

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

Grasiele Gallina Seeger

**APOIO SOCIAL NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E VARIÁVEIS INTERVENIENTES**

Santa Maria, RS,
2022

Grasiele Gallina Seeger

**APOIO SOCIAL NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E VARIÁVEIS INTERVENIENTES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Melissa Agostini Lampert

Santa Maria, RS
2022

Gallina Seeger, Grasiela
APOIO SOCIAL NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E VARIÁVEIS INTERVENIENTES / Grasiela
Gallina Seeger.- 2022.
54 f.; 30 cm

Orientadora: Melissa Agostini Lampert
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Educação Física e desportos, Programa de
Pós-Graduação em Gerontologia, RS, 2022

1. ENVELHECIMENTO 2. APOIO SOCIAL 3. HOSPITALIZAÇÃO
I. Agostini Lampert, Melissa II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

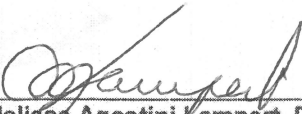
Declaro, GRASIELE GALLINA SEEGER, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Grasiele Gallina Seeger

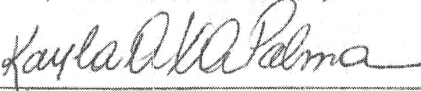
**APOIO SOCIAL NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E VARIÁVEIS INTERVENIENTES**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gerontologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito para obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

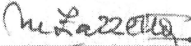
Aprovada em 04 de abril de 2022:



Melissa Agostini Lampert, Dr^a (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Kayla Araújo Ximenes Aguiar Palma, Dr^a (UFSM)
(por parecer)



Marisa Silvana Zazzetta, Dr^a (UFSCar)
(por parecer)

Santa Maria, RS
2022

À minha família, amigos e a todos os envolvidos de maneira direta ou indireta para que este trabalho se concretizasse.

AGRADECIMENTOS

Desejo exprimir os meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que este trabalho se concretizasse.

À minha orientadora, Dra. Melissa Agostini Lampert, com quem tive a oportunidade de conhecer a gerontologia. És inspiração na área do envelhecimento humano.

Aos colegas de curso, pelos momentos agradáveis, pelos embates científicos tão importantes na caminhada. A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) pelo carinho na condução do aprendizado científico.

À minha família, amigos e todos os envolvidos nesta pesquisa. Quero de uma forma imensa expressar o meu muito obrigado!

Agradeço aos demais colegas que fizeram parte desta jornada, em algum momento deste processo. Muito Obrigada Ariel Billig, Thamara Flores e Andressa Pedroso.

RESUMO

APOIO SOCIAL NA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E VARIÁVEIS INTERVENIENTES

AUTORA: Grasiela Gallina Seeger
ORIENTADORA: Melissa Agostini Lampert

Introdução: O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, que se manifesta de maneira célere, principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil. Com isso, há encurtamento da base e o alargamento do topo da pirâmide populacional - denominado transição demográfica. Atrelado a este processo, há aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis e uma maior chance de hospitalização, o que gera limitações e necessidade de apoio, principalmente no idoso. As relações sociais e o apoio social são indicadores de integração social, garantindo suporte em momentos de crise ou readaptação, contribuindo para a saúde do indivíduo. **Objetivo:** avaliar o apoio social de indivíduos hospitalizados, sua relação com as variáveis sociodemográficas e os desfechos hospitalares. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e longitudinal, onde avaliou-se o apoio social por meio da pergunta: "O paciente pode contar com alguém para ajudá-lo ou auxiliá-lo?", incluída no Instrumento de Identificação de Paciente Complexo em Internação Hospitalar. **Resultados:** Foram incluídos 1421 indivíduos, sendo identificado que 93,6% contavam com apoio social. Indivíduos idosos e em maior risco tiveram apoio social proporcional. Não houve associação significativa com mortalidade ou tempo de internação. Observou-se que instrumento avalia de forma sucinta o apoio social, necessitando considerar outras variáveis sociodemográficas para uma avaliação mais aprofundada. Mais estudos são necessários com vistas à identificação do apoio social, para que haja direcionamento de estratégias e intervenções capazes de ampliar o cuidado em saúde.

Palavras-Chave: Envelhecimento. Apoio social. Hospitalização.

ABSTRACT

SOCIAL SUPPORT IN HOSPITALIZATION: SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS AND INTERVENING VARIABLES

AUTHOR: Grasiela Gallina Seeger
ADVISOR: Melissa Agostini Lampert

Introduction: Population aging is a worldwide phenomenon, which manifests quickly, especially in developing countries such as Brazil. As a result, there is a shortening of the base and an enlargement of the top of the population pyramid - called demographic transition. Linked to this process, there is an increase in the occurrence of non-communicable chronic diseases and a greater chance of hospitalization, which creates limitations and the need for support, especially in the elderly. Social relationships and social support are indicators of social integration, ensuring support in times of crisis or readaptation, contributing to the individual's health. Objective: to evaluate the social support of hospitalized individuals, its relationship with sociodemographic variables and hospital outcomes. Methods: This is a quantitative, descriptive and longitudinal study, where social support was evaluated through the question: "Can the patient count on someone to help or assist him?", which is included in the Identification Instrument of Complex Patient in Hospitalization. Results: 1421 individuals were included, and it was identified that 93.6% had social support. Elderly and higher-risk individuals had proportional social support. There was no significant association with mortality or length of hospital stay. It was observed that the instrument succinctly assesses social support, therefore needing to consider other sociodemographic variables for a more specific assessment. More studies are needed with a view to identifying social support, so that strategies and interventions capable of expanding health care can be targeted.

Keywords: Aging. Social support. Hospitalization.

LISTA DE SIGLAS

ABVDs	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVDs	Atividades da Vida Diária
CAM	<i>Confusion Assessment Method</i>
CID	Código Internacional de Doenças
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
ICC	Índice de Comorbidades de Charlson
IPC	Identificação de Paciente Complexo
ISAR	<i>Identification of Seniors at Risk</i>
LSNS	<i>Lubben Social Network Scale</i>
MCAF	Modelo Calgary de Avaliação de Família
MOS	Escala de Apoio Social
NSSQ	<i>Norbeck Social Support Questionnaire</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PS-HUSM	Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSQ	<i>Social Support Questionnaire</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1	ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA	12
2.2	HOSPITALIZAÇÃO E CAPACIDADE FUNCIONAL	13
2.3	APOIO SOCIAL.....	17
2.4	APOIO SOCIAL DE ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS	19
3	OBJETIVOS	23
3.1	OBJETIVO GERAL.....	23
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
4	MATERIAIS E MÉTODOS	24
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	24
4.2	LOCAL DO ESTUDO	25
4.3	POPULAÇÃO	25
4.3.1	Critérios de Inclusão	26
4.3.2	Critérios de Exclusão	26
4.4	VARIÁVEIS DE INTERESSE	26
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	27
5	RESULTADOS – ARTIGO CIENTÍFICO	28
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
	REFERÊNCIAS	41
	APÊNDICE A – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	49
	ANEXO A – INSTRUMENTO IPC	50
	ANEXO B – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	51

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população tem sido descrito como um fenômeno mundial. Este acontecimento se manifesta de maneira célere, principalmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. O número crescente de idosos nas últimas décadas exerceu uma pressão passiva sobre a necessidade de diferentes estudos nesta área, dada as múltiplas facetas que envolvem o processo de envelhecimento (BRASIL, 2017).

Neste evento, observa-se que ocorreu o encurtamento da base e o alargamento do topo da pirâmide populacional; estas mudanças apresentam-se como um fenômeno chamado de transição demográfica (BRASIL, 2017). Os principais determinantes desse fenômeno são a redução da taxa de fecundidade, associada à forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida, bem como o avanço nas áreas da tecnologia e da medicina (TRAVASSOS; COELHO; ARENDS-KUENNING, 2020).

Estima-se que no ano de 2050, o número de brasileiros com mais de 60 anos saltará de 24 milhões para 66 milhões, constituindo um dos maiores desafios para a saúde pública brasileira (BRASIL, 2017).

Concomitantemente ao processo de transição demográfica da população, há um aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (DUARTE; BARRETO, 2012). Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que as DCNT foram responsáveis por 71% de um total de 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2016 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018a, 2018b).

No Brasil, as DCNT são igualmente relevantes, sendo responsáveis no mesmo ano por 74% do total de mortes, com destaque para doenças cardiovasculares (28%), as neoplasias (18%), as doenças respiratórias (6%) e o diabetes (5%) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018c).

A literatura indica que o envelhecimento é o processo orgânico de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos; as condições naturais do envelhecimento não costumam provocar qualquer problema. No entanto, em condições de sobrecarga como doenças, acidentes e estresse emocional, pode levar a uma condição patológica que requeira assistência (MOREIRA; JUSTI; MOREIRA, 2018).

Tal processo patológico é potencializado em idosos frágeis, o que aumenta o risco de desfechos clínicos adversos, como diversas afecções crônicas, incapacidades e hospitalização (FREIRE *et al.*, 2017). Internações hospitalares mais longas e/ou frequentes, em idosos, geram declínio funcional e mudança na qualidade de vida e tais consequências muitas vezes se tornam irreversíveis, o que se agrava em situação de fragilidade (ROSA *et al.*, 2018).

De modo geral, os idosos percebidos como frágeis são aqueles que apresentam riscos mais elevados para desfechos clínicos adversos, tais como: dependência, institucionalização, quedas, piora do quadro de doenças crônicas, doenças agudas, hospitalização, lenta ou ausente recuperação de um quadro clínico e morte (FRIED; WALSTON, 2003).

A capacidade funcional de um sujeito é obtida e aumentada durante a infância e adolescência, mas acaba por diminuir com o avanço dos anos, afetada por patologias, estilo de vida, ocorrência de acidentes e questões sociais. Nesta perspectiva é adequado analisar a capacidade do sujeito para além da idade, dado que as limitações adquiridas ao longo da vida podem surgir de modo imaturo ou tardio (MOREIRA *et al.*, 2020).

Estudiosos das áreas da geriatria e gerontologia convergem sobre a avaliação do sujeito a partir de uma análise do estilo de vida, seus determinantes sociais, raça, gênero e envelhecimento biológico. As chances de um sujeito chegar à velhice com saúde dependerão de recursos e oportunidades de caráter social e econômico dos quais os indivíduos dispõem ao longo de sua vida (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2020).

Um importante aspecto a ser avaliado em uma análise das condições gerais de vida e saúde dos sujeitos é as relações sociais e o tipo de suporte ou apoio social que dispõem no seu cotidiano. Um dos fatores que auxilia o enfrentamento da doença é a presença de uma rede social de apoio funcional (CAVINI; GASPAR, 2013). Entende-se por funcional uma rede social que seja estável, sensível, ativa e confiável (SLUZKI, 1997), na qual os membros da rede prestam apoio com o objetivo de influenciar positivamente a saúde do sujeito (RODRIGUES; FERREIRA, 2012).

Identifica-se o apoio social como um importante aliado na atenção à saúde. Segundo França *et al.* (2018), a identidade social da pessoa é mantida por seus contatos interpessoais que formam sua rede social.

A falta de rede social é preditora de mortalidade por diversas causas (HOBBS *et al.*, 2016). Pesquisas demonstram que a rede de apoio social pode contribuir na prevenção da institucionalização (BARKER, 2002; KRISTJANSSON; BREITHAUPT; McDOWELL, 2001; RODRIGUES; SILVA, 2013), no bem-estar (FAIRWEATHER-SCHMIDT, 2011; KENDIG; BROOKE, 1997; KUTEK; TURNBULL; PAZIN *et al.*, 2016) e na qualidade de vida (BARKER; MORROW; MITTENESS, 1998 apud GUEDES *et al.*, 2017; FERNANDEZ-MAYORALAS *et al.*, 2012). Na situação de enfermidade, a disponibilidade do apoio social aumenta a vontade de viver e a autoestima do paciente, o que contribui com o sucesso do tratamento (MINKLER, 1985).

Diante do expressivo aumento do número de pessoas com algum grau de dependência, verifica-se a necessidade de discutir acerca das abordagens multidimensionais em uma perspectiva do conceito de saúde sob uma ótica mais ampla. Tal argumento justifica a indispensabilidade de avaliar o apoio social desse grupo etário a fim de direcionar intervenções baseadas na tomada de decisão precoce e efetiva garantindo-lhes o cuidado seguro e integral (DANNEFER, 2020).

