

CORRELAÇÃO ENTRE AUTOCUIDADO E APOIO SOCIAL EM PESSOAS COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

CORRELATION BETWEEN SELF-CARE AND SOCIAL SUPPORT IN PEOPLE WITH HEART FAILURE

CORRELACIÓN ENTRE AUTOCUIDADO Y APOYO SOCIAL EN PERSONAS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA

- 1 Ana Luísa Fernandes Vieira Melo¹
- 1 Cecília Alexandrina de Farias Pontes¹
- 1 Cleane Rosa Ribeiro da Silva¹
- 1 Maria Cristina Lins Oliveira Frazão¹
- 1 Stella Costa Valdevino¹
- 1 Stephanie de Abreu Freitas¹
- 1 Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa¹

¹Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Centro de Ciências da Saúde - CCS. João Pessoa, PB - Brasil.

Autor Correspondente: Ana Luísa Fernandes Vieira Melo

E-mail: luisa.vieira.fm@gmail.com

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Cleane R. R. Silva; **Coleta de Dados:** Ana L. F. V. Melo, Cecília A. F. Pontes; **Conceitualização:** Maria C. L. O. Frazão, Ana L. F. V. Melo, Kátia N. F. M. Costa; **Gerenciamento do Projeto:** Kátia N. F. M. Costa; **Investigação:** Ana L. F. V. Melo, Cecília A. F. Pontes; **Metodologia:** Maria C. L. O. Frazão, Kátia N. F. M. Costa; **Redação - Preparo do Original:** Ana L. F. V. Melo; **Redação - Revisão e Edição:** Ana L. F. V. Melo, Stella C. Valdevino, Stephanie A. Freitas, Kátia N. F. M. Costa; **Supervisão:** Kátia N. F. M. Costa.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 29/06/2022

Aprovado em: 20/09/2023

Editores Responsáveis:

- 1 Allana dos Reis Corrêa
- 1 Tânia Couto Machado Chianca

RESUMO

Objetivo: correlacionar o apoio social com o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca. **Método:** estudo exploratório, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 63 pessoas com insuficiência cardíaca atendidas no ambulatório de cardiologia de um hospital universitário. Os dados foram coletados mediante um instrumento estruturado para obtenção dos dados sociodemográficos e de condições de saúde; a *European Heart Failure Self Care Behaviour Scale* foi usada para avaliação do autocuidado, cujo escore final tem pontuação invertida, indicando que quanto menor a pontuação, melhor o autocuidado; e a Escala de Apoio Social *Medical Outcomes Study*, a qual indica, por meio de cinco dimensões (emocional, material, afetivo, informação e interação social), que quanto maior a pontuação, melhor o apoio social. **Resultados:** quanto à amostra, observou-se uma maior frequência do sexo masculino (57,14%), faixa etária de 60 ou mais (60,31%), casados ou em união estável (65,07%), com cinco a oito anos de estudo (28,57%), sem ocupação (82,5%) e aposentados (57,14%). Quanto ao autocuidado e ao apoio social, obtiveram-se médias satisfatórias de 27,01 ($\pm 6,66$) e 80,27 ($\pm 16,48$), respectivamente. Na investigação da correlação entre o apoio social e o autocuidado, identificou-se correlação negativa ($r = -0,252$), com significância estatística ($p \leq 0,05$) entre a dimensão informação e o autocuidado. **Conclusão:** infere-se que a dimensão informação do apoio social relaciona-se significativamente com o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca, apontando que o autocuidado se eleva à medida que a dimensão informação aumenta.

Palavras-chave: Autocuidado; Insuficiência Cardíaca; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to correlate social support with self-care for people with heart failure. **Method:** an exploratory, descriptive and cross-sectional study with a quantitative approach, carried out with 63 individuals with heart failure treated at a university hospital's Cardiology outpatient clinic. The data were collected using a structured instrument to obtain sociodemographic data and health conditions; the *European Heart Failure Self Care Behavior Scale* was used to assess self-care, whose final score has an inverted value, indicating that the lower the score, the better the self-care; and the *Medical Outcomes Study Social Support Scale*, which, through five dimensions (Emotional, Material, Affective, Information and Social Interaction), indicates that the higher the score, the better the social support. **Results:** in relation to the sample, there was a higher frequency of males (57.14%), aged 60 or over (60.31%), married or in a stable union (65.07%), with five to eight study years (28.57%), unemployed (82.5%) and retired (57.14%). In relation to self-care and social support, satisfactory mean values of 27.01 (± 6.66) and 80.27 (± 16.48) were obtained, respectively. When investigating the correlation between social support and self-care, a negative correlation ($r = -0.252$) was identified, with statistical significance ($p \leq 0.05$) between the Information dimension and self-care. **Conclusion:** it is inferred that the social support Information dimension is significantly related to the self-care of people with heart failure, indicating that self-care increases as the Information dimension increases.

