

Relação entre apoio social percebido e autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca

Relationship between perceived social support and self-care of patients with heart failure
Relación entre el apoyo social percibido y el autocuidado de pacientes con insuficiencia cardíaca

Hector Martins Megiati¹  <https://orcid.org/0000-0002-7265-1238>

Daiane Lopes Grisante²  <https://orcid.org/0000-0002-0200-9987>

Fabio D'Agostino³  <https://orcid.org/0000-0002-4641-604X>

Vinicius Batista Santos²  <https://orcid.org/0000-0001-5130-5523>

Camila Takáo Lopes²  <https://orcid.org/0000-0002-6243-6497>

Como citar:

Megiati HM, Grisante DL, D'Agostino F, Santos VB, Lopes CT. Relação entre apoio social percebido e autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE01296.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A0012966>



Descritores

Insuficiência cardíaca; Psychosocial support systems; Autocuidado; Autogestão; Apoio social

Keywords

Heart failure; Psychosocial support systems; Self-care; Self-management; Social support

Descriptores

Insuficiencia cardiaca; Sistemas de apoyo psicossocial; Autocuidado; Automanejo; Apoyo social

Submetido

16 de Maio de 2021

Aceito

14 de Dezembro de 2021

Autor correspondente

Camila Takáo Lopes
E-mail: ctopes@unifesp.br

Editor Associado (Avaliação pelos pares):

Edvane Birelo Lopes De Domenico
(<https://orcid.org/0000-0001-7455-1727>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Descrever o apoio social percebido e o autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca (IC) e a relação entre essas variáveis.

Métodos: Estudo analítico transversal. Os dados de 74 pacientes hospitalizados com IC foram coletados entre abril de 2019 e março de 2020. O apoio social percebido foi mensurado por meio das dimensões da Escala de Apoio Social *Social Outcomes Study*: emocional/informacional; material; afetivo e interação social positiva. O autocuidado foi avaliado por meio das dimensões da Self-Care of Heart Failure Index v 6.2, (manutenção, manejo e confiança no autocuidado). A correlação entre apoio social e autocuidado foi avaliada pelo teste de Spearman.

Resultados: A maioria dos pacientes era do sexo masculino, com idade média de 61 anos. Os escores médios das dimensões de apoio material, afetivo, emocional/informacional e interação social foram $4,6 \pm 0,8$, $4,7 \pm 0,8$, $4,1 \pm 1,2$ e $4,4 \pm 1,0$, respectivamente. Os escores médios de manutenção, manejo e confiança no do autocuidado foram $47,9 \pm 15,8$, $52,9 \pm 18,2$ e $73,8 \pm 21,8$, respectivamente. Os níveis de confiança no autocuidado tiveram correlações positivas com os níveis de apoio social: interação social ($r=0,32$, $p<0,01$), afetivo ($r=0,33$, $p<0,003$) e emocional/informacional ($r=0,28$, $p<0,002$).

Conclusão: Embora a confiança no autocuidado tenha sido adequada, a manutenção e manejo do autocuidado foram inadequados. Níveis mais altos de apoio afetivo, emocional/informacional e de interação social correlacionaram-se com níveis mais altos de confiança no autocuidado. Esses dados podem servir de apoio para o planejamento de intervenções pela equipe de saúde, de forma a melhorar tanto o apoio social quanto a confiança no autocuidado.

Abstract

Objective: To describe perceived social support and self-care of patients with heart failure (HF) and the relationship between these variables.

Methods: An analytical, cross-sectional study. Data were collected from 74 patients hospitalized with HF between April 2019 and March 2020. Perceived social support was measured through the dimensions of the Social Outcomes Study Social Support Scale: emotional/informational; tangible; affectionate and positive social interaction. Self-care was assessed through the dimensions of the Self-Care of Heart Failure Index v 6.2, (self-care maintenance, management, and confidence). The correlation between social support and self-care was evaluated by the Spearman's test.

Results: Most patients were male, with a mean age of 61 years. The mean scores for tangible, affectionate, emotional/informational and positive social interaction were 4.6 ± 0.8 , 4.7 ± 0.8 , 4.1 ± 1.2 and 4.4 ± 1.0 ,

¹Instituto do Coração, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

²Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³Saint Camillus International University of Health Sciences, Roma, Itália.

Conflitos de interesse: embora Lopes CT seja Editora Associada da Acta Paulista de Enfermagem, ela não participou do processo de avaliação pelos pares que resultou na aprovação do seu artigo.

respectively. Self-care maintenance, management and confidence mean scores were 47.9 ± 15.8 , 52.9 ± 18.2 and 73.8 ± 21.8 , respectively. The levels of self-care confidence were positively correlated with the levels of social support: social interaction ($r=0.32$, $p < 0.01$), affectionate ($r=0.33$, $p < 0.003$) and emotional/informational ($r=0.28$, $p < 0.002$).

Conclusion: Although self-care confidence was adequate, self-care maintenance and management were inadequate. Higher levels of affectionate, emotional/informational and social interaction support were correlated with higher levels of self-care confidence. These data can support the planning of interventions that improve both social support and self-care confidence by the healthcare team.

Resumen

Objetivo: Describir el apoyo social percibido y el autocuidado de pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) y la relación entre estas variables.

Métodos: Estudio analítico transversal. Los datos de 74 pacientes hospitalizados con IC fueron recopilados entre abril de 2019 y marzo de 2020. El apoyo social percibido fue medido a través de las dimensiones de la Escala de Apoyo Social *Outcomes Study*: emocional/informativo, material, afectivo e interacción social positiva. El autocuidado fue evaluado por medio de las dimensiones del Self-Care of Heart Failure Index v 6.2 (manutención, manejo y confianza en el autocuidado). La correlación entre apoyo social y autocuidado fue evaluada por la prueba de Spearman.

