

## Redes sociais de suporte e etiopatogenia do enfarte de miocárdio em meio urbano

L. SOCZKA \* / J. M. MACHADO NUNES \*\*

Mais de metade do caminho evolutivo do *Homo Sapiens* foi percorrido em pequenos grupos primáticos dedicados a actividades cinegéticas, e a passagem à agricultura não implicou por si mesma a transição social para as grandes concentrações urbanas, onde milhares (actualmente milhões) de indivíduos coexistem em áreas relativamente pequenas num meio artificialmente construído. Ainda em períodos extremamente recentes da evolução humana, a experiência urbana era vivida apenas por uma reduzida minoria de pessoas, da ordem dos 2 % da população mundial em meados do século XIX (Davis, 1972). Calcula-se que hoje um quarto da humanidade viva em grandes concentrações urbanas, e a tendência é para o aumento rápido da urbanização da população mundial. Nos Estados Unidos, no início da Revolução Industrial (1800), 6 % da população vivia em cidades; em 1850; 15 %; em 1900, 40 % — nos finais do século XX, 70 % (Levi e Andersson, 1975).

Em Portugal, país marcadamente rural, arraigado a modos de produção arcaicos, de economia débil e sociologicamente eivado de traços culturais pré-industriais, o crescimento urbano é sobretudo um

fenómeno do século XX, profundamente ligado à macrocefalia de Lisboa. No século XVI, a população urbana rondaria os 8 % da população; em meados do século XIX, viviam 11 % da população em aglomerados com mais de 4000 habitantes, dos quais 5,5 % em Lisboa (Godinho, 1971).

Para 1960, Oliveira Marques (1976) apresenta o valor de 22.8 %; para 1970, Gaspar (1979) estima em 26.3 % a população total do Continente e Ilhas residindo em centros urbanos e respectivas periferias. De acordo com o Recenseamento de 1981, a população residente em centros urbanos com 10.000 ou mais habitantes corresponde a 29.7 % da população total do país.

A cidade é um mosaico cultural, com a sua justaposição de estratos sociais e de funções diferenciadas, conotada com específicas formas de viver o quotidiano, nos matizes das suas crenças, ideologias, valores, costumes e representações sociais. Na cidade, estamos longe da relativa homogeneidade cultural e funcional das comunidades rurais. Não existe consenso cultural na cidade. Ela é, de algum modo, um *zoo humano*, uma exposição amostral das diferenças subculturais de *Homo Sapiens*. É, também por isso, um espaço de conflitos e de geração de equilíbrios através do *stress* quotidiano. Pela cidade, o homem paga um alto preço em troca de benefícios que a organização urbana lhe proporciona, um dos quais é, precisamente, a dinâmica interpenetração de modelos culturais que lhe rasga os horizontes para lá de limites impensáveis na estagnação das sociedades tradicionais.

\* Grupo de Ecologia Social, LNEC. Professor Associado no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

\*\* Professor Auxiliar na Faculdade de Ciências Médicas, UNL. Hospital Miguel Bombarda.

Os autores agradecem a colaboração dos Drs. Luís Sardinha, Filomena Nabais, Luísa Alcântara e Assistente Social Maria Olívia Carrilho, do Departamento da Ajuda do Hospital Miguel Bombarda.

E, no entanto, toda uma linha fecunda da psicossociologia urbana deriva da visão da cidade não como reguladora e geradora de subculturas activas, mas como produtora de desregulações. Radica-se esta perspectiva na tradição de Georg Simmel, que em 1905 afirmava que «a base psicológica do tipo metropolitano de individualidade consiste na intensificação da estimulação nervosa que resulta do fluxo e constante mudança de estímulos internos e externos». A cidade, com a sua complexa massa de estimulações em permanente variação, seria geradora de tensão psíquica de que o cidadão se defende através da habituação e da insensibilização emocional, conduzindo em última análise ao que o etnopsiquiatra Laplantine (1973) designa com manifesto exagero terminológico pela «esquizofrenização» dos cidadãos, mergulhados num «estupor catatónico» contrastante com a vivacidade afectiva das comunidades não-desculturadas.

Simmel legou a sua visão dos constrangimentos impostos pela cidade aos seus discípulos Park, Wirth e Burgess, os fundadores da Escola de Chicago, nos anos 20. Na linha de Simmel, Wirth encara a cidade como produtora de clivagens nas relações interpessoais, por necessidade adaptativa dos cidadãos à hiperestimulação social. O homem urbano é vítima da sobredensificação populacional, refugiando-se numa insulação emocional protectora. Os vínculos afectivos são destruídos e a solidão é a marca da vida urbana. Perdem-se os laços, e o processo acelerado de competição económica e a divisão do trabalho conduz à dispersão e/ou enfraquecimento das coesões grupais. A formalização das relações sociais substitui-se aos laços informais, às redes sócio-afectivas, lacunares no meio urbano.