Keywords: Self-Care; Heart Failure; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: correlacionar el apoyo social con el autocuidado en personas con insuficiencia cardíaca. **Método:** estudio exploratorio, descriptivo y transversal, con enfoque cuantitativo, realizado con 63 personas con insuficiencia cardíaca atendidas en el ambulatorio de cardiología de un hospital universitario. Los datos se recogieron mediante un instrumento estructurado para obtener datos sociodemográficos y condiciones de salud; se utilizó la *European Heart Failure Self Care Behaviour Scale* para evaluar el autocuidado, cuya puntuación final es inversa, indicando que cuanto menor sea la puntuación, mejor será el autocuidado; y la Escala de Apoyo Social *Medical Outcomes Study*, que indica, a través de cinco dimensiones (emocional, material, afectivo, información e interacción social), que cuanto mayor sea la puntuación, mejor será el apoyo social. **Resultados:** en cuanto a la muestra, se observó una mayor frecuencia del sexo masculino (57,14%), un rango de edad de 60 años o más (60,31%), casados o en unión estable (65,07%), con entre cinco y ocho años de estudio (28,57%), sin ocupación (82,5%) y jubilados (57,14%). En relación con el autocuidado y el apoyo social, se obtuvieron medias satisfactorias de 27,01 ($\pm 6,66$) y 80,27 ($\pm 16,48$), respectivamente. En la investigación de la correlación entre el apoyo social y el autocuidado, se identificó una correlación negativa ($r = -0,252$), con significancia estadística ($p \leq 0,05$) entre la dimensión información y el autocuidado. **Conclusión:** se infiere que la dimensión información del apoyo social se relaciona significativamente con el autocuidado de personas con insuficiencia cardíaca, señalando que el autocuidado mejora a medida que la dimensión información aumenta. **Palabras clave:** Autocuidado; Insuficiencia Cardíaca; Educación en Salud.

Palabras clave: Autocuidado; Insuficiencia Cardíaca; Enfermería.

Como citar este artigo:

Melo ALFV, Pontes CAF, Silva CRR, Frazão MCLO, Valdevino SC, Nascimento MTA, Freitas SA, Costa KNFM. Correlação entre autocuidado e apoio social em pessoas com insuficiência cardíaca. REME - Rev Min Enferm. 2023[citado em ____];27:e-1530. Disponível em: <https://doi.org/10.35699/2316-9389.2023.40311>

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são responsáveis por um crescente índice de mortalidade, contabilizando cerca de 41 milhões de pessoas a cada ano, o que corresponde a 70% de todas as mortes do mundo⁽¹⁾. Entre as principais DCNTs encontram-se as doenças cardiovasculares (DCVs), que são doenças crônico-degenerativa, provenientes de múltiplas etiologias, consideradas as principais causas de morbimortalidade prematura no mundo, com cerca de 2 milhões de mortes por ano e um significativo impacto socioeconômico⁽²⁾.

Considerando dados atualizados da *American Heart Association* (AHA), nos Estados Unidos houve 1,2 milhões de internações em 2017, caracterizando um aumento, desde 2013, de 26% nas internações por insuficiência cardíaca (IC), que permanece progredindo com um crescente número^(3,4). No Brasil, não obstante, a prevalência da IC dobra a cada década de vida. Entre 2008 e 2018, ocorreram mais de 2 milhões de internações por IC, além de 252 mil óbitos, com um gasto estimado, por parte do sistema público de saúde, em torno de 3 bilhões de reais^(5,6).

As características clínicas da IC compreendem diversos sintomas que envolvem, principalmente, o sistema respiratório, como a dispneia e a fadiga, bem como quadros de tontura, palpitação, tosse, sinais de crepitação à ausculta pulmonar, edema de membros inferiores, precordialgia, ortopneia, e sinais de hepatomegalia e ascite, que podem afetar o desempenho das atividades básicas de vida diária, tornando a pessoa com IC mais suscetível à dependência, o que repercute negativamente no seu autocuidado⁽⁷⁾.

