

Apoio Social e Coping em Pacientes com Insuficiência Cardíaca

Social Support and Coping in Patients with Heart Failure

Priscilla Andrewns dos Santos¹

Patricia Pereira Ruschel²

Paula Moraes Pfeifer³

Resumo

Este estudo visou identificar o tipo de apoio social e o modo de enfrentamento predominante em 62 pacientes com Insuficiência Cardíaca em tratamento ambulatorial e possíveis correlações. Utilizou-se entrevista semiestruturada sobre dados sociodemográficos e saúde, Escala de Modos de Enfrentamento (EMEP), Escala de Apoio Social e Diário de Campo. Encontrou-se elevadas medianas de apoio social, sendo mais frequente o Apoio Material. A estratégia de *coping* focada no problema foi a mais utilizada, sendo esta adaptativa ao problema de saúde vivenciado. Foi encontrada correlação direta entre o enfrentamento com foco no problema e a percepção dos três diferentes fatores de apoio social. O enfrentamento com foco na emoção relacionou-se inversamente ao apoio social afetivo/interação social positiva e emocional/informativo. Observou-se que a percepção dos três fatores de apoio social avaliados se correlacionou ao enfrentamento pela busca por suporte social. O enfrentamento focado em práticas religiosas não se correlacionou a nenhum tipo de apoio. Correlações entre *coping* e apoio sugeriram que uma percepção de menor apoio emocional e afetivo pode relacionar-se a formas menos saudáveis de enfrentamento, fortalecendo a importância de tais aspectos na adesão ao tratamento e enfrentamento de limitações de saúde.

Palavras Chaves: insuficiência cardíaca; apoio social; enfrentamento.

Abstract

This study aims to identify the type of social support and the predominant coping mechanism in 62 ambulatory patients with heart failure and possible correlations. It was applied a semi structured interview for sociodemographic and health data, Ways of Coping Scale, Social Support Scale and a field journal. High medians were found regarding social support, being material

¹ Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC). Porto Alegre/RS. – Email: psipriscillasantos@gmail.com

² Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC). Porto Alegre/RS. – Email: patriciapruschel@gmail.com

³ Instituto de Cardiologia/Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC). Porto Alegre/RS. – Email: paulabmpfeifer@gmail.com

support the most frequent one. The preponderant coping mechanism was the one based on the stressor – an adaptive strategy to the health problem in question. A direct correlation was found between problem-focused coping and the perception of the three different social support factors. Emotion-focused coping was inversely related to affective social support/positive social interaction and emotional/informative support. It was observed that the perception of the three social support factors evaluated was correlated with search for social support. Religious-focused coping did not correlate with any type of support. Coping and social support correlations suggest that patients with lower perception of emotional and affective support tend to use less adaptive coping mechanisms. It reinforces the relevance of social support in treatment compliance and coping with health restrictions.

Keywords: heart failure; social support; coping.

Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) consiste em uma síndrome clínica complexa que ocasiona a degradação fisiológica ou funcional do coração, gerando um comprometimento significativo em sua capacidade de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares (Mann, Zipes, Libby & Bonow, 2015). Afeta aproximadamente 23 milhões de pessoas no mundo (Mozaffarian et al., 2016), possuindo alta taxa de morbimortalidade na população adulta, especialmente na geriátrica (Hueb, Cipullo & Kallás, 2015). Constitui-se um importante problema de saúde pública mundial pela sua alta incidência, impactos na qualidade e no tempo de vida do paciente, além dos altos custos que o tratamento acarreta (Marques et al., 2017).

No Brasil, é uma das principais causas de hospitalização em adultos, sendo responsável pela maior parte dos custos com hospitalizações clínicas por doenças cardiovasculares de 2008 a 2018 (Oliveira et al., 2020). Estudo realizado a partir do banco de dados do DATASUS aponta que apesar de a taxa de mortalidade por IC ter diminuído no Brasil no período de 2008 a 2017, houve um aumento na taxa de mortalidade hospitalar e no tempo de duração das internações pela doença (Fernandes et al., 2020).

O paciente com IC convive com um estado crônico de saúde que impõe modificações na sua vida com aumento crescente de sintomas como cansaço físico e dispneia. Tais sintomas frequentemente resultam em uma menor capacidade funcional e perda de autonomia, podendo surgir quadros ansiosos, depressão e comprometimento cognitivo (Chiala et al., 2018; Bordoni, Marelli, Morabito & Sacconi, 2018). Esses, impactando em sua percepção de qualidade de vida (Figueiredo et al., 2020); Moradi et al., 2020) e relacionando-se a desfechos como hospitalização e morte, mesmo com o controle da doença e demais fatores de risco (Sherwood et al., 2011). As repercussões do adoecimento geralmente são experimentadas como uma vivência estressora, podendo o sujeito enfrentá-la de diferentes modos.

