



Interface entre apoio social, qualidade de vida e depressão em usuários elegíveis para cuidados paliativos*

Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care

Las interfaces entre apoyo social, calidad de vida y depresión en usuarios elegibles para cuidados paliativos

Cissa Azevedo¹, Juliana Dias Reis Pessalacia², Luciana Regina Ferreira da Mata¹, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli³, Maria da Graça Pereira⁴

Como citar este artigo:

Azevedo C, Pessalacia JDR, Mata LRF, Zoboli ELCP, Pereira MG. Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03245. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016038003245>

* Extraído da dissertação “Qualidade de vida, apoio social e depressão em usuários da Atenção Primária à Saúde elegíveis para Cuidados Paliativos”, Universidade Federal de São João del Rei, 2015.

¹ Universidade Federal de São João Del Rei, Campus Centro-Oeste Dona Lindu, Divinópolis, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campus de Três Lagoas, Três Lagoas, MS, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga, Portugal.

ABSTRACT

Objective: Analyzing the relationship between social support, quality of life and depression in patients eligible for palliative care at Primary Health Care of a municipality in the interior of Minas Gerais, Brazil. **Method:** A correlational cross-sectional study carried out with patients treated in six primary health care units. Data were submitted to descriptive statistical analysis, tests for differences between averages and medians, and correlation tests. The significance level was 0.05. **Results:** The sample consisted of 115 participants, and it was identified that the higher the social support, the better the global quality of life ($p < 0.001$) and functional quality of life ($p = 0.035$); the greater the presence of physical symptoms, the lower the level of social support ($p = 0.012$) and the higher the level of depression ($p < 0.001$); the higher the symptoms of depression, the worse the global quality of life ($p < 0.001$), functional quality of life ($p < 0.001$) and the lower the levels of social support ($p < 0.001$). **Conclusion:** Levels of quality of life, social support and depression of patients eligible for palliative care are influenced by socioeconomic factors such as marital status, gender, age, income, education and presence of a caregiver.

DESCRIPTORS

Palliative Care; Quality of Life; Social Support; Depression; Primary Health Care; Primary Care Nursing.

Autor correspondente:

Cissa Azevedo
Rua Sebastião Gonçalves
Coelho, 400 – Chanadour
CEP 35501-296 – Divinópolis, MG, Brasil
cissa.ufsj@gmail.com

Recebido: 04/10/2016
Aprovado: 04/04/2017

INTRODUÇÃO

Atualmente, vivencia-se no contexto mundial, principalmente em países desenvolvidos, um processo de transição demográfica e populacional, com um envelhecimento global rápido e mudanças na prevalência das doenças⁽¹⁾. Tal contexto tem suscitado a necessidade de cuidados paliativos (CP), cujo enfoque não se baseia apenas nos pacientes em fase terminal, mas também naqueles que estão iniciando o curso da doença. Sabe-se que CP ofertados precocemente podem oferecer inúmeras vantagens, principalmente no que diz respeito à qualidade de vida (QV) do paciente, de cuidadores e de familiares⁽²⁾.

Ainda, torna-se importante ressaltar que, apesar de tradicionalmente os CP serem ofertados a pacientes com diagnóstico de câncer, devido principalmente aos inúmeros sintomas provocados por tal doença, atualmente acredita-se que a grande demanda de CP se deva às diversas doenças crônicas não transmissíveis, e também, não menos importante, algumas doenças crônicas transmissíveis, tais como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e casos de Tuberculose resistentes⁽²⁾.

Embora já existam diversos serviços especializados em CP, muitos pacientes com doenças crônicas não cancerosas são assistidos no ambiente da Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, considerando-se o fato de que a maioria das pessoas prefere morrer em casa e não em hospitais, o papel da APS nos CP torna-se cada vez mais importante e significativo⁽³⁾.

Os CP são cuidados dispensados por uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de otimizar a QV de pacientes e suas famílias, mediante uma doença grave, independentemente do prognóstico. Os CP podem, então, ser iniciados em qualquer fase de uma enfermidade crônica, e em conjunto com tratamentos curativos ou de prolongamento da vida⁽⁴⁾.

Enquanto alguns estudos têm mostrado que os profissionais da APS consideram os CP como parte de suas responsabilidades para com os seus pacientes, sabe-se que, ainda, poucos portadores de doenças crônicas recebem CP de forma adequada e de qualidade neste nível de atenção^(1,3,5). Um importante desafio para a implementação dos CP na APS é a adequada avaliação do doente, incluindo a identificação de parâmetros que apoiem de forma científica e clínica o diagnóstico destes. Percebe-se ainda que, apesar dos avanços, a complexidade das situações envolvendo esta modalidade de cuidado traz aos profissionais de saúde dificuldades no manejo dos sintomas e sofrimentos físicos, psicossociais e espirituais que interferem diretamente na QV. Portanto, medidas de avaliação tornam-se necessárias na identificação das demandas, nas avaliações dos serviços e cuidados oferecidos e, principalmente, na definição de condutas mais adequadas e individualizadas⁽⁶⁾.

