

LUCIANA KRAUSS REZENDE

**SUPORTE SOCIAL PARA IDOSOS PORTADORES DE
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Iranilde José Messias
Mendes

**FRANCA
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LUCIANA KRAUSS REZENDE

SUPORTE SOCIAL PARA IDOSOS PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Presidente: _____
Prof(a). Dra. Iranilde José Messias Mendes
Universidade de Franca

Titular 1: _____
Prof(a). Dr(a).
Universidade

Titular 2: _____
Prof(a) Dr(a).
Universidade de Franca

Franca, ____/____/2006.

***DEDICO** este estudo aos meus pais José Renato e Marcela, pela inestimável confiança depositada na minha educação.*

Agradecimento especial

À Dra. Iranilde José Messias Mendes pelo incansável estímulo e valiosas orientações ao longo do período de elaboração deste trabalho e, sobretudo, por toda atenção, paciência e amizade que estiveram presentes em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos Renata e Marcelo, por fazerem parte da minha vida.

Ao Prof. Dr. Luís Fernando Barca, por toda paciência e cuidado durante a realização da análise estatística.

À Doutoranda Patrícia de Sá Barros, pela grande amizade e pela disponibilidade com que sempre me ajudou.

À Mestre Cíntia Kallás Bachur, pela colaboração na realização deste estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de mestrado.

RESUMO

REZENDE, Luciana Krauss. **Suporte social para idosos portadores de insuficiência cardíaca**. 2006. 75 f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde) – Universidade de Franca, Franca-SP.

Com o envelhecimento populacional as doenças cardiovasculares têm se apresentado nas últimas décadas, em proporções expressivas dentre as causas de morbidade e mortalidade. Na Insuficiência Cardíaca ocorre anormalidade da função cardíaca com conseqüente falência do coração em bombear sangue aos tecidos, elevando as pressões do coração (NEGRÃO et al., 2004). No intuito de avaliar as implicações nas mudanças do estilo de vida, impostas pela doença, inclui-se o suporte social, definido por Cohen e Syme (1985), como fontes tangíveis e emocionais que são fornecidas por algumas pessoas para ajudar outras. Suporte social tem sido representado como conforto, assistência e informação que o indivíduo recebe através de conexões formais e informais, individuais ou em grupos (WALLSTON et al., 1983). O suporte social tem sido apontado como um fator na determinação da qualidade de vida do idoso cardíaco. O objetivo desta pesquisa foi identificar entre os idosos portadores de insuficiência cardíaca, internados em um hospital, a existência de suporte social e a percepção do idoso frente ao suporte social recebido. Diante do exposto perguntamos: Nossos pacientes idosos recebem suporte social para obter uma boa qualidade de vida? Esse suporte social é satisfatório ou insatisfatório para esses pacientes? O estudo foi realizado na Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca (Hospital do Coração Octávio Quércia), uma vez que os 20 participantes tinham sido internados por alguma intercorrência, na instituição citada. Em nosso estudo, observamos que os chefes e/ou colegas de trabalho são fontes inexistentes e os profissionais da saúde e outros oferecem pouco apoio, porém expressivo. Como falar em avanço na qualidade e ações de saúde, se em nosso estudo os pacientes nem reconhecem os profissionais da saúde como classe que oferece apoio social? Os pacientes desconhecem suas ações e os seus benefícios. Pela pesquisa foi possível observar que a solidariedade dos vizinhos e amigos está presente, sendo um bom indicador de apoio. Pôde-se inferir que a coesão social é diretamente proporcional à baixa renda e escolaridade. A baixa escolaridade supõe um elevado grau de conformismo e satisfação com o suporte social recebido. Finalmente, constatou-se que os pacientes estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o suporte social recebido, estes majoritariamente realizados por familiares seguidos por amigos e vizinhos. Somente 10% dos pacientes se referiram aos profissionais de saúde. Quanto à percepção pelo paciente do suporte social, ficou claro que ele é entendido como sinônimo de ajuda familiar e de amigos e vizinhos.

Palavras-chave: insuficiência cardíaca; qualidade de vida; suporte social; idoso.

ABSTRACT

REZENDE, Luciana Krauss. **Social support for elderly people in case of cardiac insufficiency.** 2006. 75 f. Dissertation (Master's Degree in Health Promotion) – Universidade de Franca, Franca-SP.

With the populations aging, the cardiovascular illnesses have presented in the last decades in large rations, amongst the causes of morbid and mortality. In the Cardiac Insufficiency occurs abnormality of the cardiac function followed by bankruptcy of the heart in pumping blood to tissues, raising the heart pressures (NEGRÃO et al., 2004). In intention to evaluate the implications in the life style changes, imposed by the illness, the social support is included, defined by Cohen and Syme (1985), as tangible and emotional sources that are supplied by some people to help others. Social support has been represented as comfort, assistance and information that the individual receives through formal and informal connections, individual or in groups (WALLSTON et al., 1983). The social support has been pointed as a factor in the determination of the quality of life of elderly cardiac people. The main objective of this research was to identify elderly people in case of cardiac insufficiency, interned in a hospital, the existence of social support and the perception of the elderly front to the social support received. According to this we tried to answer the followings questions: Our elderly patients receive social support to get a good quality of life? This social support is satisfactory or unsatisfactory for these patients? The study took place in the *Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca / Civil Foundation Franca House of Mercy (Hospital do Coração Octávio Quércia / Heart Hospital Octávio Quércia)*, since the 20 participants had been interned for some intercurrency, in the mentioned institution. In our study, we observed that the heads and/or fellow workers are inexistent sources of support, and the health professionals and others offer little support, however expressive. How to say about development in the health quality and action, if in our study the patients not even recognize the health professionals as a group that offers social support? The patients are unaware of its action and its benefits. According to the research results was possible to observe that the solidarity of the neighbors and friends were pointed out by the elderly ones as a good source of support. As result of the research we got to be inferred that the social cohesion is directly proportional to the low income and study level. Low scholastic assumes one high degree of conformism and satisfaction with the social support received. Finally, it was evidenced that the patients are satisfied or very satisfied with the social support received, which are mainly carried through by familiar members, followed by friends, and neighbors. Only 10% of the patients related the health professionals to social support. About the perception by the patient of the social support, it was clearly that it is understood as synonymous of familiar, friends, and neighbors aid.

Key words: cardiac insufficiency; quality of life; social support; elderly.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 — Caracterização dos sujeitos da pesquisa (pacientes com IC)	38
Quadro 2 — Distribuição das respostas dos pacientes com IC às questões de 1 a 5 da escala de suporte social	42
Quadro 3 — Distribuição das respostas dos entrevistados às questões de 1.1 a 5.1 da escala de suporte social	46
Quadro 4 — Distribuição das respostas ao questionário complementar às questões de 1 a 5.1 da escala de suporte social	49
Quadro 5 — Distribuição das respostas dos pacientes com IC às questões de 6 a 11 da escala de suporte social	52
Quadro 6 — Distribuição das respostas dos pacientes com IC às questões de 6.1 a 11.1 da escala de suporte social	56
Quadro 7 — Distribuição das respostas ao questionário complementar às questões de 6 a 11.1 da escala de suporte social	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Distribuição dos pacientes segundo grupo etário e sexo	39
Tabela 2 — Distribuição dos pacientes segundo a escolaridade	40
Tabela 3 — Distribuição dos pacientes segundo ocupação antes da aposentadoria	40
Tabela 4 — Distribuição dos pacientes segundo ao estado civil	41
Tabela 5 — Distribuição da média, desvio padrão, erro padrão e intervalos de confiança das respostas dos pacientes segundo as questões de 1 a 5 da escala de suporte social	43
Tabela 6 — Distribuição das medianas com seus intervalos de confiança (95%) das respostas às questões de 1 a 5 da escala de suporte social	44
Tabela 7 — Distribuição das médias, desvios padrões, erros padrões, e intervalos de confiança das respostas das questões de 1.1 a 5.1 da escala de suporte social	47
Tabela 8 — Distribuição das medianas com seus intervalos de confiança (95%) com base nas respostas às questões de 1.1 a 5.1 da escala de suporte social	48
Tabela 9 — Distribuição das médias, desvios padrões, erros padrões, intervalo de confiança das respostas às questões de 6 a 11 da escala de suporte social	53

Tabela 10 — Distribuição das medianas com seus intervalos de confiança (95%) das respostas às questões de 6 a 11 da escala de suporte social	54
Tabela 11 — Distribuição das médias das respostas às questões de 6.1 a 11.1 da escala de suporte social	57
Tabela 12 — Distribuição das medianas com seus intervalos de confiança (95%) das respostas às questões de 6.1 a 11.1 da escala de suporte social	58
Tabela 13 — Distribuição da análise da correlação com a satisfação, coeficiente de Pearson e valor de P	61

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 — Distribuição das médias e intervalos de confiança (95%) para as respostas dos pacientes com IC às perguntas de 1 a 5 da escala de suporte social	44
Figura 2 — Distribuição das medianas com os intervalos de confiança (95%) das respostas dos pacientes com IC às questões de 1 a 5 da escala de suporte social	45
Figura 3 — Distribuição das médias e intervalos de confiança (95%) para as respostas das perguntas de 1.1 a 5.1 da escala de suporte social	47
Figura 4 — Distribuição das medianas com os intervalos de confiança (95%) das respostas às questões de 1.1 a 5.1 da escala de suporte social	48
Figura 5 — Distribuição percentual das respostas ao questionário complementar às questões de 1 a 5.1 da escala de suporte social	50
Figura 6 — Distribuição das médias e intervalos de confiança para questões de 6 a 11 da escala de suporte social	53
Figura 7 — Distribuição das medianas com intervalos de confiança (95%) das respostas às questões de 6 a 11 da escala de suporte social	54
Figura 8 — Distribuição das médias e intervalos de confiança para questões de 6.1 a 11.1 da escala de suporte social	57

Figura 9 — Distribuição das medianas com os intervalos de confiança (95%) das respostas às questões de 6.1 a 11.1 da escala de suporte social 58

Figura 10 — Distribuição percentual das respostas ao questionário complementar às questões de 6 a 11.1 da escala de suporte social 60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IC: Insuficiência cardíaca

ICC: Insuficiência cardíaca congestiva

FC: Frequência cardíaca

DC: Débito cardíaco

NYHA: New York Heart Association

DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1 REVISÃO DE LITERATURA	17
1.1 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO IDOSO	17
1.2 SUPORTE SOCIAL PARA O IDOSO	19
1.3 FISIOPATOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	22
1.4 FATORES DE RISCO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA.....	25
2 OBJETIVOS	28
3 METODOLOGIA	29
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	29
3.2 LOCAL DO ESTUDO	29
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
3.4 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS	30
3.5 PROCEDIMENTOS DA COLETA E DA ANÁLISE DE DADOS.....	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE E ANEXO	72

INTRODUÇÃO

Concluí meu curso de graduação em Fisioterapia pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP – no ano de 2001. Como discente me apaixonei pelas áreas de Cardiologia e Geriatria. Já formada, fiz especialização em Fisioterapia Córdio-respiratória no ano de 2002 pela mesma universidade.

Com o interesse de aprimorar meus conhecimentos, consegui um estágio voluntário no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP-USP, junto ao Departamento de Cardiologia, na Reabilitação Cardiovascular da UCO (Unidade Coronariana), com participação no grupo de apoio a pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC), no período de abril a novembro de 2003.

No contato diário com os pacientes, notei o quanto a reabilitação cardiovascular é importante e necessária para eles, que se vêem fragilizados, impotentes diante da vida e na eminência da morte.

Como fisioterapeuta pude observar que a fisioterapia, tanto na fase hospitalar como no domicílio traz benefícios biológicos na recuperação dos portadores de insuficiência cardíaca, pois sabemos que a hipotrofia muscular presente nesses pacientes constitui um agravante da incapacidade funcional. Estudos revelam que os doentes hemodinamicamente compensados beneficiam-se de exercícios físicos regulares, dentro de seu nível de reserva funcional (NEGRÃO; BARRETO, 1998; OKA; DE MARCO; HASLELL, 2000).

Os doentes acamados devem ter sessões de exercícios passivos, que contribuem para reduzir a incidência de trombose venosa dos membros inferiores. Nesses casos, sob orientação do fisioterapeuta, uma pessoa da própria família pode continuar a realizar os exercícios em casa.

Pude observar ainda, que o apoio das famílias, a motivação dos profissionais da saúde e outros apoios sociais são imprescindíveis para seu bem-estar, sendo apontado com fator importante na determinação da qualidade de vida do idoso cardíaco.

Observei também que os serviços de saúde, de um modo geral, não estão atentos em aproveitar todo o potencial tanto profissional, como da comunidade e da família tendo em vista o acompanhamento às pessoas egressas de tratamento hospitalar na busca do atendimento de outros aspectos que compõem a complexidade humana: reabilitação física,

apoio social, emocional e espiritual.

O papel da fisioterapia na reabilitação desses pacientes é fato incontestável. Contudo, no presente estudo não foi meu objetivo explorar essa dimensão. Frente ao exposto e considerando a importância do suporte social na melhoria da qualidade de vida dos idosos com IC e a escassez de trabalhos sobre a temática proposta, decidi-me pelo estudo do suporte social em idosos com diagnóstico de IC, internados num hospital.

Meu interesse centrou-se em estudar a natureza dos apoios recebidos por esses pacientes após alta hospitalar.

O direcionamento do estudo terá por base os seguintes questionamentos: O que constitui o suporte social? Como os idosos percebem o suporte social? Nossos pacientes idosos recebem suporte social para obter uma boa qualidade de vida? Esse suporte social é satisfatório ou insatisfatório para esses pacientes?

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO IDOSO

Com o envelhecimento populacional as doenças cardiovasculares têm se apresentado nas últimas décadas em proporções expressivas dentre as causas de morbidade e mortalidade, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, acarretando em um aumento dos atendimentos nos serviços de saúde.

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma anormalidade da função cardíaca com conseqüente falência do coração em bombear sangue aos tecidos, elevando as pressões do coração, sendo responsável pela perda da qualidade de vida e por grande número de mortes. É a via final da maioria das enfermidades do sistema cardiovascular tais como as coronariopatias, hipertensão arterial sistêmica, entre outras (NEGRÃO et al., 2004). No Brasil, 3,2% de todas as internações hospitalares do Sistema Único de Saúde e 31% das internações cardiológicas são por IC, com gastos estimados no valor de 200 milhões de reais anualmente (KOPEL; CARVALHO; LAGE, 2004).

Do ponto de vista epidemiológico, nos EUA, 4,8 milhões de pessoas são acometidas de IC. Economicamente, a IC é o problema de saúde mais caro nos EUA e o custo está aumentando (O'CONNELL; BRISTOW, 1994).

Nos Estados Unidos da América, a mortalidade por IC, aumentou em até quatro vezes na última década, sendo diagnosticados a cada ano mais de 550.000 casos novos. A IC é a maior causa de internação e re-internação, sendo que a sua incidência de internação teve um aumento superior a 100%, de 1973 a 1995, e a taxa de mortalidade cresceu consideravelmente nas últimas três décadas (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2002).