O modo de enfrentamento do sujeito frente a conflitos, neste caso ligados às perdas relativas à situação de adoecimento, também é chamado de *coping*. O conceito de *coping* proposto por Lazarus e Folkman (1984) consiste basicamente nas estratégias que as pessoas fazem uso para se adaptar ou lidar com alguma situação desfavorável ou evento estressante que seja percebido como excessivo aos recursos do indivíduo. Dessa forma, o conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais utilizadas neste enfrentamento (*coping*) tem o potencial de influenciar, positiva ou negativamente, a saúde física e mental das pessoas, sendo um moderador do impacto das adversidades ao longo da vida (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). Neste estudo utilizaremos a expressão estratégias ou modos de enfrentamento como sinônimo do termo *coping*.

Pesquisas sugerem que a forma como os indivíduos lidam/enfrentam a IC reflete nas taxas de mortalidade, reinternações, sintomas depressivos, sensação de bem-estar psicológico

e engajamento em comportamentos de autocuidado, estando as estratégias de enfrentamento focadas no problema relacionadas a melhores resultados no tratamento (Graven et al., 2014; Pérez-García, Oliván & Bover, 2014).

Estudos têm relacionado o apoio social recebido a diversos desfechos positivos na saúde, impactando na forma como o sujeito percebe as situações estressantes, gerando menores índices de depressão e maior satisfação com a vida, empoderamento em relação à própria doença, sentimento de bem-estar emocional e psicológico e longevidade (Cunha, Chibante & André, 2014; Pérez-García, Ruiz, Sanjuán & Rueda, 2011). O apoio social se refere aos recursos que uma pessoa pode contar através do suporte de um outro, contribuindo para o desenvolvimento da captação para ultrapassar obstáculos (Cunha, Chaibante & André, 2014), podendo ser mensurado através da percepção individual do quanto suas necessidades em determinadas funções (ex.: apoio emocional, material, de informação) são supridas a partir de suas relações interpessoais (Sherbourne & Stewart, 1991). Pode se referir desde a prestação de informações à assistência prática na realização de tarefas e/ou resolução de problemas (Gonçalves, Pawlowski, Bandeira & Piccinini., 2011).

Esses achados sugerem a relevância do apoio social e dos modos de enfrentamento na promoção de saúde e qualidade de vida do paciente com IC, sendo importante verificar a relação entre tais variáveis entre si e os aspectos sociodemográficos. Nessa perspectiva, este estudo almejou identificar o modo de enfrentamento preponderante do paciente, o apoio social e a relação entre estes aspectos.

Método

Estudo transversal de caráter quantitativo e qualitativo em amostra de 62 pacientes com IC atendidos ambulatorialmente em um hospital especializado em cardiologia do estado do Rio Grande do Sul, sendo este número pré-determinado por cálculo amostral. Os critérios de inclusão foram: realizar tratamento ambulatorial para IC; ter mais de 18 anos; condições físicas e cognitivas de responder os instrumentos e aceitar participar da pesquisa mediante explicação da pesquisadora e termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados ocorreu de forma individual de acordo com a disponibilidade dos pacientes, da rotina dos ambulatórios de IC e Pré-Transplante, sendo realizada antes ou após os atendimentos, consistindo-se em uma amostra por conveniência. Foi realizada entrevista semiestruturada para levantamento do perfil da amostra. Para coleta dos dados quantitativos foram utilizadas a Escala de Modos de Enfrentamento (EMEP) e a Escala de Apoio Social, sendo ambas escalas tipo Likert de cinco pontos (sendo 1=nunca e 5=sempre).

A Escala de Apoio Social foi desenvolvida para o *Medical Outcome Study* (Sherbourne & Stewart, 1991), sendo validada no Brasil e oferecendo bons índices de confiabilidade, apresentando α -Cronbach de 0,91 (Griep, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes, 2005). Mede a frequência com que o indivíduo percebe que pode contar com as pessoas que o cercam em diferentes situações da vida. Na sua forma original, o instrumento abrange cinco dimensões de apoio social, sendo estes: afetivo (pessoas que demonstrem o seu afeto e que o façam sentir-se querido), interação social positiva (pessoas com quem se distrair e ter momentos agradáveis), emocional (pessoas em quem confie e o escute falar sobre seus problemas), de informação (pessoas que o orientem, informem e o auxiliem a lidar com os problemas) e apoio material (pessoas que o apoiem em situações práticas e pontuais). Contudo, a partir do processo de análise fatorial realizado na validação para a população brasileira, as cinco dimensões de apoio social foram agrupadas em três, da seguinte forma: apoio afetivo/interação social positiva; apoio emocional e de informação; e apoio material, passando o instrumento a avaliar três dimensões de apoio (Griep, Chor, Faerstein, Werneck & Lopes, 2005).

A Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) foi validada para a população brasileira, por Seidl, Troccoli e Zannon (2001). Através dela é possível identificar os tipos de estratégias de enfrentamento utilizadas pelo indivíduo frente a estressores com seus 45 itens que visam medir quatro focos de estratégias de enfrentamento: foco no problema, na emoção, busca de suporte social e pela busca de práticas religiosas, sendo possível chegar ao escore total a partir da média aritmética. (Seidl, Troccoli & Zannon, 2001).

