

BETINA STEFANELLO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL, SOFRIMENTO
PSÍQUICO, GRAVIDADE FÍSICA E BEM-ESTAR EM
PACIENTES INTERNADOS NAS ENFERMIARIAS DE
CLÍNICA MÉDICA.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2008**

BETINA STEFANELLO

**ASSOCIAÇÃO ENTRE APOIO SOCIAL, SOFRIMENTO
PSÍQUICO, GRAVIDADE FÍSICA E BEM-ESTAR EM
PACIENTES INTERNADOS NAS ENFERMIARIAS DE
CLÍNICA MÉDICA.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima.

Professor Orientador: Prof^ª. Dra. Letícia Maria Furlanetto.

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina**

2008

DEDICATÓRIA

*"Ora (dizeis) ouvir estrelas! Certo
Perdeste o senso!" E eu vos direi, no entanto,
Que, para ouvi-Ias, muita vez desperto
E abro as janelas, pálido de espanto ...*

*E conversamos toda a noite, enquanto
A via láctea, como um pálio aberto,
Cintila. E, ao vir do sol, saudosos e em pranto,
Inda as procuro pelo céu deserto.*

*Dizeis agora: "Tresloucado amigo!
Que conversas com elas? Que sentido
Tem o que dizem, quando estão contigo?"*

*E eu vos direi: "Amai para entendê-las!
Pois só quem ama pode ter ouvido
Capaz de ouvir e de entender estrelas."*

Olavo Bilac

AGRADECIMENTOS

À Dra. Letícia Maria Furlanetto, professora, orientadora, amiga, confidente e até mãe nas horas vagas. Obrigada pela oportunidade de trabalhar nessa pesquisa, ter a chance de estar em contato com os pacientes e aprender um pouquinho com cada um deles. Agradeço por acreditar, confiar e preparar da melhor forma para a “vida real”.

À grande família do LETH, meu encontro marcado às terças feiras. Sem vocês esse trabalho não seria possível. Obrigada cada um de vocês pelo esforço.

Aos meus pais, pela educação que me foi dada, por todo o sacrifício feito para proporcionar o melhor, pela peculiaridade de cada um e pelos ensinamentos. À minha mãe, por ser meu maior exemplo de vida e ao meu pai, por ser o melhor pai do mundo e motivo de tanto orgulho. Obrigada por tudo!

Às minhas irmãs, Sabrina e Bianca, por serem meus exemplos na medicina. Obrigada pelo apoio e compreensão, conselhos e desabafos. É claro, as brigas existiram, mas foram esquecidas para que pudéssemos nos tornar cada vez mais amigas.

Ao meu amor, companheiro e parceiro, compreensivo na ausência, mas sempre presente no pensamento. Obrigada pelo seu amor incondicional, paciência e apoio ao longo desse tempo. Agradeço por alegrar minha vida. Te amo!

Aos meus melhores amigos, Ana Beatriz e André, pelos momentos de descontração, pelos momentos de choro, pelo silêncio, pela compreensão, pelos ensinamentos e por estarem sempre presentes.

Aos amigos ausentes, a amizade é maior que a distância.

À minha segunda família, por terem me acolhido e me transformado em filha. Obrigada por tudo!

Aos pacientes, que concordaram em participar da pesquisa, dividindo conosco seus sentimentos mais íntimos. Obrigada pela oportunidade de entender como é estar do “outro lado”.

E a todas as pessoas que de forma direta ou indireta, também foram importantes para o desenvolvimento deste trabalho e durante minha caminhada no Curso de Medicina.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a associação de apoio social com sofrimento psíquico, gravidade física e bem-estar em pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal, em que todos adultos consecutivamente admitidos foram elegíveis para participar. Os pacientes foram randomizados e avaliados durante a primeira semana de internação. Foram utilizados os instrumentos: Inventário Beck de Depressão, Inventário Beck de Ansiedade, SUBI, índice Charlson de comorbidade física e uma escala NRS-11. Investigou-se apoio social através de pergunta direta “Com quantos parentes ou amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?”. Considerou-se apoio social ter mais que 3 parentes ou amigos. Foram utilizados o teste T de Student, o teste do Qui-quadrado e Análise da regressão logística.

Resultados: Dos 696 pacientes que compuseram a amostra, 63% referiram ter apoio social. Este grupo apresentou menores taxas de: ideação suicida ($p=0,001$), tentativas prévias de suicídio ($p=0,001$), tabagismo ($p=0,01$), sintomas depressivos ($p=0,03$) e sintomas de ansiedade ($p=0,01$). E, apesar de terem maior gravidade física ($p<0,001$), relataram maior bem-estar ($p=0,003$). Após Análise da regressão logística, sexo masculino (RR=1,61; IC 95%=1,15-2,25; $p=0,005$), menor escolaridade (RR=0,94; IC 95%=0,90-0,98; $p=0,009$), menores taxas de ideação suicida (RR=0,43; IC 95%=0,23-0,79; $p=0,007$) e de tabagismo (RR=0,65; IC 95%=0,43-0,98; $p=0,03$) e maior gravidade física (RR=1,17; IC 95%=1,07-1,29; $p=0,001$) permaneceram no modelo.

Conclusões: Pacientes clínicos que relatam ter mais que 3 parentes ou amigos íntimos apresentam maior gravidade física e menores taxas de tabagismo e de ideação suicida.

Palavras-chave: apoio social; pacientes internados; doenças físicas; sintomas depressivos; sofrimento psíquico; sintomas de ansiedade.

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the association of social support with psychological distress, medical severity and well-being in medical inpatients in the General medical wards at the University Hospital of Federal University of Santa Catarina.

Methods: In a cross-sectional study, all consecutively admitted adults were eligible to participate. The patients were randomized and evaluated during the first week of admission. The Beck Depression Inventory, the Beck Anxiety Inventory, the SUBI, the Charlson comorbidity index and a NRS-11 scale were used. Social support was investigated asking the following question: "How many relatives or friends you feel at easy and can talk about almost everything?". Those who had more than 3 close friends or relatives were considered as having social support. The Student T test, Chi-square test and Logistic regression analysis were used.

Results: Of the 696 patients who composed the sample, 63% reported having social support. This group had lower rates of: suicidal ideation ($p=0.001$), previous attempts of suicide ($p=0.001$), smoking ($p=0.01$), depressive symptoms ($p=0.03$) and anxiety symptoms ($p=0.01$). And, in spite of having more severe physical illnesses ($p<0.001$), they reported greater well-being ($p=0.003$). After performing a logistic regression analysis, only male gender (RR=1.61; 95%IC=1.15-2.25; $p=0.005$), lower education (RR=0.94; 95%IC=0.90-0.98; $p=0.009$), lower rates of suicidal ideation (RR=0.43, 95%IC=0.23-0.79; $p=0.007$), lower rates of smoking (RR=0.65, 95%IC=0.43-0.98%, $p=0.03$) and more severe physical illnesses (RR=1.17, 95%IC=1.07-1.29; $p=0.001$) remained in the model.

Conclusions: Medical inpatients who report having more than 3 close friends or relatives have greater medical severity and lower rates of smoking and suicidal ideation.

Key-words: social support; medical inpatients; physical diseases; depressive symptoms, psychological distress; anxiety symptoms.