Hoje, sabemos que esta visão derrotista está longe de corresponder totalmente aos factos. É certo que existe solidão no meio da multidão urbana. Segundo um inquérito à escala nacional conduzido pelo ISR da Universidade de Michigan, 20 % dos cidadãos americanos não têm amigos a quem possam confiar problemas íntimos e 5 % não podem contar com ninguém numa aflição (Campbell, 1981; Rook, 1984). Mas a cidade não é necessariamente produtora de colapsos psicológicos, de anomia ou desordens mentais, precisamente porque os cidadãos, à semelhança dos rurais, também se organizam subculturalmente em «mundos próprios» estruturados, internamente vivos e interactuantes, com as suas teias de relações interpessoais de suporte, que funcionam

como amortecedores do *stress* urbano (Soczka, 1986; Soczka et al., 1988; Fleming e Baum, 1986; Fisher, 1976).

A importância funcional das redes sociais informais (grupos de amigos, familiares, vizinhos, colegas de trabalho) na dinâmica de prevenção de desordens afectivas tem sido posta em evidência por múltiplas formas nos últimos 20 anos de investigação epidemiológica das doenças mentais (Cassell, 1974; Caplan et al., 1976; Gottlieb, 1981). O trabalho de Cassell (1974) é justamente apontado como pioneiro na saliência que confere à função das redes sociais informais, onde sustenta que as deficiências nos laços estabelecidos nos grupos primários estão associados a um acréscimo da vulnerabilidade às doenças, quer físicas quer psiquiátricas. Mas Cassell vai mais longe, afirmando: «devemos identificar as famílias e grupos que estão em alto risco em virtude das suas incapacidades de se ajustarem ao meio social, e determinar a natureza e forma dos suportes sociais que podem e devem ser fortalecidos para essas pessoas encontrarem protecção contra as doenças». A perspectiva de Cassell é activa, sustentando que em lugar de perdermos tempo na tarefa inglória de eliminar todas as fontes de *stress* urbano, o que há a fazer é incrementar as resistências a esse *stress* por meio de fortalecimento de redes sociais de suporte, afectivo, emocional e funcional.

As redes sociais de suporte promovem o sentimento de se ser amado e valorizado, e a pertença a teias de comunicação e obrigações recíprocas que levam os cidadãos a escapar ao isolamento e ao anonimato. Wellman (1979), num inquérito realizado em Toronto, assinalou que 61 % dos inquiridos (N = 845) declararam ter pelo menos 5 pessoas com quem mantinham confidências; 30 % declararam contar com auxílios pessoais em caso de crise afectiva ou económica. Berkman e Syme (1979) constatarem num estudo epidemiológico que implicou uma catamnése de 9 anos, que nos indivíduos com baixos níveis de contactos sociais, a taxa de mortalidade era de 2 a 4.5 vezes superior à encontrada nos indivíduos com altos índices de integração em redes sociais (o estudo controlou estatisticamente os efeitos do nível socioeconómico, do recurso a serviços de saúde preventivos e as práticas de vida consideradas factores de risco, como fumar, beber álcool, etc.). Gore (1978) demonstrou que o suporte social dado pelos amigos e familiares está associado à diminuição das manifestações de depressão e das queixas em relação à saúde,

em pessoas que perdem os seus empregos. O papel dos suportes providenciados pela família, pelos amigos, colegas de trabalho e equipas de saúde têm sido repetidamente postos em saliência por múltiplos autores (Berle et al., 1952), em relação ao papel dos familiares e amigos na modificação dos sintomas da asma, das cefaleias e da hipertensão; Järvinen (1955), Garrity (1973), Bracken (1972), Caplan et al. (1976), Finlayson (1976), no enfarte de miocárdio; De Araújo et al. (1973) na asma crónica; Robertson e Suinn (1968), Dzau e Boelime (1978) nos acidentes vasculares cerebrais; Earp (1979) na hipertensão; Brown e Harris (1978), Husaini et al. (1982), Eisemann (1984), Lin et al. (1987) na depressão emocional; Huessy (1981) na esquizofrenia — para citar apenas alguns dos muitos trabalhos publicados. Pagel et al. (1987), que estudaram as redes familiares e sociais de pessoas com a doença de Alzheimer, puseram em relevo o facto de as redes poderem por vezes funcionar como agravantes das perturbações emocionais, quando não providenciam um real suporte afectivo. As evidências recolhidas por múltiplos autores apontam para o facto de que, embora uma larga maioria das pessoas possa experimentar ao longo da vida um ou outro período passageiro dominado por sentimentos de solidão, existem pessoas em que esses sentimentos são permanentes e tenazes, correspondendo na verdade a uma situação objectiva de desenraizamento social e à existência de fracos laços afectivos interpessoais. Parece comprovado que esse padrão de isolamento e de incomunicabilidade está relacionado com a emergência de patologias psíquicas e psicofisiológicas e que a ausência de redes de suporte emocional e funcional constitui um grave factor de risco para a saúde das pessoas (Gottlieb, 1981; Root, 1984; DiMatteo e Hays, 1981).

