

## INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E CRENÇAS DIFICULTADORAS NA ADESÃO AO TRATAMENTO

### HEART FAILURE AND DIFFICULTIES IN TREATMENT ADHERENCE

### INSUFICIENCIA CARDÍACA Y DIFICULTAD EN LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

Rosamary Aparecida Garcia Stuchi<sup>1</sup>, Thabata Coaglio Lucas<sup>2</sup>, Cristina Arreguy-Sena<sup>3</sup>, Claudia Aparecida Fernandes Cordeiro<sup>4</sup>

#### RESUMO

**Objetivo:** identificar quais os tipos de crenças, segundo o referencial de Rokeach, relacionadas à Insuficiência Cardíaca e os dificultadores da adesão ao tratamento. **Método:** estudo qualitativo em que entrevistas semiestruturadas foram aplicadas aos participantes. Para análise das crenças, utilizou-se o referencial de Rokeach 1981. **Resultados:** foram entrevistados 26 pacientes da Estratégia de Saúde da Família e, dos entrevistados, 88% tinham Hipertensão Arterial Sistólica, 35% colesterol elevado e 35% Infarto Agudo do Miocárdio prévio. As crenças dos tipos B e A foram as mais predominantes (88%) relacionadas à doença, as quais consistiam em crenças primitivas e de difícil modificação. **Conclusão:** as crenças dos tipos A e B dificultavam a adesão ao tratamento. Os fatores dificultadores identificados, como falta de acesso ao serviço, interação médico-paciente e mudanças de hábitos alimentares e estilo de vida, deveriam ser temas de intervenções efetivas de educação e treinamento dos profissionais de saúde.

**Descritores:** Insuficiência cardíaca; Adesão à medicação; Aceitação pelo paciente de cuidados de saúde.

#### ABSTRACT

**Objective:** To identify the types of beliefs, according to Rokeach's reference, related to Heart Failure and the difficulties in treatment adherence. **Method:** This is a qualitative study, which applied semi-structured interviews with the participants. To analyze beliefs, we used the Rokeach 1981 reference. **Results:** We interviewed twenty-six patients from the Family Health Strategy and 88% had systolic arterial hypertension, 35% high cholesterol and 35% previous acute myocardial infarction. Types B and A were the most prevalent (88%) beliefs related to the disease, which consisted in primitive beliefs that are difficult to modify. **Conclusion:** the beliefs of types A and B made treatment adherence difficult. The identified difficulties, such as lack of access to the service, physician-patient interaction and changes in eating habits and lifestyle should be themes of effective education interventions, and part of health professionals training.

**Key words:** Heart failure; Medication adherence; Patient acceptance of health care.

#### RESUMEN

**Objetivo:** identificar los tipos de creencias, de acuerdo con la referencia de Rokeach, relacionadas con la insuficiencia cardíaca y factores que dificultan la adhesión al tratamiento. **Método:** Este es un estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas aplicadas a los participantes. Para el análisis de las creencias se utilizó la referencia Rokeach 1981. **Resultados:** veintiséis pacientes de la Estrategia de Salud de la Familia fueron entrevistados, de los cuales, el 88% tenía hipertensión arterial sistólica, el 35% colesterol alto y el 35% infarto agudo de miocardio previo. Las creencias de los tipos B y A fueron las más predominantes (88%) relacionadas con la enfermedad, que consistían en creencias primitivas y de difícil modificación. **Conclusión:** las creencias de los tipos A y B dificultan la adhesión al tratamiento. Las dificultades identificadas, como la falta de acceso al servicio, la interacción médico-paciente y los cambios en los hábitos alimenticios y el estilo de vida, deberían ser temas de intervenciones efectivas de educación y capacitación de los profesionales de salud.

**Descritores:** Insuficiencia cardíaca; Adhesión a la medicación; Aceptación de la atención de salud.

<sup>1</sup>Graduada em Enfermagem e Letras. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto. Docente na Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri. <sup>2</sup>Graduada em Enfermagem. Doutora em Engenharia Mecânica/Bioengenharia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Docente na Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri. <sup>3</sup>Graduada em Enfermagem. Pós-Doutora pela Universidade Nova de Lisboa. Docente na Universidade Federal de Juiz de Fora. <sup>4</sup>Graduada em Enfermagem. Mestranda em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri.