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
DEDICATÓRIA	iii
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
SUMÁRIO	vii
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	6
3 MÉTODOS	7
3.1 Desenho	7
3.2 Local	7
3.3 Amostra	7
3.3.1 Critérios de Exclusão	7
3.4 Procedimentos	7
3.5 Medidas	8
3.5.1 Questionário de Variáveis Sociodemográficas	8
3.5.2 Apoio Social	8
3.5.3 Percepção de Gravidade Física	8
3.5.4 Gravidade Física Objetiva	8
3.5.5 Sintomas Depressivos	8
3.5.6 Sintomas Ansiosos	9
3.5.7 Ideação Suicida	9
3.5.8 Qualidade de Vida	9
3.6 Análise Estatística	9
3.7 Aspectos Éticos	10
4 RESULTADOS	11
4.1 Descrição da Amostra	11
4.2 Associação entre apoio social e variáveis clínicas	14

5	DISCUSSÃO.....	17
6	CONCLUSÕES.....	20
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21
	NORMAS ADOTADAS.....	26
	ANEXO.....	27

INTRODUÇÃO

O número de confidentes que um indivíduo tem e a qualidade dessas relações vêm sendo associados ao aparecimento^{1, 2} e evolução³⁻⁵ de doenças físicas e mentais. Também, está sendo bastante estudada a associação entre apoio social e qualidade de vida.^{6, 7} No Brasil, apesar dos esforços de alguns no sentido de incorporar aspectos socioeconômicos e socioculturais aos estudos epidemiológicos⁸ a esfera do suporte social permanece inexplorada. Foram encontrados artigos que avaliaram associação entre apoio social x sofrimento psíquico, apoio social x doença física e apoio social x qualidade de vida. No entanto, não foram encontrados estudos que avaliaram a relação entre suporte social e essas três variáveis ao mesmo tempo.

Na década de 70 foi sugerida, pela primeira vez, a relação entre os laços sociais e a saúde de um indivíduo, quando foram compiladas evidências de que a ruptura de laços sociais aumentava a suscetibilidade a doenças.^{9, 10} Dentre as diferentes idéias englobadas na expressão “laços sociais”, dois conceitos se destacam: rede social e apoio social. As redes sociais são definidas como “teias” de relações sociais que circundam o indivíduo bem como suas características (por exemplo, disponibilidade e freqüência de contato com amigos e parentes), ou como os grupos de pessoas com quem há contato ou alguma forma de participação social (por exemplo, grupos religiosos, associações).^{8, 11} Não há consenso na definição de apoio social. Para alguns autores, trata-se do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo), com ênfase no grau de satisfação do indivíduo com a disponibilidade e qualidade destas funções.¹²⁻¹⁴ Outros definem como a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos.⁹ Há quem acredite que apoio social deve ser compreendido como um processo recíproco, isto é, que gera efeitos positivos tanto para quem recebe como para quem oferece o apoio, permitindo que ambos tenham maior sensação de controle sobre suas vidas.¹⁵

Vários trabalhos sugerem a associação entre apoio social e níveis de saúde e/ou a presença deste funcionando como agente protetor frente ao risco de presença de doenças físicas e mentais.^{13, 16, 17} Embora os mecanismos de ação exercidos pela rede social e apoio social no sistema imunológico humano ainda não tenham sido elucidados, duas hipóteses são apresentadas de maneira básica. Na primeira, atuariam como “tampões”, ou seja, impedindo a

resposta do organismo em forma de doença, em consequência a grandes perdas ou rupturas emocionais.¹³ Na segunda hipótese, o apoio social poderia reforçar a sensação de controle sobre a própria vida, implicando em efeitos positivos sobre a saúde.¹⁸ Uma meta análise mostrou associação entre exposição a estressores psicossociais e diminuição de função imune, utilizando como parâmetro a habilidade da células “Natural killers” cumprirem sua função.¹⁹ Outras evidências sugerem relação de fatores psicossociais, como estresse, com diminuição da função imunológica,^{20, 21} inclusive com aceleração da progressão da doença causada pelo HIV.^{22, 23}

Muitos autores têm documentado os efeitos benéficos do apoio social em doenças cardiovasculares, principalmente no que se refere ao prognóstico destas.^{13, 17, 24-26} Pacientes com um maior suporte social apresentaram: menor prevalência de hipertensão,^{27, 28} menor hipertrofia do ventrículo esquerdo,^{27, 29} melhor prognóstico após infarto agudo do miocárdio,^{5,30, 31} menor prevalência de doença coronariana,^{32, 33} menor número de hospitalizações,³⁴ menor mortalidade por insuficiência cardíaca³⁵⁻³⁸ e menores riscos cardiovasculares de uma maneira global.³⁹ No entanto, outros mostraram que a qualidade do apoio é importante, visto que relações íntimas com experiências negativas podem aumentar o risco para doença cardíaca⁴⁰ e que mulheres insatisfeitas no casamento têm 3 vezes mais chances de apresentar síndrome metabólica.⁴¹

Pacientes com o diagnóstico de câncer apresentam um risco aumentado de mortalidade quando possuem um menor suporte social.^{3, 42, 43} Ainda, alguns artigos mostram que pacientes com uma rede de apoio social maior têm um menor risco de apresentarem prejuízo cognitivo^{44, 45} e, mais especificamente com relação à doença de Alzheimer, que existe melhora significativa da função cognitiva, mesmo naqueles com grau mais avançado da doença.⁴⁶

O impacto do apoio social no prognóstico de doenças físicas em pesquisas longitudinais já foi bem documentado, entretanto a complexa associação entre a percepção de falta de apoio social e doenças físicas em pacientes com sintomas depressivos ainda merece ser melhor elucidada. Sabe-se que pacientes com doenças físicas têm uma maior rede de apoio social e aqueles com doenças mentais percebem uma menor rede.⁴⁷

Há evidências que as relações sociais podem influir na saúde mental.^{6, 48, 49} Alguns estudos têm revelado uma associação entre apoio social e depressão e/ou ansiedade,⁵⁰⁻⁵² mostrando ainda o efeito protetor dessa rede nos transtornos mentais.^{2, 53, 54} Em um estudo prospectivo realizado, a densidade da rede, que afere o número de parentes e amigos, demonstrou ter efeito protetor no curso e prognóstico de episódios depressivos no curto prazo,

relacionando-se, inclusive, positivamente com recuperação em episódios recorrentes.⁵⁵ Em outro trabalho, evidenciou-se também que a morbidade psiquiátrica era maior em pessoas que tinham menos de 4 confidentes (parentes ou amigos). Quando utilizaram como parâmetro o “apoio percebido” (um parâmetro que afere o componente de apoio a partir de sua percepção subjetiva), as pessoas com ausência de apoio percebido também apresentavam maior morbidade psiquiátrica.⁵⁶ Contudo, o mesmo autor em outro estudo, verificou que em mulheres o aumento da rede social levou a aumento de sintomas depressivos em 18 meses, uma vez que estas funcionavam como cuidadoras de familiares e amigos.¹ Outras pesquisas mostram que fatores genéticos influenciam a associação entre apoio social e sintomas depressivos.^{49, 57, 58} Acredita-se que exista risco genético ao mesmo tempo para desenvolver sintomas depressivos e para estabelecer e perceber ou não um sistema de apoio social.⁵⁷

Acredita-se que a falta de apoio social pode ser um fator de risco para o comportamento suicida.⁵⁹ A primeira contribuição importante para o estudo das influências sociais e culturais no suicídio foi dada no final do século XIX pelo sociólogo francês Émile Durkheim. Ele dividiu o suicídio em três categorias sociais: egoísta, altruísta e anômico. Pacientes que tentam suicídio apresentam uma rede social de apoio mais frágil, percebem menor apoio social, sentem-se desnecessários e não importantes para seus amigos e parentes.^{60, 61} A falta de rede de apoio social, ou a falta de percepção da mesma pelo próprio indivíduo, pode aumentar os níveis de angústia, de depressão e de estresse.⁶²

A qualidade de vida é um conceito amplo e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.⁶³ Acredita-se que existe uma complexa relação entre apoio social, humor depressivo e qualidade de vida: depressão, insatisfação nas relações íntimas e perda do apoio social associaram-se a pior qualidade de vida.^{6, 7} Os pacientes com maior suporte social apresentaram também melhor qualidade de vida.⁶⁴⁻⁶⁶

Revisando a literatura, nota-se a relação entre apoio social com indicadores de presença/ausência de diversas doenças físicas ou mentais e, no caso de presença da doença, o apoio social atuando como agente protetor no prognóstico dessas doenças. Na **Tabela 1** são descritos os artigos transversais e na **Tabela 2** os artigos longitudinais.