No presente trabalho testa-se a hipótese de que os indivíduos afectados por doenças coronárias graves, nomeadamente vítimas de enfarte de miocárdio, revelarem défices nas suas redes de suporte social, menores ligações afectivas e funcionais com amigos e familiares, estilos de vida mais solitários e maiores dificuldades de comunicação íntima. No caso das coronariopatias, muita atenção tem sido prestada a factores de personalidade [nomeadamente o chamado tipo A, de contornos indefinidos e controversos (Friedman e Boot-Kelley, 1987)], e algumas evidências existem sobre as deficiências de suporte social de doentes coronários (Cohen e Wills, 1985; Friedman e Boot-Kelley, 1987), e embora autoridades

de saúde tenham reconhecido este facto (US Dpt of Health & Human Services, 1985), nem sempre surge como clara esta associação.

O enfarte de miocárdio configura-se como uma doença predominantemente urbana, em termos da sua incidência por 100.000 habitantes. A primeira descrição clínica data de 1912, e o enfarte de miocárdio acompanha as modificações sociais, culturais, profissionais e familiares operadas pelo crescimento urbano e pela industrialização. Nos países mais ricos são os indivíduos que desempenham funções directivas ou de maior responsabilidade o grupo social em maior risco de contrair doenças coronárias (DC). Este envezamento sociológico das DC tende a esbater-se com o desenvolvimento socio-económico. Jenkins (1976) verificou que o desenvolvimento industrial e a urbanização acompanham uma maior vulnerabilização das classes trabalhadoras à DC. A partir da década de 60, começou a constatar-se um decréscimo da mortalidade e da morbilidade coronárias na Europa Ocidental e nos EUA, enquanto nos países em vias de desenvolvimento demonstravam 40 anos de atraso em relação aos mesmos índices.

Portugal apresentava em 1986 uma taxa de mortalidade para as DC de  $74.8/100 \times 10^3$  habitantes, com um decréscimo de 25 % entre 1976 e 1986 (Pádua, 1989). Estes valores estão próximos dos encontrados em países do Terceiro Mundo, embora no caso do Japão o perfil de evolução e incidência das DC seja bastante semelhante ao nosso. Matsumoto (1970) analisou o caso do Japão em termos da *qualidade efectiva das redes de suporte social e laboral* providenciadas aos trabalhadores japoneses pelas empresas e organismos profissionais.

As profundas alterações nas matrizes sócio-familiares e profissionais verificadas ao longo do século XX vulnerabilizaram às situações conflituais os grupos mais expostos, com um tempo de latência adaptativo variável de cultura para cultura. Mas estariam também mais «desprotegidas» as pessoas com certas características de personalidade, nomeadamente aquelas cuja aparente normalidade de funcionamento profissional esconde uma grande fragilidade narcísica.

Algumas pessoas apresentam um comportamento «adaptado» às exigências sócio-profissionais, restringindo todos os seus interesses praticamente ao trabalho, procurando fazer cada vez mais em cada vez menos tempo, revelando manifestas incapacidades em descansar e relaxar, e suportando mal as pausas e as

esperas do quotidiano. Estes indivíduos dão em geral uma boa imagem social e profissional e são reforçados na manutenção deste padrão de comportamentos pelo sucesso profissional que obtêm. Rosenman e Friedman (1975) encontraram em muitos dos seus doentes coronários este padrão comportamental, que designaram por «comportamento de tipo A», e verificaram num estudo prospectivo (Western Collaborative Group Study), durante 8.5 anos e mais de 3000 pessoas, que aquelas que apresentavam este tipo de comportamento tinham uma probabilidade de contrair DC 2.3 vezes superior à dos indivíduos que não se comportavam desta forma (tipo B).

Ao comportamento de tipo A corresponde também um perfil metabólico e hormonal particular, com hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, viscosidade sanguínea, e ACTH aumentados, etc.. Em 1981, o Instituto Nacional do Coração, Pulmões e Sangue (NHLBI) dos EUA considerou o comportamento de tipo A um maior risco para as DC, mais até do que os factores idade, hipertensão sistólica, hipercolesterolemia e tabagismo. A evidência deste risco psicológico para as DC, em paridade com os factores de risco clássicos, levou alguns autores a aprofundarem mais as componentes psicológicas do tipo A responsáveis pela etiopatogenia coronária. Matthews et al. (1977) deram particular importância à competitividade e à impaciência como verdadeiramente «coronary-prone behaviour». A hostilidade contida e o enclausuramento das emoções («anger-in») seriam para Denbrosky e colaboradores (1985), Gil et al. (1987) e Dimsdale (1988) os determinantes psicológicos da DC.

O comportamento de tipo A é o hábito externo de uma personalidade em que a agressividade é investida de uma maneira socialmente compatível na actividade profissional. Os pacientes com enfarte de miocárdio apresentam com muita frequência uma organização psicossomática da personalidade em que os sintomas são expressos através de comportamentos com um funcionamento psicológico que Marty designou pela expressão «pensamento operatório», com dificuldade de fantasmização e um discurso muito centrado no actual e no factual, verbalizando dificilmente as emoções (alexitimia).