No Brasil, estima-se que 6,4 milhões de brasileiros sofrem de IC (ROSSI NETO, 2004). Para o mesmo autor, a Insuficiência Cardíaca acarreta elevados custos hospitalares e grande número de atendimentos de emergência, além de provocar sensível perda da qualidade de vida, resultando muitas vezes em aposentadorias precoces e em altos custos para o país.

Em 2002, no Brasil, houve cerca de 398.000 internações por IC com 26.000

mortes, o que correspondeu a mais de 30% das internações e a 33% dos gastos com doenças do aparelho cardiocirculatório, tornando-se a primeira causa de internação de pacientes com mais de 65 anos no Sistema Único de Saúde (SUS). Dados do Ministério da Saúde (2004a, 2004b) apontam que a IC foi a maior causa de internação e óbitos dentre as doenças do aparelho circulatório, correspondendo a aproximadamente 29%, com custo de R\$194.575.595,97 (US\$ 6.300.000,00), sendo que o valor médio de cada internação foi de R\$554,63.

Com relação ao diagnóstico de Insuficiência Cardíaca, síndrome de limitação funcional, Regenga (2000) comenta que ela pode ser reconhecida pela análise dos seus sintomas e sinais característicos. É frequentemente acompanhada de sinais objetivos de retenção líquida traduzida por congestão venocapilar pulmonar e/ou congestão venosa sistêmica.

O referido autor coloca também que a dispnéia progressiva aos esforços é um dos mais importantes sinais da IC e pode evoluir até dispnéia em repouso e ortopnéia. Outras manifestações são a dispnéia paroxística noturna e o edema agudo de pulmão. Nos casos mais graves de insuficiência cardíaca, arritmias atriais e ventriculares podem ser freqüentes, traduzindo-se clinicamente por episódios de palpitação, síncope e pré-síncope.

Os sinais físicos de IC, ainda segundo o autor, podem incluir a presença de terceira bulha no caso de disfunção sistólica, e de quarta bulha no caso de disfunção diastólica; taquicardia em repouso ou provocada por mínima atividade física; pulso alternante indicativo de disfunção ventricular grave; sinais de hipertensão venosa sistêmica e pulmonar; estertores finos, principalmente nas bases pulmonares; turgescência jugular a 45°; ausência de colapso jugular à inspiração profunda; refluxo hepatojugular à compressão hepática; hepatomegalia dolorosa à palpação; edema de membros inferiores, edema de região do sacro, ascite e anasarca. As manifestações mais freqüentes, tais como dispnéia, edema periférico e fadiga, podem ser de difícil interpretação, especialmente em pacientes idosos, obesos, pneumopatas e mulheres.

Questões psicossociais tais como a depressão e falta de suporte social são freqüentemente negligenciadas pelos profissionais de saúde e podem levar a pobres resultados clínicos (WHOOLEY; BROWNER, 1998; KRUMHOLZ et al., 1998). Assim, os pacientes com depressão ou falta de suporte social podem não aderir ao regime medicamentoso prescrito, acarretando aumento na morbidade (CARNEY et al., 1995; McDERMOTT; SCHMITT; WALLNER, 1997).

Diante do exposto, segundo o ponto de vista de McMurray e Stewart (1998) e

Barreto (2000), a IC é uma afecção que provoca desconforto aos seus portadores, sendo uma doença limitante, mais que a diabetes ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), piorando a qualidade de vida dos mesmos.

Nos últimos anos houve um aumento de trabalhos na área de cardiologia que abordam a qualidade de vida dos portadores de Insuficiência Cardíaca de uma forma mais ampla, levando em consideração as dimensões subjetivas e objetivas, no intuito de avaliar as implicações das mudanças no estilo de vida impostas pela doença, incluindo o suporte social. Por suporte social entende-se como qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas que se conhecem e que resulta em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. Trata-se de um processo recíproco, ou seja, que gera efeitos positivos, tanto para o receptor como também para quem oferece o apoio. Desse processo se apreende que as pessoas necessitam umas das outras (MINKLER, 1985).

1.2 SUPORTE SOCIAL PARA O IDOSO

Estudos têm revelado uma associação positiva entre o suporte social, adesão ao exercício físico e qualidade de vida. Suporte social tem sido definido por Cohen e Syme (1985) como fontes tangíveis e emocionais que são fornecidas por algumas pessoas para ajudar outras. Suporte social tem sido representado como conforto, assistência e ou informação que o indivíduo recebe através de conexões formais e informais, individuais ou em grupos (WALLSTON et al., 1983).

Informações sobre a percepção do indivíduo acerca do relacionamento entre suporte social e saúde, são escassas. No entanto, diferenças significativas entre avaliação do suporte social e saúde percebida, em particular, já foram documentadas. Membros de uma rede social podem suportar mais, que indivíduos cujas percepções são negativas (BOSWORTH et al., 2000).

Estudos têm apontado a associação entre suporte social e níveis de saúde e/ou a presença de suporte social funcionando como agente “protetor” frente ao risco de doenças induzidas por estresse (MATSUKURA; MARTURANO; OISHI, 2002).

Pesquisadores na área apresentam uma estrutura teórica dos aspectos presentes no domínio do suporte social, que podem estar relacionados à saúde ou ao estresse. Os três grandes aspectos propostos seriam: relacionamentos sociais (existência, quantidade, tipo);

suporte social (tipo, fonte, quantidade, qualidade); rede social (tamanho, densidade, reciprocidade, intensidade, dentre outros). Em relação ao segundo grande aspecto, considera-se “fonte” a identificação do relacionamento estabelecido com o provedor de suporte, como, por exemplo, família e amigos (MATSUKURA; MARTURANO; OISHI, 2002).

Para Matsukura, Marturano e Oishi (2002) ressalta-se que o suporte social deve ser considerado como um modelo com três componentes conceituais distintos, ou seja, recursos de rede de suporte, comportamento suportivo e avaliação subjetiva do suporte.

Estudos americanos apontam que as características do direcionamento da rede social são importantes para manutenção da saúde física e longevidade. A frequência do contato social, o número de pessoas disponíveis e as atividades sociais possuem um substancial efeito na saúde e sobrevivência das pessoas (ORTH-GOMER; UNDEN, 1987).

Por exemplo, Krumholz, Butler e Miller (1998) encontraram que entre pacientes idosos hospitalizados com Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), a ausência de suporte emocional, isto é, disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional, medido antes da admissão, foi um forte fator de risco independente de ocorrência de eventos cardiovasculares fatais no ano após a admissão. Mulheres com suporte social inadequado apresentaram três vezes mais re-hospitalização por ICC ou angina no ano seguinte, do que as mulheres que tiveram amplo suporte.

A participação de familiares de pacientes nos programas de reabilitação cardíaca tem sido de extrema importância. Em estudo realizado por Dantas, Stuchi e Rossi (2002), foi constatado que o processo de recuperação do doente cardíaco, longe da segurança do ambiente hospitalar, é um dos aspectos que preocupam os familiares na volta para casa. Pesquisas prévias têm sugerido que membros da família são fontes ideais de suporte social para pacientes idosos com doença cardíaca (FRIEDMAN, 1993).

O envolvimento do cuidador de saúde é frequentemente necessário no cuidado de pacientes com ICC, permitindo que os pacientes tenham auto-cuidado, sem ter que ser admitidos por um longo tempo por uma instituição de cuidado. Em pacientes sem suporte social ou família adequada, aumentar a vigilância por todos os cuidadores de saúde pode reduzir a alta taxa de re-hospitalização, e reduzir o número de indivíduos com ICC que dependem de cuidados a longo prazo (McMURRAY; STEWART, 1998).

Suporte social e recursos pessoais de enfrentamento podem contribuir na variabilidade do impacto da doença crônica sob o estado mental. Pacientes crônicos, que possuem um considerável suporte social e tem uma elevada auto-eficácia e auto-estima, possuem um risco menor de desenvolverem depressão pura (PENNINX, 1999).

Segundo Bosworth et al. (2000), nas experiências individuais dos doentes cardíacos, há um potencial para ruptura de seu sistema de suporte social, o que também pode ser visto na qualidade de vida desses indivíduos. Rupturas no sistema de suporte social podem levar a redução na rede de suporte e prováveis repercussões na saúde psicológica e biológica desses pacientes. A atividade social tem mostrado diminuir a mortalidade (STRUTHERS et al., 2000). Uma vez que participando de atividades sociais envolvendo contatos sociais freqüentes, o suporte social está geralmente disponível.

Ressaltamos ainda no que se refere ao conceito de apoio social (suporte social), ele tem sido muito discutido quando o tema é Doença Coronariana e sua prevenção. Em alguns estudos, a presença de apoio vindo da família, principalmente do cônjuge, tem sido salientado no que se refere à reabilitação do paciente cardíaco. As atividades referidas pelos pacientes como sendo de maior apoio foram aquelas relacionadas ao estímulo para mudanças de comportamento, tais como: preparar dietas saudáveis, auxiliar nas tarefas domésticas, encorajá-los para participarem de atividades esportivas e de lazer, aliviando o estresse (DANTAS; AGUILLAR, 1999; BOUTIN-FOSTER, CHARLSON, 2002).

É também importante encaminhar pacientes com ICC a programas de reabilitação cardíaca. Entende-se por Reabilitação Cardíaca a prática de procedimentos que objetivem a melhora do desempenho físico, psicológico e social em portadores de doenças cardíacas. Reabilitação cardíaca tem mostrado melhorar o bem-estar psicológico e fornecer suporte emocional (SIMON-WEINSTEIN, 1999). Programas de reabilitação cardíaca fornecem avaliação cardíaca contínua e educação incluindo avaliação nutricional, aconselhamento sobre consumo de álcool e instruções sobre o processo da doença e medicamentos. O comparecimento em programas de reabilitação cardíaca tem também mostrado melhorar a aceitação da doença (SIMON-WEINSTEIN, 1999). Infelizmente, poucos pacientes com ICC são encaminhados a esses programas (JENSEN; KING, 1997).

Estes programas de reabilitação cardíaca existem no Brasil, e mesmo havendo grande disparidade entre os serviços de reabilitação cardíaca no que se refere à disponibilidade de recursos materiais e de pessoal, o custo do serviço prestado é muito inferior ao dos serviços de reabilitação norte-americanos aqui usados como referência. Dessa forma, podemos inferir que a relação custo/efetividade dos nossos programas de reabilitação cardíaca seja muito mais favorável do que a dos norte-americanos.

Conseqüentemente, deve ser amplamente difundida a reabilitação cardíaca no tratamento eficiente dos pacientes com doença cardiovascular e incentivada a proliferação de programas no território Nacional (DIRETRIZ DE REABILITAÇÃO CARDÍACA, 2005).

1.3 FISIOPATOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A abordagem da IC vem sofrendo intensa modificação nos últimos anos. A compreensão de mecanismos fisiopatológicos, principalmente moleculares, induziu a uma compreensão dessa síndrome.

Definições iniciais referiam-se às alterações hemodinâmicas decorrentes da falência do músculo cardíaco como bomba de sangue, dando ênfase na presença de sintomas e sinais sugestivos de IC (CONSOLIM-COLOMBO; ATALA, 2004).

Stocco e Barreto (2000) referem que esse modelo hemodinâmico cedeu lugar para o neuro-humoral, resultando então numa melhor compreensão dos sinais e sintomas que compõem o quadro clínico desta síndrome, bem como causaram profundos reflexos no manejo terapêutico destes pacientes, resultando não somente uma melhor qualidade de vida, mas também reduzindo a mortalidade dos pacientes com IC.

De acordo com American Heart Association (2002), de forma simplificada, a classificação atual da IC engloba os seguintes estágios:

- *Estágio A*: pacientes com alto risco para desenvolver IC pela presença de fatores de risco (Hipertensão arterial sistêmica, diabetes, obesidade). Não há alterações cardíacas estruturais ou funcionais identificáveis; sem sinais e sintomas.
- *Estágio B*: desenvolvimento de doença estrutural cardíaca (hipertrofia ventricular Esquerda) fortemente associada à progressão para IC, mas não existem sinais clínicos.
- *Estágio C*: Presença de sinais clínicos de IC associados à doença estrutural cardíaca (hipertrofia ventricular esquerda com disfunção sistólica e ou diastólica); controlados com medicação.
- *Estágio D*: avançada doença estrutural cardíaca e sintomas refratários de IC congestiva (hipertrofia ventricular esquerda com disfunção sistólica avançada); nesse estágio, podem ser indicadas intervenções associadas aos medicamentos, como cirurgias cardíacas, transplante e bombas externas cardíacas.

Por outro lado, os novos recursos diagnósticos não tiraram a importância da análise dos sinais e sintomas, encontrados nos pacientes com IC. Pelo contrário, vieram

acrescentar mais elementos para o raciocínio clínico, uma vez que não existe um exame complementar sequer, que por si só, faça o diagnóstico de IC (STOCCO; BARRETO, 2000).

Para esses mesmos autores, o primeiro passo para que seja feito de forma correta o diagnóstico desta síndrome, é obter uma história bem feita e um exame físico criterioso. Utilizar a seguinte divisão, relativa aos sinais e sintomas da IC, em associação com a classificação:

- Sinais atribuíveis ao próprio coração: taquicardia, ritmo de galope, alternância cardíaca, pulso alternante, intolerância aos esforços, cardiomegalia e algumas arritmias.
- Sinais e sintomas indicativos de Insuficiência Ventricular Esquerda: dispnéia de esforço, ortopnéia, tosse, expectoração, asma cardíaca, edema pulmonar agudo, cianose, fadiga, fraqueza, alguns sintomas de baixo fluxo cerebral como: insônia, confusão mental.
- Sinais e sintomas que caracterizam Insuficiência Ventricular Direita: ingurgitamento jugular, hepatomegalia congestiva, refluxo hepatojugular, edemas, derrame pleural, sintomas gastrointestinais (náuseas, vômitos, sensação de plenitude pós-prandial, anorexia).
- Evidências de hiperatividade adrenérgica: vasoconstrição periférica, frialdade e cianose de extremidades, aumento da pressão diastólica, sudorese, arritmias.

Segundo os referidos autores, com esses elementos, o diagnóstico da IC poderá ser feito sem dificuldade. Não é incomum deparar-se com pacientes que apresentam um ou pouco sintomas que lembram esta possibilidade. Os referidos autores recomendam uma análise dos estágios, sinais e sintomas para classificar a IC. Essa análise vai facilitar o diagnóstico quando se tratar de sintomas comumente apresentados. Neste caso, os idosos fazem parte do grupo em que o diagnóstico é mais difícil, pois as manifestações clínicas da IC nos idosos diferem dos mais jovens.