Portanto, o conhecimento da associação entre o apoio social com sofrimento psíquico, variáveis clínicas e bem estar em nosso meio pode ser útil para a implementação de medidas que visem não só a redução dos sintomas depressivos e ansiosos, mas também ajudar o

paciente a manter uma estável rede de apoio social melhorando seu bem-estar e qualidade de vida.^{66, 67}

Tabela 1 - Estudos Transversais que relacionaram apoio social com doenças físicas e/ou mentais

Autor, ano	N	Amostra*	Instrumentos†	Resultados
Gallagher et al, 2008	74	População geral	MOS-SSS / LESS	↑ apoio social ≈ melhor resposta imune à vacina em mulheres.
Yuh et al, 2008	652	População de gêmeos	TCI/ CES-D	↓ apoio social ≈ ↑ sintomas depressivos. Geneticamente mediado.
Nordin et al, 2008	6231	Pacientes com IAM	AVSI/ AVAT/ KSQ	↓ rede apoio ≈ ↑ distúrbios do sono e infarto agudo do miocárdio.
Kop et al, 2005	783	Pacientes clínicos internados	CES-D	↓ apoio social ≈ ↑ risco de calcificação das artérias coronárias.
Loucks et al, 2005	800	População geral	SNI/ HSCD	↑ apoio social ≈ ↑ concentração fibrinogênio em homens.
Friedman et al, 2005	58	Atenção primária	FACIT-G/ GDS/ SSQ	↓ apoio social + humor depressivo ≈ ↓ qualidade de vida.
Kuehner et al, 2005	89	Pacientes deprimidos	MADRS/ WHOQOL-BREF/ MISU	↑ rede social apoio ≈ ↑ a qualidade de vida em deprimidos.
Nordt et al, 2005	165	Pacientes psiquiátricos	LUNST Scale / LDDS	↑ apoio social na hospitalização ≈ ↓ a estigmatização pela doença mental.
Gaspari et al, 2002	29	Pacientes que tentaram suicídio	TS-PS/ SSQ/ GARF/ GAS / EAS-BB	↓ ou mais frágil rede de apoio social ≈ ↑ número tentativas de suicídio.

Abreviações e conceitos: ≈ = Associou-se

Apoio Social – Processo recíproco de intimidade que leva o indivíduo a acreditar que é querido.

Rede Social – Teias de relações sociais que circundam o indivíduo.

*Métodos de seleção da amostra = especialidades nas quais os pacientes estavam internados, doença, local ou faixa etária

†Instrumentos utilizados = MOS-SSS: Medical Outcomes Study Social Support Survey; LESS: Life Events Scale for Students; TCI: Temperament and Character Inventory; CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; AVSI: Availability of Social Integration; AVAT: Availability of Attachment; KSQ: Karolinska Sleep Questionnaire; SNI: Social Network Index; HSCD: Hopkins Symptom Checklist Depression Subscale; FACIT-G: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-General; GDS: Geriatric Depression Scale; SSQ: Social Support Questionnaire; MADRS: Montgomery and Asperg Depression Rating Scale; WHOQOL-BREF: Quality of Life Assessment - Abbreviated Version; MISU: Mannheim Interview on Social Support; LUNST Scale: Derived From Social Support Questionnaire; LDDS: Link's Discrimination-Devaluation Scale; TS-PS: Questionário de Tentativa de Suicídio para o Pronto Socorro; GARF: Escala de Avaliação Global do Relacionamento Social e Familiar; GAS: Escala de Avaliação Global do Funcionamento Psicossocial no Adulto; EAS-BB: Escala de Apoio Social de Bille-Brahe.

Tabela 2 - Estudos Longitudinais que associaram apoio social a doenças físicas e/ou mentais

Autor, ano	N	Amostra*	Instrumentos†	Tempo	Resultados
Rodriguez et al, 2008	81	População geral	CSSS	14 meses	↑ apoio social → efeito protetor contra hipertensão arterial e hipertrofia Ventrículo E.
Weihls et al, 2008	90	Pacientes diagnóstico câncer mama	AE /POMS-TOT	8 anos	Relações íntimas → ↓ progressão Câncer Mama. Aceitação da doença → ↓ mortalidade.
Zhang et al, 2007	1382	População com diabetes	SSI	6 anos	↑ apoio social → ↓ risco de mortalidade.
Lyyra et al, 2006	206	População de idosos	WAIS / CES-D/ SPS	10 anos	↓ percepção apoio social → 2,5 vezes mais risco de mortalidade em mulheres.
Bennett et al, 2006	89	População com alzheimer	MMSE / CES-D	10 anos	↑ rede apoio → ↑ a função cognitiva, mesmo com a doença mais grave.
Rodriguez-Artalejo et al, 2006	371	Pacientes internados	NYHAS/ CCI/ GDS/ KIDA/ LBI	2 anos	↓ rede de apoio → ↑ risco de readmissão hospitalar em pcts com Insuficiência Cardíaca.
Brugha et al, 2005	2406	Pacientes em casa de apoio	CIS-R/ IMSR	18 meses	↑ apoio social → melhor saúde mental em 18 meses em homens.
Mueller et al, 2005	165	Pacientes psiquiátricos internados	LS / LDDS	14 meses	↑ apoio social → ↓ percepção de estigmatização em 1 ano.
Bisschop et al, 2004	2288	População geral	CES-D/ PMS	6 anos	↑ apoio social → ↓ depressão.
Schroevens et al, 2003	628	Diagnóstico recente de câncer	CES-D / SSL / RSS	2 anos	↓ apoio social e ↓ auto-estima → ↑ depressão.
Sherman et al, 2003	298	População geral	CES-D/ SSS	30 meses	↑ apoio social → ↓ níveis de tensão e ↑ tensão social → ↑ sintomas depressivos.
Brummett et al, 2000	115	Deprimidos em hospital psiquiátrico	CES-D/ HDRS/ MADRS/ DSSI	12 meses	↑ apoio social → ↓ de sintomas depressivos em 6 meses e 1 ano.

Abreviações e conceitos:

Apoio Social – Processo recíproco de intimidade que leva o indivíduo a acreditar que é querido.

Rede Social – Teias de relações sociais que circundam o indivíduo.

*Métodos de seleção da amostra = especialidades nas quais os pacientes estavam internados, doença, local ou faixa etária

†Instrumentos utilizados = CSSS: Cardia Social Support Scale; AE: Acceptance of Emotions Scale; POMS-TOT: Total Mood Disturbance Score; SSI: Social Support Index; WAIS: Wechsler Adult Intelligence Scale; CES-D: Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; SPS: Social Perceived Support Scale; MMSE: Mini-Mental State Examination; NYHAS: New York Heart Association Scale; CCI: Comorbidity Charlson Index; GDS: Geriatric Depression Scale; KIDA: Katz Index for Daily Activities, LBI: Lawton and Brody Index; CIS-R: Revised Clinical Interview Schedule; IMSR: Interview Measure of Social Relations; LDDS: Links Discrimination-Devaluation Scale; LS: Lunst Scale; PMS: Pearlin Mastery Scale; SSL: Social Support List; RSS: Rosenberg self-esteem Scale; SSS: Social Support Survey; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale; MADRS: Montgomery and Asperg Depression Rating Scale; DSSI: Duke Social Support Index.