O enclausuramento das emoções («anger-in»), embora se modifique por vezes depois das manifestações clínicas da DC, é um verdadeiro paradigma do «hábito interno» dos pacientes com enfarte do miocárdio. Esta insularização prejudica de sobremaneira

as interações dos pacientes com as suas matrizes de referência, isolando-os socialmente e tornando-os mais facilmente vulneráveis aos conflitos experienciados nos contextos familiar ou profissional.

## METODOLOGIA

Foi realizado um inquérito a um conjunto de 108 indivíduos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 30 e os 66 anos, repartidos por dois grupos: um grupo clínico, composto por 53 pessoas que haviam sofrido enfarte de miocárdio (média etária 45.9 anos, dp = 9.8) e um grupo de controlo composto por 55 pessoas sem história clínica de afecções cardíacas (média etária 41.8 anos, dp = 11.0). O questionário abordava múltiplas facetas da história de vida e do comportamento social dos sujeitos (5 módulos):

- a) **módulo socio-demográfico:** idade, nível de instrução, tempo de residência na casa actual, características dos co-residentes, estado civil, idade e nível de instrução do cônjuge, número de filhos e respectiva idade e sexo;
- b) **módulo de antecedentes pessoais e sócio-familiares:** estado civil dos pais, idade do sujeito na altura da separação ou morte do pai ou da mãe se fosse esse o caso, número de irmãos, relacionamento afectivo com a mãe e com o pai, relação afectiva dos pais entre si, ambiente familiar até aos 10 anos de idade, ambiente familiar na adolescência do sujeito, ambiente conjugal nos três primeiros anos de vida em comum, ambiente conjugal actual, tempo de separação ou divórcio, situação económica actual do sujeito, relações conflituosas no espaço doméstico ou no meio laboral, satisfação com a profissão exercida e hábitos tabágicos;
- c) **módulo de psicopatologia do quotidiano:** insónias, tristeza, solidão, cefaleias, sentimentos de não ser amado ou de não amar os outros, auto-estima, investimento profissional, necessidade de desabafar, incapacidade de concentração, nível de expectativa em relação aos outros, tédio, solidão, sentimento de não ser compreendido, perda de libido, irritabilidade, dificuldades de comunicação social, ansiedade e sentimento de falta de aptidões sociais.

d) **módulo de redes sociais (funcionais):**

- **suportes financeiros em caso de dificuldades económicas** e origem dos mesmos (amigos, familiares, colegas de emprego, vizinhos).
- **suportes emocionais em caso de crise afectiva** e origem dos mesmos.
- **redes sociais no local de trabalho** (aconselhamento sobre assuntos profissionais, conversas sobre assuntos pessoais, convivência social fora do local de trabalho, confidências sobre assuntos íntimos) e extensão e composição das redes sociais com colegas de trabalho.
- **redes sociais fora do local de trabalho** (conversas sobre assuntos do quotidiano, suportes funcionais para a resolução de problemas, confidências sobre assuntos íntimos) e extensão e composição dessas redes sociais.
- **grupo de amigos com quem o sujeito se reúne pelo menos uma vez por mês**, sua composição sexo-etária, distância dos seus locais de residência ao local de residência do sujeito, conversas íntimas com os amigos.

e) **módulo de antecedentes psicossomáticos:** história de alergias, úlceras de estômago, cefaleias, asma, colite, dermatoses, hipertensão, depressão emocional, doenças hepáticas.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Do ponto de vista dos antecedentes familiares encontram-se diferenças significativas entre os

sujeitos do grupo clínico e os do grupo de controlo, no tocante à percepção dos seus *ambientes familiares na infância e na adolescência*, avaliados segundo uma escala ordinal de 1 (péssimo) a 7 (ótimo), conforme se pode constatar no Quadro I.

Este resultado indica, portanto, que os indivíduos do grupo clínico viveram piores ambientes familiares quer na infância, quer na adolescência, do que os indivíduos não afectados por doenças coronárias.

Estas diferenças não são encontráveis, todavia, no que respeita à dinâmica familiar actual. Não se registam mais casos de rupturas conjugais num grupo do que noutro, nem se encontram diferenças significativas no que respeita à percepção da vida conjugal como conflituosa. Já no que toca às variáveis sintomáticas de depressão ou ansiedade, existem grandes diferenças entre ambos os grupos num conjunto significativo de manifestações, conforme se pode verificar pelo Quadro II.

Constataram-se igualmente profundas diferenças entre os doentes coronários e os indivíduos do grupo de controlo no que respeita às manifestações da sociabilidade.