O autocuidado está relacionado com a capacidade do indivíduo de cuidar de si, desempenhando atividades que o ajudem a manter uma qualidade de vida satisfatória. No contexto que envolve a IC, é importante considerar a adesão ao tratamento farmacológico, à manutenção de um estilo de vida saudável e ao manejo quanto aos sinais de descompensação da doença. Essas atividades, quando direcionadas e avaliadas pelos profissionais de saúde, promovem mais autonomia e independência para o paciente com IC, melhora no quadro clínico e redução de novas internações, por meio do gerenciamento e da execução das práticas de autocuidado⁽⁸⁾.

Em face do exposto, a presença de uma rede de apoio social é considerada um aspecto imprescindível para a manutenção do tratamento em pessoas acometidas por IC⁽⁹⁻¹¹⁾, haja vista que abrange a integração do suporte emocional, financeiro, instrumental e afetivo que as pessoas ou instituições podem oferecer, com destaque principal para o convívio familiar e os círculos de

relacionamentos⁽¹¹⁾. Essa rede deve contar também com a participação de profissionais e/ou serviços de saúde, com destaque para enfermagem, que são a base para promoção de cuidados assistenciais visando à manutenção da saúde e à assistência continuada⁽⁹⁾.

Os enlaçamentos e vínculos de uma rede de apoio produzem e sustentam benefícios sobre a saúde das pessoas, pois constituem ferramentas importantes na capacidade de enfrentamento e adaptação do paciente. Isso gera impacto em todos os indivíduos envolvidos, promovendo a proteção em momentos difíceis e auxiliando na promoção de bem-estar e saúde, o que resulta em comportamentos positivos da pessoa frente à doença⁽⁹⁻¹¹⁾. Diante desse contexto, torna-se indispensável a atuação dos profissionais da saúde na orientação e no acompanhamento dos pacientes com IC, como participantes dessa rede de apoio, de modo a impulsionar o manejo do cuidado na rede domiciliar⁽¹²⁾.

Considerando essas projeções expostas, argumenta-se que o presente estudo se justifica pela relevância da temática e pela necessidade de realização de pesquisas que avaliem os níveis de autocuidado e apoio social em pessoas com IC, pois esses dois eixos temáticos podem influenciar no controle e no tratamento da doença e favorecer o bem-estar dessa população. Defende-se ainda a necessidade de estudos que abordem o papel do enfermeiro diante dessa prática de cuidado, em virtude da importância do profissional no monitoramento do autocuidado e no acompanhamento da rede de apoio do paciente e suas respectivas influências sobre a saúde.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo é correlacionar o apoio social com o autocuidado de pessoas com IC.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado no ambulatório de cardiologia de um hospital localizado na cidade de João Pessoa, na Paraíba, Brasil. A coleta de dados deu-se no período de dezembro de 2021 a abril de 2022.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ter a idade igual ou superior a 18 anos, apresentar diagnóstico de IC e estar em seguimento ambulatorial na instituição há no mínimo seis meses. Não foram incluídos pacientes com complicações clínicas no momento da coleta que impossibilitassem a realização dela ou déficit cognitivos avaliados pelo Mini Exame de Estado de Mental (MEEM), sendo utilizados pontos de corte de acordo com a escolaridade do respondente: 13 pontos para analfabetos, 18

para escolaridade baixa (de 1 a 4 anos incompletos) e média (de 4 a 8 anos incompletos) e 26 para alta escolaridade (>8 anos)⁽¹³⁾.

O cálculo amostral foi realizado pelo *software* estatístico R, com base nos dados contidos no sistema de cadastro informatizado do hospital, referentes ao atendimento ambulatorial feito a pacientes com IC de fevereiro de 2018 a fevereiro de 2019, cuja população foi de 211 participantes, sendo desenvolvido um estudo-piloto com 10% deles. A partir disso, foi definido o cálculo amostral baseado na margem de erro da média amostral, em virtude de um valor de coeficiente de variação que inviabilizou o cálculo.

Considerando as informações da amostra-piloto coletadas, foi considerada uma margem de erro de 2 pontos na escala de autocuidado, para mais ou para menos. Portanto, com grau de confiança de 95% e margem de erro de 5%, com base nas variáveis e nos instrumentos do estudo, a amostra gerada foi de 63 participantes.

A coleta de dados ocorreu a partir de entrevistas individuais no segmento ambulatorial, utilizando instrumentos estruturados para a caracterização do perfil sociodemográfico. O autocuidado foi investigado por meio da *European Heart Failure Self Care Behaviour Scale* (EHFScBS), que consiste em 12 questões com um único domínio. As respostas para cada item variam de 1 (“Eu concordo plenamente”) a 5 (“Eu discordo plenamente”), seguindo uma escala tipo *Likert*, de cinco pontos. A pontuação total é obtida pela soma de todas as respostas, que podem variar de 12 a 60⁽¹⁴⁾. Os valores baixos indicam melhor autocuidado. No presente estudo, considerou-se a seguinte classificação: satisfatório (≤ 20 pontos), moderado (21 a 30 pontos), e insatisfatório (31 a 50 pontos)⁽¹⁵⁾.