Resultados: La mayoría de los pacientes era de sexo masculino, de 61 años de edad promedio. La puntuación promedio de la dimensión apoyo material fue $4,6 \pm 0,8$, afectivo $4,7 \pm 0,8$, emocional/informativo $4,1 \pm 1,2$ e interacción social $4,4 \pm 1,0$. La puntuación promedio de manutención del autocuidado fue $47,9 \pm 15,8$, manejo $52,9 \pm 18,2$ y confianza $73,8 \pm 21,8$. Los niveles de confianza en el autocuidado tuvieron correlaciones positivas con los niveles de apoyo social: interacción social ($r=0,32$, $p < 0,01$), afectivo ($r=0,33$, $p < 0,003$) y emocional/informativo ($r=0,28$, $p < 0,002$).

Conclusión: A pesar de que la confianza en el autocuidado haya sido adecuada, la manutención y el manejo del autocuidado fueron inadecuados. Niveles más altos de apoyo afectivo, emocional/informativo y de interacción social se correlacionaron con niveles más altos de confianza en el autocuidado. Estos datos pueden servir para respaldar la planificación de intervenciones por parte del equipo de salud, a fin de mejorar tanto el apoyo social, como la confianza en el autocuidado.

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) é a principal causa de internação por doenças cardiovasculares, com altos custos relacionados, de 1,52 bilhão de reais entre janeiro de 2017 a dezembro de 2021. No mesmo período, houve mais de 937 mil internações e cerca de 109.858 mil óbitos pela doença no sistema público de saúde no Brasil.⁽¹⁾

O tratamento da IC é complexo e inclui múltiplas medicações, além de mudanças no estilo de vida, incluindo restrição hídrica e salina, ingestão limitada de gordura saturada e bebidas alcoólicas, cessação do tabagismo, equilíbrio entre atividade e repouso, vacinação contra gripe e pneumonia.⁽²⁾ Dada a complexidade do tratamento, o autocuidado eficaz do paciente é essencial. O autocuidado na insuficiência cardíaca é definido como “um processo naturalista de tomada de decisão que influencia ações que mantêm a estabilidade fisiológica, facilitam a percepção dos sintomas e direcionam o manejo desses sintomas”.⁽³⁾ Melhor autocuidado na IC se associa a melhores resultados, incluindo menos reinternações,^(4,5) melhor qualidade de vida^(6,7) e redução da mortalidade.⁽⁴⁾

Diversas variáveis podem influenciar o nível de autocuidado na IC, incluindo níveis mais altos de apoio social, que influenciam positivamente a con-

fiança no autocuidado^(8,9) e os comportamentos de manutenção e manejo do autocuidado.⁽¹⁰⁻¹²⁾ A percepção de apoio social é definida por meio de dois aspectos: percepção da disponibilidade de apoio funcional e percepção da disponibilidade de apoio estrutural. Sherbourne & Stewart⁽¹³⁾ definem apoio funcional como “o grau pelo qual as relações interpessoais servem a funções particulares”, incluindo cinco dimensões: apoio emocional, apoio informativo, apoio material, interação social positiva e apoio afetivo.

O apoio emocional envolve a expressão de afeto positivo, compreensão empática e encorajamento de expressões de sentimentos; o apoio informativo inclui a oferta de aconselhamento, informação, orientação ou feedback; o apoio material compreende o fornecimento de ajuda material ou assistência comportamental; interação social positiva indica a disponibilidade de outras pessoas para fazer coisas divertidas; apoio afetivo são expressões de amor e carinho. O apoio estrutural é definido como “a existência e a quantidade de relações sociais e a interconectividade das relações sociais de uma pessoa ou rede social”. No entanto, Sherbourne & Stewart⁽¹³⁾ afirmam que a mensuração do apoio estrutural pode ser tendenciosa, pois a quantidade de relacionamentos sociais pode não indicar um suporte real (por exemplo, relacionamentos sociais ou rede so-

cial podem estar relacionados apenas às atividades de trabalho).

De acordo com o *International Center for Self-Care Research*, a influência de outras pessoas (parceiros de cuidados, família, pares e profissionais de saúde) no autocuidado é uma grande lacuna de conhecimento no assunto que deve ser abordada.⁽¹⁴⁾ As relações entre o apoio social e o nível de autocuidado ainda são escassas, principalmente em pacientes com IC.⁽⁵⁾ No Brasil, foi encontrado apenas um estudo⁽¹⁵⁾ avaliando o apoio social de pacientes com IC e sua relação com o autocuidado. No entanto, os autores não mensuraram diferentes aspectos do apoio social por meio de um instrumento padronizado. Esses estudos poderiam determinar quais dimensões do apoio social estão mais relacionadas aos comportamentos de autocuidado, orientando assim, abordagens terapêuticas mais preditivas e assertivas. Com a hipótese de que indivíduos com maiores níveis de percepção de apoio social são capazes de realizar melhor autocuidado, o objetivo deste estudo foi descrever o apoio social percebido e o autocuidado de pacientes com IC e a relação entre essas variáveis.

Métodos

Estudo transversal, analítico, estruturado de acordo com as diretrizes STROBE e conduzido em um hospital universitário de grande porte da região metropolitana de São Paulo, SP, Brasil.

A população foi composta por pacientes com idade ≥ 18 anos e diagnóstico de IC crônica, conforme relatado em seus prontuários. Os critérios de inclusão da amostra de conveniência foram: saber ler e período de internação no hospital entre abril de 2019 e março de 2020. Os critérios de exclusão foram: apresentar quadro clínico incompatível com a participação no estudo (dor torácica, dispneia e/ou hipotensão sintomática) no momento da coleta de dados; residente em instituição de longa permanência; estar em precaução de contato; incapacidade de realizar atividades da vida diária (AVD) por motivo de acidente vascular cerebral ou demência.