2 OBJETIVOS

Avaliar a associação de apoio social com sofrimento psíquico, gravidade física e bem-estar em pacientes internados nas enfermarias de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

3 MÉTODOS

3.1 Desenho

Trata-se de um estudo transversal.

3.2 Local

Este estudo foi desenvolvido nas enfermarias de clínica médica do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago de Florianópolis da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC). O HU-UFSC é um hospital de referência para o Estado de Santa Catarina, portanto atende os pacientes da Grande Florianópolis e também os provenientes do interior do estado. As enfermarias de Clínica Médica são divididas em três (Clínica Médica 1, 2 e 3), tendo ao todo 90 leitos.

3.3 Amostra

No período de abril de 2006 a outubro de 2008 foram anotados os nomes de todos os pacientes adultos (idade maior ou igual a 18 anos) consecutivamente internados nas enfermarias de clínica médica do HU-UFSC. Destes, foram selecionados 961 por randomização. A amostra final foi composta por 696 pacientes que consentiram e que não apresentaram nenhum critério de exclusão, conforme descrito abaixo.

3.3.1 Critérios de Exclusão

- Incapacidade física que impossibilitasse a realização da entrevista (por afasia, dispnéia, etc.).
- Prejuízo cognitivo (*delirium* e/ou demência, de acordo com o DSM-IV¹ que impedisse a compreensão dos questionários).
- Recusa.

3.4 Procedimentos

Após esclarecimento quanto aos objetivos e à natureza do estudo, os pacientes que concordaram e que não preencheram nenhum critério de exclusão foram entrevistados antes de completar uma semana de internação. Foram coletados dados de prontuário médico e

¹ Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, 4ª edição.

através de entrevista (vide **Anexo**). Os questionários preenchidos estão descritos no item 3.5 a seguir.

3.5 Medidas

3.5.1 Questionário de Variáveis Sociodemográficas

Foi preenchido um questionário com dados sociodemográficos, incluindo sexo, raça, idade, estado civil, escolaridade e renda familiar. A raça foi categorizada em brancos e não-brancos (negros, pardos e amarelos)(vide **anexo**).

3.5.2 Apoio Social

As perguntas sobre apoio social e rede social, que foram validadas em uma amostra brasileira por Chor et al. (2001),⁸ foram as seguintes: “Com quantos parentes ou amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo?” e “Nos últimos 12 meses, você participou de atividades em grupo (esportivas, artísticas, associativas ou de trabalho voluntário)?” Além disso, os pacientes responderam se freqüentam algum grupo ou congregação espiritual/religioso. Aqueles que relataram ter mais que 3 parentes ou amigos confidentes foram considerados como tendo apoio social.

3.5.3 Percepção de Gravidade Física

A percepção de gravidade física foi avaliada usando uma escala do tipo NRS (Numerical Rating Scale) de 11 pontos (0 a 10), perguntando-se:

- De zero a dez, qual melhor descreve a gravidade de sua doença no momento? Zero (0) seria “sem doença”, e dez (10) seria “doença mais grave possível”.

3.5.4 Gravidade Física Objetiva

A gravidade física objetiva foi medida através do Índice Charlson de Comorbidade Física. Este foi elaborado para ser utilizado em estudos de avaliação de prognóstico, uma vez que é capaz de prever mortalidade. No cômputo deste item são avaliados não só o número de doenças, mas também, a gravidade destas.^{68, 69}

3.5.5 Sintomas Depressivos

O Inventário Beck de Depressão (BDI) foi elaborado para medir a gravidade de depressão em adolescentes e adultos.⁷⁰ Entretanto, vem sendo usado como instrumento de

rastreamento de depressão, pois avalia quantitativamente sintomas depressivos. O instrumento original é composto por 21 itens com 4 alternativas cada, com pontuações de 0 a 3. Foi utilizada a subescala cognitivo-afetiva, constituída pelos primeiros treze itens, já que esta se mostrou válida em pacientes com doenças físicas atendidos no nosso hospital.⁷¹ A soma dos itens 1 a 13 foi utilizada como uma variável contínua.

3.5.6 Sintomas Ansiosos

Foi utilizado o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) que é um questionário com 21 sintomas de ansiedade no qual o indivíduo avaliado responde o quanto cada um desses sintomas o tem incomodado na última semana.⁷²

Os sintomas são pontuados de acordo com uma escala de quatro pontos, variando de “nem um pouco” (0) até “quase não consigo suportar” (3).

3.5.7 Ideação Suicida

A ideação suicida foi avaliada com a seguinte pergunta: “Você teve pensamentos que estaria melhor morto ou de se machucar de alguma forma por pelo menos vários dias nas duas últimas semanas?”,⁷³ adaptada do Patient Health Questionnaire.⁷⁴

3.5.8 Qualidade de Vida

A qualidade de vida foi medida através da Escala de Bem Estar Subjetivo, SUBI (Subjective Well-being Inventory) elaborada pela Organização Mundial de Saúde.⁷⁵ Para esta pesquisa foi utilizado núcleo do Bem Estar, que é composto por 6 itens e que mostrou-se válido quando usado em um grupo de pacientes brasileiros com doenças físicas.⁷⁶

3.6 Análise Estatística

A análise estatística foi feita utilizando o programa SPSS⁷⁷ (Statistical Package for Social Sciences), versão 10.0 para Windows. Foram considerados estatisticamente significativos os valores de $p \leq 0,05$. Para a análise descritiva dos dados foram empregadas frequências, porcentagens, médias, medianas e desvios padrão. Utilizou-se o teste T de Student para amostras independentes e o teste do Qui-Quadrado, conforme apropriado, para comparar os pacientes com apoio social e sem apoio social com as outras variáveis. As variáveis: idade, renda familiar, escolaridade, percepção de gravidade física, gravidade física objetiva, dor, sintomas depressivos, sintomas ansiosos e qualidade de vida (bem-estar) foram

utilizadas como variáveis contínuas. Na análise multivariada foi usado o método de regressão logística, para controle das variáveis de confusão.

3.7 Aspectos Éticos

O estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da UFSC (número 036/2006) com o título “Associação entre bem-estar, saúde física, mental e fatores associados”.

Os pacientes foram orientados quanto à natureza do estudo e informados que em nada seria alterado seu tratamento, caso a decisão fosse a de não participar. Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Quando foram detectados pacientes com transtornos mentais sugestivos de se beneficiar de tratamento específico, seus médicos assistentes foram avisados e o serviço de interconsulta psiquiátrica do HU auxiliou no tratamento, caso fosse solicitado parecer. Todos os dados estão guardados de forma confidencial com a orientadora do estudo, sendo mantida em sigilo a identidade dos sujeitos. Todos os dados serão incinerados após dois anos da publicação do trabalho.

4 RESULTADOS

4.1 Descrição da amostra

Foram elegíveis para o estudo 961 pacientes, no entanto, 265 preencheram algum critério de exclusão (27,6%). Desses, 149 (15,5%) apresentavam impossibilidade física no momento da entrevista, 53 (5,5%) recusaram-se a participar do estudo, 46 (4,8%) foram excluídos devido a causas administrativas e 17 (1,8%) por não terem 18 anos completos.

Assim, a amostra foi composta por 696 pacientes. Desses, 404 eram do sexo masculino (58%), com média de idade \pm desvio padrão (DP) de $49,8 \pm 16,5$ anos, tendo como idade mínima 18 anos e máxima 90 anos. A maioria dos participantes apresentava escolaridade média \pm DP de $6,20 \pm 4$ anos, era casada ou mantinha união estável 449 (64,5%) e possuía renda familiar média \pm DP de $3,5 \pm 3$ salários mínimos. A **Tabela 3** detalha as características sociodemográficas da amostra.

