

Padrões de Apoio Social na Atenção Primária à Saúde: diferenças entre ter doenças físicas ou transtornos mentais

Social Support patterns in Primary Health Care:
differences between having physical diseases or mental disorders

Ellen Ingrid Souza Aragão ¹
Mônica Rodrigues Campos ²
Flávia Batista Portugal ²
Daniel Almeida Gonçalves ³
Jair de Jesus Mari ³
Sandra Lúcia Correia Lima Fortes ¹

Abstract *The social support network is a health protective factor involving physical, mental and psychological aspects, providing a better quality of life, favoring better adaptation to adverse conditions, promoting resilience and mobilizing resources for a more effective coping with negative life events that can lead to illness. We aimed to analyze the association between physical diseases, common mental disorders and the social support network of patients serviced at primary care facilities in the cities of Rio de Janeiro and São Paulo through a cross-sectional study with 1,466 patients in the 18-65 years age group. We used the Social Network Index (SNI) to assess the support network through the categories of isolation and integration. The doctor/nurse completed the questionnaire to evaluate the physical disease diagnosis, while the Hospital Anxiety and Depression Scale was used to detect mental disorders. We found that the pattern of social support was different depending on the presence of physical diseases or mental disorders. Negative associations were found between diabetes and isolation; integration and anxiety; integration and depression. Positive associations were identified between isolation and anxiety and isolation and depression.*

Key words *Social support, Primary care, Mental health, Chronic diseases*

Resumo *A rede de apoio é considerada um agente protetor da saúde em seus aspectos físico, mental e psicológico, proporcionando melhor qualidade de vida, favorecendo adaptação à condições adversas, promovendo resiliência e a mobilização de recursos no enfrentamento de eventos de vida negativos que podem levar ao adoecimento. O nosso objetivo foi estudar a relação entre doenças físicas, transtorno mental comum e a rede de apoio social dos pacientes atendidos na Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro e São Paulo em um estudo de corte transversal com 1466 pacientes entre 18 e 65 anos. Para aferir o tipo de rede de apoio foi utilizado o Índice de Rede Social por meio das categorias: isolamento e integração. Para aferir o diagnóstico de doença física foi utilizado o questionário pelo médico/enfermeiro e para detecção dos transtornos mentais foi utilizado o Hospital Anxiety and Depression Scale. Verificou-se que o padrão da rede de apoio foi diferente entre as doenças físicas e os transtornos mentais. Foram detectadas associações negativas entre diabetes e isolamento; integração e ansiedade; integração e depressão e associações positivas do isolamento com ansiedade e isolamento e depressão.*

Palavras-chave *Apoio social, Atenção Primária à Saúde, Saúde mental, Doenças crônicas*

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. R. Vinte e Oito de Setembro 77, Maracanã. 22000-000 Rio de Janeiro RJ Brasil. ellen.isapsi@hotmail.com

² Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

Introdução

O aprimoramento dos relacionamentos interpessoais ocorre muito cedo a partir do convívio familiar, ganhando maior expressão com o crescimento e o desenvolvimento do sujeito por meio dos ambientes escolares, sociais e profissionais. A rede de apoio é formada pelo somatório das relações interpessoais do sujeito, desenvolvidas ao longo da vida e percebidas como significativas, que o auxiliam a enfrentar situações difíceis^{1,2}.

O apoio ofertado por esta rede é descrito na literatura como importante recurso no enfrentamento de situações adversas da vida, por promover resiliência e habilitar o sujeito a utilizar os recursos psicológicos para contornar seus problemas emocionais³. Além disso, o apoio social está associado a comportamentos de adesão a tratamentos de saúde e ao senso de estabilidade e bem-estar psicológico⁴, mostrando-se capaz de reduzir a suscetibilidade individual para enfermidades⁵⁻⁷, atuando como fator de proteção à saúde^{2,8,9}. Pesquisa internacional¹⁰ demonstrou que o apoio da rede foi capaz de proteger os indivíduos de crises oriundas de diversos estados patológicos, tais como tendência suicida, alcoolismo e sociofobia.

A rede de apoio também contempla o campo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que se constituem como um grave problema atual. Dentre as DCNT destacam-se as doenças cardiovasculares coronarianas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes mellito. O aumento destas está principalmente relacionado com o envelhecimento da população brasileira¹¹ e fatores como a desigualdade social e a dimensão continental do país, que dificultam as ações de prevenção e combate¹².

Pesquisas têm demonstrado que as intervenções que fortalecem a rede de apoio proporcionam melhor qualidade de vida e estão também associadas a melhores condições de saúde para a população^{13,14}. Em pacientes hipertensos a influência positiva da rede de apoio atua favorecendo o enfrentamento à condição limitante imposta pela enfermidade frente às relações do paciente com o trabalho, a família, os amigos e os parceiros¹⁵, promovendo melhor da qualidade de vida, tanto no domínio físico, quanto no psicológico^{15,16}.

Em contrapartida, outros estudos^{5,17,18} demonstraram que o baixo apoio social pode ser considerado fator agravante para o desenvolvimento do diabetes. Pessoas com baixa percepção de apoio social apresentaram controle glicêmico

expressivamente inferior quando submetidos a situações estressantes. A percepção do apoio também foi identificada como um fator de influência sobre os diferentes comportamentos³, diminuindo a probabilidade de ocorrência daqueles disfuncionais no cotidiano ou durante tratamentos¹⁹.

Uma pesquisa realizada no sul do Brasil²⁰ identificou associações da obesidade com o isolamento, o estresse e a depressão. Para estes pacientes o grupo de apoio foi uma ferramenta importante no processo de fortalecimento dos recursos internos, desenvolvimento de relações de amizade, promoção de autonomia, melhora da autoimagem e autoestima, atuando no combate ao isolamento social.