Ainda no entender de Stocco e Barreto (2000), o diagnóstico é mais difícil devido à influência dos hábitos ou presença de condições concomitantes que podem imitar ou mascarar a IC à medida que causam, por exemplo, tosse crônica, náusea, vômitos, fadiga, dispnéia, estertores de base ou edema. Por outro lado, no idoso a IC pode exteriorizar-se por manifestações atípicas que incluem distúrbios do sono, paladar e até alterações comportamentais. Sendo assim, esses autores esclarecem que se tem procurado critérios mais

seguros para o diagnóstico da IC. Além dessa análise apresentada por eles, outros critérios têm sido citados pelos mesmos. Um deles é o critério de Boston, de fácil aplicabilidade, pois apenas requer a história, o exame físico e uma radiografia de tórax. O outro é o critério de Framingham que é definido na presença de dois sintomas maiores ou um sinal maior e dois menores (STOCCO; BARRETO, 2000).

Embora a utilização de critérios seja muito criticada, por não permitir o diagnóstico em todos os casos, eles têm se mostrado de utilidade em muitos casos de dúvida.

Entretanto, é importante ressaltar que o criterioso acompanhamento dos pacientes, analisando a evolução, novas manifestações clínicas e resposta ao tratamento permitem diagnosticar com maior precisão os portadores de IC.

Para Stocco e Barreto, 2000, a importância de se determinar a capacidade funcional dos pacientes cardiopatas é inegável, principalmente visando avaliar resultados de terapêutica medicamentosa, terapêutica física, intervenções cirúrgicas e até mesmo para fins médico-trabalhistas.

Em 1964, surgiu a primeira classificação funcional da IC pela New York Heart Association (NYHA) que foi posteriormente modificada ao longo do tempo e basicamente leva em conta os sintomas e a limitação para execução de atividades físicas (STOCCO; BARRETO, 2000).

Para Stocco e Barreto (2000), a classificação do NYHA vem sendo empregada na avaliação clínica da capacidade funcional dos cardiopatas. Entretanto, seu valor é relativamente limitado, especialmente se levar em conta os pacientes com comprometimento leve, devido à subjetividade dos sintomas.

Para os mesmos autores, para pacientes com IC procurou-se desenvolver métodos de avaliação da capacidade funcional, como o teste de esforço, uma vez que uma das principais características dos portadores de IC é a diminuição da tolerância aos esforços.

Para New York Heart Association (NYHA), a avaliação pré-operatória pode ser classificada, segundo a tolerabilidade aos esforços físicos, em:

- *Classe I (mínima)*: pacientes com doença cardíaca sem limitação da atividade física. A atividade física habitual não causa dispnéia ou fadiga;
- *Classe II (leve)*: pacientes com doença cardíaca resultando em limitação leve da atividade física. Confortável em repouso. A atividade física habitual resulta em dispnéia ou fadiga;
- *Classe III (moderada)*: pacientes com doença cardíaca resultando em limitação acentuada da atividade física. Sentem-se confortáveis em repouso.

Atividade menos intensa que a atividade habitual, resulta em dispnéia ou fadiga;

- *Classe IV (grave)*: pacientes com doença cardíaca resultando em incapacidade de realizar qualquer atividade física, sem desconforto. Os sintomas da insuficiência cardíaca podem estar presentes, mesmo em repouso. Quando submetidos a qualquer atividade física, o desconforto aumenta.

Os autores Hunt et al. (2001) insistem na importância do acompanhamento dos pacientes, analisando a evolução e a progressão da doença, dando muito valor à prevenção, incluindo os pacientes potenciais para o desenvolvimento de IC, que ainda são assintomáticos e que não têm lesão em órgãos-alvo, até aqueles com IC refratária, isto é, com lesão de órgãos-alvo.

1.4 FATORES DE RISCO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Para Consolim-Colombo e Atala (2004), as últimas diretrizes para diagnóstico e tratamento da IC estratificaram que a IC tem que ser analisada quanto à sua capacidade funcional, mas também incluindo os fatores de risco que podem preceder a instalação da mesma. Os fatores de risco estão presentes nos quatro estágios da fisiopatologia da IC citados anteriormente.

Os fatores de risco da IC incluem-se indivíduos hipertensos, diabéticos, tabagistas, dislipidêmicos e portadores de doença coronariana sem comprometimento miocárdico, ou seja, são pacientes de alto risco para o desenvolvimento da IC, mas que não apresentam manifestações clínicas e não possuem alterações estruturais no coração.

O agrupamento de fatores de risco num mesmo paciente vem sendo cada vez mais freqüente.

Para Consolim-Colombo e Atala (2004), a estratégia terapêutica do paciente de alto risco deve focar a prevenção e o controle de todos os fatores de risco cardiovascular presentes no estágio A da IC, caracterizando não somente a redução e o controle dos níveis pressóricos, mas também a mudança do estilo de vida.

As modificações do estilo de vida devem ser encorajadas para todos os

hipertensos e também para os diagnosticados como pré-hipertensos, que são aqueles que possuem níveis pressóricos entre 120-139 mmHg e 80-89 mmHg. (CONSOLIM-COLOMBO; ATALA, 2004).

O risco relativo para o desenvolvimento de hipertensão entre os indivíduos sedentários é de 30% a 50%. A realização de atividade física regular por pelo menos 30 minutos por dia tem sido associada à redução da pressão arterial sistólica de aproximadamente 4 mmHg a 9 mmHg e pode retardar o aparecimento da hipertensão.

Para Consolim-Colombo e Atala (2004), a prática regular de atividades físicas é uma estratégia para combater a obesidade. No Brasil, a prevalência de obesidade (índice de massa corporal $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) está em torno de 8% para os homens e 12,4% para as mulheres. Quando se soma obesidade com sobrepeso (índice de massa corporal $>25 \text{ kg/m}^2 < 30 \text{ kg/m}^2$), esse número eleva-se para 38,5% e 39%, respectivamente. A hipertensão arterial sistêmica é mais prevalente entre os obesos, aumentando o risco, para doença isquêmica do coração, principalmente em casos de obesidade abdominal.

A redução do peso acarreta diminuição dos níveis pressóricos, regressão da hipertrofia ventricular, podendo melhorar a resistência à insulina e a sensibilidade ao sal.

Infelizmente, é freqüente o retorno ao peso inicial após um ano, portanto, é preciso estar atento às medidas, que facilitem a manutenção do peso, considerando a prescrição de atividades físicas e psicoterapia, além de dieta hipocalórica e pobre em gorduras saturadas.

A presença de dislipidemia está associada à doença aterosclerótica. A queda de 10% do colesterol total reduz cerca de 30% a doença aterosclerótica coronariana. (CONSOLIM-COLOMBO; ATALA, 2004).

O Diabetes Melito, no Brasil, está em torno de 7,6%, e aumenta com a idade, e 23% dessa população está sem tratamento. O Diabetes Melito do tipo 2 constitui cerca de 90% dos casos e guarda estreita relação com a obesidade.

Segundo Consolim-Colombo e Atala (2004), para a população de diabéticos, o objetivo do controle pressórico visa à obtenção de níveis abaixo de 130/80 mmHg, apesar disso, os riscos cardiovasculares, nesses indivíduos, são alarmantes.

Finalmente, a síndrome metabólica composta pelo agrupamento de fatores de risco cardiovascular, como hipertensão arterial sistêmica, obesidade, dislipidemia e outros, está associada a maior risco de desenvolvimento de Infarto do Miocárdio (IM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), além de mortalidade cardiovascular total.

A abordagem terapêutica da síndrome metabólica deve-se basear no tratamento

dos componentes da síndrome, ressaltando que a perda ponderal tem efeitos benéficos sobre todos os elementos.

Vale ressaltar, que além da predisposição genética, a interação com o ambiente é fundamental para instalação dos fatores de risco para IC (diabetes, obesidade, dislipidemia, síndrome metabólica e hipertensão).

Para Consolim-Colombo e Atala (2004), o estilo de vida com o aumento do sedentarismo, tabagismo e maus hábitos alimentares contribuiu para instalação da insuficiência cardíaca. A população brasileira tem adquirido hábitos alimentares semelhantes à população norte-americana, ou seja, dieta hipercalórica, rica em gorduras saturadas e pobre em fibras.

Portanto, deve ser levada em consideração a atenção especial para pacientes sob risco de IC por meio de prevenção, diagnóstico precoce e atuação efetiva, incluindo medidas de saúde pública sobre os fatores de risco (CONSOLIM-COLOMBO; ATALA, 2004).

As principais lideranças mundiais e nacionais vêm alertando para a situação atual da IC no mundo, classificando-a como uma epidemia de proporções incertas e que necessita de uma resposta global. Rossi Neto (2004) reforça esta idéia quando diz que devemos encarar esses avisos como lições que foram ou deixaram de ser apreendidas em outros países e que devemos tomá-las como exemplos para implementação de políticas de saúde que visem à prevenção do desenvolvimento da IC, assim como a disponibilidade de medidas terapêuticas eficazes para a população em geral.

O autor acrescenta ainda que a imprecisão de dados sobre a real situação da IC em nosso país não deve ser fonte para a falta de implementação de medidas profiláticas e preventivas que alcancem indivíduos de risco para IC. Tal estratégia deverá complementar a que já está em prática – intensificação do tratamento dos pacientes com IC manifesta. Em um país com falta de recursos como o nosso, a prevenção e o tratamento da hipertensão, da obesidade e da doença vascular aterosclerótica têm o potencial de ter grande impacto na incidência e na mortalidade da IC.

2 OBJETIVOS

- Identificar entre os idosos portadores de IC, internados em um hospital, a existência de suporte social.
- Descrever a percepção do idoso frente ao suporte social recebido.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para desenvolver os objetivos propostos, optamos por um estudo descritivo e do tipo coorte transversal sobre o suporte social para idosos portadores de IC, internados num hospital.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado na Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca, conhecida por Hospital do Coração Octávio Quércia, localizado na cidade de Franca-SP, onde os participantes da pesquisa estavam internados, por alguma intercorrência.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população estudada foi de pacientes com diagnóstico de IC atendidos no referido hospital.

A amostra foi composta por 20 pacientes selecionados segundo os critérios de inclusão e que concordaram em participar deste estudo, assinando um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE).

Os pacientes foram selecionados, segundo os critérios de inclusão:

- possuir diagnóstico médico de IC por um tempo mínimo de 12 meses;
- ter idade igual ou superior a 60 anos;
- concordar em responder ao instrumento de coleta de dados, firmando o termo de consentimento pós esclarecido;

- ser pessoas alertas e orientadas quanto ao local, tempo e proposta;
- apresentar condições físicas e psicológicas para responderem aos pesquisadores.

3.4 INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

Originalmente, o instrumento *Social Support Inventory for People who are Positive or Have Aids*, adaptado para obter os dados do estudo foi validado por Renwich et al., em 1999, no Canadá. Esse aparato avalia o suporte social em pessoas vivendo com Aids/HIV, específico para pessoas soro-positivas. Seidl (2001) validou a escala no Brasil no seu doutorado, intitulado: *Pessoas vivendo com HIV/Aids: configurando relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida*. Entramos em contato com a referida autora e obtivemos a permissão verbal para adaptá-lo para pacientes cardíacos, uma vez que a única referência à doença encontra-se na instrução do instrumento, e os domínios analisados são pertinentes para qualquer paciente com doença crônica. A instrução original está apresentada a seguir:

“Este formulário é sobre o apoio ou ajuda que você tem recebido de diferentes pessoas com quem você se relaciona. Por favor, informe a frequência dos diferentes tipos de apoio que tem recebido em função da soro positividade e a sua satisfação em relação a cada um deles. Pedimos que não deixe nenhuma questão em branco. Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração”.

Desse modo, a instrução passou a ser redigida da seguinte maneira:

“Este formulário é sobre o apoio ou ajuda que você tem recebido de diferentes pessoas com quem você se relaciona. Por favor, informe a frequência dos diferentes tipos de apoio que tem recebido em função da sua doença cardíaca e a sua satisfação em relação a cada um deles. Pedimos que não deixe nenhuma questão em branco. Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração”.

É importante considerar que esse instrumento é constituído de duas dimensões de suporte com seus respectivos itens e subitens, a saber:

- Dimensão 1: Suporte Social Instrumental contendo 05 itens, itens 1 a 5 com os respectivos subitens. Nestes itens procura-se acessibilidade do suporte social e a percepção dos idosos sobre o mesmo referem-se às questões operacionais do tratamento ou do cuidado de saúde, de atividades práticas do cotidiano, de ajuda

material e/ou financeira. Já os subitens 1.1, 2.1, 3.1, 4.1 e 5.1 avaliam grau de satisfação do apoio recebido: no qual a resposta 1 significa muito insatisfeito, o 2 insatisfeito, o 3 nem satisfeito nem insatisfeito, o 4 satisfeito e finalmente, o 5 muito satisfeito.

- Dimensão 2: Suporte Social Emocional contendo 11 itens, itens 6 a 11 com os respectivos subitens. Nestes itens investiga-se a acessibilidade do suporte social emocional, percepção e avaliação dos entrevistado sobre os mesmos. Compreende a percepção quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional. E os subitens 6.1, 7.1, 8.1, 9.1, 10.1 e 11.1 avalia o grau de satisfação do suporte social emocional recebido. No qual as respostas 1 significa muito insatisfeito, 2 insatisfeito 3, insatisfeito nem satisfeito, 4 satisfeito e o 5 muito satisfeito.

A escala de respostas quanto à acessibilidade e frequência das duas dimensões de suporte são do tipo Likert de 5 pontos: onde quando se investiga a percepção às respostas as questões, significam: 1 nunca e 5 sempre. Em relação ao estudo da satisfação às respostas as questões significam: 1 muito insatisfeito e 5 muito satisfeito para os itens relativos à satisfação com o suporte. “Escore mais elevados indicam maior disponibilidade percebida e satisfação com o suporte” (RENWICH et al., 1999).

Formulário utilizado para a coleta de dados junto aos pacientes:

FICHA DE AVALIAÇÃO

Dados de identificação

Nome:

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridade:

Religião:

Profissão:

Renda:

“Este formulário é sobre o apoio ou ajuda que você tem recebido de diferentes pessoas com quem você se relaciona. Por favor, informe a frequência dos diferentes tipos de apoio que tem recebido em função da sua doença cardíaca e a sua satisfação em relação a cada um deles. Pedimos que não deixe nenhuma questão em branco. Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração”.

1. Você tem recebido apoio em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde? (Exemplo: tomar conta dos filhos quando você tem consulta, cuidar da casa nos dias de consulta ou qualquer outra situação)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

1.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

2. Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

2.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

3. Você tem recebido apoio em atividades práticas do seu dia-a-dia? (Exemplo: arrumação da casa, ajuda no cuidado dos filhos, preparo de refeições ou qualquer outra coisa)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

3.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

4. Você tem recebido apoio em relação ao seu próprio cuidado de saúde? (Exemplo: lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um remédio para você, acompanhar em uma consulta ou qualquer outra situação)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

4.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

5. Você tem recebido apoio de pessoa(s) com quem você pode contar em caso de necessidade(financeira, tratamento, alimentação)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

5.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

- Com base nos tipos de apoio mencionados acima (questões 1 a 5), marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio a você.

- () esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a)
- () pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem? _____
- () pessoa (s) da família que não mora(m) comigo. Quem? _____
- () amigo(s)
- () chefe ou colega(s) de trabalho
- () vizinho(s)
- () profissionais de saúde
- () outra pessoa. Quem? _____

6. Você tem recebido apoio que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

6.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

7. Você tem recebido apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

7.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

8. Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?(fazendo compreender o seu problema).

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

8.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

9. Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir que você faz parte de sua família, da vizinhança, do trabalho.

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

9.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

10. Você tem recebido apoio que lhe ajuda a melhorar o seu humor, estado de espírito, emocional?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

10.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

11. Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	freqüentemente	sempre

11.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

- **Com base nos tipos de apoio mencionados nas perguntas 6 a 11, marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio a você.**

- () esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a)
- () pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem? _____
- () pessoa(s) da família que não mora(m) comigo. Quem? _____
- () amigos
- () chefe ou colegas de trabalho
- () vizinhos
- () profissionais de saúde
- () outra pessoa. Quem? _____

- **Você tem recebido algum outro tipo de apoio?**

- **Você gostaria de fazer algum comentário?**

Muito obrigada pela sua participação!

3.6 PROCEDIMENTOS DA COLETA E DA ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados junto aos 20 participantes selecionados para a pesquisa foi realizada por meio de um formulário acima citado no Ambulatório de Cardiologia do Hospital do Coração, no leito de cada paciente, individualmente, sendo preenchido pela pesquisadora. Essa coleta aconteceu das 14:00 às 16:00 horas, durante 3 meses, com duração de cerca de 15 minutos para cada paciente.

O Protocolo de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade de Franca para apreciação, recebendo o nº: 088/05. Após a aprovação pelo referido comitê (ANEXO), os potenciais participantes foram convidados a participar do estudo.

Foi assegurada a privacidade durante o preenchimento do formulário e a não identificação dos participantes. As informações obtidas foram registradas de modo a atender este aspecto ético, tendo o formulário, apenas um número de identificação para o controle do pesquisador. Os objetivos do estudo foram apresentados aos pacientes e com a concordância dos mesmos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE) foi assinado pelo paciente e pela pesquisadora, conforme regulamenta os dispositivos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

A análise dos dados foi realizada por meio da Estatística descritiva, utilizada para descrever as variáveis. A análise de correlação utilizada é uma análise de correlação cruzada (*cross correlation*). Foram comparadas as frequências em classes equivalentes em duas ou mais amostras. Um corte transversal está relacionado a essa correlação. A correlação

das variáveis foi dada pelo coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância adotado foi $p \leq 0,05$.

Vale salientar ainda, que ao término do item 5 e respectivos subitens e do item 11 e subitem, o instrumento procura captar o tipo de relacionamento da pessoa que disponibiliza o suporte com o entrevistado bem como a satisfação do entrevistado com o relacionamento. Para tanto, o instrumento apresenta um quadro no qual estão contidas oito categorias, a saber: a) esposo, companheiro ou namorado; b) pessoas da família que moram com o entrevistado; c) pessoas da família que não moram com o entrevistado; d) amigos; e) chefe ou colegas de trabalho; f) vizinhos; g) profissionais de saúde; h) outras pessoas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Fundação Civil Casa de Misericórdia de Franca (Hospital do Coração Octávio Quércia) foram internados, por alguma intercorrência, 50 pacientes no período de setembro a dezembro/2005, sendo que destes, 20 (40%) foram selecionados, segundo os critérios de inclusão, para responderem ao formulário. A caracterização de cada paciente que participou da pesquisa pode ser observada no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa (pacientes com IC)

Pacientes	Idade	Sexo	Est. civil	Escolarid	Religião	Profissão	Renda
1	64	M	divorciado	P.Incomp.	católico	Tr.pesado	Aposentado
2	60	M	casado	P.Incomp.	evangélico	Serv.Gerais	Aposentado
3	61	M	casado	P.Incomp.	evangélico	Func.Mun.	Aposentado
4 Fal	84	M	viúvo	P.Comp.	católico	Func.Mun.	Aposentado
5	67	M	casado	P.Comp.	evangélico	Func.Mun.	Aposentado
6 Fal.	60	M	amasiado	P.Comp.	católico	Func.Mun.	Aposentado
7	67	M	solteiro	P.Comp.	católico	Tr.pesado	Aposentado
8	81	F	viúva	P.Comp.	evangélica	Do lar	Aposentada
9	68	M	casado	P.Incomp.	evangélico	Tr.pesado	Aposentado
10	62	M	casado	P.Incomp.	católico	Tr.pesado	Aposentado
11 Fal.	89	F	viúva	P.Incomp.	espírita	Do lar	Aposentada
12	64	F	viúva	P.Incomp.	católica	Serv.Gerais	Aposentada
13	61	F	casada	P.Incomp.	católica	Do lar	Aposentada
14 Fal.	75	F	casada	P.Incomp.	católica	Do lar	Sem renda
15	69	F	casada	P.Comp.	católica	Do lar	Sem renda
16	92	F	viúva	analfabeta	católica	Do lar	Aposentada
17	61	M	amasiado	P.Comp.	católico	Serv.Gerais	Sem renda
18	74	F	casada	P.Incomp.	católica	Serv.Gerais	Aposentada
19 Fal.	72	M	viúvo	analfabeto	evangélico	Tr.pesado	Sem renda
20	76	F	casada	P.Incomp.	evangélica	Serv.Gerais	Aposentada

Fal.= Falecido

Escolarid = Escolaridade

P.Comp. = Primário completo

Serv.Gerais = Serviços gerais

Est.civil = Estado civil

P.Incomp. = Primário incompleto

Tr.pesado = Trabalho pesado

Func.Mun = Funcionário municipal

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes com IC segundo grupo etário e sexo

Idade	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
60-64	6	30,0	2	10,0	8	40,0
65-69	3	15,0	1	5,0	4	20,0
70-74	1	5,0	1	5,0	2	10,0
75-79	0	-	2	10,0	2	10,0
80-84	1	5,0	1	5,0	2	10,0
85-89	0	-	1	5,0	1	5,0
90	0	-	1	5,0	1	5,0
Total	11	55,0	9	45,0	20	100,0

Pode-se observar que a faixa etária mais acometida no nosso estudo inclui idosos entre 60-65 anos de idade.

Para Camarano, Kanso e Mello (2004) há um crescimento mais elevado da população idosa em relação aos demais grupos etários. No caso brasileiro esse crescimento pode ser exemplificado pelo aumento da participação da população acima de 60 anos no total da população nacional, de 4% em 1940 para 8,6% em 2000.

Para o mesmo autor, a expectativa de vida dos brasileiros aumentou em aproximadamente 10 anos entre 1980 e 2000, atingindo valores próximos a 71 anos em 2000.

No estudo de Carstensen e Pasupathi (1993 apud GOLDANI, 1999), dos 14,5 milhões de idosos encontrados pelo Censo Demográfico de 2000, 55% eram mulheres. Este fato é explicado pela mortalidade diferencial por sexo, o que leva à constatação de que “o mundo dos idosos é um mundo das mulheres”. Nogales (1998) relata que, embora as mulheres vivam mais do que os homens, elas passam por um período maior de debilitação física antes da morte do que os homens. Estudos recentes sugerem que a qualidade de vida é pior nas mulheres do que nos homens com IC (BENETT et al., 2001).

Diferenças fisiológicas entre as mulheres e os homens com IC podem contribuir, em parte, para as diferenças na qualidade de vida. Mulheres com IC são mais prováveis de terem condições comórbidas, incluindo hipertensão e diabetes do que os homens com a mesma síndrome (BENETT et al., 2001).

Com relação aos demais grupos etários foi observada uma redução no número

de idosos acometidos de IC de ambos os sexos, principalmente a partir de 70 anos, com exceção de mulheres na faixa etária de 75-80 anos e homens na faixa etária de 80-85 anos.

A faixa etária mais acometida por IC na população estudada, é equivalente à faixa etária da atual expectativa de vida do brasileiro, ou seja, aproximadamente 70 anos de idade.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes com IC segundo a escolaridade

Escolaridade	Nº	%
Analfabetos	2	10,0
Primário Incompleto	11	55,0
Primário Completo	7	35,0
Total	20	100,0

No que se refere à escolaridade entre os participantes da pesquisa, a maioria deles não concluiu o curso Primário, ou seja, possuem grau de escolaridade baixa.

A baixa escolaridade desses pacientes, talvez justifique o alto grau de satisfação. Quanto menor o grau de instrução, mais “humildes” são os pacientes, conseqüentemente, mais satisfeitos estão com o apoio recebido (Tabela 2)

Constatamos que a maioria dos pacientes com IC é católica e pelas respostas vimos que todos apresentaram uso da fé religiosa como forma de enfrentamento.

Biggar et al. (1999) destacaram a necessidade de estudos que elucidem melhor o papel da religiosidade em situação de enfermidade crônica, principalmente devido ao significado das tradições religiosas na sociedade brasileira.

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes com IC segundo a ocupação antes da aposentadoria

Tipo de Ocupação	Nº	%
Trabalho Pesado	5	25
Do Lar	6	30
Funcionário Municipal	4	20
Serviços Gerais	5	25
Total	20	100

Pelos resultados observados na Tabela 3, a maioria dos pacientes antes da aposentadoria, teve um trabalho remunerado durante a vida adulta.

Os dados obtidos dos formulários mostram que a maioria dos pacientes pesquisados era aposentada, 16 (80%), ou seja, a maior parte da renda dos idosos, provinha dos benefícios da seguridade social. Segundo informação verbal dos próprios pacientes, a sua renda familiar era de 1 a 2 salários mínimos, e ainda muitos idosos sustentam filhos e netos e custeiam seu tratamento de saúde. Para o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), os idosos são responsáveis por uma parcela importante na renda das famílias onde estão inseridos, parcela que tem crescido ao longo do tempo. O estudo do IPEA diz que o grau de dependência dos indivíduos idosos é determinado pela provisão de rendas por parte do Estado. Em consequência, o perfil do sistema previdenciário constituído hoje influirá na distribuição futura da renda das famílias.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes com IC segundo ao estado civil

Estado Civil	Nº	%
Casado	10	50,0
Viúvo	6	30,0
Solteiro	1	5,0
Divorciado	1	5,0
Amasiado	2	10,0
Total	20	100,0

A maioria dos pacientes é casada, seguindo-se os viúvos (Tabela 4).

As respostas dos participantes da pesquisa aos questionamentos nos levam a crer que os pacientes casados talvez possam contar com seus companheiros, filhos, para ofertar o suporte social necessário em detrimento de seu problema de saúde, o que talvez justifique o alto nível de percepção desse suporte.

Lloyd-Sherlock (2004) relata que mesmo que a velhice não seja universalmente feminina, ela possui um forte componente de gênero. Mulheres idosas experimentam uma probabilidade maior de ficarem viúvas e em situação socioeconômica desvantajosa.

Para Saad (2004), a redução da mortalidade nas idades avançadas pode implicar uma redução da viuvez, possibilidade que, associada às demais transformações na família, também vai afetar as formas de ajuda.

Benett et al. (2001) ressaltam que pacientes casados têm alto suporte emocional

e o suporte foi positivamente relacionado ao estado emocional (diminuindo a ansiedade e depressão) e melhora da qualidade de vida.

Berkman et al. (1991) encontraram que pacientes cardíacos solteiros têm um maior risco de re-hospitalização, talvez pelo fato de morarem sozinhos, mais sujeitos ao isolamento social ou à falta de suporte social.

Dos 20 pacientes estudados, 5 (25%) faleceram no período de 3 meses após responderem o formulário.

Após a apresentação dos dados de identificação dos pacientes do estudo “Suporte Social de idosos portadores de Insuficiência Cardíaca”, o Quadro 2, as Tabelas 5 e 6 e as Figuras 1 e 2 apresentaram os resultados das questões de 1 a 5 da escala de suporte social. Como já apresentado anteriormente, essas questões se relacionam ao Suporte Social Instrumental (percepção e satisfação quanto à disponibilidade de apoio no manejo ou resolução de questões operacionais do tratamento ou do cuidado de saúde, de atividades práticas do cotidiano, de ajuda material e/ou financeira).

Quadro 2 – Distribuição das respostas dos pacientes com IC às questões de 1 a 5 na escala de suporte social

Pacientes	Questões do questionário				
	1	2	3	4	5
1	5	1	1	5	2
2	3	5	5	5	1
3	1	1	5	1	1
4	5	1	5	5	1
5	5	1	5	5	1
6	5	1	5	5	3
7	5	1	5	5	1
8	5	3	5	5	3
9	5	1	5	5	1
10	5	2	5	5	5
11	5	1	5	5	1
12	5	1	5	5	1
13	3	1	1	5	3

continua

continuação

Pacientes	Questões do questionário				
	1	2	3	4	5
14	5	3	5	5	1
15	1	3	1	1	1
16	5	3	5	5	3
17	5	1	5	5	3
18	5	1	5	5	5
19	1	1	1	1	1
20	3	3	5	5	1

As respostas das questões de 1 a 5 significam: (1) nunca, (2) raramente, (3) às vezes, (4) frequentemente, e (5) sempre.

A média, o desvio padrão, o erro padrão e o intervalo de confiança de 95% segundo as questões de 1 a 5 estão na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição das médias, desvio padrão, erro padrão e intervalos de confiança das respostas dos pacientes em relação às questões de 1 a 5 da escala de suporte social

Questões	Média	Desvio padrão	Erro padrão	Intervalo de confiança de 95%
1	4,10	1,52	0,34	0,71
2	1,75	1,16	0,26	0,54
3	4,20	1,64	0,37	0,77
4	4,40	1,47	0,33	0,69
5	1,95	1,36	0,30	0,63

As questões 2 (Você tem recebido apoio em questões financeiras, como divisão das despesas de casa, dinheiro dado ou emprestado?) e 5 (Você tem recebido apoio de pessoas com quem você pode contar em caso de necessidade – financeira, tratamento, alimentação?) apresentaram médias mais baixas. A média da questão 2 é 1,75 e da questão 5, 1,95, comprovadamente mais baixas que as demais.