#### Como citar este artigo:

Lucas TC, Stuchi RAG, Souza, Arreguy-Sena C. Insuficiência cardíaca e crenças dificultadoras na adesão ao tratamento. 2017;7:e1871. [Access \_\_\_\_\_]; Available in: \_\_\_\_\_. <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1871>

## INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é um grave problema de saúde pública, com prevalência em mais de 23 milhões em todo o mundo, e a incidência vem crescendo com o envelhecimento da população<sup>(1)</sup>. Nos Estados Unidos da América (EUA), cerca de 5,7 milhões de adultos têm IC e metade da população a desenvolve no período de 5 anos<sup>(1)</sup>. Nos EUA e na Europa, 30-50% dos pacientes diagnosticados com IC necessitam de re-hospitalização a cada 60 a 90 dias<sup>(1-2)</sup>.

Os pacientes com IC que necessitam de hospitalizarem para compensação constituem um grupo de maior gravidade, pois, enquanto os avanços tecnológicos no tratamento têm mostrado uma melhora do prognóstico, o crescimento nas hospitalizações é, ainda, um forte preditor ao aumento da mortalidade para este grupo<sup>(3-4)</sup>, portanto um desafio no tratamento desta afecção.

Uma vez instalada, a IC causa um grande impacto na vida do paciente, o que pode ser explicado pelas limitações decorrentes dos sintomas físicos e psicológicos associados à síndrome<sup>(2-4)</sup>. Entre os sintomas físicos, destacam-se a fadiga e a dispneia que se caracterizam pelo agravamento progressivo<sup>(5)</sup>. Por outro lado, entre os sintomas emocionais, destacam-se o medo, a insegurança e a tristeza<sup>(5)</sup>. Essas repercussões comprometem a qualidade de vida relacionada à saúde dos sujeitos que as vivenciam<sup>(5)</sup>.

Em estudo europeu, indicou-se que quanto maior o período de tratamento da doença menor é a adesão às terapias de prevenção e cuidado. Programas educativos de intervenção com o *feedback* do paciente, em relação ao conhecimento da doença e das crenças, que podem dificultar essa aprendizagem, proporcionam uma melhor adesão ao tratamento<sup>(3)</sup>.

Entende-se a adesão como o grau de conformidade entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento da pessoa relativamente ao regime terapêutico proposto, isto é, se toma a medicação, segue dietas ou muda hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito<sup>(6)</sup>. Em outros estudos, indica-se que o histórico socioeconômico, aspectos psicológicos e grau de escolaridade são fatores que influenciam os padrões de adesão pela população com IC<sup>(2-3,6-7)</sup>.

No Brasil, a principal etiologia da IC é a cardiopatia isquêmica crônica associada à

hipertensão arterial<sup>(8)</sup>. Em determinadas regiões geográficas do país e em áreas de baixas condições socioeconômicas, ainda existem formas de IC associadas à doença de Chagas, à endomiocardiofibrose e à cardiopatia valvular reumática crônica, que são situações especiais de IC em nosso meio<sup>(4)</sup>.

No período de janeiro a agosto de 2014, o número de internações no Brasil decorrentes da IC foi de 152.187 e o de óbitos chegou a 14.936<sup>(4,8)</sup>. Em Minas Gerais, as internações atingiram o número de 23.087 correspondendo a quase 3% de todas as internações realizadas no estado, nesse mesmo período, atingindo um número de óbitos de 1.955. Na macrorregional Jequitinhonha, o número de internações foi 1.025, registrando um total de 56 óbitos, o que corresponde a, aproximadamente, 0,37 % de todos os óbitos registrados nesta macrorregião<sup>(4,8)</sup>.

Inúmeros fatores de risco estão associados ao desenvolvimento desta patologia como a Hipertensão Arterial Sistólica (HAS), Insuficiência Coronariana, Diabetes Mellitus (DM), Obesidade, Valvopatias, Síndrome Metabólica, Doença de Chagas, uso de medicações cardiotoxícas e história familiar de cardiomiopatia<sup>(6)</sup>. A IC é uma das doenças mais limitantes, superior ao Diabetes Mellitus e à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica<sup>(7-9)</sup>.

Essas comorbidades podem afetar na adesão ao tratamento farmacêutico da IC<sup>(9)</sup>. Os principais fármacos utilizados, para o tratamento da IC, são os Inibidores da enzima conversora de angiotensina II (IECA) que atuam diminuindo a formação de angiotensina II e acumulando a bradicinina, geralmente, são os fármacos de primeira escolha, considerando as diversas etiologias da IC<sup>(10)</sup>.