No Brasil, a esfera de atendimento à saúde da população que contempla as DCNT é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual é uma proposta da Atenção Primária à Saúde (APS). A ESF atua sobre os determinantes sociais da saúde através de ações integradas de promoção da saúde, prevenção de agravos, cuidado, cura, reabilitação e palição de condições de saúde^{12,21,22}. No contexto da APS, existem eixos responsáveis por direcionar sua atuação. Dentre eles pode-se destacar o acolhimento e o vínculo, os quais facilitam o cuidado com pacientes e seus familiares, além de possibilitarem a escuta, o desenvolvimento da confiança entre paciente e equipe, e a aproximação do profissional, a qual favorece a orientação voltada à integralidade e à resolubilidade dos problemas²³.

Os profissionais da ESF têm identificado a busca, por parte dos pacientes, de alívio para queixas relacionadas ao sofrimento difuso e outros problemas de ordem emocional, psicológica e social⁹. Os problemas de saúde mental são comuns na APS, sendo esta a via de acesso das pessoas ao sistema de saúde. Além disso, constata-se que pessoas com doenças crônicas possuem taxas mais altas de problemas mentais do que a população em geral²⁴. Na Inglaterra de 20 a 25% das consultas no sistema de saúde têm como razão única alguma queixa em saúde mental⁹. O cuidado em saúde mental na APS tem sido considerado satisfatório e mais eficaz que o modelo de atendimento hospitalocêntrico^{25,26}.

Os índices de Transtornos Mentais Comuns (TMC) no contexto da ESF são prevalentes, variando entre 38 e 56%²⁷. Nos anos 1990, um estudo multicêntrico da OMS identificou para o Rio de Janeiro que 46% dos usuários apresentavam TMC e 38% apresentavam pelo menos um diagnóstico psiquiátrico, sendo os principais deles

transtorno de ansiedade generalizada, episódio depressivo e transtorno de somatização²⁸⁻³⁰. Tavares et al.³¹, em pesquisa realizada na ESF, verificaram que a taxa de atendimentos a usuários com queixas de saúde mental foi de 19,48%. Destes, 43% apresentaram sofrimento psíquico, 34,7% apresentaram transtorno mental grave e 19,5% transtorno mental comum leve/moderado.

Em pesquisa da OMS para a Classificação Internacional de Doenças (CID-11)³² na APS, houve apoio generalizado dos médicos de família para a inclusão da categoria depressão-ansiosa, considerada muito comum no contexto da APS nos 07 países onde a pesquisa foi realizada, demonstrando ser o transtorno depressivo-ansioso o mais prevalente na APS. Em estudo multicêntrico brasileiro realizado na APS³³ foi verificada a prevalência, em quatro cidades brasileiras, de ansiedade e depressão respectivamente: Rio de Janeiro, 35,4% e 25,0%; São Paulo, 39,5% e 25,3%; Fortaleza, 43,0% e 31,0%; e Porto Alegre, 37,7% e 21,4%. Além disso, indicadores sociodemográficos tiveram relevância na ocorrência em tal condição clínica, sendo os problemas de saúde mental mais altos em mulheres, desempregados, pessoas com baixa escolaridade e renda.

Costa e Ludermitz³⁴, avaliando a relação entre TMC e indicadores de funcionamento social como sentir-se amado e ter amigos íntimos, mostraram que estes estiveram relacionados a baixos níveis de ansiedade, depressão, somatização e menores efeitos dos eventos vitais produtores de estresse. Estes autores explicam a relação entre saúde mental e o apoio social através de duas teorias: a primeira afirma que o suporte social afeta diretamente a saúde mental e, a segunda, indica que o indivíduo que conta com alto nível de apoio social enfrenta com maior positividade as situações estressantes, se comparado a outros que não dispõem deste recurso.

As ações que fortalecem a rede de apoio são eficazes no cuidado dos pacientes atendidos na APS. O apoio ofertado pelos profissionais de saúde por meio da visita domiciliar também é sinalizado como relevante neste processo, por possibilitar o acompanhamento do uso adequado dos medicamentos, aquisição da receita de psicotrópicos, fornecer apoio e esclarecer dúvidas dos familiares, além de prestar orientações que se tornem necessárias posteriormente^{26,35}. Estes cuidados prestados proporcionam a melhora do quadro clínico, das relações familiares, além de favorecer a integração e o fortalecimento do vínculo entre o paciente e sua família com a equipe que lhe presta cuidados, elegendo-a como uma

fonte de apoio necessário para intervir em situações de crise^{23,34}.

O objetivo do presente estudo foi identificar as associações existentes entre a rede de apoio social dos sujeitos, mensurada através das categorias de integração e isolamento com doenças físicas (ter hipertensão, diabetes ou obesidade) e os transtornos mentais (ter ansiedade ou depressão), no contexto da APS nos municípios de São Paulo e Rio de Janeiro.

A pesquisa-fonte foi submetida ao Comitê de Ética do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e aos Comitês de Ética em Pesquisa das Secretarias Municipais do Rio de Janeiro e de São Paulo, sendo sua realização considerada adequada à população humana.

Método

Trata-se de um estudo de corte transversal sobre as associações entre apoio social, adoecimento físico e psíquico na atenção primária, extraído de um projeto de intervenção. Utilizou-se como fonte de informação o banco de dados do estudo *Avaliação de um modelo de capacitação em saúde mental na atenção básica: cuidados integrais na prática do matriciamento*³⁶, financiada pelo CNPq aqui denominada de pesquisa-fonte, cujo objetivo era avaliar o impacto das capacitações em saúde mental nas atividades assistenciais na APS. A amostra foi composta de 1.466 pacientes, atendidos nos serviços de Atenção Primária à Saúde dos municípios do Rio de Janeiro (N = 909) e São Paulo (N = 557) nos anos de 2009 e 2010. Foram incluídos pacientes entre 18 e 65 anos atendidos pelos médicos e enfermeiros, exceto grávidas e pacientes com déficit cognitivo. Os dados apresentados neste artigo foram analisados nos anos de 2014 e 2015 e compõem parte da pesquisa realizada na dissertação de mestrado da autora principal.

