu não trabalho, como é que eu posso comprar?”. - E8

A condição econômica desfavorável, juntamente com a falta de suporte público, tornam-se grandes barreiras a serem ultrapassadas pelos idosos:

“Muitas vezes eu vou ao médico e ele diz: esse remédio não precisa você comprar não, vá pegar ali no posto. Eu chego lá e pergunto: tem esse remédio aqui? E me dizem que não tem. Isso é um absurdo. Eu me aborreço muito.” – E1

“De início me pediram que eu fizesse acompanhamento com nutricionista essa coisa toda. Mas infelizmente ainda não consegui.” - E10

O sistema público de saúde brasileiro ainda não consegue atender às demandas de saúde das pessoas com problemas crônicos e condições financeiras limitadas, o que pode proporcionar riscos de interrupção do tratamento.

Para Geib (2012), o acesso a serviços de saúde ainda constitui um poderoso determinante na cadeia da produção social da saúde, permitindo tratar diretamente as diferenças de exposição e vulnerabilidades, evitando que os indivíduos, especialmente os idosos com doenças crônicas, sejam forçados à pobreza pelos altos custos dos cuidados de saúde.

O cuidado a partir do Modelo de Adaptação de Roy, estimula o acompanhamento holístico do indivíduo, extrapolando para muito além o contato intra hospitalar do profissional de saúde com o idoso adoentado. A aplicação dessa teoria no acompanhamento ambulatorial de enfermagem permite que o profissional visualize o contexto no qual o idoso está inserido, com a finalidade de juntos criarem estratégias de enfrentamento para as dificuldades impostas.

Estudo realizado por Rocha, Moreira e Rodrigues (2005), identificou que as instituições e os profissionais de saúde foram conceituados como estímulos que conduzem a respostas adaptativas. E que na ausência dessa interação, torna-se mais difícil conviver com a doença.

Por fim, foram identificados outros estímulos residuais durante os discursos, que contribuem de forma positiva na adaptação ao tratamento:

“[...] não esqueço nada assim que vá me prejudicar em alguma coisa.” – E1

“Sabe por que aceitei mudar minha alimentação? Porque é melhor para minha saúde. Eu tenho um medo de morrer e de ficar doente em cima da cama para dar trabalho aos outros. É melhor a gente se tratar. Eu perdi um colega por causa do mesmo problema. Quando ele fez 44 anos foi embora.” – E3

“Depois que eu tive o infarto é que minha alimentação mudou. Não sei se eu fazia correto como deve ser, mas eu tentava fazer correto. Mas agora eu tenho que ir certo mesmo, tenho que seguir.” – E5

“Porque eu sei que se eu não seguir eu vou morrer. A gente vai morrer sempre, mas se a pessoa seguir o tratamento demora mais um pouquinho.” – E7

Observa-se que esses estímulos residuais: medo da piora do quadro clínico, história prévia de infarto agudo do miocárdio e morte de pares pelo mesmo problema, são decorrentes de experiências anteriores que acabam, de forma mais discreta, inconscientemente, influenciando também o comportamento da pessoa.

A identificação dos estímulos residuais nem sempre são claras para os profissionais de saúde. Roy e Andrews (2007) afirmam que, para a identificação dos estímulos residuais, é necessário que a pessoa confirme que o estímulo a afeta ou quando a enfermeira possui conhecimento teórico ou empírico para estabelecer a confirmação. Entretanto, nem sempre esse idoso tem a oportunidade de se expressar no sentido de relatar esses estímulos.

Percebe-se que a presença e a intensidade dos estímulos ocorre de forma distinta para cada idoso, assim as adaptações ao tratamento acontecem de forma diferente, e por isso esse idoso deve ser cuidado na sua singularidade. Segundo Roy e Andrews (2007), as mudanças nos estímulos desafiam as capacidades de resistência da pessoa. Estes estímulos podem ser alterados pela pessoa ou pela enfermeira e, através disso, capacitar a pessoa para lutar mais efetivamente em busca de comportamentos adaptáveis.

Nesse contexto, o idoso com ICC é exposto a vários estímulos que afetam seu comportamento, interferindo de forma positiva ou negativa na sua adaptação e na manutenção da sua integridade.

5.2 RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS DE IDOSOS SUBMETIDOS AO TRATAMENTO CLÍNICO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA

A partir dos estímulos focais, contextuais e residuais vivenciados, os idosos reagem através dos mecanismos de enfrentamento, culminando no comportamento do indivíduo. De acordo com Rocha, Moreira e Rodrigues (2005), a pessoa pode responder aos estímulos de duas formas: com respostas comportamentais adaptativas, que promovem a integridade da pessoa, ou com respostas ineficazes, que não satisfazem os objetivos da adaptação, ou seja, de imediato ou dentro de um tempo esses comportamentos podem ameaçar a sobrevivência da pessoa.

Os estímulos internos ou externos, incluindo fatores psicológicos, físicos, sociais e fisiológicos, agem nos mecanismos de resistência, influenciando nas formas inatas ou adquiridas de responder ao ambiente em mudança. Assim, os comportamentos provenientes desses estímulos podem ser identificados em quatro categorias de modos adaptativos: modo fisiológico, modo autoconceito, modo função na vida real e modo interdependência (ROY; ANDREWS, 2007).

A ICC interfere em todas as dimensões da vida do idoso, desde a sua rotina mais trivial até o desejo de continuar vivendo de modo saudável. Diante disso, o compromisso de seguir, ou a vontade de interromper o tratamento, é traduzido em comportamentos positivos ou negativos frente à doença, que estão presente em seu cotidiano.

Analisando os discursos dos idosos, encontrou-se problemas relacionados as quatro categorias de modos adaptativos.

5.2.1 Modo fisiológico: Limitações físicas impostas pela a insuficiência cardíaca crônica

Dentre as cinco necessidades existentes no modo fisiológico relativas à integridade fisiológica, esteve prioritariamente relacionado no estudo às necessidades fisiológicas de oxigenação, atividade/repouso e nutrição.

A necessidade de oxigenação envolve a oxigenação do corpo e o processo de ventilação, trocas gasosas e transporte de gases (ROY; ANDREWS, 2007). A ICC, é uma síndrome clínica que ocasiona inadequado suprimento sanguíneo para atender as necessidades metabólicas tissulares do indivíduo. Ocorrendo assim, uma redução do débito cardíaco, responsável pela apropriada perfusão tecidual (BOCCHI et al, 2009). Baseado nisso, percebe-se a dispnéia como um problema adaptativo fisiológico nos idosos com ICC entrevistados:

“De vez em quando eu sentia uma falta de ar danada. Aí procurava respirar, não vinha a respiração. De vez em quando não, direto acontecia isso.” - E3

“Qualquer movimento eu sinto falta de ar, ele disse que era pra eu ter cuidado, porque meu coração tá fraco demais.” - E7

A dispnéia apresentada pelos idosos com ICC caracteriza-se como um problema adaptativo, pois o organismo, diante das alterações na estrutura cardíaca, não consegue adaptar-se, gerando um comportamento ineficaz ao baixo débito cardíaco. Portanto, exercício, stress e até atividades de vida diária como alimentar-se, tomar banho, vestir-se, pentear os cabelos, dentre outros, constituem-se estímulos que alteram as necessidades de oxigênio do corpo.

Segundo Roy e Andrews (2007), o organismo saudável adapta-se a estímulos, através da mudança de comportamentos relacionados com a ventilação e o transporte de gases. Em uma situação de adoecimento, esses estímulos podem ter efeito opressor na capacidade do indivíduo se adaptar, sendo necessário auxílio. Nesse contexto, a ICC é considerada um estímulo focal sendo o causador do comportamento de dispnéia, e os demais estímulos são contextuais por intensificarem o comportamento indesejado.

Diante disso, o idoso com ICC tende a reduzir essas atividades afim de evitar o quadro de dispnéia, desenvolvendo problemas adaptativos na necessidade de atividade. É através da atividade, que a pessoa vive sua vida diária, e interage dentro do seu ambiente.

“Eu estava me sentindo mal, cansada. Eu sempre cuidei da saúde, desde moderna. Aí foi nesses exames que descobri o motivo do cansaço.” - E4

“Eu comecei a cansar, comecei a não ter mobilidade no corpo. Eu tenho dificuldade de ir ao banco, de ir fazer compra em supermercado, de ir fazer conserto de alguma coisa que eu fazia, tô tendo essas limitações.” - E10

A fadiga com intolerância ao exercício físico ocorrem secundário ao baixo débito cardíaco. A fadiga é o sintoma mais frequente nos pacientes com ICC, sendo a causa de prejuízo significativo para funcionalidade, qualidade de vida e prediz menor sobrevida (BOCCHI et al, 2009). A deterioração de fibras musculares se faz presente na musculatura esquelética de membros inferiores e superiores, como também na musculatura respiratória, desencadeando sintomas limitantes, como dispnéia e fadiga. Essa situação leva a uma mudança nos hábitos de vida, com aumento da inatividade e sedentarismo, o que agrava o quadro de atrofia muscular e redução da capacidade funcional no paciente com ICC (CHIODELLI et al, 2015).

Por outro lado, o idoso com ICC, mesmo encontrando-se fadigado, em sua grande maioria, não conseguem manter uma adequada necessidade de repouso. Para Roy e Andrews (2007), o repouso fornece os períodos de restauração, reparo, renovação de energias e eficácia dos processos de vida. Entretanto, muitos indivíduos com ICC apresentam privação do sono, como pode ser visto nas falas abaixo:

“Depois que eu tive esse problema, piorou ainda mais a insônia”. - E3

“Quando não é assim, tem dia que tô com aquela sonolência, que eu passo a noite, viro noite e não durmo. 24 horas assim, sem dormir, parecendo um zumbi.” - E6

As alterações do sono entre os pacientes com ICC influenciam negativamente a qualidade de vida, além de ser um dos problemas de maior incômodo para essa população, podendo interferir nas práticas de autocuidado. 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 (SANTOS et al, 2012).

Vários estímulos atuam em conjunto promovendo o comportamento de alteração do padrão de sono na pessoa com ICC, podendo destacar a dispnéia paroxística noturna e o uso de medicamentos diuréticos como os estímulos que mais conduzem ao comportamento alterado do sono. Estudo realizado com pacientes em tratamento ambulatorial de ICC demonstrou que 68,5% foram categorizados como “maus dormidores” e que a causa mais frequente de distúrbios do sono relatada foi por nictúria (72,2%), seguida por desconforto respiratório (40,5%) (SANTOS; CRUZ; BARBOSA, 2011).

Por fim, a nutrição foi outra necessidade fisiológica afetada nos idosos com ICC. A aceitação da dieta hipossódica e hipolipídica é muito difícil, e a partir do momento que o idoso não consegue manter essa mudança alimentar, passa a existir um problema adaptativo.

“(...) a carne de sertão do feijão eu boto, só para temperar o feijão mesmo. O filho não gosta de feijão sem a carne.” – E9

Com relação a necessidade de mudança alimentar imposta pela doença, indivíduos com ICC sentem-se isolados dos membros da família que continuaram a comer alimentos com alto teor de sódio sem importar-se com suas novas necessidades de adaptação (BENTLEY et al, 2005). Se a pessoa não reconhece que a restrição de certos alimentos constitui uma dieta equilibrada para sua situação, então o conhecimento necessário para fornecer um comportamento adaptável relativo à saúde nutricional não estará presente nela, conduzindo-a a comportamentos ineficazes como é o caso da idosa E9.

A falta de apoio familiar foi identificada em indivíduos com ICC que referiram dieta normossódica e normolipídica em virtude da não aceitação, por parte dos familiares, de dieta com restrição de sódio e gordura no domicílio. Além disso, a baixa escolaridade, por sua vez, também foi identificada como contribuindo para a dificuldade de compreensão e conscientização da dieta a ser seguida (MOURA et al, 2013).

Roy e Andrews (2007), dizem que o estado socioeconômico também irá fornecer uma indicação ao estilo de vida e dos recursos materiais que a pessoa possui para avançar ou não na adaptação ao tratamento. Assim, percebemos que nem sempre os idosos possuem opções diante do seu recurso financeiro, cabendo aos profissionais de saúde acharem alternativas nutricionais que caibam na realidade orçamentária do idoso.

“A comida que eu como mais é frango porque é barato”. - E2

O idoso E2, mora sozinho, mantém-se com um salário mínimo e, segundo relato, não recebe ajuda de nenhum membro da família ou de amigos. A condição econômica limitante da maioria dos idosos brasileiros, impõe a estes a adoção de comportamentos nem sempre ideais para o tratamento que, por outro lado, configura-se na única condição que lhe é permitida para manter as necessidades básicas de alimentação, sem abrir mão das outras necessidades de moradia, compra de medicamentos e demais gastos existentes.

Outros estímulos também influenciam no comportamento ante a dieta com baixo teor de sódio. A vida social dos pacientes com restrição sódica torna-se limitada diante dos eventos sociais (reuniões de amigos, encontros familiares, comemorações, frequentar restaurantes) que são geralmente regados por alimentos normosódicos e até mesmo hipersódicos. Isso fez com que a idosa abaixo adotasse um comportamento alimentar ineficaz:

“De vez em quando, nas festas, eu como os salgados, tomo meus guaraná. Depois que passa a festa eu suspendo tudo e faço minha dieta. Na minha casa eu faço o que eles mandam. Mas na casa dos outros, e na época de festa, eu como mesmo.” – E4

Pesquisa realizada nos Estados Unidos para compreender a experiência dos pacientes com ICC em seguir uma dieta com baixo teor de sódio, revelou frustração dos participantes pelo fato do baixo teor de sódio permear todo o seu dia. O ato de comer fora, seja em restaurante ou casa de amigos, foi considerado um obstáculo para aderir a dieta prescrita. E que amigos e familiares nem sempre respeitavam as necessidades alimentares do participante, gerando conflito (BENTLEY et al, 2005).