Os Betas Bloqueadores (BB) possuem ação no antagonismo da atividade simpática, acarretando em melhora clínica e da função ventricular. Os Bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA) dificultam receptores e, assim, promovem redução dos níveis de aldosterona e catecolaminas, causando vasodilatação arterial com consequente diminuição da resistência vascular periférica<sup>(7-9)</sup>. Os antagonistas de aldosterona, uma vez inibindo essa substância, evitam seus danos como a fibrose do miocárdio, rigidez e disfunção cardíaca<sup>(9,10)</sup>.

Além disso, o tratamento da IC, geralmente, está centrado na terapêutica medicamentosa e na alteração de hábitos de vida, que incluem atividade física e modificação de hábitos alimentares. Alterar hábitos alimentares como redução de sódio na dieta, evitar dietas hipercalóricas e o uso de bebidas alcoólicas, entretanto, envolvem mudanças culturais e econômicas na forma de viver e na concepção de saúde do indivíduo.

A concepção de saúde é formada, por meio da experiência pessoal de cada um, tendo estreita relação com as suas crenças, valores, sentimentos, entre outros<sup>(10-11)</sup>.

As crenças, especificamente, são definidas como ideias, conceitos, convicções e atitudes tomadas pelos usuários, são relacionadas à saúde e/ou à doença e como estes fatores influenciam a qualidade de vida dessas pessoas<sup>(11)</sup>. Estudos foram feitos e demonstrou-se que as crenças são consideradas um importante fator, para o comportamento errôneo relacionado ao regime terapêutico prescrito, entretanto grande parte dos profissionais de saúde negligencia tais crenças, quando acompanham o paciente<sup>(3,12-13)</sup>.

O ser humano possui vários tipos de crenças, as quais são inferências feitas pelas pessoas a respeito de algumas coisas, do eu, de outrem, enfim do mundo. Dos cinco tipos de crenças descritas, no referencial de Rokeach (1981), literatura muito utilizada na área de comunicação, marketing e propaganda, a mais central é a primitiva de consenso 100% (tipo A); ela é sustentada por um consenso social unânime, ou seja, acredita-se naquilo em que todos acreditam e não está sujeita à controvérsia, sendo mais resistente à mudança<sup>(14)</sup>. Um segundo tipo de crença primitiva é a de consenso zero (tipo B), também resistente à mudança, mas não depende de um consenso social; é originada de experiências pessoais, de autoidentidade, autoestima e de autoconceitos<sup>(14)</sup>.

Ressalta-se que as crenças não são igualmente importantes para os indivíduos e “quanto mais central for uma crença que mudou maior será a sua repercussão no restante do sistema de crença”<sup>(12-13)</sup>.

Existem, ainda, as crenças de autoridade (tipo C) as quais todos nós possuímos, assim como em quem devemos confiar ou não, enquanto autoridades em determinados assuntos<sup>(11-14)</sup>; as crenças derivadas das autoridades com as quais nos identificamos (tipo D) e as crenças inconsequentes (tipo E) que

englobam nossas concepções mais susceptíveis a mudanças e não afetam o sistema total de crenças, caso se modifiquem. Referem-se a questões de gosto, preferências<sup>(14-15)</sup>.

Para a avaliação das influências das crenças, no processo de adesão ao tratamento, é relevante analisarmos se as medidas e estratégias educativas conseguem produzir o efeito desejado. A quebra de paradigma, na abordagem da IC, tem demonstrado que o tratamento não farmacológico deixa de ser um simples complemento da farmacoterapia, tornando-se parte integrante e indispensável na avaliação das crenças como fatores dificultadores para a eficácia terapêutica.

Sendo assim, percebe-se a lacuna do conhecimento científico quanto ao conhecimento dos profissionais de saúde em relação às crenças dos pacientes com IC. Este desconhecimento pode influenciar a falta de adesão ao tratamento clínico e farmacológico da IC, além de uma assistência de enfermagem que pode não gerar impacto na qualidade de vida do paciente.

Nesse contexto, questionou-se: *quais as crenças que dificultam a adesão ao tratamento dos pacientes com IC?* Assim, objetivou-se: identificar quais os tipos de crenças, segundo o referencial de Rokeach, relacionadas à IC e fatores dificultadores da adesão ao tratamento.

## MÉTODO

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com participantes cadastrados na Estratégia da Saúde da Família (ESF) da Gruta de Lourdes, no município de Diamantina-Minas Gerais/Brasil. A referida ESF possui uma população estimada de 3.150 pessoas cadastradas, aproximadamente, 750 famílias.