Os dados sociodemográficos e clínicos para fins descritivos foram obtidos na admissão do paciente

por meio da análise de prontuários e entrevistas. Os dados sociodemográficos incluíram sexo, idade, etnia autorreferida, escolaridade, estado civil, estado de coabitação (número de pessoas vivendo na mesma residência), número de dependentes, situação profissional, renda familiar e religião.

As variáveis clínicas incluíram: Miniexame do Estado Mental (MEEM) – a pontuação varia de um a 30, sendo que pontuações mais baixas indicam problemas cognitivos mais graves e pontuação ≥ 24 é considerada normal;⁽¹⁶⁾ etiologia da IC; classe funcional de acordo com classificação da *New York Heart Association*; estadiamento da IC; perfil de descompensação hemodinâmica; fração de ejeção do ventrículo esquerdo; número de internações por descompensação da IC no ano anterior; tempo desde o diagnóstico médico; Índice de Comorbidade de Charlson (ICC): 17 comorbidades recebem um peso de um a seis, com base no risco de mortalidade em um ano. A soma das pontuações ponderadas de comorbidade resulta em uma pontuação resumida.⁽¹⁷⁾

A capacidade para realizar AVD foi mensurada pelo Índice de Katz, que classifica a independência para realizar seis funções: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação. Uma pontuação de 6 indica independência total, 4 indica comprometimento moderado e 2 ou menos indica comprometimento funcional grave.⁽¹⁸⁾

O suporte social funcional foi medido por meio da Escala de Apoio Social – MOS-SSS (*Medical Outcomes Study*).⁽¹³⁾ A Escala MOS-SSS é um questionário autoaplicável de 19 itens, que abrange quatro dimensões: apoio emocional/informativo (8 itens), apoio material (4 itens), apoio afetivo (3 itens), interação social positiva (3 itens) mais um item adicional (“Alguém com quem distrair a cabeça”). Os pacientes indicam sua resposta em uma escala tipo Likert de 5 pontos: 1 (Nunca); 2 (Raramente); 3 (Às vezes); 4 (Quase sempre) e 5 (Sempre).⁽¹³⁾ A pontuação para cada dimensão varia de 1 a 5, pontuações mais altas indicam uma melhor percepção de apoio. A versão em português da Escala MOS-SSS apresenta confiabilidade⁽¹⁹⁾ e validade de construto adequadas.⁽²⁰⁾

O autocuidado foi medido pela *Self-Care of Heart Failure Index* - SCHFI versão 6.2, que com-

prende 22 itens distribuídos em três dimensões: manutenção do autocuidado (10 itens), manejo do autocuidado (6 itens) e confiança no autocuidado (6 itens). As respostas para cada item variam de “nunca ou raramente” a “sempre ou diariamente” na escala de manutenção do autocuidado; “pouco provável” a “muito provável” na escala de manejo do autocuidado; e “não confiante” a “extremamente confiante” na escala de confiança no autocuidado.⁽²¹⁾ Os pacientes considerados com altos níveis de manutenção do autocuidado são os que mantêm um estilo de vida saudável, aderem ao tratamento e monitoram seus sintomas. Por outro lado, o manejo no autocuidado está relacionado ao processo de tomada de decisão em resposta aos sintomas. Por fim, a confiança no autocuidado é um importante fator de influência na efetividade do autocuidado.⁽²¹⁾

Os escores totais de cada dimensão são padronizados para variar de 0 a 100; pontuações mais altas refletem maior capacidade de autocuidado. O autocuidado é considerado adequado quando todas as escalas apresentam escores ≥ 70 .⁽²¹⁾ A versão brasileira do SCHFI v. 6.2 apresentou adequadas evidências de validade convergente, validade de estrutura interna e confiabilidade.⁽²²⁾ Os autores recomendam que cada escala seja administrada separadamente, e que a escala de manejo no autocuidado seja aplicada apenas aos pacientes que apresentaram dispnéia ou edema de membros inferiores no mês anterior. Todas as instruções para pontuação foram seguidas.⁽²¹⁾

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional (Protocolos nº 3.272.181 e 3.647.549). O anonimato e a confidencialidade foram garantidos aos participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados foi realizada no SPSS versão 22.0. A distribuição dos dados foi analisada pelo teste de Shapiro Wilk. Os dados qualitativos foram sumarizados por meio de números absolutos e frequências relativas e os dados quantitativos por meio de medidas de tendência central (média ou mediana) e dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil). Dados ausentes foram anotados. Como não houve normalidade na distribuição de dados das dimensões de apoio social e autocuidado, o teste de correlação de Spearman foi usado para avaliar

a correlação. Correlações com rho de Spearman de 0,1 a 0,29, 0,30 a 0,49 e $\geq 0,50$ foram consideradas fracas, moderadas e fortes, respectivamente.⁽²³⁾ O nível de significância adotado foi de 0,05.