Para coleta de dados qualitativos, foi utilizado o Diário de Campo com o objetivo de recolher dados de verbalizações espontâneas, comportamentos não-verbais dos participantes e impressões da pesquisadora durante a aplicação dos instrumentos (Breakwell, Hammond, Fife-Schaw, Smith & Haase, 2010).

Os dados foram analisados pelo Programa *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* na versão 25.0. As variáveis categóricas foram descritas através de frequência absoluta e relativa, já as contínuas por média e desvio padrão ou mediana e intervalo interquartil e a correlação entre as escalas através do coeficiente de correlação de Spearman.

O Teste Não paramétrico de Friedman foi utilizado para comparar os escores entre os fatores de cada escala. A comparação das escalas em relação às variáveis dicotômicas foi através do Teste Não paramétrico Mann-Whitney. Foi considerado nível de significância de 0,05.

Para a análise qualitativa foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin que consiste em um conjunto de técnicas que analisa os significados e/ou significantes compreendidos nas comunicações. Este método possui três fases: pré-análise, na qual é realizada leitura flutuante para contato com o conteúdo a ser analisado; exploração do material para codificações, enumerações, agrupamentos e classificação por temáticas identificadas; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação, quando os dados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos (Bardin, 2004).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido hospital, registrado sob o nº 2.408.512, de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde.

Resultados

A caracterização sociodemográfica da amostra estudada é expressa na Tabela 1.

Tabela 1 - *Dados Sociodemográficos dos Participantes*

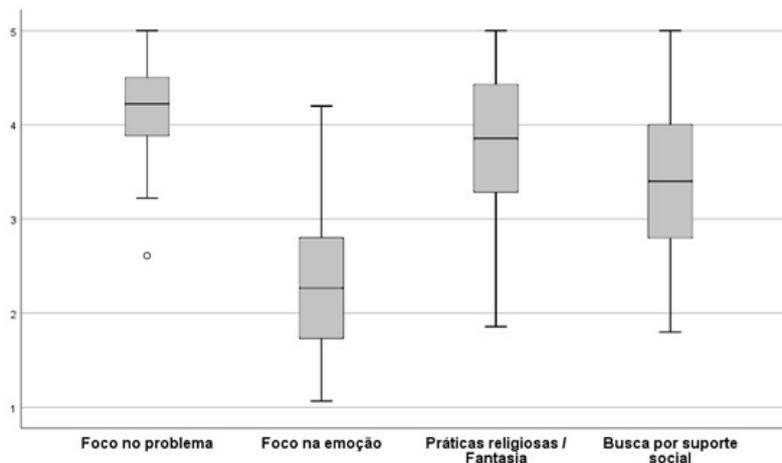
Variáveis	n=62
Idade	52,9±11,1
Sexo - Masculino	37(59,7)
Estado civil - Com companheiro(a)	45(72,6)
Escolaridade - Ensino Fundamental Inc.	29(46,8)
Situação de trabalho - Inativo	55(88,7)
Religião - Sim	57(91,9)
Responsável pelo sustento da casa - Não	34(54,8)
Renda familiar - Até 3 salários mínimos	50(80,6)
Região - Interior	28(45,2)
Com quem mora - Com alguém	53(85,5)

Variáveis representadas em média ±dp, n (%).

Identificou-se que 58,1% dos pacientes tinham o diagnóstico há mais de 5 anos, com etiologia indeterminada (53,2%), em sua grande maioria na classe funcional II (46,8%). Em relação aos fatores de risco associados, 61,3% possuíam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 51,6% histórico familiar de doenças cardíacas e 43,5% tabagismo. A maioria dos pacientes (74,2%) não contava com acompanhamento psicológico além do hospitalar.

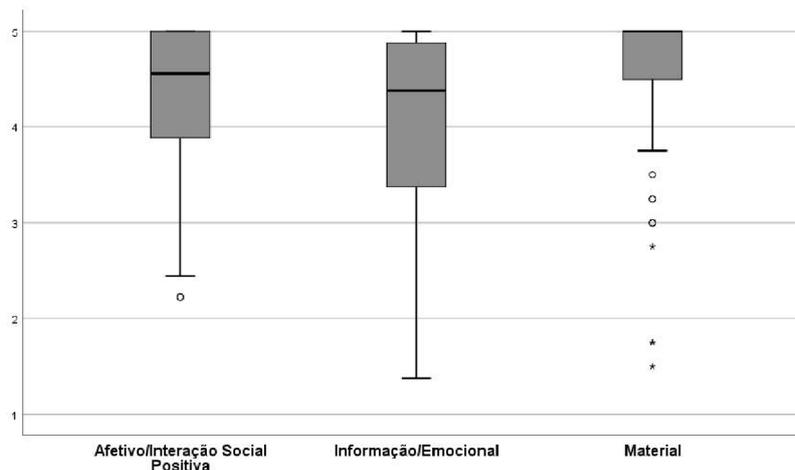
Quanto às estratégias de *coping* preponderantes, observou-se que as medianas da estratégia mais utilizada, a C1 - focada no problema e a C3 - busca de práticas religiosas foram próximas, 4,22 e 3,85 respectivamente, sendo a menos utilizada a estratégia C2 - focada na emoção - mediana de 2,26. Os diferentes tipos de *coping* apresentaram diferença significativa entre as medianas, exceto C3 - práticas Religiosas/Fantasia e C4 - busca por suporte social (Figura 1).