Para avaliação do apoio social, foi aplicada a Escala de Apoio Social da *Medical Outcomes Study* (MOS), composta por 19 itens, distribuídos em cinco dimensões: emocional, material, afetivo, informação e interação social. As respostas variam de 1 (“Nunca”) a 5 (“Sempre”), e os resultados finais oscilam de 19 a 95 pontos, em que, quanto maior a pontuação, mais elevado é o apoio social⁽¹⁶⁾. Considerou-se a seguinte classificação: apoio social baixo (até 67 pontos); apoio social médio (68 a 90 pontos); e apoio social alto (≥ 91 pontos)⁽¹⁷⁾.

Antecedendo as entrevistas, eram checados os pacientes agendados para consulta médica, e por meio dos prontuários confirmava-se o diagnóstico de IC, bem como informações referentes às condições de saúde caracterizadas pelos profissionais do setor. A partir disso, os pacientes eram encaminhados para uma das salas de consulta disponibilizadas pelo ambulatório e entrevistados após a explicação do estudo e a anuência deles ao termo de

consentimento livre e esclarecido (TCLE), não havendo recusas de participação pelos pacientes.

Os dados foram armazenados em planilha eletrônica estruturada no *Microsoft Office Excel*, com dupla digitação, a fim de garantir a confiabilidade na compilação dos dados. Em seguida, estes foram importados e processados pelo *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 22.0 para análise descritiva e inferencial.

Foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para a verificação de normalidade do autocuidado, apoio social e seus domínios, apresentando distribuição não normal. A fim de identificar a correlação entre as variáveis, utilizou-se o teste de correlação de *Spearman*, por serem variáveis não paramétricas. Considerou-se associação estatisticamente significativa quando $p \leq 0,05$.

Esta pesquisa foi norteadada pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba.

RESULTADOS

Quanto à amostra, observou-se maior frequência do sexo masculino (57,14%), faixa etária de 60 ou mais (60,31%), casados ou em união estável (65,07%), com cinco a oito anos de estudo (28,57%), sem ocupação (82,5%) e aposentados (57,14%).

Destaca-se que a maioria dos participantes tinha alguma comorbidade associada à IC (98,4%), com maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica (80,9%). Sobre a IC, o diagnóstico datava de um a dois anos (25,4%), a classificação do NYHA estava nas classes II (57,1%) e III (28,6%), houve internações hospitalares por complicações da IC (71,4%), uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo era igual ou inferior a 40% (65,1%), e faziam uso, principalmente, de medicação anti-hipertensiva (100%).

Sobre o autocuidado para a IC, identificou-se média de 27,01 ($\pm 6,66$). A maioria dos participantes (60,3%) julgou o autocuidado como moderado (Tabela 1).

Entre os itens da EHFScBS, observou-se em “Eu me peso todos os dias” (4,46; $\pm 1,04$) o pior item avaliado, com maior escore, e em “Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição” o melhor item avaliado, com menor escore (1,08; $\pm 0,37$) (Tabela 2).

Em relação ao apoio social, identificou-se média de 80,27 ($\pm 16,48$). Dessa forma, evidencia-se que 42,9% dos participantes avaliaram o apoio social como alto (Tabela 3).

Tabela 1- Classificação do autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca. João Pessoa – PB, Brasil, 2022 (n = 63)

Classificação do autocuidado	n	%
Insatisfatório	11	17,5
Moderado	38	60,3
Satisfatório	14	22,2

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Tabela 2- Distribuição das médias dos itens da EHFScBS em pessoas com insuficiência cardíaca. João Pessoa – PB, Brasil, 2022 (n = 63)

Classificação do autocuidado	n	%
Eu me peso todos os dias	4,46	1,04
Faço exercícios regularmente	3,90	1,37
Limito a quantidade de líquidos que bebo (não mais do que 1,5 a 2 L por dia)	2,71	1,57
Se ganho 2 kg em uma semana, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	2,33	1,79
Se minha falta de ar aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	2,19	1,78
Tomo a vacina contra gripe todos os anos	2,06	1,66
Se meus pés e pernas tornam-se mais inchados do que de costume, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	1,95	1,67
Se sinto falta de ar, repouso	1,89	1,10
Se meu cansaço aumenta, entro em contato com meu médico ou com a enfermeira (ou algum serviço de saúde)	1,79	1,39
Descanso durante o dia	1,41	0,96
Ingiro uma dieta com pouco sal	1,24	0,77
Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição	1,08	0,37

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Na Tabela 4, observa-se que, entre as dimensões, o maior escore médio foi na dimensão material, de 90,95 ($\pm 16,60$), e o menor foi na dimensão interação social, de 80,63 ($\pm 15,56$).