A diferença mais flagrante situa-se na proporção de coronários que declaram não poder contar com ninguém em caso de necessidade económica: 17 % dos coronários não contam nem com amigos, nem com vizinhos, nem com familiares, nem com colegas de trabalho numa emergência económica (contra 1.8 % dos indivíduos do grupo de controlo;  $\chi^2 = 7.38$ ;  $p = .007$ ). Quanto às pessoas que poderiam constituir um suporte perante uma emergência económica, enquanto 56.4 % dos não-coronários declara poder contar com um amigo, 62.3 % dos coronários não têm amigos a quem recorrer ( $\chi^2 = 3.75$ ;  $p < .05$ ); similarmente, 78.2 % dos não-coronários dizem poder contar com o auxílio de familiares, o que só acontece

Quadro I  
*Antecedentes familiares*

	<i>Não-coronários</i>		<i>Coronários</i>		t	p
	$\bar{x}$	$\sigma$	$\bar{x}$	$\sigma$		
Ambiente familiar até aos 10 anos	5.07	0.9	4.52	1.3	2.47	.015
Ambiente familiar na adolescência	4.73	1.2	4.24	1.3	1.99	.049

Quadro II  
Sintomas depressivos e ansiosos

	Não-coronários		Coronários		Teste de diferença de médias	
	$\bar{x}$	$\sigma$	$\bar{x}$	$\sigma$	t	p
Tensão, irritabilidade	2.86	0.87	3,35	0.81	3.50	0.001
Insónia	2.20	0.87	2.88	1.20	3.39	0.001
Ansiedade	2.32	0.87	2.93	1.02	3.28	0.001
Gostaria de ter mais amigos	2.14	0.80	2.32	1.05	3.26	0.002
Tédio	2.30	0.81	2.73	0.86	2.65	0.009
Absorção total pelo trabalho	3.13	1.05	3.64	1.35	2.12	0.037
Falta de desejo sexual	1.90	0.80	2.30	1.12	2.09	0.040
Solidão	2.01	0.87	2.41	1.10	2.07	0.041

com 54.7 % dos doentes coronários ( $\chi^2 = 6.69$ ;  $p > .01$ ).

Em caso de necessidade económica, os coronários declaram que poderiam contar sobretudo com o auxílio da *mãe* (20.7 %), de um *irmão* (17.0 %) ou do *pai* (13.2 %); os sujeitos do grupo de controlo, com o *pai* (30.9 %), a *mãe* (27,3 %) ou um *irmão* (26.3 %).

Em caso de crise afectiva, os sujeitos de ambos os grupos declaram haver alguém com quem poderiam contar como suporte: 98.1 % dos não-coronários e 87.8 % dos doentes coronários. No entanto, verificam-se já profundas diferenças no que respeita ao perfil dos suportes afectivos num e noutro grupo: enquanto 54.5 % dos indivíduos do grupo de controlo contam com amigos em caso de crise afectiva, no grupo clínico só 28.3 % estão nesta condição. Ou seja: 71.7 % dos pacientes coronários declaram não ter amigos com quem contar em caso de crise emocional ( $\chi^2 = 7.65$ ;  $p < .006$ ). Ambos os grupos se apoiam em familiares nestas circunstâncias (58.8 % dos não-coronários e 62.3 % dos coronários): em ambos os grupos apenas uma minoria insignificante recorreria a vizinhos ou a colegas de trabalho como suportes afectivos em tempo de crise. Assim, o que distingue neste aspecto os indivíduos do grupo clínico dos do grupo de controlo é o facto de os primeiros *não contarem com amigos em casos de crise emocional, e apenas poderem contar com familiares*.

Perante uma crise afectiva, os familiares com quem os coronários declaram que poderiam contar são os *filhos* (24.6 %), a *mãe* (9.4 %) ou o *pai* (7.5 %); no grupo de controlo, a *esposa* (21.8 %), a *mãe* (12.7 %) ou um *irmão* (17.0 %). Parece de interesse realçar a relação preferencial que os sujeitos não-coronários estabelecem com o cônjuge, ao contrário dos coronários, que apesar de não contarem com uma menor proporção significativa de casados (82.5 % contra 85.4 %), só em 5.7 % dos casos declaram poder contar com a esposa como suporte numa crise emocional, o que se afigura sintomático das lacunas comunicacionais existentes no próprio seio da família dos pacientes coronários.

No que toca às redes sociais estabelecidas no local de trabalho, não se verificam diferenças significativas entre os coronários e os não-coronários no que respeita à sua existência, embora os não-coronários apresentem uma maior proporção de sujeitos que declaram ser capazes de ter com colegas de trabalho conversas sobre assuntos íntimos (61.5 % do grupo de controlo contra 53.3 % dos indivíduos do grupo clínico; diferença n. s.).

De assinalar, todavia, que se verifica uma diferença significativa no que respeita à extensão das redes de comunicação íntima no local de trabalho: os não-coronários comunicam intimamente com um *maior número* de colegas do que os coronários (= 2.56;  $p < .012$ ). No que respeita à comunicação

sobre assuntos profissionais e pessoais ou ao convívio social com colegas fora do local de trabalho, não se registam diferenças apreciáveis entre os grupos.

Mas no plano das relações sociais com pessoas que não são colegas de trabalho a questão reveste-se de uma forma distinta: quase todos os não-coronários contam com pelo menos uma pessoa com quem conversam sobre assuntos da vida (90%), contra 67.4% dos coronários, o que significa que 32.6% dos indivíduos do grupo clínico declaram não ter ninguém com quem conversar fora do local de trabalho ( $\chi^2 = 7.42$ ;  $p < .006$ ), conforme se pode ver no Quadro III.