Figura 1 - Medianas Coping



O estudo das medianas mostrou que as três dimensões de apoio avaliadas foram percebidas com alta frequência: A1 - afetivo/interação social positiva 4,55, A2 - informação/emocional 4,37 e A3 - material 5,0, sendo o apoio percebido com maior frequência o apoio material. O tipo de apoio A2- informação/emocional apresentou escore significativamente menor do que os outros dois fatores analisados (Figura 2).

Figura 2 – Medianas Apoio Social



Ao relacionar os tipos de apoio social e *coping* aos dados sociodemográficos evidenciou-se que pacientes com companheiros apresentaram maior percepção dos três fatores de apoio (A1p=0,000; A2 p=0,004; A3 p=0,000). Os que não eram responsáveis pelo sustento da casa demonstraram maior percepção de apoio material (p=0,032), assim como a menor escolaridade que se relacionou a um predomínio do enfrentamento religioso (p=0,049).

Quanto à correlação dos fatores de apoio social e *coping*, identificou-se correlação positiva entre o C1 - enfrentamento com foco no problema e a percepção dos três diferentes fatores de apoio social, ou seja, quanto maior a percepção de apoio, maior foi o enfrentamento com foco no problema, ou vice e versa, não sendo possível estabelecer causa-efeito. O C2 - enfrentamento com foco na emoção relacionou-se inversamente aos fatores um e dois do apoio social, quanto menor a percepção do apoio do tipo emocional e afetivo, maior o uso do enfrentamento com foco na emoção. Observou-se que a percepção das três dimensões de apoio social correlacionou-se ao C4 – enfrentamento pela busca por suporte social, evidenciando que quem tem a percepção de contar com apoio social também busca neste suporte auxílio para enfrentar a situação vivenciada (Tabela 2).

Tabela 2 - Correlação entre as Escalas de Enfrentamento de Problemas e Apoio Social

		Escala de Enfrentamento de Problemas			
		C1 - Foco no Problema	C2 - Foco na Emoção	C3 - Práticas religiosas/fantasia	C4 - Busca por suporte social
Escala de Apoio Social	A1 - Afetivo e Interação social positiva	r = 0,27 p = 0,035	r = -0,27 p = 0,028	r = 0,04 p = 0,739	r = 0,49 p = 0,000
	A2 - Informação e Emocional	r = 0,29 p = 0,022	r = -0,41 p = 0,001	r = 0,04 p = 0,739	r = 0,52 p = 0,000
	A3 - Material	r = 0,26 p = 0,039	r = -0,14 p = 0,251	r = -0,05 p = 0,696	r = 0,034 p = 0,005

No que tange aos resultados qualitativos obtidos através do Diário de Campo, foram identificadas quatro categorias com temas suscitados a partir da aplicação das escalas. Seguem exemplos representativos das categorias no **Anexo A**.

A primeira categoria foi chamada de *Entraves* e aparece nas anotações da pesquisadora em 53,2% das participações (n=62). Diz respeito à percepção de dificuldades na aplicação da pesquisa, como impaciência por parte dos participantes e na compreensão da Escala de Apoio Social em um primeiro momento, havendo a necessidade de reorientação.

A segunda categoria foi denominada *Culpa* e retrata tal sentimento manifestado pelos pacientes, configurando uma dificuldade no processo de elaboração da doença, aparecendo em 14,5% dos registros.

A terceira categoria *Afetar-se rumo ao Insight* refere-se à percepção de um movimento reflexivo, de um dar-se conta de importantes questões relacionadas aos aspectos estudados em 46,8% dos casos.

A quarta categoria chama-se *Companheiro(a) como suporte* e aparece em 38,7% das anotações estando relacionada a verbalização espontânea do companheiro(a) como uma das principais fontes de apoio.

Discussão

O presente estudo constatou a percepção de altos índices de apoio nos cinco tipos avaliados a partir dos três fatores: afetivo/interação social positiva, informação/emocional e material em pacientes com IC. Evidenciaram, de modo geral, percepção satisfatória quanto à dimensão funcional ou qualitativa da rede social existente. Elevado apoio social também foi identificado em outras pesquisas com pacientes com IC, Doença Arterial Coronariana e transplantados cardíacos (Dantas, Pelegrino & Garbin, 2007; Milaniak et al., 2018; Silvério, Dantas & Carvalho, 2009). O fato de o coração ser um importante órgão, carregado de significados e geralmente relacionado diretamente à vida, pode justificar o elevado apoio percebido por pacientes com problemas cardíacos (Silvério et al., 2009).