O aspecto cultural deve ser sempre considerado no planejamento da assistência, com o objetivo de minimizar a resistência à nova orientação dietética do paciente e facilitar a criação de alternativas para uma reeducação alimentar (ROCHA; CIOSAK, 2014).

Percebe-se, então, três motivos diferentes para a dificuldade de adaptação as mudanças alimentares dos idosos entrevistados: a cultura alimentar de algum membro da família, a dificuldade em dispor de alimentos saudáveis por falta de recursos monetários e os eventos sociais. Todos eles são estímulos fortes que influenciam negativamente no aparecimento do comportamento alimentar ineficaz de idosos com ICC.

5.2.2 Modo autoconceito: Sentimentos envolvidos no cotidiano com a insuficiência cardíaca crônica

O modo de autoconceito centra-se especificamente sobre os aspectos sociais e psicológicos, incluindo questões relacionadas a sensação corporal, a imagem corporal como também ao sistema de crenças que a pessoa possui (ROY; ANDREWS, 2007). Problemas de adaptação nessa área podem interferir na habilidade da pessoa de ouvir ou de fazer o necessário para manter-se saudável, já que as dimensões psicológicas e espirituais são consideradas básicas para a saúde na visão de Roy (ROCHA; MOREIRA; RODRIGUES, 2005).

A desmotivação e tristeza gerada pela incapacidade são sentimentos observados nos idosos, sendo 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, coisa que eu amava. Perdi a vontade de ouvir uma música, eu me isolei, entrei no mundo do vazio. Por conta da doença eu me sinto muito só.” - E6

Diante da condição limitante, os idosos apresentaram comportamento ineficaz verificado através do sentimento de impotência e invalidez por não conseguirem desenvolver as atividades que antes faziam parte do seu dia a dia. Os fatores internos, ou seja, as alterações psicológicas merecem destaque nesse perfil de paciente. A depressão, que embora não faça parte do processo normal de envelhecimento, pode surgir por uma combinação de fatores, entre eles o diagnóstico de uma doença crônica, dificultando a adesão da pessoa ao tratamento (SANTOS et al, 2011). Observou-se, nas entrevistas, através das expressões e tom de voz, um sentimento nostálgico dessas pessoas, ao lembrar que antes conseguiam ter autonomia sobre o seu cotidiano:

“Não passou ainda pela minha mente. Eu não me conformo ainda. Isso ainda é um sonho. Ainda não caiu a ficha, que sou eu mesmo que tô nessa situação.” – E5

“Mudou muita coisa, quando eu lembro da minha saúde e agora na doença é totalmente diferente. Então quando a gente se lembra chateia muito a vida da pessoa” – E8

De acordo com Almeida et al (2007), a depressão e a ansiedade podem ser preditores de baixa adesão, especialmente quando as recomendações envolvem o autocuidado. O bem estar da pessoa idosa é alterado pelo impacto de ter adquirido uma doença incurável, como também pelos sintomas que a mesma ocasiona (SANTOS et al, 2011).

A tristeza, o nervosismo e o desespero são sentimentos presentes no seu dia a dia, que surgem como consequência de não saber lidar com a situação de adoecimento. Os relatos inconformados, partem de pessoas idosas com diferentes tempos de acompanhamento ambulatorial. E5 trata-se de uma idosa com 8 meses de descoberta da doença e início do tratamento, já E8 corresponde a um idoso que vem realizando acompanhamento da ICC a 8 anos. Diante desse cenário distinto de seguimento ambulatorial, percebe-se a dificuldade de adaptação às incapacidades provenientes da ICC, e que nem um longo período de convivência com a doença pode ser capaz de promover a aceitação da sua nova condição de saúde, se não for acompanhada de forma individualizada e holística.

Observa-se resposta ineficaz também nos idosos, através de relatos de medo demonstrados em alguns discursos, oriundos do fato de possuírem um problema cardíaco e morarem sozinhos:

“[...]a gente fica assustado, ainda mais eu que moro só. Com uma doença dessa de coração, que o bicho é falso demais. Às vezes você tá bom, daqui a pouco cai e morre. Aí eu fico assustado.” – E2

“Tô tentando me conformar com isso, com a solidão. Porque a solidão é o que eu mais tenho medo na vida. E a coisa que mais me choca, é quando eu passo o dia lá sozinha, com a porta aberta. E quando é de noite ninguém aparece. Eu durmo com a porta aberta direto. Tenho medo de morrer sozinha e ninguém me achar.” – E6

De acordo com Ramos, Menezes e Meira (2010, p.49), “para o idoso que reside sozinho, a situação torna-se mais agravante pelo fato de não ter uma companhia para auxiliar em seu tratamento e recuperação nesse momento particular de vida”. Segundo o IBGE (2012), os domicílios habitados unicamente por idosos representa 42,3% dos domicílios unipessoais

no Brasil. E que os índices de idosos que moram sozinhos representam 14% em relação ao total de idosos brasileiros, correspondendo a cerca de três milhões de pessoas com mais de 60 anos vivendo desacompanhadas.

A condição de morar sozinho é caracterizado como um problema adaptativo vivenciado pelos idosos com ICC, que gera comportamentos psicológicos negativos. Isso se deve, provavelmente, não pelo fato apenas das limitações funcionais, pois os idosos E2 e E6 apresentam total independência nas suas atividades de vida diária, mas sim por se tratar de uma doença com agravo cardiovascular e o coração é considerado o principal órgão responsável pela vida.

O sistema de crença adentra a vida de alguns idosos para driblar tal situação de tristeza e desmotivação criada pelo adoecimento crônico. Assim, apoiado na fé, comportamentos adaptativos, que favorecem o indivíduo, foram observados:

“Eu preciso é me conscientizar e enfrentar a batalha né? Chega um momento que a gente não está esperando, tem que pedir força a Deus.” – E5

“Enquanto Deus quiser que eu viva, eu tô vivendo. Com a minha fé eu tenho vontade de viver”. - E8

“Tem que aceitar tudo. O que Deus faz é bem feito. Não posso me desesperar. Se a pessoa se zangar, ficar contrariada é pior. Há de ser o que Deus quiser, eu sigo o tratamento.” - E9

Os idosos apoiados na fé, desenvolveram comportamentos positivos pautados na vontade de continuar vivendo. O comportamento religioso permite que os idosos sigam o tratamento e renovem a motivação para continuar encarando as perdas decorrentes da doença. Para Tavares et al (2012), por meio da religião, os idosos encontram um significado para suas vidas e mantem a esperança em relação ao encaminhamento de seus problemas. As práticas religiosas permitem um consolo, um conforto e uma aceitação da condição em que se encontram, tudo isso por meio da espiritualidade.

O convívio com a ICC passa por fases de compensação seguidos de posteriores momentos de descompensação clínica, o que faz com que o desconforto causado pela doença seja relembrando em períodos cíclicos. Assim, as repercussões psicológicas causadas pela ICC conduzem à sentimentos turbulentos nos idosos. De acordo com Volz et al (2011), as

variáveis psicológicas têm um impacto negativo a longo prazo na qualidade de vida dessas pessoas, principalmente no que diz respeito a ansiedade e a fadiga crônica.

Os pacientes com ICC são frequentemente ansiosos e vivem com medo da dor, do futuro e da morte. Além disso, sentem que perderam o controle sobre suas vidas, desenvolvendo sentimentos de desamparo (ZACHARIAH et al, 2015). A depressão não faz parte do envelhecimento normal, porém os abalos psicológicos provenientes do adoecimento crônico e limitante como na ICC podem, em conjunto com outros fatores, configurar-se como um agravo importante para a saúde dos idosos.

5.2.3 Modo função na vida social: Perda dos papéis sociais

O modo de desempenho de papéis constitui um dos modos função na vida social, incidindo, especificamente, nas expectativas sobre como uma pessoa ocupa um papel na sociedade. Constitui-se em uma necessidade social de se saber quem é em relação aos outros (SANTOS; TAVARES; REIS, 2012). A pessoa ocupa uma variedade de papéis podendo ser primário (atribuído baseado na idade, sexo, fase de desenvolvimento), secundário (um papel que a pessoa assume para dar conta das tarefas associadas à fase de desenvolvimento) e terciário (um papel temporário que é livremente escolhido por uma pessoa) (ROY; ANDREWS, 2007).

De tal modo, os papéis são as orientações dadas às pessoas para que ajam de forma compatível com suas funções sociais, podendo ser, por exemplo, na sua função de estudante, trabalhador ou pai, e as comunidades, grupos e famílias, são considerados contextos para o desempenho desses papéis. Portanto, a função social é definida como um conjunto de atividades que se espera de uma pessoa em virtude de seu papel, e implica em uma determinada posição no espaço social (GRIGOLATTO et al, 2014).

As experiências de adoecimento vivenciadas afetam o idoso e o distancia de pelo menos alguma de suas funções. A interferência do adoecimento crônico no papel primário de pai pode ser vista nos discursos abaixo:

“Ela diz: - Painho fique mais eu. Mas eu digo: - Minha filha, eu não posso, se eu não fosse tão encostado eu ficava mais você”. - E8

“Eu tenho um automóvel. Hoje para dirigir, eu dependo do meu filho. Preciso ter sempre alguém. Eu não dependia de ninguém para fazer nada, e de uma hora para outra, foi um freio violento.” - E10

O comportamento negativo observado nos discursos acima (sentimento de tristeza), é impulsionado por concepções de inutilidade e perda do papel familiar, decorrente do impedimento de executarem as atividades que socialmente são de obrigações paternas. Isso porque, segundo Grigolatto et al (2014), a vida do indivíduo é estruturada em torno das funções que ele tem ou almeja. Porém, a mudança de papéis depende do funcionamento adaptativo do indivíduo, podendo trazer consequências negativas caso este não consiga mudar.

Mesmo tratando-se de pessoas idosas, o papel primário de trabalhador também sofre interferência diante da ICC:

“Eu sempre trabalhei, aí dá vontade de trabalhar. Eu sou acostumada a trabalhar. Ficar só dentro de casa, não acho nada pra fazer. Às vezes tento fazer as coisas, aí o médico diz que nem dentro de casa posso. Meu Deus, não consigo fazer minhas coisas, quero ficar boa. É nesse momento que eu me desespero.” – E7

“Depois que me aposentei eu traquinava, eu fazia coisas assim de concerto. Essa parte aí me fez uma falta muito grande.” - E10

Para esses idosos, ter deixado de realizar o trabalho formal ou não, acarretou em comportamentos ineficazes de tristeza, insegurança e inutilidade, pois durante toda a sua vida, esta foi sua responsabilidade o que parecia gerar, muitas vezes, motivo de orgulho. Com a dependência e a necessidade de adotar comportamentos menos ativos, os idosos passam a se questionar sobre seu papel na família e sociedade.

Nos discursos de E7 e E10, mesmo aposentados, por necessidade de manter a renda familiar ou simplesmente de manter-se ativos socialmente, esses idosos gostariam de manter as suas atividades e demonstram tristeza e frustração frente a essa limitação causada pela doença. Assim, independente do sexo, quando o adoecimento acomete a pessoa, ela acaba sendo obrigada a abandonar algumas atitudes e tarefas, que são impostas socialmente e culturalmente ao sexo feminino ou masculino, causando certo desconforto por imaginar que está deixando de realizar seu papel enquanto mulher ou homem.

Relacionado ao papel de esposa, percebe-se que diante da situação de adoecimento, o desempenho adequado de suas funções também acaba sendo prejudicado:

“Perdi meu marido de 26 anos. Deixei de ter relação com ele. Passou seis meses, começou a arranjar outra na rua (...).” – E6

Apenas uma idosa relatou o abandono do parceiro diante da limitação da ICC na manutenção da vida sexual. O fato de não ter sido orientada sobre esse assunto, fez com que ela parasse de ter relação sexual por medo de gerar alguma complicação, ocasionando um problema adaptativo.

Embora a função sexual não seja uma das primeiras questões abordadas, é de conhecimento que um número considerável de pacientes com ICC e seus parceiros, possuem preocupações sexuais que podem influenciar negativamente sobre sua qualidade de vida (JAARSMA; FRIDLUN; MARTENSSON, 2014). Estudo com 100 pacientes acometidos pela ICC, revelou que 52% dos homens e 38% das mulheres informou que o sexo era importante, e que os problemas sexuais reduziu sua qualidade de vida (SCHWARZ; RODRIGUEZ, 2005).

As mulheres podem experimentar tipos de disfunção sexual diferente dos homens, incluindo a redução do interesse ou do desejo sexual, a diminuição da excitação sexual, a perturbação do orgasmo ou vaginismo (JAARSMA; FRIDLUN; MARTENSSON, 2014). Problemas psicossociais, como depressão, humor alterado e ansiedade são comuns em pacientes com ICC, e estes sentimentos podem ter um efeito negativo sobre a atividade sexual ou satisfação. Os pacientes e seus parceiros podem se preocupar que sua atividade sexual possa levar a novos eventos cardíacos, agravamento dos sintomas e até mesmo a morte (LEVINE et al, 2012).

