



## Fatores associados ao apoio social de pessoas com insuficiência cardíaca

Factors associated with social support for people with heart failure

Factores asociados al apoyo social a personas con insuficiencia cardíaca

Riane Barbosa de Lima<sup>1</sup>, Débora Ananias de Melo<sup>1</sup>, Ana Luísa Fernandes Vieira Melo<sup>2</sup>, Erica Belmiro Santos<sup>2</sup>, Renata Ferreira de Araujo<sup>2</sup>, Cleane Rosa Ribeiro da Silva<sup>2</sup>, Maria Cristina Lins Oliveira<sup>2</sup>, Gerlania Rodrigues Salviano Ferreira<sup>2</sup>, Stephanie de Abreu Freitas<sup>2</sup> Kátia Neyla de Freitas Macedo Costa<sup>2</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar os fatores associados ao apoio social de pessoas com insuficiência cardíaca. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado com pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca, no ambulatório de cardiologia de um hospital universitário de João Pessoa-PB, Brasil. Os dados foram coletados mediante entrevistas e instrumentos semi estruturados, visando caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde, aliados à escala de Apoio Social Medical Outcomes Study. **Resultados:** Evidenciou-se percepção satisfatória quanto às dimensões do apoio social, havendo associações estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) entre o apoio social e as características sociodemográficas religião ( $p=0,037$ ) e cuidador ( $p=0,029$ ). Desta forma, infere-se que as pessoas que possuíam religião ( $88,25 \pm 15,20$ ) e cuidador ( $92,05 \pm 11,88$ ) apresentaram maiores níveis de apoio social. E quanto às condições de saúde, pode-se observar associação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) com a variável prática de atividade física ( $p=0,002$ ). **Conclusão:** Os achados deste estudo apresentaram um apoio social satisfatório e associações significativas entre os fatores religião e cuidador, de modo que a assistência ao paciente com insuficiência cardíaca, sobretudo por parte do profissional enfermeiro, deve auxiliar no enfrentamento da doença, apoiando-se em fatores que facilitem o envolvimento do paciente em seu tratamento, bem como fortalecendo a sua rede de apoio social ao integrar-se nela.

**Palavras-Chave:** Apoio social, Insuficiência cardíaca, Idosos.

### ABSTRACT

**Objective:** Identify factors associated with social support for people with heart failure. **Methods:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach, carried out with patients diagnosed with heart failure, in the cardiology outpatient clinic of a university hospital in João Pessoa-PB, Brazil. Data were collected through interviews and semi-structured instruments, aiming to characterize the sociodemographic and health profile, combined with the Medical Outcomes Study Social Support scale. **Results:** There was a satisfactory perception regarding the dimensions of social support, with statistically significant associations ( $p \leq 0.05$ ) between social support and the sociodemographic characteristics of religion ( $p=0.037$ ) and caregiver ( $p=0.029$ ). Therefore, it is inferred that people who had religion ( $88.25 \pm 15.20$ ) and caregivers ( $92.05 \pm 11.88$ )

<sup>1</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa–PB

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa–PB

had higher levels of social support. And regarding health conditions, a statistically significant association ( $p \leq 0.05$ ) with the variable of physical activity ( $p = 0.002$ ) can be observed. **Conclusion:** The findings of this study showed satisfactory social support and significant associations between the factors of religion and caregiver, so that assistance to patients with heart failure, especially by the professional nurse, should help in coping with the disease, relying on factors that facilitate the patient's involvement in their treatment, as well as strengthening their social support network by integrating into it.

**Keywords:** Social support, Heart failure, Elderly.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar factores asociados al apoyo social a personas con insuficiencia cardíaca. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, con enfoque cuantitativo, realizado con pacientes diagnosticados con insuficiencia cardíaca, en el ambulatorio de cardiología de un hospital universitario de João Pessoa-PB, Brasil. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas e instrumentos semiestructurados, con el objetivo de caracterizar el perfil sociodemográfico y de salud, combinados con la escala de Apoyo Social del Estudio de Resultados Médicos. **Resultados:** Hubo percepción satisfactoria respecto de las dimensiones de apoyo social, existiendo asociaciones estadísticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) entre el apoyo social y las características sociodemográficas de religión ( $p = 0,037$ ) y cuidador ( $p = 0,029$ ). Por lo tanto, se infiere que las personas que tenían religión ( $88,25 \pm 15,20$ ) y cuidadores ( $92,05 \pm 11,88$ ) tuvieron mayores niveles de apoyo social. Y en cuanto a las condiciones de salud, se observa asociación estadísticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) con la variable actividad física ( $p = 0,002$ ). **Conclusión:** Los hallazgos de este estudio mostraron apoyo social satisfactorio y asociaciones significativas entre los factores religión y cuidador, por lo que la asistencia al paciente con insuficiencia cardíaca, especialmente por parte del profesional de enfermería, debe ayudar en el enfrentamiento de la enfermedad, apoyándose en factores que facilitan la implicación del paciente en su tratamiento, así como fortalecer su red social de apoyo integrándose en ella.