Ressalta-se que a Escala de Apoio Social não tem como intenção mapear a rede e sua extensão, ocupando-se da frequência com que os sujeitos contam com determinado tipo de suporte. Sendo assim, contar com apenas uma pessoa que participe e que possa estar presente nas diferentes situações avaliadas é o suficiente para pontuar altos índices de apoio social na referida escala. Desta forma, o uso apenas desse instrumento de apoio pode ser uma limitação na compreensão mais aprofundada de como e quem geralmente oferece este apoio. Na tentativa de controle desse viés foi incluído pelas autoras o Diário de Campo. Esse forneceu mais informações a partir de verbalizações espontâneas dos pacientes e observações dos pesquisadores. Ainda assim, sugere-se estudos posteriores com outros instrumentos de apoio que contribuam na construção de uma compreensão mais abrangente do assunto.

A alta percepção de apoio pode estar relacionada ao fato de 72,6% da amostra contar com companheiro (a) e 85,5% morar com alguém. Nesse estudo, essa característica se relacionou a maior percepção das três dimensões de apoio avaliadas, indo também ao encontro do material obtido através do Diário de Campo no qual o companheiro (a) foi verbalizado espontaneamente como importante fonte de apoio em 38,7% dos casos. Estudo realizado em São Paulo, com pacientes renais crônicos em tratamento, em um Serviço de Nefrologia, também encontrou resultados semelhantes neste aspecto, apresentando indicativo de bom suporte recebido e percebendo entre as fontes mais frequentes mencionadas pelos participantes os parceiros, cônjuges, companheiros ou namorado e amigos (Silva et al., 2016).

A estratégia de enfrentamento mais utilizada pelos participantes foi a focada no problema, que engloba estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor. Tal resultado, pode estar relacionado à característica da amostra, visto que a pesquisa foi realizada com pacientes atendidos em ambulatórios que exigem certa frequência do paciente para revisões do tratamento clínico, estando vinculados ao serviço e podendo evidenciar empenho na direção de comportamentos de autocuidado. Estudos atuais apontam que o autocuidado com a IC está associado à qualidade de vida, visto que quando esse é baixo (pacientes com baixo autocuidado) demonstraram níveis mais altos de sofrimento psicológico (Kessing, Denollet, Widdershoven & Kupper, 2017). Os registros do Diário de Campo também apontam para um importante movimento de reflexão e *insight* por parte dos participantes a partir da aplicação das escalas, aparecendo em 46,8% dos casos, o que pode ser considerado um comportamento de autoavaliação saudável, compatível com uma estratégia focada no problema. Estudo realizado com adolescentes, na Austrália, examinou a relação entre risco potencial e fatores de proteção para depressão, identificando que a melhoria das redes de apoio e formas de enfrentamento mais adaptativas, como a focada no problema, relaciona-se à diminuição do impacto do estresse percebido na depressão, sugerindo a importância de atentarmos para tais fatores como protetivos da saúde mental (Thorsteinsson, Ryan & Sveinbjornsdottir, 2013).

Neste estudo, 91,9% dos participantes referiram possuir alguma religião/crença, sendo esta a principal estratégia de enfrentamento de 25,8% da amostra. Clark e Hunter (2019)

identificaram que necessidades espirituais frequentemente expressas por pacientes com IC estão relacionadas à busca por significado/propósito da vida e conectividade, tais necessidades contribuindo para experiências de sofrimento dos indivíduos quando não abarcadas pelo tratamento. Outras pesquisas demonstraram que a espiritualidade influencia também na forma como pacientes com IC gerenciam sua doença, impactando no status funcional, de saúde e na percepção de qualidade de vida e bem-estar (Nunes, Leal, Marques & Mendonça, 2017; Santi, Avezum, Medeiros, Murakami & Carbonari, 2020). Estudo brasileiro com perfil sociodemográfico e clínico similar ao presente estudo encontrou clara associação entre espiritualidade e adesão ao tratamento em pacientes com IC em tratamento ambulatorial. Contudo, sem conseguir determinar se a espiritualidade exerce efeito na adesão, ou se é causadora de um efeito mais amplo e complexo (Alvarez et al., 2016).

A influência da espiritualidade/religiosidade na forma como o paciente percebe/lida com o seu adoecimento e tratamento é algo vastamente identificado. Entretanto, ainda parece incipiente a melhor compreensão acerca de relações causais de tal fenômeno. No que tange espiritualidade/religiosidade, não foi encontrada correlação significativa entre o enfrentamento focado na prática religiosa e os três fatores de apoio social, o que nos leva a pensar que a utilização desta como recurso de enfrentamento mostra-se um fator independente de aspectos do meio externo, sendo algo interior.