Os instrumentos usados na pesquisa-fonte foram: um questionário geral, organizado a partir do questionário geral aplicado e validado nos estudos de corte transversal^{17,28,30}. O instrumento coletou dados referentes aos seguintes aspectos:

- aspectos sociodemográficos e econômicos: renda, escolaridade, religião, raça, emprego, entre outros).

- Indicadores de funcionamento social: participação em atividades laborativas, religiosas, esportivas, artísticas e sociais.

- Variáveis de rede de apoio social: quantidade de amigos e parentes com os quais se pode contar

em situações difíceis, participação em atividades religiosas e de lazer coletivas, participação em trabalhos voluntários e reuniões em grupos comunitários.

A presença de ansiedade e depressão foi aferida pela *Hospital Anxiety and Depression Scale – HAD* para aferição das síndromes ansiosas e depressivas, uma escala traduzida e validada no Brasil por Botega et al.³⁷. Foi considerado o ponto de corte 8/9 como indicador de ansiedade e depressão. Para classificar o transtorno depressivo-ansioso foi necessário que o paciente tivesse pontuado 8/9 nos dois diagnósticos, ansiedade e depressão.

E, por fim, utilizou-se o questionário para o Médico e Enfermeiro³⁶, como indicador da presença de hipertensão, diabetes e obesidade. A pergunta '4' indicava se o paciente era ou não portador de doença física, assinalando qual a doença e cinco opções de níveis de gravidade da mesma (em remissão, sob controle, caso leve, caso moderado, caso grave). O questionário fora respondido ao final de cada consulta pelo o profissional que realizou o atendimento (médico ou enfermeiro).

Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS 17. Sendo observadas inicialmente a distribuição de frequência de cada variável, em seguida, realizou-se a distribuição conjunta de frequências incluindo as frequências relativas (percentagens) que foram calculadas em relação ao número total de participantes. Foram também calculadas as prevalências gerais de cada uma das variáveis, com seus respectivos intervalos de confiança a 95%, incluindo os dados sociodemográficos, econômicos, e tipo de diagnósticos apresentados.

Foram realizadas as análises bivariadas por meio do qui-quadrado, associando as variáveis isolamento e integração aos desfechos: Hipertensão, Diabetes, Obesidade, Ansiedade e Depressão, aferindo os valores de p-. Posteriormente, foram realizadas análises, onde as associações entre cada variável sociodemográfica e a "integração" (s/n), bem como o "isolamento" (s/n), foram investigadas, apresentando-se os OR's e respectivos intervalos de confiança. De modo a contemplar este mesmo aspecto em relação aos desfechos em saúde, foram também elaboradas análises onde as associações entre estes e o "isolamento" (s/n), bem como com a "integração" (s/n), foram avaliadas apresentando-se os OR's e respectivos intervalos de confiança, ajustados pelas variáveis sociodemográficas que apresentaram significância estatística (pvalor < 10%) na análise bivariada.

Construção das variáveis

Variáveis sócio-demográficas

Foram selecionadas as seguintes variáveis para análise: gênero, estado civil, faixa etária (Até 40 anos e acima de 40 anos), grau de instrução (Até a 4ª série e a partir da 4ª série do Ensino Fundamental) e renda familiar *per capita* (Até um salário-mínimo e acima de 1 salário-mínimo). No presente estudo foi verificado, a partir das frequências das respostas a cada variável, que esta amostra é bastante homogênea. Dessa forma, as variáveis foram organizadas em categorias de forma dicotômica, o que permitiu uma melhor diferenciação entre os grupos e uma visualização mais clara das associações realizadas.

Variáveis da rede de apoio

Para a construção das variáveis da rede de apoio, o levantamento de dados foi feito através do questionário geral acrescido de um bloco de perguntas sobre rede de apoio elaborado para o estudo Pró-Saúde por Chor et al.⁴ e adaptado do instrumento de Berkman e Syme^{38,39}. Foi utilizado o Índice de Rede Social (IRS), um indicador de integração social estruturado por Correia et al.³⁹ aplicado em outros estudos brasileiros^{39,40}. Este índice é calculado a partir da soma das variáveis: ter companheiro (não = 0, sim = 1); número de amigos e parentes íntimos (de 0-2 parentes e de 0-2 amigos íntimos = 0, qualquer outra combinação = 1), participação em cultos e atividades religiosas (2 vezes/mês ou mais = 1, outros = 0), participação em atividades em grupo (não = 0, sim = 1).

Para mensurar o grau de integração social dos usuários, foram estabelecidas as seguintes categorias: isolamento (IRS = 0 ou 1) e integração (IRS = 3 ou 4). Observando-se a escassez de oportunidade de participação em atividades em grupo da população pesquisada e considerando também a vulnerabilidade social a qual está submetida. Seguindo o padrão utilizado em pesquisa anterior⁴⁰ a pontuação (IRS = 2) não foi considerada em nenhuma das categorias estabelecidas por se tratar de grupo pouco diferenciado no aspecto composição da rede de apoio, podendo assim afetar as análises propostas.

Variáveis Diabetes, Hipertensão e Obesidade

Para a construção das variáveis ter diabetes (sim ou não), ter hipertensão (sim ou não) e ter obesidade (sim ou não), foram utilizadas as respostas ao questionário aplicado pelo médico ou enfermeiro.