A relevância de realizar pesquisas nessa área decorre da necessidade de se compreender quem são os idosos no mundo atual, o grau de interação e a consistência de aportes prestados por terceiros, definindo assim, as relações sociais que possuem.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA

O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil e no mundo. Estima-se que por volta de 2050, o número de brasileiros com mais de 60 anos saltará de 24 milhões para 66 milhões, constituindo um dos maiores desafios para a saúde pública brasileira (BRASIL, 2017). As projeções populacionais identificam um crescimento exorbitante quanto à participação dos idosos de 60 anos de idade ou mais na população brasileira, que representavam 11,7% do total em 2015 e equivalerão a mais de 35%, em 2070 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

Segundo a OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014), para um indivíduo ser classificado como idoso, deve-se levar em consideração o suporte e desenvolvimento do seu país. Em países desenvolvidos, as pessoas são consideradas idosas a partir dos 65 anos; já nos países que se encontram em desenvolvimento, a partir dos 60 anos de idade (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016), como é o caso do Brasil.

Segundo Teixeira (2012), a transição demográfica consiste em complexas mudanças nos padrões saúde-doença e nas interações entre os mesmos, com influência de outros fatores consequentes e determinantes demográficos, econômicos e sociais. A forte redução da taxa de mortalidade infantil, combinada com as quedas nas taxas de fecundidade são fatores que contribuem para este acelerado processo. Outro fator importante para esse evento são as novas descobertas na ciência, com a elaboração de novas tecnologias da área da saúde, aumentando a expectativa de vida da população (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

A transição epidemiológica no Brasil foi avultada por questões sociais mínimas ainda não supridas, entre elas está a pobreza, precariedade em serviços públicos básicos que envolvam a saúde, educação e assistência, dificuldade no acesso à moradia e saneamento e preconceitos sociais que envolvam deficiência

física, raça, gênero e orientação sexual (TRAVASSOS; COELHO; ARENDS-KUENNING, 2020).

Neste contexto, o envelhecimento apresenta-se como um desafio vasto e complexo às sociedades, visto que este processo é multifacetado e apresenta diversas dimensões. Sendo assim, o processo de envelhecimento é compreendido a partir de fatores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, embora existam outros que o potencializam e cujo controle não está ao nosso alcance (MURTAGH, 2017; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015; OSWALD; WU, 2010; SERRAT *et al.*, 2017).

As alterações que constituem e influenciam o envelhecimento a nível biológico estão associadas à acumulação progressiva de uma variedade de danos celulares e moleculares que, ao passar dos anos, levam à perda gradual de reservas fisiológicas, aumento do risco para diversas doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo; em última instância, resultando no falecimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

As mudanças que estão atreladas ao envelhecimento são perpassadas por questões sociais, dada a visão de envelhecimento cultivada pela sociedade e as alterações da família com o idoso, sendo esta a principal fonte de cuidados. Saindo de um modelo que cultivava o cuidado à pessoa idosa como algo honroso, atualmente o indivíduo mais velho e as tarefas que vêm com o seu envelhecimento são interpretados como um fardo, diminuindo a sensação de acolhimento dessas pessoas. Parte destas mudanças está ligada às alterações estruturais, considerando a diminuição no número de membros nas famílias (TEIXEIRA, 2012; TRAVASSOS; COELHO; ARENDS-KUENNING, 2020) e este suporte de cuidado pode desencadear processos ou situações prejudiciais à saúde dos mesmos (CAMPOS *et al.*, 2016; MACNEIL-VROOMEN *et al.*, 2018).

Com a diminuição da responsabilização dos cuidados por parte da família, também se altera a relação com a doença por parte dos indivíduos, crescendo a demanda pela presença do Estado nas ações de cuidado, principalmente nos campos da saúde e assistência representadas, pelas instituições hospitalares e de longa permanência.

2.2 HOSPITALIZAÇÃO E CAPACIDADE FUNCIONAL

O envelhecimento é um processo multifatorial em que a relação de saúde-doença a este relacionado agrega, além de todos os agravos observáveis à saúde geral, maior exposição a fatores de risco, maior possibilidade temporal de desenvolvimento de doenças crônicas e o efeito de que a perda funcional progressiva dos sistemas orgânicos possa acarretar ao associarem-se a um processo patogênico quaisquer.

O declínio das funções fisiológicas é potencializado em idosos frágeis, característica que resulta em diversas afecções crônicas e incapacidades, aumentando o índice de hospitalizações (FREIRE *et al.*, 2017). Ser frágil é uma condição consequente de efeitos adversos, incapacidades, comorbidades e outros fatores, o que torna os indivíduos vulneráveis e mais susceptíveis às situações que alterem o biopsicossocial, consequentemente, a qualidade de vida (JESUS *et al.*, 2018).

Visto dessa maneira, o expressivo aumento deste grupo etário, atrelado ao aumento de DCNTs, implica em maior dispêndio de recursos e investimentos na assistência à saúde, dada sua maior dependência de cuidados nas atividades cotidianas (BIENERT *et al.*, 2012; MATHEW *et al.*, 2016).

O principal cuidado relacionado à hospitalização é o repouso prolongado, caracterizado por manter o paciente restrito ao leito, diminuindo a sua mobilidade, consequentemente também reduzindo a sua musculatura.

Apesar dos avanços científicos, os efeitos do repouso prolongado ainda estão sendo desmistificados, porém já é consenso que a população idosa acaba por ficar exposta a piores desfechos. Mesmo em um período de permanência hospitalar não muito longo, já é visível o impacto sobre a capacidade funcional, podendo afetar diretamente a independência do idoso (BILLETT *et al.*, 2019). Para Ribeiro *et al.* (2018) o idoso frágil tende a ser mais negativo quanto à sua própria percepção de saúde, o que se associa ao aumento da dependência de cuidados em função do declínio da funcionalidade.

As altas taxas de hospitalizações e a tendência a internações mais frequentes e prolongadas sublinham a importância do monitoramento visando a melhoria da qualidade do cuidado hospitalar prestado à população idosa (CORDEIRO; MARTINS, 2018).

O conceito de saúde compreende, dentre outros fatores, a capacidade de exercer as atividades de vida diária (AVDs) com autonomia e independência e não apenas a ausência de doenças (VERAS; COUTINHO; COELI, 2020).

Ao ser discutida a capacidade funcional do idoso, é importante salientar a diferença entre dois aspectos: a autonomia e a independência. A primeira se debruça sobre a capacidade do sujeito em tomar sozinho suas decisões, escolhendo o que considera melhor para si. Já a independência se refere à capacidade do sujeito em realizar atividades, sem necessitar do auxílio de outras pessoas (CAMPOS *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2019).

Um dos grandes eventos adversos da hospitalização de idosos é o declínio funcional, afetando diretamente sua capacidade de realizar ações cotidianas, podendo culminar em dano à independência, autonomia e aumento das chances de piores desfechos de saúde. Diversos estudos se debruçam sobre a avaliação da capacidade funcional dos idosos antes, durante e depois da internação. Os resultados indicam que, apesar dos idosos serem internados já com algum grau de limitação funcional, o nível de perda cresce durante a internação e fica ainda maior após a alta (TAVARES; NUNES; GRÁCIO, 2021; VAN-VLIET; HUISMAN; DEEG, 2017).

Nesse sentido, o tempo de permanência hospitalar está diretamente ligado à perda de força muscular, se tornando maior o risco com internações superiores a oito dias, também ocasionando maior risco de infecção hospitalar. Por demonstrarem menores níveis de reserva funcional, sujeitos mais idosos acabam por sofrer mais com as perdas musculares, assim como maior dificuldade na retomada da força, com um atraso na recuperação quando equiparados a adultos (VAN-VLIET; HUISMAN; DEEG, 2017).

O retorno aos níveis anteriores de funcionalidade não ocorre em muitos casos, se caracterizando como uma perda irreversível. Após a alta hospitalar, a demora em retornar aos níveis anteriores está diretamente ligada ao maior risco de incapacidade e mortalidade (HELVIK; SELBEK; ENGEDAL, 2013; ZASLAVSKY; ZISBERG; SHADMI, 2015).

Além disso, o repouso prolongado afeta diretamente os membros inferiores, fundamentais para a realização da mobilidade de forma satisfatória e segura. Com menor mobilidade, maior a dependência do sujeito para a realização de AVDs e há maior chance de reinternação e maior risco de quedas. A repetição deste evento

prejudicial tem sido tema de diversos debates no campo científico e na prática diária das equipes envolvidas no cuidado intra-hospitalar. Na maioria dos casos, o sujeito que recebe alta hospitalar ainda está em fase de recuperação dos efeitos da primeira internação. A situação tende a se agravar de acordo com as comorbidades apresentadas pelo paciente, podendo levar a diversas reinternações, sendo que em muitas situações o sujeito e a família não são orientados de forma ampla, ignorando-se patologias prévias que não foram a causa de internação (CAWTHON *et al.*, 2009; TAVARES; NUNES; GRÁCIO, 2021; ZISBERG *et al.*, 2015).

A independência do idoso está diretamente ligada à sua capacidade na realização de tarefas, mas para melhor avaliação estas foram separadas em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). A primeira se direciona a atividades mais básicas, compreendendo ações como alimentar-se, vestir-se, usar o banheiro, cuidados com a higiene pessoal, tomar banho, deambulação e transferência (CAMPOS *et al.*, 2016).

Já as AIVDs se voltam para atividades mais complexas e que demandam maiores habilidades motoras e cognitivas, sendo estas habilidades adquiridas antes da vida adulta. São elas: controle das próprias finanças, realizar as próprias compras, utilização dos meios de transporte, cozinhar, usar o telefone, uso dos medicamentos conforme a orientação médica, tarefas do lar e manutenção da limpeza (CAMPOS *et al.*, 2016).

Para avaliação destes aspectos, os índices de Katz, Lawton e suas respectivas versões adaptadas vêm sendo amplamente utilizados. Estes instrumentos são de fácil aplicação e têm forte confiabilidade, dado que são baseados na própria avaliação do indivíduo (CAMPOS *et al.*, 2016).

Avaliar o indivíduo a partir de suas capacidades e desenvoltura diante de determinadas tarefas é uma mudança de paradigma, dado que o atual saber técnico-científico na área da saúde vem se baseando na patologia. Este novo modelo pauta como tarefa principal a manutenção da independência, diminuindo as limitações ocasionadas pelas doenças existentes (DUARTE; BARRETO, 2012).

Outro aspecto encontrado nessa mudança é a diminuição do impacto que a idade cronológica causa sobre a avaliação de cuidados indicada para o paciente, ou seja, se observa que o risco de um pior desfecho do quadro não está ligado necessariamente à idade da pessoa, mas à fragilidade apresentada por este sujeito. Observar o momento da avaliação como um resultante de todo um processo anterior

que vem ocorrendo ao longo da vida indica maior amplitude na tomada de decisão, possibilitando uma conduta mais adequada às demandas reais do sujeito, englobando demandas ecossistêmicas, comunitárias e pessoais (CAMPOS *et al.*, 2016; MACNEIL-VROOMEN *et al.*, 2018).

Observa-se que o processo de envelhecimento pode levar a alterações fisiológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas e outros agravos à saúde. Diante disso, os indivíduos passam a demandar maiores cuidados, imprescindíveis para conservação e recuperação da saúde e do bem-estar. Em contrapartida, a ausência ou insuficiência desses cuidados poderia prejudicar a adaptação do sujeito às mudanças em sua realidade causadas pela situação de doença.

2.3 APOIO SOCIAL

Ao longo do tempo, diferentes pesquisadores desenvolveram estudos sobre o efeito das relações sociais sobre a saúde das pessoas, relacionando-as a melhores preditores de saúde nos indivíduos e melhor adaptação social, protegendo contra os efeitos negativos do estresse e diminuindo a morbidade e a mortalidade (COBB, 1976; DANTAS *et al.*, 2012; GRIEP *et al.*, 2005; SHERBOURNE; STEWART, 1991).

Estudos epidemiológicos identificaram associação entre o apoio social e a ocorrência de diversos desfechos relacionados à saúde. A forte e consistente associação inversa entre maior apoio social e menor mortalidade geral foi um dos primeiros efeitos identificados sobre a saúde (KAPLAN *et al.*, 1988).

Na literatura, não há consenso sobre a definição clara dos termos “apoio social” ou “suporte social”, sendo empregados de forma alternativa uns aos outros, havendo também divergência sobre a percepção subjetiva de apoio recebido. Esta discordância traz efeitos negativos para a quantificação e aplicação do conceito em pesquisas, prejudicando a investigação sobre o tema (GONÇALVES *et al.*, 2011).

Destaca-se que o termo “apoio social” apresenta conotação conceitual multidimensional, mais relacionado com os recursos materiais e psicológicos que as pessoas têm acesso nas suas redes sociais (RIBEIRO *et al.*, 2012). Este é compreendido como parte importante da atenção integral à saúde, sendo definido como a integração do suporte emocional, financeiro, instrumental e social que pessoas ou instituições possam oferecer, sendo adotado na presente pesquisa

(GONÇALVES, 2011; MARQUES *et al.*, 2013; MELCHIORRE *et al.*, 2013; NERI, 2013).