Foram identificadas correlações positivas significativas entre o enfrentamento com foco no problema e a percepção de suporte nos três fatores de apoio, podendo-se entender que ter uma boa rede de apoio auxilia no desenvolvimento de estratégias mais adaptativas e voltadas à resolução do problema, ou, que por serem pessoas com estratégias mais saudáveis conseguem usufruir melhor de sua rede. Já os fatores de apoio afetivo/interação social positiva e emocional/informação correlacionaram-se de maneira inversa à estratégia focada na emoção, isto é, quanto menor a percepção desses fatores de apoio, maior a utilização do *coping* focado na emoção. Dessa maneira, evidenciando que ter um bom suporte social, com afeto e também informação, pode estar associado a uma menor utilização de estratégias focalizadas na emoção, ou vice-versa. Estudo correlacional sobre diferentes perfis de estratégias de *coping* de acordo com os traços de personalidade encontrou resultados sugestivos da compreensão acima em uma amostra de 50 homens, identificando que quanto maior o índice de socialização, menor a tendência de utilizar a estratégia de enfrentamento focada na emoção (Bertamoni, Ebert & Dornelles, 2013).

Referente à busca por suporte social como estratégia de *coping* observou-se correlação direta com a percepção dos três fatores de apoio analisados, evidenciando que pacientes com uma satisfatória percepção de apoio acabam recorrendo mais a tal suporte como modo de lidar com as situações problema, ou, que pessoas que tendem a enfrentar através da busca por suporte social recorrem e investem mais frequentemente em suas relações sociais, não sendo possível estabelecer causa-efeito. A disponibilidade de recursos está entre os aspectos que interferem no estilo de *coping* adotado pelo indivíduo (Dell'Aglio, 2003). O apoio social funciona como um fator de proteção e de promoção de saúde, auxiliando no enfrentamento de situações de estresse e doenças crônicas (Aragão, Portugal, Campos, Lopes & Fortes, 2017).

O sentimento de culpa foi percebido em 14,5% dos registros e pode estar relacionado ao uso de estratégia de enfrentamento focada na emoção. Comportamentos de esquiva, fuga e evitação da situação geradora de estresse, com objetivo de apaziguamento das emoções, prejudicando a resolução de problemas podem ser gerados por emoções como raiva, irritação e culpa. Tanto o fato de sentir culpa quanto o de culpar os outros ou situações externas são considerados nesta compreensão (Cano & Moré, 2016).

Conclusão

Os resultados do estudo indicaram que bons índices de apoio social foram evidenciados através da percepção dos pacientes com IC, nas três dimensões avaliadas. Assim como, o uso predominante da estratégia de enfrentamento focada no problema, que se correlacionou, positivamente, aos três fatores de apoio e mostrou-se adaptativa à questão de saúde vivenciada, favorecendo assim o tratamento. Evidenciou-se que quanto menor a percepção das dimensões de apoio afetivo/interação social positiva e emocional/informação, maior a utilização do *coping* focado na emoção, ou vice-versa. Assim como, a busca por suporte social como estratégia de *coping* correlacionou-se diretamente com a percepção dos três fatores de apoio analisados.

O presente artigo apresenta algumas limitações que devem ser levadas em consideração na interpretação dos resultados. Trata-se de um estudo transversal, não sendo possível determinar causa-efeito, além disso a amostra foi homogênea (somente pacientes ambulatoriais, estudo unicêntrico de uma região específica do país), não sendo possível generalizar tais achados para a população geral IC. Estudos, dessa natureza, poderiam possibilitar maior compreensão sobre a existência de influências socioeconômico culturais nas variáveis estudadas.

Contudo, os achados se tornaram uma contribuição à construção do conhecimento sobre a realidade do paciente com IC frente aos aspectos de apoio social e enfrentamento de problemas/*coping*. A literatura carece de estudos com tais variáveis e suas correlações em amostras heterogêneas. Achados dessa natureza possibilitam o avanço do conhecimento e permitem novas estratégias de tratamento e prevenção.

Referências Bibliográficas

- Alvarez, J. S., Goldraich, L. A., Nunes, A. H., Zandavalli, M. C. B., Zandavalli, R. B., Belli, K. C., Clausell, N. (2016). Associação entre espiritualidade e adesão ao tratamento em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. *Arq Bras Cardiol*, 106(6), 491-501. <https://doi.org/10.5935/abc.20160076>
- Aragão, E. I. S., Portugal, F. B., Campos, M. R., Lopes, C. D. S., & Fortes, S. L. C. L. (2017). Distintos padrões de apoio social percebido e sua associação com doenças físicas (hipertensão, diabetes) ou mentais no contexto da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 2367-2374. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.26712015>
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. (3a.ed.) Lisboa: Edições 70.
- Bertamoni, T., Ebert, G., & Dornelles, V. G. (2013). Estudo correlacional sobre diferentes perfis de estratégias de coping de acordo com os traços de personalidade. *Aletheia*, (42), 92-105. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942013000300009&script=sci_abstract&lng=pt
- Bordoni, B., Marelli, F., Morabito, B., & Sacconi, B. (2018). Depression and anxiety in patients with chronic heart failure. *Future cardiology*, 14(2), 115-119. DOI: [10.2217/fca-2017-0073](https://doi.org/10.2217/fca-2017-0073)
- Cano, D. S., & Moré, C. L. O. O. (2016). Estratégias de Enfrentamento Psicológico de Médicos Oncologistas Clínicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(3), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0102-3772e323211>
- Breakwell, G. M. (2010) O uso do auto registro: Método de Diário e de Narrativa. In Breakwell, G. M., Hammond, S., Fife-Schaw, C., Smith, J. A., & Haase, V. G. (2010). *Métodos de pesquisa em psicologia* (pp.260-277). Porto Alegre: Artmed
- Chiala, O., Vellone, E., Klompstra, L., Ortali, G. A., Strömberg, A., & Jaarsma, T. (2018). Relationships between exercise capacity and anxiety, depression, and cognition in patients with heart failure. *Heart & Lung*, 47(5), 465-470. doi: [10.1016/j.hrtlng.2018.07.010](https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.07.010).

