



ARTIGO ORIGINAL

APOIO SOCIAL AO DOENTE ONCOLÓGICO COM BASE NA ESCALA DO *MEDICAL OUTCOMES STUDY*

SOCIAL CARE FOR ONCOLOGIC PATIENT BASED ON THE MEDICAL OUTCOMES STUDY SCALE

APOYO SOCIAL AL ENFERMO ONCOLÓGICO CON BASE EN LA ESCALA DEL *MEDICAL OUTCOMES STUDY*

Clediane Rita Portalupi da Trindade¹
Giselda Veronice Hahn²

Doi: 10.5902/2179769218770

RESUMO: **Objetivo:** mensurar o apoio social disponível aos doentes oncológicos e verificar se os resultados apresentam diferença entre os sexos. **Método:** estudo quantitativo, do tipo transversal. Para a coleta e análise dos dados utilizou-se a escala do *Medical Outcomes Study*. Foram entrevistados 80 participantes de ambos os sexos. Os dados foram submetidos à análise estatística. **Resultados:** os homens manifestaram ter maior apoio material e emocional, acesso à informação e interação social positiva. Entre as mulheres somente a manifestação de Apoio Afetivo apresentou maior destaque. A falta de companheiro e o surgimento do câncer em mulheres mais jovens foram fatores que reduziram o nível de apoio social. **Conclusão:** a maioria dos participantes revelou ter apoio social disponível, o que permite avaliar que esses indivíduos suprem suas necessidades básicas de apoio. Considera-se importante os profissionais da saúde estarem atentos às necessidades de apoio manifestadas pelas mulheres, pois estas apresentaram menor disponibilidade de apoio.

Descritores: Apoio social; Oncologia; Relações interpessoais.

ABSTRACT: **Aim:** *Measuring the social care for oncologic patients and checking whether results show gender differences.* **Method:** *Cross-sectional quantitative study design was employed. For data collection and analysis, the Medical Outcomes Study scale was used. Eighty male and female participants were interviewed. Data were statistically analyzed.* **Results:** *Men revealed that they have received more material and emotional care, access to information and positive social interaction. For women, only affective care was highlighted. The lack of a partner and the manifestation of a cancer in younger women have been factors reduced the level of social care.* **Conclusion:** *most participants have shown to hold social care, which allows us to infer that these individuals receive this basic care. We consider that it is important that health professionals are aware of the needs for care that women have mentioned, once the latter have shown the lowest availability of care.*

Descriptors: *Social care; Oncology; Interpersonal relationships.*

RESUMEN: **Objetivo:** *mensurar el apoyo social disponible a enfermos oncológicos y verificar si los resultados presentan contrastes entre los sexos.* **Método:** *estudio cuantitativo, de tipo transversal. Los datos fueron recogidos utilizando la escala del Medical Outcomes Study. Se entrevistaron 80 participantes de ambos sexos. Los datos fueron sometidos a análisis estadístico.* **Resultados:** *los hombres dijeron tener más Apoyo*

¹ Enfermeira. Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil. cledianeportalupi@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil. giseldahahn@gmail.com

Material y Emocional, acceso a Informaciones e Interacción Social Positiva. Entre las mujeres, la manifestación de Apoyo Afectivo tuvo más destaque. La ausencia de un compañero y el surgimiento del cáncer en mujeres más jóvenes fueron factores que redujeron el nivel de apoyo social. Conclusión: la mayoría reveló tener apoyo social disponible, lo que permite evaluar que esos individuos suplen sus necesidades básicas de apoyo. Se considera importante los profesionales de salud ser atentos a las necesidades de apoyo manifestadas por las mujeres, pues presentaron menos disponibilidad de apoyo. Descriptores: Apoyo social; Oncología; Relaciones interpersonales.

INTRODUÇÃO

As neoplasias estão entre as doenças mais incidentes da atualidade, acometendo a população em diferentes ciclos da vida. Por se tratar de uma patologia impactante na vida do indivíduo, merece atenção e cuidado que vão além das práticas biomédicas e tecnológicas. O doente oncológico vivencia uma série de etapas ao longo de todo o processo da doença, que exige tanto resistência física e emocional quanto disponibilidade e oferta de apoio.

O período de diagnóstico constitui-se em um momento difícil e angustiante na vida do indivíduo e durante o tratamento, dúvidas, ansiedade e dor continuam presentes, condições estas que impactam negativamente no equilíbrio psicoemocional.¹⁻² Dessa forma, o processo de adoecimento constitui-se no momento em que o enfermo mais necessita de apoio, tornando-o indispensável para o enfrentamento da doença, para a reabilitação e a adaptação à nova condição de vida.³ O suporte social, estabelecido desde o período de diagnóstico, funciona como uma estratégia para o enfrentamento de todo o contexto da doença, diminuindo o impacto físico e emocional.⁴⁻⁵

O apoio social envolve aspectos de auxílio material ou de informação estabelecidos por pessoas ou grupos, capazes de resultar em efeitos positivos no âmbito emocional e comportamental⁶ repercutindo na qualidade de vida.⁷ De modo geral, o apoio social ocorre por meio das relações sociais que são relações interpessoais com algum grau de ligação existente, mas diferentes graus de intimidade, proporcionando às relações mais íntimas maior acolhimento, auxílio e amparo para o enfrentamento das dificuldades.⁸ A atenção ao ser humano deve envolver aspectos relativos ao corpo e à mente, além de contemplar as singularidades de cada pessoa.⁹

O apoio social divide-se em estrutural (rede social) e funcional. No apoio estrutural incluem-se as informações relacionadas à quantidade de relações sociais, assim como o número de pessoas que fornecem auxílio sempre que necessário.¹⁰ De modo geral, o apoio estrutural se refere à composição e à dimensão das redes que oferecem apoio.⁸ O apoio funcional diz respeito às percepções próprias do indivíduo em relação à disponibilidade de apoio¹⁰ e à função que ele desempenha na vida, tanto de quem o recebe quanto de quem o fornece.⁸

Os diversos tipos de apoio compõem uma rede capaz de contribuir significativamente para o enfrentamento do câncer.¹¹ Os termos rede e apoio social, embora estejam interligados, não recebem a mesma definição. A rede de apoio compreende as dimensões funcionais e estruturais estabelecidas por meio das relações, enquanto o apoio social compreende a dimensão pessoal, ou seja, as ações significativas e importantes prestadas pelos componentes da rede.⁶

Conforme estudo⁴ realizado com mulheres acometidas pelo câncer uterino, cabe aos profissionais participar ativamente da rede de apoio, em diversos aspectos de suporte, oferecendo informações e explicações fidedignas. Dessa forma, o vínculo é fortalecido e as relações são mantidas pela confiança e comprometimento.

Considera-se que o fornecimento de suporte emocional aos doentes pelos enfermeiros auxilia na compreensão das condições que a patologia impõe, como o tratamento e suas consequências, assim como estes profissionais estabelecem maneiras para enfrentar tais desafios e fragilidades. Essas ações compreendem um cuidado humanizado, sendo reconhecido por aqueles que o recebe. Os profissionais podem promover mudanças positivas na vida do doente, induzindo comportamentos de apoio dos demais membros da rede de relacionamentos.¹²

A disponibilidade de apoio possui efeito direto sobre a adesão e a efetividade do tratamento. Os profissionais de saúde precisam conhecer e explorar, juntamente com o doente, a rede de apoio disponível.⁷⁻¹² Além de avaliar a capacidade do indivíduo procurar, solicitar e receber o suporte. Os doentes com poucos recursos sociais podem ser beneficiados através da participação em grupos de apoio psicossocial, objetivando a oferta de apoio e oportunidade de trocas relacionadas a preocupações e sentimentos comuns.¹²

O presente estudo tem o objetivo de mensurar o apoio social disponível aos doentes oncológicos e verificar se os resultados apresentam diferença entre os sexos. Parte-se do pressuposto de que conhecer o nível de apoio social do qual o doente oncológico dispõe, auxilia os profissionais da saúde a prestar um cuidado integral e unirem-se à rede de apoio social do doente. Dessa forma, é possível melhorar a qualidade de vida do indivíduo durante o seu tratamento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo transversal, realizado com pacientes submetidos a tratamento quimioterápico ambulatorial em um Centro de Oncologia de um hospital de médio porte referência no Vale do Taquari/RS. A instituição presta serviço para o Sistema Único de Saúde (SUS), assistência particular e convênios. Atualmente possui 39 municípios conveniados na região.