A coleta de dados foi realizada, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM, CAAE nº27920314.6.0000.5108, parecer nº606.401. Foram incluídos os pacientes com diagnóstico médico de ICC há pelo menos 1 ano. Foram excluídos do presente trabalho aqueles que não apresentavam capacidade mental, registrados no prontuário médico e que prejudicassem a coerência do discurso. Os participantes que não estavam em suas residências, no momento da abordagem, para participarem da pesquisa, também, foram excluídos.

O levantamento dos participantes foi realizado pela busca ativa, na Ficha A, presente nos prontuários da unidade, nos quais foram

obtidos os dados de identificação, diagnóstico e endereço. Com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os usuários que se enquadraram foram abordados em casa e convidados a participar da pesquisa. Após concordância a participar do estudo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

A coleta de dados foi realizada, no período de junho a agosto de 2016, por meio de entrevista semiestruturada. As entrevistas que não puderam acontecer, na primeira abordagem, foram remarcadas, de acordo com a disponibilidade do participante, garantindo a confidencialidade e a privacidade do sujeito. As variáveis que apareceram, no instrumento de coleta de dados para entrevista, foram: *perfil epidemiológico, de saúde e tipos de crenças relacionadas à IC e ao tratamento*.

As entrevistas foram realizadas por uma equipe de entrevistadores, os quais foram devidamente treinados, acompanhados e apresentados aos usuários pelos ACS. As crenças foram classificadas em categorias de acordo com o referencial de Rokeach 1981<sup>(14)</sup>.

As entrevistas tiveram duração de 40 minutos e gravadas em equipamento mp3 para preservar o conteúdo integral dos depoimentos. Após a coleta, as entrevistas foram transcritas e digitadas na íntegra pelos próprios pesquisadores do presente trabalho.

As entrevistas foram analisadas, seguindo os passos da *Grounded Theory*<sup>(16)</sup>: a) codificação: os dados foram codificados de forma substantiva b) categorização: os dados foram comparados e codificados durante todo o processo de análise; c) desenvolvimento gradual da teoria em fluxos de coleta e análise de dados; d) criação de categorias, registro de pensamentos analíticos e comparação de relações entre as categorias. As análises foram realizadas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS® 23.0).

A partir desses passos de análise, pôde-se entender e classificar os “tipos de crenças” dos

participantes da pesquisa. As análises foram feitas, com base em estatísticas descritivas e apresentadas em gráficos e tabelas. Além disso, foram selecionadas como variáveis para compor o estudo: sexo, idade, raça, religião, profissão, escolaridade, renda e plano de saúde. Para o presente estudo, utilizou-se uma amostra de conveniência formada por 29 participantes.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 29 participantes, três foram excluídos por não terem sido encontrados em suas residências. Dos 26 entrevistados, 50,0% eram do sexo feminino e 50,0% do sexo masculino. A faixa etária ficou compreendida entre 30 a 89 anos, sendo a média de idade de 66 anos. A maioria dos entrevistados era da raça parda (54,0%), seguida pelas raças negra e branca (39,0% e 8,0%, respectivamente) e eram aposentados (73,0%), com predomínio de profissões anteriores como lavradores (27,0%), produtores rurais (15,0%), domésticas (19,0%), garimpeiros (8,0%), pedreiros (8,0%), dentre outros.

No que diz respeito à renda, 65,0% recebem salário mínimo, 31,0% dois salários mínimos e 4,0% um salário e meio. Nenhum dos participantes da pesquisa era associado a um plano de saúde; 31,0% eram tabagistas e 19,0% declararam beber socialmente. E 27,0% são ex-tabagistas e ex-etilistas.

Quanto à escolaridade, 50,0% eram analfabetos, seguidos pelos de primário incompleto (31,0%). No estudo transversal, apontou-se que a baixa escolaridade afeta as condições de saúde das pessoas, dificultando a compreensão de informações e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento, aumentando a exposição aos fatores de risco<sup>(17)</sup>. Ação educativa por um componente lúdico e dinâmico contribuiria para um melhor esclarecimento desta população<sup>(3,17)</sup>.

Dentre os participantes, 100,0% possuíam doenças relacionadas com a ICC, conforme apresenta a Tabela 1.

Tabela 1: Problemas de saúde associados à IC apresentados pelos entrevistados. Diamantina, MG, Brasil, 2016.