O apoio social se refere à disposição de recursos por parte de indivíduos, com intuito de ajudar a outros que necessitam (BORGES *et al.*, 2016). Ao considerar o processo de envelhecimento e a velhice como uma fase da vida humana sujeita a mudanças e adaptações, entende-se que o apoio social é essencial, principalmente nas situações em que há um comprometimento da saúde, diante do aparecimento de uma patologia.

A doença crônica pode afetar negativamente o bem-estar, ao passo que o apoio social prediz melhor saúde e bem-estar (GALLANT 2003; KRUGER *et al.*, 2007). Um estudo realizado em pacientes com uma única condição crônica mostrou que o apoio social percebido (percepção subjetiva de apoio recebido ou disponível quando necessário) consiste em um indicador forte de saúde e bem-estar (HELGESON, 2003).

Assim, a avaliação do apoio social, além de indicar o quão integrado socialmente o idoso está, também identifica o grau com que as relações interpessoais correspondem a determinadas funções e lhe oferecem suporte em momentos de crise ou readaptação (ZANINI; PEIXOTO; NAKANO, 2018).

Disponer de pessoas que ofereçam variadas modalidades de apoio em situações de necessidade pode ser de fundamental importância para a pessoa que vivencia uma situação de fragilidade física e/ou psíquica. No que concerne à saúde, caracteriza-se como recurso capaz de proteger o indivíduo contra o estresse, além de potencializar o enfrentamento de situações adversas do cotidiano, resultando em efeitos emocionais e comportamentais positivos (WOO *et al.*, 2005).

Os laços sociais teriam influência na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações de estresse (GRIEP *et al.*, 2005). A interação social pode ter como efeito na saúde dos indivíduos tanto desfechos positivos, quanto negativos, dependendo da forma como são vivenciadas as relações sociais (RAMOS, 2002).

O apoio social é apenas uma das muitas facetas que devem ser consideradas nesta nova perspectiva da atenção à saúde e não mais somente da atenção à doença. Ao considerar a velhice e o processo de envelhecimento como uma fase da vida humana sujeita a mudanças e adaptações, entende-se que o apoio social é essencial, principalmente nas situações em que há um comprometimento da saúde,

diante do aparecimento de uma patologia (SOUZA *et al.*, 2017). Estudos descobriram que indivíduos socialmente isolados, particularmente idosos vulneráveis, enfrentam mais desafios para autogerir suas condições crônicas (CHODOSH *et al.*, 2005).

Diversos estudos mostraram o papel do apoio social sobre morbidade e mortalidade e demonstram menor taxa de óbito para idosos com maior grau de apoio social (HO, 1991; OLSEN, 1993; SEEMAN *et al.*, 1993).

Pesquisas apontam a importância da rede e apoio social nos desfechos de saúde (CHOR *et al.*, 2001), sendo este de grande relevância por apresentar-se como um dos determinantes de saúde relacionados ao envelhecimento. O tipo de apoio social disponível no cotidiano dos idosos é um importante aspecto a ser avaliado numa análise das condições gerais de vida e saúde, de maneira a considerar o idoso na sua integralidade. Para tanto, faz-se necessária à aplicação de um instrumento que identifique e avalie as relações de apoio, permitindo-nos reconhecer elementos preditores de riscos.

2.4 APOIO SOCIAL DE ADULTOS E IDOSOS HOSPITALIZADOS

Observa-se a hospitalização como um divisor de águas na vida de pessoas idosas, acarretando no aumento de limitações e necessidade de apoio. Apesar de ser a população com maior risco, o aumento da demanda de cuidados não ocorre somente em idosos, podendo levar pacientes adultos a terem algum tipo de dependência no momento da alta (MACNEIL-VROOMEN *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2017).

No Brasil, os hospitais estão no centro do cuidado e consomem em torno de 70% dos recursos destinados ao Sistema de Saúde, a despeito da alta demanda por cuidados de longa duração para as doenças crônicas. De acordo com uma pesquisa realizada por Oliveira *et al.* (2021), idosos representaram 65,7% da amostra total de internações, além de serem responsáveis pelo maior custo de internação.

Diversos são os fatores de risco que acarretam em hospitalização, porém com o agravamento de doenças e aumento da idade, aspectos sociais começam a se tornar mais frequentes.

Ao analisar a estrutura da rede de apoio social de um sujeito, a periodicidade de seus encontros, as relações entre si, o número de pessoas com as quais pode

contar em casos de necessidade, despontam como aspectos cruciais para a saúde mental, determinando o enfrentamento às situações adversas que ocorrem ao longo da vida (BARBOSA *et al.*, 2020).

O uso de instrumentos para quantificar o apoio social do sujeito tem aumentado vertiginosamente, porém ainda com arestas. Ao realizar um recorte para a população hospitalizada, poucos são os instrumentos que se adequam a esta população.

Vários modelos utilizam o risco de internação hospitalar como desfecho na construção de instrumentos de rastreio de sujeitos portadores de risco aumentado de eventos adversos de saúde. Uma vez identificados, os indivíduos podem ser avaliados de forma multidimensional, com o objetivo de estabelecer diagnósticos abrangentes e planejar as intervenções adequadas (MACEDO *et al.*, 2018).

O apoio social foi considerado uma variável descritiva do estudo, sendo avaliado pela seguinte pergunta: “O paciente pode contar com alguém para ajudá-lo ou auxiliá-lo?”. Desta forma, é avaliada a visão subjetiva do sujeito sobre apoio social. É importante salientar que a melhor forma de avaliar a percepção de saúde de qualquer sujeito é perguntando diretamente a ele, imprimindo confiança ao avaliar apoio social perguntando diretamente ao paciente (MARTINS *et al.*, 2020).

Conforme descrito na literatura, há disponíveis diferentes instrumentos de rastreio que auxiliam na compreensão da importância do apoio social. Um importante instrumento refere-se à Escala de Apoio Social (MOS), a qual visa avaliar em que medida a pessoa conta com o apoio de outras para enfrentar situações estressantes. Embora desenvolvida para aplicação em pacientes crônicos, seu uso se estendeu a diferentes populações devido a sua fácil aplicação. Este instrumento possui boa qualidade psicométrica demonstrada em diferentes estudos com populações e contextos diversos (GÓMEZ-CAMPELO *et al.*, 2014; PAIS-RIBEIRO; PONTE, 2009).

A MOS avalia o apoio social através de cinco dimensões: apoio material, afetivo, emocional, informacional e interação social, com um total de dezenove itens (SHERBOURNE; STEWART, 1991). Este instrumento foi utilizado inicialmente em uma pesquisa nos Estados Unidos da América, sendo traduzido para o português e adaptado em um estudo Pró-Saúde (CHOR *et al.*, 2001). A partir da frequência em que o idoso dispõe de cada dimensão, ocorre a mensuração do apoio social.

Outro instrumento bastante utilizado e validado para o português trata-se do *Social Support Questionnaire - SSQ* (SARANSON *et al.*, 1983). Este instrumento tem por objetivo identificar o número de pessoas que constituem o apoio social percebido pelo participante e a satisfação do mesmo em relação a este suporte. É composto por 27 perguntas, sendo que cada questão solicita uma resposta em duas partes. Na primeira parte, deve ser indicado o número de fontes de suporte social percebido (SSQ-N), podendo o respondente listar até nove possibilidades (além da opção nenhum); na segunda parte, o respondente deve informar sobre sua satisfação com esse suporte (SSQ-S), fazendo uma opção em uma escala de 6 pontos (que varia de muito satisfeito a muito insatisfeito).

Tem-se ainda o Apgar de Família ou *Family Apgar* (SMILKSTEIN, 1970 apud DOMINGUES *et al.*, 2012), instrumento traduzido e adaptado para o Brasil, aplicado em idosos independentes, dependentes e seus cuidadores. Trata-se de um instrumento composto por cinco questões, cada qual relacionada aos componentes de funcionalidade familiar: adaptação (recursos familiares oferecidos quando se faz necessária uma assistência), companheirismo (reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas), desenvolvimento (liberdade, disponibilidade da família para mudanças de papéis e para alcance de maturidade ou desenvolvimento emocional), afetividade (intimidade e às interações emocionais num contexto familiar) e capacidade resolutiva (decisão, determinação ou resolutividade existentes em uma unidade familiar). A escala de respostas varia entre 0, que corresponde ao “nunca” a 4, “sempre”. A somatória dos valores obtidos representa o escore que sugere a qualidade da funcionalidade familiar.

Como parte integrante deste arsenal de instrumentos, tem-se o Modelo Calgary de Avaliação de Família (MCAF), proposto e implantado por pesquisadoras da Universidade de Calgary, no Canadá. O MCAF avalia a família através de entrevista semiestruturada, utilizando-se instrumentos como: o genograma (desenho da família) e o ecomapa (desenho das relações das famílias e grupos externos) (SOUZA *et al.*, 2017).

A aplicação desse modelo permite realizar a análise familiar, levando em consideração os principais aspectos de sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento, com a finalidade de ajudar a entender a importância do cuidado em família, propiciando uma articulação mais eficiente aos serviços de saúde, tendo em

vista que a doença não pode ser considerada um caso isolado de determinados membros (SANTOS *et al.*, 2015).

Outros instrumentos citados na literatura, porém não validados para o Brasil, buscam avaliar o apoio social de maneiras distintas. O *Norbeck Social Support Questionnaire* - NSSQ (NORBECK, 1980 apud DOMINGUES *et al.*, 2012) é um questionário que pode ser preenchido pelo próprio participante e tem como objetivo avaliar múltiplas dimensões do apoio social: o tamanho da rede de suporte social, a estabilidade (duração de relacionamentos), a acessibilidade (frequência de contato) e as mudanças no comboio ou de suporte do sistema devido às perdas dos relacionamentos, abrangendo três propriedades funcionais: afeto, afirmação e ajuda.

Outro instrumento disponível na literatura trata-se do *Lubben Social Network Scale* - LSNS (LUBBEN, 1988). Este tem por objetivo medir a rede social da população idosa de acordo com os seguintes domínios: relações familiares (tamanho da rede familiar ativa, tamanho da rede familiar íntima e frequência de contatos com a família); relacionamento com os amigos (tamanho da rede de amigos/quantidade de amigos próximos e frequência de contatos com os mesmos), outras relações independentes (relacionados à confiança e ajuda, como ter um confidente e reciprocidade se necessitar de ajuda).

A Escala de García Gonzáles *et al.* (1999), por sua vez, avalia a condição sociofamiliar dos idosos por meio dos seguintes domínios: situação familiar, situação econômica, habitação, relações sociais e apoio da rede social.

O uso de instrumentos de rastreio nos mais diversos ambientes proporciona maior qualidade ao traçar um raciocínio clínico no tratamento do paciente. É fundamental que esta avaliação seja a mais ampla possível, abordando aspectos sociais subjetivos, como a percepção de apoio social de um sujeito hospitalizado, porém esta demanda se limita a escassez de produções voltadas a esse recorte (MACEDO *et al.*, 2018).

Diante do expressivo aumento de idosos hospitalizados, a avaliação do apoio social é relevante no intuito de direcionar intervenções baseadas na tomada de decisão precoce e efetiva, garantindo a este grupo etário um cuidado seguro e integral, o que justifica o presente estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar a percepção de apoio social em indivíduos hospitalizados, possíveis variáveis intervenientes e desfechos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar o perfil sociodemográfico da população do estudo;
- Identificar a associação entre percepção de apoio social e as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil;
- Avaliar a associação entre apoio social e o risco de eventos adversos na hospitalização, tempo de permanência e *delirium*;
- Identificar se há relação entre o apoio social, mortalidade e chance de sobrevida.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e longitudinal, constituído por uma coorte prospectiva, com dados provenientes de um recorte do projeto intitulado “Validade Preditiva de Instrumento de Identificação de Paciente Complexo (IPC) em Internação Hospitalar”. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), com registro sob CAAE: 48212915.50000.5346 (ANEXO A).

Os dados utilizados são oriundos de um banco de dados desenvolvido com o objetivo de caracterizar o perfil de internações no Pronto Socorro, dando subsídios para a implantação de políticas institucionais de acolhimento mais condizentes com sua realidade.

As variáveis foram coletadas a partir da aplicação de um instrumento de IPC (ANEXO B). Este é um instrumento de avaliação de risco de desfechos durante a internação, tais como tempo prolongado de internação e maiores chances de óbito, utilizado na admissão hospitalar. O preenchimento do instrumento foi realizado por um membro da equipe assistente no período de 24 até 48hs da admissão hospitalar no Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria-RS (PS-HUSM), para todos os pacientes adultos que foram admitidos nesse setor (LAMPERT *et al.*, 2020).

O IPC é composto por dados sociodemográficos e pelos instrumentos *Identification of Seniors at Risk* (ISAR) (JIN-LAN *et al.*, 2015), Índice de Comorbidades de Charlson (ICC) (CHARLSON *et al.*, 1994), *Confusion Assessment Method* (CAM) (SHI *et al.*, 2013), enquanto a presença de apoio social, identificada pela questão “O paciente pode contar com alguém para ajudá-lo ou auxiliá-lo?”, foi contemplada nas variáveis descritivas utilizadas no instrumento. A sinalização do paciente como complexo ocorre quando qualquer um desses instrumentos identificar risco.