Tabela 3 - Características sociodemográficas da amostra (N=696)

Características	N (696)*	%
Sexo		
Masculino	404	58
Feminino	292	42
Idade (anos)		
18 a 64	552	79,3
Maior ou igual a 65	144	20,7
Raça		
Branços	437	63,8
Não-branços	248	36,2
Estado Civil		
Casado(a)/ união estável	449	64,5
Solteiro(a)	109	15,7
Separado(a)	74	10,6
Viúvo(a)	64	9,2
Renda familiar (salaries mínimos)*		
Menor que 2	142	21,1
2 a 4	367	54,6
5 a 6	82	12,2
Maior que 6	81	12,1
Escolaridade (anos)*		
0	47	6,8
1 a 4	272	39,3
5 a 7	99	14,3
Maior ou igual a 8	274	39,6

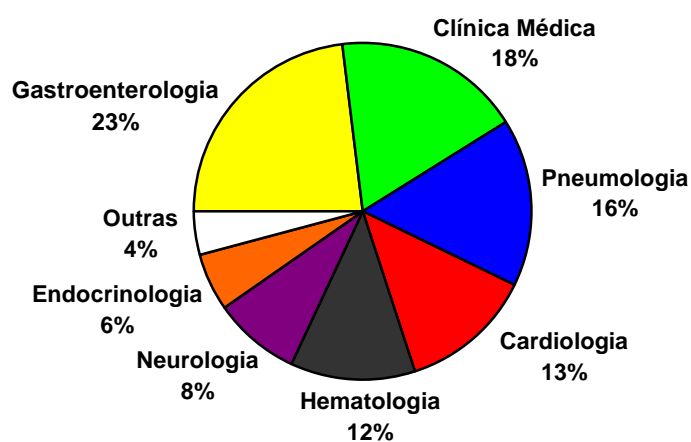
* Os valores que somados não atingirem o N total da amostra são decorrentes do não preenchimento completo pelo entrevistado, por desconhecimento ou recusa.

As doenças digestivas (22%) e as doenças respiratórias (17,2%) foram as principais responsáveis pelas internações dos pacientes que compuseram a amostra desse estudo. A maioria deles (23%) permaneceu internada nos leitos reservados à gastroenterologia. Os dados referentes às características clínicas da amostra se encontram na **Tabela 4** e na **Figura 1**. O nível médio \pm DP de gravidade física percebida foi de $6,1 \pm 3,1$ (mediana = 7) entre os entrevistados.

Tabela 4 – Doenças que motivaram a internação, de acordo com o CID-10*

Motivo da Internação	N (696)	%
Digestivas	152	22,0
Respiratórias	119	17,2
Cardíacas/Circulatórias	96	13,9
Hematológicas/Imunitárias	80	11,6
Neurológicas	59	8,5
Endócrinas/Nutricionais/Metabólicas	50	7,2
Neoplasias	39	5,6
Osteomusculares/Tecido conjuntivo	27	3,9
Genitourinárias	21	3,0
Mal-definidas	21	3,0
Infeciosas/Parasitárias	14	2,0
Pele/Subcutâneo	6	0,9
Lesões/Envenenamentos	5	0,7
Causas externas	3	0,4

* CID-10 = Classificação Internacional de Doenças, décima revisão.

**Figura 1** – Especialidades nas quais os pacientes da amostra estiveram internados (N=696)

Quanto às comorbidades psiquiátricas, foram detectadas as seguintes frequências: 26,8% de sintomas depressivos, 24,3% de sintomas ansiosos, 20,8% de tabagismo, 7,8% de ideação suicida e 10,6% de tentativa prévia de suicídio.

4.2 Fatores associados com Apoio Social

Quanto ao suporte social, 63,4% dos pacientes relataram ter relações em que sentissem intimidade e confiança com mais que 3 amigos e/ou parentes e 38,6% participaram de algum grupo nos últimos 12 meses (esporte, arte, associação, trabalho voluntário, religioso), sendo que 23,1% participavam ativamente de grupo religioso.

Os homens relataram um número de confidentes significativamente maior que as mulheres ($p=0,003$). Este grupo era composto por pacientes com idade mais avançada ($p<0,001$), menor escolaridade ($p<0,001$), menor renda familiar ($p=0,04$), da raça branca ($p=0,03$). Ainda, apresentaram menores taxas de ideação suicida ($p=0,001$), tentativas prévias de suicídio ($p=0,001$), tabagismo ($p=0,01$), depressão ($p=0,03$), ansiedade ($p=0,01$) e maiores taxas de gravidade física objetiva ($p<0,001$) e qualidade de vida (bem-estar) ($p=0,003$). A **Tabela 5** mostra a comparação dos fatores associados ao apoio social nos pacientes internados.

Tabela 5 – Comparação de fatores associados à apoio social nos pacientes internados nas Enfermarias de Clínica Médica do HU-UFSC (N=696).

Variáveis*	Apoio Social?		P
	Não (n=252)	Sim (n=437)	
Características sociodemográficas			
Sexo masculino, n(%)	127 (50,4)	271 (62,0)	0,003
Raça branca, n(%)	145 (58,5)	287 (66,7)	0,03
Idade (anos)	44,40±15,65	53,94±16,20	<0,001
Escolaridade	6,94±3,83	5,79±4,04	<0,001
Renda familiar (salários mínimos)	3,79±3,38	3,29±2,83	0,04
Gravidade física percebida †	6,23±3,17	6,03±3,03	0,41
Gravidade física objetiva ‡	1,63±1,81	2,37±2,02	<0,001
Ideação suicida, n(%)	32 (12,7)	22 (5,0)	0,001
Tentativa prévia de suicídio, n(%)	40 (15,9)	34 (7,8)	0,001
Tabagismo, n(%)	64 (25,4)	77 (17,6)	0,01
Sintomas depressivos §	8,46±7,21	7,29±7,04	0,03
Sintomas de ansiedade	16,05±12,53	13,88±10,82	0,01
Qualidade de vida – (Bem-estar) ¶	13,87±2,98	14,57±2,96	0,003

* Os dados estão expressos em média±desvio padrão, exceto quando especificados de outra forma.

† Escala numérica de percepção de gravidade física, não relacionada à dor, de 0-10.

‡ Índice Charlson de Comorbidade Física.

§ Medidos através do Inventário Beck de Depressão.

|| Medidos através do Inventário Beck de Ansiedade.

¶ SUBI: “Subjective Well Being Inventory”, Escala para avaliação do bem-estar (qualidade de vida).

Após análise da regressão logística, somente sexo masculino (RR=1,61; IC 95% = 1,15-2,25; p=0,005), menor escolaridade (RR=0,94; IC 95% = 0,90-0,98; p=0,009), menores taxas de ideação suicida (RR=0,43; IC 95% = 0,23-0,79; p=0,007), menores taxas de tabagismo (RR=0,65; IC 95% = 0,43-0,98; p=0,03) e maior gravidade física objetiva (RR=1,17; IC 95% = 1,07-1,29; p=0,001) mostraram associação significativa com apoio social.

Realizou-se também a regressão logística separada para os gêneros, só para mulheres e só para os homens. Ser mulher e ter apoio social relacionou-se com menores taxas de ideação suicida (RR=0,29; IC 95% = 0,12-0,75; p=0,01), maior qualidade de vida (bem-estar) (RR=1,08; IC 95% = 1,00-1,18; p=0,04), e maior gravidade física (RR=1,17; IC 95% = 1,02-1,34; p=0,02). Já, ser homem e ter apoio social associou-se com menor escolaridade (RR=0,88; IC 95% = 0,83-0,93; p<0,001) e maior gravidade física (RR=1,19; IC 95% = 1,05-1,35; p=0,006).

