

AValiação DO APOIO SOCIAL E SUA RElaÇÃO COM VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL

Rosana Aparecida Spadoti Dantas*
Viviane Martinelli Pelegrino**
Livia Maria Garbin***

RESUMO

O presente estudo é de caráter descritivo e teve como objetivos medir o apoio social a pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial e verificar as relações existentes entre o apoio social e as variáveis sociodemográficas. O apoio social foi medido utilizando-se um instrumento específico que avalia dois tipos de apoio social, o emocional e o instrumental, no que se refere à frequência e à satisfação percebida. As respostas variam em um intervalo possível de 1 a 5, no qual quanto maior o valor, maior a frequência e satisfação com cada tipo de apoio avaliado. Os dados foram coletados no período de fevereiro a outubro de 2005. Participaram do estudo 85 pacientes, dos quais 55 eram homens casados, com idade média de $57 \pm 14,4$ anos (intervalo de 24,7 e 85,6). Constataram-se médias de $3,8 \pm 0,7$ (intervalo de 2 a 5) para a dimensão emocional e de $3,9 \pm 0,7$ (intervalo de 1,7 a 5) para a dimensão instrumental, ambas indicando elevada satisfação e disponibilidade quanto ao apoio recebido. Houve relação apenas entre apoio social, domínio emocional e anos de escolaridade. Não foram comprovadas relações entre apoio social e idade, sexo e situação conjugal entre os participantes, contrariando os achados de outros estudos.

Palavras-chave: Apoio social. Insuficiência Cardíaca Congestiva. Reabilitação.

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC), responsável pela perda da qualidade de vida e por grande número de mortes, é a via final da maioria das enfermidades do sistema cardiovascular, tais como as coronariopatias e a hipertensão arterial sistêmica. É uma condição crônica definida como incapacidade do coração para satisfazer a demanda de sangue dos tecidos, resultando em sintomas como fadiga e dispnéia, em condições de esforços⁽¹⁾.

No Brasil, vivemos a possibilidade da instalação de uma pandemia de proporções importantes, principalmente pelo fato de não estarmos preparados para lidar com o envelhecimento da população. A IC demanda altos custos hospitalares e grande número de atendimentos de emergência, além de provocar sensível perda da qualidade de vida, resultando muitas vezes em aposentadorias precoces e em altos custos para o país. Estima-se que 6,4

milhões de brasileiros sofram de IC⁽²⁾.

Além do controle da sintomatologia, os profissionais da saúde precisam considerar as questões psicossociais envolvidas no acompanhamento dos pacientes com IC. Questões psicossociais tais como depressão e falta de apoio social são frequentemente negligenciadas pelos profissionais da saúde. Esse tipo de abordagem pode justificar os resultados clínicos insatisfatórios no seguimento de muitos pacientes⁽³⁻⁴⁾, que podem não aderir ao regime medicamentoso prescrito, aumentando, assim, a morbidade pela doença⁽⁵⁾.

Estudos têm revelado associação positiva entre apoio social, adesão ao tratamento e qualidade de vida. Pacientes casados têm apoio emocional elevado, sendo esse positivamente relacionado ao estado emocional (diminuindo a ansiedade e a depressão) e à melhora da qualidade de vida⁽⁶⁾. Por outro lado, morar sozinho pode estar relacionado ao aumento de taxas de readmissão de pacientes com doença

* Enfermeira. Doutora Livre Docência. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP (EERP-USP).

** Enfermeira do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP (HCFMRP-USP) e mestranda da EERP-USP.

*** Enfermeira do HCFMRP-USP e mestranda da EERP-USP.

crônica. Constatou-se entre pacientes cardíacos solteiros um maior risco de rehospitalização, o que se justificaria pelo fato de morarem sozinhos, pelo isolamento social ou falta de sistema de apoio⁽⁷⁾.

Entretanto, um aspecto importante quando se estudam a IC e as variáveis envolvidas na evolução dos pacientes é o sexo desses indivíduos. Diferenças fisiológicas entre mulheres e homens com IC podem contribuir, em parte, para as diferenças na reabilitação e na qualidade de vida dos doentes. Mulheres com IC apresentam maior probabilidade de ter outras condições crônicas do que homens, incluindo hipertensão e diabetes. Elas também tendem a viver mais do que os homens e, por isso, têm maior chance de ser viúvas e/ou viverem sozinhas, sem um sistema de suporte adequado para ajudá-las. Assim, a qualidade de vida é pior nas mulheres do que nos homens com IC⁽⁶⁾.