Resultados

Noventa e sete pacientes foram avaliados quanto à elegibilidade no período. Vinte e dois foram excluídos por estarem em precaução de contato, seis estavam hemodinamicamente instáveis e três se recusaram a participar. Portanto, nossa amostra foi composta por 74 pacientes. As características sociodemográficas e clínicas estão apresentadas na tabela 1. A maioria dos pacientes era do sexo masculino, média de idade correspondente à faixa etária dos idosos, variando de 28 a 87 anos, branca, católica, casada, com até sete coabitantes, desempregada, renda familiar amplamente variável e até quatro dependentes. A principal etiologia da IC foi valvar, houve grande variação no tempo decorrido entre o diagnóstico e a coleta de dados, e a maioria foi internada com perfil hemodinâmico B. Somente 37 pacientes tinham informação sobre a classe funcional da IC em seus prontuários, dentre os quais, a maioria estava em classe funcional III e apenas sete tinham informação sobre o estágio da IC - a maioria no estágio C. Os pacientes tinham sido internados até quatro vezes no ano anterior e apresentavam baixa fração de ejeção do ventrículo esquerdo. Em especial, 67,6% apresentavam pelo menos uma comorbidade, e o ICC chegou a 5. A mediana da pontuação do MEEM foi baixa e a maioria era independente para AVD.

Os resultados do apoio social são apresentados na tabela 2. A dimensão emocional/informacional obteve a menor pontuação, principalmente a baixa frequência com que os pacientes tiveram alguém para dar bons conselhos sobre uma crise. O apoio afetivo foi a dimensão com maior média de pontuação, principalmente a alta frequência com que os pacientes tinham alguém que lhes demonstrasse amor e carinho, amasse e fizesse com que se sentissem queridos.

Os domínios manutenção do autocuidado, manejo do autocuidado e confiança no autocuidado

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com insuficiência cardíaca (n=74)

Variáveis	Total
Sexo masculino, n(%)	50(67,57)
Idade, média±DP	60,86±12,90
Etnia, n(%)	
Branco	47(63,51)
Negro	20(27,03)
Asiático	7(9,46)
Religião, n(%)	
Católica	45(60,81)
Evangélica	17(22,97)
Nenhuma	6(8,11)
Espírita	4(5,41)
Afro-brasileira	1(1,35)
Educação (anos), mediana (Q1-Q3) ¹	7(4-11)
Renda familiar (R\$), mediana (mín-máx) ²	2.000,00 (600,00 – 18.000,00)
Estado civil, n(%)	
Casado	48(64,86)
Divorciado	17(22,97)
Solteiro	9(12,17)
Desempregado, n(%)	46(62,16)
Etiologia ³ , n(%)	
Valvar	19(38,78)
Outras	11(22,45)
Isquêmica	10(20,41)
Hipertensa	5(10,20)
Chagásica	4(8,16)
Classe funcional ⁴ , n(%)	
III	24(64,86)
IV	13(35,14)
Perfil hemodinâmico ⁵ , n(%)	
B	27(56,25)
L	11(22,92)
C	9(18,75)
A	1(2,08)
Fração de ejeção do ventrículo esquerdo, média±DP ⁶	41,37±15,16
Interação hospitalar anterior, n(%)	
Nenhuma	55(74,32)
1	11(14,86)
2	2(2,70)
3	5(6,76)
4	1(1,35)
Índice de Katz, n(%)	
0	46(62,16)
1	12(16,22)
2	5(6,76)
3	4(5,41)
4	3(4,05)
Índice de comorbidade de Charlson, mediana (mín-máx)	1(0-5)
Tempo de diagnóstico de IC (meses), mediana (Q1-Q3) ⁷	78 (4,3-189,0)
Miniexame do estado mental, média±DP	22,5±4,2

Q1 - primeiro quartil; Q3 - terceiro quartil; DP – desvio padrão. ¹Dados de 73 pacientes; ²Dados de 37 pacientes; ³Dados de 49 pacientes; ⁴Dados de 70 pacientes; ⁵Dados de 37 pacientes; ⁶Dados de 48 pacientes; ⁷Dados de 59 pacientes

tiveram pontuações medianas de 46,6 (IIQ 19,9), 50,2 (IIQ 25,0) e 77,8 (IIQ 23,6), respectivamente. Oito (10,8%), 17 (23,0%) e 51 (68,9%) pacientes apresentaram níveis de manutenção do autocuida-

Tabela 2. Apoio social percebido dos pacientes com insuficiência cardíaca (n=74)

Itens da Escala de Apoio Social-MOS-Social	Média (DP)	Mediana (IIQ)
Com quantos parentes se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?	4,7(5,5)	3,0(3,0)
Com quantos amigos você se sente à vontade e e pode falar sobre quase tudo?	3,9(5,6)	2,0(5,0)
Se precisar, com que frequência conta com alguém...		
Apoio material	4,6(0,8)	5,0(0,5)
Que o ajude se você ficar de cama	4,5(1,1)	5,0(0)
para levá-lo ao médico	4,6(0,9)	5,0(0)
para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las	4,6(0,9)	5,0(0)
para ajuda-lo nas tarefas diárias se você ficar doente	4,5(1,2)	5,0(0)
Apoio afetivo	4,7(0,8)	5,0(0)
que demonstre amor e afeto por você	4,7(0,9)	5,0(0)
que lhe dê um abraço	4,6(0,9)	5,0(0)
que você ame e que faça você se sentir querido	4,7(0,9)	5,0(0)
Apoio emocional/informacional	4,1(1,2)	4,6(1,2)
para ouvi-lo quando você precisar falar	4,2(1,3)	5,0(2,0)
para dar bons conselhos em uma situação de crise	3,8(1,7)	5,0(3,0)
para lhe dar informação que o ajude a compreender uma determinada situação	4,2(1,3)	5,0(1,0)
em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas	4,4(1,3)	5,0(0)
de quem realmente quer conselhos	3,8(1,7)	5,0(3,0)
para compartilhar seus medos e preocupações mais íntimos	4,2(1,5)	5,0(1,0)
para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal	4,2(1,5)	5,0(1,0)
que compreenda seus problemas	4,3(1,4)	5,0(0,3)
Interação social positiva	4,4(1,0)	5,0(1,0)
para divertirem-se juntos	4,2(1,4)	5,0(2,0)
com quem relaxar	4,4(1,1)	5,0(1,0)
para fazer coisas agradáveis	4,5(1,1)	5,0(0)
Item adicional		
com quem distrair a cabeça	4,4(1,2)	5,0(0,3)
Pontuação total	4,4(0,9)	4,8(0,8)

DP – desvio padrão; IIQ – intervalo interquartil

do, manejo do autocuidado e confiança no autocuidado ≥ 70 , respectivamente.