Variáveis Ansiedade e Depressão

Para especificar o diagnóstico de depressão, ansiedade e transtorno depressivo-ansioso entre os participantes da pesquisa, foi aplicado o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD)³⁸, a partir do qual foram criadas as variáveis ter ansiedade (sim ou não), ter depressão (sim ou não) e ter transtorno depressivo-ansioso (sim ou não).

As variáveis incluídas nas análises estatísticas foram selecionadas mediante a constatação, a partir da literatura, da existência ou possibilidade de alguma relação destas com as DCNT, os transtornos mentais e/ou a rede de apoio.

Resultados

No Perfil sociodemográfico observou-se predominância de mulheres (76,5%) e de casados (62,5%); 49,5% dos participantes tinham entre 36 e 55 anos e a maioria (72,8%) referiu não ser branco. O grau de instrução foi baixo, em que 33,6% estudaram até a quarta série; A renda foi baixa, 38,7% da amostra tinham renda familiar per capita mensal de até 1 salário mínimo (Tabela 1).

Referente à presença de doenças físicas na amostra pesquisada os profissionais (médicos e enfermeiras) identificaram que 32,7% dos pacientes tinham hipertensão arterial, 8,9% eram portadores de diabetes e 2,9% da amostra eram obesos. Quanto à ocorrência dos transtornos mentais tem-se 36,9% dos participantes com ansiedade, 25,1% com depressão e 18,4% dos respondentes tinham concomitantemente ansiedade e depressão.

Foram realizadas as análises das associações controladas pelas possíveis variáveis de confundimento, separadamente para “integração” e “isolamento”, em que as associações entre cada variável sociodemográfica e a “integração” (s/n), bem como o “isolamento” (s/n), foram investigadas, apresentando-se os OR's e respectivos intervalos de confiança.

Através do IRS foi constatado que 33,6% da amostra foi classificada como isolada (0-1 pontos), 35,7% parcialmente integradas (2), e 30,5% como integrada (3-4). As associações entre as variáveis sociodemográficas e o isolamento foram estatisticamente significativas entre gênero (OR = 0,77; IC 95% 0,59-1,01), idade (OR = 0,72; IC 95% 0,56-0,92) e estado civil (OR = 0,10; IC 95% 0,08-0,13) (Tabela 2). As associações entre a integração e as variáveis sociodemográficas seguiram o mesmo comportamento (Tabela 3), tendo

Tabela 1. Distribuição sociodemográfica da amostra. RJ e SP. 2010.

Distribuição Sociodemográfica (n = 1466)	Total	
	n	%
Sexo (n = 1466)		
Mulher	1121	76,5
Homem	345	23,5
Grau de Escolaridade (n = 1466)		
Até a 4ª série	493	33,6
4ª série ou mais	973	66,4
Renda Mensal Familiar SMI (n = 1466)		
Até 1 salário mínimo	568	38,7
Mais que 1 salário mínimo	898	61,3
Faixa Etária (n = 1466)		
18-35 anos	442	30,2
36 a 55	726	49,5
56 ou mais	298	20,3
Estado civil (n = 1466)		
Casado/união estável	916	62,5
Outros	550	37,5
Rede de apoio social SNIcat (n = 1466)		
Muito Isolado	114	7,7
Isolado	376	25,6
Parcialmente Integrado	520	35,4
Integrado	447	30,4

como variáveis com associações estatisticamente significativas: gênero (OR = 1,34; IC 95% 1,03-1,73), idade (OR = 1,41; IC 95% 1,08-1,84) e estado civil (OR = 7,21; IC 95% 5,26-9,88).

As associações entre a integração e o diagnóstico de doença física, não foram estatisticamente significativas, sendo elas: integração com diabetes (OR = 1,26; IC 95% 0,86-1,84), hipertensão (OR = 1,16; IC 95% 0,92-1,47) e obesidade (OR = 1,00 IC 95% 0,50-2,00). As análises das associações entre a integração e os diagnósticos de doença física ajustados pelas variáveis sociodemográficas (gênero, faixas etárias e estado civil) seguiram o mesmo comportamento: diabetes (OR = 1,15; IC 95% 0,76-1,74), hipertensão (OR = 1,05; IC 95% 0,80-1,38) e obesidade (OR = 1,03 IC 95% 0,49-2,17) (Tabela 4).

Foi detectada associação estatisticamente significativa e negativa entre o isolamento e diabetes (OR = 0,64; IC 95% 0,42-0,97), as demais associações também não foram significativas do isolamento com hipertensão (OR = 0,82; IC 95% 0,65-1,04) e obesidade (OR = 0,87; IC 95% 0,43-1,74). Após o ajuste desta análise pelas variáveis sociodemográficas este resultado da associação

Tabela 2. Associação entre a Integração e as variáveis sociodemográficas. RJ e SP. 2010.

Variáveis sociodemográficas (n = 1466)	Integração (447)		OR	IC 95%	P-valor
	n	%			
Sexo					
Mulher *	325	29,2	1,34	1,03 – 1,73	0,02
Homem	122	35,6			
Grau de Escolaridade					
Até 4ª série *	150	30,6	1,00	0,79 – 1,27	1,00
5ª série ou mais	297	30,7			
Renda Mensal Familiar					
Até 1 salário mínimo *	161	28,6	1,17	0,93 - 1,47	0,18
Mais que 1 salário mínimo	286	32,0			
Faixa Etária (n = 1466)					
18-35 anos *	113	25,9	- *	1,00	0,03
36 a 55	238	30,0	1,41	1,08 – 1,84	0,01
56 ou mais	96	32,2	1,36	1,36 – 0,99	0,06
Estado civil (n = 1466)					
Casado/união estável*	395	43,3	7,21	5,26 – 9,88	0,00
Outros	52	9,6			

* Categoria de referência do Odds ratio (OR).