Os dados foram coletados durante a vinda dos pacientes ao serviço para a realização do tratamento. O estudo foi composto por 80 participantes portadores de câncer, que estavam em diferentes estágios da doença e, portanto, recebendo diferentes ciclos de drogas quimioterápicas. Os dados foram coletados ao longo de uma semana de atendimento no serviço. Para isso, a pesquisadora utilizou o turno da manhã (período de maior fluxo de atendimentos), totalizando, aproximadamente, quatro horas diárias. Todos os pacientes que se encontravam no local, nesse período, foram abordados pessoalmente, antes de iniciar a quimioterapia, e convidados a participar.

Os critérios de elegibilidade incluíram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), não apresentar comprometimento cognitivo ou psiquiátrico que os impedisse de compreender o objetivo do estudo e responder ao instrumento de coleta de dados. Os participantes dispuseram do tempo necessário para responder o instrumento de acordo com as condições físicas e psíquicas apresentadas no dia da entrevista. Apenas uma convidada se recusou a participar. Os aspectos éticos foram respeitados conforme a Resolução 466/2012. A coleta de dados ocorreu após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Unidade Integrada Vale do Taquari de Ensino Superior (Univates), cujo número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) é 25291014.6.0000.5310, emitido em 17 de fevereiro de 2014.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study* (MOS), adaptada e traduzida para o idioma português no estudo pró-saúde,¹³ sendo sua confiabilidade e validade testadas,¹⁴ o que possibilita a utilização

da escala em outras pesquisas. Trata-se de uma escala breve, autoaplicável e multidimensional.

A escala original foi desenvolvida durante um estudo longitudinal realizado no período de dois anos com usuários de serviços de saúde de Boston, Chicago e Los Angeles, abrangendo 2.987 entrevistados com idades entre 18 e 98 anos, os quais apresentavam uma ou mais doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, doença coronariana ou depressão. O estudo deu origem à Escala de Apoio Social composta, em sua versão final, por 19 itens, agrupados em cinco dimensões de apoio: Material (quatro itens), Afetivo (três itens), Informação (quatro itens), Emocional (quatro itens) e Interação Social Positiva (quatro itens).¹⁵ A escala possui o objetivo de mensurar a frequência com que cada tipo de apoio é percebido pelo doente. Todos os itens que compõem a escala são precedidos pela seguinte expressão: “Se você precisar, com que frequência conta com alguém...”. Para cada item existem cinco opções de respostas em uma escala *Likert* graduada da seguinte forma: 1= Nunca, 2= Raramente, 3= Às Vezes, 4= Quase Sempre e 5= Sempre, devendo o respondente optar por uma única alternativa.¹³

No presente estudo, os itens foram avaliados de forma agrupada de acordo com a dimensão à qual pertencem. Os dados foram submetidos à análise estatística, utilizando o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18, tanto na caracterização sociodemográfica dos participantes como na distribuição das frequências dos dados, os quais foram avaliados por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%), incluindo o cálculo de mediana.

Os resultados foram analisados separados por sexo, a fim de verificar se havia semelhança na percepção de apoio recebido entre os dois grupos. Inicialmente verificou-se a frequência relativa (%) com que cada opção de resposta foi escolhida pelos participantes. Após, calculou-se a mediana agrupada, que representa as médias das medianas para cada dimensão. Para verificar se houve diferença significativa entre os sexos foi aplicado o teste não paramétrico U de *Mann-Whitney*, com nível de significância de 5% o qual compara a mediana das respostas dos dois grupos. Os participantes que deixaram de responder algum domínio foram excluídos para esse cálculo.

RESULTADOS

O estudo foi composto por participantes de ambos os sexos, sendo 51,3% (n= 41) do sexo feminino e 48,8% (n= 39) do sexo masculino. Dentre as mulheres, houve variação de idade entre 27 e 80 anos, com predomínio de idade entre 40 e 59 anos. A idade dos homens variou entre 24 e 88 anos, sendo mais prevalente a faixa etária compreendida entre 60 e 79 anos. Em relação à situação conjugal, a maioria das mulheres eram solteiras, separadas ou viúvas, enquanto a maioria dos homens eram casados ou estavam em união estável. Entre os homens 15,4% possuíam algum nível de escolaridade completo, seja ensino fundamental, médio ou superior, enquanto as mulheres somaram 36,6% nessas mesmas escolaridades (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição sociodemográfica detalhada do grupo estudado (n= 80)

Idade	Sexo	
	F ³ % (n)	M ⁴ % (n ⁵)
24-39	22 (9)	5,1 (2)
40-59	46,3 (19)	17,9 (7)
60-79	29,3 (12)	64,1 (25)
80-88	2,4 (1)	12,8 (5)
Situação conjugal		
Solteiro(a)	19,5 (8)	7,7 (3)
Casado(a)/União estável	48,8 (20)	87,2 (34)
Separado(a)/Divorciado(a)	19,5 (8)	0 (0)
Viúvo(a)	12,2 (5)	5,1 (2)
Escolaridade		
Sem escolaridade	4,9 (2)	2,6 (1)
Fundamental incompleto	53,7 (22)	76,9 (30)
Fundamental completo	14,6 (6)	2,6 (1)
Ensino médio incompleto	0 (0)	5,1 (2)
Ensino médio completo	19,5 (8)	10,3 (4)
Superior incompleto	4,9 (2)	0 (0)
Superior completo	2,4 (1)	2,6 (1)

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2015.

A Tabela 2 ilustra a frequência (%) de respostas obtidas para cada escore nas cinco dimensões de apoio avaliadas. A primeira dimensão corresponde ao Apoio Material, sendo constituída por quatro domínios relacionados à disponibilidade de alguém para ajudar em situações de adoecimento e fornecimento de suporte tangível. A dimensão Apoio Afetivo agrupa três domínios, envolvendo questões referentes à percepção de amor e afeto recebido, tanto em forma de manifestação física, como um abraço, quanto por meio de expressões de carinho. Na dimensão Apoio Emocional analisaram-se quatro domínios sobre a disponibilidade de alguém em quem confiar e para compartilhar medos e preocupações. O Apoio de Informação possui quatro domínios, envolvendo questões sobre a disponibilidade de alguém para fornecer conselhos e informações. A última dimensão analisada refere-se à Interação Social Positiva, sendo composta por quatro domínios com abordagem sobre a disponibilidade de alguém com quem se divertir e relaxar.

³ F: Feminino

⁴ M: Masculino

⁵ N: Frequência absoluta (número)

Tabela 2- Frequência de apoio social para cada gênero segundo a Escala de Apoio Social do MOS.

Dimensões de apoio	Escore (%)									
	Nunca		Raramente		Às vezes		Quase sempre		Sempre	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Material	0	2,4	0	2,4	1,3	4,4	3,2	9,3	95,5	81,5
Afetivo	0,8	0	1,7	0,8	1,8	4,1	6	6,5	89,7	88,6
Emocional	1,3	0,6	0	4,9	3,2	9,7	6,5	15,9	89	68,9
Informação	0,6	0	1,3	3,6	1,3	14	9	16,5	87,8	65,9
Interação social positiva	0,6	2,4	1,3	2,4	2,6	9,1	6,4	17,2	89,1	68,9

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2015.