Em relação aos comportamentos desfavoráveis de manutenção do autocuidado dos pacientes, a maioria nunca ou raramente se pesou (n=34, 45,9%), realizou alguma atividade física (n=50, 67,6%), se exercitou por 30 minutos (n=53, 71,6%), pediu itens com baixo teor de sal ao comer fora ou visitar outras pessoas (n=60, 81,1%) e esqueceu sempre ou diariamente de tomar um de seus medicamentos (n=60, 81,1%). Como comportamentos favoráveis, a maioria dos pacientes sempre ou diariamente checava o inchaço de seus tornozelos (n=32, 43,2%), tentava evitar adoecer (n=46, 62,2%), mantinha consultas médicas ou de enfermagem (n=59, 79,7%) e ingeria uma dieta pobre em sal (n=48, 64,9%).

Em relação ao manejo do autocuidado, 58 pacientes (78,4%) apresentaram dificuldade para respirar ou inchaço no tornozelo no último mês. Destes, 46,6% (n=27) não os reconheceram e apenas 13,8% (n=8) os reconheceram imediatamente. A maioria dos pacientes relatou que, se tivesse dificuldade para respirar ou inchaço no tornozelo, era muito provável que reduzisse o sal na dieta (55,4%) ou a ingestão de líquidos (39,2%) e ligasse para seus médicos ou enfermeiros solicitando orientação (64,9%), mas não era provável que tomassem um comprimido diurético extra (91,9%). Em relação à medicação que usaram na última vez em que tiveram dificuldade para respirar ou inchaço no tornozelo, 56,8% dos pacientes tinham certeza absoluta de que tal medicamento os havia ajudado.

Em relação à confiança no autocuidado, 31,1% dos pacientes não estavam confiantes em manter-se livres de sintomas de IC, porém 28,4% sentiam-se muito confiantes nessa possibilidade. A maioria dos pacientes sentiu-se extremamente confiante em seguir as orientações de tratamento recebidas (71,6%), avaliando a importância de seus sintomas (70,3%), reconhecendo alterações em sua saúde caso ocorressem (66,2%), fazendo algo que aliviasse seus sintomas (51,4%) e avaliando a eficácia de um medicamento (56,8%).

A Tabela 3 mostra os resultados da correlação entre os domínios SCHFI v. 6.2 e as dimensões da Escala MOS-SSS. Foram identificadas correlações positivas, moderadas e significativas entre as pontuações de confiança no autocuidado e as pontuações de apoio afetivo e de interação social. Foi encontrada uma correlação positiva, fraca e significativa entre o domínio informacional/emocional e as pontuações de confiança no autocuidado. Portanto, quanto maiores os níveis de apoio emocional, afetivo e de interação social percebidos, maior o nível de confiança no autocuidado.

Tabela 3. Correlação entre apoio social percebido e nível de autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca (n=74)

Dimensão da Escala de Apoio Social - <i>Medical Outcomes Study</i>	Dimensão do Autocuidado na Insuficiência Cardíaca* (coeficiente rho de Spearman)		
	Manutenção	Manejo	Confiança
Material	-0,03	0,11	0,35
Emocional/Informacional	0,06	-0,07	0,28 [†]
Afetivo	-0,05	-0,02	0,33 [‡]
Interação social	0,02	0,01	0,32 [§]

[†]p=0,002; [‡]p=0,003; [§]p=0,01; *Dimensão da Escala de Confiança no Autocuidado na Insuficiência Cardíaca - v. 6.2

Discussão

O conhecimento sobre os níveis de autocuidado na IC e fatores que influenciam esses níveis é essencial para direcionar as intervenções educativas e melhorar os desfechos em saúde. Apesar de o apoio social ter sido identificado anteriormente como fator relacionado ao autocuidado na IC,^(5,8-11,15) no Brasil, as múltiplas dimensões do apoio social, conforme mensuração por instrumento validado, e sua relação com o autocuidado não foram exploradas. Em nosso estudo, embora a maioria dos pacientes fosse independente para as AVD e apresentasse níveis adequados de confiança no autocuidado e apoio social, a manutenção da estabilidade fisiológica (adesão às medidas de autocuidado) e tomada de decisão em resposta aos sintomas quando estes ocorressem (manejo do autocuidado) foram inadequadas. Além disso, os níveis de confiança tiveram correlação significativa com algumas dimensões do apoio social.

No estudo brasileiro de Conceição et al.,⁽²⁴⁾ 6,9%, 14,7% e 19,0% dos pacientes com IC apresentaram níveis adequados de manutenção, manejo e confiança do autocuidado, respectivamente. Logo, a baixa proporção de pacientes com manutenção e manejo adequado do autocuidado no Brasil é alarmante, o que foi confirmado em nossa amostra. Curiosamente, a maioria de nossos pacientes apresentou adequada confiança no autocuidado em vários aspectos, exceto em manter-se livre de sintomas de IC. Como essa foi uma amostra de pacientes hospitalizados, sua falta de confiança pode ter sido influenciada pela alta prevalência de dificuldade para respirar ou edema de tornozelo, com início no mês anterior à coleta de dados.