O ISAR é composto por seis perguntas que avaliam a capacidade funcional do paciente antes e depois do aparecimento da comorbidade; hospitalizações nos seis meses anteriores à internação, memória, autopercepção de acuidade visual e polifarmácia, referido como o uso de mais de três medicamentos diariamente. Cada

resposta positiva às questões soma 1 ponto e caso haja um resultado de 3 pontos ou mais há a sinalização de risco (JIN-LAN *et al.*, 2015).

O ICC constitui-se na identificação de 17 comorbidades divididas em 19 situações clínicas, cada uma com diferentes pontuações, entre 1 a 3, cujo somatório sinaliza chance de sobrevida em um ano, sendo considerada a sinalização de risco com 6 pontos ou mais (CHARLSON *et al.*, 1994).

O CAM identifica a presença de *delirium* e é composto por 5 atributos: início agudo; curso flutuante; desatenção; pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência e sinaliza risco com a presença dos 3 primeiros e a presença do quarto ou quinto atributo (SHI *et al.*, 2013). As variáveis analisadas no estudo são idade, sexo, motivo de internação, estado civil, se mora com alguém, presença de *delirium* (CAM positivo) e impacto de comorbidades (indicado pelo ICC), obtidos através do IPC. Como desfechos tem-se a ocorrência de óbito durante a internação e o tempo de permanência indicado em dias, fornecidos pelo setor de estatística do próprio hospital.

Foram incluídos todos os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que foram avaliados pelo IPC na admissão hospitalar no HUSM no período de julho a dezembro de 2019. Para o critério de exclusão foram considerados todos aqueles que não foram avaliados pelo instrumento IPC em até 48 horas após admissão hospitalar.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O local do estudo corresponde ao HUSM que é academicamente filiado à UFSM. Caracteriza-se como uma instituição de ensino e assistência à saúde de nível primário, secundário e terciário; referência para a região centro do estado do Rio Grande do Sul e de atendimento 100% voltado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Observa-se anualmente um grande número de internações. De acordo com dados do setor de estatística do HUSM referente ao ano de 2018, foram referidas 12.978 internações gerais, sendo 6.672 de pacientes adultos e 3.576 de idosos (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, 2019).

4.3 POPULAÇÃO

Foram analisados os dados de todos os pacientes com idade superior ou igual a 60 anos, de ambos os sexos, independente da causa de internação no PS-HUSM no período entre de julho e dezembro de 2019 e foram avaliados pelo instrumento IPC em até 48 horas após admissão.

4.3.1 Critérios de Inclusão

- Ter 18 anos ou mais no ato da admissão no serviço de emergência;
- A data de internação ser no período de julho a dezembro de 2019;
- Ser avaliado pelo instrumento IPC.

4.3.2 Critérios de Exclusão

- Idade inferior a 18 anos;
- Não apresentar condições para responder o questionário e estar desacompanhado no momento da abordagem do entrevistador;
- Não ter sido avaliado pelo instrumento IPC em até 48 horas após admissão hospitalar.

4.4 VARIÁVEIS DE INTERESSE

As variáveis analisadas no estudo são idade, sexo, motivo de internação, estado civil, se mora com alguém, presença de *delirium* (CAM positivo), impacto de comorbidades (indicado pelo ICC), presença de apoio social, obtido através do IPC. Como desfechos tem-se a ocorrência de óbito durante a internação e o tempo de permanência indicado em dias, fornecidos pelo setor de estatística do próprio hospital.

Com relação ao motivo de internação, as patologias, indicadas pelo Código Internacional de Doenças (CID), foram agrupadas da seguinte maneira: doenças infecciosas e parasitárias (A00 – B99), Neoplasias (C00 – D48), transtornos mentais e comportamentais (F00 – F99), doenças do aparelho circulatório (I00 – I99), doenças do aparelho respiratório (J00 – J99), doenças do aparelho digestivo (K00 – K93), doenças do aparelho geniturinário (N00 – N99), gravidez, parto e puerpério

(O00 – O99), fraturas e lesões (S00 – T98), outras causas externas (V01 – Y98) e demais causas (demais códigos).

Os dados foram organizados em banco de dados no Excel gerado automaticamente a partir da aplicação do IPC, a este banco foram acrescentados os dados referentes à observação dos desfechos. A análise estatística foi realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 21*.

A análise descritiva dos dados foi feita com apresentação de média e desvio padrão, após a verificação da curva de normalidade dos mesmos. A associação através da análise univariada, através do teste do qui-quadrado e teste exato de Fisher, a correlação entre as variáveis através da Análise multivariada de regressão logística – método *backard wald*, valores significativos foram aceitos quando p valor for $\leq 0,05$.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foram observados os aspectos éticos conforme a Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Pesquisa, que define as normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humano, sob registro do CAAE 48212915.50000.5346 A coleta de dados foi realizada pela equipe assistente como parte da rotina de assistência prestada, sem coleta de amostras específicas para a realização deste estudo e a coleta dos desfechos a partir de dados fornecidos pelo setor de estatística do hospital. Sendo assim, o presente estudo não envolve nenhuma intervenção ou contato direto com os pacientes.

Os dados coletados serão analisados e publicados de forma anônima. O pesquisador assume termo de confidencialidade com relação aos dados da pesquisa (APÊNDICE A). Não é necessário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pois a aplicação do instrumento ocorre independentemente da pesquisa, por se tratar de parte da assistência prestada rotineiramente.

5 RESULTADOS – ARTIGO CIENTÍFICO

Os resultados estão descritos sob a forma de manuscrito científico, submetido à Revista *Research, Society and Development*.

Apoio social na internação hospitalar: fatores sociodemográficos e variáveis intervenientes.

Social support in hospitalization: sociodemographic factors and intervening variables.

Apoyo social durante la hospitalización: factores sociodemográficos y variables intervenientes.

Tipo de artigo: Artigo original

Grasiele Gallina Seeger; Thamara Graziela Flores; Ariel Eduardo Billig; Andressa Bressan Pedroso; Melissa Agostini Lampert

Resumo

A hospitalização interfere a longo prazo na saúde do indivíduo, gerando limitações e necessidade de apoio, principalmente no idoso. As relações sociais e o apoio social que os indivíduos dispõem no seu cotidiano são indicadores de integração social e garantem suporte em momentos de crise ou readaptação, com efeitos positivos na sua saúde. O objetivo deste estudo foi avaliar o apoio social de indivíduos hospitalizados, sua relação com demais variáveis sociodemográficas e com os desfechos hospitalares. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e longitudinal. O apoio social foi avaliado por meio da pergunta: “O paciente pode contar com alguém para ajudá-lo ou auxiliá-lo?”. Foram incluídos indivíduos adultos e idosos avaliados pelo Instrumento de Identificação de Paciente Complexo em Internação Hospitalar. A amostra incluiu 1421 indivíduos, sendo identificado que 93,6% contavam com apoio social segundo a variável analisada. Observou-se que indivíduos idosos e em maior risco tiveram apoio social proporcional, no entanto, não houve associação significativa com mortalidade ou tempo de internação. O instrumento avalia de forma sucinta o apoio social, necessitando considerar outras variáveis sociodemográficas para uma avaliação mais aprofundada. Mais estudos são necessários com vistas à identificação do apoio social, para que haja direcionamento de estratégias e intervenções capazes de ampliar o cuidado em saúde.

Palavras-chave: Envelhecimento; Apoio social; Hospitalização.

Abstract

Hospitalization interferes in the individual's health in the long term, generating limitations and need for support, especially in the elderly. Social relationships and social support available to individuals in their daily lives are indicators of social integration and ensure support in times of crisis or readaptation, with positive effects on their health. The objective of this study was to evaluate the social support of hospitalized individuals, its relationship with other sociodemographic variables and with hospital outcomes. This is a quantitative, descriptive, longitudinal study. Social support was assessed through the question: “Can the patient count on someone to help

or assist him or her?”. Adult and elderly individuals assessed by the Hospital Inpatient Complex Patient Identification Instrument were included. The sample included 1421 individuals, being identified that 93.6% had social support according to the analyzed variable. It was observed that elderly individuals and those at higher risk had proportional social support; however, there was no significant association with mortality or length of stay. The instrument succinctly assesses social support, and it is necessary to consider other sociodemographic variables for a more in-depth evaluation. Further studies are needed in order to identify social support, so that strategies can be directed to interventions capable of expanding health care.

Keywords: Aging; Social support; Hospitalization.

Resumen

La hospitalización interfiere en la salud del individuo a largo plazo, generando limitaciones y la necesidad de apoyo, especialmente en las personas mayores. Las relaciones sociales y el apoyo social de que disponen los individuos en su vida cotidiana son indicadores de integración social y garantizan el apoyo en momentos de crisis o readaptación, con efectos positivos en su salud. El objetivo de este estudio fue evaluar el apoyo social de las personas hospitalizadas, su relación con otras variables sociodemográficas y con los resultados hospitalarios. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo y longitudinal. El apoyo social se evaluó mediante la pregunta: "¿Puede el paciente contar con alguien que le ayude o asista? Se incluyeron individuos adultos y ancianos evaluados por el Instrumento para la Identificación de Pacientes Complejos en el Ingreso Hospitalario. La muestra incluyó 1421 individuos, identificándose que el 93,6% tenía apoyo social según la variable analizada. Se observó que los individuos de edad avanzada y los de mayor riesgo tenían un apoyo social proporcional; sin embargo, no hubo una asociación significativa con la mortalidad o la duración de la estancia. El instrumento evalúa sucintamente el apoyo social, lo que requiere la consideración de otras variables sociodemográficas para una evaluación más profunda. Es necesario realizar más estudios con el fin de identificar el apoyo social para poder dirigir las estrategias e intervenciones para ampliar la atención sanitaria.

Palabras clave: Envejecimiento; Apoyo social; Hospitalización.

1. Introdução

O envelhecimento humano se caracteriza como um processo que nos cerca desde o nascimento, com mudanças em estruturas que declinam com o avançar da idade. Ocorre redução progressiva das reservas fisiológicas, da capacidade individual, aumento do risco de doenças, assim como mudanças importantes nas relações sociais. Com o adoecimento, o idoso pode precisar de suporte para suprir necessidades básicas (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2015).

A hospitalização é considerada um divisor de águas na vida de indivíduos idosos, gerando maiores limitações e necessidade de apoio. Apesar de ser a população com maior risco, o aumento da demanda de cuidados não ocorre somente em idosos, podendo levar pacientes adultos a terem algum tipo de dependência no momento da alta (MacNeil-Vroomen et al., 2018; Souza et al., 2017).

Um importante aspecto a ser avaliado em uma análise das condições gerais de vida e saúde são as relações sociais e o tipo de suporte ou apoio social que dispõem no seu cotidiano. Um dos fatores que auxilia o enfrentamento da doença é a presença de uma rede social de apoio funcional (Cavini & Gaspar, 2013). O apoio

social indica o quão integrado socialmente o idoso está, também identifica a forma como as relações interpessoais correspondem a determinadas funções e lhe oferecem suporte em momentos de crise ou readaptação (Zanini et al., 2018), com o objetivo de influenciar positivamente a saúde do indivíduo (Rodrigues & Ferreira, 2012).

A falta de rede social é preditora de mortalidade por diversas causas (Hobbs et al., 2016). Pesquisas demonstram que a rede de apoio social pode contribuir na prevenção da institucionalização (Barker, 2002; Kristjansson et al., 2001; Rodrigues & Silva, 2013), no bem-estar (Kendig & Brooke, 1997; Kutek et al., 2011; Pazin et al., 2016) e na qualidade de vida (Barker et al., 1998 citado por Guedes et al., 2017; Fernandez-Mayoralas et al., 2012).

Diante do expressivo aumento de indivíduos hospitalizados, principalmente de idosos, verifica-se a necessidade de discutir acerca das abordagens multidimensionais em uma perspectiva do conceito de saúde, sob uma ótica mais ampla. Tal argumento justifica a indispensabilidade de avaliar o apoio social desse grupo etário a fim de direcionar intervenções baseadas na tomada de decisão precoce e efetiva garantindo-lhes o cuidado seguro e integral. Desta forma, o objetivo deste estudo compreendeu identificar a presença de apoio social em indivíduos hospitalizados, possíveis variáveis intervenientes e desfechos.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e longitudinal, constituído por uma coorte prospectiva, com dados provenientes de um recorte do projeto intitulado “Validade Preditiva de Instrumento de Identificação de Paciente Complexo em Internação Hospitalar (IPC)” sob número de aprovação do comitê de ética (CAAE) 48212915.50000.5346.