Na investigação da correlação entre o apoio social e o autocuidado, identificou-se correlação negativa ($r = -0,252$), com significância estatística ($p \leq 0,05$) entre a dimensão informação e o autocuidado (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Conforme apresentado, a amostra deste estudo foi composta em sua maioria por pacientes do sexo

Tabela 3- Classificação do apoio social de pessoas com insuficiência cardíaca. João Pessoa – PB, Brasil, 2022 (n = 63)

Classificação do apoio social	n	%
Baixo	15	23,8
Médio	21	33,3
Alto	27	42,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Tabela 4- Dimensões do apoio social de pessoas com insuficiência cardíaca. João Pessoa – PB, Brasil, 2022 (n = 63)

Dimensões do apoio social	Média	DP
Material	90,95	16,60
Afetivo	89,84	19,63
Emocional	81,11	27,14
Informação	81,03	25,88
Interação social	80,63	24,61

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Tabela 5- Correlação entre apoio social e o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca. João Pessoa – PB, Brasil, 2022 (n = 63)

Apoio social	Autocuidado	
	r	Valor p
Apoio social geral	-0,191	0,133
Dimensões		
Material	-0,213	0,094
Afetivo	0,238	0,060
Emocional	0,205	0,107
Informação	-0,252	0,046
Interação social	-0,148	0,247

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

masculino, com 60 anos ou mais, casados ou em união estável, com cinco a oito anos de estudo, sem ocupação e aposentados. Quanto à saúde, o diagnóstico da IC datava de um a dois anos, com a classificação do NYHA nas classes II e III e uma comorbidade associada à IC, com maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica.

A maioria dos participantes julgou o autocuidado como moderado, demonstrando que o público apresentava boa adesão às práticas de cuidado. O mesmo resultado foi encontrado também em outro estudo, com uma amostra de 57 participantes, realizado em um ambulatório de cardiologia de Fortaleza, predominando respostas indicativas de práticas satisfatórias⁽⁸⁾.

A investigação do autocuidado por meio de escalas validadas permite a identificação das fragilidades nas ações relacionadas à adesão ao tratamento, de modo que os profissionais de saúde devem, a cada consulta, investigar as possíveis dificuldades que promovem desconforto e limitam a prática do autocuidado^(8,15).

Devido à complexidade do manejo da IC, a prática do autocuidado deve ser bem entendida pelo paciente, a fim de que o cuidado seja desempenhado de modo a garantir a manutenção da saúde. Para isso, o paciente deve fazer uso da medicação prescrita, restringir a ingestão de sódio, procurar manter uma atividade física dentro das possibilidades de cada quadro e buscar impulsionar o sistema imunológico, bem como monitorar os sinais e sintomas da IC e administrar os possíveis casos de descompensação^(3,8).

Entre os itens abordados, a prática que apresentou maior percentual de adesão neste estudo foi “Tomo meu medicamento de acordo com a prescrição”. Normalmente a atividade da automedicação é bem aderida, devido ao fato de, em geral, entender-se que apenas a medicação é suficiente para corrigir um quadro clínico, bem como devido à facilidade resolutiva da medicação. O que muitas vezes não é bem compreendido pelo público é que somente a utilização da medicação não é uma terapêutica suficiente para evitar quadros de reinternação e possíveis complicações.

A orientação profissional quanto ao uso correto da medicação é significativa, visto que possíveis complicações por déficit na automedicação após a internação podem provocar aumento de reinternações em curtos períodos, ou até mesmo óbitos. Desse modo, a orientação ao paciente e à sua rede de apoio familiar é considerada um componente fundamental para desfechos positivos, indo de encontro ao desafio da adesão inadequada ao tratamento farmacológico^(12,15).

A assistência de enfermagem enfrenta como desafio para o tratamento da IC o desconhecimento das medidas não farmacológicas e, por consequência, a não adesão a elas⁽¹²⁾. Torna-se necessário reforçar a adoção de hábitos saudáveis como complemento à terapia farmacológica, tais como restrição de bebidas alcoólicas e cigarros, dietas hipossódicas e hipolipídicas e exercícios físicos, de acordo com a individualidade de cada paciente. Desse modo, o profissional de enfermagem poderá atuar diretamente em uma assistência continuada, objetivando a identificação dos riscos cardiovasculares e permitindo a implementação de atividades que auxiliem no manejo da doença^(12,18).