**Palabras clave:** Apoyo social, Insuficiencia cardiaca, Personas mayores.

---

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil tem sofrido alterações no processo de transição epidemiológica, com redução do número de doenças transmissíveis e aumento no índice de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dentre estas, destacam-se os distúrbios cardiovasculares que afetam o coração e os vasos sanguíneos, e de maneira geral, são consideradas as principais causas de morbimortalidade prematura no mundo, com destaque para a doença arterial coronariana (DAC), o infarto agudo do miocárdio (IAM) e a insuficiência cardíaca (IC) (MALTA D, et al., 2020 e MELO A, et al., 2023).

A IC é uma síndrome clínica caracterizada pela deterioração fisiológica do coração, que o impede de bombear sangue em quantidades suficientes para atender às necessidades metabólicas e teciduais do organismo. Segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), foram registradas mais de 937 mil internações clínicas por IC no Brasil entre os anos de 2017 e 2021, mostrando-se um importante problema de saúde pública, que demanda altos custos econômicos e sociais ao sistema de saúde (MEGIATI H, et al., 2022).

Por se tratar de uma complicação crônica, de característica progressiva e incapacitante, a IC implica diretamente na qualidade de vida (QV) das pessoas, haja vista que o paciente com IC, convive com uma condição de saúde que impõe modificações na sua vida habitual, devido ao aumento crescente de sintomas como a fadiga e a dispneia, os quais podem contribuir para intolerância ao esforço, culminando na dependência para as atividades básicas de vida diária (ABVDs), perda da autonomia, baixa-autoestima, quadros ansiosos e depressivos (BONIFACIO S, et al, 2021).

Nesse contexto, um constructo de extrema importância para o enfrentamento no processo saúde-doença da IC é o apoio social, o qual auxilia na superação, monitoramento e administração da doença. O apoio social refere-se à rede de suporte e relacionamento disponível, no qual a família compõe a maior fonte de apoio, associado a outros integrantes como vizinhos, amigos e profissionais de saúde (LACERDA M, et al., 2019).

O suporte dessa rede contribui para uma melhor QV e bem-estar de pessoas com IC, à medida que reduz a situação de estresse e fornece um efeito direto de proteção e amortecimento, o que mitiga os impactos adversos da doença crônica. Somado a isso, a literatura sugere que a falta de apoio social e/ou redes de apoio fracas são preditores significativos de impacto negativo na IC (RÖDER V e VIVIAN A, 2021). Fatores como uma autoavaliação de saúde negativa, idade avançada, baixa escolaridade e renda e comorbidades associadas podem influenciar esse suporte social, como mostra um estudo realizado no estado do Mato Grosso que evidencia a velhice como a fase de vida que exige um maior suporte e presença desse apoio (SANT'ANA L e D'ELBOUX M, 2019).

Dessa forma, percebe-se a importância dos profissionais de saúde em integrarem essa rede de apoio, atuando como facilitadores no processo saúde-doença, e com capacidade de oferecer o suporte necessário às demandas de cuidado nos diversos níveis de atenção à saúde, propondo o estabelecimento de uma relação de confiança mútua que favoreça o sucesso terapêutico do plano de cuidados (XAVIER S, et al., 2019).

O enfermeiro, por sua vez, é responsável por promover ações rotineiras na prática assistencial, identificando problemas e fatores de risco que interferem no tratamento ou na piora do quadro clínico da IC. Assim, a atuação deste profissional deve contemplar um cuidado integral e humanizado, com enfoque nas especificidades de cada indivíduo, o que possibilitará a elaboração de um plano de cuidado que fortaleça a autonomia, a independência e a rede de apoio dessas pessoas (OLIVEIRA A, et al., 2020).

Diante do exposto, evidencia-se a relevância de conhecer os fatores que influenciam a rede de apoio social, com o fito de capacitar os profissionais enfermeiros na elaboração de planos

terapêuticos individualizados, com o intuito de reduzir as internações e a morbimortalidade causada pela doença e promover um melhor bem-estar e qualidade de vida, mediante o fortalecimento dessa rede e subsidiar políticas públicas a longo prazo. Deste modo, o objetivo do presente estudo foi identificar os fatores associados ao apoio social de pessoas com insuficiência cardíaca.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa, realizado em pacientes com IC atendidos em ambulatório de cardiologia de um Hospital de João Pessoa, Paraíba. Para este estudo estabeleceram-se critérios de inclusão como: idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico médico confirmado de IC e pelo menos três meses de acompanhamento ambulatorial na instituição. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2021 a abril de 2022.