Doenças Preexistentes	N	%
HAS	26	88,0%
Infarto Agudo do Miocárdio	10	35,0 %
Colesterol Elevado	10	35,0%
Valvulopatias	3	11,5 %
Doença de Chagas	2	8,0%

Diabetes Mellitus	2	8,0%
Arritmia Cardíaca	2	8,0%
Doença Arterial Coronariana	5	16,0%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quanto às crenças identificadas, apresentam-se as crenças que foram relacionadas à causa da doença, na Tabela 1, selecionadas durante as entrevistas.

Figura 1: Tipos de crenças identificadas relacionadas à causa da doença dos participantes. Diamantina, MG, Brasil, 2016.

Código Sujeito	Tipos de Crenças	Exemplos de crenças relacionadas à causa da doença(ICC)	Causa Atribuída
4, 9, 17, 24	A	- “De nascença mesmo. Já nasci assim”. - “Deve ser de família”. - “Tá no sangue”. - “Acredito já ter nascido com a doença. Desde pequeno ‘inchava’ as pernas”. - “É de família, minha mãe morreu com isso e todos os meus irmãos têm”.	Hereditário/ Fatores genéticos
3, 6, 14,21	A	- “Porque desde 20 anos tive pressão alta”. - “Minha pressão já era alta e de primeiro nem tinha essa história de olhar pressão (...) foi ela”. - “Devido que sempre tive problemas de pressão”.	Pressão alta
23,	A	- “Tive a febre reumática e depois causou a cardiopatia. - “Foi devido ao sopro no coração”.	Outras doenças cardíacas
25,21	A	- “Pode ser a idade, porque tudo aparece depois”.	Envelhecimento
8,18,	B	“Acho que foi uma canjica com carne que comi e senti mal e acordei no PA (pronto atendimento)”. - “Acho que foi a comida, a gente alimenta de tudo”.	Alimento
7	B	- “Eu acho que foi cigarro, porque quando comecei a tomar os remédios, tossia uma borra preta, aí parei de fumar”.	Tabagismo
19,12, 13,23, 11	B	- “Eu acho que seja um ‘baque’ que tive muito triste com acidente de menino. Morreu um filho meu afogado e a partir daí tive problema. No outro ano morreu mais um filho que caiu da serra. E anos depois mais dois filhos. É muito triste”. - “Tava aqui tranquilo, morava do outro lado do rio e aí vim para cá (cidade) e adoeci desse dia pra cá que tomo os remédios”. - “Não sei se é nervoso demais, passo muita raiva”. - “Tenho muita ‘amolação’, sempre quem tem família tem muita ‘amolação’ e a gente sente no coração”.	Estresse/Preocupação Tristeza/Emocional
2, 5, 20, 22	B	- “Adoeci devido muito trabalho”. - “Trabalhava dia e noite e pegava muito peso. A gente cansa e adoece”. - “Fiquei muito ruim: carregação de peso. Perdi muita noite de sono e trabalhava muito no outro dia”.	Excesso de trabalho
1, 16, 22	C	“O médico falou que as veias do coração ‘fechou’.	IAM

Fonte: Elaborado pelos autores.

Conforme se observa na Figura 1, a emissão maior de crenças é atribuída à doença de cunho emocional, seguida de excesso de trabalho, pressão alta, fator hereditário/predisposição genética, hábitos

alimentares e relacionadas ao envelhecimento e consequência de uma doença pré-existente.

Quanto aos tipos de crenças, houve um predomínio das mais centrais (tipos A e B) (Tabela 2). A crença do tipo B (46,0%) foi a que mais apresentou emissão pelos participantes, seguida do tipo A (42,0%).

As crenças do tipo B são aquelas extremamente resistentes a modificações, pois elas se originam de experiências pessoais e não dependem de um suporte social. As de consenso

tipo A são as que dependem de um consenso unânime e são igualmente difíceis de serem modificadas.

Tabela 2: Distribuição dos tipos de crenças, segundo o referencial de Rokeach (1981), relacionadas à causa da doença dos participantes. Diamantina, MG, Brasil, 2016.

Tipos de Crença	N	%
Tipo A	11	42,0
Tipo B	12	46,0
Tipo C	03	12,0
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na Figura 2, estão identificadas as crenças relacionadas à dificuldade de adesão ao tratamento emitida pelos participantes.

Figura 2: Tipos de crenças e exemplos relacionados a dificuldades para a adesão ao tratamento pelos participantes. Diamantina, MG, Brasil, 2016.