Tabela 3. Associação entre o Isolamento e as variáveis sociodemográficas. RJ e SP. 2010.

Variáveis sociodemográficas (n = 1466)	Isolamento (490)		OR	IC 95%	P-valor
	n	%			
Sexo					
Mulher	389	34,9	0,77	0,59 – 1,01	0,06
Homem	101	29,4			
Grau de Escolaridade					
Até 4ª série	166	33,9	0,98	0,78 – 1,23	0,90
4ª série ou mais	324	33,5			
Renda Mensal Familiar					
Até 1 salário mínimo	199	35,3	0,88	0,70 – 1,10	0,28
Mais que 1 salário mínimo	291	32,6			
Faixa Etária (n = 1466)					
18-35 anos	171	39,1	- *	1,00	0,01
36 a 55	228	31,6	0,72	0,56 – 0,92	0,01
56 ou mais	91	30,5	0,68	0,50 – 0,93	0,02
Estado civil (n = 1466)					
Casado/união estável	143	15,7	0,10	0,08 – 0,13	0,00
Outros	347	63,8			

entre o isolamento e o diabetes passou a não ter significância (OR = 0,70; IC 95% 0,44-1,13) e as demais associações permaneceram sem significância estatística (Tabela 5).

No que diz respeito às associações entre os indicadores da rede de apoio e os transtornos mentais, verificaram-se associações negativas e estatisticamente significativas entre a integração e a ansiedade (OR = 0,61; IC 95% 0,48-0,77) e

integração e a depressão (OR = 0,51; IC 95% 0,38-0,68). A associação manteve seu grau de significância nas associações ajustadas, sendo elas: integração e a ansiedade (OR = 0,54; IC 95% 0,42-0,72) e integração e a depressão (OR = 0,47; IC 95% 0,35-0,64) (Tabela 4).

No tocante ao isolamento, verificaram-se as associações positivas e estatisticamente significativas entre isolamento e ansiedade (OR = 1,32; IC

95% 1,06-1,66) e isolamento e depressão (OR = 1,39; IC 95% 1,08-1,77). O padrão de associação foi mantido nas análises ajustadas pelas variáveis sociodemográficas, isolamento e ansiedade (OR = 1,58; IC 95% 1,21-2,05) e isolamento e depressão (OR = 1,53; IC 95% 1,15-2,05) (Tabela 5).

Tabela 4. Associação entre a Integração e os diagnósticos em saúde. RJ e SP. 2010.

Desfechos em saúde (n = 1466)	Integração (447)		OR Bruto	IC 95%	P-valor	OR Ajustado	IC 95%	P-valor
	n	%						
Hipertensão								
Sim	158	35,3	1,16	0,92 – 1,47	0,19	1,05	0,80 – 1,38	0,70
Não	289	64,7						
Diabetes								
Sim	46	10,3	1,26	0,86 – 1,84	0,22	1,15	0,76 – 1,74	0,49
Não	401	89,7						
Obesidade								
Sim	12	2,7	1,00	0,50 – 2,00	0,99	1,03	0,49 – 2,17	0,92
Não	435	97,3						
Ansiedade								
Sim	131	29,3	0,61	0,48 – 0,77	0,00	0,54	0,42 – 0,70	0,00
Não	316	70,7						
Depressão								
Sim	76	17,0	0,51	0,38 – 0,68	0,00	0,47	0,35 – 0,64	0,00
Não	371	83,0						
Transtorno Misto (Ans. e Dep.)								
Sim	50	11,2	0,45	0,32 – 0,63	0,00	0,42	0,30 – 0,60	0,00
Não	397	88,8						

* Ajustado por Gênero, Idade e Estado Civil.

Tabela 5. Associação entre o Isolamento e os diagnósticos em saúde. RJ e SP. 2010.

Desfechos em saúde (n = 1466)	Isolamento (490)		OR	IC 95%	P-valor	OR Ajustado	IC 95%	P-valor
	n	%						
Hipertensão								
Sim	148	30,2	0,82	0,65 – 1,04	0,11	0,94	0,70 – 1,26	0,69
Não	342	69,8						
Diabetes								
Sim	33	6,7	0,64	0,42 – 0,97	0,03	0,70	0,44 – 1,13	0,15
Não	457	93,3						
Obesidade								
Sim	12	2,4	0,87	0,43 – 1,74	0,70	0,81	0,37 – 1,80	0,61
Não	478	97,6						
Ansiedade								
Sim	203	41,4	1,32	1,06 – 1,66	0,01	1,58	1,21 – 2,05	0,00
Não	287	58,6						
Depressão								
Sim	143	29,2	1,39	1,08 – 1,77	0,00	1,53	1,15 – 2,05	0,00
Não	347	70,8						
Transtorno misto (Ans. e Dep.)								
Sim	113	23,1	1,57	1,19 – 2,06	0,00	1,83	1,33 – 2,52	0,00
Não	337	68,8						

* Ajustado por Gênero, Idade e Estado Civil.

Em muitos casos, os pacientes portadores de transtornos mentais apresentam os dois diagnósticos (ansiedade e depressão) concomitantemente, portanto, optou-se por construir uma outra categoria agregando os dois diagnósticos chamada transtorno depressivo-ansioso. A partir de então, foram detectadas associações estatisticamente significativas e negativas entre integração com ter transtorno depressivo-ansioso (OR = 0,45; IC 95% 0,32-0,63 e OR ajustado 0,42 IC 95% 0,30 – 0,60) e positivas do isolamento com ter transtorno depressivo-ansioso (OR = 1,57; IC 95% 1,19-2,06; OR ajustado = 1,83 IC 95% 1,33 – 2,52).