Tradicionalmente, mulheres têm sido vistas como cuidadoras de familiares doentes, e isso pode ser um fator complicador na família quando elas adoecem. As mulheres podem sentir dificuldades em conseguir um tempo para descansar e se recuperar⁽⁸⁾. Diante da incapacidade física para realizar seus papéis após um evento cardíaco, muitas delas se sentem pressionadas e, freqüentemente, apresentam sentimento de culpa, estresse e sobrecarga. Pacientes idosas, casadas e com IC freqüentemente têm esposos que são também doentes, o que torna o apoio social cada vez mais difícil⁽⁹⁾.

Outro aspecto importante é a relação entre apoio social e a saúde percebida pelo indivíduo. As pessoas que avaliaram a saúde como sendo precária também possuíam baixos níveis de apoio social quando comparadas com as que reportaram melhor estado de saúde. Acredita-se que indivíduos que pertencem a uma rede social possuem maior apoio do que aqueles que não possuem tal auxílio. Estes últimos possuem percepções negativas, particularmente se suas percepções são vistas como irreais ou hipocondríacas⁽¹⁰⁾.

Destarte, existe uma crença no potencial do apoio social enquanto fator que diminui o estresse e favorece os mecanismos de enfrentamento entre doentes crônicos, porém a falta de consistência e clareza na sua

conceituação tem sido um grande problema na condução de pesquisas e na interpretação dos resultados.

O apoio social se constitui das fontes de ajuda oferecidas por outras pessoas para ajudar o doente⁽¹¹⁾. Recentemente esse conceito foi acrescido de diferentes componentes, entre eles os chamados componentes estruturais e funcionais. As medidas estruturais analisam o nível de integração *versus* o de isolamento da pessoa em uma rede social; o componente funcional, por sua vez, refere-se à extensão em que as relações sociais podem cumprir determinadas funções. Duas categorias de apoio funcional têm prevalecido na literatura: a instrumental ou material e a emocional ou de estima. A primeira categoria refere-se à disponibilidade de ajuda que auxilia a pessoa no manejo ou resolução de situações práticas ou operacionais do cotidiano, como apoio material e financeiro, ou nas atividades diversas do dia-a-dia. Já o apoio emocional ou de estima consiste em comportamentos como escutar, prover atenção ou fazer companhia de modo que a pessoa se sinta cuidada e/ou estimada⁽¹²⁾.

Alguns estudos incluem ainda o apoio informacional, que corresponde aos conselhos e informações recebidas que ajudem o indivíduo a avaliar e a lidar com situações difíceis e estressantes⁽¹³⁾.

Neste estudo foi adotada a definição de apoio social que está relacionada à percepção e à satisfação do indivíduo diante dos domínios instrumental e emocional desse apoio⁽¹⁴⁾.

Acreditamos que a investigação deste aspecto servirá de subsídio para que os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros e assistentes sociais, possam planejar melhor a adaptação do paciente e familiar diante desta condição crônica de saúde. Diante disso, temos como objetivos do estudo medir o apoio social de pacientes com IC em seguimento ambulatorial e verificar as relações existentes entre o suporte social, instrumental e emocional e as variáveis sociodemográficas.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo é de caráter não-experimental e descritivo, do tipo corte transversal, e foi realizado em um hospital de

ensino localizado no interior do Estado de São Paulo. A população do estudo constou de pacientes com IC, de ambos os sexos, em acompanhamento ambulatorial. Uma amostra de conveniência foi composta por aqueles pacientes que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: estar inserido no ambulatório de miocardiopatia do referido hospital, com retorno agendado no período de fevereiro a outubro de 2005; ter acima de 18 anos; estar em condições clínicas e concordar em participar do estudo, mediante esclarecimento feito pela pesquisadora e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital.