Contrariamente ao nosso estudo, Buck et al.⁽²⁵⁾ identificaram baixo nível de confiança associado a menores níveis de manutenção e manejo. Os maiores níveis de confiança em nossa amostra em comparação aos de Buck et al.⁽²⁵⁾ podem estar relacionados à menor média de idade e menor prevalência de comorbidades em nossa amostra, em relação aos valores médios encontrados por Buck et al.⁽²⁵⁾ Dickson et al.⁽²⁶⁾ também encontraram baixos níveis de confiança, manutenção e manejo do autocuidado em 30 pacientes com IC com média de idade se-

melhante à de nossa amostra. Os maiores níveis de confiança em nossa amostra podem se dever ao fato de a maioria de nossos pacientes serem independentes para as AVD, enquanto o funcionamento físico na amostra de Dickson et al.⁽²⁶⁾ estava moderadamente comprometido.

Nos estudos brasileiros de Conceição et al.⁽²⁴⁾ e Cunha et al.⁽²⁵⁾, realizados com 116 e 186 pacientes com IC, respectivamente, também foram encontrados níveis inadequados de manutenção, manejo e confiança do autocuidado, semelhante aos achados de Buck et al.⁽²⁶⁾ Apesar de os participantes do estudo de Conceição et al.⁽²⁾ apresentarem média de idade semelhante à de nossa amostra, a escolaridade média e o tempo médio de diagnóstico foram inferiores aos encontrados em nossos pacientes. Notadamente, indivíduos com maior escolaridade e menor tempo de diagnóstico são mais propensos a aderirem ao autocuidado do que aqueles com menor escolaridade.⁽²⁷⁻²⁹⁾

Além disso, a proporção de pacientes casados em nossa amostra foi maior do que nos estudos de Buck et al.⁽²⁵⁾ e de Conceição et al.⁽²⁴⁾. Ter um parceiro está associado a melhor confiança e manutenção do autocuidado da IC.^(9,28,29) Isso também poderia explicar porque nossos pacientes apresentaram nível mais elevado de confiança no autocuidado em comparação com o estudo de Buck et al.⁽²⁵⁾ Na amostra de Buck et al.,⁽²⁶⁾ a maioria dos pacientes era economicamente ativa, enquanto em nossa amostra, a maioria era economicamente inativa, o que pode estar associado a um baixo nível de manejo do autocuidado.⁽³⁰⁾

Nossos dados mostram uma correlação positiva entre o apoio social e a confiança no autocuidado. Da mesma forma, Chamberlain et al.,⁽³¹⁾ encontraram a confiança como única variável significativamente relacionada ao apoio social percebido entre 121 pacientes com IC. Semelhante aos nossos achados, Fivecoat, Sayers, & Riegel⁽⁸⁾ verificaram que os níveis de manutenção e manejo do autocuidado de pacientes com IC não atingiram o nível de corte de 70, apesar de terem encontrado níveis aceitáveis de confiança no autocuidado. Além disso, esses autores constataram uma associação independente entre o apoio material e emocional, com médias mais elevadas de níveis de confiança, o que também é corroborado por nossos achados.

Gallagher, Luttk, & Jaarsma⁽³²⁾ constataram que ter um parceiro e perceber o apoio desse parceiro como alto estão associados a melhor autocuidado na IC, especificamente uma maior chance de consultar profissionais de saúde ao ganhar peso, limitar a quantidade de ingestão de líquidos, tomar medicamentos, vacinar-se contra a gripe e exercitar-se regularmente. No Brasil, também foi demonstrado que morar com companheiro associou-se significativamente ao apoio familiar e social forte/moderado, além de maior conhecimento sobre IC e adesão à vacinação.⁽³³⁾ Assim, intervenções que fortalecem o apoio social aumentam os níveis de manutenção e confiança no autocuidado da IC.⁽¹²⁾ Uma vez que, em nossa amostra, a proporção de pacientes que contavam com alguém para dar bons conselhos em uma situação de crise ou alguém cujo conselho eles realmente desejavam foi baixa, intervenções que incluam o ensino de habilidades comunicativas eficazes para familiares, amigos e pacientes podem melhorar o apoio social e, conseqüentemente, o autocuidado. Particularmente, uma revisão sistemática mostra que componentes importantes das intervenções de autocuidado diádico direcionadas a pacientes com IC e seus cuidadores informais incluem o apoio social formal e informal de longa data durante a trajetória da doença.⁽³⁴⁾

Em um acompanhamento de seis meses de 280 pacientes com IC, Fivecoat, Sayers, & Riegel⁽⁸⁾ identificaram que pacientes com melhor apoio emocional e material tiveram confiança mais elevada e aqueles com apoio emocional mostraram melhor monitoramento e confiança no autocuidado. Os autores incentivam intervenções envolvendo familiares e outras pessoas importantes para melhorar o autocuidado. De fato, outros estudos mostraram que incorporar familiares de pacientes com IC ou outros indivíduos significativos em intervenções educacionais aumenta a confiança no autocuidado.⁽³⁵⁾ Na Arábia Saudita, o autocuidado percebido de pacientes com IC melhorou com um programa de apoio social multidisciplinar. O programa incluiu uma intervenção educativa composta por palestras presenciais e folhetos entregues por profissionais de saúde, seguidas de interação social em grupo com outros pacientes conduzida por enfermeiros, em que estes puderam compartilhar seus sentimentos, expectativas, dificuldades e esforços.⁽³⁶⁾

No Brasil, as intervenções “Ensino: Processo da Doença”, “Educação em Saúde” e “Cuidados Cardíacos”, da Classificação das Intervenções de Enfermagem, foram implementadas presencialmente a pacientes com IC diagnosticados com Controle ineficaz da Saúde, de acordo com a classificação NANDA-I, durante seis consultas de enfermagem conduzidas duas vezes por mês. Esses encontros presenciais foram intercalados com ligações telefônicas. As intervenções melhoraram significativamente os resultados “Autocontrole da doença cardíaca” e “Comportamento de adesão”, da Classificação dos Resultados de Enfermagem.⁽³⁷⁾ Em quatro meses de seguimento, outro estudo brasileiro mostrou que a educação por telefone foi eficaz para melhorar a autocuidado da IC.⁽³⁸⁾ Portanto, implementar educação presencial e por telefone para melhorar o autocuidado na IC é viável no Brasil.