Discussão

Entre os resultados encontrados neste estudo, um interessante fenômeno a ser discutido diz respeito aos distintos padrões de associações identificados entre a rede de apoio e os tipos de adoecimento. As associações entre a integração e a presença de doenças físicas não foram significativas. No entanto, houve associação significativa e negativa entre isolamento e diabetes, ou seja, à medida que crescem os índices de diabetes reduzem-se os níveis de isolamento. É importante observar que o diabetes traz consigo uma série de desafios no tocante ao controle glicêmico, à mudança de hábitos alimentares e ao cuidado com os fatores que provocam a evolução da doença. Entre as DCNT, o diabetes é a terceira doença com maior perda de anos de vida por morte prematura⁴¹, o que aumenta a tensão por parte dos pacientes diabéticos, sendo esta uma possível explicação para a associação significativa entre a doença e o isolamento, mesmo com menor número de portadores se comparado aos hipertensos.

Em pesquisa sobre os eventos de vida produtores de estresse e qualidade de vida, Portugal *et al.*⁴⁰ verificaram influencia negativa dos problemas de saúde no domínio físico e nas relações sociais, tendo a internação e o adoecimento influencia sobre o convívio social.

Entre as correlações dos indicadores da rede de apoio com os TMC, verificaram-se associações negativas e significativas entre a integração com a ansiedade, a depressão e o transtorno depressivo-ansioso. Observa-se a integração atuando como agente protetor dos sujeitos frente à ocorrência dos TMC, já que os participantes mais integrados apresentaram menos ansiedade e depressão. Este estudo permitiu, portanto, verificar estatisticamente o potencial que a rede de apoio

tem em ser utilizada como alternativa de cuidado na prevenção e acompanhamento dos pacientes portadores de TMC atendidos na APS.

No tocante ao isolamento, verificaram-se associações positivas e significativas deste com ansiedade, depressão e transtorno depressivo-ansioso, sendo que não se pode afirmar a direção da associação devido a existência da causalidade reversa nos estudos de corte transversal. Tal constatação constitui-se como uma limitação do presente estudo.

A concordância entre médicos de família de 07 países diferentes³² sobre a prevalência do transtorno depressivo-ansioso na APS apontou a relevância em se discutir as associações entre este e o IRS. Dessa forma, o presente estudo demonstrou que as associações do transtorno depressivo-ansioso com integração e isolamento foram mais fortes do que as encontradas entre ansiedade e depressão. Neste caso, é importante que os profissionais da ESF lancem mão de recursos com custo-efetividade e eficácia para atuar frente a este cenário. Os grupos de convivência foram identificados como importantes no combate ao isolamento e na melhoria de relações sociais, sendo uma alternativa de cuidado aos pacientes²⁰.

Referente à presença de doenças físicas na amostra pesquisada, identificou-se que 32,7% dos pacientes tinham hipertensão arterial, 8,9% diabetes e 2,9% obesidade. No tocante à ocorrência dos TMC, verificou-se que 36,9% dos participantes apresentaram ansiedade, 25,1% depressão e 18,4% ansiedade e depressão concomitantemente. Tais achados corroboram dados descritos na literatura^{28,30,32}.

No tocante ao perfil sociodemográfico da amostra pesquisada, houve predominância de mulheres (76,5%), o que confirma achados de pesquisas anteriores^{29,30,33,36}, demonstrando a maior procura pelos serviços de saúde por parte delas. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)⁴² confirma esse resultado afirmando ser 17% o percentual de mulheres que procuram os serviços de saúde, enquanto entre os homens esse valor é 12%.

Outras características identificadas foram: maioria de casados (62,5%), idade entre 36 e 55 anos (49,5%), a maioria referiu não ser branco (72,8%), o grau de escolaridade da amostra foi baixo já que 33,6% dos participantes estudaram até a quarta série; este dado revela a situação de vulnerabilidade social desses sujeitos, por ser um importante indicador desta condição social. Considerando que a alta escolaridade associa-se a uma maior utilização de padrões psicológicos e

subjetivos na interação com outros sujeitos, nos relacionamentos interpessoais e na comunicação de sofrimento físico e emocional^{28,30,31}, sugere-se que o grau de escolaridade encontrado afete tais fatores.

A renda da amostra foi baixa, sendo que 38,7% tinham renda familiar per capita mensal de até um salário mínimo. Neste sentido, uma pesquisa realizada Rio de Janeiro⁴³ detectou correlações significativas entre os indicadores de pobreza e as seis regiões administrativas que detêm as piores condições de saúde. Todos os indicadores de saúde se mostraram significativamente correlacionados a todos os indicadores de desigualdade de renda.

Uma importante associação das variáveis sociodemográficas e econômicas desfavoráveis ocorreu entre estas e a presença de TMC. Gonçalves³³ reforçou que a baixa renda e a baixa escolaridade se associam significativamente à presença de TMC e ao gênero feminino no contexto da APS, sendo este resultado característico do cenário brasileiro^{27,30,33}. É importante ressaltar que a pesquisa foi realizada em unidades da ESF que tinham como público alvo moradores de favelas tanto na cidade do Rio de Janeiro quanto de São Paulo. A fragilidade das políticas públicas de moradia para as classes populares é histórica e ainda permite processos de ocupação irregular que constituem territórios com muitos problemas urbanos, como a ausência de saneamento básico – ocasionando doenças transmissíveis como a dengue –, problemas de saúde advindos de causas externas como a violência, altos níveis de desigualdade e privação econômica⁴⁴.