Os critérios de exclusão foram: apresentar complicações clínicas no momento da coleta de dados que impossibilitassem a sua realização ou déficits cognitivos avaliados pelo Mini Exame do Estado Mental, cujos pontos de corte foram utilizados conforme a escolaridade dos participantes: 13 pontos para analfabetos, 18 para baixa (de um a quatro anos incompletos) e média escolaridade (de quatro a oito anos incompletos) e 26 para alta escolaridade (maior que oito anos) (BERTOLUCCI P, et al., 1994).

Para definir o cálculo amostral, utilizaram-se como base os dados obtidos no sistema de cadastro informatizado do hospital, referentes aos atendimentos ambulatoriais ofertados aos pacientes com IC, de janeiro de 2020 a janeiro de 2021, obtendo-se uma população de 176 pacientes. Levando em consideração um grau de confiança de 99% e uma margem de erro de 5%, baseados nas variáveis e nos instrumentos do presente estudo, a amostra estabelecida através de testes estatísticos para verificação dos indicadores foi de 89 participantes.

A coleta de dados ocorreu mediante entrevistas individualizadas no ambulatório, empregando um instrumento semiestruturado para obtenção do perfil sociodemográfico e de saúde dos participantes. Além disso, foi utilizada a Escala de Apoio Social Medical Outcomes Study (MOS), que visa avaliar em que medida a pessoa conta com o apoio de outras para enfrentar diferentes situações em sua vida, sendo composta por 19 itens, distribuídos em cinco dimensões: emocional, material, afetivo, informação e interação social. A pontuação deste instrumento pode variar de 1 (nunca) a 5 (sempre). Os escores foram calculados através de

soma dos pontos totalizados pelas respostas em cada uma das dimensões, que podem oscilar entre 19 e 95 pontos, de modo que quanto maior for a pontuação, mais elevado é o apoio social percebido pelo participante (LIMA R, et al., 2019).

Os dados coletados foram compilados e armazenados no programa Microsoft Office Excel e importados para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 24.0, analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. Para a verificação da normalidade dos dados numéricos, utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para identificar a relação entre as

variáveis, utilizou-se os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. O nível de significância utilizado para as análises estatísticas foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCS/UFPB), com CAEE 32664820.90000.5183 e sob o parecer de número 4.865.295.

## RESULTADOS

Dentre os 89 participantes, observou-se uma maior frequência de homens (52,8%), idosos (57,3%), não brancos autodeclarados (74,2%), casados ou em união estável (60,7%), com cinco a oito anos de estudo (27,0%), praticantes de alguma religião (93,3%), que não trabalhavam (84,3%), aposentados (59,6%), com renda individual e familiar de um a três salários mínimos (87,6% e 84,3%, respectivamente), que residiam com uma a duas pessoas (49,4%) e (70,8%) provenientes de municípios do interior.

Acerca das condições clínicas, percebeu-se que a maioria das pessoas com insuficiência cardíaca avaliaram a sua saúde como regular (65,2%), não praticavam atividade física (60,7%), realizavam atividades de lazer (67,4%), não fumam atualmente (97,8%), mas fumavam anteriormente (67,4%), não consomem bebidas alcoólicas atualmente (94,4%), mas consumiam anteriormente (56,2%), apresentavam comorbidades (96,6%), com maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica (73,0%), eram eutróficos (79,8%), com IMC normal (42,7%), utilizavam medicamentos diariamente (100,0%), não realizavam acompanhamento nutricional (83,1%) e que (67,4%) não possuíam cuidador.

No que se refere às características relacionadas à doença, evidenciou-se um maior número de pessoas com tempo de diagnóstico de um a dois anos e maior de 10 anos (27,0% para ambos), classificados em NYHA II (55,1%), que referiram internação por IC (70,8%), com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) maior ou igual a 40% (67,5%) e que (89,9%) não possuíam marcapasso. No que concerne ao apoio social, pessoas com IC apresentaram níveis elevados, um total de  $87,08 \pm 16,22$  em todos os domínios, principalmente na dimensão material, com média de 93,37. Já as dimensões de interação social positiva e informação apresentaram menores escores médios, com

83,6 e 83,37, respectivamente.

Quanto às relações entre as variáveis, foram observadas associações estatisticamente significativas ( $p \leq 0,05$ ) entre o apoio social e as seguintes características sociodemográficas: religião ( $p = 0,037$ ) e cuidador ( $p = 0,029$ ). Desta forma, inferiu-se que as pessoas com religião ( $88,25 \pm 15,20$ ) e que possuíam cuidador ( $92,05 \pm 11,88$ ) apresentaram maiores níveis de apoio social. **(Tabela 1)**.