Através dos resultados apresentados observa-se que o Apoio Material representou a dimensão de apoio mais recebida pelos homens, sendo que as opções “Sempre” e “Quase Sempre” representaram juntas 98,7% das respostas válidas. As mulheres somaram 90,8% das respostas para as mesmas opções. Além disso, houve presença de resposta para “Nunca” e “Raramente” no sexo feminino.

O Apoio Afetivo representou a dimensão mais recebida pelas mulheres alcançando 95,1% das respostas para os escores “Sempre” e “Quase Sempre”. Apenas no sexo masculino foi constatada presença de resposta para a opção “Nunca”. Através dos itens que compõem essa dimensão, verificou-se que a manifestação de afeto em forma de contato físico, como disponibilidade de um abraço, esteve mais presente entre as mulheres.

As dimensões de Apoio Emocional, Informação e Interação Social Positiva atingiram maior frequência no sexo masculino, comparado ao sexo feminino, com consistência para a opção “Sempre”. As mulheres também apresentaram maior valor para o escore “Sempre”, no entanto, constatou-se um aumento de respostas “Quase Sempre” e “Às Vezes” quando comparadas às outras dimensões. A resposta “Nunca” para as dimensões de Apoio Emocional e Interação Social Positiva esteve presente em ambos os sexos. Somente no sexo feminino verificou-se a presença de resposta “Nunca” para Apoio de Informação.

Pelos resultados apresentados, na avaliação da escala MOS, os dados asseguraram uma porcentagem média superior a 90% para o escore máximo (Sempre) no sexo masculino, enquanto no sexo feminino esse escore alcançou 74,8%. De acordo com os resultados das medianas, constatou-se que, para o sexo masculino, a dimensão Apoio Material obteve o maior escore (5,0), seguido por Apoio de Informação, Apoio Emocional, Interação Social Positiva e Apoio Afetivo que obtiveram valores equivalentes (4,9). No sexo feminino, o apoio que apresentou o maior escore foi o Apoio Afetivo (4,9), seguido de Apoio Material (4,8). As dimensões Interação Social Positiva, Apoio Emocional e Apoio de Informação atingiram o mesmo valor (4,6).

Considerando os resultados apresentados, verificou-se que ambos os sexos apresentaram um bom nível de apoio nas cinco dimensões avaliadas, visto que as medianas incidiram entre as opções “Quase Sempre” e “Sempre”, estando mais próximas de “Sempre”. Ao analisar as diferenças entre os sexos, constatou-se que, nas dimensões Apoio Material, Emocional, Informação e Interação Social Positiva, as medianas do sexo

masculino foram significativamente maiores do que aquelas do sexo feminino ($p < 0,001$). Para a dimensão Apoio Afetivo, não houve diferença significativa entre os sexos ($p = 0,796$). Esses dados demonstram que, na grande maioria das dimensões avaliadas, os homens apresentam maior percepção de apoio recebido em comparação às mulheres.

DISCUSSÃO

Tendo em vista que a amostra envolveu participantes de ambos os sexos, constataram-se algumas discrepâncias entre os dois grupos. Uma delas refere-se à faixa etária, ocorrendo, no sexo feminino, a manifestação da doença em idades inferiores aos 60 anos, enquanto no sexo masculino o câncer acometeu a maioria dos entrevistados com idade superior aos 60 anos. Essa caracterização pode estar associada aos tipos de cânceres que mais acometem homens e mulheres. Uma hipótese seria a alta incidência de câncer de mama, que acomete majoritariamente mulheres até os 50 anos de idade no mundo todo, apresentando, a partir dessa idade, diminuição da incidência. A mesma associação pode ser empregada no câncer de próstata, o qual representa o segundo tipo de câncer mais frequente entre os homens com idade superior à 65 anos.¹⁶

A maioria dos participantes avaliou receber apoio sempre que precisa. Esse resultado condiz com uma pesquisa, baseada na escala MOS, realizada com 268 pacientes oncológicos, em que a opção “Sempre” obteve maior percentual de respostas.¹⁷ Outro estudo sobre a funcionalidade da rede de apoio ao doente oncológico revelou que mais de 90,0% dos indivíduos receberam apoio social; além disso, o apoio não só é recebido como também fornecido pelo doente à sua rede.⁷ Considera-se como percepção de apoio o simples fato de os indivíduos sentirem a disponibilidade de alguém para ajudar quando necessário.¹² Essa alta disponibilidade de apoio justifica-se pelas próprias condições que o processo de adoecimento estabelece na vida do indivíduo. Durante esse período a rede de apoio se torna mais visível, pois constitui o momento em que o doente mais necessita de apoio, capaz de lhe auxiliar para a reorganização do novo modo de vida que a doença impõe. Se o apoio disponível não for suficiente, o próprio enfermo busca alternativas que possam suprir suas necessidades.³ A percepção da disponibilidade de apoio pode estar interligada com a satisfação pelo apoio recebido.¹

Os homens apresentaram maior percepção de apoio na maioria das dimensões. Esse dado, também se assemelha a outro estudo,¹⁷ em que pacientes do sexo masculino revelaram receber, significativamente, maiores níveis de Apoio Material, de Informação e Emocional comparado às pacientes do sexo feminino. Um fator importante a ser considerado é a situação conjugal desse grupo, que difere das mulheres por apresentarem-se em sua maioria na condição de casado/união estável, enquanto a maioria das mulheres encontravam-se na situação de solteira, separada ou viúva. Esse resultado justifica-se por evidências de que indivíduos casados apresentam maior probabilidade de perceber o apoio recebido do que indivíduos que não possuem companheiro, pelo fato de ter no cônjuge a principal fonte de apoio.¹⁸

Grande parte das pessoas citadas pelo doente oncológico como integrantes da rede de apoio são aquelas mais próximas e significativas, como familiares, cônjuge e filhos, por possuírem maior vínculo afetivo.⁷ Além disso, o menor valor no Apoio Afetivo pode estar relacionado ao estigma enfrentado pelo homem como sendo um ser viril e invulnerável, que pode dificultar a aceitação da própria doença, assim como o reconhecimento de suas limitações e fragilidades.

Nesta pesquisa, os homens apresentaram idades superiores às das mulheres, contrapondo estudo que constatou que pessoas com idades mais elevadas possuem menor percepção do apoio recebido do que pessoas mais jovens.¹⁸ Com relação ao Apoio

Emocional há evidências de que pessoas com idades mais jovens apresentam maior percepção do apoio disponível.¹²

Estudo¹⁹ desenvolvido com um grupo de mulheres portadoras de câncer de mama, cuja rede de apoio foi constituída pela família, amigos, grupo de apoio e religião, constatou o reconhecimento do suporte afetivo prestado pela rede de apoio dessas mulheres enquanto vivenciavam o processo de adoecimento e tratamento. Tal suporte apresentou desempenho positivo para a recuperação e manutenção da saúde, auxiliando na preservação dos papéis familiares e sociais. A presença de apoio proporciona amparo para a compreensão das situações ocasionadas pela patologia, domínio e controle emocional e na manutenção e recuperação da autoestima.¹⁻¹²

Outro estudo, também, envolvendo portadoras de câncer de mama revelou que, mesmo com as limitações e dificuldades ocasionadas pela doença e pelo tratamento, as mulheres continuam sendo protagonistas das tarefas relacionadas ao cuidado domiciliar e familiar, esse fator pode ocasionar o rompimento do apoio de familiares próximos, nas instituições de tratamento, a fim de poupá-los da angústia e do padecimento advindos do processo de adoecimento. As mulheres que residem sozinhas encontram suporte em amigos e vizinhos que prestam o auxílio necessário. No entanto, a necessidade de apoio provoca sentimentos negativos pela dependência de cuidados e o rompimento com a posição de cuidadora.²⁰ Essas características podem estar presentes nas participantes deste estudo, sendo responsáveis pelos níveis inferiores de apoio percebido quando comparado aos homens, visto que as percepções de afastar pessoas queridas para poupá-las do sofrimento, assim como retrair-se à ajuda de terceiros para evitar perda ou diminuição da autonomia, são sentimentos comuns e frequentes na sociedade.