- Clark, C. C., & Hunter, J. (2019). Spirituality, Spiritual Well-Being, and Spiritual Coping in Advanced Heart Failure: Review of the Literature. *Journal of Holistic Nursing*, 37(1), 56-73. doi: [10.1177/0898010118761401](https://doi.org/10.1177/0898010118761401)
- Cunha, M., Chibante, R., & André, S. (2014). Suporte social, empowerment e doença crônica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(spe1), 21-26. http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1647-21602014000100004&script=sci_arttext
- Dantas, R. A. S., Pelegrino, V. M., & Garbin, L. M. (2007). Avaliação do apoio social e sua relação com variáveis sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. *Cienc Cuid Saúde*, 6(4), 456-462. Recuperado de: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/3680>
- Dell'Aglio, D. D. (2003). O processo de coping em crianças e adolescentes: adaptação e desenvolvimento. *Temas em Psicologia*, 11(1), 38-45. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2003000100005
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. doi: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Fernandes, A. D., Fernandes, G. C., Mazza, M. R., Knijnik, L. M., Fernandes, G. S., Vilela, A. T. D., A. Badiye, & Chaparro, S. V. (2020). Insuficiência cardíaca no Brasil subdesenvolvido: análise de tendência de dez anos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 114,222-231. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20180321>
- Figueiredo, J. H. C., Oliveira, G. M. M. D., Pereira, B. B., Figueiredo, A. E. B., Nascimento, E. M., Garcia, M. I., & Xavier, S. S. (2020). Efeito Sinérgico da Gravidade da Doença, de Sintomas de Ansiedade e da Idade Avançada sobre a Qualidade de Vida de Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 114, 25-32. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20190174>
- Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 1755-1769. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cHhgT5Hz5ssyR9cP99wmhxS/?lang=pt>
- Graven, L., Grant, J. S., Vance, D. E., Pryor, E. R., Grubbs, L., & Karioth, S. (2014). Coping styles associated with heart failure outcomes: A systematic review. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(2), 227. <https://doi.org/10.5430/jnep.v4n2p227>
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C. S. (2005). Validade de constructo de escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 21(3), 703-714. Recuperado de: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v21n3/04.pdf
- Hueb, A. C; Cipullo, R & Kallás, E. (2015). Transplante cardíaco: modalidade de tratamento para a insuficiência cardíaca. *Rev. Ciênc. Saúde*, v. 5, n. 4, p. 3-12. DOI: <https://doi.org/10.21876/rcsfmit.v5i4>
- Kessing, D., Denollet, J., Widdershoven, J., & Kupper, N. (2017). Self-care and health-related quality of life in chronic heart failure: A longitudinal analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(7), 605-613. <https://doi.org/10.1177/1474515117702021>
- Lazarus R. S. & Folkman S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company.
- Mann, D., Zipes, D., Libby, P., & Bonow, R. (2015). Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine (10 th edit). Philadelphia. Elsevier.
- Marques, I., Abreu, S., Bertão, M. V., Ferreira, B., Ramos, R. L., Lopes, J., S. Nunes, D. Mendonça, & Teixeira, L. (2017). Characteristics and outcomes of heart failure hospitalization before implementation of a heart failure clinic: The PRECIC study. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 36(6), 431-438. DOI: [10.1016/j.repce.2016.10.021](https://doi.org/10.1016/j.repce.2016.10.021)