Sendo assim, o objetivo deste estudo foi analisar a relação entre apoio social, QV e depressão em pacientes elegíveis para CP atendidos na APS de um município no interior de Minas Gerais, Brasil. Propôs-se também avaliar as relações entre QV, apoio social, depressão e as variáveis capacidade funcional, idade, sexo, escolaridade e presença de cuidador, número de filhos, ocupação, situação conjugal, diagnóstico e renda individual. Estudos como este se tornam relevantes,

uma vez que poucos estão disponíveis na literatura sobre aspectos psicossociais em CP⁽⁷⁻⁹⁾. Além disso, acredita-se que a identificação da influência dos aspectos psicossociais poderá minimizar os sofrimentos emocionais, espirituais e sociais nesses indivíduos, além de contribuir para o estabelecimento das reais necessidades de saúde pública frente aos desafios que os CP representam para o sistema de saúde.

MÉTODO

PROCEDIMENTO E AMOSTRA

Estudo transversal correlacional, realizado com pacientes elegíveis para CP atendidos em seis unidades da APS (UAPS) de um município do interior de Minas Gerais, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais no domicílio dos pacientes envolvidos, no período de março a junho de 2015.

Inicialmente, por meio de um estudo prévio⁽¹⁰⁾, identificou-se, de acordo com critérios propostos pela Organização Mundial de Saúde⁽²⁾, que a demanda de pacientes elegíveis para CP nas seis UAPS onde a pesquisa foi realizada era de 687 pacientes. Assim, após a identificação desta demanda, foi aplicada a Escala de Performance de Karnofsky (KPS) nos prontuários dos pacientes identificados, com o objetivo de classificá-los quanto à necessidade de receber CP precoces ou exclusivos.

A KPS é um instrumento utilizado para mensurar a capacidade funcional de pessoas acometidas por qualquer doença. É composta por uma escala de 11 valores distribuídos entre zero (morte) e 100% (completa independência funcional). Usuários com *performance* de valores inferiores a 70% na escala têm indicação precoce de CP, e com valores inferiores a 50% têm indicação exclusiva para CP. Sabe-se que a capacidade funcional de um paciente é determinada por diversos fatores, tais como idade, sexo, estágio da doença e a presença de sintomas físicos, contudo, acredita-se que a KPS é uma forma útil de avaliação na prática clínica, uma vez que identifica a consequência dos aspectos físicos e biológicos no cotidiano do paciente⁽¹¹⁾.

Além disso, cabe ressaltar que neste estudo também foi considerada a classificação tripartite A, B e C da KPS, e que atualmente é considerada como o algoritmo proposto para a avaliação deste instrumento. Assim, três questionamentos foram respondidos, sendo estes: (1) *O paciente é capaz de trabalhar e desenvolver suas atividades normalmente?* Caso a resposta fosse “sim”, perguntou-se: *O paciente apresenta sintomas?* e de acordo com esta resposta o paciente recebeu a classificação entre 80% e 100% da KPS. Caso a pergunta (1) tivesse resposta negativa, foi abordada a questão (2): *O paciente permanece acamado por período superior a 12 horas?* Caso a resposta da questão (2) fosse “não”, verificou-se: *O paciente necessita de assistência, por exemplo, para alimentar-se e vestir-se?* e, assim, o paciente recebeu a classificação entre 50% e 70% da KPS. Por fim, caso a resposta à questão (2) fosse “sim”, verificou-se por meio da questão (3): *Qual o grau de deficiência do paciente?* e, assim, de acordo com o nível de deficiência o paciente recebeu a classificação entre 0% e 40% da KPS⁽¹¹⁾.

Após a aplicação da KPS, os participantes foram selecionados pelos seguintes critérios: idade igual ou superior a 18 anos; apresentar, segundo a capacidade funcional, indicação precoce (Escala de Karnofsky < 70%) ou exclusiva (Escala de Karnofsky < 50%) para assistência em CP⁽¹¹⁾; e ter capacidade cognitiva para participação (aplicação do Minixame do Estado Mental)⁽¹²⁾. Sendo assim, dos 687 pacientes elegíveis para CP, apenas 185 apresentaram valor de KPS igual ou inferior a 70%, e destes 51 não conseguiram responder ao minixame do estado mental, nove eram menores de 18 anos, quatro mudaram de endereço residencial, três faleceram, dois estavam internados no período da coleta de dados, e um recusou-se a participar da pesquisa. Portanto, a amostra final deste estudo consistiu em 115 participantes.