Os dados utilizados foram oriundos de um banco de dados desenvolvido com o objetivo de caracterizar o perfil de internações no Pronto-Socorro (PS), dando subsídios para a implantação de políticas institucionais de acolhimento mais condizentes com sua realidade.

O IPC é um instrumento de avaliação de risco, composto pelo *Identification of Seniors at Risk* (ISAR) (Yao et al., 2015), Índice de Comorbidades de Charlson (ICC) (Charlson et al., 1994), *Confusion Assessment Method* (CAM) (Shi et al., 2013), enquanto a presença de apoio social (identificada pela questão “O paciente pode contar com alguém para ajudá-lo ou auxiliá-lo?”) foi contemplada nas variáveis descritivas do estudo. A sinalização do paciente como complexo ocorre quando qualquer um desses instrumentos identificar risco. O preenchimento do instrumento foi realizado por um membro da equipe assistente no período de 24hs até 48hs da admissão hospitalar no Pronto-Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria- RS (PS-HUSM), para todos os pacientes adultos que foram admitidos nesse setor.

O ISAR é composto por seis perguntas que avaliam a capacidade funcional do paciente antes e depois do aparecimento da comorbidade, hospitalizações nos seis meses anteriores à internação, memória, autopercepção de acuidade visual e polifarmácia, referido como o uso de mais de três medicamentos diariamente. Cada resposta positiva às questões soma 1 ponto e caso haja um resultado de 3 pontos ou mais há a sinalização de risco (Yao et al., 2015).

O ICC constitui-se na identificação de 17 comorbidades divididas em 19 situações clínicas, cada uma com diferentes pontuações, entre 1 a 3, cujo somatório sinaliza chance de sobrevida em um ano, sendo considerada a sinalização de risco com 6 pontos ou mais (Charlson et al., 1994).

O CAM identifica a presença de delirium e é composto por 5 atributos: início agudo; curso flutuante; desatenção; pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência e sinaliza risco com a presença dos 3 primeiros e a presença do quarto ou quinto atributo (Shi et al., 2013). As variáveis analisadas no estudo são idade, sexo, motivo de internação, estado civil, se mora com alguém, presença de delirium (CAM positivo) e impacto de comorbidades (indicado pelo ICC), obtidos através do IPC. Como desfechos a ocorrência de óbito durante a internação e o tempo de permanência indicado em dias, fornecidos pelo setor de estatística do próprio hospital.

Com relação ao motivo de internação, as patologias, indicadas pelo Código Internacional de Doenças (CID), foram agrupadas da seguinte maneira: doenças infecciosas e parasitárias (A00 – B99), Neoplasias (C00 – D48), transtornos mentais e comportamentais (F00 – F99), doenças do aparelho circulatório (I00 – I99), doenças do aparelho respiratório (J00 – J99), doenças do aparelho digestivo (K00 – K93), doenças do aparelho geniturinário (N00 – N99), gravidez, parto e puerpério (O00 – O99), fraturas e lesões (S00 – T98), outras causas externas (V01 – Y98) e demais causas (demais códigos).

Foram incluídos todos os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, que foram avaliados pelo IPC na admissão hospitalar no HUSM no período de julho a dezembro de 2019. Para o critério de exclusão foram considerados todos aqueles que não foram avaliados pelo instrumento IPC em até 48 horas após admissão hospitalar.

O local do estudo corresponde ao HUSM que é academicamente filiado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Caracteriza-se como uma instituição de ensino e assistência à saúde de nível primário, secundário e terciário; referência para a região centro do estado do RS e de atendimento 100% voltado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Observa-se anualmente um grande número de internações. De acordo com dados do setor de estatística do HUSM referente ao ano de 2018, foram referidas 12.978 internações gerais, sendo 6.672 de pacientes adultos e 3.576 de idosos (Hospital Universitário de Santa Maria [HUSM], 2019).

Os dados foram organizados em banco de dados no Excel gerado automaticamente a partir da aplicação do IPC, a este banco foram acrescentados os dados referentes à observação dos desfechos.

A análise estatística foi realizada através do programa *SPSS-Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 21*. A análise descritiva dos dados foi feita com apresentação de média e desvio padrão, após a verificação da curva de normalidade dos mesmos. A associação através da análise univariada, através do teste do qui-quadrado e teste exato de Fisher; a correlação entre as variáveis através da Análise multivariada de regressão logística – método Backard Wald. Valores significativos serão aceitos quando p valor for $\leq 0,05$.

3. Resultados

A amostra foi constituída por 1421 indivíduos, destes 93,6% (n=1330) relatam que podem contar com alguém, indicando presença de apoio social. O motivo de busca ao PS mais relevante foi as doenças do aparelho circulatório (n=319, 30,23%), a maioria da amostra é casada (651, 50,34%) e do sexo masculino (807, 53,90%), como apresentado na tabela 1.

Tabela 1 – Descrição do perfil da amostra

Características	N	%
Sexo		
Masculino	807	53,90

Feminino	614	46,10
Idade		
Média (\pm DP)	57,59(15,27)	
Mediana	57	
Mínimo – máximo	18 – 97	
Estado Civil		
Casado	651	50,34
Solteiro	446	14,77
Viúvo	191	24,62
Divorciado/Separado	101	8,48
Outro	32	1,78
Motivo de Internação		
Doenças do aparelho circulatório	319	30,23
Demais Causas	220	13,95
Doenças do aparelho digestivo	199	10,53
Fraturas e Lesões	170	9,58
Neoplasias	156	8,02
Doenças do aparelho Respiratório	107	4,24
Outras Causas Externas	94	3,42
Doenças Infecciosas e Parasitárias	77	6,43
Doenças do aparelho Geniturinário	68	13
Transtornos Mentais e Comportamentais	3	0
Tempo de Permanência (em dias)		
Média (\pm DP)	4,3 (6,1)	
Mediana	2	
Mínimo – máximo	0 – 58	
Óbito		
Sim	119	16,27
Não	612	83,72
ICC		
98% de chance de sobrevida	7	0,96
89% de chance de sobrevida	317	43,36
79% de chance de sobrevida	229	31,32
64% de chance de sobrevida	178	24,35
Total	1421	100

Fonte: autores, 2022.

Os resultados relacionados à presença de apoio social estão indicados na tabela 2. Os resultados apontam, em um nível de significância de 5%, não haver associação entre sexo ($p = 0,067$), diagnóstico de delirium ($p = 0,155$), óbito ($p = 0,0114$) e o ICC ($p = 0,053$) com o apoio social. A tabela 2 também indica, em um nível de confiança de 5%, haver associação entre a presença de apoio social e estado civil, idade e ISAR, onde $p < 0,001$.

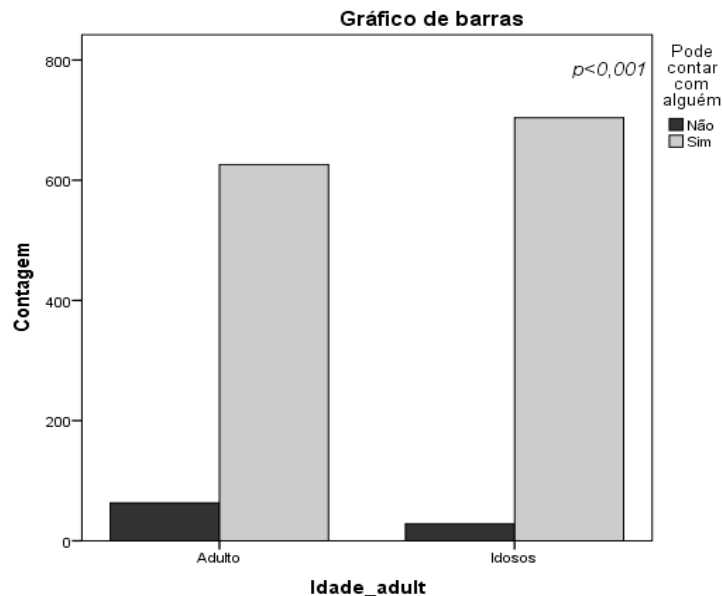
Tabela 2 – Estatística descritiva das variáveis categóricas relacionadas à presença de apoio social

Características	Pode contar com alguém		p-valor ($\alpha = 0,05$)
	Sim (%)	Não (%)	
Sexo			(0,067)
Masculino	746(52,49)	60 (4,22)	
Feminino	584(41,09)	31(2,18)	
Estado Civil			($p < 0,001$)
Casado	623(43,84)	28(1,97)	
Solteiro	401(28,21)	45(3,16)	
Viúvo	185(13,01)	6(0,42)	
Divorciado/Separado	92(6,47)	9(0,63)	
Outro	29(2,04)	3(0,21)	

Idade			(p<0,001)
Adulto	629(44,26)	63(4,43)	
Idoso	704(49,54)	28(1,97)	
Tempo de Permanência			(0,108)
Até 7 dias	789(55,52)	64(4,50)	
8-14 dias	248(17,45)	12(0,84)	
15-21 dias	149(10,48)	6(0,42)	
Mais de 21 dias	144(10,13)	9(0,63)	
Delirium			(0,155)
Positivo	134(9,42)	5(0,35)	
Negativo	1196(84,16)	86(6,05)	
ISAR			(p<0,001)
Baixo Risco	704(49,54)	67(4,71)	
Alto Risco	626(44,05)	24(1,68)	
Óbito			(0,114)
Sim	161(11,33)	6(0,42)	
Não	1169(82,26)	85(5,98)	
ICC			(0,053)
98% de chance de sobrevivida	719(50,59)	57(4,01)	
89% de chance de sobrevivida	314(22,09)	11(0,77)	
79% de chance de sobrevivida	200(14,07)	13(0,91)	
64% de chance de sobrevivida	97(6,82)	10(0,70)	
Total	1421	100	

Fonte: autores, 2022.

Gráfico 1 - Comparação entre adultos e idosos e presença de apoio social

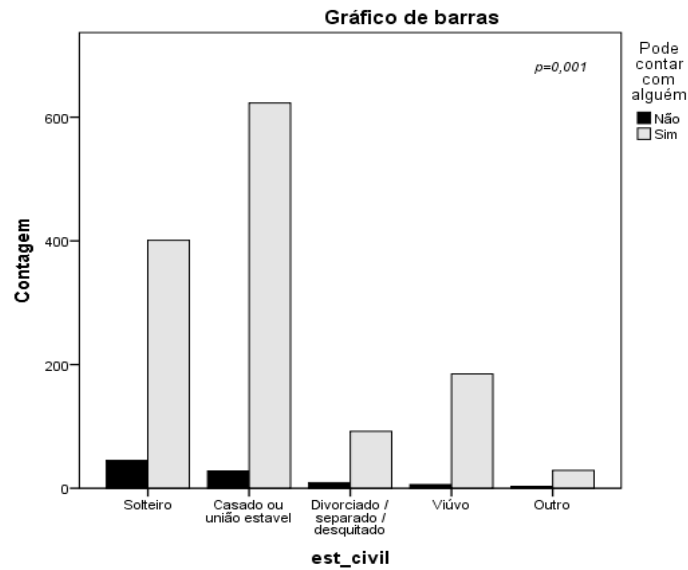


Fonte: autores, 2022.

Legenda: Comparação entre a frequência de adultos e idosos e presença de apoio social

O estado civil teve associação com o apoio social ($p < 0,001$), a maior frequência entre os estados civis que podem contar com alguém foram casados ($n=693$) e solteiros ($n=401$), outras distribuições são observadas no gráfico 2. No entanto, se considerada a proporção de indivíduos que não podiam contar com alguém, a presença de apoio social foi pior nos solteiros (10% não têm com quem contar) do que nos separados (8,9%), casados (4,3%) e viúvos (3%).

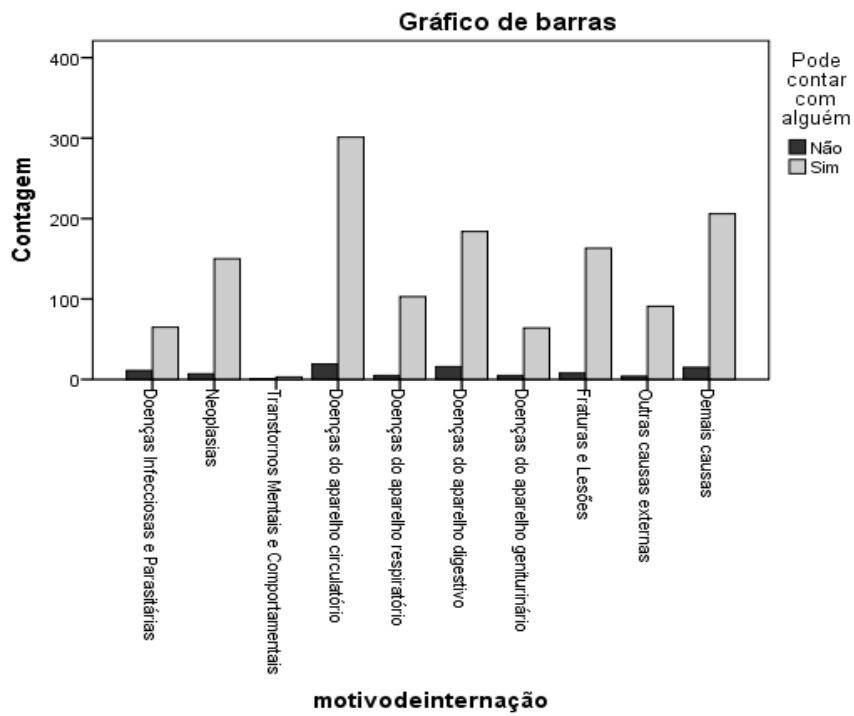
Gráfico 2 - Comparação entre estado civil e presença de apoio social



Fonte: autores, 2022.