A coleta de dados se fez através de entrevista estruturada individual para levantamento de dados de identificação pessoal e sociodemográficos dos pacientes, consulta aos respectivos prontuários e um instrumento de medida para avaliar o apoio social. As variáveis de identificação e sociodemográficas investigadas foram: registro do paciente no hospital, data da entrevista, sexo, idade (em anos), escolaridade (em anos de estudo formais), renda familiar (em reais), situação conjugal do paciente, pessoas com quem ele mora, situação profissional e religião.

Para avaliação do apoio social utilizamos a versão traduzida e adaptada para o português⁽¹³⁾ da escala *Social Support Inventory for People who are HIV Positive or Have Aids*⁽¹⁴⁾ modificada para ser aplicada em pacientes cardíacos. Embora tenha sido originalmente elaborada para pacientes com HIV positivo ou aids, os itens avaliam os apoios instrumental e emocional percebidos pelos doentes, sem estarem ligados exclusivamente a essa condição de saúde. No instrumento adaptado para o português, apenas na instrução para o seu preenchimento estava explicitada a condição de soropositividade. Assim, foi solicitada à autora da versão adaptada permissão para modificar a instrução, substituindo a palavra soropositividade por doença cardíaca. A aprovação para o uso do instrumento traduzido foi concedida pela autora brasileira que realizou sua adaptação para o português⁽¹³⁾.

A escala abrange duas dimensões do apoio social: a instrumental e a emocional. A dimensão instrumental, avaliada em 10 itens, aborda a

percepção e a satisfação do indivíduo quanto à disponibilidade de apoio para a resolução de questões operacionais relacionadas ao seu tratamento de saúde, às atividades práticas do cotidiano e a ajuda material e/ou financeira. A dimensão emocional, com 12 itens, avalia a percepção e a satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, auto-estima, companhia e apoio emocional em relação à sua condição de saúde e tratamento. O instrumento é uma escala tipo Likert de 5 pontos que avalia a frequência do apoio percebido (1 = nunca até 5 = sempre) e a satisfação com o mesmo (1 = muito insatisfeito até 5 = muito satisfeito). No componente que avalia o apoio instrumental, o valor do apoio é obtido através da soma dos valores atribuídos aos seus 10 itens dividida por 10, enquanto no componente que avalia o apoio emocional, é feita a soma dos 12 itens, soma que depois é dividida por esse mesmo número. Assim, os valores médios dos componentes indicam que quanto maior o valor, maior a disponibilidade percebida e a satisfação com os apoios avaliados, ou seja, quanto maior o valor obtido pela soma dos itens, maior o apoio social⁽¹³⁾.

Para garantir a compreensibilidade do instrumento optou-se por realizar, primeiramente, a análise semântica da escala⁽¹⁴⁾. Três pacientes cardíacos foram questionados sobre a compreensibilidade dos itens da escala de apoio social e foram-lhe solicitadas sugestões para tornar os itens o mais compreensíveis possível. Essa etapa resultou na reformulação da redação de alguns itens para favorecer sua compreensão, porém sem alterar-lhes o significado. Em seguida foi realizado um teste-piloto com cinco pacientes que atenderam aos critérios de inclusão da nossa amostra, com o objetivo de verificar a adequação do instrumento de coleta como um todo. Após o teste-piloto, foi constatado que não havia necessidade de serem realizadas alterações no instrumento, pois ele estava adequado para a coleta dos dados. Diante dessa conclusão, decidiu-se incluir esses pacientes na amostra final do estudo.

Os dados foram processados e analisados no programa de *software Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 13.0 para *Windows*. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, com medidas de posição

(média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão) para as variáveis contínuas. A confiabilidade da medida de apoio social, no que se refere à consistência interna dos itens da escala modificada, foi calculada pelo alfa de Cronbach.