5 DISCUSSÃO

Este é um dos primeiros estudos realizados no Brasil que avalia a associação entre apoio social, sofrimento psíquico, gravidade física e bem estar em pacientes internados no hospital geral. O presente trabalho mostrou que mais da metade (63%) dos pacientes internados na clínica médica referiam ter apoio social (mais que 3 parentes e/ou amigos confidentes). Este grupo era formado em sua maioria por homens, com idade mais avançada, de raça branca, com menor escolaridade e com menor renda familiar. Apresentaram, ainda, menores taxas de ideação suicida, de tentativas prévias de suicídio, de tabagismo, de sintomas depressivos, de sintomas de ansiedade e maiores taxas de gravidade física objetiva e melhor qualidade de vida (bem-estar). Não houve associação com a gravidade física percebida e pertencimento a grupos. Após controle para as variáveis de confusão, somente ser do sexo masculino, ser não-fumante, ter baixa escolaridade, ter menor taxa de ideação suicida e maior gravidade física objetiva mostraram associação com apoio social.

Em acordo com a literatura, ter idade mais avançada,⁴ ser da raça branca^{4, 20} e ter menor escolaridade⁵ associaram-se com ter apoio social. Diferindo dos nossos achados, a maioria dos estudos demonstra que as mulheres têm maior apoio social.^{4, 20, 32, 51, 67} Contudo, algumas pesquisas^{30, 42, 67} revelaram maior apoio em homens e outras^{51, 65} não mostraram diferença quanto ao sexo. O mesmo acontece com relação à renda familiar.^{32, 35} Comparando-se dois estudos que avaliaram indivíduos com doenças físicas, um deles³⁵ mostrou que ter menor renda estava associada a uma maior rede de apoio social, enquanto o outro³² não demonstrou tal associação. Os trabalhos^{3, 37, 42, 67, 78} também mostram associação entre ser casado e/ou morar com parceiro e apoio social, contudo, essas variáveis não foram significativas em nosso estudo. Devido ao fato de a amostra ser em pacientes internados no hospital geral, não especificando nenhuma comorbidade física, o perfil dos entrevistados pode ser diferente daquele encontrado em pacientes com determinadas doenças ou em amostras da comunidade.

Os pacientes com maior apoio social apresentaram significativamente menores taxas de sofrimento psíquico (sintomas depressivos e ansiosos). Este resultado está de acordo com a literatura,^{1, 2, 51, 52, 57} principalmente com Sherman (2003) que, assim como em nosso estudo, avaliou suporte social, sintomas depressivos em pacientes com doenças físicas. Contudo, Brugha et al. (2005) em um estudo longitudinal verificaram que em mulheres o aumento da

rede social levou a um aumento de sintomas depressivos, uma vez que estas funcionavam como cuidadoras de familiares e amigos. Mesmo após a regressão logística separada para homens e mulheres esse resultado não foi encontrado em nosso estudo, talvez porque nossa pesquisa seja transversal e com pessoas internadas por doenças físicas. Os mecanismos da associação entre apoio social e depressão ainda não estão bem elucidados. Um estudo recente⁵⁷ mostrou que a percepção de falta de apoio social está associada à depressão. Isso nos faz pensar que talvez os pacientes deprimidos percebam uma menor rede de apoio ou que talvez eles realmente tenham um menor suporte, pois não conseguem manter uma rede de apoio estável, já que possuem características peculiares como falta de interesse e prazer, isolamento, tristeza, labilidade emocional, irritabilidade e pessimismo que por vezes tornam-se intoleráveis por aqueles que não compreendem a doença, acabando por afastá-los. Pode ser, ainda, que pacientes deprimidos tenham uma percepção de apoio social diminuída e que ao mesmo tempo tenham uma menor rede de apoio.

Concordando com a literatura, os pacientes com maior suporte social apresentaram menores taxas de ideação suicida e de tentativas prévias de suicídio.⁵⁹⁻⁶¹ Sabe-se que os pacientes com ideação suicida apresentam significativamente mais sintomas depressivos e sintomas ansiosos. Então, pode-se pensar que talvez esses pacientes (com ideação suicida e com tentativas prévias de suicídio) sejam os deprimidos, que têm uma percepção da menor rede de apoio social ou uma fragilidade na rede de apoio social.

Os pacientes não fumantes relataram maior apoio social. Isso está de acordo com a literatura,^{28, 39, 42, 79} que mostra que o isolamento social relaciona-se com maior número de fumantes ativos. Esses dados podem talvez ser explicados pela associação entre depressão e hábito tabágico, já que é sabido que pacientes deprimidos apresentam menos hábitos de autocuidado e maior dificuldade para parar de fumar.⁸⁰⁻⁸³ Tal atitude requer motivação, energia, confiança em si mesmo e perseverança, qualidades que estão bastante comprometidas nos pacientes deprimidos. Entretanto, existem poucos artigos que seguem um desenho similar ao do presente estudo, sendo então difícil uma comparação direta de resultados.

Uma maior gravidade física objetiva associou-se com maior apoio social e isso está de acordo com a literatura.^{2, 67} Isso poderia nos mostrar que ter uma doença física grave atrai as pessoas, tanto familiares quanto amigos, visto que muitas vezes o paciente torna-se dependente do seu suporte social para as atividades diárias, para tomar os medicamentos e, ainda, talvez pelo medo de perder um ente querido. Ter uma doença crônica grave pode ter sérias implicações no âmbito familiar e ocupacional e isso frequentemente está associado com

dor, distúrbios do humor e medo da morte. No entanto, parece que ter uma rede de apoio social funcionaria como efeito protetor.²

Ter uma maior rede de apoio social relacionou-se com maiores taxas de qualidade de vida (bem-estar) e isso está de acordo com a literatura.^{7, 65} Contudo, Kuehner et al. (2005) verificaram que a qualidade de vida subjetiva é influenciada negativamente e de forma preponderante pela depressão e em menor escala pela gravidade física, ou seja, talvez isso nos alerte para o fato de que tão importante quanto ter uma rede de apoio social, manter os pacientes sem sintomas depressivos possa ser a chave para melhorar o bem-estar destes. Dentre os vários domínios em que a qualidade de vida pode ser avaliada, optamos pelo núcleo do bem-estar, já que foi validado em uma amostra brasileira de pacientes com doenças físicas.

O presente estudo apresenta algumas limitações: 1) Foram usadas escalas, que são instrumentos que dependem de certas condições, como memória, capacidade de compreensão e de elaboração de perguntas e de serem mediadas por interesses particulares dos entrevistados. Além disso, os diagnósticos de doença mental não são feitos via instrumentos – estes servem de método de rastreio, que necessitam de confirmação diagnóstica clínica. As frequências obtidas através de escalas são, em geral, falsamente aumentadas em relação à frequência real; 2) Por tratar-se de um estudo transversal, não é possível determinar relação de causa e efeito; 3) O estudo foi realizado no Hospital Universitário e, por ser de um serviço de referência os pacientes são fisicamente mais graves e possuem comorbidade psiquiátrica com maior frequência, dificultando generalizações para serviços de menor complexidade e 4) A rede social pode ser pesquisada a partir de diferentes conceitos e indicadores, o que leva a resultados de difícil comparação, pois dependem do parâmetro analisado.

Como significado clínico, observa-se a importância de se verificar e ajudar o paciente a manter uma estável rede de apoio social, preservar a auto-estima e funcionamento das atividades diárias, dessa maneira, melhorando seu bem-estar e qualidade de vida. Ainda, nossos achados ressaltam a importância de se verificar sintomas depressivos e ansiosos nos pacientes por serem variáveis modificáveis e porque possivelmente contribuem para aumentar a percepção de sofrimento e vice-versa. Apesar de não termos encontrado pesquisas avaliando a influência do sistema de saúde enquanto rede de apoio para doentes clínicos, é provável que a equipe de saúde como um todo tenha um papel fundamental neste sentido, contribuindo para a maior ou menor sensação de amparo dos pacientes. São necessários estudos neste sentido, já que os profissionais de saúde, enquanto agentes de confiança do paciente poderiam funcionar como rede de apoio, contribuindo para o restabelecimento e manutenção da saúde.