Paralelamente, 84.3% dos não-coronários contam com pelo menos uma pessoa em quem se apoiar em caso de um problema sério da vida, contra 64,6% dos coronários que declaram não poder contar com o apoio de alguém para resolver um assunto grave para eles ( $\chi^2 = 5.1$ ;  $p < .03$ ). E enquanto 88% dos não-coronários declaram existir pelo menos uma pessoa com quem falam de assuntos íntimos que os preocupam, 36.7% dos coronários não falam de problemas pessoais com ninguém ( $\chi^2 = 8.24$ ;  $p < .004$ ).

As diferenças são também marcadas relativamente ao ter ou não ter um grupo regular de amigos: enquanto 70.4% dos indivíduos do grupo de controlo declaram conviver regularmente com um grupo de amigos, só 50.9% dos coronários têm um

grupo de amigos ( $\chi^2 = 4.23$ ;  $p = <.04$ ). Não existem diferenças na extensão desses grupos de amigos, que comportam em média 6.2 pessoas no caso dos não-coronários e 5.3 pessoas no caso dos coronários.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Como se referiu, os coronários percebem o seu ambiente familiar na infância e na adolescência de uma forma mais negativa do que os não-coronários. No entanto, não se encontraram diferenças significativas na percepção que os indivíduos de um e outro grupo têm das suas relações com a mãe e com o pai, ou dos pais entre si. Os conflitos não são portanto pessoalizados, embora os resultados obtidos indiquem a sua existência. Este aparente paradoxo pode corresponder a um padrão de não-comunicação no sistema familiar que se transmite por aprendizagem de geração em geração.

Nos coronários constata-se mais sintomatologia depressiva e ansiosa (tensão, irritabilidade, insónia, ansiedade, tédio, falta de desejo sexual), que parece poder ser reactiva à situação de doença. Aliás, nada indica que a personalidade pré-mórbida dos DC se caracterize pela existência de traços depressivos, os

Quadro III  
Redes de suporte social

		Não contam com ninguém		Contam com pelo menos uma pessoa		$\chi^2$	p
		Não-cor.	Coron.	Não-cor.	Coron.		
No local de trabalho	Assuntos profissionais	29.8 %	27.9 %	70.2 %	72.1 %	0.39	n. s.
	Assuntos pessoais	34.0 %	43.2 %	66.0 %	56.8 %	0.83	n. s.
	Convívio social	39.6 %	29.3 %	60.4 %	70.7 %	1.04	n. s.
	Conversas íntimas	38.5 %	27.9 %	61.5 %	46.7 %	2.15	n. s.
Fora do local de trabalho	Conversas sobre a vida	10.0 %	32.6 %	90.0 %	67.4 %	7.42	.006
	Auxílio para resolução de problemas	15.7 %	35.4 %	84.3 %	64.6 %	5.10	.030
	Conversas íntimas	12.0 %	36.7 %	88.0 %	63.3 %	8.24	.004

quais por si não dispõem à manifestação das DC (Mathews, 1988). Por outro lado, os pacientes coronários exprimem com mais intensidade do que os não-coronários o desejo de ter mais amigos, a absorção total pelo trabalho ou sentimentos de solidão, que reflectem o padrão comportamental pré-mórbido da DC.

Os nossos resultados confirmam o padrão de não-comunicação interpessoal e as lacunas nas redes sociais de suporte dos coronários, que traduzem o «hábito interno» de enclausuramento das emoções e afectos. O não-recorso a amigos e o recurso prioritário aos filhos e a marginalização da esposa em situação de crise afectiva demonstram as dificuldades de partilha interpares dos doentes coronários em tudo o que se ligue às suas problemáticas pessoais.

Este padrão de isolamento comunicacional, longe de ser uma mera faceta colateral ao perfil dos coronários, é antes um elemento central do seu risco para o desenvolvimento clínico da DC.

O incremento da comunicação interpessoal e a consolidação das redes sociais de suporte surgem portanto como importantes factores preventivos da DC. Todas as medidas que promovam nos espaços de vida dos cidadãos as oportunidades de comunicação e de suporte social positivo deverão, assim, ser encaradas enquanto verdadeiras medidas de prevenção primária dos riscos de saúde física e mental, exigindo uma colaboração interdisciplinar que transborda as fronteiras clássicas da medicina.

No plano da vida urbana, há que implementar *morfologias de construção* facilitadoras das comunicações interpessoais, ou seja: espaços construídos que activamente promovam as oportunidades de contactos sociais que estão na base da consolidação de redes sociais locais, ou que respeitem as redes pré-existentes, o que se aplica ao caso dos realojamentos em massa de populações de bairros degradados em novos espaços *sociopetos* e não *sociofugos* e é importante a colaboração dos técnicos de saúde mental com os projectistas e decisores urbanos, no sentido de em conjunto laborarem para a minimização ou mesmo eliminação dos factores psicopatogénicos da vida urbana.