A estimativa mínima da amostra (n=44) foi obtida a partir dos critérios propostos para coeficiente de correlação em estudo transversal⁽¹³⁾, sendo considerada a correlação entre as medidas de QV e apoio social entre idosos ($r=0,416$)⁽¹⁴⁾, um nível de significância de 5% e um poder de teste de 80%. Ressalta-se que foi respeitada a Resolução 466/2012 e a pesquisa foi aprovada sob CAAE 32868414.6.0000.5545, parecer nº 742.851 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente, via Plataforma Brasil.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Para a caracterização dos participantes, foi utilizado um questionário elaborado pelos autores que contemplou as seguintes questões: sexo, presença ou não de cuidador, tipo de cuidador, idade, etnia, situação conjugal, número de filhos, escolaridade, ocupação atual, renda salarial mensal, diagnóstico médico, presença ou ausência de comorbidades e quais comorbidades. Por meio deste questionário foi possível abordar características sociodemográficas e os principais aspectos clínicos dos pacientes elegíveis para CP⁽²⁾.

A QV foi mensurada a partir da escala da Organização Europeia de Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC QLQ-C15-PAL), a qual foi validada junto a pacientes oncológicos. A escolha deste instrumento baseou-se no fato de que não foi encontrado outro instrumento validado no Brasil específico para QV em CP. Este instrumento é composto por 15 itens distribuídos em três subescalas ou domínios, sendo estes: Escala Funcional (cinco itens), Escala de sintomas (nove itens) e, por último, Estado Global de Saúde (um item). A validação no Brasil foi realizada em pacientes com câncer avançado⁽¹⁵⁾, e as respostas às primeiras 14 questões são dadas em escala Likert de quatro pontos, já a última questão é avaliada em escala Likert de sete pontos. A pontuação mínima possível para este instrumento é de 15 pontos e máxima de 63 pontos. Para interpretação deve-se analisar separadamente cada subescala, sendo necessário realizar a transformação dos escores brutos em escores que variam de zero a 100, de forma que quanto mais alta a pontuação para a subescala funcional, mais saudável é o indivíduo, enquanto uma pontuação alta para a subescala de sintomas indica maior presença de sintomas⁽¹⁶⁾.

Para avaliação do nível de apoio social, foi utilizada a escala *Medical Outcome Study* (MOS). A versão foi traduzida, adaptada e validada para língua portuguesa e é composta

por cinco dimensões de apoio social: material, afetiva, interação social positiva, emocional e informação. Para todas as perguntas, as respostas são dadas em escala Likert de cinco pontos, sendo a pontuação mínima 19 pontos e máxima de 95. O escore final é obtido pela soma dos pontos totalizados pelas perguntas de cada uma das dimensões e divididos pela pontuação máxima possível da mesma dimensão, sendo que quanto mais alta a pontuação, maior o nível de apoio social⁽¹⁷⁾.

Por último, para a identificação dos sintomas de depressão, utilizou-se da Escala de depressão *Center for Epidemiological Studies - Depression* (CES-D). A versão foi traduzida, adaptada e validada para língua portuguesa e contém 20 itens relacionados a humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor. As respostas são dadas em escala Likert que contempla as opções nunca ou raramente (0), às vezes (1), frequentemente (2) e sempre (3). A pontuação é uma soma simples que varia de zero a 60, sendo que uma pontuação entre 12 e 60 é indicativa de presença de sintomas de depressão⁽¹⁸⁾.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram processados e analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 21.0. Para a análise descritiva das variáveis contínuas foram utilizadas medidas de posição média e mediana e de variabilidade desvio padrão (DP) e amplitude interquartil (p25-p75). Frequência simples foi utilizada para as variáveis categóricas. As variáveis escalares foram avaliadas quanto à consistência interna por meio do alfa de Cronbach. Antes de verificar as relações entre as variáveis, foi investigado se os pressupostos da estatística paramétrica estavam presentes ou não na amostra. Assim, o resultado do teste Shapiro-Wilk demonstrou que as variáveis possuem distribuição não normal, com exceção apenas da variável medida da QV.

Para comparar as médias de QV e medianas de apoio social e depressão segundo as variáveis sexo, presença de cuidador, ocupação, situação conjugal e diagnóstico, foram realizados os Testes T de Student e Mann-Whitney, segundo a normalidade da variável escalar.

A fim de identificar possíveis relações entre as variáveis QV, apoio social, depressão e idade, escolaridade, capacidade funcional, renda e número de filhos, utilizou-se do teste de correlação de Spearman. As forças das correlações foram analisadas considerando que valores entre 0,10 e 0,30 são classificados como de fraca magnitude, entre 0,4 e 0,6 de moderada magnitude e acima de 0,7 de forte magnitude⁽¹⁹⁾. Em seguida, foi realizado o teste de correlação parcial, controlada por sexo, idade, número de filhos, escolaridade, renda individual, presença de cuidador e situação conjugal, a fim de testar a relação entre as variáveis: medidas de apoio social e QV, medida de apoio social e depressão e medidas de QV e depressão. Para esta análise, as variáveis escalares que tiveram distribuição assimétrica sofreram transformação logarítmica. Foi adotado o nível de significância de 5% ($p<0,05$).

RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi composta por 115 participantes, cuja mediana de idade foi de 68 anos (59,0-76,0),

e a mediana de escolaridade foi de quatro anos de estudo (2,0-5,0). Quanto à renda mensal individual, a mediana foi de um salário mínimo. Já em relação ao sexo, 64,3% dos participantes pertencem ao sexo feminino e 35,7% ao masculino, e quanto à etnia, 50,4% declararam-se brancos. No que se refere à situação conjugal, 64,3% são casados ou estão em uma união consensual, e por fim em relação à ocupação, 62,6% são aposentados.

Em relação aos dados clínicos, 60,9% dos participantes possuem diabetes (34,8%) ou diabetes associado a outras patologias (26,1%). Ainda, 12,2% possuem câncer e 5,2% são portadores de sequela de acidente vascular encefálico (AVE). Quanto à presença de comorbidades, 76,7% relataram hipertensão arterial sistêmica (HAS). Sobre a presença de cuidador, 69,6% disseram possuir algum cuidador sendo que destes 31,3% citaram os cônjuges e 24,3% os filhos.

O resultado obtido pela escala de QV indicou um valor médio na subescala Funcional de 51,8 (dp=21,2). Já a média da subescala relacionada à presença de sintomas físicos foi de 43,4 (dp=20,5), e por último a média da subescala Estado Global de Saúde, de 68,1 (dp=29,3). O alfa de Cronbach deste instrumento, na presente amostra, foi de 0,6.

Em relação ao nível de apoio social, a mediana encontrada foi 78,0 (63,0-91,0), variando entre 27 e 95 pontos. Quanto à análise dos resultados por dimensões do apoio social, foram encontrados os seguintes parâmetros: interação social positiva e apoio afetivo com mediana 29,0 (23,0-34,0), apoio emocional e de informação com mediana 32,0 (25,0-38,0) e apoio material com mediana 19,0 (14,0-20,0). Os escores máximos para as respectivas dimensões são: 40, 35 e 20 pontos. O alfa de Cronbach deste instrumento, no presente estudo, foi de 0,9.

Sobre a avaliação da presença de sintomas de depressão avaliada pela aplicação da CES-D, obteve-se mediana 23,0 (14,0-32,0) variando entre dois e 49 pontos, ou seja, dos 115 participantes 88,7% apresentaram sintomas de depressão. O alfa de Cronbach deste instrumento, na presente amostra, foi de 0,8.

Foram realizados testes de comparação da distribuição das medidas de QV (pontuação total), apoio social e depressão com as variáveis sexo, presença de cuidador, diagnóstico, ocupação e situação conjugal (Tabela 1).

Constatou-se, portanto, maiores pontuações da medida de QV entre mulheres. Já os homens apresentaram maior mediana da pontuação da medida de apoio social e menores sintomas de depressão. Observou-se também que maiores níveis de apoio social estiveram presentes em pacientes com presença de cuidador e em pacientes casados (Tabela 1).

Na Tabela 2, foram apresentados os resultados do teste de Correlação de Spearman entre as medidas de QV, apoio social, depressão e a variável idade.

Ao analisar a presença de possíveis relações entre as variáveis QV global, QV funcional, QV relacionada aos sintomas, apoio social, depressão e idade, escolaridade, número de filhos e capacidade funcional, constatou-se, conforme Tabela 2, que quanto maior a idade, maior é a QV global (correlação fraca), quanto menor a escolaridade, melhor é a QV global (correlação fraca), e quanto maior a renda, maior é a QV global (correlação fraca).

Já na Tabela 3, foram apresentados os coeficientes de correlação parcial entre as variáveis apoio social, depressão, QV global, QV relacionada aos sintomas e QV funcional, controladas pelas variáveis: idade, sexo, número de filhos, escolaridade e capacidade funcional.

Tabela 1 – Resultados dos testes de comparação da distribuição das medidas QV, apoio social e depressão com as variáveis sexo e presença de cuidador – Minas Gerais, Brasil, 2015.