Apesar das políticas públicas de inclusão social, essa população ainda sofre com privação de trabalho, renda, seguridade social e saúde. Porto et al.⁴⁴ desenvolveram uma intervenção denominada promoção emancipatória da saúde baseada no reconhecimento dos direitos humanos por parte desta população e no reconhecimento das falas dos moradores e trabalhadores deste território, como disparadores do processo de transformação social. Esta ação pode ser um recurso para os profissionais da ESF que lidam em sua prática diária com diversas demandas do campo social.

Os achados do perfil sociodemográfico sinalizaram a necessidade de atenção, análise e intervenção, por estarem muito inferior ao esperado, considerando-se que a pesquisa foi realizada nas duas maiores cidades do Brasil. O desenho adotado para o estudo se constitui como sua principal limitação por não ser capaz de determinar a relação de causalidade. No entanto, os resultados

encontrados permitiram a identificação das diferenças entre o padrão de associações e as diferentes categorias de adoecimento (físico ou mental). Como já descrito por Gonçalves et al.³⁶, autor do artigo que iniciou as publicações do material da pesquisa-fonte, entre as limitações deste estudo consideramos o baixo registro dos médicos referente aos diagnósticos de doença física conforme discutido acima.

Os resultados desta pesquisa são relevantes por possibilitar comparar o comportamento da rede de apoio tanto nas DCNT como nos TMC. A metodologia quantitativa dessa pesquisa nos ajuda a observar de maneira empírica e numérica como as relações interpessoais e a existência de uma rede de apoio, composta pela família, amigos e vizinhos, pode ser uma estratégia e um recurso para otimizar os cuidados prestados à população no atendimento aos pacientes na atenção primária à saúde.

Conclusão

A contribuição deste artigo para as pesquisas sobre a rede de apoio consiste em comparar a composição da rede de apoio dos pacientes acometidos por doenças físicas e os portadores de transtornos mentais. A associação negativa do isolamento com o diabetes demonstrou que os níveis de isolamento decrescem à medida que crescem os índices de diabetes, sendo assim, demonstrando que a rede de apoio se aproxima dos doentes mais graves no caso das doenças físicas. No caso das associações entre TMC e integração, os participantes mais integrados apresentaram menos ansiedade e depressão e transtorno misto, sendo demonstrada relevância da rede para os pacientes acometidos por esses transtornos. Portanto, os resultados obtidos por este estudo ampliam as possibilidades de análises, discussões e aprofundamento das pesquisas sobre a rede de apoio.

Além disso, recomenda-se que os profissionais de saúde que trabalham na ESF estejam atentos aos relacionamentos familiares e sociais de seus pacientes, identificando o potencial deste recurso ou sua carência. Sugere-se o desenvolvimento de ações que fortaleçam a rede de apoio, reforcem a importância deste recurso para o paciente e favoreçam uma melhor utilização da mesma, resultando em benefícios aos pacientes e seus familiares. Mediante a constatação do importante papel do apoio social, faz-se necessário que os profissionais identifiquem em seus contextos qual a melhor forma de explorar o recurso

da rede em favor dos cuidados dos seus pacientes. Grupos de convivência constituídos por pacientes e conduzidos por profissionais de saúde também são recursos eficazes na APS, no âmbito da rede de apoio.

Colaboradores

EIS Aragão contribuiu na elaboração deste estudo, para análise de dados, para o desenvolvimento do manuscrito, incluindo a estrutura do manuscrito, revisando o texto e interpretando os resultados, redigindo a discussão e a conclusão. MR Campos coconceitualizou o estudo, coescreveu a proposta de financiamento para financiar o estudo, serviu como estatística líder e contribuiu para os resultados e interpretação dos resultados. FB Portugal realizou a análise estatística e elaborou os resultados dos dados e contribuiu para a redação e para as revisões do manuscrito. DA Gonçalves coconceituou o estudo, co-elaborou a pesquisa, coordenou a coleta de dados em São Paulo, colaborou na análise de dados, contribuiu para a redação e para as revisões críticas do manuscrito. JJ Mari contribuiu para o estudo na condução da coleta de dados na cidade de São Paulo, colaborou na análise de dados e contribuiu para as revisões do manuscrito. SLCL Fortes conceitualizou a pesquisa original, redigiu a proposta de financiamento para financiar o estudo, coordenou a coleta de dados no Rio de Janeiro, elaborou este estudo, sua análise de dados e escreveu o primeiro rascunho do artigo.