Em contraposição, o monitoramento do peso corporal foi uma atividade considerada de menor adesão do autocuidado neste estudo. Destaca-se a necessidade desse

monitoramento para auxiliar a aferição do estado nutricional e volêmico do paciente, visto que oscilações significativas, quando ocorrem em curtos períodos, podem indicar piora no quadro⁽⁸⁾. Em contrapartida, é preciso destacar que o acesso às formas de aferição não é equivalente para todo o público; apesar de o sistema de saúde pública dispor de balança nas Unidades Básicas de Saúde, nem todos os usuários conseguem comparecer ao serviço para tal prática, ou adquiri-lo de forma privada^(12,18,19).

A verificação diária do peso torna a sua adesão mais dificultosa. Isso se dá, entre outros fatores, porque a retenção de líquido tem como consequência um aumento no peso corporal, além da necessidade de avaliar a massa corporal de modo geral e seus riscos^(12,18). Adicionalmente, essa prática visa monitorar o surgimento de sinais e sintomas de descompensação clínica, a exemplo do acúmulo de líquidos no corpo, a fim de direcionar a terapêutica farmacológica e a sua manutenção. Dessa forma, o público deve ser esclarecido quanto à importância dessa prática, por meio de atividades de conscientização nos serviços de saúde, de modo a favorecer maior adesão a ela e reduzir os desfechos negativos^(9,20).

No tocante ao apoio social, identificou-se que este foi elevado no presente estudo. O apoio social foi avaliado através da escala em cinco dimensões: material, emocional, afetivo, informação e interação social. Essa escala não tem como intenção mapear a rede e sua extensão, ocupando-se somente da frequência com que os sujeitos contam com determinado tipo de suporte. Sendo assim, contar com apenas uma pessoa que participe e que possa estar presente nas diferentes situações avaliadas é o suficiente para pontuar altos índices de apoio social na referida escala⁽¹¹⁾.

A alta percepção de apoio pode estar relacionada ao fato de 65,1% da amostra ser casado ou estar em união estável. Um estudo realizado em atendimento cardiológico, na capital do Ceará, constatou que a presença de uma rede de suporte social e familiar foi considerada um ponto que favoreceu a adesão às práticas de autocuidado⁽⁸⁾. Infere-se que a presença de uma rede familiar, pelo nível de proximidade, possa fornecer um suporte que abrange todas as dimensões referentes ao apoio, de forma mais direta e eficiente⁽²⁰⁾.

A dimensão de maior escore foi a material – 90,95 ($\pm 16,60$) –, que remete ao suporte em situações práticas e pontuais, principalmente as atividades domiciliares e de adesão ao serviço de saúde. Por sua vez, a de menor escore foi a interação social – 80,63 ($\pm 15,56$) –, referente à presença de pessoas com quem se distrair e ter momentos agradáveis. Um estudo realizado com pacientes no

setor ambulatorial de um hospital especializado em cardiologia no Rio Grande do Sul constatou também resultados maiores na dimensão material, diferindo nos menores quanto às dimensões informativas e emocionais⁽¹¹⁾.

O suporte material pode obter maiores resultados porque, em virtude da sintomatologia limitante e frequentemente provocada pela IC, estabelecer certas práticas domésticas ou de deslocamento se tornam difíceis para o indivíduo, bem como por serem uma forma direta de ajuda por parte principalmente dos familiares de maior convívio. Destaca-se que o suporte familiar, estabelecido sobretudo pela presença de um(a) companheiro(a), fornece uma maior adesão às ações de autocuidado, tornando-se fundamental para recuperação, manutenção e estabilidade dos pacientes com IC^(8,9,11).

A dimensão interação social positiva, compreendida como a presença de pessoas com quem o indivíduo possa se distrair e ter momentos agradáveis, obteve menores resultados. Isso se torna preocupante, tendo em vista que essas circunstâncias que envolvem o manejo da doença podem vir a ocasionar instabilidade emocional, juntamente com sentimentos de tristeza e incapacidade, diminuindo o interesse nas atividades diárias. Destaca-se que a família atua não somente nas atividades materiais mas também no fornecimento de suporte emocional e social^(11,17).