No plano das *práticas educacionais precoces*, muito pode também ser feito no sentido do desenvolvimento de estilos de sociabilidade positiva e de relações interpessoais reciprocamente suportantes, quer no plano intrafamiliar (práticas de comunicação aberta e de confiança entre os membros da família),

quer no plano da promoção das redes sociais infantis e adolescentes como veículo por excelência de socialização extra-familiar. Mais uma vez, a própria morfologia urbana pode aqui intervir como facilitadora dessas redes sociais informais, proporcionando a multiplicação de espaços de apropriação secundária que constituam o terreno de desenvolvimento desses grupos primários, nas áreas de residência. É importante reconhecer que existe uma ecologia social das doenças coronárias.

No plano da prevenção secundária e terciária, o estabelecimento duma relação médico-doente tão próxima quanto possível, no tempo, do início da crise DC (se possível nos próprios Cuidados Intensivos) vai constituir um espaço privilegiado de dinâmica afectiva e emocional. Possibilita ao médico um conhecimento melhor da pessoa doente, mormente da sua maneira de ser (estrutura da personalidade e defesas caracteriais) e de estar na saúde (antecedentes pessoais e sociofamiliares) e na doença (reação e adaptação). A continuidade da relação terapêutica, *constitui um módulo eficaz de suporte social*. Deverá adequar o tratamento cardiológico à personalidade dos pacientes e ao seu estilo de vida, para evitar *drop-outs* na complacência às indicações prescritas.

Paralelamente, alguns autores como Rahe et al. (1973; 1975), Ibrahim (1975), Machado Nunes (1989), propõem uma abordagem psicoterapêutica grupal dos pacientes coronários. Rahe e colaboradores utilizaram inicialmente a terapia grupal com um número limitado de sessões (6 no máximo) pela conveniência de conseguir um corpo substancial de informação sobre antecedentes da DC, experiência de hospitalização, regresso a casa e actividade profissional. Verificaram ainda, tal como Ibrahim e colaboradores, o melhor prognóstico (menos re-enfartes e menos mortes) dos pacientes em terapia grupal.

O modelo de terapia grupal utilizado, no Instituto do Coração era também alargado aos cônjuges, inserindo-se no Programa Integrado de Recuperação de doentes coronários. A dimensão terapêutica desta abordagem consiste fundamentalmente em facilitar a expressão emocional e afectiva das vivências ligadas à DC, assim como possibilitar a verbalização de fantasias sobre a doença e o seu tratamento.

Os benefícios clínicos evidenciados na aproximação grupo-terapêutica concordam com as constatações do presente estudo. Estes tratamentos promovem o preenchimento das lacunas de comunicação social dos pacientes com DC.