Existe uma diminuição da função sexual com o avançar da idade. Cerca de um terço da população idosa tem pelo menos uma queixa com a sua função sexual. Apesar disso, cerca de 60% da população idosa exprime o seu interesse pela manutenção da atividade sexual (CAMACHO; ORTIZ, 2005). Pacientes com ICC com um parceiro mais jovem vivencia, de forma significativa, mais problemas sexuais do que quando comparado com a comunidade saudável (HOEKSTRA et al, 2012). Todas essas foram situações vivenciadas pela idosa E6, que associadas conduziram à perda do conjuge.

Sendo assim, sem o aconselhamento profissional adequado, a idosa E6 adotou um comportamento de negação sexual, ocasionando repercussões em outros campos da sua vida. O afastamento do companheiro, conduziu a idosa à situação de morar sozinha e enfrentar a doença crônica sem apoio, gerando sentimentos profundos de solidão e tristeza.

Por vezes, os papéis precisam ser alterados quando se é confrontado com circunstâncias especiais, como nos casos que envolve doença incapacitante. O papel do doente quando temporário é classificado como terciário, porém nos casos de adoecimento crônico, como no caso da ICC, torna-se um papel secundário já que o indivíduo deverá conviver com esse adoecimento ao longo de sua vida (ROY; ANDREWS, 2007).

Assim, ao adquirir uma doença crônica, o idoso é obrigado a lidar com a função de papel de doente, que requer cuidados e adaptação a um tratamento para conseguir manter a qualidade de vida e a própria vida.

“O AAS infantil ele disse que não era mais para eu tomar, mas eu acho que devo continuar. Sinceramente, isso aí não vou deixar de tomar não.” – E3

“Eu passei um tempo que sempre quem fazia as coisas era os outros, me davam na mão.” - E9

Roy e Andrews (2007) afirmam que atrelado ao papel de doente está o comportamento instrumental, ou seja, ações físicas para alcançar o domínio do seu papel, como o ato de tomar os medicamentos, ir as consultas, adequar-se à alimentação, dentre outros. Nota-se que, a partir do momento que o idoso E3 adota um comportamento de rejeição das recomendações médicas, este está negando as obrigações do seu papel como doente. Ou seja, o idoso vai de encontro ao comportamento esperado para aquele papel que é de aceitar e obedecer um padrão estabelecido de comportamentos que buscam a reparação das limitações ocasionadas pela doença. As causas para a não aceitação do seu papel de doente, não ficou clara durante o discurso do idoso, podendo ter origens diversas.

Como visualizado através do idoso E9, nem sempre é possível possuir total domínio do papel de doente no que diz respeito a autonomia para realização do autocuidado, seja pelas limitações da doença ou por não ter competência para tal, sendo necessário o auxílio do familiar ou do profissional de saúde para executar algumas ações. Roy e Andrews (2007) relatam que a enfermeira pode precisar auxiliar o doente no seu autoconceito. Se a pessoa não se sente capaz de preencher um determinado papel, poderá ser difícil fornecer os conhecimentos sobre o papel que permitam aumentar a autoconfiança da pessoa.

Diante do exposto, as perdas ou inversões de papéis são frequentes no idoso com ICC. E para que os comportamentos oriundos não sejam negativos e levem a uma redução maior da qualidade de vida desses indivíduos, cabe aos profissionais de saúde, proporcionar alicerces junto com o idoso que driblem os sentimentos pessimistas e proporcionem um novo olhar, mais adaptado às situações vivenciadas.

5.2.4 Modo de interdependência: Interação social

O modo de interdependência incide sobre as relações mais próximas, é aquele onde as necessidades afetivas devem ser satisfeitas. O objetivo desse modo é alcançar a adequação afetiva, que incorpora a necessidade de ser cuidado e cuidar (ROY; ANDREWS, 2007). Dessa forma, diz respeito ao comportamento de interação social de indivíduos e grupos, concentrando-se no relacionamento das pessoas, suas finalidades e razão, envolvendo a vontade e capacidade de dar e receber afeto, respeito e valor (SANTOS; TAVARES; REIS, 2012).

Diante dos discursos, verificou-se que os idosos E7, E8 e E10, não apresentaram problemas adaptativos no modo de interdependência, por contarem com o apoio de familiares ou cônjuges durante o seu tratamento:

“Minhas irmãs me ajudam muito. Às vezes, quando eu me aperto um pouquinho, e tenho alguma coisa para comprar, eu peço a uma irmã minha e ela pega no cartão e divide.” - E7

“Eu tenho uma neta que me leva para casa dela, e ela faz das tripas coração para me dar aquele rango que o médico manda. Mas ela também não pode, ela tem dois filhos, paga aluguel, aí não tem condições dela me ajudar mais.” – E8

“Essa pessoa veio se relacionar comigo e nesse período que eu estou tendo mais dificuldade, é quem está mais me dando apoio moral, é quem mais está chegando junto com presença. Conciliando tanto a parte de trabalhar, que é para ter ajuda financeira para os dois, como o fato de se dedicar a minha pessoa. Tanto que eu sou tão grato a essa pessoa.” - E10

Nota-se que o suporte financeiro e o apoio familiar nos outros aspectos do tratamento auxiliam os idosos a lidarem de forma mais saudável com a situação de dependência gerada pela doença. Porém, observa-se nos relatos, um apelo maior voltado para o apoio econômico, provavelmente por tratarem-se de idosos com baixo poder aquisitivo, sendo a renda um grande obstáculo para a manutenção do seu tratamento. Tavares et al (2012) relatam que recorrer ao 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.

Para outros idosos, o apoio parte de fora do núcleo familiar. Contando com a atenção de amigos ou vizinhos, os idosos conseguem, através de comportamentos adaptativos, a manutenção do modo de interdependência:

“Eu tenho um bocado de irmã e três sobrinhas, elas não são ruins pra mim, mas só vão lá em casa uma vez ou outra quando tem um aniversário, uma folia, fora disso não vão. Meus vizinhos é que se preocupam muito comigo. Quando me vê do lado de fora 11h da noite na grade, ela pergunta o que eu tenho. Aí eu digo que não é nada não. Ela fala que se eu tiver passando mal para ir dormir com ela. Eles me convidam para ir dormir, me convidam para viajar.” – E4

“Dos meus filhos eu não tenho acompanhamento de nada, não tenho ajuda nenhuma. Tenho 4 filhos, duas netas, 2 moram em cima da minha casa mas é o mesmo que não morar. Eu só tenho uma ex-nora, é a filha que Deus me deu. E quando eu preciso de algum auxílio, internamento, alguma coisa pra resolver, eu conto com ela. É com essa aí que eu me sinto segura”. - E6

Mesmo diante do afastamento de alguns familiares nos cuidados, esses idosos conseguem contar com o apoio de outras pessoas, que conseguem manter o acolhimento e o cuidado necessário para subsidiar momentos de lazer e compromissos com o tratamento. Segundo Santos, Tavares e Reis (2012), o apoio emocional não só do marido e dos filhos, mas também de familiares e amigos próximos, foi identificado como um suporte que fortalece a pessoa e a auxilia no enfrentamento da doença.

Problema adaptativo no modo de interdependência também pôde ser identificado em um idoso de 69 anos, que reside sozinho:

“Ninguém me ajuda em nada não, só Deus.” - E2

Através do seu discurso, observou-se que a vida deste idoso é permeada pela falta de cuidado seja ele de cunho emocional, físico ou financeiro, tanto dos seus familiares como de qualquer outra rede de suporte social. Assim, comportamentos ineficazes de isolamento e tristeza foram desenvolvidos devido a situação de abandono e esquecimento vivenciada.

Pesquisa realizada por Tavares et al (2012), revelou que idosos com algum problema de saúde sentiam-se abandonados e negligenciados por seus familiares, passando grande parte dos seus dias sozinhos, sem receber a atenção que gostariam de ter. Desse modo, sentiam-se como se estivessem em último lugar na lista de prioridade de suas famílias, como se elas não fizessem mais parte do mesmo grupo.

Ao longo do tempo, o isolamento social pode conduzir a fadiga excessiva, sentimentos de desmoralização e aumento da irritabilidade, situação considerada como um comportamento ineficaz ao estresse psicológico (CENÉ et al, 2012). Diante do adoecimento, o isolamento social passa a ficar mais acentuado na população idosa, principalmente para àqueles que residem sozinhos e que viam, na possibilidade de sair de casa, a alternativa de manter-se ativo socialmente:

“Minha vida mudou toda com a doença. Tudo! Mudou porque eu tinha uma vida muito solta, agora você me encontra 24 horas dentro de casa, eu não saí para canto nenhum.” – E6

O isolamento social surge a partir das mudanças no estilo de vida, intenso regime medicamentoso e efeitos colaterais das drogas que combinados com as restrições físicas da doença, leva à uma capacidade limitada de participar de eventos sociais (ZACHARIAH et al, 2015). A falta de integração social, ou seja, o isolamento social, é considerado um estressor que induz a um estado psicológico negativo que pode alterar respostas neuroendócrinas, suprimir função autoimune e interferir nos comportamentos promotores de saúde (CENÉ et al, 2012).

Segundo Santos *et al* (2011) a rede de suporte social e familiar é importante no enfrentamento de uma doença crônica, por proporcionar ao idoso o aumento de sua autoestima, de inserção familiar e domínio sobre o seu próprio ambiente.

Assim, o impacto do adoecimento crônico afeta não somente o indivíduo em particular, mas todos a sua volta que possuem um vínculo afetivo, podendo ser a família ou amigos:

“Foi um baque muito forte. Porque a princípio eu não sabia que tinha essa cardiopatia. Depois que passei a tomar conhecimento, aí veio um choque. Não só para mim, mas para todo mundo ligado a mim, meus filhos, todo mundo. Mas chegou um ponto que a gente sabe que tem o problema e tem que levar a sério essa coisa. Então estou convivendo.” – E10

No ato de cuidar, a família preocupa-se não somente com o estado de saúde físico da pessoa adoecida, mas também com seu bem-estar e felicidade (CORRÊA; BELLATO; ARAUJO, 2014). Diante desta complexa situação, faz-se necessário que o idoso adoecido busque, junto a sua família e amigos, estratégias de enfrentamento para adaptar-se diante das novas condições e necessidades instaladas.

5.3 MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO DE IDOSOS NO TRATAMENTO CLÍNICO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA

A cronicidade da ICC 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. Para Costa et al (2013), o enfrentamento dos problemas vivenciados nas dimensões física, mental e espiritual pode evitar sentimentos negativos. Assim, torna-se imprescindível, o desenvolvimento de estratégias para o controle do problema, capaz de contribuir para uma melhor qualidade de vida e longevidade (OLIVEIRA et al, 2002).

A adaptação ocorre ao longo de todo tratamento, é um processo contínuo a partir da descoberta do diagnóstico. Apesar de terem muito tempo de acompanhamento da ICC, respectivamente 2 e 8 anos de tratamento, os idosos abaixo relatam estarem em processo de adaptação terapêutica:

“Estou me acostumando. Meu tratamento eu lido normal, eu não vivo triste por causa dele não.” – E4

“É péssimo viver o dia todo tomando remédio. Mas como se diz, tem que viver do jeito que Deus manda.” – E8

Alguns idosos demonstram a capacidade ativa de adaptação do ser humano diante das adversidades, podendo conviver com o tratamento sem sentimentos negativos. Entretanto, esta convivência é enfrentada de modo difícil por outros, sendo necessário o apoio espiritual para aceitação do tratamento.

Os indivíduos que durante sua vida passam por dificuldades e obstáculos, desenvolvem, com mais facilidade, a capacidade de lidar com o impacto psicológico causado pelos momentos críticos e, ao envelhecer, conseqüentemente, aumentam sua capacidade de resiliência diante do adoecimento. Nesse sentido, a espiritualidade possui grande potencial de aliviar o sofrimento em situações de conflito (ROCHA; CIOSAK, 2014). Com isso, algumas

peças ativam mecanismos de enfrentamento para responder ao ambiente em constante mudança. Portanto, o tipo de estímulo ofertado, durante o acompanhamento clínico, associado às experiências de vida diferentes, fazem com que os idosos desenvolvam estratégias de adaptação distintas para a mesma condição de adoecimento.

Segundo Santos et al (2011), ao vivenciar a ICC, o idoso passa a estabelecer estratégias de enfrentamento dos sinais e sintomas desencadeados pela doença. E que, por tratar-se de um tratamento crônico, implica em mudanças de hábitos e adaptação às limitações, visando preservar a independência e a autonomia do idoso, para realizar suas atividades de vida diária.

Diante do exposto, iremos analisar os mecanismos de enfrentamento, ou seja, as estratégias que os idosos adotam a fim de conseguirem manter as recomendações terapêuticas. Rocha e Ciosak (2014) definem enfrentamento como um conjunto de estratégias utilizadas para lidar e adaptar-se às adversidades da vida.

5.3.1 O uso diário de medicamentos

A adaptação ao uso crônico de medicamentos é considerada uma situação de difícil manejo, principalmente quando se trata de uma população idosa com comorbidades associadas.

O regime farmacológico da ICC requer a administração de múltiplos medicamentos, com esquemas farmacêuticos complexos o que, muitas vezes, é difícil de ser seguido pelos idosos, tanto pelo motivo da sua ingestão diária, como pela regularidade de horário necessária. Acurcio et al (2009) estimam que 40% a 70% dos idosos com regimes terapêuticos rotineiros, não o cumprem adequadamente. Isto deve-se a fatores como: déficit cognitivo, diminuição da compreensão das instruções, falta de comunicação, aumento das limitações físicas e complexidade do regime terapêutico. Os pacientes com ICC comumente exibem disfunção em uma variedade de funções cognitivas, incluindo atenção, função executiva, linguagem e memória (ALOSCO et al, 2012).