Código Sujeito	Tipos de Crenças	Exemplos de crenças relacionadas dificuldade para adesão ao tratamento
12, 04,02	A	-“Parar de fumar é muito difícil. Não consigo: passo mal”.
03, 04, 21,23, 24, 25,26	B	- “Há dificuldade de conseguir consulta com cardiologista de 4 em 4 meses. Não dá mesmo!”. “É difícil para ir à cidade. Tem que ir de ônibus e a perna não ajuda. E tudo resolve por lá. Às vezes, tem que pagar e a fila é grande”. - Esses tratamentos ‘é besta demais’. De 6 em 6 meses tenho que fazer exames para ver como tá”. - “Acho que o remédio não precisa comprar porque se não ia o salário todo para pagar”. - “Quando sinto dor tomo paracetamol”. - “O que melhora é um chá; não gosto de ir ao médico. Se médico fosse bom não morria”. - Não vou muito a médico não. Vou passando álcool com sal é ‘bão’.
09, 16, 17	D	- “Tomo remédio que o povo fala”.
08,18, 15	E	- “Mais dificuldade é alimentação, deixar de comer certas coisas que comi a vida toda”. - “A alimentação, ninguém vai te obrigar a comer se você não quiser”.

Fonte: Elaborado pelos autores.

A presença de algumas condições, fatores de risco, como a HAS, o DM, Doença de Chagas, obesidade, dentre outras, promovem o remodelamento miocárdico e o desenvolvimento de alterações estruturais cardíacas, como tentativa de adaptação com a doença<sup>(7)</sup>. No presente estudo, a maioria dos pacientes possui condições associadas à IC, sendo as mais apresentadas a HAS, o infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio e o colesterol alto (Tabela 1).

A HAS e a DM têm sido apresentadas em outros estudos muito correlacionados à IC<sup>(15,17)</sup>. No presente estudo, 88,0% dos entrevistados tinham a HAS e 15,0% tinham a DM associada à IC. Um estudo brasileiro, realizado com participantes que apresentavam IC, também, apresentou resultados semelhantes<sup>(13)</sup>. Dos 239 pacientes avaliados 84,0 % tinham HAS e 25,0 % DM<sup>(13)</sup>.

Fatores de risco relevantes, evidenciados nos entrevistados, foi o uso e/ou abuso de álcool

e/ou tabaco. O etilismo e o tabagismo são hábitos de vida frequentes, conferindo uma importância no acometimento da IC<sup>(15,18-19)</sup>.

Tal dado, também, foi encontrado no presente estudo, uma vez que 50,0 % dos entrevistados eram tabagistas e 8,0% etilistas. Vale destacar que a cardiomiopatia alcoólica pode se desenvolver em pacientes com história de consumo excessivo de álcool<sup>(17-21)</sup>.

Acredita-se que esse comportamento, por si só, seja a causa de 4,0 % dos casos de insuficiência cardíaca<sup>(16-22)</sup>. O mecanismo é dependente do efeito tóxico desta substância sobre o coração, causando os danos celulares e a dilatação cardíaca. Com a abstinência precoce do álcool, estes danos podem ser reversíveis<sup>(21-22)</sup>.

Com relação às crenças (a maioria tipos B e A), relacionadas à causa da doença, foram consideradas importantes componentes explicativos de modelos e sistemas de crenças. Embora a causa possa ser considerada individualmente, as crenças podem ser agrupadas em fatores causais externos e internos.

As causas externas são aquelas percebidas como fora da influência do indivíduo (excesso de trabalho, problemas familiares, alimentação, tabagismo, por exemplo), enquanto os internos são relacionados ao corpo (IAM, doenças associadas, hereditária/genética).

A crença de que a doença era causada por fatores externos foi predominante, sendo percebido um papel mínimo, quando avaliadas as causas internas. Ressalta-se que o estresse, particularmente, em virtude de estressores externos, foi visto como a causa da doença.

A ocorrência de depressão em pacientes com IC crônica associa-se à menor capacidade funcional e pior prognóstico<sup>(19-20)</sup>.

Alguns participantes tiveram dificuldade em diferenciar a IC de outras doenças com acometimento no coração, por isso, podem ter-se referido à causa dos problemas de falha geral e não especificamente à IC. A influência de fatores de estilo de vida, tais como fumo, foi minimizada no contexto de fatores externos.

Em razão do caráter familiar de algumas etiologias de IC, seria necessário, em caso de suspeita, a avaliação e o rastreamento familiar<sup>(21)</sup>.