Variáveis	QV*		Apoio social**		Depressão**	
	Média (DP)	p	Mediana (p25-p75)	P	Mediana (p25-p75)	p
Sexo						
Masculino (n=41)	34,8 (6,9)	< 0,001	86,0 (77,0-95,0)	< 0,001	15,0 (11,5-37,0)	< 0,001
Feminino (n=74)	39,7 (6,2)		72,5 (60,0-95,0)		27,0 (17,0-46,2)	
Cuidador						
Sim (n=80)	38,1 (6,6)	0,821	85,0 (72,5-95,0)	< 0,001	20,0 (14,0-45,7)	0,106
Não (n=35)	37,8 (7,4)		66,0 (58,0-95,0)		29,0 (15,0-42,2)	
Diagnóstico						
Câncer (n=18)	39,8 (6,9)	0,266	82,5 (67,0-93,0)	0,276	27,0 (16,2-32,0)	0,505
Não câncer (n=97)	37,8 (6,9)		77,0 (62,5-90,0)		21,0 (14,0-33,0)	
Ocupação						
Aposentado (n=89)	37,9 (7,1)	0,671	78,0 (62,5-89,5)	0,512	21,0 (14,0-32,0)	0,448
Não aposentado (n=26)	38,6 (6,5)		79,5 (65,7-92,2)		25,5 (14,7-33,0)	
Situação conjugal						
Casado (n=74)	37,5 (6,6)	0,181	81,5 (66,7-93,0)	0,011	21,5 (14,0-31,2)	0,228
Não casado (n=41)	39,3 (7,4)		72,0 (58,0-86,0)		26,0 (14,5-33,5)	

Nota: *Teste T de Student **Teste Mann-Whitney

Tabela 2 – Coeficiente de Correlação de Spearman (r) entre as medidas QV, apoio social e depressão com a variável idade – Minas Gerais, Brasil, 2015.

Variáveis		Apoio social	Depressão	QV global	Escala de QV funcional	Escala de QV sintomas
Idade	r	0,118	-0,089	0,316	-0,001	-0,077
	p valor	0,211	0,343	< 0,001	0,996	0,415
Escolaridade	r	-0,019	-0,025	-0,234	-0,136	0,033
	p valor	0,838	0,794	0,012	0,146	0,726
Nº de filhos	r	0,077	-0,038	-0,014	-0,069	-0,009
	p valor	0,414	0,683	0,885	0,465	0,927
Renda	r	0,039	-0,164	0,187	-0,089	-0,078
	p valor	0,681	0,080	0,046	0,344	0,407
Capacidade funcional	r	-0,056	-0,115	0,084	0,488	-0,070
	p valor	0,555	0,221	0,370	< 0,001	0,455

Tabela 3 – Coeficientes de correlação parcial (r) entre as variáveis apoio social, depressão, QV global, QV relacionada aos sintomas e QV funcional – Minas Gerais, Brasil, 2015.

Variáveis		QV global	QV funcional	QV sintomas	Apoio social
Apoio Social	r	0,455	0,203	-0,242	-
	p valor	< 0,001	0,035	0,012	-
Depressão	r	-0,429	-0,527	0,597	-0,439
	p valor	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001

Nota: Modelo ajustado pelas variáveis sexo, idade, renda, número de filhos, escolaridade, presença de cuidador e situação conjugal.

Por meio dos resultados de correlação parcial, constatou-se que: quanto maior o apoio social, melhor é a QV global (correlação moderada) e funcional (correlação fraca); quanto maior a presença de sintomas físicos, menor o nível de apoio social (correlação fraca) e maiores os níveis de sintomas de depressão (correlação moderada); quanto maiores os sintomas de depressão, pior é a QV global (correlação moderada), funcional (correlação moderada) e menores os níveis de apoio social (correlação moderada), independentemente de sexo, idade, renda, escolaridade, número de filhos, presença de cuidador e situação conjugal.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apontam que os CP integram as necessidades e as demandas de saúde da APS e, por promoverem a QV do paciente e de seus familiares no processo de enfrentamento de doenças que ameaçam a continuidade da vida, é preciso preparar as unidades de saúde para lidarem com este novo cenário da atenção. A assistência em CP previne e alivia o sofrimento do paciente, por meio de identificação precoce, avaliação e tratamento adequado da dor, bem como de problemas físicos, psicossociais e espirituais, sendo essencial para garantir a integralidade do cuidado. Assim, um importante desafio para a implementação dos CP na APS é uma adequada avaliação do doente, incluindo a identificação de parâmetros de apoio ao diagnóstico, com a incorporação de meios e o preparo da equipe para aumentar a capacidade resolutive das UAPS. Portanto, a utilização de instrumentos para a avaliação dos construtos QV, apoio social e depressão pode ser útil na assistência a pacientes com indicação para CP em serviços da APS, ampliando a clínica e o alcance dos cuidados, principalmente da equipe de enfermagem.

Os resultados referentes aos dados clínicos e à caracterização da amostra apontam que 88,7% dos pacientes

que participaram do presente estudo apresentaram sintomas de depressão. Sabe-se que os estados depressivos, seja pela prevalência ou pelas consequências que estes causam, possuem importância significativa enquanto problema de saúde pública⁽²⁰⁾. Especificamente no âmbito dos CP, estudos apontam que a prevalência de doenças psiquiátricas está fortemente associada ao nível de dor e à capacidade funcional dos pacientes. Acredita-se que a morbidade psicológica prejudique significativamente a atividade, o humor, o sono e os relacionamentos do paciente, o que reforça a importância de uma avaliação da saúde mental nesses indivíduos⁽⁷⁾.