A não adesão ao regime farmacológico pode ocorrer de forma intencional, por não ter motivação para o uso dos medicamentos, ou de forma não intencional, quando está relacionada a limitações físicas, aspecto financeiro e cognitivo (dificuldades de compreensão e recordação das orientações recebidas e horários de administração dos medicamentos) (WERLANG; ARGIMON; STEIN, 2008). Dentre os idosos entrevistados, nenhum mostrou resistência intencional ao uso dos medicamentos, o que sinaliza um fator positivo para uma

possível adaptação ao tratamento medicamentoso. Necessitando apenas de um acompanhamento profissional mais próximo, voltado para as dificuldades individuais.

A assimilação das recomendações sobre o tratamento medicamentoso pelo idoso pode vir a sofrer interferência do próprio envelhecimento, e agravar-se ainda mais nos casos onde há a presença da ICC. Situação comprovada por Festa et al (2011), onde perceberam que a deficiência de memória em pacientes com ICC pode manifestar-se através da combinação com outros fatores tais como a idade avançada e baixa fração de ejeção. Isso porque pacientes com mais de 63 anos de idade demonstraram significativo declínio no desempenho da memória quando a fração de ejeção do ventrículo esquerdo encontrava-se com valores igual ou menor que 30%.

O ato de recordar é formulado através de dois tipos de memória, a retrospectiva e a prospectiva. Quando um indivíduo relembra informações aprendidas no passado, está executando uma tarefa de memória retrospectiva, e quando lembra de fazer algo no futuro, tais como tomar o medicamento, refere-se à memória prospectiva. Diante disso, é conhecido que pessoas idosas demonstram dificuldade com tarefa de memória prospectiva, mesmo quando lembrados habitualmente (WERLANG; ARGIMON; STEIN, 2008; BORON; ROGERS; FISK, 2013).

Essas dificuldades em automatizar ações futuras dependentes da memória prospectiva, mostram-se presentes nos discursos dos idosos:

“Se eu esquecer de manhã, eu posso tomar de tarde. Tenho que ficar lembrando para não esquecer.” – E4

“Tenho que botar aquilo na cabeça que eu tenho que tomar, de manhã quando dá 7h da manhã tomo dois, e de noite tomo mais um. Senão esqueço.” - E6

Assim, diante da capacidade de memória prospectiva diminuída, o idoso precisa se esforçar para lembrar do horário dos medicamentos, utilizando-se de estratégias internas para alcançar a adaptação a essa tarefa. Boron, Rogers e Fisk (2013), informam que idosos empregam tanto a memória interna usando as associações mentais, como as estratégias externas (uso de objetos e ou locais físicos) para lembrar de tomar os medicamentos.

As estratégias de memória podem ser classificadas de acordo com o mecanismo pelo qual a informação é manipulada. As estratégias internas envolvem atividades mentais tais como codificação mnemônica e estratégias de recuperação de memória. Já as estratégias

externas contemplam as manipulações externas do ambiente, sendo estas as mais utilizadas pelos idosos para tarefas de memória prospectiva (WERLANG; ARGIMON; STEIN, 2008).

Quando os idosos E4 e E6, anteriormente citados, relatam que iniciam e passam o dia pensando na obrigação e nos horários de tomar os medicamentos de modo a incluí-los no planejamento das suas atividades diárias, eles estão utilizando-se de uma estratégia interna prospectiva para melhorar a adaptação medicamentosa.

Apesar da estratégia interna ser uma alternativa para lembrar do uso dos medicamentos, a maioria dos idosos deste estudo relataram fazer uso de estratégia prospectiva externa, ou seja, utilizando-se de mudanças do ambiente para adaptar-se a nova condição.

“Pra eu me lembrar eu boto em cima da cabeceira do sofá para ver que eu não tomei. Quando eu tomo eu apanho e guardo”. - E4

A memória prospectiva de idosos para a execução de tarefas rotineiras apresenta grande potencial para criar confusões em relação a ações que foram ou não executadas. Contribuindo para erros de repetição e omissão (McDANIEL; EINSTEIN, 2000). Para minimizar a ocorrência dos erros descritos anteriormente, a idosa E4 adotou como estratégia o ato de guardar o medicamento logo após o seu uso. Essa atitude impede que ela, em caráter não intencional, faça uso de duas doses seguidas do medicamento, sendo considerado um bom mecanismo de enfrentamento para superar as dificuldades de memória.

Outra estratégia de memória externa a ser utilizada quando há um número elevado de medicamentos em uso, é a associação dos medicamentos por horários criada pelo idosa E7:

“Pra lembrar eu coloco tudo numa caixa que eu tenho em casa. Coloco os horários e boto junto. Se são para tomar os dois no mesmo horário, eu prendo os dois com durex e coloco o horário. Depois guardo na caixa pra eu não me esquecer, porque se não for assim, eu me esqueço mesmo. O meu guarda roupa é porta de correr, aí a porta já fica aberta pra eu ver o remédio. Assim não me esqueço não”. - E7

Auxiliares de memória externa, como a colocação dos medicamentos em local visível, são técnicas frequentemente utilizadas pelos idosos (BORON; ROGERS; FISK, 2013). Werlang, Argimon e Stein (2008) encontram em seu estudo que 9,5% dos idosos revelaram fazer uso da estratégia prospectiva de colocar dentro de um recipiente/caixa de acondicionamento todos os medicamentos que iriam utilizar durante o dia. Percebe-se com

isso, que a idosa E7 faz uso de duas estratégias de memória externa para conseguir manter de forma adequada a ingestão diária dos medicamentos prescritos.

A fim de superar as dificuldades com a prescrição médica, no que se refere a legibilidade e tamanho da caligrafia, um idoso adotou a técnica de anotação, denominada por ele de “agendamento”:

“[...]eu consigo tomar eles todos. Inclusive botando tipo um agendamento. Ele passa a receita, mas mesmo assim eu faço um agendamento que pode botar na geladeira ou no quarto. Por exemplo, botar com letras maiores com piloto, tomar tal remédio, tal horário, quantos comprimidos. Coloco num lugar bem visível pra não haver esquecimento. É uma forma de não estar pegando a receita com a letra pequenininha. Então toda vez que o médico muda, eu mudo no meu papel também. Posso botar em qualquer lugar, na geladeira, no quarto. Se eu tiver que ir pra casa de uma filha eu levo também.” - E10

Estudo identificou que 13,9% das prescrições não puderam ser analisadas por não apresentarem ou por estarem ilegíveis as informações sobre a dose e a frequência de administração dos medicamentos (ACURCIO et al, 2009). Essas ocorrências contribuem para aumentar a complexidade da prescrição e a dificuldade de adaptação ao tratamento, especialmente no grupo populacional de idosos com redução da acuidade visual.

Driblando o risco do uso inadequado dos medicamentos por falta de compreensão, o idoso E10 criou sua anotação específica que atende a sua necessidade visual, tanto pelo tamanho da letra, como pela exposição da prescrição pelo domicílio. A fixação de cartazes nas paredes da sala promove um insight cognitivo ao idoso e sua família para o uso dos medicamentos nos horários estabelecidos. Assim, a associação de figuras ilustrativas e esquemas, aos símbolos linguísticos, facilita o entendimento dos idosos e seus familiares (SILVA; SANTOS, 2010).

A participação da família, é também uma estratégia fundamental para melhorar a adaptação medicamentosa, para aqueles que podem contar com esse apoio. O auxílio de membros mais novos da família, que apresentam função de memória prospectiva mais eficaz, é enfatizado na fala abaixo:

“Essa minha neta que é encarregada de me dar os meus remédios na hora certa. Ela não mora perto não, mas eu vou para casa dela, passo

o dia lá com ela e a noite volto para casa. De noite eu fico faltando só um que é o do coração, esse é dez horas. Quando ela não está, eu lembro sozinho que eu tenho a receita. Vou na receita e olho quando eu estou só. Se ela for para casa, for sair para algum lugar, ela deixa o remédio separado. Se for dois comprimidos ela corta e bota os dois comprimidos juntos. Se é um, ela fala: - Vô, tantas horas o senhor toma esse, e tal hora o senhor usa o de cá. É assim que ela faz. Deixa tudo separado, tudo já marcadinho para eu usar.” - E8

A adesão à prescrição médica é pior em idosos visto que estes pacientes apresentam maior dificuldade de recordar as instruções médicas do que os adultos jovens (WERLANG; ARGIMON; STEIN, 2008). O apoio familiar é uma alternativa viável em casos onde os idosos moram com algum outro membro da família. O idoso E8, mesmo casado, não encontra na sua esposa também idosa, o apoio de memória necessário, e assim, como estratégia para lidar com o uso diário dos medicamentos, se condicionou a ir diariamente para a casa da neta. Porém, situação parecida nem sempre é possível na vida de outros idosos, que não contam com a participação familiar, e por isto necessitam criar, em parceria com o enfermeiro, técnicas que facilitem o manuseio dos medicamentos.

Existem outras estratégias a serem utilizadas, como a associação do horário da administração dos medicamentos com os horários das refeições:

“A única coisa que não me atrapalho é o da insulina que é antes do café da manhã e o AAS que eu tomo depois do almoço. Mas o resto, não vou mentir não, eu me embanano toda.” – E5

Quando o idoso associa o horário de administração dos medicamentos com as atividades rotineiras ou a algum programa específico de televisão, ele está utilizando uma estratégia de memória interna (WERLANG; ARGIMON; STEIN, 2008). Nota-se, na fala de E5, que a idosa só consegue manter uma boa adesão para os dois medicamentos que possuem uma ligação com o alimento, os demais, o qual não foi possível estabelecer nenhuma associação mental, ela apresenta dificuldade de memória em utilizá-los.

Diante do exposto, independente da natureza interna ou externa da estratégia de memória adotada, apenas o fato de buscar uma técnica por si só, ou associar técnicas, demonstra a motivação existente nesses idosos em tentar adaptar-se a mudança ocorrida nas suas vidas. E isso, possivelmente, impacta de forma positiva na efetividade das suas ações.

Contudo, ainda existe uma lacuna para alguns idosos, que sozinhos não conseguem dar conta de toda a complexidade da terapêutica medicamentosa. A presença ativa dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro em assumir a posição de facilitador entre o tratamento da ICC e o idoso, é necessária para diminuir os casos de descompensação e reinternação hospitalar decorrente do uso inadequado dos medicamentos.

5.3.2 O desafio de se alcançar uma adequação alimentar

Adaptar-se ao tratamento vai além de aceitar sua doença e fazer uso diário do regime medicamentoso, é necessário adaptar-se também ao tratamento não farmacológico. A adaptação ao tratamento da ICC é tido como difícil pois existe a necessidade de mudanças nos hábitos de vida, principalmente o hábito alimentar, adquiridos culturalmente e ao longo de toda uma vida.

“[...] minha comida é doce. Estou me acostumando, tem vez até me repugna comer. Mas graças a Deus eu tô me acostumando.” – E7

“[...] completamente diferente da alimentação normal que eu tinha. No início eu senti muita dificuldade, mas hoje eu já estou super adaptado. Porque a pessoa que comia tudo gorduroso, aí de repente dá um freio assim. Mas não estou tendo problema não.” - E10

A mudança alimentar é geralmente um dos maiores desafios na adaptação a um tratamento crônico. Socialmente, a comida está associada a comemorações, reuniões de família, aproximação social, momentos que envolvem sentimentos positivos. Porém, ao restringir alguns itens alimentares, como na adaptação a uma dieta hipossódica e hipolipídica, alguns idosos enfrentam com dificuldade esse processo de mudanças:

“Eu sabia que não podia estar comendo gordura, meu feijãozinho era a feijoada. Mas eu comia e como comia. É difícil, ainda mais quando a pessoa é acostumada como eu era (...) Uma moqueca, um feijão com jabá, uma carne do sol com aquela gordurinha por cima frita ou assada, uma tentação. Aí é bem difícil de seguir. Mas em continuação, a gente vai se educando aos poucos,” – E5

Mesmo com o conhecimento das restrições nutricionais necessárias, a idosa cedia as tentações alimentares, e somente iniciou seu processo de mudança alimentar após

agravamento do seu quadro clínico. Os costumes alimentares dependem diretamente da cultura das pessoas e, para muitos pacientes, a comida rica em sódio e gordura é considerada a alimentação adequada, a comida que dá a energia para manter-se, e que a dieta necessária para o controle da doença crônica é uma comida fraca (ROCHA; CIOSAK, 2014).

Além do sentimento de prazer que o alimento proporciona, existe uma relação intrínseca importante entre o alimento e a fonte de renda, que dificulta ainda mais o processo de adaptação da idosa E5:

“Eu sou cozinheira, mexia com todo tipo de comida. Eu tinha que experimentar, e além de experimentar, é a comida que eu gosto.” –E5

A diminuição papilar própria da idade, associada à mudança radical do paladar, com a utilização de alimentos menos salgados, configuram-se como barreiras para a adaptação terapêutica. Segundo Alencar, Sousa e Trindade (2014), o sal é um alimento bastante utilizado na alimentação humana devido a sua capacidade de melhorar aspectos sensoriais dos alimentos (textura, cor e sabor), e por isso faz parte do preparo das refeições, bem como da composição de produtos industrializados.