No que diz respeito às crenças relacionadas aos elementos dificultadores da adesão ao tratamento, a maioria foi crenças centrais tipos B e A. Os entrevistados relataram crenças relacionadas à falta de acesso ao serviço

médico, por demora na marcação de consultas, além das dificuldades no transporte/locomoção ao serviço de saúde. Em estudos sobre adesão ao tratamento em pacientes com IC, destaca-se a questão socioeconômica como um dos fatores limitantes à adesão, assim como aos excessivos encaminhamentos e à demora em conseguir atendimento<sup>(19-22)</sup>.

Cabe destacar que a descrença no tratamento médico, também, foi expressa pelos participantes. Descreve-se, em estudos, que a causa da não adesão, relacionada à interação-médico paciente, deve-se à falta de diálogo e orientação inadequada quanto ao tratamento da IC<sup>(20-23)</sup>.

As crenças em mudanças de estilo de vida, como ingerir uma dieta de baixo teor de gordura, não foram especificamente discutidas, quanto ao controle da IC, mas, sim, parecia ser descrito como parte de uma estratégia global "saudável de estilo de vida " ou resposta a comorbidades.

Alguns comportamentos específicos dos participantes analfabetos, relacionados à dieta, como a redução de sal e ingestão de líquidos, raramente foram descritos, sugerindo a falta de compreensão de seu propósito em relação à doença.

Vários participantes mencionaram a adesão ao uso de medicamentos, embora apenas 1 (um) não tenha crença na importância de seu uso no tratamento da doença.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, houve uma prevalência de pacientes com IC em idosos, pacientes com baixa renda familiar e baixo nível de instrução. O referencial de crenças de Rokeach mostrou-se importante para identificar os tipos de crenças mais presentes nesta clientela em relação à IC.

As crenças dos tipos A e B foram as que mais se destacaram e são as mais centrais, por estarem mais relacionadas à centralidade das crenças, sendo mais difíceis de sofrerem modificações. A predominância de crenças mais centrais pode indicar que a baixa adesão ao tratamento seja, em parte, definida pelo fato de que as mudanças necessárias ao indivíduo, para que ele tenha sucesso em seu tratamento, não estejam acontecendo por não serem abordadas de maneira adequada, no processo de atendimento à saúde.

Este fato reflete a abordagem inadequada, que está sendo realizada pelos profissionais de saúde, na qual, provavelmente, considerou-se o paciente como um todo: físico, mental, social e cultural e suas crenças/conhecimentos sobre a sua doença.

Dessa forma, as crenças constituem um importante elemento que influencia a adesão ao tratamento. Sugere-se que os profissionais estabeleçam contratos com os pacientes, como forma de promover uma relação de responsabilidades entre eles, de forma que cada avanço seja parte de um pacto de saúde estabelecido.

O presente trabalho poderá contribuir, para a prática diária da enfermagem, de modo que possibilite o repensar práticas de diálogo com os doentes crônicos, tratamento individualizado, atendendo as suas necessidades de esclarecimento, considerando o respeito pelas suas capacidades cognitivas, crenças culturais e situação econômica. Poderá contribuir, ainda, para a comunidade científica, uma vez que a investigação sobre crenças e processos de adesão ao tratamento de IC, ainda, é uma lacuna no conhecimento.

A limitação do presente estudo foi o número reduzido de amostra e a impossibilidade de um teste estatístico de associação, de forma a inferir fatores físicos, clínicos e emocionais que poderiam estar relacionados com a IC. Futuras pesquisas podem complementar essas associações com experimentos clínicos laboratoriais com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento da IC.

## REFERÊNCIAS

1. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Colvin MM et al. Guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70(6):776-803. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.04.025>
2. Lee H, Park JB, Choi SW, Yoon YE, Park HE, Lee SE et al. Impact of a Telehealth Program with voice recognition technology in patients with chronic heart failure: feasibility study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2017;5(10):e127. <https://doi.org/10.2196/mhealth.7058>
3. Cowie MR, Lopatin YM, Saldarriaga C, Fonseca C, Sim D, Magaña JA et al. The Optimize Heart Failure Care Program: initial lessons from global implementation. *Int J Cardiol*. 2017;236(1):340-4. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.02.033>

4. - Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR et al. III Brazilian Guideline of chronic heart failure. *Arq Bras Cardiol*. 2015 [Acesso em 15 nov 2016];93(1 supl.1):3-70. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0066-782X20090020&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0066-782X20090020&lng=pt&nrm=isso)
- 5 – Ministério da Saúde (BR). DATA SUS. Dados de morbidade de 2008: Sistema de informações hospitalares do SUS SIH/SUS,2013. 2013 (Acesso em 1 nov 2013). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrmg.def>
6. Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, Chioncel O, Greene SJ, Vaduganathan M et al. The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. *J Am Coll Cardiol*. 2014;63(12):1123-33. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.11.053>
7. Farmakis D, Parissis J, Lekakis J, Filippatos G. Acute heart failure: epidemiology, risk factors, and prevention. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2015;68(3):245-8. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2014.11.004>
8. DeVore AD, Hammill BG, Sharma PP, Qualls LG, Mentz RJ, Waltman Johnson K et al. In-hospital worsening heart failure and associations with mortality, readmission, and healthcare utilization. *J Am Heart Assoc*. 2014;3(4):e001088. <https://doi.org/10.1161/JAHA.114.001088>
- 9 - Xavier IC, Damasceno EC, Silqueira SMF, Pimenta AM, Oliveira FLP. Alta exigência no trabalho e alto risco cardiovascular em funcionários de uma universidade pública. *Rev Enferm Cent Oeste Min*. 2017; 7:e1328. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1328>
10. Retrum JH, Boggs J, Hersh A, Wright L, Main DS, Magid DJ et al. Patient-identified factors related to heart failure readmissions. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2013;6(2):171-7. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.112.967356>
11. - Drzewoski J. Heart failure in the diabetic population: pathophysiology, diagnosis and management. *Arch Med Sci*. 2014;10(3): 546-56. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>
12. Barros AA, Guedes MV, Moura DJ, Menezes LC, Aguiar LL, Xavier GA. Health behaviors of people with hypertensive people: health belief model. *Rev Rene*. 2014;15(3):525-32. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000300018>

13 - Rokeach, M. Beliefs, attitudes and values, a theory of organization and change. Rio de Janeiro: Interscience; 1981.

14. Moura B. Insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada: um alvo em movimento. Rev Port Cardiol. 2013;32(9):653-5.

<https://doi.org/10.1016/j.repc.2012.10.019>

15. – Cho JY, Lee EH. Reducing confusion about grounded theory and qualitative content analysis: similarities and differences. Qual Rep. 2014 [Acesso em 10 out 2016];19(32):1-20. Disponível em:

<http://www.nova.edu/ssss/QR/QR19/cho64.pdf>

16. Azad N, Lemay G. Management of chronic heart failure in the older population. J Geriatr Cardiol. 2014;11(4):329-37.

[https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-](https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2014.04.008)

[5411.2014.04.008](https://doi.org/10.11909/j.issn.1671-5411.2014.04.008)

17. Cooper LB, DeVore AD, Michael Felker G. The impact of worsening heart failure in the United States. Heart Fail Clin. 2015;11(4):603-14.

<https://doi.org/10.1016/j.hfc.2015.07.004>

18. Moreira LF. Atualização da diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica - 2012. Arq Bras Cardiol. 2012 [Acesso em 5 out 2016];98(1 supl. 1):1-33. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0066-782X20120007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0066-782X20120007&lng=pt&nrm=iso)

19. Freedland KE, Hesseler MJ, Carney RM, Steinmeyer BC, Skala JA, Dávila-Román VG et al. Major depression and long-term survival of patients with heart failure. Psychosom Med. 2016;78(8):896-903.

<https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000346>

20. - Elliott PM, Anastakis A, Borger MA, Borggref M, Cecchi F, Charron F, et al. 2014 ESC Guidelines on diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy: The task force for the diagnosis and management of hypertrophic cardiomyopathy of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Sec Cardiology; 2014;35(39):2733-79.

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu284>

21. - Trullàs JC, Morales-Rull JL, Formiga F. Tratamiento diurético en la insuficiencia cardiaca. Med Clin (Barc). 2014;142(4):163-70. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2013.04.027>

22. Adigopula S, Vivo RP, DePasquale EC, Nsair A, Deng MC. Management of ACCF/AHA Stage C heart failure. Cardiol Clin. 2014;32(1):73-93.

<https://doi.org/10.1016/j.ccl.2013.09.012>

**Note:** Este trabalho não foi financiado por órgãos de fomento.

**Received in:** 23/03/2017

**Approved in:** 06/11/2017

**Endereço de Correspondência:**

Rosamary Aparecida Garcia Stuchi

Rua José Rosa de Matos, nº 162 - Bairro Fátima

CEP: 39100000 Diamantina/MG Brasil

**E-mail:** [meirestuchi@uol.com.br](mailto:meirestuchi@uol.com.br)