O apoio social é capaz de gerar mudanças positivas na vida do indivíduo, uma vez que potencializa a eficácia do tratamento.¹²⁻¹⁷⁻¹⁹ Essa constatação demonstra a importância das relações sociais na vida do indivíduo acometido pelo câncer, funcionando como amparo durante o combate a patologia e amenizando os anseios e sofrimentos vivenciados pelos enfermos.¹⁹

Outro estudo realizado com indivíduos portadores de câncer de cabeça e pescoço também revelou resultados semelhantes, com escore mais elevado para Apoio Afetivo, seguido de Apoio Material, Apoio Emocional e Apoio de Informação, sendo Interação Social Positiva a menos frequente.⁵ Esses dados são semelhantes aos resultados encontrados no grupo feminino do presente estudo, com exceção da dimensão Apoio de Informação que apresentou menor valor.

Os resultados revelaram, de modo geral, menores níveis de apoio percebido pelas mulheres, o que pode ser influenciado atualmente por questões sociais, como a ocupação no mercado de trabalho e a independência financeira. No entanto, em muitos casos, as mulheres exercem atividades informais, com baixa remuneração e sem vínculo empregatício, sendo privadas do direito de receber auxílio financeiro quando precisam se afastar do trabalho em decorrência do adoecimento, gerando dificuldades financeiras pelo comprometimento do orçamento familiar.²⁰ Dessa forma, o adoecimento por câncer intensifica as questões geradoras de sofrimento e de angústia nas mulheres por comprometer a capacidade de manter a autonomia, orçamento adequado e vida ativa.

O fato de os participantes apresentarem um bom nível de apoio social nas cinco dimensões avaliadas é esperado, visto que a escala é composta pelas principais dimensões de suporte social. Dessa forma, indivíduos que recebem determinado tipo de amparo possuem maior possibilidade de receber também outras formas de apoio.¹⁸

CONCLUSÃO

Grande parte dos participantes revelaram ter disponível Apoio Material, Afetivo, Emocional, Informativo e Interação Social Positiva, o que permite avaliar que esses indivíduos têm supridas suas necessidades básicas de apoio.

Indivíduos com idades mais elevadas e que possuem cônjuge apresentaram níveis superiores de apoio social em relação a indivíduos mais jovens que vivem sozinhos. O fato de as mulheres, em sua maioria, estarem em idade produtiva, associado à ausência de companheiro e às novas condições advindas da doença e do tratamento pode acarretar em maior dificuldade para manter os recursos orçamentários necessários à sobrevivência. Dessa forma, a independência financeira, ao mesmo tempo em que pressupõe a autonomia, também pode ser responsável pelo nível de apoio diminuído entre as mulheres, uma vez que é diretamente afetada pelo afastamento do trabalho.

Os homens revelaram maior frequência de Apoio Material, Emocional, Informação e Interação Social Positiva. No entanto, verificou-se que a manifestação de afeto em forma de contato físico, como um abraço, é mais frequente entre as mulheres. De modo geral, os homens apresentaram um nível de apoio social superior às mulheres. Esses resultados destacam a necessidade de os profissionais de saúde olharem com mais atenção para a população feminina atendida nos serviços, por meio de entrevistas, rodas de conversa e grupos de apoio, buscando conhecer suas necessidades, potencializar o apoio e viabilizar a atenção integral ao doente oncológico.

Como limitações do estudo destaca-se o tempo determinado para realizar a coleta de dados e o retorno de pacientes já incluídos neste período, fatores que limitaram o número de participantes. Sugere-se que estudos longitudinais sejam realizados buscando avaliar o nível de apoio social percebido pelo doente oncológico no transcorrer da doença e do tratamento, a fim de mensurar o suporte social nas diferentes fases do processo de adoecimento e identificar períodos de maior necessidade. Estudos específicos para a população feminina são importantes a fim de conhecer os fatores associados a essa inferioridade de apoio em relação aos homens e as respectivas demandas de cuidados.

REFERÊNCIAS

1. Scrignaro M, Barni S, Magrin ME. The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients. *Psycho-Oncology* [Internet]. 2011 [acesso em 2015 dez 16];20:823-31. Disponível em: http://www.readcube.com/articles/10.1002%2Fpon.1782?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED.
2. Visentin A, Lenardt MH. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(4):486-92.
3. Feijó AM, Schwatz E, Muniz RM, Santos BP, Viegas AC, Lima LM. As inter-relações da rede social do homem com câncer na perspectiva bioecológica: contribuições para a enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2012;21(4):783-91.
4. Gómez MMG, Gómez MIL. El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Av Enferm* [Internet]. 2012 jan [acesso em 2015 dez 15];30(1):32-41. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a04.pdf>.



5. Santana JJRA, Zanin CR, Maniglia JV. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia* [Internet]. 2008 [acesso em 2014 maio 17];18(40):371-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/13.pdf>.
6. Pedro ICS, Rocha SMM, Nascimento LC. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. *Rev Latinoam Enferm*. 2008;16(2):324-7.
7. Rodrigues JSM, Ferreira NMLA. Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):781-7.
8. Rodrigues AG, da Silva AA. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(1):159-70.
9. Hoffmann FS, Müller MC, Rubin R. A mulher com câncer de mama: apoio e espiritualidade. *Mudanças - Psicol Saúde*. 2006;14(2):143-50.
10. Fachado AA, Martinez AM, Villalva CM, Pereira MG. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa: questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Med Port*. 2007;20(6):525-33.
11. Nóbrega VM, Collet N, da Silva KL, Coutinho SED. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 2014 set 24];12(3):431-40. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a03.htm.
12. Schroevers MJ, Vicki SH, Sanderman R, Ranchor AV. Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psychooncology* [Internet]. 2010 [acesso em 2015 dez 16];19:46-53. Disponível em: http://www.readcube.com/articles/10.1002%2Fpon.1501?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED.
13. Chor D, Griep RH, Lopes CL, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):887-6.
14. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(2):625-34.
15. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991;32(6):705-14.
16. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
17. Kolankiewicz ACB, Souza MM, Magnago TSBS, De Domenico EBL. Apoio social percebido por pacientes oncológicos e sua relação com as características sociodemográficas. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 mar [acesso em 2016 mar 18];35(1):31-8. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/42491/28906>.
18. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):703-14.
19. Canieles IM, Muniz RM, Corrêa ACL, Meincke SMK, Soares LC. Rede de apoio a mulher mastectomizada. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2014 abr/jun [acesso em 2015 dez 13];4(2):450-8. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/10790>.



20. Frazão A, Skaba MMFV. Mulheres com câncer de mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante. Rev Bras Cancerol. 2013;59(3):427-35.