A adaptação ao consumo de alimentos com menor teor sódio e gordura é relatado pelos idosos, demonstrando a vontade interior de modificar seus hábitos mesmo que este não lhe proporcione prazer:

“A minha manteiga é Becel, meu óleo é de canola, azeite de oliva, carne sem gordura, a mortadela é de frango. Não uso sal assim geralmente na minha comida.” - E3

“[...] é mais peixe e frango grelhado ou até ensopado, mas sem extrato, sem Knorr, sem esse tipo de coisa. Feijão sem carne de sertão que é um pouco difícil. Mas tenho que comer.” - E5

Porém, a restrição sódica pode levar a um quadro indesejável de desnutrição, quando o indivíduo que já apresenta diminuição de apetite é submetido a dietas pouco palatáveis (NAKASATO et al, 2010). Risco este que pode existir nos pacientes idosos com ICC, já que em um grau avançado ou nos casos de descompensação acentuada, os indivíduos cardiopatas tendem a diminuir a quantidade da sua alimentação, mesmo com um gasto energético elevado do organismo, gerando quadros de caquexia.

Para indivíduos saudáveis, a Organização Mundial de Saúde recomenda uma ingestão menor que 5g de sal por dia (WHO, 2007). Entretanto, em doenças específicas, como na ICC, as restrições de sódio são mais severas. Guidelines nacionais e internacionais recomendam limitar a ingestão de sal abaixo de 2g por dia, a fim de manter o balanço do volume corporal (AHA, 2015; BOCCHI et al, 2009).

Assim, para conseguir adaptar-se a essa nova condição alimentar hipossódica, os idosos adotam substitutos para o sal, com a finalidade de proporcionar mais sabor aos alimentos:

“Na minha casa eu gosto de comer salada, não cozinho com óleo, cozinho tudo sem sal, só no tempero. E na salada de verdura que eu boto azeite doce com um pouquinho de vinagre.” – E4

“[...] na salada eu boto um pouco de limão, azeite doce e vinagre bem pouco. Aí pronto dá para comer.” - E7

Modificações na culinária com o uso de especiarias e condimentos foram utilizados pelos idosos para encorajar o consumo de certos alimentos sem a adição de sal. Porém Alencar, Sousa e Trindade (2014) observaram, em seu estudo, que a adição de especiarias, condimentos e técnicas culinárias em preparações da dieta hipossódica, não aumentou a ingestão alimentar dos pacientes analisados. Diante desse fato, há uma necessidade de reforço constante sobre a alimentação desses idosos, para que junto com a nutricionista, desenvolvam alternativas para melhorar o paladar dos alimentos.

A falta de orientação alimentar adequada e de um acompanhamento frequente sobre as orientações não farmacológicas conduziu uma idosa a adotar estratégias de enfrentamento inapropriadas para o objetivo esperado:

“O que eu senti mais foi o sal, porque eu tinha a mão pesada no sal. Eu não boto sal, eu compro um potinho daqueles de tempero Arisco. Aí boto uma colherinha de chá daquele. E quando não é assim, eu boto aquele molho inglês na salada e aí pronto, já foi. Fica bom, nem precisa botar mais sal, porque ele é assim meu salobrinho.” - E6

O fato da idosa adotar comportamentos ineficazes pôde ser observado durante o seu discurso:

A alimentação eu mudei por conta própria. Botei tudo light, eu mesma suspendi minha alimentação.” – E6

Assim, por desconhecimento nutricional, a idosa caba fazendo substituições incorretas à adição do sal, utilizando temperos e molhos industrializados para salada com alto teor de sódio em suas composições.

Dentre a lista de alimentos ricos em sódio, os temperos prontos e os molhos para salada encontram-se em destaque. O alto consumo de sódio está relacionado com a maior ingestão de alimentos industrializados, principalmente nas classes socioeconômicas menos favorecida, onde foi evidenciado uma alta frequência do consumo de temperos prontos (SOUZA; MOLZ; PEREIRA, 2014).

Em alguns casos, mesmo orientados quanto ao não consumo de certos alimentos com alto teor de sódio, as pessoas, para consumi-los, fazem uso de técnicas de preparo alimentar com a finalidade de tentar diminuir a concentração de sódio:

“Se for muito salgado, eu boto de molho dois dias ou três, conforme for. Aí vai largando o sal. Bacalhau mesmo, tem que botar um três dias de molho.” - E9

Ao invés de retirar o alimento do cardápio, a idosa E9, utiliza-se da técnica de imersão em água para dessalgar o peixe. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) criou uma cartilha recomendando também essa técnica, porém, com algumas peculiaridades de informação não fornecidas ou de não conhecimento da idosa (ANVISA, 2007).

De acordo com orientação, após cortado em postas, o bacalhau deve ser coberto com água e mantido na geladeira, tendo a necessidade de troca frequente da água. O tempo médio para o dessalga e a frequência de troca da água dependem da altura das postas do bacalhau. Postas normais permanecem por 24h na água sendo necessário troca a cada 6 horas; postas grossas permanecem por 40 horas e a troca ocorre a cada 8 horas; postas muito grossas o dessalga acontece por 48 horas também com trocas de água sucessivas a cada 8 horas; e nos casos de bacalhau desfiado é recomendado 6 horas com apenas 2 trocas de água (ANVISA, 2007). Contudo esta cartilha não especifica qual o teor de sódio presente no bacalhau após o processo de dessalga, permanecendo a incerteza da redução adequada de sódio para o consumo por indivíduos com ICC.

Pesquisa realizada por Vasconcelos et al (2010), para descrever o impacto da dessalga sobre o teor de sal na charque verificou que as técnicas mais utilizadas pela população (67%

adotaram a fervura seguida ou não da lavagem em água corrente) apresentam redução de 56,8% e 53,8% respectivamente no teor de cloreto. Porém, nenhuma dessas técnicas de dessalga superou a técnica padrão recomendada pela Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (deixar o charque no remolho na geladeira por 12 horas, trocando a água a cada 3 horas) onde houve redução de 75% do sal da carne.

Devido às dificuldades em realizar uma boa adaptação alimentar baseado em dieta hipossódica, os idosos necessitam também ser acompanhados frequentemente por nutricionista. Um profissional capacitado para tal orientação auxilia no processo de adaptação da pessoa, criando mecanismos de enfrentamento e ajuste econômico do cardápio que permitam novos sabores palatáveis ao cardápio alimentar do idoso.

5.3.3 Utilizando as redes de apoio formais e informais

Associado ao processo de envelhecimento, os idosos com ICC possuem a doença como fator agravante para o isolamento social. Segundo Almeida et al (2007), o apoio social contribui significativamente para aumentar a adesão ao tratamento. As mudanças comportamentais mais significativas, ou seja a adaptação à terapia, ocorrem nas pessoas idosas cujos familiares apresentam maior envolvimento com o tratamento. Assim, a família atua como um suporte para a pessoa idosa na medida em que participa do seu tratamento, adaptando-se as alterações do estilo de vida recomendada juntamente com o idoso.

O desgaste dos laços de coesão social conduz para uma situação inferior de saúde, pois o apoio social é percebido como um fator que subsidia a permanência da pessoa idosa ao tratamento (GEIB, 2012). Para enfrentar tais situações, os idosos desenvolvem mecanismos de enfrentamento que minimizam o processo de isolamento:

“[...] eu saio para rua para esquecer, se eu ficar em casa eu fico pensando, então eu saio para distrair. Aí eu esqueço da doença. Chego em casa ligo a televisão, assisto o jornal e esqueço.” - E2

“Me sento no meu rol, daqui a pouco aparece gente para conversar, aí vai levando. Não sou deprimida, não sou estressada. Botei minha televisão no quarto, botei uma antena parabólica, quando eu não quero assistir da sala eu assisto do quarto. Assisto muita missa, muito programa de missa [...].” - E4

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 um maior sentido à vida (SERBIM; GONÇALVES; PASKULIN, 2013).

Ambos idosos relatados acima são solteiros e não contam com o apoio informal próximo, ou seja a família e o cônjuge. Ramos, Menezes e Meire (2010) abordam que idosos que vivem com outras pessoas, sejam eles parentes ou não, parecem estar mais bem amparados em caso de problemas de saúde, diferente daqueles idosos que moram sozinhos, por serem considerados mais desprovidos de apoio diante de tais dificuldades.

O convívio com vizinhos, os passeios e a distração através dos programas de televisão foram estratégias criadas por eles para enfrentar os sentimentos negativos provenientes do adoecimento solitário. Vivenciar experiências prazerosas, permitiu ao idoso resgatar motivação para continuar vivendo ante as dificuldades da doença.

Observou-se que os idosos também criaram estratégias para enfrentar a falta de apoio formal, ou seja, aquele proveniente dos profissionais de saúde, das instituições de saúde e do governo:

“Falar logo a verdade, o serviço público eu já desisti a muitos anos, a mais de 10 anos. Tudo meu é pago, tudo eu pago. Só esse médico aqui que tenho que vir.” - E1

“Eu só consegui vir para cá para o hospital porque nós entramos na ouvidoria da parte de saúde. E foi essa ouvidoria que conseguiu a consulta aqui, porque financeiramente eu não tinha condições de segurar a situação.” – E10

As pessoas com doenças crônicas necessitam de um apoio que vai além das intervenções tradicionais. É necessário um novo modelo de saúde para as condições crônicas, compreendendo uma estrutura que inclua a parceria harmoniosa entre pacientes e familiares, equipes de assistência à saúde e instituições de apoio da comunidade (TRENTINI et al, 2005).

A limitação do suporte pela rede de apoio formal, demonstra o despreparo das instituições de saúde pública para receber essas pessoas. Arcar com os custos privados dos cuidados à saúde foi a opção adotada pelo idoso E1 que vê possibilidade de assumir os custos da realização de exames e compra de medicamentos. Porém, com o recurso financeiro

escasso, o idoso E10 recorre ao serviço de ouvidoria como estratégia de enfrentamento para adquirir o direito de ser consultado por um especialista. Assim, diante da dificuldade em utilizar o serviço público, cada idoso adota um mecanismo de enfrentamento distinto, baseado nas próprias experiências e condições de vida.

5.3.4 Driblando a escassez dos recursos financeiros

As dificuldades econômicas, restringe o idoso de adaptar-se adequadamente ao tratamento. O pouco recurso financeiro proveniente da aposentadoria, agregado a insuficiência do apoio formal para a aquisição gratuita dos medicamentos e o alto custo dos alimentos, conduz o idoso a fazer frequentes escolhas com relação às orientações terapêuticas recebidas. Para Muniz e Barros (2014), o idoso, em muitas famílias, ainda é considerado o provedor principal. O baixo valor das aposentadorias, em sua grande maioria, não supri as necessidades básicas como saúde, alimentação, medicamentos, moradia e lazer, e este último, na realidade, pouco é usufruído em virtude da condição socioeconômica precária.

As condições econômicas afetam no manejo do autocuidado e o tratamento exige mudanças que nem sempre são possíveis de serem alcançadas sozinhos:

“Minha alimentação não está certa. Mas também não tem como eu acompanhar, porque o dinheiro não dá.” – E6

O baixo poder aquisitivo impera nos idosos abordados, impossibilitando essas pessoas de suprir suas necessidades básicas de lazer e alimentação adequada, pelo simples fato da necessidade de direcionar a maior parte do orçamento familiar à compra de medicamentos:

“Por enquanto eu estou conseguindo comprar o remédio. Mas se não comprasse ia ser melhor. Porque o salário mínimo não dá para nada, ainda tenho que pagar água e luz. Seria melhor se o salário fosse maior, para ter mais conforto. Eu gosto de viajar, de passear e não tô podendo.” - E4

“Eu sei que meu salário vai cem, cento e pouco de remédio. Aí vem mais cento e pouco da alimentação, e vem mais cento e pouco da luz e a água. Interfere muito porque eu só ganho um salário mínimo. Às vezes eu deixo de comprar muita coisa. Eu deixo de comprar um quilo de fígado, porque é mais caro. Assim que eu recebo o dinheiro, a primeira coisa que faço, antes de tudo, é comprar a quantidade do

mês do remédio, para não faltar. Aí o resto vou pagar minhas contas e vou tentar fazer minha alimentação”. - E6

No perfil dos idosos entrevistados, a maioria moravam sozinhos e tinham a aposentadoria como uma fonte de renda. Pesquisa realizada anteriormente por Ramos, Menezes e Meire (2010) reafirma o perfil encontrado, onde identificaram que 80% dos idosos estudados sobreviviam com uma renda mensal de 1 salário mínimo advindo da aposentadoria.

A limitação de renda impede a concretização de desejos e satisfações do idoso. No Brasil, aproximadamente 64,5 milhões de pessoas em condições de pobreza não tem como custear suas necessidades básicas e não têm acesso aos medicamentos, a não ser os da rede pública, que nem sempre suprem a demanda requerida pelo tratamento. Na pessoa idosa, essa situação pode ser ainda mais grave pois, com o envelhecimento e a aposentadoria, ocorre redução significativa da capacidade de compra de medicamentos (ALMEIDA et al, 2007).