Referências

1. Faquinello P, Marcon SS, Waidmann MAP. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. *Rev. bras. enferm.* 2011; 64(5):849-856.
2. Faquinello P, Marcon SS. Amigos e vizinhos: uma rede de apoio ativa para adultos e idosos hipertensos. *Rev. esc. enferm. USP* 2011; 45(6):1345-1352.
3. Cohen S. Social Relationships and Health. *Am Psychol* 2004; 59(8):676-684.
4. Chor D, Griep RH, Lopes C, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad Saude Publica* 2001; 17(4):887-896.
5. Torres MA, Abacaxi JA. Associação entre variáveis psicológicas e sociais, com a adesão em pessoas com diabetes tipo 2. *Terapia psicológica* 2010; 28(1):45-53.
6. Sharovsky LL, Romano BW. Depressive and anxiety symptoms in patients with Metabolic Syndrome. *Estud. psicol. (Campinas)* 2013; 30(4):603-608.
7. Lemos VA, Antunes HK, Baptista MN, Tufik S, Mello MT, Formigoni ML. Low family support perception: a 'social marker' of substance dependence? *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2012; 34(1):52-59.
8. Fortmann AL, Gallo LC, Walker C, Philis-Tsimikas A. Support for disease management, depression, self-care, and clinical indicators among Hispanics with type 2 diabetes in San Diego County, United States of America. *Rev Panam Salud Publica* 2010; 28(3):230-234.
9. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, Santos DVD, Stefanello S, Trapé TL, Porto K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Cien Saude Colet* 2011; 16(12):4643-4652.
10. Berkman LF, Glass T, Brissette I, Seeman TE. From social integration to health – Durkheim in the new Millennium. *Social Sci Med* 2000; 51(6):843-857.
11. Malfatti CRM, Assunção AN. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):1383-1388.
12. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
13. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica* 2003; 19(2):625-634.
14. Alves MR, Vilela ABA, Souza AS, Silva DM, Meira ED, Aguiar ACSA. Rede de suporte social a pessoas idosas com sintomas depressivos em um município do nordeste brasileiro. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* 2013; 5(2):3667-3676.
15. Fonseca FCA, Coelho RZ, Nicolato R, Malloy-Diniz LF, Silva-Filho HC. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *J. bras. psiquiatr.* 2009; 58(2):128-134.
16. Faquinello P, Carreira L, Marcon SS. A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. *Texto contexto - enferm.* 2010; 19(4):736-744.
17. Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Freitas MCF, Pace AE. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012; 20(1):52-58.
18. Avila-Jimenez L, Cerón D, Ramos-Hernandez RI, Velasquez L. Asociación del control glicémico con el apoyo familiar y el nivel de conocimientos en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev. méd. Chile* 2013; 141(2):173-180.
19. Rigotto DM. *Evidências de validade entre suporte familiar, suporte social e autoconceito* [dissertação]. Itatiba: Universidade São Francisco; 2006.
20. Santos AL, Pasquali R, Marcon SS. Feelings and experiences of obese participants, in a support group: an exploratory study. *Online Braz J Nurs (Online)* [Internet]. 2012 Apr 18; [Cited 2013 May 10] 11(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3251>
21. Buss PM, Pellegrini F. Saúde e seus Determinantes Sociais. *A. Physis* 2007; 17(1):77-93.
22. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.* 2013; 66(n. esp.):158-164.
23. Corrêa AA, Moreira-Almeida A, Menezes PR, Vallada H, Scazufca M. Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2011; 33(2):157-164.
24. Helena E, Lasagno BGS, Vieira R. Prevalência de transtornos mentais não psicóticos e fatores associados em pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus em Unidades de Saúde da Família em Blumenau, Santa Catarina. *Rev. Bras. Med. Fam. Com.* 2010; 5(17):42-47.
25. Souza AC, Rivera FJU. A inclusão das ações de saúde mental na atenção básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Rev Tempus Actas Saude Colet* 2010; 4(1):105-114.
26. Vecchia MD, Martins STF. Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):183-193.
27. Fortes S, Villano LAB, Campos MR. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2008; 30(1):32-37.
28. Fortes S, Villano LA, Lopes C. Common mental Disorders and Social-Economic and demographic Factors in Primary Care in Brazil. In: 10th International Congress of the International Federation of Psychiatric Epidemiology, 2004, Bristol, England. In: *Book of Abstracts - 10th International Federation of Psychiatric Epidemiology*, 2004. v. 1. p. 39-39.
29. Villano LA. *Problemas Psicológicos e Morbidade Psiquiátrica em Serviços de Saúde Não Psiquiátricos: O Ambulatório de Clínica Geral* [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1998.
30. Fortes S, Lopes CS, Villano LA, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ. Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011; 33(2):150-156.
31. Tavares ALB, Souza AR, Pontes RJS. Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2013; 8(26):35-42.

32. Lam TP, Goldberg DP, Dowell AC, Fortes S, Mbatia JK, Minhas FA, Klinkman MS. Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PHC: an international focus group study. *Family Practice* 2013; 30(1):76-87.
33. Gonçalves DA, Mari Jde J, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, Campos M, Portugal FB, Ballester D, Fortes S. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad Saude Publica* 2014; 30(3):623-632.
34. Costa AG, Ludemir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):73-79.
35. Modesto TN, Santos DN. Saúde mental na atenção básica. *Rev. Baiana Saúde Publica* 2007; 31(1):19-24.
36. Goncalves DA, Fortes S, Campos M, Ballester D, Portugal FB, Tófoli LF, Gask L, Mari J, Bower P. Evaluation of a mental health training intervention for multidisciplinary teams in primary care in Brazil: A pre- and posttest study. *Gen Hosp Psychiatry* 2013; 35(3):304-308.
37. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Júnior C, Pereira WAB.. Transtornos do Humor em Enfermaria de Clínica Médica e Validação da escala de medida (HAD) de Ansiedade e Depressão. *Rev Saude Publica* 1995; 29(5):355-363.
38. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up of Alameda county residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109(2):186-204.
39. Correia C, Fortes S, Lopes C, Campos MR. Specificity of consumption of antidepressants and benzodiazepines by women attending family health strategy units: A multicenter study. *Journal of Psychosomatic Research* 2013; 74:542.
40. Portugal FB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ, Gask L, Bower P, Dowrick C, Fortes S. Psychiatric morbidity and quality of life of primary care attenders in two cities in Brazil. *J. bras. psiquiatr.* 2014; 63(1):23-32.
41. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Cien Saude Colet* 2004; 9(4):897-908.
42. *Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio*. [acessado 2015 Nov 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm>
43. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT, Paez MS, Medici EV, Derrico M. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cad Saude Publica* 1999; 15(1):15-28.
44. Porto MFS, Cunha MB, Pivetta F, Zancan L, Freitas JD. Saúde e ambiente na favela: reflexões para uma promoção emancipatória da saúde. *Serv. Soc. Soc.* 2015; 123:523-543.

Artigo apresentado em 08/03/2016

Artigo aprovado em 04/08/2016

Versão final apresentada em 06/08/2016