Posto isso, percebe-se a importância dos profissionais de saúde em integrar a rede de apoio desse público, de modo fortalecê-la por meio de orientações dinâmicas em grupos organizados pelos enfermeiros na Unidade Básica de Saúde, por exemplo, que, além de favorecer a orientação para o autocuidado, promove a interação entre as pessoas, podendo refletir na melhora das dimensões emocional e integração com outras pessoas. Sobretudo, cabe também à enfermagem, através dessas ações, rastrear os possíveis sintomas de depressão e ansiedade e conhecer a rede de apoio do paciente, em busca de favorecer a autonomia e a independência das pessoas com IC⁽¹²⁾.

Na correlação entre as variáveis, identificou-se que o autocuidado se eleva à medida que o apoio social na dimensão informação aumenta. Assim, torna-se necessário promover a educação em saúde como um componente fundamental a ser trabalhado por profissionais de saúde com esses pacientes, visando à melhora no gerenciamento de seu próprio cuidado. Isso, porque o conhecimento sobre a doença e seus sinais e sintomas, além das alterações de hábitos diários, colabora para manutenção do autocuidado⁽²⁰⁾.

Entretanto, é necessário destacar que existe uma diferença significativa entre o que as pessoas com IC sabem e

a maneira como adotam esses hábitos de vida, em virtude da gama de informações recebidas, que muitas vezes não são abordadas pelos profissionais de forma direta, quando há pouca interação com os pacientes⁽¹⁹⁾.

Considerando que a IC é uma doença crônica e progressiva, o paciente deve se envolver na identificação dos sinais e sintomas de descompensação, como principal sujeito em seu plano terapêutico. Um estudo realizado no sul do Brasil constatou, por meio dos resultados, que os pacientes estão demorando a reconhecer, ou mesmo nem conhecem, sinais de piora da IC para procurar atendimento hospitalar, dado que a taxa de mortalidade e o agravamento apresentaram percentuais elevados, assim como o percentual da taxa de admissão na UTI⁽²⁰⁾.

Dessa forma, deve-se dar ênfase ao reconhecimento dos fatores que interferem no entendimento e na participação do paciente no manejo da doença e em seu tratamento, de modo a identificar o nível de conhecimento do indivíduo, implementar estratégias efetivas e satisfatórias e envolver a rede de apoio social. O propósito dessas ações é fortalecer a adesão ao tratamento e a possibilidade de desfechos positivos⁽¹⁹⁾.

O suporte familiar é um importante fator na adesão ao tratamento. Alguns estudos sugerem que a existência desse suporte seja avaliada pelos profissionais de saúde durante a assistência⁽⁹⁾. Sabendo disso, as práticas de educação em saúde podem ser também voltadas à família, como forma de reforço para a manutenção do tratamento, visto que acabam se tornando uma motivação para as ações de autocuidado. Cabe, portanto, aos profissionais de enfermagem prepararem-se para os possíveis questionamentos e orientações, a fim de exercerem a educação de saúde tão presente na prática laboral e integrar-se como parte do apoio fornecido⁽¹²⁾.

LIMITAÇÕES

As limitações deste estudo referem-se à dificuldade durante a coleta, em virtude da diminuição da população atendida neste setor ambulatorial como consequência da pandemia da COVID-19, enfrentada no início do ano de 2020, que acarretou uma amostra pequena para uma análise estatística mais robusta. Devido a isso, sugere-se a produção de pesquisas com resultados mais abrangentes e fidedignos, com maiores amostras e metodologia longitudinal, por exemplo, que permitam o acompanhamento e a avaliação dos participantes em longo prazo.

CONCLUSÃO

Mediante os resultados do presente estudo, observou-se autocuidado moderado e apoio social elevado. O autocuidado correlacionou-se estatisticamente com o apoio social na dimensão informação, demonstrando que o autocuidado se eleva à medida que o apoio social na dimensão informação aumenta.