**Tabela 1** - Associação entre as características sociodemográficas e o apoio social de pessoas com insuficiência cardíaca

Variáveis	Apoio Social		
	Média	Desvio Padrão	Valor p
<b>Sexo</b>			
Masculino	87,27	16,57	0,891*
Feminino	86,86	16,00	
<b>Faixa etária</b>			
Idoso	87,41	16,52	0,779*
Adulto	86,64	16,00	
<b>Raça</b>			

Variáveis	Apoio Social		
	Média	Desvio Padrão	Valor p
<b>Sexo</b>			
Branca	88,10	15,04	0,686*
Não branca	86,73	16,70	
<b>Estado conjugal</b>			
Casado(a) ou união estável	89,53	13,47	0,681**
Divorciado(a)	86,66	23,09	
Solteiro(a)	84,98	17,92	
Viúvo(a)	77,89	22,90	
<b>Escolaridade (anos de estudo)</b>			
Analfabeto(a)	89,00	17,63	0,466**
1 – 4	89,03	16,27	
5 – 8	84,78	17,02	
9 – 12	87,72	13,54	
13 ou mais	82,85	19,79	
<b>Religião</b>			
Sim	88,25	15,20	0,037*
Não	70,87	22,30	
<b>Trabalho</b>			
Informal	90,05	15,14	0,872**
Não tem ocupação	86,86	16,61	
Formal	85,05	13,97	
<b>Tipo de renda</b>			
Benefício	88,61	17,25	0,845**
Aposentadoria	87,24	16,53	
Trabalho próprio	86,52	15,96	
Não tem	84,21	9,94	
Pensão	83,86	27,95	
Outros	80,00	27,95	
<b>Renda individual (salários mínimos)</b>			
< 1	98,02	13,10	0,059**
1 – 3	86,16	16,80	
Não tem	81,75	10,59	
<b>Renda familiar (salários mínimos)</b>			
< 1	100,00	0,00	0,178**
1 – 3	85,96	16,64	
4 – 5	92,78	11,97	
6 ou mais	95,79	-	
Não tem	78,95	23,81	
<b>Arranjo familiar (Nº de pessoas)</b>			
1 – 2	86,50	17,12	0,967**
3 – 4	87,12	16,07	
5 ou mais	89,47	13,62	
<b>Cuidador</b>			
Sim	92,05	11,88	0,029*
Não	84,68	17,52	
<b>Procedência</b>			
Municípios do interior	87,45	15,85	0,822*
Grande João Pessoa	86,19	17,35	
<b>Total</b>	<b>87,08</b>	<b>16,22</b>	

\*Mann-Whitney \*\*Kruskal-Wallis

Fonte: Lima RB et al., 2024

Quanto às associações do apoio social e as condições de saúde, pode-se observar associação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) com a variável prática de atividade física ( $p = 0,002$ ). As maiores médias de apoio social foram observadas entre as pessoas que praticavam atividade física ( $90,33 \pm 14,45$ ) (**Tabela 2**).

**Tabela 2-** Associação entre as condições de saúde e o apoio social de pessoas com insuficiência cardíaca.

Variáveis	Apoio Social		
	Média	Desvio-Padrão	Valor p
<b>Autoavaliação da saúde</b>			
Ruim	91,58	15,75	0,211**
Regular	87,67	15,62	
Boa	84,02	17,95	
<b>Prática de atividade física</b>			
Sim	90,33	14,45	0,002*
Não	82,08	17,67	
<b>Atividade de lazer</b>			
Sim	87,73	15,41	0,906*
Não	85,73	17,97	
<b>Tabagismo atual</b>			
Não	87,08	15,92	0,079*
Sim	65,79	20,09	
<b>Tabagismo anterior</b>			
Não	90,63	13,18	0,271*
Sim	85,36	17,33	
<b>Consumo atual de bebidas alcóolicas</b>			
Não	88,40	15,02	0,224*
Sim	64,84	21,04	
<b>Consumo anterior de bebidas alcóolicas</b>			
Não	91,71	12,27	0,220*
Sim	83,47	18,02	
<b>Presença de comorbidades</b>			
Sim	87,31	16,36	0,202*
Não	80,35	10,59	
<b>Tipo de comorbidade*</b>			
Dislipidemia	87,30	18,85	0,463**
Hipertensão arterial sistêmica	87,25	16,45	0,740
Diabetes <i>mellitus</i>	86,57	16,77	0,908
Obesidade	83,65	16,66	0,155
Arritmia cardíaca	79,21	19,42	0,082
<b>Condições nutricionais</b>			
Caquético	95,79	-	0,364**
Eutrófico	87,78	16,20	
Obeso	83,65	16,66	
<b>Índice de Massa Corporal</b>			
Abaixo do peso (< 18,5)	95,79	-	0,787**
Peso normal (18,5 - 24,9)	87,92	16,90	
Sobrepeso (25 - 29,9)	86,84	15,72	
Obesidade (≥ 30)	85,42	16,59	
<b>Acompanhamento nutricional</b>			
Sim	88,63	15,84	0,690*
Não	86,77	16,37	
<b>Total</b>	<b>87,08</b>	<b>16,22</b>	

**Legenda:** \*Mann-Whitney \*\*Kruskal-Wallis

**Fonte:** Lima RB et al., 2024.

Não foram observadas associações estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) entre o apoio social e as características relacionadas à doença ( $30,86 \pm 7,877$ ).