Data de recebimento: 11/07/2015

Data de aceite: 24/03/2016

Contato do autor responsável: Clediane Rita Portalupi da Trindade

Endereço postal: Rua Zélia Maria Abichequer, 228, AP 402 - Lajeado/RS. CEP: 95900-000

E-mail: cledianeportalupi@gmail.com



ARTIGO ORIGINAL

APOIO SOCIAL AO DOENTE ONCOLÓGICO COM BASE NA ESCALA DO *MEDICAL OUTCOMES STUDY*

SOCIAL CARE FOR ONCOLOGIC PATIENT BASED ON THE MEDICAL OUTCOMES STUDY SCALE

APOYO SOCIAL AL ENFERMO ONCOLÓGICO CON BASE EN LA ESCALA DEL MEDICAL OUTCOMES STUDY

Clediane Rita Portalupi da Trindade¹
Giselda Veronice Hahn²

Doi: 10.5902/2179769218770

RESUMO: **Objetivo:** mensurar o apoio social disponível aos doentes oncológicos e verificar se os resultados apresentam diferença entre os sexos. **Método:** estudo quantitativo, do tipo transversal. Para a coleta e análise dos dados utilizou-se a escala do *Medical Outcomes Study*. Foram entrevistados 80 participantes de ambos os sexos. Os dados foram submetidos à análise estatística. **Resultados:** os homens manifestaram ter maior apoio material e emocional, acesso à informação e interação social positiva. Entre as mulheres somente a manifestação de Apoio Afetivo apresentou maior destaque. A falta de companheiro e o surgimento do câncer em mulheres mais jovens foram fatores que reduziram o nível de apoio social. **Conclusão:** a maioria dos participantes revelou ter apoio social disponível, o que permite avaliar que esses indivíduos suprem suas necessidades básicas de apoio. Considera-se importante os profissionais da saúde estarem atentos às necessidades de apoio manifestadas pelas mulheres, pois estas apresentaram menor disponibilidade de apoio.

Descritores: Apoio social; Oncologia; Relações interpessoais.

ABSTRACT: **Aim:** *Measuring the social care for oncologic patients and checking whether results show gender differences.* **Method:** *Cross-sectional quantitative study design was employed. For data collection and analysis, the Medical Outcomes Study scale was used. Eighty male and female participants were interviewed. Data were statistically analyzed.* **Results:** *Men revealed that they have received more material and emotional care, access to information and positive social interaction. For women, only affective care was highlighted. The lack of a partner and the manifestation of a cancer in younger women have been factors reduced the level of social care.* **Conclusion:** *most participants have shown to hold social care, which allows us to infer that these individuals receive this basic care. We consider that it is important that health professionals are aware of the needs for care that women have mentioned, once the latter have shown the lowest availability of care.*

Descriptors: *Social care; Oncology; Interpersonal relationships.*

RESUMEN: **Objetivo:** *mensurar el apoyo social disponible a enfermos oncológicos y verificar si los resultados presentan contrastes entre los sexos.* **Método:** *estudio cuantitativo, de tipo transversal. Los datos fueron recogidos utilizando la escala del Medical Outcomes Study. Se entrevistaron 80 participantes de ambos sexos. Los datos fueron sometidos a análisis estadístico.* **Resultados:** *los hombres dijeron tener más Apoyo*

¹ Enfermeira. Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil. cledianportalupi@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, Rio Grande do Sul, Brasil. giseldahahn@gmail.com

Material y Emocional, acceso a Informaciones e Interacción Social Positiva. Entre las mujeres, la manifestación de Apoyo Afectivo tuvo más destaque. La ausencia de un compañero y el surgimiento del cáncer en mujeres más jóvenes fueron factores que redujeron el nivel de apoyo social. Conclusión: la mayoría reveló tener apoyo social disponible, lo que permite evaluar que esos individuos suplen sus necesidades básicas de apoyo. Se considera importante los profesionales de salud ser atentos a las necesidades de apoyo manifestadas por las mujeres, pues presentaron menos disponibilidad de apoyo. Descriptores: Apoyo social; Oncología; Relaciones interpersonales.

INTRODUÇÃO

As neoplasias estão entre as doenças mais incidentes da atualidade, acometendo a população em diferentes ciclos da vida. Por se tratar de uma patologia impactante na vida do indivíduo, merece atenção e cuidado que vão além das práticas biomédicas e tecnológicas. O doente oncológico vivencia uma série de etapas ao longo de todo o processo da doença, que exige tanto resistência física e emocional quanto disponibilidade e oferta de apoio.

O período de diagnóstico constitui-se em um momento difícil e angustiante na vida do indivíduo e durante o tratamento, dúvidas, ansiedade e dor continuam presentes, condições estas que impactam negativamente no equilíbrio psicoemocional.¹⁻² Dessa forma, o processo de adoecimento constitui-se no momento em que o enfermo mais necessita de apoio, tornando-o indispensável para o enfrentamento da doença, para a reabilitação e a adaptação à nova condição de vida.³ O suporte social, estabelecido desde o período de diagnóstico, funciona como uma estratégia para o enfrentamento de todo o contexto da doença, diminuindo o impacto físico e emocional.⁴⁻⁵

O apoio social envolve aspectos de auxílio material ou de informação estabelecidos por pessoas ou grupos, capazes de resultar em efeitos positivos no âmbito emocional e comportamental⁶ repercutindo na qualidade de vida.⁷ De modo geral, o apoio social ocorre por meio das relações sociais que são relações interpessoais com algum grau de ligação existente, mas diferentes graus de intimidade, proporcionando às relações mais íntimas maior acolhimento, auxílio e amparo para o enfrentamento das dificuldades.⁸ A atenção ao ser humano deve envolver aspectos relativos ao corpo e à mente, além de contemplar as singularidades de cada pessoa.⁹

O apoio social divide-se em estrutural (rede social) e funcional. No apoio estrutural incluem-se as informações relacionadas à quantidade de relações sociais, assim como o número de pessoas que fornecem auxílio sempre que necessário.¹⁰ De modo geral, o apoio estrutural se refere à composição e à dimensão das redes que oferecem apoio.⁸ O apoio funcional diz respeito às percepções próprias do indivíduo em relação à disponibilidade de apoio¹⁰ e à função que ele desempenha na vida, tanto de quem o recebe quanto de quem o fornece.⁸

Os diversos tipos de apoio compõem uma rede capaz de contribuir significativamente para o enfrentamento do câncer.¹¹ Os termos rede e apoio social, embora estejam interligados, não recebem a mesma definição. A rede de apoio compreende as dimensões funcionais e estruturais estabelecidas por meio das relações, enquanto o apoio social compreende a dimensão pessoal, ou seja, as ações significativas e importantes prestadas pelos componentes da rede.⁶

Conforme estudo⁴ realizado com mulheres acometidas pelo câncer uterino, cabe aos profissionais participar ativamente da rede de apoio, em diversos aspectos de suporte, oferecendo informações e explicações fidedignas. Dessa forma, o vínculo é fortalecido e as relações são mantidas pela confiança e comprometimento.

Considera-se que o fornecimento de suporte emocional aos doentes pelos enfermeiros auxilia na compreensão das condições que a patologia impõe, como o tratamento e suas consequências, assim como estes profissionais estabelecem maneiras para enfrentar tais desafios e fragilidades. Essas ações compreendem um cuidado humanizado, sendo reconhecido por aqueles que o recebe. Os profissionais podem promover mudanças positivas na vida do doente, induzindo comportamentos de apoio dos demais membros da rede de relacionamentos.¹²

A disponibilidade de apoio possui efeito direto sobre a adesão e a efetividade do tratamento. Os profissionais de saúde precisam conhecer e explorar, juntamente com o doente, a rede de apoio disponível.⁷⁻¹² Além de avaliar a capacidade do indivíduo procurar, solicitar e receber o suporte. Os doentes com poucos recursos sociais podem ser beneficiados através da participação em grupos de apoio psicossocial, objetivando a oferta de apoio e oportunidade de trocas relacionadas a preocupações e sentimentos comuns.¹²

O presente estudo tem o objetivo de mensurar o apoio social disponível aos doentes oncológicos e verificar se os resultados apresentam diferença entre os sexos. Parte-se do pressuposto de que conhecer o nível de apoio social do qual o doente oncológico dispõe, auxilia os profissionais da saúde a prestar um cuidado integral e unirem-se à rede de apoio social do doente. Dessa forma, é possível melhorar a qualidade de vida do indivíduo durante o seu tratamento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, do tipo transversal, realizado com pacientes submetidos a tratamento quimioterápico ambulatorial em um Centro de Oncologia de um hospital de médio porte referência no Vale do Taquari/RS. A instituição presta serviço para o Sistema Único de Saúde (SUS), assistência particular e convênios. Atualmente possui 39 municípios conveniados na região.