Legenda: Distribuição entre as frequências de estado civil e presença de apoio social

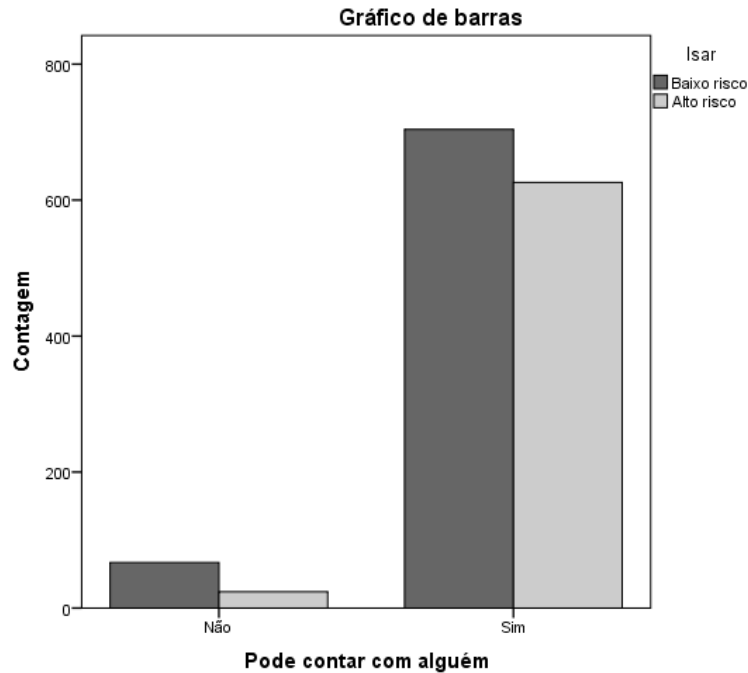
Gráfico 3 - Comparação entre as patologias de admissão e a presença de apoio social



Fonte: autores, 2022.

Legenda: Frequências entre as patologias de admissão e presença de apoio social

Gráfico 4 - Comparação entre as categorias baixo e alto risco pelo ISAR e presença de apoio social



Fonte: autores, 2022.

Legenda: Frequência entre baixo e alto risco pelo Isar e presença de apoio social

Em relação aos desfechos óbito e tempo de internação, não foram observadas associações pelo teste de qui-quadrado (óbito, $p = 0,114$; tempo de internação, $p = 0,184$). Quanto às médias no tempo de internação, não se observou diferença entre os grupos idosos ou adultos ($0,116$, teste t Student).

4. Discussão

A presente pesquisa indica predominância de indivíduos que podem contar com alguém ($n = 1330$, 93,6%), o que indica presença de apoio social. Em um estudo realizado com pacientes americanas em tratamento de uma doença crônica (neoplasia de mama) verificou-se a associação entre apoio social e eventos de estresse. O resultado obtido demonstrou que 79-94% relataram alto apoio social em todas as dimensões. Esse apoio foi considerado como fator positivo para estas pacientes, já que se observava melhor controle sobre o nível de estresse causado pela doença, além de que sabiam que poderiam obter ajuda, aconselhamento e encorajamento para o tratamento (Kornblith et al., 2001). Desta forma, destaca-se a importância do apoio social para o enfrentamento da doença.

As patologias de admissão mais prevalentes foram: doenças do aparelho circulatório (30,23%) e digestivo (10,53%). Tais dados estão de acordo com outros estudos brasileiros, nos quais as doenças cardiovasculares foram a principal causa de internação. Em Castro et al. (2013), observou-se em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório (13,80%), seguido pelo grupo das afecções do aparelho digestivo, geniturinário, neoplasias e doenças do aparelho respiratório. Em Teixeira et al. (2017), identificou-se que as

principais causas de hospitalização foram, em ordem decrescente: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, lesões por envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas e doenças do aparelho digestivo.

Na amostra estudada, o apoio social não influenciou a sobrevida em 1 ano e a mortalidade. Estes resultados foram divergentes em relação a recentes estudos, que corroboram que a falta de apoio social é preditora de mortalidade por diversas causas (Hobbs et al., 2016; Gontijo et al., 2019; Zunzunegui et al., 2004). Segundo Cobb (1976) e Cassel (1974) a ruptura de laços sociais aumenta a suscetibilidade a doenças (Chor et al., 2001).

Em meta-análise realizada com 148 estudos (Holt-Lunstad et al., 2010), com amostra de 308.849 participantes, encontrou-se aumento de 50% na sobrevida de indivíduos que tinham relações sociais mais fortes. Os resultados variaram de acordo com o tipo de aferição realizada, sendo que estudos que avaliaram as relações sociais de forma multidimensional obtiveram uma relação mais forte com maior sobrevida.

Estudo brasileiro, realizado em Bagé (RS), entrevistou 1593 idosos da comunidade, avaliando variáveis binárias relacionadas à vida social, como situação conjugal, número de residentes na casa, cuidado pessoal entre idoso e família, visitas familiares, etc. Demonstrou-se que atividades de relações sociais como sair de casa e ir a festas reduziram a mortalidade em 39 e 17%, respectivamente (Soares et al., 2021). Tais fatores também estariam relacionados à funcionalidade do idoso. Nesse sentido, observamos no nosso estudo que indivíduos com maior perda de funcionalidade (alto risco segundo ISAR), tiveram maior percepção de apoio social. Isso sugere que, nesta amostra, indivíduos com maior risco tiveram apoio social de forma proporcional.

A amostra se caracterizou por maior prevalência de apoio social de indivíduos do sexo masculino (52,49%), algo comum em pesquisas no meio hospitalar, dada a cultura que desencoraja o homem a cuidar de sua saúde (Ohl et al., 2019; Oliveira et al., 2021). Não sendo observado também à associação entre sexo e presença de apoio social ($p = 0,067$).

O estado civil teve relação significativa com apoio social. Observou-se maior percepção de suporte social em indivíduos casados do que em solteiros, separados e viúvos, corroborando com outros estudos nesta temática (Sayilan & Dogan, 2020). Tal fator interferiu no tempo de internação e nas decisões tomadas na alta hospitalar no estudo de Konda et al. (2020), ressaltando a importância de uma abordagem precoce das metas e expectativas para alta hospitalar com a rede de apoio mais próxima dos indivíduos solteiros e viúvos.

Ao realizar um recorte no setor de emergência, um estudo realizado em Nova York, aponta-se que a presença de pessoas próximas neste local causa uma piora ao paciente, ou seja, a presença de alguém causa mais efeitos negativos do que positivos. Estes aspectos corroboram com os nossos achados, onde não há relação entre poder contar com alguém com delirium e óbito (Cornelius et al., 2019).

Quanto ao tempo de internação, não se observou diferença entre o tempo de internação de idosos ou adultos (0,116, test t Student). No entanto, conforme Toniolo et al. (2007), o tempo médio de permanência de idosos no hospital costuma ser superior ao dos pacientes jovens, e os idosos apresentam também maior suscetibilidade a agravos nosocomiais e iatrogenias.

Como limitação deste estudo observou-se que o apoio social foi avaliado de maneira sucinta, por meio de uma pergunta geral, não contemplando dimensões importantes descritas em outros instrumentos citados na literatura, que apresentaram avaliação multidimensional do apoio/suporte social. Por este motivo, consideramos que o apoio social pode ter sido superestimado.

Contudo, considerando o contexto em que os questionários foram realizados (setor de emergência), destaca-se a facilidade e rapidez para identificação de indivíduos que não têm apoio social, indicando aqueles que se beneficiariam de uma avaliação social mais aprofundada e considerando mais variáveis relacionadas ao suporte social. Para tanto, seria necessária a utilização de escalas completas que avaliam as diferentes dimensões do apoio social ou também, a associação entre presença de apoio social com outros fatores sociodemográficos indicadores de apoio social, dentre os quais a situação econômica, a escolaridade, situação laboral, entre outros.

Ressalta-se que o Serviço Social dentro do contexto hospitalar contribui de maneira positiva na avaliação do apoio social. A avaliação do contexto que envolve o processo de saúde-doença de maneira singular é extremamente relevante na perspectiva de respostas e/ou estratégias de intervenções profissionais adequadas. A leitura crítica da realidade social realizada por este profissional, contribui para uma avaliação mais fidedigna do componente sócio-familiar. Dessa forma, a intervenção deste profissional neste contexto se dá a partir da articulação entre a dimensão do apoio social e cuidado em saúde, fator protetivo na qualidade e bem-estar dos sujeitos.

5. Conclusão

Neste estudo, observamos que a maioria dos indivíduos afirmou poder contar com alguém, indicando presença de apoio social. Aqueles com maior risco e mais velhos apresentaram apoio social de forma proporcional, no entanto, não encontramos associação do apoio social com a mortalidade e tempo de internação, o que diverge dos resultados encontrados na literatura. A situação marital também esteve relacionada à presença de apoio social.

O instrumento utilizado avaliou de forma sucinta a presença de apoio social, no entanto, consideramos que outras variáveis sociodemográficas devem ser consideradas para uma avaliação mais aprofundada. Desta forma, o estudo não se propõe a esgotar a reflexão teórica acerca desta temática. Espera-se que este estudo contribua para a construção futura de um modelo de avaliação mais eficiente e adaptado ao contexto em investigação.

Nesse sentido, a ampliação de estudos relacionados ao tema de investigação é primordial para as instituições de saúde, visto que a partir da identificação e avaliação do apoio social, busca-se direcionar estratégias preventivas e intervenções adequadas. Para tal, ressalta-se a importância do profissional do Serviço Social na avaliação e articulação entre o apoio social e o cuidado em saúde, contribuindo para a integralidade do cuidado.