Para respondermos ao segundo objetivo do estudo, ou seja, verificar as relações existentes entre as dimensões do apoio social (instrumental e emocional) e as variáveis sociodemográficas dos participantes foram utilizados os testes não paramétricos de correlação e de comparação de médias entre as variáveis. Realizou-se o teste de Mann-Whitney para a comparação entre as médias apresentadas nas categorias e as variáveis sociodemográficas categóricas (sexo e situação conjugal). As relações entre os domínios do apoio social e as variáveis contínuas (idade, renda e escolaridade) foram observadas com o cálculo do coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de 0,05.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de realização do estudo foram entrevistados no ambulatório de insuficiência cardíaca 65 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão anteriormente citados. No que se refere à caracterização clínica desses participantes, segundo a classificação funcional estabelecida pela *New York Heart Association*, 36 (42,9%) pacientes encontravam-se na classe I, 26 (31%) na classe II, 15 (17,9%) na III e 7 (8,3%) na classe IV. Cumpre lembrar que o aumento na classificação funcional indica maior comprometimento para realização de atividades sem cansaço e dispnéia. Quanto à presença de doenças associadas, 8 (9,4%) possuíam doença arterial coronariana, 12 (14,1%) diabetes *mellitus* e 20 (23,5%) dislipidemia. Dos 85 entrevistados, 17 (20%) já possuíam marca-passo definitivo. O tempo médio de seguimento ambulatorial foi de 22,5 (16,2%) meses.

A caracterização sociodemográfica da amostra estudada encontra-se nas tabelas 1 e 2.

Conforme a caracterização sociodemográfica da amostra verificou-se que, dos 85 pacientes, 30 (35,3%) eram do sexo masculino; as idades variaram entre 24,7 a 85,6 anos (média de 57,1); e 55 (65,5%) eram casados ou viviam com

alguém. A maioria desses pacientes (71,8%) vivia com o cônjuge e/ou filhos.

Tabela 1. Caracterização dos 85 pacientes com IC atendidos no ambulatório segundo idade, escolaridade e renda familiar. Ribeirão Preto - SP, 2005.

Variáveis	Média	DP	Mediana	Máx. e Mín.
Idade (anos)	57,1	14,4	58	24,7 – 85,6
Escolaridade (anos)	4,5	3,7	4	0 – 15
Renda familiar (reais)	1021	516,5	1000	280 - 2700

Tabela 2. Caracterização dos 85 pacientes com IC atendidos no ambulatório segundo sexo, situação conjugal, composição familiar, profissão e religião. Ribeirão Preto - SP, 2005.

Variáveis	N	%
Sexo		
masculino	55	64,7
feminino	30	35,3
Situação conjugal		
casado/ vivendo com o companheiro(a)	55	65,5
viúvo/separado/ solteiro	29	34,5
Com quem reside		
cônjuge e filhos	38	44,7
1 ou mais filhos	13	15,3
cônjuge	10	11,8
outros	9	10,6
sozinho	7	8,2
pais	3	3,5
Profissão		
aposentado	45	52,9
ativo	11	12,9
outros	9	10,6
aposentado com outra atividade remunerada	8	9,4
aguardando aposentadoria por invalidez	7	8,2
trabalha em casa sem remuneração	5	5,9
	77	90,6
Segue alguma religião (sim)	63	74,1
Católico	7	8,2
Evangélico	3	3,5
Espírita	3	3,5
Outras	1	1,2
Testemunha de Jeová		

Outros dados coletados diziam respeito à atividade profissional e à religião. Quanto à situação profissional, 53 (62,3%) eram aposentados, e destes, 8 (9,4%) desempenhavam alguma outra atividade para complementação de renda; 11 (12,9%) pacientes eram ativos; 7 (8,2%) estavam aguardando aposentadoria e 5 (5,9%) trabalhavam em casa sem remuneração. A renda familiar média foi de 1021 reais, sendo

que 59 (69,4%) pacientes residiam com até três pessoas. Dos 85 entrevistados, 77 (90,1%) referiram seguir alguma religião, em sua maioria, a católica.

A confiabilidade da escala total e das duas subescalas se mostrou adequada na amostra estudada, com os valores dos alfas de Cronbach de 0,89 (total), 0,79 (instrumental) e 0,87 (emocional). Em um intervalo possível de 1 a 5, constatamos uma média de $3,8 \pm 0,7$ (intervalo de 2 a 5) para a dimensão emocional e média de $3,9 \pm 0,7$ (intervalo de 1,7 a 5) para a dimensão instrumental.