Em relação aos testes de comparação que sugerem maior nível de apoio social nos pacientes com presença de cuidador, não foram encontrados estudos com resultados semelhantes e que tenham sido realizados em pacientes em CP, entretanto, sugere-se que devido ao fato do diagnóstico de uma doença crônica trazer ao paciente sentimentos de ameaça à vida, incertezas e estresse, o papel dos familiares torna-se primordial pelo incentivo ao ajustamento psicológico, bem como pelo auxílio no manejo dos sintomas ocasionados pela doença⁽²¹⁾. Existem evidências de que maior disponibilidade de apoio social influencia positivamente os sistemas biológicos, o estado de saúde em geral e o bem-estar psicológico dos pacientes. Assim, a inclusão de outras pessoas no cuidado com vistas ao apoio para o controle dos efeitos adversos da doença podem beneficiar a adaptação e o ajuste do paciente à nova situação de saúde⁽²²⁾. Evidencia-se, portanto, que no âmbito da assistência é fundamental que os cuidadores e familiares sejam orientados quanto à importância de sua atuação para a garantia de apoio social ao paciente em CP, sendo esta orientação uma função da equipe de saúde da família, ainda que essa não se responsabilize diretamente pelos CP.

Constatou-se também neste estudo que maiores níveis de sintomas de depressão estão associados a menores níveis

de QV e apoio social. Corroborando os resultados encontrados em um estudo, cujo objetivo foi investigar se o humor depressivo exercia influência nas medidas de apoio social e QV em pacientes idosos, encontrou-se que aqueles que possuem melhores níveis de apoio social apresentam menor número de sintomas depressivos, e, portanto, considera-se que o apoio social seja um importante fator capaz de proteger ou predispor uma pessoa ao humor depressivo, afetando consequentemente a sua QV⁽⁹⁾. Resultados como este sugerem a importância de novas pesquisas acerca dos benefícios da avaliação psicossocial de pacientes em CP, de forma a garantir a ampliação dos cuidados e assim melhorar a QV destes⁽³⁾.

No que diz respeito à associação entre sintomas depressivos e pacientes do sexo feminino, estudo realizado com o objetivo de investigar a associação entre fatores genéticos e depressão apontou que as mulheres são em média duas vezes mais propensas em relação aos homens a terem episódio de depressão. Entretanto, apesar da existência de justificativas relacionadas aos aspectos genéticos, neuro-hormonais e psicobiológicos, acredita-se que, devido à ausência de dados relativos ao real número de pacientes acometidos por este diagnóstico clínico, tornam-se limitadas as investigações acerca das características desta enfermidade, o que ressalta a importância de novos estudos sobre tal prevalência nos dias atuais⁽²³⁾.

Sobre a relação entre maior nível de apoio social em pacientes do sexo masculino e em pacientes casados, um estudo, cujo objetivo foi mensurar o apoio social disponível aos doentes oncológicos, também identificou que os homens apresentaram maior percepção de apoio na maioria das dimensões⁽²⁴⁾. Ainda, é importante ressaltar que em se tratando de pacientes com situação conjugal estável, aqueles pertencentes ao sexo masculino são mais propensos a receberem cuidados e apoio por parte de suas esposas do que o contrário, ou seja, os homens podem se sentir mais amparados perante uma enfermidade crônica se comparados às mulheres⁽²⁴⁻²⁵⁾. De fato, neste estudo, 80,5% dos homens eram casados, e, portanto, mais propensos a receberem cuidados.

No que se refere aos resultados em que foram identificados maiores níveis de QV em participantes do sexo feminino, não foram encontrados estudos com resultados semelhantes. Entretanto, cabe dizer que, em um estudo cujo objetivo foi avaliar a QV de idosos de diferentes culturas, incluindo judeus e muçumanos, identificou-se que os homens tinham um perfil semelhante ao das mulheres na maioria das dimensões relativas à QV, com exceção apenas dos domínios de funcionamento físico e emocional, em que as mulheres apresentaram níveis inferiores⁽²⁶⁾. Apesar deste resultado ser divergente do encontrado no presente estudo, é importante levar em consideração que a percepção da QV

relacionada à saúde não sofre influência apenas dos sintomas clínicos, como dor e capacidade funcional, mas é influenciada por fatores sociodemográficos e aspectos culturais, incluindo a percepção dos conceitos de saúde, doença e velhice⁽²⁷⁾. Isso pode explicar a divergência dos resultados, evidenciando a necessidade de estudos que avaliem comparativamente a QV em diversas populações e culturas.