Os dados foram coletados durante a vinda dos pacientes ao serviço para a realização do tratamento. O estudo foi composto por 80 participantes portadores de câncer, que estavam em diferentes estágios da doença e, portanto, recebendo diferentes ciclos de drogas quimioterápicas. Os dados foram coletados ao longo de uma semana de atendimento no serviço. Para isso, a pesquisadora utilizou o turno da manhã (período de maior fluxo de atendimentos), totalizando, aproximadamente, quatro horas diárias. Todos os pacientes que se encontravam no local, nesse período, foram abordados pessoalmente, antes de iniciar a quimioterapia, e convidados a participar.

Os critérios de elegibilidade incluíram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), não apresentar comprometimento cognitivo ou psiquiátrico que os impedisse de compreender o objetivo do estudo e responder ao instrumento de coleta de dados. Os participantes dispuseram do tempo necessário para responder o instrumento de acordo com as condições físicas e psíquicas apresentadas no dia da entrevista. Apenas uma convidada se recusou a participar. Os aspectos éticos foram respeitados conforme a Resolução 466/2012. A coleta de dados ocorreu após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Unidade Integrada Vale do Taquari de Ensino Superior (Univates), cujo número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) é 25291014.6.0000.5310, emitido em 17 de fevereiro de 2014.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study* (MOS), adaptada e traduzida para o idioma português no estudo pró-saúde,¹³ sendo sua confiabilidade e validade testadas,¹⁴ o que possibilita a utilização

da escala em outras pesquisas. Trata-se de uma escala breve, autoaplicável e multidimensional.

A escala original foi desenvolvida durante um estudo longitudinal realizado no período de dois anos com usuários de serviços de saúde de Boston, Chicago e Los Angeles, abrangendo 2.987 entrevistados com idades entre 18 e 98 anos, os quais apresentavam uma ou mais doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, doença coronariana ou depressão. O estudo deu origem à Escala de Apoio Social composta, em sua versão final, por 19 itens, agrupados em cinco dimensões de apoio: Material (quatro itens), Afetivo (três itens), Informação (quatro itens), Emocional (quatro itens) e Interação Social Positiva (quatro itens).¹⁵ A escala possui o objetivo de mensurar a frequência com que cada tipo de apoio é percebido pelo doente. Todos os itens que compõem a escala são precedidos pela seguinte expressão: “Se você precisar, com que frequência conta com alguém...”. Para cada item existem cinco opções de respostas em uma escala *Likert* graduada da seguinte forma: 1= Nunca, 2= Raramente, 3= Às Vezes, 4= Quase Sempre e 5= Sempre, devendo o respondente optar por uma única alternativa.¹³

No presente estudo, os itens foram avaliados de forma agrupada de acordo com a dimensão à qual pertencem. Os dados foram submetidos à análise estatística, utilizando o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18, tanto na caracterização sociodemográfica dos participantes como na distribuição das frequências dos dados, os quais foram avaliados por meio de frequência absoluta (n) e relativa (%), incluindo o cálculo de mediana.

Os resultados foram analisados separados por sexo, a fim de verificar se havia semelhança na percepção de apoio recebido entre os dois grupos. Inicialmente verificou-se a frequência relativa (%) com que cada opção de resposta foi escolhida pelos participantes. Após, calculou-se a mediana agrupada, que representa as médias das medianas para cada dimensão. Para verificar se houve diferença significativa entre os sexos foi aplicado o teste não paramétrico U de *Mann-Whitney*, com nível de significância de 5% o qual compara a mediana das respostas dos dois grupos. Os participantes que deixaram de responder algum domínio foram excluídos para esse cálculo.

RESULTADOS

O estudo foi composto por participantes de ambos os sexos, sendo 51,3% (n= 41) do sexo feminino e 48,8% (n= 39) do sexo masculino. Dentre as mulheres, houve variação de idade entre 27 e 80 anos, com predomínio de idade entre 40 e 59 anos. A idade dos homens variou entre 24 e 88 anos, sendo mais prevalente a faixa etária compreendida entre 60 e 79 anos. Em relação à situação conjugal, a maioria das mulheres eram solteiras, separadas ou viúvas, enquanto a maioria dos homens eram casados ou estavam em união estável. Entre os homens 15,4% possuíam algum nível de escolaridade completo, seja ensino fundamental, médio ou superior, enquanto as mulheres somaram 36,6% nessas mesmas escolaridades (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição sociodemográfica detalhada do grupo estudado (n= 80)

Idade	Sexo	
	F ³ % (n)	M ⁴ % (n ⁵)
24-39	22 (9)	5,1 (2)
40-59	46,3 (19)	17,9 (7)
60-79	29,3 (12)	64,1 (25)
80-88	2,4 (1)	12,8 (5)
Situação conjugal		
Solteiro(a)	19,5 (8)	7,7 (3)
Casado(a)/União estável	48,8 (20)	87,2 (34)
Separado(a)/Divorciado(a)	19,5 (8)	0 (0)
Viúvo(a)	12,2 (5)	5,1 (2)
Escolaridade		
Sem escolaridade	4,9 (2)	2,6 (1)
Fundamental incompleto	53,7 (22)	76,9 (30)
Fundamental completo	14,6 (6)	2,6 (1)
Ensino médio incompleto	0 (0)	5,1 (2)
Ensino médio completo	19,5 (8)	10,3 (4)
Superior incompleto	4,9 (2)	0 (0)
Superior completo	2,4 (1)	2,6 (1)

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2015.

A Tabela 2 ilustra a frequência (%) de respostas obtidas para cada escore nas cinco dimensões de apoio avaliadas. A primeira dimensão corresponde ao Apoio Material, sendo constituída por quatro domínios relacionados à disponibilidade de alguém para ajudar em situações de adoecimento e fornecimento de suporte tangível. A dimensão Apoio Afetivo agrupa três domínios, envolvendo questões referentes à percepção de amor e afeto recebido, tanto em forma de manifestação física, como um abraço, quanto por meio de expressões de carinho. Na dimensão Apoio Emocional analisaram-se quatro domínios sobre a disponibilidade de alguém em quem confiar e para compartilhar medos e preocupações. O Apoio de Informação possui quatro domínios, envolvendo questões sobre a disponibilidade de alguém para fornecer conselhos e informações. A última dimensão analisada refere-se à Interação Social Positiva, sendo composta por quatro domínios com abordagem sobre a disponibilidade de alguém com quem se divertir e relaxar.

³ F: Feminino

⁴ M: Masculino

⁵ N: Frequência absoluta (número)

Tabela 2- Frequência de apoio social para cada gênero segundo a Escala de Apoio Social do MOS.

Dimensões de apoio	Escore (%)									
	Nunca		Raramente		Às vezes		Quase sempre		Sempre	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Material	0	2,4	0	2,4	1,3	4,4	3,2	9,3	95,5	81,5
Afetivo	0,8	0	1,7	0,8	1,8	4,1	6	6,5	89,7	88,6
Emocional	1,3	0,6	0	4,9	3,2	9,7	6,5	15,9	89	68,9
Informação	0,6	0	1,3	3,6	1,3	14	9	16,5	87,8	65,9
Interação social positiva	0,6	2,4	1,3	2,4	2,6	9,1	6,4	17,2	89,1	68,9

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2015.