Os achados deste estudo são úteis, pois fornecem subsídios para o planejamento e a implementação de novas propostas em planos de cuidado na assistência de enfermagem. Tais planos poderão envolver todas as necessidades clínicas e subjetivas do paciente, abrangendo a sua rede de apoio social, com vistas a fortalecê-la e torná-la uma ferramenta essencial na prevenção da sintomatologia clínica da insuficiência, bem como buscando reduzir o número de internações e complicações.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2022. Geneva: World Health Organization; 2022[citado em 2022 maio 15]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353048/9789240047761-eng.pdf>
2. Brettler JW, Giraldo Arcila G, Aumala T, Best A, Campbell NRC, Cyr S, et al. Fatores impulsionadores e scorecards para melhorar o controle da hipertensão arterial na atenção primária: recomendações do Grupo de Inovação da Iniciativa HEARTS nas Américas. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2022[citado em 2022 maio 15];46:e68. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP2022.68>
3. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, et al. AHA/ACC/HFSA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation [Internet]. 2022[citado em 2022 maio 15];145:e895–e1032. Disponível em: 10.1161/CIR.0000000000001063
4. Agarwal MA, Fonarow GC, Ziaeian B. National trends in heart failure hospitalizations and readmissions from 2010 to 2017. JAMA Cardiol [Internet]. 2021[citado em 2022 maio 15];6:952–6. Disponível em: 10.1001/jamacardio.2020.7472
5. Souza MP, Araújo SM, Dourado MB, Gama GGG. Perfil epidemiológico de idosos com insuficiência cardíaca na unidade de terapia intensiva Rev Enferm Contemp [Internet]. 2017[citado em 2022 maio 15];6(1):42-8. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i1.1164>
6. Lara RAM, Bessa LLC, Silveira AVD, Souza IG, Ferreira GFS, Souza GP, et al. Análise epidemiologia da Insuficiência Cardíaca no Brasil. Braz Med Stud J [Internet]. 2021[citado em 2022 maio 15];6(9). Disponível em: 10.53843/bms.v6i9.224
7. Xavier SO, Ferretti-Rebustini REL. Características clínicas da Insuficiência Cardíaca associadas à dependência funcional admissional em idosos hospitalizados. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2019[citado em 2022 maio 15];27:e3137. Disponível em: 10.1590/1518-8345.2869-3137
8. Cavalcante LM, Lima FET, Custódio IL, Oliveira SKP, Meneses LST, Oliveira ASS, et al. Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018[citado em 2022 maio 15];71(6):2604-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0480>
9. Sousa MM, Campos RP, Oliveira JS, Oliveira SHS. Adesão de pacientes com Insuficiência Cardíaca à terapêutica instituída. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2019 [citado em 2022 maio 20];33. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/30442>
10. Silva MMBS, Marinho CS, Sampaio ES, Silva RS, Pires CGS, Fraga EN. Qualidade de vida de idosos com Insuficiência Cardíaca. Cienc Enferm [Internet]. 2021[citado em 2022 maio 15];27(8). Disponível em: 10.29393/CE27-8QVMM60008
11. Santos PA, Ruschel PP, Pfeifer PM. Apoio Social e Coping em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. Rev SBPH [Internet]. 2021[citado em 2022 maio 15];24(2):151-62. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v24n2/13.pdf>
12. Campelo RC, Silva WC, Batista NJC. Atuação do enfermeiro nas orientações para a prevenção de fatores agravantes na insuficiência cardíaca congestiva: revisão integrativa. Braz J Sug Clin Res [Internet]. 2018[citado em 2022 maio 22];24(2):176-80. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20181006_151416.pdf
13. Bertolucci PHF, Bruchi SMD, Campacci SR, Juliano YO. Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 1994[citado em 2022 maio 15];52(1):01-07. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
14. Feijó MK, Ávila CW, Souza EN, Jaarsma T, Rabelo ER. Adaptação transcultural e validação da European Heart Failure Self-care Behavior Scale para o português do Brasil. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2012[citado em 2022 maio 15];20(5):988-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000500022>
15. Costa FBS, Gama GGG, Mendes AS. Autocuidado de indivíduos com insuficiência cardíaca. Rev Enferm USFM [Internet]. 2020[citado em 2022 maio 15];10:1-16. Disponível em: 10.5902/2179769240711
16. Griep RH, Chor D, Faerstem E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2005[citado em 2022 maio 15];21(3):703-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>
17. Lima RJ, Pimenta CJL, Frazão MCLO, Ferreira GRS, Costa TF, Viana LRC, et al. Functional capacity and social support to people affected by cerebrovascular accident. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019[citado em 2022 maio 15];72(4):868-73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0854>
18. Rohde LE, Montera MW, Bocchi EA, Clausell N, Albuquerque DC, Rassi S. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2018[citado em 2022 maio 15];111(3):436-539. Disponível em: 10.5935/abc.20180190
19. Tinoco JMVP, Figueiredo LS, Flores PVP, Pádua BLR, Mesquita ET, Cavalcanti ACD. Effectiveness of health education in the self-care and adherence of patients with heart failure: a meta-analysis. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2021[citado em 2022 maio 15];29:e3389. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4281.3389>
20. Born MC, Azzolin KO, Souza EN. How long before hospital admission do the symptoms of heart failure decompensation arise? Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2019[citado em 2022 maio 15];27:e3119. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2735.3119>