Em relação à associação entre maiores níveis de QV e pessoas com maior idade, em um estudo cujo objetivo foi avaliar a QV em 625 pacientes com Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS) encontrou-se maiores níveis de QV nos pacientes com idade superior a 47 anos. Esses resultados podem ser justificados, uma vez que pessoas mais velhas, devido à própria experiência de vida, são menos ansiosas no que tange aos eventos futuros, incluindo a morte e o morrer e, assim sofrem menor impacto da enfermidade crônica na sua intimidade e QV⁽²⁸⁾. Ainda, apesar deste estudo não ter sido realizado especificamente com pacientes em CP, sabe-se que a AIDS é uma doença elegível para CP e de significativa repercussão em adultos jovens⁽²⁾.

Quanto às limitações deste estudo, pode-se citar a dificuldade em encontrar instrumentos validados no Brasil voltados a pacientes que estejam em CP. A escala de QV utilizada, apesar de ser específica para CP, apresenta um enfoque para pacientes oncológicos. Assim, ressalta-se a importância de novos estudos metodológicos que visem à construção e à validação de novos instrumentos que não sejam específicos para pacientes oncológicos, incorporando assim o conceito amplo dos CP segundo a OMS.

CONCLUSÃO

Conclui-se por meio deste estudo que maiores níveis de apoio social estão relacionados a pacientes com melhor QV global e funcional. Por outro lado, menores níveis de QV devido à presença de sintomas físicos estão relacionados a piores níveis de apoio social, bem como uma pior QV global está relacionada a maiores níveis de sintomas de depressão. Ainda, conclui-se que maiores níveis de QV estão associados a pacientes do sexo feminino, a pessoas com maior idade, menor escolaridade e maior renda, bem como maiores níveis de apoio social ao sexo masculino, a pacientes que possuem algum cuidador e que são casados. Maiores níveis de sintomas de depressão estiveram associados às mulheres. Assim, acredita-se que o presente estudo contribuiu para traçar o perfil dos pacientes elegíveis para CP atendidos no âmbito da APS no que diz respeito aos aspectos psicossociais, para que a enfermagem atue de forma holística, considerando não apenas as necessidades físicas dos pacientes em CP, com vistas à maior resolubilidade da APS.

RESUMO

Objetivo: Analisar a relação entre apoio social, qualidade de vida e depressão em pacientes elegíveis para cuidados paliativos atendidos na Atenção Primária à Saúde de um município no interior de Minas Gerais, Brasil. **Método:** Estudo transversal correlacional, realizado com pacientes atendidos em seis unidades da atenção primária à saúde. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva, testes de diferenças entre médias e medianas e testes de correlação. O nível de significância adotado foi 0,05. **Resultados:** A amostra foi composta por 115 participantes, e identificou-se que quanto maior o apoio social, melhor é a qualidade de vida global ($p < 0,001$) e funcional ($p = 0,035$); quanto maior a presença de sintomas físicos, menor o nível de apoio social ($p = 0,012$) e maior o nível de depressão ($p < 0,001$);

quanto maiores os sintomas de depressão, pior é a qualidade de vida global ($p < 0,001$), funcional ($p < 0,001$) e menores os níveis de apoio social ($p < 0,001$). **Conclusão:** Os níveis de qualidade de vida, apoio social e depressão de pacientes elegíveis para cuidados paliativos são influenciados por fatores socioeconômicos, tais como estado conjugal, sexo, idade, renda, escolaridade e presença de cuidador.

DESCRITORES

Cuidados Paliativos; Qualidade de Vida; Apoio Social; Depressão; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem de Atenção Primária.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la relación entre apoyo social, calidad de vida y depresión en pacientes elegibles para cuidados paliativos atendidos en la Atención Primaria a la Salud de un municipio en el interior de Minas Gerais, Brasil. **Método:** Estudio transversal correlacional, realizado con pacientes atendidos en seis unidades de atención primaria a la salud. Los datos fueron sometidos al análisis estadístico descriptivo, pruebas de diferencias entre medias y medianas y pruebas de correlación. El nivel de significancia adoptado fue 0,05. **Resultados:** La muestra fue compuesta por 115 participantes, y se identificó que cuanto mayor el apoyo social, mejor es la calidad de vida global ($p < 0,001$) y funcional ($p = 0,035$); cuanto mayor sea la presencia de síntomas físicos, menor el nivel de apoyo social ($p = 0,012$) y mayor el nivel de depresión ($p < 0,001$); cuanto mayores los síntomas de depresión, peor es la calidad de vida global ($p < 0,001$), funcional ($p < 0,001$) y menores los niveles de apoyo social ($p < 0,001$). **Conclusión:** Los niveles de calidad de vida, apoyo social y depresión de pacientes elegibles para cuidados paliativos son influenciados por factores socioeconómicos, tales como estado conyugal, sexo, edad, renta, escolaridad y presencia de cuidador.