Os problemas do Sistema Único de Saúde relacionados a inadequada distribuição de medicamentos gratuitos, obrigam os idosos a adotarem mecanismos de enfrentamento diversos a fim de driblá-los:

“A receita que o médico passou, eu vou cadastrar lá na farmácia, para eu poder pegar menos caro”. - E1

“Eu vim pegar um relatório para poder levar na Secretaria de Saúde, para poder pegar o remédio porque tá difícil nos postos, não tão dando não.” – E3

“Meus remédios são mais comprados. Se no posto não tem, aí eu vou até a farmácia para ver onde eu compro mais em conta, se na farmácia popular ou na farmácia do povo, ou até mesmo em outras farmácias. Eu vejo qual o orçamento mais barato e como dá para dividir no cartão.” - E5

“[...]eles não são caros não, porque quando o médico passou ele já passou o genérico. Se fosse mesmo o original, aí eu não ia conseguir comprar não.” – E7

Foram identificados como mecanismo de enfrentamento a compra de medicamentos genéricos, a realização de cadastro em farmácias ou na secretaria de saúde e a compra utilizando o cartão de crédito. Todas elas são estratégias desenvolvidas pelos idosos para a manutenção do uso dos medicamentos prescritos.

O acesso aos medicamentos é fator determinante para o cumprimento da terapia farmacológica. O não acesso a eles pode levar a descompensação clínica e aumento dos gastos em saúde secundária e terciária. As barreiras de acesso a esses produtos é especialmente financeira, fazendo com que, aproximadamente um quarto dos idosos, subutilize os medicamentos em virtude dos altos custos gerados por eles (AZIZ et al, 2011).

Extinguir a ideia de culpabilizar os idosos por não conseguirem uma boa adaptação ao tratamento é a principal atitude que se espera dos profissionais de saúde envolvidos no acompanhamento do indivíduo com ICC.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ICC é uma doença geradora de muitos transtornos biopsicossociais na vida dos idosos acometidos. A complexidade da sua terapia se constitui no principal obstáculo para a adaptação dos idosos que não possuem condições pessoais e domiciliares favoráveis à esse processo. Assim, é extremamente relevante a construção de uma terapêutica em conjunto com essas pessoas, que seja alinhada às suas peculiaridades econômicas, sociais, educacionais e culturais. Dessa forma o estudo questionou como a pessoa idosa vivencia no seu dia-a-dia com as recomendações para o tratamento clínico da insuficiência cardíaca crônica?

O estudo foi realizado com uma população específica de idosos de baixa renda que frequentava a unidade lócus, sendo assim, seus resultados não podem ser generalizados a toda população idosa. Contudo eles abrangem um grande número de idosos que vivem em situação semelhante no país.

Inúmeros fatores intra e extra institucionais, tais 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 ICC.

Assim, apesar dos entrevistados manifestarem, de modo geral, adaptação à doença e ao tratamento, o tom melancólico percebido nos discursos, enfatiza que a adaptação é um processo pessoal, dinâmico e difícil, podendo sofrer alterações a partir dos estímulos recebidos e da experiência de vida de cada idoso, fatores estes que influenciam nas respostas comportamentais apresentadas. Diante desse fato, observou-se a presença de problemas de adaptação nos modos fisiológico, de autoconceito, de desempenho de papel e interdependência, evidenciando a magnitude de se conviver com a doença e o tratamento, o que ocasionou nessas pessoas, sentimento de tristeza e solidão, interferindo diretamente na sua qualidade de vida.

É visível que por contarem pouco com o apoio profissional e suas orientações, os idosos, de modo geral, demonstram falhas importantes na vivência e condução do tratamento, caracterizadas através de comportamentos inadequados, principalmente em relação a dieta e ao uso de medicamentos, necessitando de ajustes terapêuticos e da proximidade do profissional de saúde, para além de um cuidado prescritivo, com a finalidade de minimizar os episódios de descompensação clínica.

A criação de estratégias de enfrentamento para ajudar a gerenciar a adaptação ao tratamento é, sem dúvida, importante. Diferentes mecanismos foram desenvolvidos pelos idosos, buscando sempre a manutenção da vida através da adaptação terapêutica. Dentre as estratégias, destacaram-se: a substituição de alimentos com alto teor de sódio por temperos naturais, o uso da memória prospectiva associada com estratégias visuais e de associação para recordar a ingestão diária dos medicamentos, busca de rede de apoio de parentes mais distantes ou vizinhos para suprir a ausência do cônjuge ou filhos, aumento da distração através do lazer a fim de esquecer o adoecimento, utilização de cartão de crédito para compra dos medicamentos, escolhas alimentares com menor valor econômico com a finalidade de direcionar o dinheiro para compra dos medicamentos e, por fim, a compra de medicamentos genéricos para redução dos custos.

A utilização da Teoria da Adaptação de Roy, permitiu reconhecer que as pessoas, mediante estímulos dos mais diversos, podem desencadear respostas, ora positivas ora negativas, cabendo ao enfermeiro intervir nos problemas adaptáveis gerados, elaborando estratégias para as ações do cuidar e capacitando o idoso a desenvolver mecanismos de enfrentamento que possam diminuir as respostas negativas e favorecer sua vivência com a doença e o tratamento clínico da ICC.

Nesse contexto, a abordagem multiprofissional deve ser enfatizada como modelo de saúde relevante a ser utilizado para o acompanhamento desse perfil de idosos, ressaltando a importância de consultas de enfermagem direcionadas à identificação dos problemas de adaptação. O acompanhamento ambulatorial desses indivíduos, deve focar no contexto ao qual esse idoso está inserido e, a partir daí, identificar os problemas e desenvolver em conjunto com o idoso mecanismos de enfrentamento para alcançar a tão desejada adaptação.

Espera-se, com esse estudo, suscitar reflexões nos profissionais de saúde, e especialmente nos enfermeiros, no que diz respeito a vivência dos idosos com a ICC, e suas estratégias de adaptação, a fim de que esses profissionais possam ir além de um encontro pontual e prescritivo com essas pessoas, planejando a terapêutica de forma individual e direcionada a cada contexto. Dessa forma, busca-se melhorar o desempenho do cuidado clínico a eles dispensado, a partir de intervenções que se caracterizem como estímulos positivos à sua adaptação e a contínua avaliação das respostas adaptativas e inadequadas.

Encontrou-se como limitação do estudo, a impossibilidade de acompanhamento linear com os idosos em seus contextos domiciliares com a intenção de perceber outras dificuldades e estratégias vivenciadas pelos idosos que não foram expostas durante as entrevistas. Sugere-se que novos estudos sejam realizados, abrangendo a interação do idoso com seu ambiente e o

tipo de acompanhamento fornecido a estes pelos profissionais de saúde a nível ambulatorial. Pesquisa futura avaliando a vivência dos idosos ao tratamento após acompanhamento de enfermagem baseado na Teoria da Adaptação de Roy pode trazer maiores confirmações dos benefícios de um atendimento holístico e direcionado as necessidades individuais da população idosa com ICC.

A Teoria de Adaptação de Roy no contexto do idoso com ICC permitiu ampliar o olhar às necessidades dos idosos, possibilitando compreender os estímulos influenciadores, as respostas comportamentais e as estratégias de adaptação utilizadas para superar as dificuldades e construir um grau de adaptação terapêutica. A combinação de diferentes estratégias mostrou-se como a maneira mais eficaz para os idosos lidarem no seu cotidiano com um tratamento complexo e cheio de nuances farmacológicas e não farmacológicas. A reestruturação do contexto no qual está inserido, desencadeia respostas adaptáveis que contribuem para a saúde, a qualidade de vida e para um processo de envelhecimento com dignidade.

REFERÊNCIAS

ABETE, P. et al. Treatment for chronic heart failure in the elderly: current practice and problems. **Heart Failure Reviews**, v.18, p. 529–551, 2013.

ACURCIO, F. A. et al. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.55, n.4, p. 468-74, 2009.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. AHA. Functional capacity and obj. assessment of patients with diseases of the heart. **American Heart Association**, 1994. Disponível em: <<http://my.americanheart.org/professional/StatementsGuidelines/ByTopic/TopicsD-H/Functional-Capacity-and-Obj-Assessment-of-Patients-With-Diseases-of-the-Heart> UCM 424309 Article.jsp#.Vo2Th krLIU>. Acesso em: 15 dezembro 2015.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. AHA. Reduced salt intake critical, American Heart Association says. **American Heart Association**, 2015. Disponível em:<<http://blog.heart.org/reduced-salt-intake-critical-american-heart-association-says/>>. Acesso em: 15 dezembro 2015.

ALENCAR, M. L. A.; SOUSA, A. A.; TRINDADE, E. B. S. M. Especiarias e condimentos aumentam a ingestão alimentar de pacientes com dieta hipossódica? **Demetra**, v.9, n.3, p.795-809, 2014.

ALITI, G. B. et al. Sinais e sintomas de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: inferência dos diagnósticos de enfermagem prioritários. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v.32, n. 3, p. 590-595, 2011.

ALMEIDA, H. O. et al. Adesão a tratamentos entre idosos. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 57-67, 2007.

ALOSCO, M. L. et al. Cognitive function and treatment adherence in older adults with heart failure. **Psychosomatic Medicine**, v.74, 2012.

ALVARENGA, L.N. et al. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 796-802, 2009.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n.8, p.1924-1930, 2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. Cartilha Orientativa: Comercialização de pescado salgado e pescado salgado seco. **Ministério da Saúde e Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento**, 2007.

AZIZ, M. M. et al. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n.10, p.1939-1950, 2011.

- BANDEIRA, L. M.; MELO, H. P.; PINHEIRO, L. S. Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE, 2008. **Revista Observatório do Brasil da Igualdade de Gênero**, ed. Especial, 2010.
- BARBOSA, R. R. et al. Análise da qualidade de vida em homens e mulheres portadores de insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v.27, n.2, p. 593-99, 2014.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, R. H.; GOMES JUNIOR, E. P. Por uma história do velho ou do envelhecimento no Brasil. **CES Revista**, v.27, n.1, p. 75-92, 2013.
- BENTLEY, B. et al. Factors related to nonadherence to low sodium diet recommendations in heart failure patients. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v.4, p.331-336, 2005.
- BLOOM, D. E. et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. **The Lancet**, v. 6736, n. 14, 2014.
- BOCCHI, E. A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 98, n1, supl. 1, p.1-33, 2012.
- BOCCHI, E. A. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 93, n. 1, supl.1, p. 1-71, 2009.
- BOYDE, M. et al. Learning style and learning needs of heart failure patients. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v.8, p.316–322, 2009.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994.
- BORLAUG, B.A. Heart failure with preserved and reduced ejection fraction: different risk profiles for diferente diseases. **European Heart Journal**, v.34, p. 1393–1395, 2013.
- BORON, J. B.; ROGERS, W. A.; FISK, A. D. Everyday memory strategies for medication adherence. **Geriatric Nursing**, v.34, p.395-401, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). **Morbidade hospitalar do SUS, por local de internação**, Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2528.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, nº12, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

CAMACHO, M. E.; ORTIZ, C.A. Sexual dysfunction in the elderly: age or disease? **International Journal of Impotence Research**, v.17, p.52–56, 2005.

CAMPOLINA, A.G. et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Caderno de Saúde Pública**, v.29, n.6, 2013.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 611-4, 2004.

CAMPOS, M.O et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.3, p.873-882, 2013

CENE, C. W. et al. Social isolation, vital exhaustion, and incident heart failure: findings from the atherosclerosis risk in communities study. **European Journal of Heart Failure**, v.14, p.748–753, 2012.

CHIODELLI, G. C. et al. Relação das forças musculares respiratória e periférica com a limitação funcional em pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**, v. 23, n. 1, p. 136-145, 2015.

CINTRA, F. A.; GUARIENTO, M. E.; MIYASAKI, L. A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl.3, p.3507-3515, 2010.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n. 2, p.1763-1768, 2011.

CORREA, G. H. L. S. T; BELLATO, R.; ARAUJO, L. F. S. Redes para o cuidado tecidas por idosa e família que vivenciam situação de adoecimento crônico. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 346-355, 2014.

COSTA, T. F. et al. Análise do autoconceito de idosos à luz do Modelo de Adaptação de Roy: o “eu físico e o eu pessoal. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 7, n. 5, p. 1421-1426, 2013.

CRUZ, D. T.; CAETANO, V. C.; LEITE, I. C. G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 500-8, 2010.

DARDIOTIS, E. et al. Cognitive impairment in heart failure. **Cardiology Research and Practice**, v.2012, p.1-9, 2012.

DAVIDSON, P. M. et al. Multidisciplinary management of chronic heart failure: principles and future trends. **Clinical Therapeutics**, v.37, n.10, 2015.

DOMINGUES, F. B. et al. Educação e monitorização por telefone de pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.96, n.3, p.233-239, 2011.

- DUCHARME, A. et al. Impact of care at a multidisciplinary congestive heart failure clinic: a randomized trial. **Canadian Medical Association Journal**, v.173, n.1, p.40-45, 2005.
- DUNLAY, S. M. et al. Care in the last year of life for community patients with heart failure. **Circulation: Heart Failure**, v. 8, p. 489-496, 2015.
- FERNANDES, A. M. S. et al. Atividade educativa na sala de espera com pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 26, n. 2, p. 106-111, 2013.
- FERREIRA, V. M. P. et al. Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 3, p.388-394, 2015.
- FERREIRA, C. L.; SANTOS, L. M. O.; MAIA, E. M. C. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.2, p.328-334, 2012.
- FESTA, J. R. et al. Association of low ejection fraction with impaired verbal memory in older patients with heart failure. **Archives of neurology**, v. 68, n. 8), p. 1021-1026, 2011.
- FRANK, S. et al. Avaliação da capacidade funcional: repensando a assistência ao idoso na Saúde Comunitária. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v.11, p.123-134, 2007.
- FRAZÃO, C.M.F.Q. et al. Componentes do modelo teórico de Roy em pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.34, n.4, p.45-52, 2013.
- FREITAS, M. C.; OLIVEIRA, M. F. Assistência de enfermagem a idosos que realizam cateterismo cardíaco: uma proposta a partir do Modelo de Adaptação de Calista Roy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 5, p. 642-6, 2006.
- FREITAS, M.T.S. **Conhecimento e significado da doença**: as expressões de pessoas com insuficiência cardíaca. 2010. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
- GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.
- GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- GOTT, M. et al. Predictors of the quality of life of older people with heart failure recruited from primary care. **Age Ageing**, v. 35, p. 172-177, 2006.
- GOTTLIEB, M. G. V. et al. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 365-380, 2011.