Na Figura 1 observa-se a dispersão das médias referentes às respostas das questões 1 a 5 da escala de suporte social

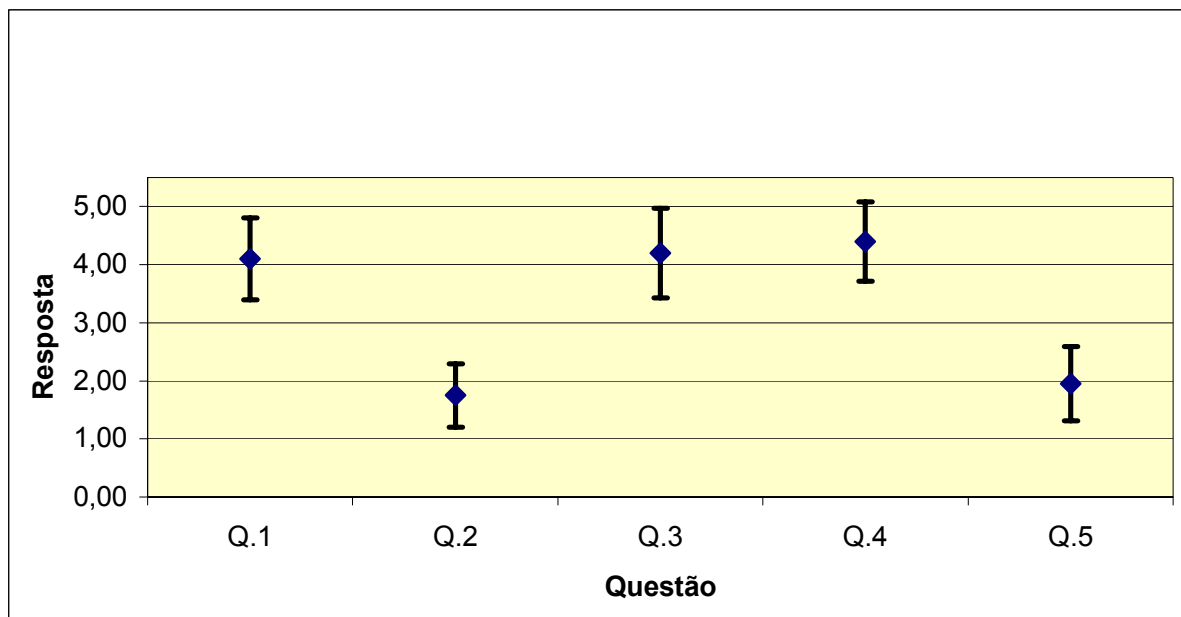


Figura 1 – Distribuição das médias e intervalos de confiança (95%) para as respostas dos pacientes com IC às perguntas de 1 a 5 da escala de suporte social

As medianas com seu respectivos intervalos de confiança das questões de 1 a 5 estão demonstradas na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição das medianas com seus intervalos de confiança (95%) das respostas às questões de 1 a 5 da escala de suporte social

Questões	Mediana	Intervalo de confiança 95% (-)	Intervalo de confiança 95% (+)
1	5,0	3,47	5,0
2	1,0	1,0	2,76
3	5,0	5,0	5,0
4	5,0	5,0	5,0
5	1,0	1,0	3,0

Podemos notar que as medianas das questões 2 e 5 respectivamente 1,0 e 1,0 são comprovadamente mais baixas que as demais.

Na Figura 2 observa-se a dispersão das medianas referentes às respostas das questões de 1 a 5.

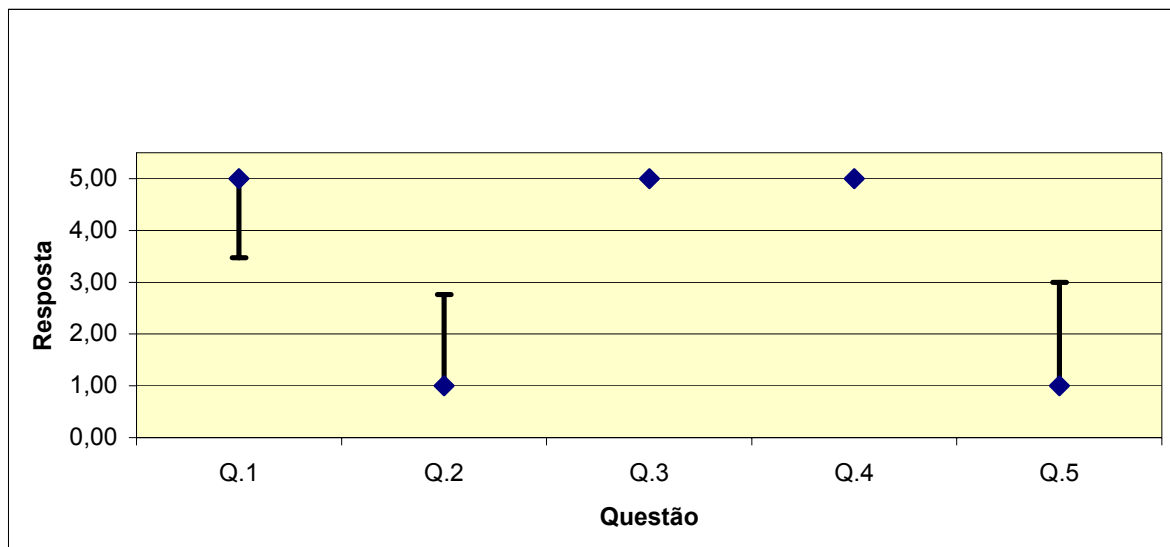


Figura 2 – Distribuição das medianas com os intervalos de confiança (95%) das respostas dos pacientes com IC às questões de 1 a 5 da escala de suporte social

Como podemos observar, as questões 2 e 5 tiveram uma média e mediana muito baixas, comparada com as outras questões, demonstrando que estes pacientes têm pouco apoio para questões relacionadas à divisão das despesas de casa, dinheiro dado ou emprestado (questão 2) e pouco apoio para as necessidades financeiras, tratamento e alimentação (questão 5). Isso se justifica, pois 80% dos nossos pacientes eram aposentados e a renda familiar predominante era de 1 a 2 salários mínimos, ou seja, esses pacientes ganham pouco e ainda tem que suprir a família, segundo relato desses pacientes durante a entrevista em conversa informal com a pesquisadora.

Na prática, pesquisas demográficas confirmam que muitos idosos permanecem envolvidos com a manutenção financeira dos filhos e que permanecem capazes de viver independentemente na comunidade (NERI, 1995).

Para Saad (2004) os idosos no Brasil e na América Latina em geral não apenas recebem, mas também prestam intensa ajuda na forma de bens, serviços e dinheiro, caracterizando claramente as transferências de apoio informal entre o idoso e a família como um processo de intercâmbio recíproco de gerações.

Wessels (1997) afirma que a capacidade de organização da sociedade civil aumenta à medida que são mais desenvolvidos, o grau de instrução, a renda per capita e a estabilidade democrática de determinado país.

É possível supor que no contexto brasileiro, a dificuldade de sobrevivência, a educação deficiente e a baixa renda per capita são fatores que desfavorecem a mobilização da população frente ao suporte social de idosos com IC. Essa situação deve ser modificada,

através de implementação de políticas públicas que promovam assistência, apoio e proteção social a esses idosos, considerando que as políticas mais importantes para esse segmento são a geração de renda através do Governo Federal e a de cuidados de longa duração pelas prestadoras de cuidados.

O Quadro 3, as Tabelas 7, 8 e as Figuras 3 e 4 apresentam os resultados das questões de 1.1 a 5.1 da escala de suporte social. Essas questões se relacionam à percepção da satisfação com relação ao suporte social recebido.

As respostas dos pacientes segundo as questões de 1.1 a 5.1 estão demonstradas no Quadro 3.

Quadro 3 – Distribuição das respostas dos entrevistados às questões de 1.1 a 5.1 da escala de suporte social

Pacientes	Questões do questionário				
	1.1	2.1	3.1	4.1	5.1
1	5	4	4	5	4
2	4	4	4	5	4
3	4	4	4	4	4
4	5	3	5	5	4
5	5	4	4	5	4
6	5	5	5	5	5
7	5	4	5	5	5
8	4	4	5	5	4
9	4	4	5	5	4
10	5	4	5	5	5
11	5	4	4	5	4
12	5	5	5	5	4
13	4	4	4	4	4
14	4	4	4	4	3
15	2	3	2	2	2
16	5	5	5	5	5
17	4	4	4	4	5
18	5	4	4	5	4
19	2	2	2	2	2
20	4	4	5	5	4

O número 1 indica muito insatisfeito; 2, insatisfeito; 3, nem satisfeito, nem insatisfeito; 4, satisfeito; 5, muito satisfeito.

Na Tabela 7 se apresenta a média das respostas das questões de 1.1 a 5.1.

Tabela 7 – Distribuição das médias, desvios padrões, erros padrões, e intervalos de confiança das respostas das questões de 1.1 a 5.1 da escala de suporte social

Questões	Média	Desvio padrão	Erro padrão	Intervalo de confiança de 95%
1.1	4,3	0,92	0,21	0,43
2.1	3,95	0,69	0,15	0,32
3.1	4,25	0,91	0,20	0,43
4.1	4,5	0,95	0,21	0,19
5.1	4,0	0,86	0,19	0,40

Houve equivalência nas respostas às questões 1.1 a 5.1.

Na Figura 3 pode ser observada a dispersão das médias referentes às respostas das questões de 1.1 a 5.1.

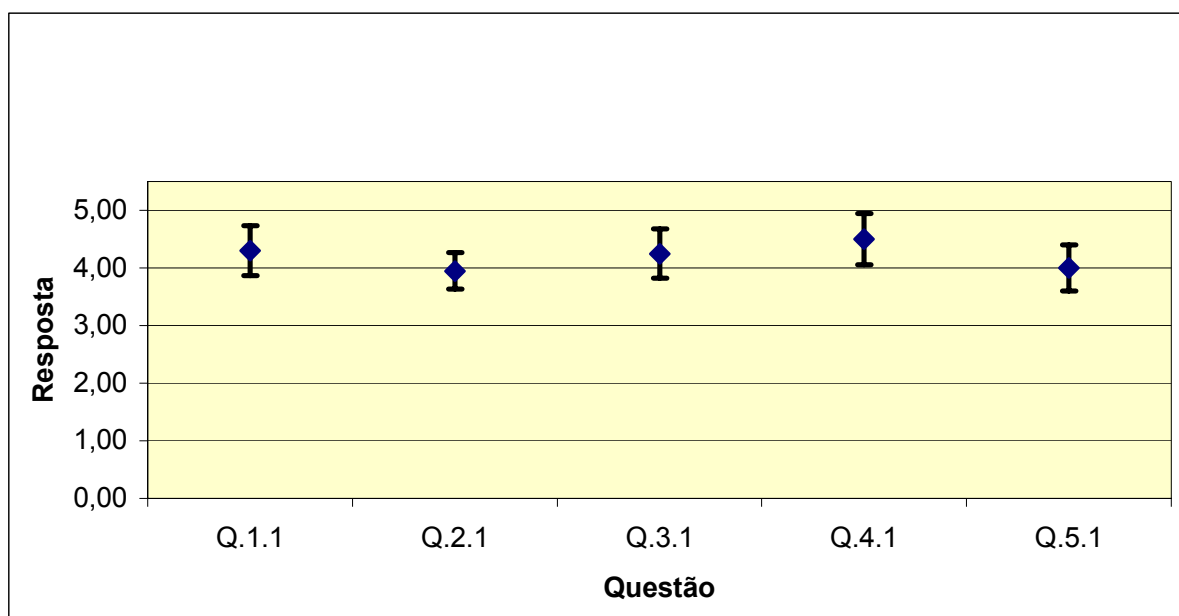


Figura 3 – Distribuição das médias e intervalos de confiança (95%) para as respostas das perguntas de 1.1 a 5.1 da escala de suporte social

A mediana com seus respectivos intervalos de confiança, segundo as respostas 1.1 a 5.1 estão demonstrados na Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição das medianas com seus intervalos de confiança (95%) com base nas respostas às questões de 1.1 a 5.1 da escala de suporte social

Questões	Mediana	Intervalo de confiança 95% (-)	Intervalo de confiança 95% (+)
1	4,5	4,0	5,0
2	4,0	4,0	4,0
3	4,0	4,0	5,0
4	5,0	4,24	5,0
5	4,0	4,0	4,0

Como se pode observar, a maioria das respostas ficaram entre 4 e 5, ou seja, os pacientes são satisfeitos ou muito satisfeitos com relação ao apoio recebido.

Na Figura 4 tem-se a dispersão das medianas referentes às respostas das questões de 1.1 a 5.1 ou seja, os pacientes recebem pouco e estão satisfeitos.

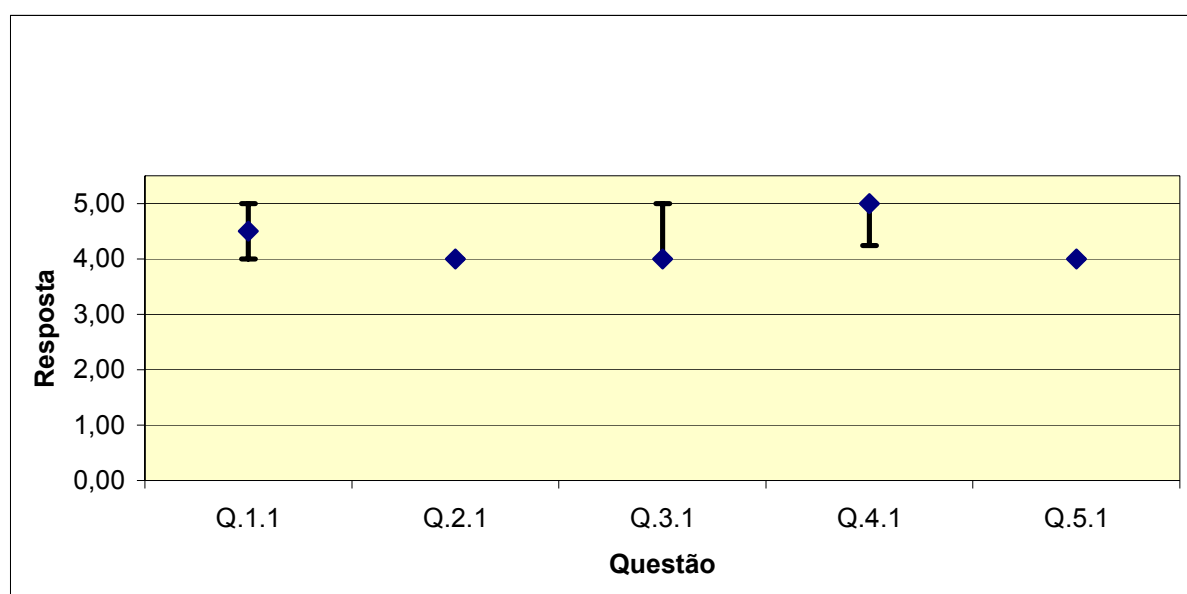


Figura 4 – Distribuição das medianas com os intervalos de confiança (95%) das respostas às questões de 1.1 a 5.1 da escala de suporte social

Bennett et al. em uma pesquisa (2000) encontraram que muitos pacientes apresentavam níveis de satisfação entre moderado a alto de percepção de suporte social.