Particularmente considerando os déficits específicos de autocuidado em nossa amostra, alguns aspectos educacionais para cuidadores recomendados pela *American Heart Association* seriam relevantes: estimular atividades apropriadas ao estágio da doença, incluindo caminhada, exercícios de equilíbrio e fortalecimento; pesar diariamente para monitorar a retenção de líquidos; ajudar a fazer compras e cozinhar refeições saudáveis para o coração; obter medicamentos prescritos na farmácia; preparar organizadores semanais em *tablets*; lembrar e gerenciar recargas de comprimidos.⁽³⁹⁾ Portanto, os enfermeiros devem estar cientes da importância de acompanhar e mensurar o nível de autocuidado de pacientes internados por descompensação de IC, de forma a melhor prepará-los para alta, incluindo seus cuidadores.⁽²⁵⁾ Neste contexto, é relevante considerar que os próprios cuidadores podem ter limitações relacionadas ao letramento em saúde.⁽⁴⁰⁾ Ademais, em uma era tecnológica, em que há tentativas cada vez mais frequentes de uso de tecnologias móveis e sem fio (tecnologia baseada em mHealth) para promoção do autocuidado, deve-se estar ciente de que a qualidade de evidências para uso dessas tecnologias com pacientes com IC é muito baixa, de acordo com revisão sistemática recente.⁽⁴¹⁾ A despeito disso, o desenvolvimento de aplicativos focados

no paciente está em curso, com impactos positivos no autocuidado.⁽⁴²⁾

Nossos resultados são limitados, pois o estudo foi realizado em um único centro na região mais rica do país, com tamanho amostral limitado, o que não permite generalizações. Alguns dados estavam faltantes nos prontuários, o que pode ter impactado na caracterização sociodemográfica e clínica. Além disso, os resultados da confiança no autocuidado podem ter sido influenciados pela desejabilidade social. No entanto, este é o primeiro estudo a investigar a relação entre diferentes dimensões do apoio social medido por um instrumento padronizado e o autocuidado em pacientes com IC no Brasil.

Conclusão

Embora a confiança no autocuidado tenha sido adequada, a manutenção e o manejo foram inadequados. Níveis mais altos de apoio afetivo, emocional/informacional e de interação social tiveram correlação positiva com níveis mais altos de confiança no autocuidado. Esses dados apoiam a avaliação sistemática do autocuidado e apoio social em pacientes com IC, a busca ativa de pacientes com comportamentos inadequados de autocuidado, bem como o planejamento e implementação de intervenções para melhorar a confiança no autocuidado, incluindo a testagem de provisão de cuidado orientado por tecnologia. Embora melhorias na manutenção e manejo do autocuidado pareçam exigir a manipulação de variáveis adicionais, futuros estudos multicêntricos com amostras maiores e análises multivariadas devem investigar melhor a relação entre apoio social e autocuidado em pacientes brasileiros com IC.

Agradecimentos

Hector Martins Megiati recebeu bolsa de iniciação científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Processo nº. 2018/26448-1.