Referências

- Barker, J. C. (2002). Neighbors, friends, and other nonkin caregivers of community-living dependent elders. *Journal of Gerontology*, 57(3), S158-167.
- Cassel, J. (1974). An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology, *American Journal of Public Health*, 64(11), 1040-1043.
- Castro, V. C., Borghi, A. C., Mariano, P. P., Fernandes, C. A. M., Mathias, T. A. F., & Carreira, F. (2013). Perfil de internações hospitalares de idosos no âmbito do sistema único de saúde. *Revista Rene*, 14(4), 791-800.
- Cavini, J. M. T. G., & Gaspar, K. C. (2013). Dilemas emocionais dos familiares de pacientes com câncer. In V. A. Angerami-Camon, & K. C. Gaspar (Org.), *Psicologia e câncer* (pp. 223-243). Casa do Psicólogo.
- Charlson, M., Sztrowski, T., Peterson, J., & Gold, J. (1994). Validation of a combined comorbidity index. *Journal of Clinical Epidemiology*, 47(11), 1245-1251.
- Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S., & Faerstein, C. (2001). Medidas de rede e apoio social. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(4), 887-896.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cornelius, T., Derby, L., Dong, M., & Edmondson, D. (2019). The impact of support provided by close others in the emergency department on threat perceptions. *Psychology & Health*, 35(4), 482-499. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2019.1643023>.
- Fernandez-Mayoralas, G., Giraldez-Garcia, C., Forjaz, M. J., Rojo-Perez, F., Martinez-Martin, P., Prieto-Flores, M. E., & Spanish Research Group on Quality of Life and Aging (2012). Design, measures and sample characteristics of the CadeViMa-Spain survey on quality of life in community-dwelling older adults. *International Psychogeriatrics*, 24(3), 425-438.
- Guedes, M. B. O. G., Lima, K. C., Caldas, C. P., & Veras, R. P. (2017). Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis*, 27(4), 1185-1204.
- Gontijo, C. F., Firmo, J. O. A., Lima-Costa, M. F., & Loyola Filho, A. I. (2019). Um estudo longitudinal da associação do capital social e mortalidade entre idosos brasileiros residentes em comunidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(2), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00056418>.
- Hobbs, W. R., Burke, M., Christakis, N. A., & Fowler, J. H. (2016). Online social integration is associated with reduced mortality risk. *PNAS*, 113(46), 1-5.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *Plos Medicine*, 7(7), 1-20. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>.
- Hospital Universitário de Santa Maria. (2019). *Relatório de fechamento SIE-HUSM 2018*. HUSM.
- Kendig, H., & Brooke, L. (1997). Australian research on ageing and social support. *Australasian Journal on Ageing*, 16(3), 127-130.
- Konda, S. R., Gonzalez, L. J., Johnson, J. R., Friedlander, S., & Egol, K. A. (2020). Marriage status predicts hospital outcomes following orthopedic trauma. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 11, 1-5. <http://dx.doi.org/10.1177/2151459319898648>.
- Kornblith, A. B., Herndon, J. E., 2nd, Zuckerman, E., Viscoli, C. M., Horwitz, R. I., Cooper, M. R., Harris, L., Tkaczuk, K. H., Perry, M. C., Budman, D., Norton, L. C., Holland, J., & Cancer and Leukemia Group B (2001). Social support as a buffer to the psychological impact of stressful life events in women with breast cancer. *Cancer*, 91(2), 443-454.
- Kristjansson, B., Breithaupt, K., & McDowell, I. (2001). Development and validation of an indicator of support for community-residing older Canadians. *International Psychogeriatrics*, 13(1), 125-135.
- Kutek, S. M., Turnbull, D., & Fairweather-Schmidt, A. K. (2011). Rural men's subjective well-being and the role of social support and sense of community: Evidence for the potential benefit of enhancing informal networks. *The Australian Journal of Rural Health*, 19(1), 20-26.
- MacNeil-Vroomen, J. L., Han, L., Monin, J. K., Lipska, K. J., & Allore, H. G. (2018). Diabetes, heart disease, and dementia: National estimates of functional disability trajectories. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(4), 766-772. <https://doi.org/10.1111/jgs.15284>
- Ohl, I. C. B., Chavaglia, S. R. R., Ohl, R. I. B., Lopes, M. C. B. T., Campanharo, C. R. V., Okuno, M. F. P., & Batista, R. E. A. (2019). Evaluation of delirium in aged patients assisted at emergency hospital service. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 153-160.
- Oliveira, T. L., Santos, C. M., Miranda, L. P., Nery, M. L. F., & Caldeira, A. P. (2021). Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(10), 4541-4552. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10862021>.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *World report on aging and health*. OMS.
- Pazin, J., Duarte, M. F. S., Borgatto, A. F., Peres, M. A., & Poeta, L. S. (2016). Atividade física no lazer, deslocamento, apoio social e percepção do ambiente urbano em homens e mulheres de Florianópolis/SC. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 30(3), 743-755.
- Rodrigues, J. S. M., & Ferreira, N. M. L. A. (2012). Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 781-787.
- Rodrigues, A. G., & Silva A. A. (2013). A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(1), 159-170.
- Sayilan, A. A., & Dogan M. D. (2020). Illness perception, perceived social support and quality of life in patients with diagnosis of cancer. *European Journal of Cancer Care*, 00, e13252. <https://doi.org/10.1111/ecc.13252>
- Shi, O., Warren, L., Saposnik, G., & MacDermid, J. C. (2013). Confusion assessment method: a systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy. *Neuro Psychiatric Disease Treatment*. 9(1), 1359-1370.
- Soares, M. U., Facchini, L. A., Nedel, F. B., Wachs, L. S., Kessler, M., & Thumé, E (2021). Social relationships and survival in the older adult cohort. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3395. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3844.3395>.
- Souza, D. S., Berlese, D. B., Cunha, G. L., Cabral, S. M., & Santos, G. A. (2017). Analysis of the relationship of social support and fragility in elderly syndrome. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(2), 420-433. <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180211>.
- Teixeira, J. J. M., Bastos, G. C. F. C., & Souza, A. C. L. (2017). Perfil de internação de idosos. *Revista de Sociedade Brasileira Clínica Médica*, 15(1), 15-20.

Toniolo, J. N., Pintarelli, V. L., & Yamatto, T. H. (2007). *À beira do leito*. Editora Manole.

Yao, J. L., Fang, J., Lou, Q. Q., & Anderson, R. M. (2015). A systematic review of the identification of seniors at risk (ISAR) tool for the prediction of adverse outcome in elderly patients seen in the emergency department. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8(4), 4778–4786.

Zanini, D. S., Peixoto, E. M., & Nakano, T. C. (2018). Escala de Apoio Social (MOS-SSS): Proposta de normatização com referência nos itens. *Revista Temas em Psicologia*, 26(1), 387-399. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2018.1-15p>

Zunzunegui, M. V., Koné, A., Johri, M., Béland, F., Wolfson, C., & Bergman, H. (2004). Social networks and self-rated health in two French-speaking Canadian community dwelling populations over 65. *Social Science & Medicine*, 58(10), 2069–2081.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo sobre a presença de apoio social em indivíduos hospitalizados visam contribuir na tomada de decisões, estratégias e intervenções profissionais adequadas acerca do envelhecimento seguro e de qualidade.

Observou-se que a maioria dos indivíduos afirmou poder contar com alguém, indicando presença de apoio social. Aqueles com maior risco e mais velhos apresentaram apoio social de forma proporcional, no entanto, não encontramos associação do apoio social com a mortalidade e tempo de internação, o que diverge dos resultados encontrados na literatura. A situação marital também esteve relacionada à presença de apoio social.

O instrumento utilizado avaliou de forma sucinta a presença de apoio social, no entanto, consideramos que outras variáveis sociodemográficas devem ser consideradas para uma avaliação mais aprofundada. Espera-se que este estudo contribua para a construção futura de um modelo de avaliação mais eficiente e adaptado ao contexto em investigação.

Na área da gerontologia, a temática estudada está diretamente atrelada à promoção e manutenção da saúde do idoso frente ao processo de envelhecimento, uma vez que a presença de apoio social pode minimizar os efeitos negativos decorrentes dos declínios funcionais e alterações que o processo patológico desencadeia.

Nesse sentido, estimula-se a ampliação de estudos relacionados a este tema, sobretudo, ressalta-se a importância do profissional do Serviço Social na avaliação e articulação entre o apoio social e o cuidado em saúde, contribuindo para a integralidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, G. C. *et al.* A relação entre fatores biopsicossociais e os desfechos clínicos de hospitalização, institucionalização e mortalidade segundo o paradigma de desenvolvimento Lifespan. **Brazilian Journal Of Development**, v. 6, n. 11, p. 85823-85846, 2020. DOI:10.341117/bjdv6n11-124.
- BARKER, J. C. Neighbors, friends, and other nonkin caregivers of community-living dependent elders. **Journal of Gerontology**, v. 57, n. 3, p. S158-167, 2002.
- BIENERT, I. R. *et al.* Desfechos intra-hospitalares e preditores de mortalidade no infarto agudo do miocárdio com choque cardiogênico tratados por angioplastia primária: dados do registro InCor. **Revista Brasileira de Cardiologia Invasiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 41-45, 2012.
- BILLETT, M. C. *et al.* Functional capacity and quality of life of hospitalized octogenarians. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p. 43-48, 2019. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0781.
- BORGES, D. C. S. *et al.* A rede e apoio social do transplantado renal. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 4, p. 1-7, 2016. DOI: 10.1590/1983-1447.2016.04.59519
- BRASIL. Câmara dos Deputados, Centro de Estudos e Debates Estratégicos. **Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece**. Brasília: Edições Câmara, 2017. 293 p. (Série estudos estratégico; n. 8, PDF).
- CAMPOS, A. C. V. *et al.* Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 545-59, 2016.
- CAVINI, J. M. T. G.; GASPAR, K. C. Dilemas emocionais dos familiares de pacientes com câncer. *In*: ANGERAMI-CAMON, V. A.; GASPAR, K. C. (Org.). **Psicologia e câncer**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013. p. 223-243.
- CAWTHON, P. M. *et al.* Do muscle mass, muscle density, strength, and physical function similarly influence risk of hospitalization in older adults? **Journal of American Geriatrics Society**, v. 57, n. 8, p. 1411-1419, 2009.
- CHARLSON, M. *et al.* Validation of a combined comorbidity index. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 47, n. 11, p. 1245–1251, 1994.
- CHODOSH, J. *et al.* Meta-Analysis: chronic disease self-management programs for older adults. **Annals Of Internal Medicine**, v. 143, n. 6, p. 427-431, set. 2005. DOI: 10.7326/0003-4819-143-6-200509200-00007
- CHOR, D. *et al.* Medidas de rede e apoio social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 887-896, jul./ago. 2001.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, v. 38, n. 5, p. 300-314, 1976.

CORDEIRO, P.; MARTINS, M. Mortalidade hospitalar em pacientes idosos no Sistema Único de Saúde, região Sudeste. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 69-69, 2018.

DANNEFER, D. Systemic and Reflexive: foundations of cumulative dis/advantage and life-course processes. **Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 75, n. 6, p. 1249-1263, jun. 2020. DOI: 10.1093/geronb/gby118.

DANTAS, M. M. C. *et al.* Avaliação do apoio social e de sintomas depressivos em mães de bebês prematuros hospitalizados. **Psicologia em Revista**, v. 18, n. 1, p. 90-106, 2012.

DOMINGUES, M. A. R. C. *et al.* Revisão sistemática de instrumentos de avaliação de rede de suporte social para idosos. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 6, 2012.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília-DF, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012.

FRIED, L.P. e WALSTON, J. Fragilidade e Falha em Prosperar. In: Hazzard, W., Blass, J.P., Halter, J.B., et al., Eds., Principles of Geriatric Medicine and Gerontology, 5th Edition, McGraw-Hill, Nova York, 2003.

FERNANDEZ-MAYORALAS, G. *et al.* Design, measures and sample characteristics of the CadeViMa-Spain survey on quality of life in community-dwelling older adults. **International Psychogeriatrics**, v. 24, n. 3, p. 425-438, 2012.

FRANÇA, M. S. *et al.* Características da rede social de apoio ineficaz: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, n. 1 p. 1-14, 2018. DOI: 10.1590/1983-1447.2018.20170303

FREIRE, J. C. G. *et al.* Fatores associados à fragilidade em idosos hospitalizados: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**, v. 41, n. 115, 2017.

GALLANT, M. P. A influência do apoio social na autogestão de doenças crônicas: Revisão e direções para pesquisa. **Educação & Comportamento em Saúde**, v. 30, n. 2, p. 170-195, 2003.

GARCÍA-GONZÁLEZ, J. V. *et al.* Evaluacion de la fiabilidad y validez de una escala de valoracion social en el anciano. **Atención Primaria**, v. 23, n. 7, p. 1-10, 1999.

GOMEZ-CAMPELO, P. *et al.* Psychometric properties of the eight-item modified Medical Outcomes Study Social Support Survey based on Spanish outpatients. **Quality of Life Research**, v. 23, n. 7, p. 2073-2078, 2014. DOI: 10.1007/s11136014-0651-6

GONÇALVES, T. R. *et al.* Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 16, n. 3, p. 1755-1769, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000300012.

GRIEP, R. H. *et al.* Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português do Estudo Pró-Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

GUEDES, M. B. O. G. *et al.* Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis**, v. 27, n. 4, p. 1185-1204, 2017.

HELGESON, V. S. Social support and quality of life. **Quality of Life Research**, v. 12, n.1, p. 25-31, 2003

HELVIK, A. S.; SELBÆK, G.; ENGEDAL, K. Functional decline in older adults one year after hospitalization. **Archives in Gerontology Geriatrics**, v. 57, n. 3, p. 305-310, nov./dez. 2013.

HO, S. C. Health and social predictors of mortality in an elderly Chinese cohort. **American Journal of Epidemiology**, v. 133, n. 9, p. 907-921, maio 1991. DOI: 10.1093/oxfordjournals.aje.a115970

HOBBS, W. R. *et al.* Online social integration is associated with reduced mortality risk. **PNAS**, v. 113, n. 46, 1-5, 2016.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Relatório de fechamento SIE-HUSM 2018**. Santa Maria: HUSM, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2018. 151 p.

JESUS, I. M. T. *et al.* Fragilidade e qualidade de vida de idosos em contexto de vulnerabilidade social. **Texto & Contexto – enfermagem**, v. 27, n. 4, 2018.

JIN-LAN, Y. *et al.* A systematic review of the identification of seniors at risk (ISAR) tool for the prediction for adverse outcome in elderly patients seen in the emergency department. **International Journal of Clinical and Experimental Medicine**, v. 8, n. 4, p. 4478-4786, 2015.

KAPLAN, G. A. *et al.* Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: prospective evidence from Eastern Finland. **American Journal of Epidemiology**, v. 128, n. 2, p. 370-380, 1988.

KENDIG, H.; BROOKE, L. Australian research on ageing and social support. **Australasian Journal on Ageing**, v. 16, n. 3, p. 127-130, 1997.

KRISTJANSSON, B.; BREITHAUPT, K.; MCDOWELL, I. Development and validation of an indicator of support for community-residing older Canadians. **International Psychogeriatrics**, v. 13, n. 1, 125-135, 2001.