Outros estudos demonstram que a média dos escores do suporte social estão entre as médias mais altas e foram associados com qualidade de vida emocional (BENETT;

BAKER; HUSTER, 1998; BENETT et al., 1997; KRUMHOLZ et al., 2000).

Em nosso estudo pudemos observar que os níveis de satisfação dos idosos com IC estão entre moderado a alto de percepção de suporte social.

Leserman et al. (2000) e Schmitz e Crystal (2000) relataram associação entre disponibilidade e satisfação com o suporte social, bem-estar psicológico e percepção positiva da qualidade de vida, corroborando achados que indicam o papel do apoio social como moderador do estresse em contextos relacionados ao processo saúde-doença.

O Quadro 4 e a Figura 5 apresentam os resultados das questões de 1 a 5.1 do formulário complementar. Essas questões se relacionam às pessoas que têm dado apoio a esses pacientes e que nas ilustrações estão representadas por letras.

A letra 'A', significa esposo, companheiro ou namorado; 'B', pessoa(s) da família que mora(m) com o entrevistado; 'C': pessoa(s) da família que não mora(m) com o entrevistado; 'D': amigos; 'E': chefe ou colegas de trabalho; 'F': vizinhos, 'G': profissionais de saúde; 'H': outras pessoas.

O '0' nas respostas indica ausência de apoio aos pacientes e o '1' indica presença de apoio.

Quadro 4 – Distribuição das respostas ao questionário complementar às questões de 1 a 5.1 da escala de suporte social

Entrevistados	A	B	C	D	E	F	G	H
1	1	1	0	1		1	0	0
2	0	0	0	0		0	0	1
3	1	1	1	0		1	0	0
4	0	1	0	0		0	0	0
5	1	1	1	0		0	0	1
6	1	1	1	0		0	0	0
7	0	1	0	0		0	0	0
8	0	1	1	1		1	0	0
9	1	1	1	1		0	0	0
10	1	1	1	1		1	0	0
11	0	1	1	0		1	0	0
12	0	1	1	1		1	0	0
13	1	1	1	1		1	0	0

continua

continuação

Entrevistados	A	B	C	D	E	F	G	H
14	1	1	1	1		0	1	0
15	0	0	1	0		0	0	0
16	0	1	1	0		1	0	0
17	1	1	1	1		1	0	0
18	1	1	1	1		1	0	0
19	1	0	0	1		1	0	0
20	0	0	1	0		0	1	0
TOTAL	11	16	15	10		11	2	2

A Figura 5 mostra a distribuição das respostas com relação às pessoas que têm proporcionado apoio aos pacientes.

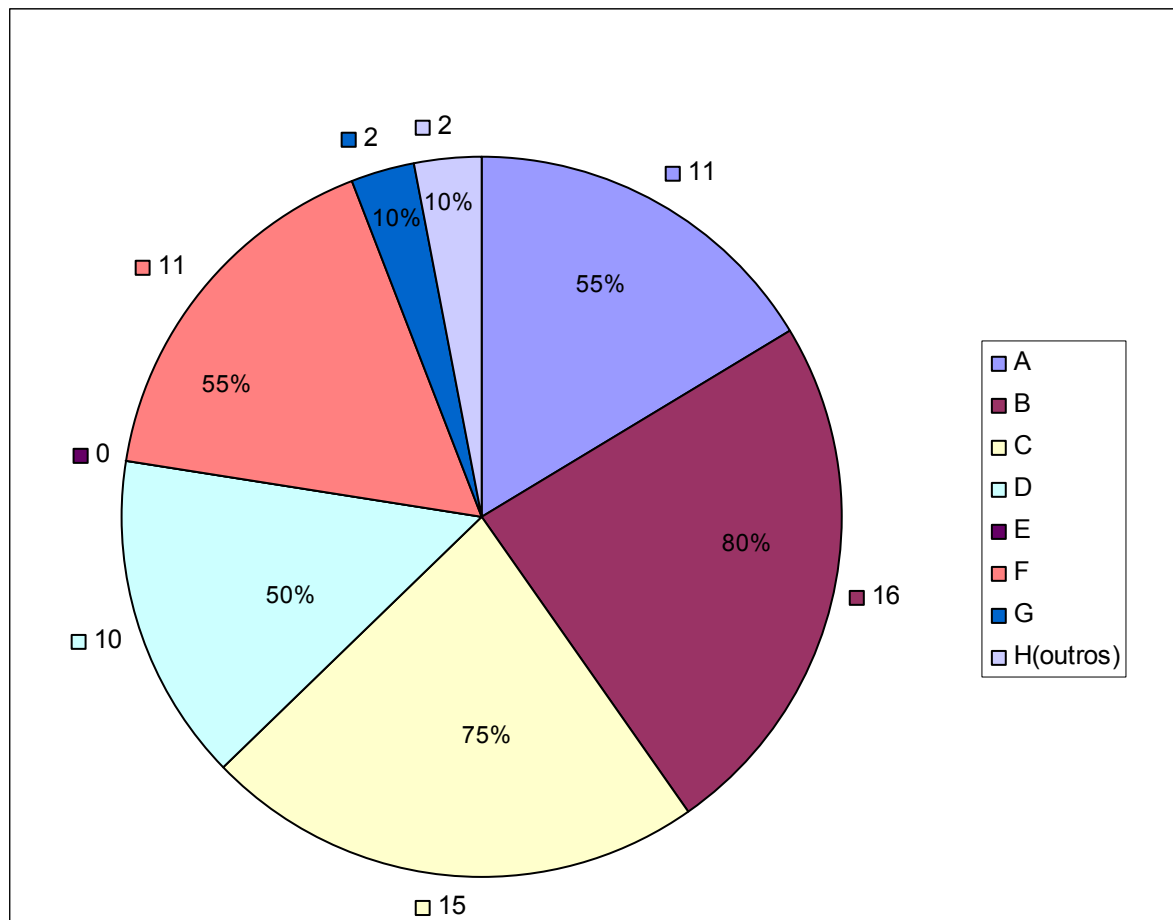


Figura 5 - Distribuição percentual das respostas ao questionário complementar às questões de 1 a 5.1 da escala de suporte social

No presente estudo, a maioria das pessoas que dá apoio aos entrevistados, refere-se aos familiares e grande porcentagem de amigos e vizinhos. Os profissionais de saúde e outros oferecem um apoio pouco expressivo. Os chefes e/ou colegas de trabalho são fontes de apoio inexistentes.

Com relação ao apoio recebido de chefe ou colegas de trabalho (letra E), não houve respostas pelo fato da maioria dos pacientes serem aposentados, logo a mesma foi excluída da tabela.

Os eventos da vida, como por exemplo a doença crônica, podem ser estressantes porque exigem ajustamento da parte do indivíduo e também porque restringem fontes importantes de suporte, o que tem grande impacto sobre a saúde e o bem-estar (LAMB, 1996).

É importante reforçar a necessidade do apoio de familiares, profissionais de saúde, companheiros, amigos, vizinhos, para que estes pacientes não entrem em depressão, trazendo mais uma complicação para seu quadro clínico, e bem-estar.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2006) relatou que o envelhecimento populacional acarreta mudanças nos arranjos familiares. Uma dessas mudanças é a maior proporção de famílias com pelo menos um idoso, possibilitando maior convivência intergeracional. A família exerce papel fundamental no bem-estar de seus membros. Em nosso estudo observamos o quanto a família é importante como mecanismo de proteção social para esses idosos acometidos de IC.

O reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, da longa permanência das conseqüências psicossociais das condições incapacitantes é crucial no estabelecimento de programas de cuidado. Com o crescente número de idosos vivendo com doenças crônicas, problemas de saúde e decréscimo na capacidade, o que importa para os profissionais engajados nestas questões é ajudar esses idosos a viver uma vida tão boa quanto possível. É relevante ter em mente que quanto mais integrados psicológica e socialmente estiverem os idosos, menos ônus trarão para suas famílias, cuidadores e servidores de saúde proporcionando melhor qualidade (ATCHELEY, 1991).

Como falar em avanço na qualidade e ações de saúde, se em nosso estudo os pacientes nem reconhecem os profissionais de saúde como classe que oferece suporte social? Os pacientes desconhecem suas ações e os seus benefícios, o que é lastimável, pois estamos vivendo na década da humanização, e os pacientes não sabem nem nomear os profissionais de saúde “só conhecem os médicos e as moças que passam para cuidar deles”. Isso foi falado

para a pesquisadora, pelos pacientes, durante à aplicação do formulário.

O Quadro 5, Tabelas 9 e 10 e as Figuras 6 e 7 apresentam os resultados das questões de 6 a 11 da escala de suporte social. Importante lembrar que essas questões se relacionam ao Suporte Social Emocional (percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional).

Quadro 5 – Distribuição das respostas dos pacientes com IC às questões de 6 a 11 da escala de suporte social

Pacientes	Questões do questionário					
	6	7	8	9	10	11
1	5	1	5	5	3	3
2	5	4	3	3	5	1
3	5	1	1	5	3	5
4	1	1	1	1	1	3
5	3	5	1	5	5	1
6	5	2	5	5	5	5
7	1	3	3	5	5	1
8	5	1	3	5	5	5
9	5	1	1	3	5	5
10	5	5	5	5	1	5
11	1	1	1	1	1	1
12	5	1	3	5	5	5
13	5	5	3	5	1	1
14	5	1	1	5	1	1
15	1	3	1	1	1	1
16	5	5	5	5	5	5
17	5	1	1	5	5	5
18	5	5	5	5	5	1
19	3	5	1	1	5	1
20	3	5	5	3	5	3

As respostas às questões de 6 a 11 significam: 1, nunca; 2, raramente; 3, às vezes; 4, frequentemente; e 5, sempre.

Tabela 9 – Distribuição das médias, desvios padrões, erros padrões, intervalo de confiança das respostas às questões de 6 a 11 da escala de suporte social

Questões	Média	Desvio padrão	Erro padrão	Intervalo de confiança de 95%
6	3,90	1,65	0,37	0,77
7	2,80	1,85	0,41	0,87
8	2,70	1,75	0,39	0,82
9	3,90	1,65	0,37	0,77
10	3,60	1,85	0,41	0,86
11	2,90	1,89	0,42	0,88

A Figura 6 mostra a distribuição das respostas com relação às questões de 6 a 11 da escala de suporte social.

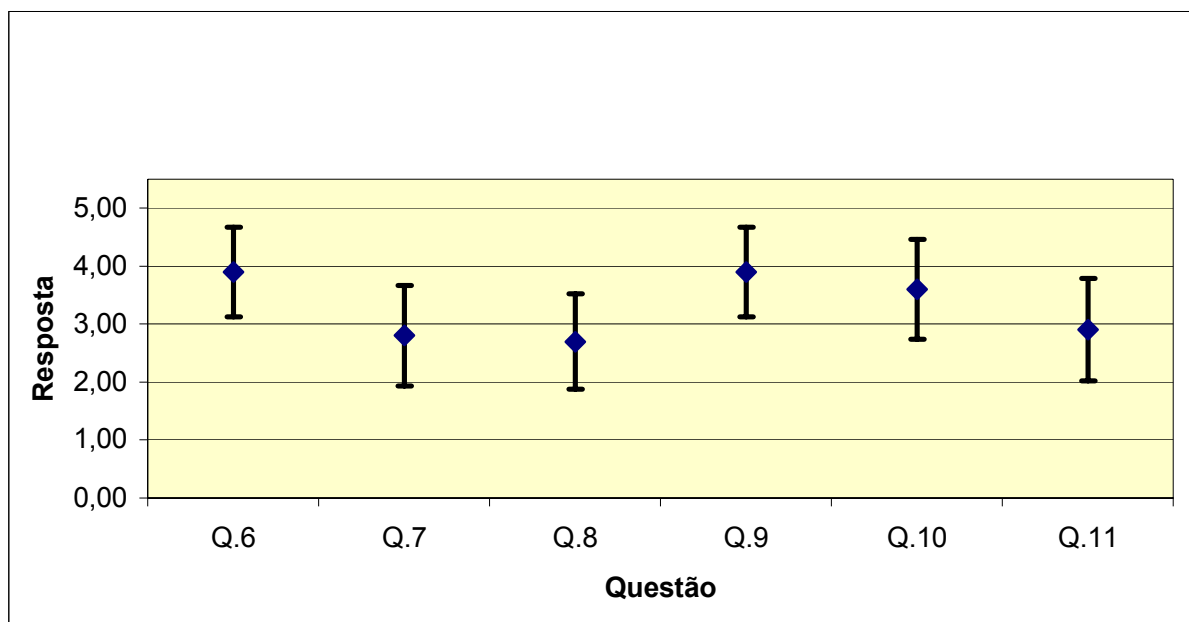


Figura 6 - Distribuição das médias e intervalos de confiança para questões de 6 a 11 da escala de suporte social

A Tabela 10 mostra as medianas com seus respectivos intervalos de confiança para as questões de 6 a 11. A mediana ficou relativamente baixa para as questões 7, 8, e 11.

Tabela 10 - Distribuição das medianas com seus intervalos de confiança (95%) das respostas às questões de 6 a 11 da escala de suporte social

Questões	Mediana	Intervalo de confiança 95% (-)	Intervalo de confiança 95% (+)
6	5,0	3,0	5,0
7	2,5	1,0	5,0
8	3,0	1,0	4,5
9	5,0	3,0	5,0
10	5,0	1,4	5,0
11	3,0	1,0	5,0

As questões 7 (Você tem recebido apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados a sua enfermidade?), 8 (Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações melhorando seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?) e 11 (Você tem recebido apoio quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?) tiveram medianas baixas. As medianas das questões 7, 8 e 11 foram respectivamente 2,5;3,0;3,0 relativamente mais baixas que as demais.

O gráfico abaixo (Figura 7) demonstra a dispersão das medianas com relação às respostas das questões de 6 a 11.