## DISCUSSÃO

Observa-se diante dos dados apresentados, a predominância do sexo masculino. Um estudo realizado com 191 pacientes cardiopatas de um Hospital de referência em cardiologia na cidade de São Paulo, constatou que a maioria dos participantes eram homens (55,5%). Tal resultado infere a maior predisposição

masculina em desenvolver doenças cardiovasculares, sobretudo devido à exposição ao fumo e ao álcool, além da negligência dos cuidados em saúde e do sedentarismo (XAVIER S, et al., 2019).

Em relação à faixa etária, constatou-se uma maior frequência de pessoas idosas nesta pesquisa. Um estudo realizado na Colômbia, afirma que esse grupo etário é o que mais apresenta comorbidades e elevado número de internações, o que evidencia a vulnerabilidade e a fragilidade inerente ao envelhecimento humano (SUÁREZ S, et al., 2021). Outrossim, o processo de transição demográfica e epidemiológica acentuado em números no Brasil, sinaliza um importante desafio para a saúde pública, uma vez que o aumento da idade está associado ao desenvolvimento de inúmeras patologias, como a IC (NOVAIS C, et al., 2021).

Acerca do estado conjugal, constatou-se maiores médias para os que vivem casados ou em união estável. Tais resultados corroboram com a literatura e são referidos como um fator social protetor, demonstrando que as relações familiares, vistas como rede de apoio primária, contribuem para o melhor estado emocional e suporte no enfrentamento da doença, diminuindo sintomas de ansiedade e depressão, haja vista que pacientes que vivem sozinhos estão predispostos ao isolamento social e a uma menor adesão ao tratamento da IC (PAZ L, et al., 2019).

Destaca-se ainda que o apoio social é fornecido principalmente pelos familiares, sobretudo através dos cônjuges, devido ao tempo de convivência entre estes, haja vista que a presença do companheiro(a), em ambiente domiciliar, previne o isolamento social, fator que é comum entre os pacientes crônicos, uma vez que permite a manutenção de um relacionamento ativo, mesmo que limitado ao cônjuge, ajudando a preservar o bem-estar psicológico daquele indivíduo (NASCIMENTO, et al., 2022).

Em relação à escolaridade, uma pesquisa refere o letramento funcional em saúde (LFS) como preditor de algumas implicações quanto ao entendimento da doença. Este estudo evidencia ainda alguns entraves no que se refere ao LFS e a baixa escolaridade, a exemplo da pouca habilidade de comunicação e compreensão de sua situação de saúde; déficit de entendimento das orientações médicas; menor hábito de questionar os profissionais de saúde acerca da doença, e a incapacidade de controle do horário das medicações; reiterando que a qualidade da atenção à saúde e o sucesso do seu manejo, pelo paciente, passam pelo seu nível de entendimento da doença (CHEHUEN J, 2019).

Posto isso, cabe ao profissional de saúde, sobretudo o enfermeiro que é responsável em sua maioria pela educação em saúde com o paciente, adaptar as orientações de modo que este consiga não somente compreender como replicar os cuidados de saúde. Assim, poderá este profissional sustentar-se em uma prática clínica que forneça informações detalhadas sobre a insuficiência cardíaca, suas causas, sintomas e complicações, permitindo que o paciente possa entender os sinais de agravamento da doença e a importância de seguir o plano de tratamento (LIMA, et al., 2022)

Para a variável religião, observou-se que a grande maioria dos participantes praticava alguma delas. Nota-se este achado em consonância a um estudo conduzido com 643 idosos no interior de Minas Gerais, o qual apontou a importância da religiosidade e espiritualidade (R/E) na saúde, uma vez que conferem um sentido mais profundo à vida e contribuem para a capacidade de enfrentar situações estressantes e superar dificuldades (SILVA C, 2023).

Somado a isso, outro estudo feito no Paraná, objetivou avaliar o grau de influência da R/E no tratamento de uma doença crônica não transmissível (DCNT) e identificou que os pacientes hipertensos com R/E demonstraram uma maior adesão ao tratamento, menor média pressórica e maior alcance das metas terapêuticas, evidenciando a melhoria da saúde e qualidade de vida. Assim, ao considerar estes achados, compreende-se o efeito que a religião possui sobre o processo terapêutico do paciente com IC, haja vista que este é um fator de apoio para o mesmo, pois, embora não substitua o tratamento médico, a prática religiosa pode melhorar o bem-estar geral, fornecer refúgio psicológico, em alguns casos, contribuir para um melhor prognóstico (SCHAFF S, et al., 2023) Aliado a isso, entende-se também a importância da presença de um profissional enfermeiro, capaz de avaliar o nível de religiosidade e espiritualidade de cada paciente, buscando uma assistência sensível e ética, de modo que seja possível integrar esses aspectos ao plano de cuidado deste paciente, com o fito de respeitar as suas crenças e práticas espirituais, bem como de encorajar a busca de apoio espiritual, caso o paciente considere benéfico (AZEVEDO K, et al., 2022).