Através dos resultados apresentados observa-se que o Apoio Material representou a dimensão de apoio mais recebida pelos homens, sendo que as opções “Sempre” e “Quase Sempre” representaram juntas 98,7% das respostas válidas. As mulheres somaram 90,8% das respostas para as mesmas opções. Além disso, houve presença de resposta para “Nunca” e “Raramente” no sexo feminino.

O Apoio Afetivo representou a dimensão mais recebida pelas mulheres alcançando 95,1% das respostas para os escores “Sempre” e “Quase Sempre”. Apenas no sexo masculino foi constatada presença de resposta para a opção “Nunca”. Através dos itens que compõem essa dimensão, verificou-se que a manifestação de afeto em forma de contato físico, como disponibilidade de um abraço, esteve mais presente entre as mulheres.

As dimensões de Apoio Emocional, Informação e Interação Social Positiva atingiram maior frequência no sexo masculino, comparado ao sexo feminino, com consistência para a opção “Sempre”. As mulheres também apresentaram maior valor para o escore “Sempre”, no entanto, constatou-se um aumento de respostas “Quase Sempre” e “Às Vezes” quando comparadas às outras dimensões. A resposta “Nunca” para as dimensões de Apoio Emocional e Interação Social Positiva esteve presente em ambos os sexos. Somente no sexo feminino verificou-se a presença de resposta “Nunca” para Apoio de Informação.

Pelos resultados apresentados, na avaliação da escala MOS, os dados asseguraram uma porcentagem média superior a 90% para o escore máximo (Sempre) no sexo masculino, enquanto no sexo feminino esse escore alcançou 74,8%. De acordo com os resultados das medianas, constatou-se que, para o sexo masculino, a dimensão Apoio Material obteve o maior escore (5,0), seguido por Apoio de Informação, Apoio Emocional, Interação Social Positiva e Apoio Afetivo que obtiveram valores equivalentes (4,9). No sexo feminino, o apoio que apresentou o maior escore foi o Apoio Afetivo (4,9), seguido de Apoio Material (4,8). As dimensões Interação Social Positiva, Apoio Emocional e Apoio de Informação atingiram o mesmo valor (4,6).

Considerando os resultados apresentados, verificou-se que ambos os sexos apresentaram um bom nível de apoio nas cinco dimensões avaliadas, visto que as medianas incidiram entre as opções “Quase Sempre” e “Sempre”, estando mais próximas de “Sempre”. Ao analisar as diferenças entre os sexos, constatou-se que, nas dimensões Apoio Material, Emocional, Informação e Interação Social Positiva, as medianas do sexo

masculino foram significativamente maiores do que aquelas do sexo feminino ($p < 0,001$). Para a dimensão Apoio Afetivo, não houve diferença significativa entre os sexos ($p = 0,796$). Esses dados demonstram que, na grande maioria das dimensões avaliadas, os homens apresentam maior percepção de apoio recebido em comparação às mulheres.

DISCUSSÃO

Tendo em vista que a amostra envolveu participantes de ambos os sexos, constataram-se algumas discrepâncias entre os dois grupos. Uma delas refere-se à faixa etária, ocorrendo, no sexo feminino, a manifestação da doença em idades inferiores aos 60 anos, enquanto no sexo masculino o câncer acometeu a maioria dos entrevistados com idade superior aos 60 anos. Essa caracterização pode estar associada aos tipos de cânceres que mais acometem homens e mulheres. Uma hipótese seria a alta incidência de câncer de mama, que acomete majoritariamente mulheres até os 50 anos de idade no mundo todo, apresentando, a partir dessa idade, diminuição da incidência. A mesma associação pode ser empregada no câncer de próstata, o qual representa o segundo tipo de câncer mais frequente entre os homens com idade superior à 65 anos.¹⁶

A maioria dos participantes avaliou receber apoio sempre que precisa. Esse resultado condiz com uma pesquisa, baseada na escala MOS, realizada com 268 pacientes oncológicos, em que a opção “Sempre” obteve maior percentual de respostas.¹⁷ Outro estudo sobre a funcionalidade da rede de apoio ao doente oncológico revelou que mais de 90,0% dos indivíduos receberam apoio social; além disso, o apoio não só é recebido como também fornecido pelo doente à sua rede.⁷ Considera-se como percepção de apoio o simples fato de os indivíduos sentirem a disponibilidade de alguém para ajudar quando necessário.¹² Essa alta disponibilidade de apoio justifica-se pelas próprias condições que o processo de adoecimento estabelece na vida do indivíduo. Durante esse período a rede de apoio se torna mais visível, pois constitui o momento em que o doente mais necessita de apoio, capaz de lhe auxiliar para a reorganização do novo modo de vida que a doença impõe. Se o apoio disponível não for suficiente, o próprio enfermo busca alternativas que possam suprir suas necessidades.³ A percepção da disponibilidade de apoio pode estar interligada com a satisfação pelo apoio recebido.¹

Os homens apresentaram maior percepção de apoio na maioria das dimensões. Esse dado, também se assemelha a outro estudo,¹⁷ em que pacientes do sexo masculino revelaram receber, significativamente, maiores níveis de Apoio Material, de Informação e Emocional comparado às pacientes do sexo feminino. Um fator importante a ser considerado é a situação conjugal desse grupo, que difere das mulheres por apresentarem-se em sua maioria na condição de casado/união estável, enquanto a maioria das mulheres encontravam-se na situação de solteira, separada ou viúva. Esse resultado justifica-se por evidências de que indivíduos casados apresentam maior probabilidade de perceber o apoio recebido do que indivíduos que não possuem companheiro, pelo fato de ter no cônjuge a principal fonte de apoio.¹⁸

Grande parte das pessoas citadas pelo doente oncológico como integrantes da rede de apoio são aquelas mais próximas e significativas, como familiares, cônjuge e filhos, por possuírem maior vínculo afetivo.⁷ Além disso, o menor valor no Apoio Afetivo pode estar relacionado ao estigma enfrentado pelo homem como sendo um ser viril e invulnerável, que pode dificultar a aceitação da própria doença, assim como o reconhecimento de suas limitações e fragilidades.

Nesta pesquisa, os homens apresentaram idades superiores às das mulheres, contrapondo estudo que constatou que pessoas com idades mais elevadas possuem menor percepção do apoio recebido do que pessoas mais jovens.¹⁸ Com relação ao Apoio

Emocional há evidências de que pessoas com idades mais jovens apresentam maior percepção do apoio disponível.¹²

Estudo¹⁹ desenvolvido com um grupo de mulheres portadoras de câncer de mama, cuja rede de apoio foi constituída pela família, amigos, grupo de apoio e religião, constatou o reconhecimento do suporte afetivo prestado pela rede de apoio dessas mulheres enquanto vivenciavam o processo de adoecimento e tratamento. Tal suporte apresentou desempenho positivo para a recuperação e manutenção da saúde, auxiliando na preservação dos papéis familiares e sociais. A presença de apoio proporciona amparo para a compreensão das situações ocasionadas pela patologia, domínio e controle emocional e na manutenção e recuperação da autoestima.¹⁻¹²

Outro estudo, também, envolvendo portadoras de câncer de mama revelou que, mesmo com as limitações e dificuldades ocasionadas pela doença e pelo tratamento, as mulheres continuam sendo protagonistas das tarefas relacionadas ao cuidado domiciliar e familiar, esse fator pode ocasionar o rompimento do apoio de familiares próximos, nas instituições de tratamento, a fim de poupá-las da angústia e do padecimento advindos do processo de adoecimento. As mulheres que residem sozinhas encontram suporte em amigos e vizinhos que prestam o auxílio necessário. No entanto, a necessidade de apoio provoca sentimentos negativos pela dependência de cuidados e o rompimento com a posição de cuidadora.²⁰ Essas características podem estar presentes nas participantes deste estudo, sendo responsáveis pelos níveis inferiores de apoio percebido quando comparado aos homens, visto que as percepções de afastar pessoas queridas para poupá-las do sofrimento, assim como retrair-se à ajuda de terceiros para evitar perda ou diminuição da autonomia, são sentimentos comuns e frequentes na sociedade.