CONCLUSÃO

Mais da metade dos pacientes apresentaram mais que 3 parentes e/ou amigos. Neste grupo, notou-se associação com menores taxas de ideação suicida, de tentativas prévias de suicídio, de tabagismo, de sintomas depressivos, de sintomas de ansiedade e maiores taxas de gravidade física objetiva e qualidade de vida (bem-estar). Após controle para variáveis de confusão, os fatores associados ao apoio social foram: ser do sexo masculino, ser não-fumante, ter baixa escolaridade, menor taxa de ideação suicida e maior gravidade física objetiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brugha TS, Weich S, Singleton N, Lewis G, Bebbington PE, Jenkins R, et al. Primary group size, social support, gender and future mental health status in a prospective study of people living in private households throughout Great Britain. *Psychol Med* 2005;35(5):705-14.
2. Schroevers MJ, Ranchor AV, Sanderman R. The role of social support and self-esteem in the presence and course of depressive symptoms: a comparison of cancer patients and individuals from the general population. *Soc Sci Med* 2003;57(2):375-85.
3. Weihs KL, Enright TM, Simmens SJ. Close relationships and emotional processing predict decreased mortality in women with breast cancer: preliminary evidence. *Psychosom Med* 2008;70(1):117-24.
4. Zhang X, Norris SL, Gregg EW, Beckles G. Social support and mortality among older persons with diabetes. *Diabetes Educ* 2007;33(2):273-81.
5. Rutledge T, Linke SE, Olson MB, Francis J, Johnson BD, Bittner V, et al. Social networks and incident stroke among women with suspected myocardial ischemia. *Psychosom Med* 2008;70(3):282-7.
6. Achat H, Kawachi I, Levine S, Berkey C, Coakley E, Colditz G. Social networks, stress and health-related quality of life. *Qual Life Res* 1998;7(8):735-50.
7. Friedman LC, Brown AE, Romero C, Dulay MF, Peterson LE, Wehrman P, et al. Depressed mood and social support as predictors of quality of life in women receiving home health care. *Qual Life Res* 2005;14(8):1925-9.
8. Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. [Social network and social support measures from the Pro-Saude Study: pre-tests and pilot study]. *Cad Saude Publica* 2001;17(4):887-96.
9. Cobb S. Presidential Address-1976. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med* 1976;38(5):300-14.
10. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture. *Am J Epidemiol* 1976;104(2):107-23.
11. Koenig HG. Religious attitudes and practices of hospitalized medically ill older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13(4):213-24.
12. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991;32(6):705-14.
13. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985;98(2):310-57.
14. Bowling A, Farquhar M. Associations with social networks, social support, health status and psychiatric morbidity in three samples of elderly people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1991;26(3):115-26.
15. Minkler M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. *Health Educ Q* 1985;12(4):303-14.
16. Bloom JR. The relationship of social support and health. *Soc Sci Med* 1990;30(5):635-7.
17. Cohen S. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychol* 1988;7(3):269-97.
18. Rodin J. Aging and health: effects of the sense of control. *Science* 1986;233(4770):1271-6.

19. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull* 2004;130(4):601-30.
20. Cohen F, Kemeny ME, Zegans LS, Johnson P, Kearney KA, Stites DP. Immune function declines with unemployment and recovers after stressor termination. *Psychosom Med* 2007;69(3):225-34.
21. Segerstrom SC. Social networks and immunosuppression during stress: relationship conflict or energy conservation? *Brain Behav Immun* 2008;22(3):279-84.
22. Antelman G, Kaaya S, Wei R, Mbwambo J, Msamanga GI, Fawzi WW, et al. Depressive symptoms increase risk of HIV disease progression and mortality among women in Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007;44(4):470-7.
23. Ironson G, O'Cleirigh C, Fletcher MA, Laurenceau JP, Balbin E, Klimas N, et al. Psychosocial factors predict CD4 and viral load change in men and women with human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral treatment. *Psychosom Med* 2005;67(6):1013-21.
24. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979;109(2):186-204.
25. Brummett BH, Mark DB, Siegler IC, Williams RB, Babyak MA, Clapp-Channing NE, et al. Perceived social support as a predictor of mortality in coronary patients: effects of smoking, sedentary behavior, and depressive symptoms. *Psychosom Med* 2005;67(1):40-5.
26. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999;99(16):2192-217.
27. Strogatz DS, Croft JB, James SA, Keenan NL, Browning SR, Garrett JM, et al. Social support, stress, and blood pressure in black adults. *Epidemiology* 1997;8(5):482-7.
28. Rodriguez CJ, Burg MM, Meng J, Pickering TG, Jin Z, Sacco RL, et al. Effect of social support on nocturnal blood pressure dipping. *Psychosom Med* 2008;70(1):7-12.
29. Rodriguez CJ, Sciacca RR, Diez-Roux AV, Boden-Albala B, Sacco RL, Homma S, et al. Relation between socioeconomic status, race-ethnicity, and left ventricular mass: the Northern Manhattan study. *Hypertension* 2004;43(4):775-9.
30. Nordin M, Knutsson A, Sundbom E. Is disturbed sleep a mediator in the association between social support and myocardial infarction? *J Health Psychol* 2008;13(1):55-64.
31. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Catellier DJ, Carney RM, Berkman LF, et al. Social support and prognosis in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *Health Psychol* 2007;26(4):418-27.
32. Kop WJ, Berman DS, Gransar H, Wong ND, Miranda-Peats R, White MD, et al. Social network and coronary artery calcification in asymptomatic individuals. *Psychosom Med* 2005;67(3):343-52.
33. Hemingway H, Marmot M. Evidence based cardiology: psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease. Systematic review of prospective cohort studies. *Bmj* 1999;318(7196):1460-7.
34. Rodriguez-Artalejo F, Guallar-Castillon P, Herrera MC, Otero CM, Chiva MO, Ochoa CC, et al. Social network as a predictor of hospital readmission and mortality among older patients with heart failure. *J Card Fail* 2006;12(8):621-7.
35. Murberg TA, Bru E. Social relationships and mortality in patients with congestive heart failure. *J Psychosom Res* 2001;51(3):521-7.
36. Murberg TA. Long-term effect of social relationships on mortality in patients with congestive heart failure. *Int J Psychiatry Med* 2004;34(3):207-17.