Em relação à presença do cuidador, grande parte afirma não possuir este acompanhamento, ou seja, são pacientes independentes quanto ao autocuidado, ou muitas vezes possuem algum familiar como suporte. Por outro lado, a companhia de alguém que possa prestar suporte emocional e afetivo, facilita as demandas do dia a dia, podendo diminuir tensões e favorecer o cuidado com a saúde física e adesão medicamentosa, além de contribuir com as relações sociais e diminuir sinais de isolamento e depressão (RÖDER V e VIVIAN A, 2021).

A literatura aponta ainda a assistência do cuidador como um suporte físico-emocional e social no processo de adoecimento e no enfrentamento da doença, sendo, portanto, um fator protetivo ao paciente. Um estudo realizado com 222 cuidadores, em um centro de atendimento especializado na Colômbia, constatou que esta contribuição na vida do paciente com IC é alta e bastante positiva, estando associada à melhora no autocuidado, ao gerenciamento de riscos e ao reconhecimento dos sintomas, uma vez que fornece a confiança e as orientações aos pacientes (HERRERA J, et al., 2022).

Tal observação é de extrema importância e precisa ser compreendida pelo profissional como uma díade: paciente-cuidador, podendo este ser um membro da família, um amigo próximo ou um profissional de saúde, desde que saiba exatamente como ocorre o tratamento daquele paciente, haja vista que ele se torna a principal referência de apoio no ambiente extra-hospitalar, capaz de reduzir hospitalizações e auxiliar na integração do paciente em seu ambiente social e familiar, uma vez que promove uma abordagem holística e mais eficaz para o cuidado da IC (WILSON, et al., 2022).

Quanto à procedência dos participantes, a maioria reside em municípios do interior, caracterizando a falta de serviço de saúde especializado no local onde residem, o que configura uma das dificuldades enfrentadas por estes, que precisam passar pelo cansaço de deslocar-se de seus municípios até o serviço onde é realizado o tratamento, situação que influencia diretamente no bem-estar, na qualidade de vida e na adesão terapêutica (HERRERA J, et al., 2022).

Além disso, quando o serviço de saúde não é o responsável por realizar o deslocamento desse paciente, isso cabe aos familiares. Ou seja, o trajeto/viagens, os custos com alimentação, estadia e medicamentos (quando necessário) e o acompanhamento da consulta, geram um ônus financeiro significativo para pacientes e famílias/cuidadores. Outrossim, essa distância também contribui com a ausência de consultas regulares e pode retardar o diagnóstico de complicações ou a necessidade de ajuste nos medicamentos, aumentando o risco de hospitalizações ou até de desfechos clínicos piores (RODRIGUES, et al., 2020)

Outro fator que contribui para piora da sintomatologia é a inatividade. Contudo, pessoas com IC não apresentam bons níveis de atividade física, devido às limitações impostas pelo adoecimento. Em contrapartida, este estudo observou uma média considerável de pessoas com IC que realizam ou já realizaram estas práticas anteriormente à doença. Tal resultado infere-se devido a maioria praticar atividades de baixo impacto; a exemplo de caminhadas de curta duração e hidroginástica, ou até mesmo pela menor sintomatologia de dispneia e fadiga, conforme os níveis classificados na New York Heart Association (NYHA) I e II (MENEZES G, et al., 2020).

Um estudo realizado em Portugal, com 136 pessoas com IC, verificou que a maioria dos participantes referiu sedentarismo presente ao longo da vida, sendo este um dos fatores principais para o desenvolvimento da doença. Dessa forma, a prática de atividade física pode ser uma forma de apoio social, incentivada por pessoas próximas e profissionais da saúde, o que melhora a capacidade funcional à medida que reflete nas habilidades físicas, na independência para realizar atividades cotidianas, na aparência de vigor físico e na interação social, influenciando até mesmo na saúde mental (MENEZES G, et al., 2020 e FERNANDES MÁRIO ANDRÉ F, et al, 2020).

Pode-se considerar também a prática de atividade física como uma oportunidade de socialização agradável para a pessoa idosa. Ofertada em muitas cidades brasileiras como propostas políticas de promoção à saúde, haja vista que permite a conexão com a natureza, experiências coletivas sociais, integrando-se de forma saudável e leve à rotina, ao somar benefícios físicos e emocionais ao paciente enquanto este se engaja em atividades de lazer (OLIVEIRA C, et al., 2024). Tal reflexão pode ser observada na adesão dos participantes deste estudo, onde 67,4% referiu praticar este tipo de atividade, sendo este um fator positivo para a qualidade de vida.