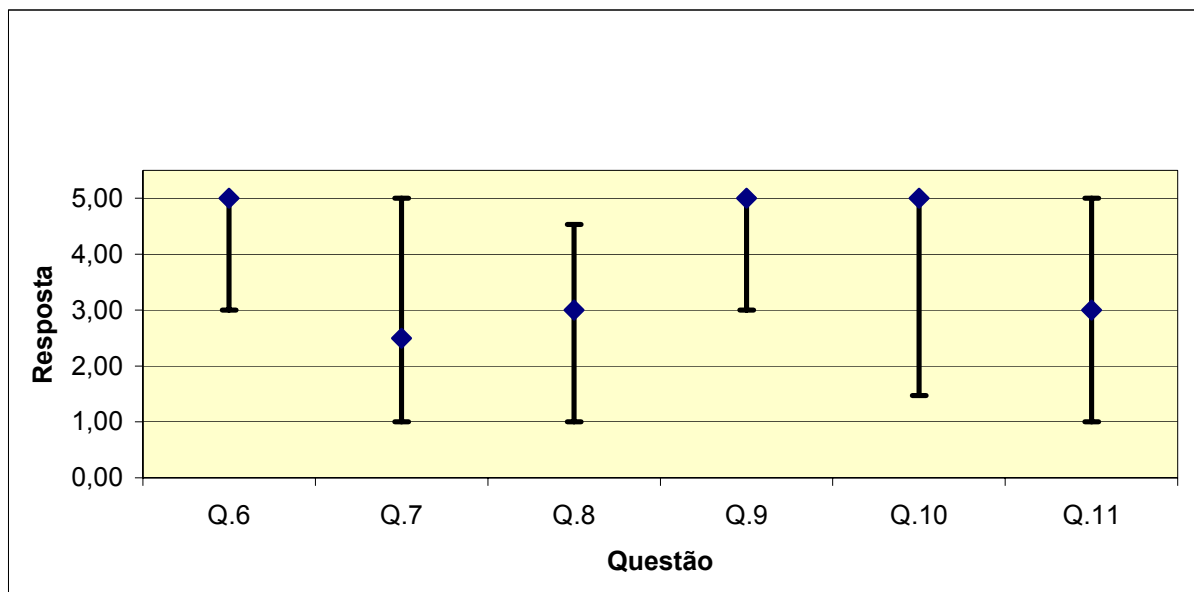


Figura 7 - Distribuição das medianas com intervalos de confiança (95%) das respostas às questões de 6 a 11 da escala de suporte social

Em nosso estudo observamos que os pacientes referem que não se sentem informados sobre seu problema de saúde e têm pouco apoio ou companhia para atividades de Lazer.

Costa, Ribeiro e Silva (2000) discutiram que as formas de participação dos usuários nos serviços públicos de saúde devem-se a uma concepção cada vez mais difundida no campo da saúde pública de que o avanço substantivo na qualidade e nas ações de saúde, preventivas ou de promoção, só é possível com a participação efetiva da população, pois esta pode apontar problemas e soluções que atendam mais diretamente às suas demandas.

No contexto dos usuários dos serviços de saúde, *empowerment* significa que os pacientes passam a dar voz de comando na organização, a adotar postura mais ativa no tratamento, discutindo e fazendo perguntas ao médico, buscando informação, assumindo também a responsabilidade por sua própria saúde, além de serem informados sobre decisões tomadas durante o período de tratamento (RODWELL, 1996).

O conceito de *empowerment*, amplamente usado no que concerne à sociedade civil e no contexto dos cuidados de saúde, faz referência a movimentos de busca de reconhecimento das demandas das minorias, ou seja, a busca de algum grau de poder de influência (RODWELL, 1996).

Neste estudo os entrevistados fazem parte de uma classe social pobre, de nível cultural baixo, portanto, uma classe minoritária em grau de poder de influência, sem atuação política transformadora.

Com relação ao tempo livre que o idoso passa a ter (tempo antes ocupado com o trabalho, ou o cuidado dos filhos), muitas vezes não pode ser preenchido com atividades prazerosas que tragam satisfação pessoal, por falta de recursos, de oportunidades, ou opções de convivência, gerando angústia e nostalgia, deixando evidente a queda do padrão de vida. As aposentadorias freqüentemente muito baixas, que não suprem a necessidade de gastos com medicamentos, tampouco a subsistência, provavelmente seja uma das causas do pouco apoio ou da falta companhia para atividades de lazer (FEATHERSTONE, 1998).

Broadhead et al. (1983) relataram que a pobreza de relações sociais constitui fator de risco comparável a outros que são comprovadamente nocivos, tais como o fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física, os quais acarretam implicações clínicas para a saúde pública.

O Quadro 6, Tabelas 11 e 12 e as Figuras 8 e 9 apresentam os resultados das questões de 6.1 a 11.1 da escala de suporte social. Essas questões se relacionam à percepção da satisfação com relação ao suporte social recebido.

Quadro 6 – Distribuição das respostas dos pacientes com IC às questões de 6.1 a 11.1 da escala de suporte social

Pacientes	Questões do questionário					
	6.1	7.1	8.1	9.1	10.1	11.1
1	5	5	5	5	4	5
2	5	4	5	4	5	4
3	4	3	3	4	4	4
4	3	3	3	3	2	4
5	4	5	4	4	4	4
6	5	4	5	5	5	5
7	3	5	4	5	5	4
8	5	4	3	4	4	5
9	4	4	4	4	4	4
10	5	5	5	5	2	5
11	3	2	2	2	2	2
12	5	4	4	5	5	5
13	4	4	4	4	4	4
14	4	3	3	4	3	2
15	2	4	4	2	2	2
16	5	5	5	5	5	5
17	5	4	4	5	5	5
18	5	4	5	5	5	4
19	4	4	2	2	4	2
20	4	4	4	4	4	4

O número 1 indica muito insatisfeito; 2, insatisfeito; 3, nem satisfeito, nem insatisfeito; 4, satisfeito; 5, muito satisfeito.

A média das respostas das questões de 6.1 a 11.1 estão demonstradas na Tabela 11.

Tabela 11 – Distribuição das médias das respostas às questões de 6.1 a 11.1 da escala de suporte social

Questões	Média	Desvio padrão	Erro padrão	Intervalo de confiança de 95%
6.1	4,20	0,89	0,20	0,42
7.1	4,00	0,79	0,18	0,37
8.1	3,90	0,97	0,22	0,45
9.1	4,05	1,05	0,23	0,49
10.1	3,90	1,12	0,25	0,52
11.1	3,95	1,10	0,25	0,51

Notamos uma equivalência entre as médias das questões de 6.1 a 11.1.

A Figura 8 ilustra a dispersão das médias e os intervalos de confiança para as questões de 6.1 a 11.1.

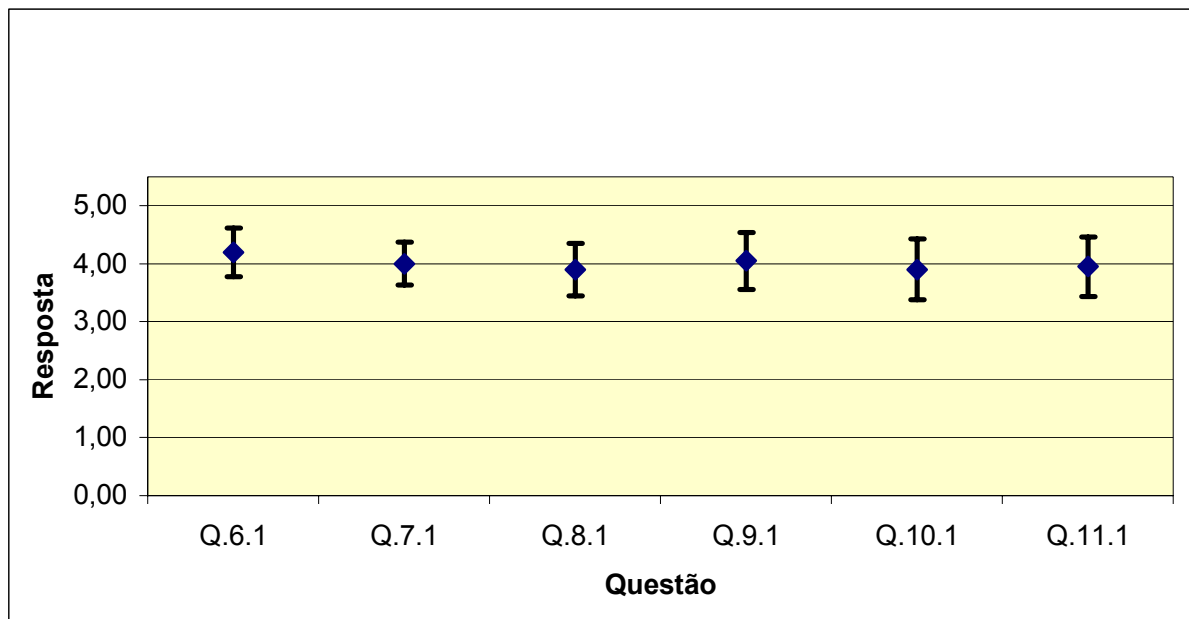


Figura 8 - Distribuição das médias e intervalos de confiança para questões de 6.1 a 11.1 da escala de suporte social

A mediana com seus respectivos intervalos de confiança, segundo as respostas 6.1 a 11.1 estão demonstrados na Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição das medianas com seus intervalos de confiança (95%) das respostas às questões de 6.1 a 11.1 da escala de suporte social

Questões	Mediana	Intervalo de confiança 95% (-)	Intervalo de confiança 95% (+)
6.1	4,0	1,0	5,0
7.1	4,0	4,0	4,0
8.1	4,0	3,24	4,76
9.1	4,0	4,0	5,0
10.1	4,0	4,0	5,0
11.1	4,0	4,0	5,0

As medianas com os intervalos de confiança de 95% das questões das questões de 6.1 a 11.1 estão na Figura 9.

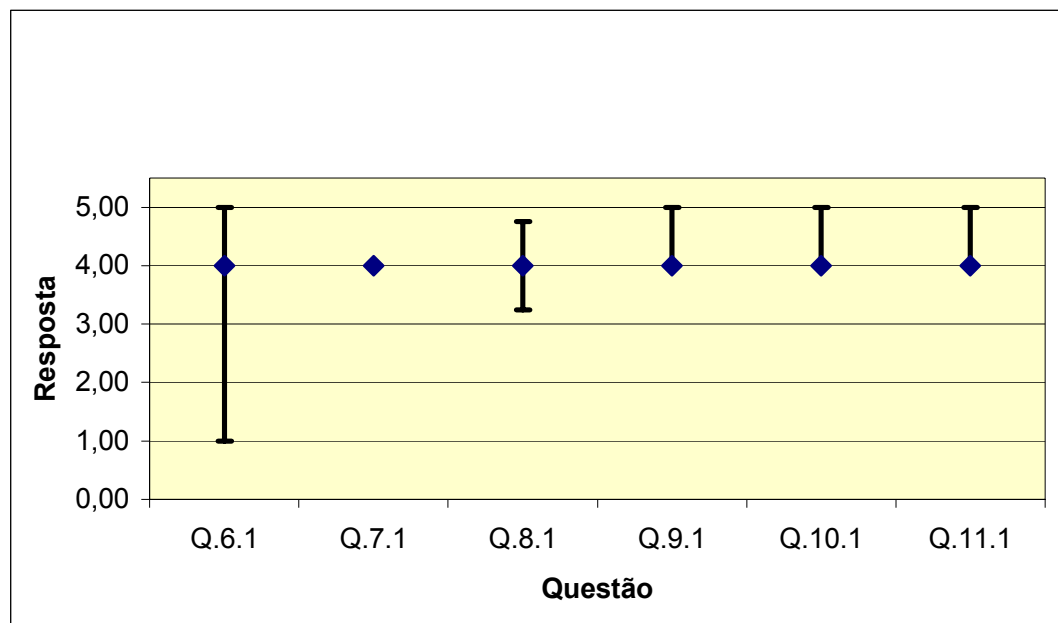


Figura 9 – Distribuição das medianas com os intervalos de confiança (95%) das respostas às questões de 6.1 a 11.1 da escala de suporte social

Os resultados das questões 6.1 a 11.1 da Escala de Suporte Social foram similares aos resultados das questões 1.1 a 5.1. Por esse motivo não vamos discuti-los, pois já o fizemos anteriormente. Estas perguntas estão relacionadas à satisfação com o suporte social recebido, e os resultados foram iguais, ou seja, os pacientes recebem pouco e estão satisfeitos.

O Quadro 7 e a Figura 10 apresentam os resultados das questões 6 a 11.1 ao formulário complementar. Essas questões se relacionam às pessoas que têm dado apoio aos

pacientes.

Quadro 7 – Distribuição das respostas ao questionário complementar às questões de 6 a 11.1 da escala de suporte social.

Entrevistado	A	B	C	D	E	F	G	H
1	1	1	0	1	0	0	0	1
2	0	0	1	0	0	0	0	0
3	0	1	1	0	0	0	0	0
4	0	0	0	1	0	0	0	0
5	1	1	1	0	0	0	0	0
6	1	1	1	0	0	0	0	0
7	0	1	0	0	0	0	0	0
8	0	1	1	1	1	1	0	0
9	1	1	1	0	0	0	0	0
10	1	1	1	1	1	1	0	0
11	0	1	0	0	0	0	0	0
12	0	1	0	1	1	1	0	0
13	1	1	1	1	1	1	0	0
14	1	1	1	1	0	0	1	0
15	0	0	1	0	0	0	0	0
16	0	1	1	0	1	1	0	0
17	1	0	0	0	0	0	0	0
18	1	0	0	0	0	0	0	0
19	1	0	0	1	1	1	0	0
20	0	0	1	0	0	0	1	0
TOTAL	10	13	12	8	0	6	2	1

Cabe lembrar que na tabela acima e no gráfico a seguir, as respostas representadas por ‘0’ significam ausência de apoio aos pacientes e ‘1’ indica que os pacientes receberam apoio. A letra ‘A’, significa esposo, companheiro ou namorado; ‘B’: pessoas da família que mora com o entrevistado; ‘C’: pessoas da família que não moram com o entrevistado; ‘D’: amigos; ‘E’: chefe ou colegas de trabalho; ‘F’: vizinhos; ‘G’: profissionais de saúde; ‘H’: outras.

O gráfico abaixo (Figura 10) mostra a distribuição das respostas com relação às pessoas que têm proporcionado apoio aos pacientes.

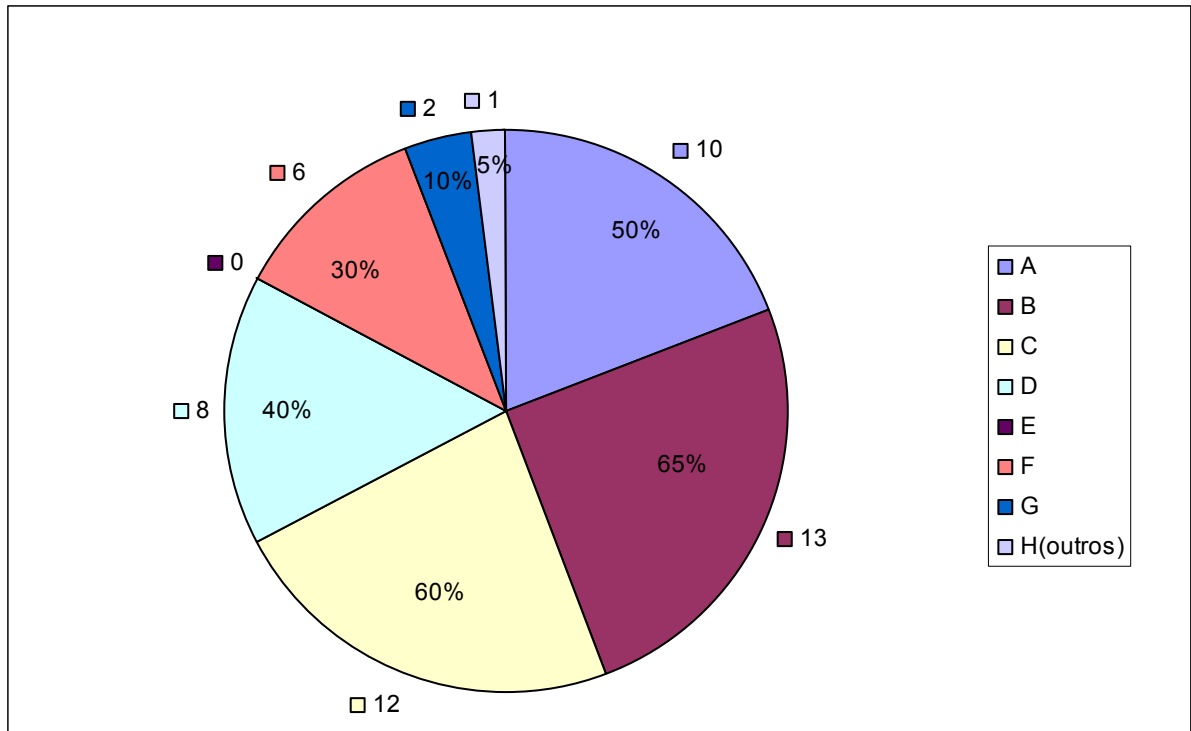


Figura 10 - Distribuição percentual das respostas ao questionário complementar às questões de 6 a 11.1 da escala de suporte social.