O apoio social dos participantes mostrou-se elevado tanto para a dimensão emocional quanto para a instrumental. Os resultados obtidos com indivíduos portadores de HIV/aids utilizando-se a mesma escala de avaliação, foram semelhantes aos nossos, com valores de apoio instrumental variando entre 1,5 e 5,0 ($M=3,85$; $DP=0,79$) e de apoio emocional variando entre 1,3 e 5,0 ($M=3,62$; $DP=0,76$). As médias obtidas nas duas dimensões do apoio foram ligeiramente inferiores às dos pacientes cardíacos, o que nos leva a pensar que, provavelmente, os pacientes com HIV/aids sofrem estigma na sociedade, a qual os considera como seres contaminados e indignos de atenção⁽¹³⁾.

As fontes de apoio social, instrumental e emocional mencionadas pelos participantes estão apresentadas na tabela 3. Observou-se que as pessoas citadas foram as mesmas nas duas modalidades de apoio. As fontes mais citadas foram, em primeiro lugar, os familiares que não residiam com a pessoa, seguindo-se os familiares que moravam junto com o paciente e o cônjuge ou companheiro(a). Na categoria “outros”, os participantes fizeram referência a pessoas de instituições religiosas como fonte de apoio.

Entre os indivíduos cardíacos, o fato de o coração ser considerado como um órgão nobre, que centraliza a vida, pode justificar o elevado apoio percebido pelos pacientes por parte de seus familiares e amigos. Preservar os doentes de fortes emoções, evitando aborrecimentos e contrariedades, é uma conduta adotada pelos familiares⁽¹⁶⁾.

As correlações obtidas entre as dimensões do apoio social e as variáveis sociodemográficas foram apresentadas nas tabelas 4 e 5.

Obteve-se apenas correlação fraca, embora

estatisticamente significativa, entre escolaridade e apoio emocional (Tabela 4).

Ao analisarmos se a satisfação com o suporte recebido sofria modificações conforme os graus de instrução dos pacientes, obtivemos uma correlação significativa, embora fraca, entre escolaridade e dimensão emocional; ou seja, quanto maior o grau de escolaridade dos participantes, mais crítica é a visão do apoio emocional recebido, tendo os pacientes avaliado esse apoio como sendo de maior frequência e gerador de maior satisfação.

Tabela 3. Fontes de apoio instrumental e emocional mencionadas pelos 85 participantes com IC atendidos no ambulatório. Ribeirão Preto – SP, 2005.

Fonte de Apoio	EAS ^a		EAS ^a	
	Instrumental	Emocional	Instrumental	Emocional
	N	%	N	%
Cônjuge/companheiro(a)	54	63,5	51	60
Familiar que mora junto	55	64,7	56	65,9
Familiar que não mora junto	58	68,2	65	76,5
Amigo(s)	18	21,4	43	50,6
Chefe/colega de trabalho	3	3,5	6	7,1
Vizinho(s)	13	15,3	34	40
Profissionais de saúde	12	14,1	28	32,9
Outras	6	7,1	9	10,6

^aEscala de apoio social

Tabela 4. Valores de correlação (r) entre apoio social e as variáveis idade, escolaridade e renda familiar. Ribeirão Preto - SP, 2005.

Variáveis	EAS ^a	
	Instrumental	Emocional
Idade (em anos)	0,13	0,07
Escolaridade (em anos)	0,16	0,31*
Renda familiar (em reais)	0,26	0,27

^aEscala de Apoio Social; * significante no nível de $p < 0,05$

Outro aspecto a ser considerado refere-se à contribuição da situação socioeconômica precária e ao avanço da idade, que podem ter contribuído para uma avaliação menos crítica por parte dos nossos participantes. Isso se justifica em uma cultura como a nossa, a qual considera como atitude negativa uma avaliação que não favoreça o reconhecimento da ajuda recebida.

A maior disponibilidade percebida e a maior satisfação com os apoios, em especial o instrumental, por parte das pessoas que viviam com parceiro/a, têm sido constatadas em outros

estudos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. A maior disponibilidade percebida e a satisfação com o apoio instrumental parecem decorrer do fato de essa modalidade implicar em apoio material e operacional do tratamento, o que é facilitado pela divisão das despesas e pela proximidade espacial entre o provedor e o receptor do apoio.

Tabela 5. Valores comparativos das médias e desvio-padrão das dimensões do apoio social entre os grupos (sexo e situação conjugal). Ribeirão Preto-SP, 2005.