DESCRIPTORES

Cuidados Paliativos; Calidad de Vida; Apoyo Social; Depresión; Atención Primaria de Salud; Enfermería de Atención Primaria.

REFERÊNCIAS

- Oishi A, Murtagh FE. The challenges of uncertainty and interprofessional collaboration in palliative care for non-cancer patients in the community: a systematic review of views from patients, carers and health-care professionals. *Palliat Med.* 2014;28(9):1081-98.
- World Health Organization, Worldwide Palliative Care Alliance. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life [Internet]. Londres: WPCA; 2014 [cited 2016 Oct 22]. Available from: http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
- Ghosh A, Dzung E, Cheng MJ. Interaction of palliative care and primary care. *Clin Geriatr Med.* 2015;31(2):207-18.
- Kavalieratos D, Mitchell EM, Carey TS, Dev S, Biddle AK, Reeve BB, et al. "Not the 'grim reaper service'": an assessment of provider knowledge, attitudes, and perceptions regarding palliative care referral barriers in heart failure. *J Am Heart Assoc.* 2014; 3(1):e000544.
- Murray SA, Firth A, Schneider N, Eynenden BV, Gomez-Batiste X, Broggard T, et al. Promoting palliative care in the community: production of the primary palliative care toolkit by the European Association of Palliative Care Taskforce in primary palliative care. *Palliat Med.* 2015;29(2):101-11.
- Correia FR, Carlo MMRP. Evaluation of quality of life in a palliative care context: an integrative literature review. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2012;20(2):401-10.
- Rajmohan V, Kumar SK. Psychiatric morbidity, pain perception, and functional status of chronic pain patients in palliative care. *Indian J Palliat Care.* 2013;19(3):146-51.
- Kroenke CH, Michael Y, Tindle H, Gage E, Chlebowski R, Garcia L, et al. Social networks, social support and burden in relationships, and mortality after breast cancer diagnosis. *Breast Cancer Res Treat.* 2012;133(1):375-85.
- Wicke FS, Güthlin C, Mergenthal K, Gensichen J, Löffler C, Bickel H, et al. Depressive mood mediates the influence of social support on health-related quality of life in elderly, multimorbid patients. *BMC Fam Pract.* 2014;15:62.
- Azevedo C, Rates CMP, Pessalacia JDR, Mata LRF. Perspectives for palliative care in primary health care: a descriptive study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 22]; 15(4):683-93. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5370/html>
- Péus D, Newcomb N, Hofer S. Appraisal of the Karnofsky Performance Status and proposal of a simple algorithmic system for its evaluation. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2013;13:72.
- Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
- Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Designing clinical research.* 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
- Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette ZD, Prette AD. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicol Reflex Crít.* 2007;20(2):229-37.
- Nunes NAH. The quality of life of Brazilian patients in palliative care: validation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 15 PAL (EORTC QLQ-C15-PAL). *Support Care Cancer.* 2014; 22(6):1595-600.
- Groenvold M, Petersena MA, Aaronsonc NK, Arrasard JI, Blazebye JM, Bottomleyg A, et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *Eur J Cancer.* 2006;42(1):55-64.
- Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes CS. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(2):625-34.
- Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(4):598-605.

19. Dancey CP, Reidy J. Estatística sem matemática para psicologia. 5ª ed. Porto Alegre: Penso; 2013.
20. Cunha RV, Bastos GAN, Duca GF. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):346-54.
21. Araújo I, Jesus R, Araújo N, Ribeiro O. Percepção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência funcional. *Enferm Univ*. 2017;14(2):97-103.
22. Abreu-Rodrigues M, Seidl EMF. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2008;18(40):279-88.
23. Hodes GE, Walker DM, Labonté B, Nestler EJ, Russo SJ. Understanding the epigenetic basis of sex differences in depression. *J Neurosci Res*. 2017;95(1-2):692-702.
24. Trindade CRP, Hahn GV. Apoio Social ao doente oncológico com base na escala do Medical Outcomes Study. *Rev Enferm UFMS*. 2016;6(1):112-22.
25. Soulsby LK, Bennett KM. Marriage and psychological wellbeing: the role of social support. *Psychology*. 2015;6(11):1349.
26. Olmedo AMM, Ramírez RJ, Villaverde GC, Sánchez CMA, Aquilar FE, Ruiz VA. Health-related quality of life, gender, and culture of older people users of health services in the multicultural landscape of the city of Ceuta (Spain): a cross-sectional study. *J Transcult Nurs*. 2016;27(6):603-10.
27. Nipp RD, Greer JA, El-Jawahri A, Traeger L, Gallagher ER, Park ER, et al. Age and gender moderate the impact of early palliative care in metastatic non-small cell lung cancer. *Oncologist*. 2016;21(1):119-26.
28. Passos SMK, Souza LDM. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(4): 800-14.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.