Colaborações

Megiati HM, Grisante DL, D'Agostino F, Santos VB e Lopes CT contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Morbidade hospitalar do SUS. Insuficiência cardíaca. Brasília (DF): Ministério da saúde; 2021 [citado 2021 Jul 17]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>
2. Cavalcante AM, Lopes CT, Brunori EF, Swanson E, Moorhead SA, Bachion MM, et al. Self-Care Behaviors in Heart Failure. *Int J Nurs Knowl*. 2018;29(3):146-55. Review.
3. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. *J Cardiovasc Nurs*. 2008;23(3):190-6. Review.
4. Lee CS, Bidwell JT, Paturzo M, Alvaro R, Cocchieri A, Jaarsma T, et al. Patterns of self-care and clinical events in a cohort of adults with heart failure: 1 year follow-up. *Heart Lung*. 2018;47(1):40-6.
5. Graven LJ, Grant JS. Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: an integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(2):320-33. Review.
6. Vellone E, Fida R, Ghezzi V, D'Agostino F, Biagioli V, Paturzo M, et al. Patterns of Self-care in adults with heart failure and their associations with sociodemographic and clinical characteristics, quality of life, and hospitalizations: a cluster analysis. *J Cardiovasc Nurs*. 2017;32(2):180-9.
7. Kessing D, Denollet J, Widdershoven J, Kupper N. Self-care and health-related quality of life in chronic heart failure: a longitudinal analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2017;16(7):605-13.
8. Fivecoat HC, Sayers SL, Riegel B. Social support predicts self-care confidence in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2018;17(7):598-604.
9. Hammash MH, Crawford T, Shawler C, Schrader M, Lin CY, Shewekah D, et al. Beyond social support: Self-care confidence is key for adherence in patients with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2017;16(7):632-7.
10. Chen Y, Zou H, Zhang Y, Fang W, Fan X. Family caregiver contribution to self-care of heart failure: an application of the information-motivation-behavioral skills model. *J Cardiovasc Nurs*. 2017;32(6):576-83.
11. Koirala B, Dennison Himmelfarb CR, Budhathoki C, Davidson PM. Heart failure self-care, factors influencing self-care and the relationship with health-related quality of life: a cross-sectional observational study. *Heliyon*. 2020;6(2):e03412.
12. Graven LJ, Gordon G, Keltner JG, Abbott L, Bahorski J. Efficacy of a social support and problem-solving intervention on heart failure self-care: a pilot study. *Patient Educ Couns*. 2018;101(2):266-75. Erratum in: *Patient Educ Couns*. 2019;102(8):1575-6.
13. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991;32(6):705-14.
14. Riegel B, Dunbar SB, Fitzsimons D, Freedland KE, Lee CS, Middleton S, et al. Self-care research: where are we now? Where are we going? *Int J Nurs Stud*. 2021;116:103402.
15. Trojahn MM, Ruschel KB, Nogueira de Souza E, Mussi CM, Naomi Hirakata V, Nogueira Mello Lopes A, et al. Predictors of better self-care in patients with heart failure after six months of follow-up home visits. *Nurs Res Pract*. 2013;2013:254352.
16. Pezzotti P, Scalmana S, Mastromattei A, Di Lallo D; Progetto Alzheimer Working Group. The accuracy of the MMSE in detecting cognitive impairment when administered by general practitioners: a prospective observational study. *BMC Fam Pract*. 2008;9:29.
17. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40(5):373-83.
18. Lino VT, Pereira SR, Camacho LA, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):103-12.
19. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica*. 2003;19(2):625-34.
20. Griep RH, Chor D, Faerstein 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 Saude Publica*. 2005;21(3):703-14.
21. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. *J Cardiovasc Nurs*. 2009;24(6):485-97.
22. Ávila CW. Adaptação transcultural e validação da Self-Care of Heart Failure Index versão 6.2 para uso no Brasil [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
23. Cohen J. *No TiStatistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988. 579 p.
24. Conceição AP, Santos MA, Santos B, Cruz DA. Self-care in heart failure patients. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(4):578-86.
25. Cunha DC, Rossi LA, Dessote CA, Bolela F, Dantas RA. Evolution of self-care in patients with heart failure at the first outpatient return and three months after hospital discharge. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021;29:e3440.
26. Buck HG, Dickson VV, Fida R, Riegel B, D'Agostino F, Alvaro R, et al. Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(11):1714-22.
27. Dickson VV, McCarthy MM, Howe A, Schipper J, Katz SM. Sociocultural influences on heart failure self-care among an ethnic minority black population. *J Cardiovasc Nurs*. 2013;28(2):111-8.
28. Cavalcante AM, Lopes CT, Brunori EF, Swanson E, Moorhead SA, Bachion MM, et al. Self-care behaviors in heart failure. *Int J Nurs Knowl*. 2018;29(3):146-55. Review
29. Uchmanowicz I, Jankowska-Pola ska B, Mazur G, Sivarajan Froelicher E. Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure. *Clin Interv Aging*. 2017;12:1565-72.
30. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, La Rocca HB, Castiello T, elutkien J, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail*. 2021;23(1):157-74.
31. Chamberlain L. Perceived social support and self-care in patients hospitalized with heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2017;16(8):753-61.

32. Gallagher R, Luttik ML, Jaarsma T. Social support and self-care in heart failure. *J Cardiovasc Nurs*. 2011;26(6):439-45.
33. Cavalcante LM, Lima FE, Custódio IL, Oliveira SK, Meneses LS, Oliveira AS, et al. Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Suppl 6):2604-11.
34. Buck HG, Stromberg A, Chung ML, Donovan KA, Harkness K, Howard AM, et al. A systematic review of heart failure dyadic self-care interventions focusing on intervention components, contexts, and outcomes. *Int J Nurs Stud*. 2018;77:232-42. Review.
35. Jaarsma T, Cameron J, Riegel B, Stromberg A. Factors related to self-care in heart failure patients according to the middle-range theory of self-care of chronic illness: a literature update. *Curr Heart Fail Rep*. 2017;14(2):71-7. Review.
36. Soofi MA, Jafery Z, AlSamadi F. Impact of a social support program supervised by a multidisciplinary team on psychosocial distress and knowledge about heart failure among heart failure patients. *J Saudi Heart Assoc*. 2020;32(3):456-63.
37. Oliveira AP, Cavalcante AM, Carneiro CS, Santos VB, Moorhead S, Lopes JL, et al. Health education: the effectiveness of interventions in patients with heart failure. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(2):e20180782.
38. Oliveira JA, Cordeiro RG, Rocha RG, Guimarães TC, Albuquerque DC. Impact of telephone monitoring on patients with heart failure: a randomized clinical trial. *Acta Paul Enferm*. 2017;30(4):333-42.
39. Kitko L, McIvannan CK, Bidwell JT, Dionne-Odom JN, Dunlay SM, Lewis LM, Meadows G, Sattler EL, Schulz R, Strömberg A; American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Quality of Care and Outcomes Research; Council on Clinical Cardiology; and Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health. Family Caregiving for Individuals With Heart Failure: a Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2020;141(22):e864-8.
40. Soares TAM, Brasil VV, Moraes KL, Santos LT, Vila VS, Borges Júnior LH. Health literacy of home caregivers in a Brazilian capital. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE002255.
41. Allida S, Du H, Xu X, Prichard R, Chang S, Hickman LD, et al. mHealth education interventions in heart failure. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;7(7):CD011845.
42. Bakogiannis C, Tsarouchas A, Mouselimis D, Lazaridis C, Theofillogianakos EK, Billis A, et al. A Patient-Oriented App (ThessHF) to Improve Self-Care Quality in Heart Failure: from evidence-based design to pilot study. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2021;9(4):e24271.