Outro estudo transversal, realizado em um ambulatório de São Paulo, entrevistou 100 pessoas idosas, das quais 54% realizavam atividades de lazer. Tal pesquisa evidencia que a combinação de atividades de lazer físicas e culturais potencializa a prevenção do declínio funcional em indivíduos nessa faixa etária. Assim, estende-se esta rede de apoio social à novos vínculos coletivos criados a partir da integração física, visto que o idoso é capaz de cultivar amizades com facilidade diante desse tipo de socialização (OLIVEIRA, et al., 2021).

No que se refere à associação da IC com outras comorbidades, observa-se destaque da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM). Segundo a Sociedade Europeia de Cardiologia, 74% dos pacientes com IC têm, pelo menos, uma comorbidade que pode agravar a doença, gerando a descompensação do quadro clínico (OLIVEIRA et al., 2021). A HAS e a DM, de acordo com os dados do estudo EPICA - Epidemiologia da IC – são as comorbidades mais presentes, tanto em serviços públicos quanto em privados. (SILVA WT, 2020).

Tal achado intensifica a necessidade do acompanhamento contínuo e presente com o profissional de enfermagem, haja vista que exige uma maior manutenção com a saúde. A criação do hiperdia, por exemplo, a nível de atenção básica, contribui como uma oportunidade de vínculo e educação em saúde entre o enfermeiro e os usuários. Este fator exemplifica a importância deste estudo exigir o acompanhamento ambulatorial há no mínimo 3 meses. O enfermeiro deve integrar de fato a rede de apoio social do paciente, de modo que este o perceba como alguém de confiança e sinta-se seguro e acolhido diante do enfrentamento da IC, especialmente quando associada à outras comorbidades, compreendendo as interferências que podem acontecer entre os diagnósticos (SILVA WT, 2020).

Os resultados do presente estudo mostram que não há associação entre as características da IC e o apoio social. Sabe-se que o caráter comprometedor da doença interfere negativamente no desempenho físico do indivíduo, para além das dimensões do apoio social. Sendo assim, é possível inferir que o apoio social não sofre tal influência das condições clínicas, pois a maioria dos participantes referiu uma manutenção adequada da sintomatologia da IC, como visto na autoavaliação de saúde referida como regular.

Em contrapartida a este achado, outro estudo, de método longitudinal realizado em Minas Gerais, com 394 pessoas idosas diagnosticadas com insuficiência cardíaca, observou-se que 56,7% dos participantes avaliaram a saúde como regular, somado a presença de doenças crônicas e fragilidades que levam a piora na autopercepção da saúde (ROCHA F, et al., 2021). Posto isso, espera-se que a sintomatologia da IC dite as características do apoio social fornecido a cada paciente, haja vista que um paciente de NYHA IV e FEVE abaixo de 40% possui maiores necessidades de cuidados do que outro que se mantém com maior independência, por exemplo.

Todavia, a importância do apoio social no contexto da IC deve ser enfatizada, visto que este auxilia na superação, monitoramento e administração da doença, a saber das limitações e instabilidades do paciente. Nesse contexto, a enfermagem deve responsabilizar-se pela promoção da educação em saúde necessária, para prover a melhora no gerenciamento dos sintomas, no controle eficaz da saúde, no conhecimento sobre a doença e na manutenção do autocuidado destes pacientes.

Nesse sentido, destaca-se a importância de que os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, façam parte da rede de apoio às pessoas com insuficiência cardíaca (IC). Isso inclui a aplicação de estratégias de educação em saúde para proporcionar melhor orientação a pacientes e familiares sobre a doença e seu tratamento. Além disso, é fundamental que sejam implementadas intervenções de enfermagem baseadas em evidências científicas, visando diminuir possíveis complicações na capacidade funcional e na realização das atividades diárias desse público.

## CONCLUSÃO

Evidenciou-se uma percepção satisfatória quanto às dimensões do suporte social, havendo uma associação estatisticamente significativa do apoio social com a religião, com a presença de cuidador e com a prática de atividade física. O estudo fornece, portanto, subsídios para a prática de enfermagem, podendo abrir

novas perspectivas para a assistência ao paciente com IC, sobretudo para o desenvolvimento de intervenções que promovam e melhorem o enfrentamento da doença, de acordo com as necessidades clínicas e subjetivas do paciente, de modo a integrar e fortalecer a sua rede de apoio social.

As limitações deste estudo referem-se ao delineamento transversal, além da redução necessária ao tamanho da amostra, devido a pandemia da COVID-19, haja vista a baixa quantidade de pessoas atendidas no ambulatório. Dessa forma, novos estudos devem ser realizados, para que sobretudo os profissionais de enfermagem, possam compreender de maneira cada vez mais aplicável, o papel do apoio social, orientar intervenções eficazes e individualizadas, tanto acerca do suporte emocional quanto em estratégias de cuidado multiprofissional.