## BIBLIOGRAFIA

- BERLE, B. B.; R. M. PINSKY; S. WOLF e WOLFF, H. G. (1952) — «A clinical guide to prognosis in stress diseases», *J. Am. Medical Association*, 149: 1624-1628.
- BERKMAN, L. F. e SYME, S. L. (1979) — «Social networks, host resistance and mortality: a 9 year follow-up study of Alameda County residents», *Amer. J. of Epidemiology*, 190: 186-204.
- BRACKEN, M. B.; M. BRACKEN e LANDRY, A. B. (1977) — «Patient education by videotape after myocardial infarction: an empirical evaluation», *Arch. Phys. Medic. and Rehabilitation*, 58 (5): 213-219.
- BROWN, G. e HARRIS, R. (1978) — *Social origins of depression*, Tavistock, London.
- CAMPBELL, A. (1981) — *The sense of well-being in America*, McGraw-Hill, N. Y..
- CAPLAN, R. D.; E. ROBINSON; J. FRENCH; J. CALDWELL e SHINN, M. (1976) — *Adhering to medical regimens: pilot experiments in patient education and social support*. Univ. of Michigan, Ann Arbor.
- CASSELL, J. (1974) — «Psychological process and stress: theoretical formulations», *Int. J. Health Services*, 4: 471-482.
- DAVIS, K. (1982) — «World Urbanization», *Population Monograph Series*, n.º 9, University of California, Berkeley.
- DE ARAÚJO, G.; P. VAN ARSDEL; T. M. HOLMES e DUDLEY, D. (1973) — «Life change, coping ability and chronic intrinsic asthma», *J. Psychosomatic Research*, 17: 359-363.
- DEMBROSKY, T. M.; MACDOUGALE, M.; WILLIAMS, R. B.; MANUY, T. L. e BLUMENTHAL, J. A. (1985) — «Components of type A, hostility and anger-in: relationship to angiographic findings», *Psycho. Med.*, 47: 219-233.
- DIMATTEO, M. R. e HAYS, R. (1981) — «Social support and serious illness», in B. Gottlieb, *Social Networks and Social Support*, Sage, Beverly Hills.
- DIMSDALE, J. E. (1988) — «Research links between Psychiatric and Cardiology: hipertension, type A behaviour, sudden death, and the psychology of emotional arousal», *Gen. Hosp. Psychiatric*, 10: 328-338.
- DZAU, R. e BOELIME, A. (1978) — «Stroke rehabilitation: a family team education program», *Arch. Physiological Medicine and Rehabilitation*, 79: 236-239.
- EARP, J. A. L. (1979) — «The effects of social support and health professional home visits on patient adherence to hypertension regimens», *Preventive Medicine*, 8(2): 155.
- EISEMANN, M. (1984) — «The relationship of personality to social network aspects and loneliness in depressed patients», *Acta Psych. Scand.*, 70: 337-341.
- FLEMING, R. e BAUM, A. (1986) — «Social support and stress: the buffering effects of friendship», in V. Derlega e B. A. Winstead (Eds.), *Friendship and Social Interaction*, Springer, N. Y..
- FINLAYSON, A. (1976) — «Social networks as coping resources: Lay help and consultation patterns used by women in husbands' post-infarction career», *Social Science and Medicine*, 10: 97-103.
- GARRITY, T. F. (1973) — «Vocational adjustment after first myocardial infarction», *Social Science and Medicine*, 7: 705-717.
- GASPAR, J. (1979) — *Portugal em Mapas e Números*, Horizonte, Lisboa.
- GIL, J.; REAL, T.; MACHADO NUNES, J. M. e SEABRA GOMES, R. (1987) — «Personalidade e doença coronária: hostilidade e comportamento como factores de risco», *Revista Port. de Cardiologia*, 6: 423-425.
- GODINHO, V. M. (1971) — *A Estrutura da Antiga Sociedade Portuguesa*, Arcádia, Lisboa.
- GORE, S. (1978) — «The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment», *J. Health Soc. Behaviour*, 19: 157-165.
- GOTTLIEB, B. (1981) — *Social Networks and Social Support*, Sage, N. Y..
- HUSAINI, B. A. e NELL, J. A. (1982) — «The stress buffering of social support and personal competence among the rural married», *J. Comm. Psychology*, 10: 409-426.
- IBRAHIM, M. A.; FELDMAN, J. B. e SULTZ, M. A. (1972) — «The management of myocardial infarction: a controlled study of the effects of group therapy upon prognosis» (Comunicação), *Conference on Cardio Vascular Epidemiology*, Tampa, 1972.
- JÄRVINEN, K. A. J. (1965) — «Can ward rounds be a danger to patients with myocardial infarction?», *Brit. Medical Journal*, 1: 318-320.
- KAPLAN, B. M.; J. C. CASSELL e GORE, S. (1977) — «Social support and health», *Medical Care*, 15: 47-58.

- LAPLANTINE, F. (1973) — *Etnopsiquiatria*, Vega, Lisboa.
- LEVI, L. e ANDERSON, L. (1975) — *Psychosocial Stress*, Spectrum Publications, N. Y..
- LIN, N.; A. DEAN e ENSEL, W. (1987) — *Social Support, Life Events and Depression*, Academic Press.
- MACHADO NUNES, J. M. (1989) — «Terapia Grupal de Coronários», in *Seminário de Psicoterapias e Psicossomática*, Dpt. de Psiquiatria e Saúde Mental, Faculdade de Ciências Médicas, UNL.
- MARTY, P. (1976) — «Les mouvements individuels de Vie et de Mort», Payot, Paris.
- OLIVEIRA MARQUES, A. H. (1976) — *História de Portugal*, Vol. II, Palas Editores, Lisboa.
- PÁDUA, F. (1989) — «Luta contra a hipertensão à escala nacional», *Rev. Port. Clin. e Terap.*, 11: 163-174.
- PAGEL, M. D.; W. ERDLY e BECKER, J. (1987) — «Social networks: we get by (and in spite of) a little help from our friends», *J. Pers. Social Psychology*, 53 (4): 793-804.
- RACHE, R. H.; TUFFLI, C. F.; SUCHOR, R. J. e ARTHUR, R. J. (1973) — «Group therapy in the out patient management of post-myocardial infarction patients», *Psychiatric in Med.*, 4: 77-88.
- ROBERTSON, E. K. e SUINN, R. (1968) — «The determinations of rate of progress of stroke patients through empathy measures of patient and family», *J. Psychosomatic Research*, 12: 189-191.
- ROOK, K. S. (1984) — «Promoting Social Bonding», *American Psychologist*, 39 (12): 1389-1407.
- SOCZKA, L. (1986) — *A perspectiva ecológica em Psicologia: contribuição para o estudo da ecologia social de um bairro de lata*, LNEC, Lisboa.
- SOCZKA, L.; A. PEREIRA; E. BOAVIDA e MACHADO, P. (1988) — «Children of Musgueira: a study on the social ecology of a shanty-town», in D. Canter, J. Jesuíno, L. Soczka e G. Stephenson, *Environmental Social Psychology*, Kluwer Academic Publisher, London.
- WELLMAN, B. (1976) — *Urban Connections*, University of Toronto, Toronto.