37. Coyne JC, Rohrbaugh MJ, Shoham V, Sonnega JS, Nicklas JM, Cranford JA. Prognostic importance of marital quality for survival of congestive heart failure. *Am J Cardiol* 2001;88(5):526-9.
38. Rohrbaugh MJ, Shoham V, Coyne JC. Effect of marital quality on eight-year survival of patients with heart failure. *Am J Cardiol* 2006;98(8):1069-72.
39. Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2005;45(5):637-51.
40. De Vogli R, Chandola T, Marmot MG. Negative aspects of close relationships and heart disease. *Arch Intern Med* 2007;167(18):1951-7.
41. Troxel WM, Matthews KA, Gallo LC, Kuller LH. Marital quality and occurrence of the metabolic syndrome in women. *Arch Intern Med* 2005;165(9):1022-7.
42. Kroenke CH, Kubzansky LD, Schernhammer ES, Holmes MD, Kawachi I. Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol* 2006;24(7):1105-11.
43. Weihs KL, Simmens SJ, Mizrahi J, Enright TM, Hunt ME, Siegel RS. Dependable social relationships predict overall survival in Stages II and III breast carcinoma patients. *J Psychosom Res* 2005;59(5):299-306.
44. Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol* 2004;3(6):343-53.
45. Fratiglioni L, Wang HX, Ericsson K, Maytan M, Winblad B. Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet* 2000;355(9212):1315-9.
46. Bennett DA, Schneider JA, Tang Y, Arnold SE, Wilson RS. The effect of social networks on the relation between Alzheimer's disease pathology and level of cognitive function in old people: a longitudinal cohort study. *Lancet Neurol* 2006;5(5):406-12.
47. Fortes S. Transtornos mentais na atenção básica: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família de Petrópolis/ Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Universidade do estado do Rio de Janeiro; 2004.
48. Fiori KL, Antonucci TC, Cortina KS. Social network typologies and mental health among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006;61(1):P25-32.
49. Kendler KS, Myers J, Prescott CA. Sex differences in the relationship between social support and risk for major depression: a longitudinal study of opposite-sex twin pairs. *Am J Psychiatry* 2005;162(2):250-6.
50. Brummett BH, Barefoot JC, Siegler IC, Steffens DC. Relation of subjective and received social support to clinical and self-report assessments of depressive symptoms in an elderly population. *J Affect Disord* 2000;61(1-2):41-50.
51. Sherman AM. Social relations and depressive symptoms in older adults with knee osteoarthritis. *Soc Sci Med* 2003;56(2):247-57.
52. Cooper C, Bebbington PE, Meltzer H, Bhugra D, Brugha T, Jenkins R, et al. Depression and common mental disorders in lone parents: results of the 2000 National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychol Med* 2008;38(3):335-42.
53. Targosz S, Bebbington P, Lewis G, Brugha T, Jenkins R, Farrell M, et al. Lone mothers, social exclusion and depression. *Psychol Med* 2003;33(4):715-22.
54. Brugha T, Bebbington PE, MacCarthy B, Potter J, Sturt E, Wykes T. Social networks, social support and the type of depressive illness. *Acta Psychiatr Scand* 1987;76(6):664-73.

55. Brugha TS, Bebbington PE, Stretch DD, MacCarthy B, Wykes T. Predicting the short-term outcome of first episodes and recurrences of clinical depression: a prospective study of life events, difficulties, and social support networks. *J Clin Psychiatry* 1997;58(7):298-306.
56. Brugha TS. The effects of life events and social relationships on the course of major depression. *Curr Psychiatry Rep* 2003;5(6):431-8.
57. Yuh J, Neiderhiser JM, Spotts EL, Pedersen NL, Lichtenstein P, Hansson K, et al. The role of temperament and social support in depressive symptoms: a twin study of mid-aged women. *J Affect Disord* 2008;106(1-2):99-105.
58. Kessler RC, Kendler KS, Heath A, Neale MC, Eaves LJ. Perceived support and adjustment to stress in a general population sample of female twins. *Psychol Med* 1994;24(2):317-34.
59. Eskin M, Ertekin K, Dereboy C, Demirkiran F. Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. *Crisis* 2007;28(3):131-9.
60. Dennis M, Baillon S, Brugha T, Lindesay J, Stewart R, Meltzer H. The spectrum of suicidal ideation in Great Britain: comparisons across a 16-74 years age range. *Psychol Med* 2007;37(6):795-805.
61. Blackmore ER, Munce S, Weller I, Zagorski B, Stansfeld SA, Stewart DE, et al. Psychosocial and clinical correlates of suicidal acts: results from a national population survey. *Br J Psychiatry* 2008;192(4):279-84.
62. Rapeli CB, Botega NJ. Clinical profiles of serious suicide attempters consecutively admitted to a university-based hospital: a cluster analysis study. *Rev Bras Psiquiatr* 2005;27(4):285-9.
63. Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res* 1993;2(6):451-9.
64. Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodriguez-Artalejo F. Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Qual Life Res* 2005;14(2):511-20.
65. Kuehner C, Bueger C. Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support. *J Affect Disord* 2005;86(2-3):205-13.
66. Mendes de Leon CF, Czajkowski SM, Freedland KE, Bang H, Powell LH, Wu C, et al. The effect of a psychosocial intervention and quality of life after acute myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH) clinical trial. *J Cardiopulm Rehabil* 2006;26(1):9-13; quiz 14-5.
67. Bisschop MI, Kriegsman DM, Beekman AT, Deeg DJ. Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Soc Sci Med* 2004;59(4):721-33.
68. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40(5):373-83.
69. Ramiarina RA, Ramiarina BL, Almeida RM, Pereira WC. Comorbidity adjustment index for the international classification of diseases, 10th revision. *Rev Saude Publica* 2008;42(4):590-7.
70. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-71.
71. Furlanetto LM, Mendlowicz MV, Romildo Bueno J. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for

- moderate and severe depression in medical inpatients. *J Affect Disord* 2005;86(1):87-91.
72. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56(6):893-7.
 73. Goodwin RD, Kroenke K, Hoven CW, Spitzer RL. Major depression, physical illness, and suicidal ideation in primary care. *Psychosom Med* 2003;65(4):501-5.
 74. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *Jama* 1999;282(18):1737-44.
 75. Nagpal R, Sell H. Assessment of subjective well-being: The Subjective Well-being Inventory (SUBI). In: Regional Health Paper S, editor.: World Health Organization Regional Office for South-East Asia New Delhi - Índia; 1992.
 76. Citero V. Identificação de medidas subjetivas como possíveis indicadores clínicos de efetividade de serviços de interconsulta psiquiátrica em hospital geral. 2005. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.
 77. Norusis MJ. SPSS/PC 8.0 Base Manual. Chicago, IL: SPSS Inc.; 1997.
 78. Lyyra TM, Heikkinen RL. Perceived social support and mortality in older people. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006;61(3):S147-52.
 79. Mookadam F, Arthur HM. Social support and its relationship to morbidity and mortality after acute myocardial infarction: systematic overview. *Arch Intern Med* 2004;164(14):1514-8.
 80. Bonnet F, Irving K, Terra JL, Nony P, Berthezene F, Moulin P. Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of cardiovascular disease. *Atherosclerosis* 2005;178(2):339-44.
 81. Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, Mast EE, Giovino GA, Remington PL. Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. *Jama* 1990;264(12):1541-5.
 82. Kilian R, Becker T, Kruger K, Schmid S, Frasch K. Health behavior in psychiatric inpatients compared with a German general population sample. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114(4):242-8.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 27 de novembro de 2005.

ANEXO

FICHA DE COLETA DE DADOS

1. Nome:..... 2. Número prontuário:..... 3. Leito.....
4. Motivo de Internação (CID-10):..... 5. Idade.....anos 6. Sexo: fem masc
7. Renda familiar:.....salários mínimos. 8. Escolaridade:anos
9. Especialidade: Clínica Médica Cardio Gastro Pneumo
Endocr Neuro Hemato Outras
10. Raça: branca parda negra amarela
11. Estado civil: solteiro casado/amasiado viúvo separado/divorciado
12. Mora Só: Não Sim
13. Apoio Social: Com quantos parentes ou amigos você se sente à vontade e pode falar sobre quase tudo? Parentes..... Amigos.....
14. Rede de Apoio Social: Nos últimos 12 meses, você participou de atividades em grupo (esportivas, artísticas, associativas, trabalho voluntário, religioso)? Não Sim
15. Percepção gravidade física:.....(0 a 10) 16. Ideação suicida? Não Sim
17. Charlson:..... 18. Tentativas de suicídio? Não Sim Quantas?.....

19. BDI*

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
10	
11	
12	
13	
total	

20. BAI†

1		11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		20	
		21	
		22	
		total	

21. SUBI‡

1	
2	
3	
4	
5	
6	

* BDI= Inventário Beck de Depressão
† BAI= Inventário Beck de Ansiedade
‡ SUBI= "Subjective Well Being Inventory"