	EAS ^a	
	Instrumental	Emocional
	Média (DP)	Média (DP)
Sexo	<i>p</i>	<i>p</i>
Feminino	0,85	0,19
Masculino	3,9 (0,78)	3,6 (0,84)
	3,9 (0,67)	3,9 (0,64)
Situação conjugal	0,07	0,99
Casado/vivendo com alguém	3,82 (0,68)	3,83 (0,71)
Viúvo/separado/solteiro	4,03 (0,76)	3,82 (0,80)

^a Escala de apoio social; Significante no nível de $p < 0,05$.

Os resultados obtidos não constataram diferenças nos apoios emocional e instrumental entre os participantes do sexo masculino e do feminino. Também não foram observadas diferenças nas avaliações de ambos os tipos de apoio entre os pacientes casados/vivendo com alguém e os viúvos/separados/solteiros.

Um dado interessante no estudo foi a elevada porcentagem de pacientes que fizeram referência aos familiares que não residiam junto com o paciente como fonte de apoio. Esse fato pode ser devido à abrangência de indivíduos que se encaixam nessa categoria, considerando-se que todos os indivíduos entrevistados, tanto os que moravam sozinhos quanto os que moravam com

mais de quatro pessoas, podiam referir essa fonte de apoio, elevando consideravelmente as citações a essa categoria.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Os resultados mostraram elevado apoio social, tanto instrumental quanto emocional, entre os pacientes com insuficiência cardíaca. Não constatamos diferenças significantes entre apoio social e idade. Com relação à escolaridade houve correlação fraca e significativa com a dimensão apoio emocional. Apesar de existir uma correlação fraca da renda familiar em ambas as dimensões, não houve diferenças estatisticamente significantes. Não foram comprovadas diferenças nos apoios emocional e instrumental entre os pacientes do sexo feminino e os do masculino e entre os casados/vivendo com alguém e os solteiros, desquitados e viúvos.

Considerando-se que o apoio social tem sido um fator que facilita o enfrentamento da doença e recuperação do paciente cardíaco, sugerimos que o enfermeiro inclua a avaliação do apoio social no planejamento da sua assistência. A avaliação desse apoio poderá contribuir para a detecção daqueles indivíduos que terão maiores dificuldades para se reabilitar, uma vez que pouca ou nenhuma ajuda poderão refletir-se em sentimentos de incapacidade para mudar e manter comportamentos favoráveis à saúde cardiovascular, como praticar exercícios físicos e deixar de fumar.

EVALUATION OF THE SOCIAL SUPPORT AND ITS RELATIONSHIP WITH SOCIAL-DEMOGRAPHIC VARIABLES IN HEART FAILURE PATIENTS UNDER CLINICAL FOLLOW-UP

ABSTRACT

This descriptive study aimed to measure social support among heart failure patients under clinical follow-up and to check for existing relations between social support and demographic variables. A specific instrument was used to evaluate two types of social support, i.e. emotional and instrumental, in terms of perceived frequency and satisfaction. Answers range in a possible interval from 1 to 5 in which, the higher the score, the higher the frequency and satisfaction with each evaluated support type. Data were collected between February and October 2005. Study participants were 85 patients, 55 of whom were men; 55 participants were married, and average age was 57 ± 14.4 years (interval from 24.7 to 85.6). We found an average score of 3.8 ± 0.7 (interval from 2 to 5) for the emotional dimension and 3.9 ± 0.7 (interval from 1.7 to 5) for the instrumental dimension. This indicates high levels of availability and satisfaction about the received support. We found a correlation between the emotional domain of social support and years of education, but did not find any evidence of relations between social support and age, gender and marital situation among the participants, which is inconsistent with findings from other studies.

Key words: Social Support. Heart Failure Congestive. Rehabilitation.