KRUGER, D. J. *et al.* Assaultinjury rates, social capital, and fear of neighborhood crime. **Journal of Community Psychology**, v. 35, n. 4, p. 483-498, 2007.

KUTTEK, S. M.; TURNBULL, D.; FAIRWEATHER-SCHMIDT, A. K. Rural men's subjective well-being and the role of social support and sense of community: Evidence for the potential benefit of enhancing informal networks. **The Australian Journal of Rural Health**, v. 19, n. 1, 20–26, 2011.

LAMPERT, M. A. *et al.* Desenvolvimento de um modelo preditor de risco de óbito hospitalar de idosos. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo-SP, v. 23, n. 4, p. 431-454, 2020.

LUBBEN, N. Assessing social network among elderly population. **Family Community Health**, v. 11, p. 42-52, 1988.

MACEDO, J. P. *et al.* A Produção Científica Brasileira sobre Apoio Social: tendências e invisibilidades. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 258-278, 2018. DOI: 10.36298/gerais2019110206.

MACNEIL-VROOMEN, J. L. *et al.* Diabetes, Heart disease, and dementia: national estimates of functional disability trajectories. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 66, n. 4, p. 766-772, abr. 2018. DOI: 10.1111/jgs.15284.

MARQUES, C. A. *et al.* Associação entre depressão, níveis de dor e falta de apoio social em pacientes internados em enfermarias de clínica médica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 1, p.1-7, 2013.

MARTINS, L. K. *et al.* Qualidade de vida e percepção do estado de saúde entre indivíduos hospitalizados. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 4, p. 1-8, 2020. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2020-0065.

MATHEW, S. A. *et al.* Risk factors for hospital re-presentation among older adults following fragility fractures: a systematic review and meta-analysis. **BMC Medicine**, Londres, v. 14, n: 1, p: 136, 2016.

MELCHIORRE, M. G. *et al.* Social support, socio-economic status, health and abuse among older people. **Seven European Countries**, v. 8, n. 1, p. e54856, jan. 2013.

MINKLER, M. Building supportive ties and sense of community among the inner-city elderly: the Tenderloin Senior Outreach Project. **Health Education Quarterly**, v. 12, p. 303-313, 1985.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro-RJ, v. 19, mai./jun. 2016.

MOREIRA, L. B. *et al.* Fatores associados a capacidade funcional de idosos adscritos à Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2041-2050, jun. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020256.26092018.

MOREIRA, S. V; JUSTI, F. R. dos R; MOREIRA, M. Intervenção musical pode melhorar a memória em pacientes com doença de Alzheimer? Uma Revisão Sistemática. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 12, n. 2, p. 133-142, 2018.

MURTAGH, B. Ageing and the social economy. **Social Enterprise Journal**, v. 13, p. 216-233, 2017.

NERI, A. L.(org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na Terceira Idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007.

OLIVEIRA, T. L. *et al.* Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n.10, p. 4541-4552, 2020. DOI: 10.1590/1413-812320212610.10862021.

OLSEN, O. Impact of social network on cardiovascular mortality in middle aged Danish men. **Journal of Epidemiology Community Health**, v. 47, n. 3, p. 176-180, jun. 1993. DOI: 10.1136/jech.47.3.176.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Health Estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2016**. Geneva: World Health Organization, 2018a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Health Statistics 2018: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals**. Geneva: World Health Organization, 2018b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles**. Geneva: World Health Organization, 2018c.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Década do envelhecimento saudável nas Américas 2021-2030**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>. Acesso em: 12 de maio de 2020.

OSWALD, A.; WU, S. Objective confirmation of subjective measures of human well-being: evidence from the USA. **Science**, v. 327, n. 5965, p. 576-579, 2010.

- PAÍS-RIBEIRO, J. L.; PONTE, A.C.S. Propriedades métricas da versão Portuguesa da Escala de Suporte Social do MOS (MOS Social Support Survey) com idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 10, n. 2, p. 163-174, 2009.
- PAZIN, J. *et al.* Atividade física no lazer, deslocamento, apoio social e percepção do ambiente urbano em homens e mulheres de Florianópolis/SC. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 30, n. 3, p. 743-755, 2016.
- RAMOS, M. P. Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre-RS, v. 7, jun. 2002.
- RIBEIRO, E. G. *et al.* Autopercepção de saúde e vulnerabilidade clínico-funcional de idosos de Belo Horizonte/Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]**, v. 71, n. 2, 2018.
- RIBEIRO, O. *et al.* Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS- 6). **Kairós**, São Paulo-SP, v. 15, n. 1, p. 217–234, 2012.
- RODRIGUES, A. G.; SILVA A. A. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 159-170, 2013.
- RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p.781-787, 2012.
- ROSA, P. H. *et al.* Estressores vivenciados por idosos hospitalizados na perspectiva do Modelo de Sistemas de Neuman. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018.
- RUTLEDGE,
- SANTOS, M. A. S. *et al.* Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 389-398, 2015.
- SARASON, I. G. *et al.* Assessing social support: The Social Support Questionnaire. **Journal of Personal and Social Psychology**, v. 44, n. 1, p. 127-139, 1983.
- SEEMAN, T. E. *et al.* Intercommunity variations in the association between social ties and mortality in the elderly. A comparative analysis of three communities. **Annals of Epidemiology**, v. 3, n. 4, p. 325-335, jul. 1993. DOI: 10.1016/1047-2797(93)90058-c.
- SERRAT, R. *et al.* Older people's participation in political organizations: The role of generativity and its impact on well-being. **Educational Gerontology**, v. 43, p. 128-138, 2017.
- SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS Social Support Survey. **Social Science Medicine**, v. 32, n. 6, p. 705-714, 1991.

SHI, A. A.; DOGAN, M. D. Illness perception, perceived social support and quality of life in patients with diagnosis of cancer. **European Journal of Cancer Care**, v. 00, p. e13252, 2020.

SILVA, G. F. L. *et al.* Fortalecimento da inserção política e socio familiar do idoso: o papel dos grupos de apoio no desenvolvimento da autonomia e independência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 22, p. e683, 10 abr. 2019.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUZA, D. S. *et al.* Analysis of the relationship of social support and fragility in elderly syndrome. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 18, n. 2, p. 420-433, 25 jul. 2017. DOI: 10.15309/17psd180211.

TAVARES, J. P. A. *et al.* Hospitalized older adult: predictors of functional decline. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, n. 7, p. 1-23, 2021. DOI: 10.1590/1518-8345.3612.3399.

TEIXEIRA, C. F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília-DF, v. 21, n. 4, p. 529-532, out./dez. 2012.

TRAVASSOS, G. F.; COELHO, A. B.; ARENDS-KUENNING, M. P. The elderly in Brazil: demographic transition, profile, and socioeconomic condition. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 37, p. 1-27, out. 2020. DOI: 10.20947/s0102-3098a0129.

VAN-VLIET, M.; HUISMAN, M.; DEEG, D. J. H. Decreasing hospital length of stay: effects on daily functioning in older adults. **Journal of The American Geriatrics Society**, v. 65, n. 6, p. 1214-1221, mar. 2017. DOI: 10.1111/jgs.14767.

VERAS, R. P.; COUTINHO, E.; COELI, C. M. Transtornos mentais em idosos: a contribuição da epidemiologia. *In*: VERAS, R. P. (Org.). **Terceira idade: desafios para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará (Universidade Aberta da Terceira Idade), 1997. p. 15-40.

WOO, J. *et al.* Social determinants of frailty. **Gerontology**, v. 51, p. 402-208, 2005.

ZANINI, D. S.; PEIXOTO, E. M.; NAKANO, T. C. Escala de Apoio Social (MOS-SSS): proposta de normatização com referência nos itens. **Revista Temas em Psicologia**, v. 26, n. 1, p. 387-99, 2018. DOI: 10.9788/tp2018.1-15p

ZASLAVSKY O, ZISBERG A, SHADMI E. Impact of functional change before and during hospitalization on functional recovery 1 month following hospitalization. **Journal of Gerontology Series A Biology, Sciences and Medicine Sciences**, v. 70, n. 3, p. 381-386, mar. 2015.

ZISBERG, A. *et al.* Hospital-associated functional decline: the role of hospitalization processes beyond individual risk factors. **Journal of American Geriatrics Society**, v. 63, n.1, p. 55-62, jan. 2015.

APÊNDICE A – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Termo de confidencialidade

Título do estudo: "Validade Preditiva de Instrumento de Identificação de Paciente Complexo em Internação Hospitalar"

Pesquisador responsável: Melissa Agostini Lampert.

Instituição de origem do pesquisador: Universidade Federal de Santa Maria

Área de Conhecimento: Saúde

Local do estudo: Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (PS-HUSM)

Telefone para contato: (55)996233412

Endereço: Av. Roraima, nº 1000, prédio 26-Bairro Camobi, Santa Maria, CEP: 97105-900.

E-mail para contato: melissa.a.lampert@gmail.com


Registro no CEP/UFMS:

O pesquisador do projeto acima identificado assume o compromisso de: (1) Preservar o sigilo e a privacidade dos sujeitos cujos dados (informações e/ou materiais biológicos) serão estudados; (2) Assegurar que as informações e/ou materiais biológicos serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão; (3) Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

O Pesquisador declara ter conhecimento de que as informações pertinentes às técnicas do projeto de pesquisa somente podem ser acessadas por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade, excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou que a informação e/ou documentação já for de domínio público. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob responsabilidade da orientadora Prof.ª Dr.ª. Melissa Agostini Lampert, na Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, Sala 1308, 97105-900, Santa Maria/ RS por um período de cinco anos sob a responsabilidade do pesquisador. Após este período, os dados serão destruídos.

O projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS em _____, com o número do CAAE _____.



Santa Maria, ____ de _____ de 2019.

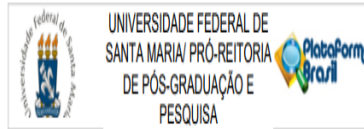

 Prof.ª Dr.ª. Melissa Agostini Lampert.
 Pesquisadora Responsável

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Retórica. Telefone: (53) 3220-0362 - E-mail: cep.ufsm@gmail.com.

ANEXO A – INSTRUMENTO IPC

ANEXO B – TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

 <p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA</p> 
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: Validade Preditiva de Instrumento de Identificação de Paciente Complexo em Internação Hospitalar
Pesquisador: Melissa Agostini Lampert
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 22519219.7.0000.5346
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
DADOS DO PARECER
Numero do Parecer: 3.630.486
Apresentação do Projeto:
<p>Tem se observado no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) um grande número de pacientes internados com presença de demandas que prescindem de uma atuação interdisciplinar coordenada para otimizar resultados (internações hospitalares com plano terapêutico adequado e encaminhamentos para uma continuidade de cuidado efetiva no pós alta), a partir da realização de várias pesquisas no âmbito do HUSM, tais como</p> <p>o projeto "Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)", aprovado pelo Comitê de Ética sob CAAE 48212915.50000.5346. Esse projeto tem como objetivo geral fomentar o desenvolvimento de uma linha de cuidados para os idosos a partir desse hospital e, como objetivos específicos, traçar o perfil dos idosos usuários do Hospital Universitário de Santa Maria, promover a capacitação de profissionais, além de desenvolver e validar indicadores de risco para complicações intra-hospitalares, rehospitalizações e morte nesse grupo etário. Vê-se a necessidade de estudos que contemplem adultos, baseado na premissa de que a complexidade, relacionada à fragilidade com consequente maior risco de resultados adversos, está associada à idade fisiológica e não cronológica. Ou seja, justifica-se a utilização de abordagens comumente utilizadas para idosos, para adultos considerados complexos.</p> <p>O presente projeto propõe a realização de uma coorte prospectiva realizada a partir da aplicação</p>
<p>Endereço: Av. Brasil, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar Bairro: Camobi CEP: 97.105-970 UF, RS Município: SANTA MARIA Telefone: (51)2220-8362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com</p>



Continuação do Parecer: 3.630.486

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1440221.pdf	01/10/2019 11:40:00		Acerto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOIPCHUSM.doc	01/10/2019 11:39:33	Melissa Agostini Lampert	Acerto
Outros	Termodeconfidencialidadeassinado.pdf	01/10/2019 11:19:55	Melissa Agostini Lampert	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	justificativaausencialeassinado.pdf	01/10/2019 11:19:03	Melissa Agostini Lampert	Acerto
Outros	aprovacaoinstitucionalvalidade.pdf	30/09/2019 11:34:04	Melissa Agostini Lampert	Acerto
Outros	gapvalidadepreditiva.pdf	30/09/2019 11:31:02	Melissa Agostini Lampert	Acerto
Folha de Rosto	folharostoiopchusm.pdf	27/09/2019 09:44:06	Melissa Agostini Lampert	Acerto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com