GRIGOLATTOA, T. et al. A influência dos papéis sociais na qualidade de vida de portadores de esquizofrenia. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 1, p. 195-203, 2014.

HOSPITAL ANA NERY. HAN. Disponível em: < <http://www.han.net.br/index.php/ct-menu-item-2/historia>>. Acesso em: 05 dez. 2015.

HOEKSTRA, T. et al. Sexual problems in elderly male and female patients with heart failure. **Heart**, v. 98, p. 1647–1652, 2012.

HOLLAND, R. et al. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. **Heart**, v. 91, p. 899-906, 2005.

HUNT, S. A. et al. Focused update incorporated into the ACC/AHA 2005 guidelines for the diagnosis and management of heart failure in adults: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. **Circulation**, v.119, p.391–479, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: **Estudos e Pesquisas de Informação Demográfica e Socioeconômica**, n. 32, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: **Estudos e Pesquisas de Informação Demográfica e Socioeconômica**, n. 25, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Sinopse do Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>. Acesso em: 24 ago. 2015.

INOMATA, T. Treatment strategy of elderly patients with heart failure. **Journal of Cardiac Failure**, v.18, n.10, 2012.

JAARSMA, T.; FRIDLUND, B.; MARTENSSON, J. Sexual dysfunction in heart failure patients. **Current Heart Failure Reports**, v. 11, p. 330-336, 2014.

JACINTO, L. A. T. et al. Doença arterial coronariana e suporte familiar em idosos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 6, p. 771-777, 2014.

JULIANO, M.C.C.; YUNES, M.A.M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, v.17, n.3, p.135-154, 2014.

JURGENS, C. Y. et al. Heart failure management in skilled nursing facilities: a scientific statement from the American Heart Association and the Heart Failure Society of America. **Circulation Heart Failure**, v. 8, p. 655–687, 2015.

KINUGASA, Y. et al. Multidisciplinary intensive education in the hospital improves outcomes for hospitalized heart failure patients in a Japanese rural setting. **Health Services Research**, v.14, n351, 2014.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, 2012.

LEOPARDI, M. T. **Teorias e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LEVINE, G. N. et al. Sexual activity and cardiovascular disease. **Circulation**, v. 125, p. 1058-1072, 2012.

LINHARES, J. C. et al. Prescrição e realização do manejo não farmacológico para pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 18, n. 6, 2010.

LLOYD-JONES, D. et al. Heart disease and stroke statistics – 2010 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, v.121, n. 7, p. 948-954, 2010.

LOPES NETO, D.; PAGLIUCA, L.M.F. Abordagem holística do termo pessoa em um estudo empírico: uma análise crítica. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n.6, p.825-30, 2002.

LUNIEWSKI, M.; REIGLE, J.; WHITE, B. Card sort: na assessment tool for the educational needs of patients with heart failure. **American Journal of Critical Care**, v. 8, n. 5, p. 297-302, 1999.

LUPON, J. et al. Quality of life monitoring in ambulatory heart failure patients: temporal changes and prognostic value. **European Journal of Heart Failure**, v. 15, p. 103–109, 2013.

MALDANER, C.R. et al. Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.29, n.4, p.647-653, 2008.

MANTOVANI MF et al. As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.32, n.4, p.662-668, 2011.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARTINS, W.A. et al. Vacinação contra influenza e pneumococo na insuficiência cardíaca - uma recomendação pouco aplicada. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 96, n.3, p.240-245, 2011.

- MCDANIEL, M. A.; EINSTEIN, G. O. Strategic and automatic processes in prospective memory retrieval: a multiprocess framework. **Cognitive Psychology**, v. 14, p.127-144, 2000.
- MCMURRAY, J.J.V. et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. **European Heart Journal**, v.33, p.1787–1847, 2012.
- MELEIS, A.I. Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company, 2010.
- METRA, M.; CAS, L. D.; MASSIE, B. M. Treatment of heart failure in the elderly: never say it's too late. **European Heart Journal**, v.30, p.391–393, 2009.
- MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 208-209, 2012.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.
- MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- MOURA, R. N. Função cognitiva e capacidade funcional são preditoras de qualidade de vida em pacientes idosos com insuficiência cardíaca. 2013. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2013.
- MOURA, D.J.M. et al. Problemas adaptativos segundo Roy e diagnósticos fundamentados na CIPE em hipertensos com doenças associadas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 352-61, 2013.
- MUNIZ, T. S.; BARROS, A. O trabalhador idoso no mercado de trabalho do capitalismo contemporâneo. **Ciências humanas e sociais**, v. 2, n. 1, p. 103-116, 2014.
- NAKASATO, M. et al. A dieta com baixo teor de sódio é de fato indicada para todos os pacientes com insuficiência cardíaca estável? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n.1, p. 92-101, 2010.
- NASCIMENTO, H.R. **Autocuidado em insuficiência cardíaca: estudo comparativo entre pacientes de clínica especializada e pronto-socorro**. 2012. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2012.
- NASCIMENTO, H. R.; PÜSCHEL, V. A. A. Ações de autocuidado em portadores de insuficiência cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 601-607, 2013.
- OLIVEIRA, T. C. et al. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 530-536, 2002.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OMS. **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción**. Washington: OMS; 2004.

PEREIRA, D. A. G. et al. Capacidade funcional de indivíduos com insuficiência cardíaca avaliada pelo teste de esforço cardiopulmonar e classificação da New York Heart Association. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 19, n. 1, p. 52-56, 2012.

PILGER, C. et al. Comprensión sobre el envejecimiento y acciones adoptadas por la enfermera en atención primaria de salud. **Ciencia y Enfermería**, v. 19, n. 1, 2013.

PLASTER, W. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial por idosos usuários da Unidade Básica de Saúde Princesa Isabel em Cacoal – RO**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Convênio Rede Centro-Oeste, Programa Multinstitucional de Pós-graduação em Ciências da Saúde, 2006.

RABELO, E.R. et al. Manejo não farmacológico de pacientes com insuficiência cardíaca descompensada: estudo multicêntrico – EMBRACE. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.5, p.660-665, 2012.

RAMOS, J. L. C.; MENEZES, M. R.; MEIRA, E. C. Idosos que moram sozinhos: desafios e potencialidades do cotidiano. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 43-54, 2010.

REINERS, A.A.O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, sup.2, p.2299-2306, 2008.

REIS, M. B. et al. Readmissão hospitalar por insuficiência cardíaca em um hospital de ensino do interior do estado de São Paulo-SP. **Medicina**, v. 48, n. 2, p. 138-142, 2015.

ROCHA, J. M. S.; MOREIRA, T. M. M.; RODRIGUES, D. P. Adaptação do cliente com diabetes mellitus tipo 2 à doença e ao tratamento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 6, n. 1, p. 20-28, 2005.

ROCHA, L.A.; SILVA, L.F. Adaptação psicossocial de pessoas portadoras de insuficiência cardíaca: diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n.3, p.484-93, 2009.

ROCHA, A. C. A. L.; CIOSAK, S. I. Doença crônica no idoso: espiritualidade e enfrentamento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 92-98, 2014.

ROY, C.; ANDREWS, H.A. Teoria da Enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy. Instituto Piaget, 2007.

RUBIO, E. et al. Determinantes de la capacidad funcional en personas mayoressegún el género. **Gerokomos**, v.24, n.2, 2013.

SACCOMANN, I. C. R. S.; CINTRA, F. A.; GALLANI, M. C. B. J. Fatores associados às crenças sobre adesão ao tratamento não medicamentoso de pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, p. 18-24, 2014.

SACCOMANN, I. C. R. S.; CINTRA, F. A.; GALLANI, M. C. B. J. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos com insuficiência cardíaca: avaliação com instrumento específico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 179-184, 2011.

SALVADOR, M.J. et al. European study of ambulatory management of heart failure by cardiologists. **Revista Española de Cardiología**, v. 57, n.12, p.1170-1178, 2004.

SANTOS, A. C. S. et al. Insuficiência cardíaca: estratégias usadas por idosos na busca por qualidade de vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 857-863, 2011.

SANTOS, M. A. et al. Dificuldades do sono relatadas por pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 20, n. 4, 2012.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 1035-1039, 2010.

SANTOS, L. R.; TAVARES, G. B.; REIS, P. E. D. Análise das respostas comportamentais ao câncer de mama utilizando o Modelo Adaptativo de Roy. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 459-465, 2012.

SANTOS, I. S.; BITTENCOURT, M. S. Insuficiência cardíaca. **Revista Medicina**, v. 87, n. 4, p. 224-31, 2008.

SANTOS, M. A.; CRUZ, D. A. L. M.; BARBOSA, R. L. Fatores associados ao padrão de sono em pacientes com insuficiência cardíaca. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1105-1112, 2011.

SCHWARZ, E. R.; RODRIGUEZ, J. Sex and the heart. **International Journal of Impotence Research**, v. 17, p. 4-6, 2005.

SEIMA, M.D.; LENARDT, M.H.; CALDAS, C.P. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n.2, p.233-240, 2014.

SERBIM, A.K.; GONÇALVES, A. V. F.; PASKULIN, L. M. G. Caracterização sociodemográfica, de saúde e apoio social de idosos usuários de um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 34, n. 1, p. 55-63, 2013.

SILVA, F.A.L. et al. Avaliação do impacto do tratamento da insuficiência cardíaca em hospital do sistema único de saúde. **Internacional Journal of Cardiovascular Sciences**, v. 28, n. 2, p. 130-138, 2015.

SILVA, I.M.C.; ANDRADE, K.L. Avaliação da qualidade de vida de idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria da região nordeste do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v.11, n.2, p.129-34, 2013.

SILVA, L. W. S; SANTOS, K. M. O. Analfabetismo e declínio cognitivo: um impasse para o uso adequado de medicamentos em idosos no contexto familiar. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 13, n. 1, p. 245-57, 2010.

SILVA, F.V.F; SILVA, L.F.; RABELO, A.C.S. Processo de enfermagem no conforto do paciente com insuficiência cardíaca no domicílio. **Aquichan**, v.15, n.1, p.116-128, 2015.

- SKALSKA, A. et al. Reduced functionality in everyday activities of patients with self-reported heart failure hospitalization: population-based study results. **International Journal of Cardiology**, v. 176, p. 423–429, 2014.
- SOHANI, Z.N.; SAMAAN, Z. Does depression impact cognitive impairment in patients with heart failure? **Cardiology Research and Practice**, v. 2012, p.1-9, 2012.
- SOUZA, M. P.; MOLZ, P.; PEREIRA, C. S. Análise do consumo de alimentos fonte de sódio e excesso de peso em escolares do município de Rio Pardo, RS. **Cinergis**, v. 15, n. 1, p. 39-42, 2014.
- TAVARES, K. O et al. Envelhecer, adoecer e tornar-se dependente: a visão do idoso. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 105-118, 2012.
- TRENTINI, M. et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 38-45, 2005.
- TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.
- VAN DER WAL, M.H., JAARSMAN, T.; VELDHUISEN, D.J.V. Nurse-led intervention can improve adherence to non-pharmacological treatment in heart failure patients. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v.7, suplemento 1, 2008.
- VASCONCELOS, S. M. L. et al. Consumo de charque e técnicas de dessalga adotadas por uma população de hipertensos da região nordeste do Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 5, p. 823-830, 2010.
- VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.
- VIEIRA, L. B.; CASSIANI, S. H. B. Avaliação da adesão medicamentosa de pacientes idosos hipertensos em uso de polifarmácia. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 27, n. 3, p. 195-202, 2014.
- VOLZ, A. et al. Predictors of readmission and health related quality of life in patients with chronic heart failure: a comparison of different psychosocial aspects. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 34, p. 13–22, 2011.
- WARDEN, B.A. et al. Pharmacy-managed program for providing education and discharge instructions for patients with heart failure. **American Journal of Health System Pharmacy**, v.71, p.134-139, 2014.
- WERLANG, M. C.; ARGIMON, I. I. L.; STEIN, L. M. Estratégias de memória utilizadas por idosos para lembrarem do uso dos seus medicamentos. **Estudos Interdisciplinares sobre Envelhecimento**, v. 13, n. 1, p. 95-115, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Reducing salt intake in populations: report of a WHO forum and technical meeting. **World Health Organization**, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Number of people over 60 years set to double by 2050. **World Health Organization**, 2015. Acesso em: 20 dez 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/older-persons-day/en/>>.

WOODS, S.L.; FROELICHER, E.S.S.; MOTZER, S.U. **Enfermagem em Cardiologia**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2004.

YANCY, C.W. et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines. **Circulation**, v.128, p. 240-327, 2013.