Assim, será possível contribuir para melhorar os desfechos de saúde e a qualidade de vida dos pacientes com IC, atribuindo ainda mais completude a temática, de modo a promover resultados ainda mais fidedignos, frente às lacunas existentes, e contribuindo para uma prática clínica ainda mais fundamentada.

## REFERÊNCIAS

1. ARAUJO M. Atividade física habitual e custos, diretos e indiretos, com saúde, na presença de comorbidades, entre adultos com doenças cardiovasculares. 2020.
2. AZEVEDO K, et al. Impactos da religiosidade e espiritualidade na adesão ao tratamento e qualidade de vida de pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. 2022.
3. BARBOSA S, et al. Risco de doenças cardiovasculares em pescadores de uma comunidade. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 2020 Aug 19;10(3):376–84.
4. BERTOLUCCI P, et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade, *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 1994; 52: 01-07
5. BONIFACIO S, et al. Calidad de vida de personas mayores con insuficiencia cardíac, *Ciencia y enfermería*, 2021; 27.
6. CHEHUEN J. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas, *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24:1121-1132.
7. FERNANDES, MÁRIO ANDRÉ F. Associação entre a atividade física e o estado nutricional e clínico em pacientes com Insuficiência cardíaca. 2020.
8. HERRERA J, et al. Contribución del cuidador familiar al autocuidado del paciente con Insuficiencia Cardíaca en un centro especializado, *Revista Avances en Salud*, 2022; 6(1): 17-23.
9. LACERDA M, et al. Sintomas depressivos em cuidadores familiares de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão integrativa, *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2019; 40: e20180057.
10. LIMA, R, et al. Capacidad funcional y apoyo social de personas afectadas por accidente cerebrovascular, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2019; 72: 868-873.
11. LIMA, et al. Assistência de enfermagem ao paciente com insuficiência cardíaca: uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*, 2022; 11(9) e12911931696-e12911931696.
12. MALTA D, et al. Doenças crônicas não transmissíveis na Revista *Ciência & Saúde Coletiva*: um estudo bibliométrico, *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020; 25: 4757-4769.
13. MEGIATI H, et al. Relação entre apoio social percebido e autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca, *Acta Paulista de Enfermagem*, 2022; 35: eAPE01296.
14. MELO A, et al. Correlação entre autocuidado e apoio social em pessoas com insuficiência cardíaca, *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 2023; 27.
15. MENEZES G, et al. Impacto da atividade física na qualidade de vida de idosos: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 2020; 3(2): 2490-2498.
16. NASCIMENTO, et al. Qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca assistidos na Estratégia Saúde da Família (ESF's) em Montes Claros-MG. In: *OPEN SCIENCE RESEARCH VI*, 2022; 707-717.
17. NOVAIS C, et al. Qualidade de vida em idosos idosos ao tratamento de neoplasias, *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 2021; 10( 6): e57610616137-e57610616137
18. OLIVEIRA A, et al. Health education: the effectiveness of interventions in patients with heart failure, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020; 73(2): e20180782.
19. OLIVEIRA C, et al. Intervenções de enfermagem para manejo da fadiga em pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2024; 24(7): e15925-e15925.
20. PAZ L, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com insuficiência cardíaca, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2019; 72:140-146.
21. RODRIGUES, et al. Perfil das comorbidades dos pacientes de Insuficiência Cardíaca de etiologia chagásica em um

- serviço de referência do Estado de Pernambuco. Revista Eletrônica da Estácio Recife, 2020.
22. SANT'ANA L, D'ELBOUX M. Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. *Saúde em Debate*, 2019; 43:503-519.
  23. SCHAFF S, et al. Influência da espiritualidade e religiosidade no tratamento de uma doença crônica não transmissível. O que podemos aprender?, Seven Editora [Internet], 2023.
  24. SILVA C. Existe um Papel para Religião e Espiritualidade na Reabilitação Cardíaca?. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2023; 120: e20230088.
  25. SILVA WT, et al. Características clínicas e comorbidades associadas à mortalidade por insuficiência cardíaca em um hospital de alta complexidade na Região Amazônica do Brasil, *Revista Pan-Amazônica de Saúde* [Internet]. 2020;11.
  26. SUÁREZ S, et al. Relación entre nivel de adherencia al tratamiento y apoyo social en pacientes con falla cardíaca, *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 2021.
  27. RÖDER V, VIVIAN A. A percepção de portadores de insuficiência cardíaca sobre seu suporte social. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 2021; 12(2): 190-205.
  28. ROCHA F, et al. Fatores associados à piora da autopercepção de saúde em idosos: estudo longitudinal, *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2021;24(4).
  29. XAVIER S, et al. Características clínicas da Insuficiência Cardíaca associadas à dependência funcional admissional em idosos hospitalizados. *Revista latino-americana de enfermagem*, 2019; 27: e3137.
  30. WILSON, et al. Factores asociados a la contribución de los cuidadores para el autocuidado de la insuficiencia cardíaca. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2022; 30: e3632.