- Milaniak, I., Wilczek-Rużyczka, E., Wierzbicki, K., Piątek, J., Kapelak, B., & Przybyłowski, P. (2018). Relationship Between Satisfaction With Social Support and Self-Efficacy and the Occurrence of Depressive Symptoms and Stress in Heart Transplant Recipients. *Transplantation proceedings*, 50(7), 2113-2118. doi: [10.1016/j.transproceed.2018.02.156](https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2018.02.156)
- Moradi, M., Daneshi, F., Behzadmehr, R., Rafiemanesh, H., Bouya, S., & Raeisi, M. (2020). Quality of life of chronic heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. *Heart failure reviews*, 25(6), 993-1006. doi: [10.1007/s10741-019-09890-2](https://doi.org/10.1007/s10741-019-09890-2)
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., ... & Turner, M. B. (2016). Heart disease and stroke statistics - 2016 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 133(4), 38-e360. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000350>
- Nunes, M. G. S., Leal, M. C. C., Marques, A. P. D. O., & Mendonça, S. D. S. (2017). Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. *Saúde em Debate*, 41, 1102-1115. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711509>
- Oliveira, G. M. M. D., Brant, L. C. C., Polanczyk, C. A., Biolo, A., Nascimento, B. R., Malta, D. C., Souza, M. de F. M., Soares, G.P., Júnior, G.F.X, MAchline-Carrion, M.J., Bittencourt, M.S., Neto, O.M.P., Silvestre, O.M., Teixeira, R.A., Sampaio, R.O., Graziano, T.A., Roth, G.A., & Ribeiro, A. L. P. (2020). Estatística Cardiovascular–Brasil 2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 115, 308-439. <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>
- Pérez-García, A. M., Oliván, S., & Bover, R. (2014). Subjective well-being in heart failure patients: Influence of coping and depressive symptoms. *International journal of behavioral medicine*, 21(2), 258-265. doi: [10.1007/s12529-013-9311-4](https://doi.org/10.1007/s12529-013-9311-4).
- Pérez-García, A. M., Ruiz, M. Á., Sanjuán, P., & Rueda, B. (2011). The association of social support and gender with life satisfaction, emotional symptoms and mental adjustment in patients following a first cardiac coronary event. *Stress and Health*, 27(3), e252-e260. DOI: [10.1002/smi.1378](https://doi.org/10.1002/smi.1378)
- Santi, D. B., Avezum, S. G. P., Medeiros, A. A. D., Murakami, L., & Carbonari, K. (2020). A dimensão espiritual integrada às necessidades de cuidados paliativos na cardiopatia avançada. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, 414-421. https://issuu.com/larissa-digitalsolvers/docs/revistasocesv30_03-mesclado
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. D. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 17, 225-234. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 32(6), 705-714. doi: [10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b).
- Sherwood, A., Blumenthal, J. A., Hinderliter, A. L., Koch, G. G., Adams, K. F., Dupree, C. S., Bensimhon, D.R., Johnson, K. S., Trivedi, R., Bowers, M., Christenson, R. H., & O'Connor, C. M. (2011). Worsening depressive symptoms are associated with adverse clinical outcomes in patients with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(4), 418-423. doi: [10.1016/j.jacc.2010.09.031](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2010.09.031).
- Silva, S. M., Braidó, N. F., Ottaviani, A. C., Gesualdo, G. D., Zazzetta, M. S., & Souza Orlandi, F. (2016). Suporte social de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e 2752. doi: [10.1590/1518-8345.0411.2752](https://doi.org/10.1590/1518-8345.0411.2752)
- Silvério, C. D., Dantas, R. A. S., & Carvalho, A. R. S. (2009). Avaliação do apoio social e da auto-estima por indivíduos coronariopatas, segundo o sexo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 407-414. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000200021>
- Thorsteinsson, E. B., Ryan, S., & Sveinbjornsdottir, S. (2013). The mediating effects of social support and coping on the stress-depression relationship in rural and urban adolescents. *Open Journal of Depression*, 2(1), 1-6. DOI: [10.4236/ojd.2013.21.001](https://doi.org/10.4236/ojd.2013.21.001)

Anexo A

Representação das Categorias

Categorias	Exemplos de anotações da pesquisadora
Entraves	<ul style="list-style-type: none"> • Mostra-se impaciente com a escala, repetindo que tem a esposa em cada questão. • Na escala de rede de apoio, refere quem é a sua rede em cada questão, ao invés de responder a frequência como solicitado.
Culpa	<ul style="list-style-type: none"> • Expressa sentir-se culpada pelo uso de álcool e outras drogas no passado. • Entende que sua condição de saúde atual é para “pagar alguma coisa” “dívida” (sic)
Afetar-se rumo ao Insight	<ul style="list-style-type: none"> • Entristecido ao dar-se conta que não possui muitas pessoas com quem contar. • Refere que sua família não é de demonstrar afeto e apoio, sendo mais “fria” pois ele nunca ensinou a ser assim, dessa forma apoio emocional e afetivo são mais raros.
Companheiro(a) como apoio social	<ul style="list-style-type: none"> • Conta apenas com a esposa, porém pode contar com ela sempre, em todas as situações. • Refere que sua rede de apoio consiste na esposa e no pai.

Priscilla Andrewns dos Santos – Psicóloga Mestranda em Psicologia e Saúde pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Especialista em Cardiologia pela Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC). Psicóloga Hospitalar em Hospital Tramandaí (HT).

Patricia Pereira Ruschel – Psicóloga Clínica e Hospitalar, Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do RS (PUCRS), Doutora em Ciências da Saúde: cardiologia pela Fundação Universitária de Cardiologia (IC/FUC-RS).

Paula Moraes Pfeifer – Psicóloga Hospitalar, Coordenadora da Residência de Psicologia na Residência Multiprofissional Integrada em Cardiologia (RISC). Mestre em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).