YAMASHITA, C. H. et al. Rede social de cuidadores familiares de pacientes com incapacidades e dependência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, p. 97-103, 2014.

ZACHARIAH, D. et al. Drug therapy for heart failure in older patients: what do they want? **Journal of Geriatric Cardiology**, v. 12, p. 165–173, 2015.

ZENEVICZ, L.; MORIGUCHI, Y.; MADUREIRA, V.S.F. A religiosidade no processo de viver envelhecendo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.2, p.433-439, 2013.

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Compreender a vivência da pessoa idosa na adaptação ao tratamento clínico da insuficiência cardíaca.

- Conhecer os significados atribuídos ao tratamento no cotidiano da pessoa idosa;
- Identificar os estímulos enfrentados durante o tratamento;
- Determinar os mecanismos de enfrentamento expressos na vivência para a manutenção do tratamento.

CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES

1. IDENTIFICAÇÃO E DADOS SOCIO-ECONÔMICOS	
Nº	<input type="text"/>
Iniciais do nome: _____	Prontuário: _____
Idade: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Naturalidade: <input type="checkbox"/> Salvador <input type="checkbox"/> Outras cidades da Bahia
Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Viúvo	
Anos de estudo: _____ Sabe lê? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Sabe escrever? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Quantidade de pessoas no domicílio: _____ Renda familiar em salários mínimos: _____	
Quantidade de pessoas dependem dessa renda: _____	
2. CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRATAMENTO	
Comorbidades: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tempo de acompanhamento no ambulatório: _____	
Capacidade para exercer ABVD de acordo com a escala de Barthel _____	
Capacidade para exercer ABIVD de acordo com a escala de Lawton _____	
3. QUESTÕES NORTEADORAS	
1. Como o senhor (a) percebe as recomendações dadas para o seu tratamento?	
2. Quais os mecanismos de enfrentamento que o senhor (a) desenvolveu para manter o tratamento?	

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) possui uma doença no coração chamada insuficiência cardíaca. Esta doença faz com que seu coração não consiga bombear sangue suficiente para o resto do corpo e o senhor (a) pode sentir falta de ar, fraqueza, cansaço, inchaço na barriga e pernas. A insuficiência cardíaca não tem cura, mais possui tratamento que se seguido corretamente vai ajudar o senhor (a) a viver melhor.

O nosso desejo é entender como o senhor (a) convive no dia a dia com a sua doença e com o seu tratamento. Por isso precisamos da sua colaboração. Deste modo, convido o senhor (a) a participar desta pesquisa fornecendo informações através de uma entrevista que será gravada.

O senhor (a) não receberá nenhum benefício financeiro para participar dessa pesquisa. Este estudo não lhe causará nenhum mal, porém se sentir algum desconforto, o senhor (a) pode desistir a qualquer momento, sem causar nenhum prejuízo ao acompanhamento do seu tratamento neste serviço.

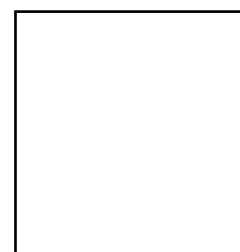
Será mantido total sigilo do seu nome e as informações fornecidas apenas serão utilizadas para pesquisa. O senhor (a) pode tirar dúvidas com a pesquisadora a qualquer momento no número 8873-6129 (pesquisadora: Maíra Costa).

Declaro que recebi de forma clara todas as explicações da pesquisa e aceito participar do estudo. Entendi que posso desistir a qualquer momento sem que meu tratamento seja interrompido.

Salvador, ____/____/____

Assinatura do entrevistado (a) ou responsável

Assinatura da pesquisadora



Impressão digital

ANEXO A - ESCALA MODIFICADA DE BARTHEL

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL

1. O paciente é incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos.
2. Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal.
3. Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal.
4. Paciente é capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa.
5. Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.

CATEGORIA 2: BANHO

1. Totalmente dependente para banhar-se.
2. Requer assistência em todos os aspectos do banho.
3. Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a incapacidade em completar a tarefa pela condição ou doença.
4. Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência.
5. O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.

CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO

1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado.
2. Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição.
3. Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa.
4. Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa.
5. O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, servir-se de temperos, passar manteiga, etc.

CATEGORIA 4: TOALETE

1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário.
2. Necessita de assistência no uso do vaso sanitário
3. Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos.
4. Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza.
5. O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;

CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS

1. O paciente é incapaz de subir escadas.
2. Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares.
3. O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.
4. Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança.
5. O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.

CATEGORIA 6: VESTUÁRIO

1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades.
2. O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário
3. Necessita assistência para se vestir ou se despir.
4. Necessita assistência mínima para abotoar, prender o sutiã, fechar o zíper, amarrar sapatos, etc.
5. O paciente é capaz de vestir-se, despir-se, amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.

CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)

1. O paciente apresenta incontinência fecal.
2. O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento.
3. O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem frequentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados.
4. O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais.
5. O paciente tem controle fecal, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)

1. O paciente não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo.
2. O paciente tem incontinência urinária, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.
3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.
4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
5. O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

CATEGORIA 9: DEAMBULACAO**Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas**

1. Totalmente dependente para deambular.
2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão.

CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS

Obs.: Não se aplica aos pacientes que deambulam

1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.
3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

CATEGORIA 10: TRANSFERÊNCIAS CADEIRA/CAMA

1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.
2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Interpretação do Resultado

10 – Dependência Total

11 - 30 Dependência Severa

31 –45 Dependência Moderada

46 - 49 Ligeira Dependência

50 – Independência Total

ANEXO B - ESCALA DE LAWTON

CAPACIDADE PARA USAR O TELEFONE

- (1) Usa o telefone por iniciativa própria.
- (1) É capaz de anotar bem alguns números familiares.
- (1) É capaz de atender uma chamada, mas não anotar
- (0) Não utiliza o telefone.

COMPRAS

- (1) Realiza todas as compras necessárias independentemente.
- (0) Realiza independentemente pequenas compras.
- (0) Necessita de ir acompanhado para realizar qualquer compra.
- (0) Totalmente incapaz de fazer compras.

PREPARO DAS REFEIÇÕES

- (1) Organiza prepara e serve, por si só, adequadamente.
- (0) Prepara adequadamente as refeições, se lhe são oferecidos os ingredientes.
- (0) Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições.

TAREFAS DOMÉSTICAS

- (1) Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados).
- (1) Realiza tarefas ligeiras, como lavar a louça ou fazer as camas.
- (1) Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível de limpeza adequado.
- (1) Necessita de ajuda nas tarefas domésticas.
- (0) Não participa em nenhuma tarefa doméstica.

LAVAGEM DE ROUPA

- (1) Lava toda a sua roupa.
- (1) Lava apenas peças pequenas.
- (0) A lavagem de toda a roupa está a cargo de outra pessoa.

USO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- (1) Viaja sozinho em transporte público ou em seu próprio carro.
- (1) É capaz de pegar um taxi, mas não usa outro meio de transporte.
- (1) Viaja em transporte público, quando acompanhado.
- (0) Utiliza taxi ou automóvel somente com ajuda de outros.
- (0) Não viaja de jeito nenhum.

RESPONSABILIDADE EM RELAÇÃO A SUA MEDICAÇÃO

- (1) É capaz de tomar a medicação na hora e doses corretas.
- (0) Toma a medicação se lhe prepararem as doses previamente.
- (0) Não é capaz de tomar medicação.

GESTÃO DOS SEUS ASSUNTOS ECONÔMICOS

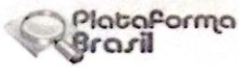
- (1) Toma a seu cargo os seus assuntos econômicos.
- (1) Necessita as compras de cada dia, mas necessita de ajuda nas compras grandes.
- (0) Incapaz de lidar com dinheiro.

Interpretação do resultado

A pontuação de máxima independência é 8 pontos, e a de maior dependência, zero. Avalia as Atividades Instrumentais de Vida Diária.

ESCORE (____/8)

ANEXO C - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL ANA NERY - HAN/SESAB	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: Vivência da pessoa idosa na adaptação ao tratamento clínico da insuficiência cardíaca	
Pesquisador: Maira Costa Ferreira	
Área Temática:	
Versão: 2	
CAAE: 42439115.6.0000.0045	
Instituição Proponente: Hospital Ana Nery - HAN/SESAB	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
DADOS DO PARECER	
Número do Parecer: 1.091.006	
Data da Relatoria: 26/05/2015	
Apresentação do Projeto:	
A insuficiência cardíaca (IC) afeta predominantemente a população idosa, com prevalência aproximada de 7% entre indivíduos com 75 a 84 anos de idade e superior a 15% naqueles com mais de 85 anos (LLOYD-JONES et al, 2010).	
A IC assume papel de destaque na saúde da pessoa idosa por tratar-se da via final comum da maioria das cardiopatias. O aumento da sua prevalência ocorre não apenas pela elevação da expectativa de vida, mas também pelo aumento da sobrevivência de pacientes com infarto agudo do miocárdio e hipertensão arterial (MOURA, 2013).	
As pesquisadoras utilizarão a Teoria de Enfermagem "Modelo Adaptativo de Callista Roy", que proporcionará uma reflexão ampla sobre modos adaptativos desenvolvidos por pessoas idosas que convivem diariamente com a insuficiência cardíaca.	
A compreensão da vivência dessas pessoas ao tratamento da IC, permitirá a criação de um modelo de atendimento para a pessoa idosa que possa auxiliá-la em suas necessidades de adaptação. A partir do conhecimento da multiplicidade de fatores envolvidos no processo de adaptação terapêutica da pessoa idosa, pode-se adotar práticas específicas de forma a contemplar as particularidades de cada situação. A compreensão da vivência do idoso ao tratamento da IC possibilita criar propostas de	
Endereço: Rua Saldanha Marinho, s/nº	
Bairro: Caixa D'Água	CEP: 40.323-010
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3342-2505	Fax: (71)3117-1972
	E-mail: armenio@terra.com.br

HOSPITAL ANA NERY - HAN/SESAB



Continuação do Parecer: 1.091.006

enfrentamento para os elevados custos gerados pela má adaptação terapêutica, sendo que esta desencadeia reinternamentos. Este estudo pode contribuir para os usuários idosos portadores de IC e para o serviço o serviço de enfermagem no fluxo de atendimento dos pacientes cardiopatas.

Objetivo da Pesquisa:

O estudo tem como objetivo compreender a vivência da pessoa idosa na adaptação ao tratamento clínico da IC. E os objetivos específicos: conhecer os significados atribuídos ao tratamento no cotidiano da pessoa idosa; identificar os estímulos durante o tratamento; determinar os mecanismos de enfrentamento expressos na vivência para a manutenção do tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Esta pesquisa não oferece qualquer risco no que diz respeito à integridade física do colaborador, entretanto, se este sentir desconforto psicológico, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, poderá desistir de participar da pesquisa.

Benefícios:

Embora a pesquisa não traga benefícios direto para quem está participando, proporcionará aos profissionais de saúde uma melhor compreensão sobre como a pessoa idosa vivencia o tratamento clínico da insuficiência cardíaca, possibilitando uma melhora da assistência e apoio prestado a esses indivíduos, assim como permitirá a criação de um modelo de atendimento para a pessoa idosa que possa auxiliá-la em suas necessidades de adaptação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A temática é relevante para o campo da enfermagem e para contribuir para o cuidado a idosos portadores de IC.

O método adotado pelas pesquisadoras é pertinente aos objetivos propostos.

A utilização das Escala Modificada de Barthel e a Escala de Lawton com a finalidade de estabelecer o grau de dependência funcional desse indivíduo e possibilitarão um maior entendimento da adaptação desse idoso ao tratamento da insuficiência cardíaca.

E a análise de conteúdo após a elaboração dos núcleos de sentido, será utilizada a Teoria da Adaptação de Calista Roy (Teórica da Enfermagem).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As autoras realizaram as adequações solicitadas pelo Comitê:

- adequando no sentido de iniciá-lo pelo convite a participar da pesquisa, informando ao

Endereço: Rua Saldanha Marinho, s/nº

Bairro: Caixa D'Água

CEP: 40.323-010

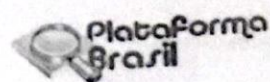
UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3342-2505

Fax: (71)3117-1972

E-mail: armenio@terra.com.br

**HOSPITAL ANA NERY -
HAN/SESAB**

Continuação do Parecer: 1.091.006

participante que antes de responder as questões relativas a pesquisa serão aplicadas escalas e solicitar autorização para gravação da entrevista. Indicar no TCLE a instituição (ões) a qual a pesquisa está vinculada e a finalidade da mesma;

- Esclareceram que não haverá exclusão a partir da utilização das escalas adotadas e que a finalidade das mesmas é estabelecer o grau de dependência funcional dos idosos.

Recomendações:

Recomenda-se a testagem das questões norteadoras, no sentido de adequá-las ao perfil dos usuários do serviço.

Ajustar o cronograma da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

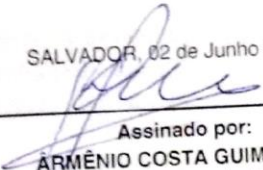
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SALVADOR, 02 de Junho de 2015


Assinado por:

ARMÊNIO COSTA GUIMARÃES
(Coordenador)

Endereço: Rua Saldanha Marinho, s/nº

Bairro: Caixa D'Água

UF: BA Município: SALVADOR

Telefone: (71)3342-2505

Fax: (71)3117-1972

CEP: 40.323-010

E-mail: armenio@terra.com.br