O apoio social é capaz de gerar mudanças positivas na vida do indivíduo, uma vez que potencializa a eficácia do tratamento.¹²⁻¹⁷⁻¹⁹ Essa constatação demonstra a importância das relações sociais na vida do indivíduo acometido pelo câncer, funcionando como amparo durante o combate a patologia e amenizando os anseios e sofrimentos vivenciados pelos enfermos.¹⁹

Outro estudo realizado com indivíduos portadores de câncer de cabeça e pescoço também revelou resultados semelhantes, com escore mais elevado para Apoio Afetivo, seguido de Apoio Material, Apoio Emocional e Apoio de Informação, sendo Interação Social Positiva a menos frequente.⁵ Esses dados são semelhantes aos resultados encontrados no grupo feminino do presente estudo, com exceção da dimensão Apoio de Informação que apresentou menor valor.

Os resultados revelaram, de modo geral, menores níveis de apoio percebido pelas mulheres, o que pode ser influenciado atualmente por questões sociais, como a ocupação no mercado de trabalho e a independência financeira. No entanto, em muitos casos, as mulheres exercem atividades informais, com baixa remuneração e sem vínculo empregatício, sendo privadas do direito de receber auxílio financeiro quando precisam se afastar do trabalho em decorrência do adoecimento, gerando dificuldades financeiras pelo comprometimento do orçamento familiar.²⁰ Dessa forma, o adoecimento por câncer intensifica as questões geradoras de sofrimento e de angústia nas mulheres por comprometer a capacidade de manter a autonomia, orçamento adequado e vida ativa.

O fato de os participantes apresentarem um bom nível de apoio social nas cinco dimensões avaliadas é esperado, visto que a escala é composta pelas principais dimensões de suporte social. Dessa forma, indivíduos que recebem determinado tipo de amparo possuem maior possibilidade de receber também outras formas de apoio.¹⁸

CONCLUSÃO

Grande parte dos participantes revelaram ter disponível Apoio Material, Afetivo, Emocional, Informativo e Interação Social Positiva, o que permite avaliar que esses indivíduos têm supridas suas necessidades básicas de apoio.

Indivíduos com idades mais elevadas e que possuem cônjuge apresentaram níveis superiores de apoio social em relação a indivíduos mais jovens que vivem sozinhos. O fato de as mulheres, em sua maioria, estarem em idade produtiva, associado à ausência de companheiro e às novas condições advindas da doença e do tratamento pode acarretar em maior dificuldade para manter os recursos orçamentários necessários à sobrevivência. Dessa forma, a independência financeira, ao mesmo tempo em que pressupõe a autonomia, também pode ser responsável pelo nível de apoio diminuído entre as mulheres, uma vez que é diretamente afetada pelo afastamento do trabalho.

Os homens revelaram maior frequência de Apoio Material, Emocional, Informação e Interação Social Positiva. No entanto, verificou-se que a manifestação de afeto em forma de contato físico, como um abraço, é mais frequente entre as mulheres. De modo geral, os homens apresentaram um nível de apoio social superior às mulheres. Esses resultados destacam a necessidade de os profissionais de saúde olharem com mais atenção para a população feminina atendida nos serviços, por meio de entrevistas, rodas de conversa e grupos de apoio, buscando conhecer suas necessidades, potencializar o apoio e viabilizar a atenção integral ao doente oncológico.

Como limitações do estudo destaca-se o tempo determinado para realizar a coleta de dados e o retorno de pacientes já incluídos neste período, fatores que limitaram o número de participantes. Sugere-se que estudos longitudinais sejam realizados buscando avaliar o nível de apoio social percebido pelo doente oncológico no transcorrer da doença e do tratamento, a fim de mensurar o suporte social nas diferentes fases do processo de adoecimento e identificar períodos de maior necessidade. Estudos específicos para a população feminina são importantes a fim de conhecer os fatores associados a essa inferioridade de apoio em relação aos homens e as respectivas demandas de cuidados.

REFERÊNCIAS

1. Scrignaro M, Barni S, Magrin ME. The combined contribution of social support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients. *Psycho-Oncology* [Internet]. 2011 [acesso em 2015 dez 16];20:823-31. Disponível em: http://www.readcube.com/articles/10.1002%2Fpon.1782?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED.
2. Visentin A, Lenardt MH. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(4):486-92.
3. Feijó AM, Schwatz E, Muniz RM, Santos BP, Viegas AC, Lima LM. As inter-relações da rede social do homem com câncer na perspectiva bioecológica: contribuições para a enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2012;21(4):783-91.
4. Gómez MMG, Gómez MIL. El apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. *Av Enferm* [Internet]. 2012 jan [acesso em 2015 dez 15];30(1):32-41. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a04.pdf>.



5. Santana JJRA, Zanin CR, Maniglia JV. Pacientes com câncer: enfrentamento, rede social e apoio social. *Paidéia* [Internet]. 2008 [acesso em 2014 maio 17];18(40):371-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/13.pdf>.
6. Pedro ICS, Rocha SMM, Nascimento LC. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. *Rev Latinoam Enferm*. 2008;16(2):324-7.
7. Rodrigues JSM, Ferreira NMLA. Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(5):781-7.
8. Rodrigues AG, da Silva AA. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(1):159-70.
9. Hoffmann FS, Müller MC, Rubin R. A mulher com câncer de mama: apoio e espiritualidade. *Mudanças - Psicol Saúde*. 2006;14(2):143-50.
10. Fachado AA, Martinez AM, Villalva CM, Pereira MG. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa: questionário Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS). *Acta Med Port*. 2007;20(6):525-33.
11. Nóbrega VM, Collet N, da Silva KL, Coutinho SED. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2010 [acesso em 2014 set 24];12(3):431-40. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a03.htm.
12. Schroevers MJ, Vicki SH, Sanderman R, Ranchor AV. Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psychooncology* [Internet]. 2010 [acesso em 2015 dez 16];19:46-53. Disponível em: http://www.readcube.com/articles/10.1002%2Fpon.1501?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED.
13. Chor D, Griep RH, Lopes CL, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):887-6.
14. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-saúde. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(2):625-34.
15. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991;32(6):705-14.
16. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2014.
17. Kolankiewicz ACB, Souza MM, Magnago TSBS, De Domenico EBL. Apoio social percebido por pacientes oncológicos e sua relação com as características sociodemográficas. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014 mar [acesso em 2016 mar 18];35(1):31-8. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/42491/28906>.
18. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):703-14.
19. Canieles IM, Muniz RM, Corrêa ACL, Meincke SMK, Soares LC. Rede de apoio a mulher mastectomizada. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2014 abr/jun [acesso em 2015 dez 13];4(2):450-8. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/10790>.



20. Frazão A, Skaba MMFV. Mulheres com câncer de mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante. Rev Bras Cancerol. 2013;59(3):427-35.

Data de recebimento: 11/07/2015

Data de aceite: 24/03/2016

Contato do autor responsável: Clediane Rita Portalupi da Trindade

Endereço postal: Rua Zélia Maria Abichequer, 228, AP 402 - Lajeado/RS. CEP: 95900-000

E-mail: cledianeportalupi@gmail.com