EVALUACIÓN DEL APOYO SOCIAL Y LAS RELACIONES CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN TRATAMIENTO AMBULATORIAL

RESUMEN

Estudio descriptivo con objeto de medir el apoyo social de pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca en tratamiento ambulatorial y verificar las relaciones existentes entre apoyo social y variables sociodemográficas. En cuanto al apoyo social, se utilizó un instrumento específico que evalúa dos tipos de apoyo social, el emocional y el instrumental, con relación a la frecuencia y satisfacción percibida por los individuos. Las respuestas varían en un intervalo posible de 1 a 5 en el que, cuanto mayor sea el valor, mayor será la frecuencia y satisfacción con cada tipo de apoyo evaluado. Se realizó la recopilación de los datos en el período de febrero a octubre de 2005. Participaron del estudio 85 pacientes, siendo 55 hombres, estando 55 casados, con edad promedio de $57 \pm 14,4$ años (intervalo de 24,7 a 85,6). Constatamos un promedio de $3,8 \pm 0,7$ (intervalo de 2 a 5) para la dimensión emocional y promedio de $3,9 \pm 0,7$ (intervalo de 1,7 a 5) para la dimensión instrumental, indicando elevada satisfacción y disponibilidad respecto al apoyo recibido. Solamente hallamos correlación entre el dominio emocional de apoyo social y años de escolaridad. No se comprobaron las relaciones entre apoyo social y edad, sexo y situación conyugal entre los participantes, contrariando los hallazgos de otros estudios.

Palabras Clave: Apoyo social. Insuficiencia Cardíaca Congestiva. Rehabilitación.

REFERÊNCIAS

1. Negrão CE, Franco FGM, Braga AM, Roveda F. Evidências atuais dos benefícios do condicionamento físico no tratamento da IC congestiva. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2004;14(1):147-57.
2. Rossi Neto JM. A dimensão do problema da IC do Brasil e do mundo. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2004;14(1):1-10.
3. Krumholz H, Butler J, Miller J, Vaccarino V, Williams CS, Leon CFM et al. Prognostic importance of emotional support of elderly patients hospitalized with heart failure. *Circulation*. 1998;97(10):958-64.
4. Whooley MA, Browner WS. Association between depressive symptoms and mortality on older women. *Arch Intern Med*. 1998;158(19):2129-35.
5. Carney RM, Freedland KE, Eisen SA, Rich MW, Jaffe AS. Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery diseases. *Health Psychol*. 1995;14:88-90.
6. Bennett SJ, Perkins SM, Lane KA, Deer M, Brater DC, Murray MD. Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Qual Life Res*. 2001;10:671-82.
7. Berkman B, Millar S, Holmes W, Bonander E. Predicting cardiac patients at risk for readmission. *Soc Work Health Care*. 1991;16(1):21-38.
8. Moser DK. Social support and cardiac recovery. *J Cardiovasc Nurs*. 1994; 9(1):27-36.
9. Jensen L, King KM. Women and heart disease: the issues. *Crit Care Nurs*. 1997;17(2):45-53.
10. Bosworth HB, Siegler IC, Brummet BH, Barefoot JC, Williams RB, Clapp-Channing NE. The association between self-rated and mortality in a well-characterized sample of coronary artery disease patients. *Med Care* 1999;37(12):1226-36.
11. Cohen S, Syme SL. Issues in the study of social support and health. In: Cohen S, Syme SL, eds. *Social support and health*. San Francisco: Academic Press; 1985.
12. Underwood PW. Social support: the promise and the reality. In: Rice VH. *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing, research, theory, and practice*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2000. p. 368-91.
13. Seidl EMF. Pessoas vivendo com HIV/Aids: configurando relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida [tese]. Brasília (DF): Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 2001.
14. Renwick R, Halpen T. Description and validation of a measure of received support specific to HIV. *Psychol Rep*. 1999;84(2):663-73.
15. Pasquali L. Teses referentes à constructo: teoria e modelo de construção. In: Pasquali L. *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília (DF): LabPAM/IBAPP; 1999. p. 37-71.
16. Dantas RAS, Stuchi RAG, Rossi LA. A Alta hospitalar para familiares de pacientes com doença arterial coronariana. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(4):345-50.
17. Dantas RAS. *Reabilitação após cirurgia de revascularização do miocárdio [tese]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo; 1999.
18. Boutin-Foster C, Charlson ME. Getting to the heart of social support. A qualitative study on the mechanisms of action of social support among patients with coronary artery disease. *J Clin Epidemiol*. 2002;55(6):629.

Endereço para correspondência: Rosana Aparecida Spadoti Dantas. Avenida: Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP. CEP: 14040-902. E-mail: rsdantas@eerp.usp.br

Recebido em: 31/01/2006

Aprovado em: 24/11/2007