A maioria das pessoas que dão apoio aos entrevistados, é composta por familiares que moram com o entrevistado ($n=13$), pessoas da família que não moram com o entrevistado ($n=12$) e esposo, companheiro ou namorado ($n=10$). Os que dão menos apoio são, os chefes, colegas de trabalho, profissionais de saúde.

Em nosso estudo constatamos que os pacientes estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o suporte social recebido. Este, majoritariamente realizado por familiares, seguido por amigos ou vizinhos.

Os dados coletados junto aos pacientes portadores de IC atestam a solidariedade dos vizinhos e amigos, considerada um bom indicador de apoio, o que nos leva a pensar que a coesão social é diretamente proporcional à baixa renda e escolaridade.

Santos (1993) comenta que nossa trajetória histórica deixou, como herança cultural, uma grande desconfiança nas instituições públicas e a dificuldade do cidadão participar de forma desinteressada na resolução dos problemas que dizem respeito a todos. Tal situação poderia ser revertida mediante ações que contribuíssem para estimular a confiança

social e a consciência cívica, criando bases para a solidariedade social.

Os que dão menos apoio são chefes, colegas de trabalho e profissionais de saúde. Somente 10% dos entrevistados se referiram aos profissionais de saúde. Na cidade de Franca, universo da presente pesquisa, existem 5 núcleos atuantes do Programa de Saúde da Família (PSF). O número exigido para suprir a demanda seria de 64 núcleos, significando que 95% da população está descoberta e apenas 5% da população tem acesso ao programa. O programa é composto de 2 técnicos de enfermagem, 5 agentes de saúde e 1 médico para cada núcleo. O fisioterapeuta não está inserido no programa.

No nosso estudo, os profissionais da saúde foram pouco citados. Isto é justificável, pois os bairros onde os participantes da pesquisa moram estão descobertos com relação ao Programa de Saúde da Família (PSF). Esses dados foram coletados através de uma pesquisa oral junto à chefe do PSF da cidade de Franca.

Quanto à percepção pelo paciente do suporte social, concluímos que para estes pacientes o suporte social é sinônimo de ajuda familiar, de amigos e vizinhos.

A análise de correlação a respeito da satisfação com o suporte social recebido está demonstrada na Tabela 13.

Tabela 13 – Distribuição da análise de correlação com a satisfação, coeficiente de Pearson e valor de P

Correlação entre as questões	Coeficiente de correlação de Pearson	Valor de P
1 e 1.1	0,803	P > 0,001
2 e 2.1	0,049	P=0,836
3 e 3.1	0,704	P= 0,001
4 e 4.1	0,835	P > 0,001
5 e 5.1	0,452	P=0,045
6 e 6.1	0,870	P > 0,001
7 e 7.1	0,501	P=0,025
8 e 8.1	0,727	P > 0,001
9 e 9.1	0,883	P > 0,001
10 e 10.1	0,845	P > 0,001
11 e 11.1	0,707	P<0,001

No nível de significância de 5% de confiança, existe correlação moderada entre a satisfação dos usuários e as respostas às questões 1 ($r=0,803$), 4 ($r=0,835$), 6 ($r=0,870$), e 9 ($r=0,883$); a correlação é mais fraca com as respostas às questões 3 ($r=0,704$), 5 ($r=0,452$), 7 ($r=0,501$), 8 ($r=0,727$) e 11 ($r=0,707$). Não existe correlação entre a satisfação e as respostas à questão 2 ($P>0,05$).

CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

A faixa etária mais acometida dos idosos com IC do estudo feito foi a de 60-65 anos de idade, com predominância do sexo masculino.

Com relação aos demais grupos etários, foi observado em ambos os sexos uma redução do número de idosos acometidos por IC, principalmente a partir dos 70 anos, com exceção de mulheres na faixa etária de 75-80 anos e homens na faixa etária de 80-85 anos.

A maioria dos pacientes que participou do nosso estudo não concluiu o curso primário, ou seja, possuem grau de escolaridade muito baixo. Alguns idosos antes da aposentadoria desenvolviam atividades significando que tiveram um trabalho remunerado durante a vida adulta.

Como a população estudada foi composta em sua maioria por aposentados, a maior parte da renda provinha dos benefícios da seguridade social.

Portanto, uma dos grandes desafios do sistema de Previdência Social, no tocante à qualidade de vida dos idosos brasileiros, seria a cobertura da atual força de trabalho mantendo ou ampliando a cobertura dos benefícios não-contributivos.

A redução da mortalidade nas idades avançadas pode implicar numa redução da viuvez, que, associada às demais transformações econômicas e financeiras da família, vão afetar as formas de ajuda.

Isso requererá por parte do Estado a criação de mecanismos de apoio para que a família possa manter seu tradicional papel de “cuidadora”. Além disso, as redes comunitárias devem ser apoiadas para que as pessoas idosas possam desenvolver suas vidas em um ambiente propício e favorável. Uma política de saúde para todo ciclo de vida pode contribuir não só para a redução da mortalidade, mas, também, para a compressão da morbidade.

É possível supor que, no contexto brasileiro, a dificuldade de sobrevivência, a educação deficiente e a baixa renda per capita são fatores que desfavorecem a mobilização da população frente ao suporte social de idosos com IC.

Os eventos cardíacos deixam os pacientes com medo, fragilizados, incapazes de viver com qualidade de vida, fato este que exige apoio constante.

É importante frisar a necessidade de apoio de familiares, profissionais de

saúde, companheiros, amigos e vizinhos, para a manutenção do bem-estar destes pacientes evitando-se que entrem em depressão, considerada uma complicação a mais para o seu quadro clínico já debilitado.

Como falar em avanço na qualidade e ações de saúde, se os pacientes nem reconhecem os profissionais da saúde como classe que oferece suporte social?

Através de conversa informal pude perceber que os pacientes desconhecem as ações e os benefícios oferecidos pelos profissionais de saúde, o que é lastimável, pois estamos vivendo na década da humanização e os pacientes não sabem sequer nomear os profissionais da saúde, “só conhecem os médicos e as moças que passam para cuidar deles”.

Os pacientes não se sentem informados sobre seu problema de saúde e têm pouco apoio ou companhia para atividades de Lazer; mesmo assim, estão satisfeitos ou muito satisfeitos com o suporte social recebido, que é majoritariamente realizado por familiares, seguidos por amigos ou vizinhos.

Os que oferecem menor apoio são os chefes, os colegas de trabalho e os profissionais de saúde. Aliás, somente 10% dos pacientes se referiram aos profissionais da saúde.

É provável que a pequena participação desse grupo como fonte de apoio se deva ao fato da cidade de Franca possuir apenas 5 núcleos do programa de saúde da família(PSF), número muito pequeno, considerando os 64 núcleos exigidos para suprir a demanda. Isso significa que 95% da população está descoberta e apenas 5% tem acesso ao programa (essas informações foram adquiridas através da chefe do PSF da cidade de Franca, num diálogo entre ela e a pesquisadora).

Portanto, é justificável que os profissionais da saúde tenham sido pouco citados, uma vez que os bairros de origem dos participantes da pesquisa encontram-se descobertos com relação ao PSF.

Concluí, através desse estudo, que a percepção pelo paciente portador de IC, quanto ao suporte social, é entendido como sinônimo de ajuda familiar e de amigos e vizinhos, enquanto o suporte social oferecido pelos profissionais da saúde esteve presente mas com pouca expressividade.

Diante disso, penso que o Estado deva melhorar o nível de apoio a essas famílias, dando-lhes maior respaldo além dos oferecidos pelos profissionais da saúde.

Valeria a pena experimentar o efeito de um salário a um cuidador da própria família? Esse cuidado não seria muito mais efetivo que o membro do serviço de saúde? Caberia ao trabalhador do sistema de saúde o papel de orientador de cuidados domiciliares?

Por fim, cabe aos profissionais de saúde exercer a promoção de saúde e esta, entre outras, se traduz na busca da autonomia. Nesse sentido, capacitar e delegar ações cuidativas para a família é respeitar a liberdade e o direito do outro.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Heart stroke statistical update**. Dallas (Texas): AHA, 2002.

ATCHELEY, R. C. The influence of aging or frailty on perceptions and expressions of the self: theoretical and methodological issues. In: BIRREN, J. E. (Ed.). **The concept and measurement of quality of life in the Frail Elderly**. New York: Springer, 1991. p. 122-149.

BARRETO, A. C. P. **IC no terceiro milênio**. São Paulo: Lemos, 2000. 199 p.

BENNETT, S. J.; BAKER, S. L.; HUSTER, G. A. Quality of life in women with heart failure. **Health Care Women Int**, v.19, p. 217-219, 1998.

BENNETT, S. J. et al. Psychosocial variables and hospitalization in persons with chronic heart failure. **Prog Cardiovasc Nurs**, v. 12, p. 4-11, 1997.

_____. Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. **Nurs Res**, v. 49, p. 139-145, 2000.

_____. Social support and healthy related quality of life in chronic heart failure patients. **Quality of life Research**, v. 10, p. 671-682, 2001.

BERKMAN, B. et al. Predicting elderly cardiac patients at risk for readmission. **Soc. Work Health Care**, v. 16, n. 1, p. 21-38, 1991.

BIGGAR, H. et al. Women who are HIV infected: the role of religious activity in psychosocial adjustment. **Aids Care**, v. 11, p. 195-199, 1999.

BOSWORTH, H. B. et al. Social support and quality of life in patients with coronary artery disease. **Quality of life Research**, v. 9, p. 829-839, 2000.

BOUTIN-FOSTER, C.; CHARLSON, M. E. Getting to the heart of social support. A quantitative study on the mechanisms of action of social support among patients with coronary artery disease. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 55, n. 6, p. 629, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde – Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 – Brasília: 1996

BROADHEAD, W. E. et al. The epidemiologic evidence for a relationship between social support and Health American. **Journal of Epidemiology**, v. 117, n. 5, p. 521-537, 1983.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CARNEY, R. M. et al. Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery diseases. **Health Psychol**, v. 14, p. 88-90, 1995.

COHEN, S.; SYME, S. L. **Social Support and health**. San Diego: Academic Press, 1985.

CONSOLIM-COLOMBO, F. M.; ATALA, M. M. Avanços no tratamento da IC. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo- SOCESP**, v. 14, n. 1, p. 55-67, 2004.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L. B. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 427-442, 2000.

DANTAS, R. A.; AGUILLAR, O. M. O ensino médio e o exercício profissional no contexto da Enfermagem Brasileira. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 25-32, Apr. 1999.

DANTAS, R. A.; STUCHI, R. A.; ROSSI, L. A. The hospital discharge for the family of the coronary artery disease patients. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 36, n. 4, p. 345-350, Dec. 2002.

DIRETRIZ DE REABILITAÇÃO CARDÍACA. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 84, n. 5, maio 2005.

FEATHERSTONE, M. O curso de vida: corpo, cultura e imagens do processo de envelhecimento. In: DEBERT, G. G. (Org.). **Antropologia e velhice: textos didáticos**. Campinas: IFCH/UNICAMP, 1998. p. 45-64.

FRIEDMAN, M. Social support sources and psychological well-being in older women with heart disease. **Res Nurs Health**, v. 16, p. 405-413, 1993.

GOLDANI, A. M. Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos

intergeracionais e de gênero. In: CAMARANO, A. A. (Org). **Os novos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p.75-114.

HUNT, S. A. et al. ACC/AHA Guidelines for the evaluation and Management of chronic heart failure in the adult: Executive Summary. A report of the American Cololege of Cardiology American Heart Association. Taske Force on Practice Guidelines(Committe to Revise the 1995 Guidelines for the Evaluation and managment of heart failure): development in collaboration with the international society for eart and lung transplantation. Endorsed by the heart failure society of América. **Circulation**, v. 104, n. 24, p. 2996-3007, 2001.

IPEA. **Desenvolvimento humano e condições de vida:** indicadores brasileiros (on line). Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 13 maio 2006.

JENSEN, L.; KING, K. M. Womem and heart disease: the issues. **Rev. Crit. Care Nurse**, v. 17, n. 2, p. 45-43, 1997.

KOPEL, L.; CARVALHO, R. T.; LAGE, S. G. Indicações de agentes inotrópicos na insuficiência Cardíaca. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP)**, São Paulo: Atheneu, 2004. v. 1, p. 68-75.

KRUMHOLZ, H. M. et al. Prognostic importance of emocional support for elderly patients hospitalized with heart failure. **Circulation**, v. 97, p. 958-964, 1998.

_____. Predictors od readmission among elderly survivors of admission with heart failure. **Am Heart J.**, v. 139, p. 72-77, 2000.

LAMB, V. L. A cross-national study of quality of life factors associated with patterns of elderly disablement. **Social Science and Medicine**, v. 42, n. 3, p. 363-377, 1996.

LESERMAN, J.et al. Impact of stressful life events, depression, social support, coping and cortisol on progression to AIDS. **American Journal of Psychiatry**, v. 157, p. 1221-1228, 2000.

LLOYD- SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereotypes. In: LLOYD-SHERLOCK, P. (Org.). **Living longer:** ageing, development and social protection. London/New York: United Nations Research Institute for Social Development/Zed Books, 2004.

MATSUKURA, T. S.; MARTURANO, E. M.; OISHI, J. O Questionário de suporte social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v.

10, n. 5, p. 674-681, 2002.

McDERMOTT, M. M.; SCHMITT, B.; WALLNER, E. Impact of medication nonadherence on coronary heart disease outcomes. **Arch Intern Med.**, v. 157, p. 1921-1929, 1997.

McMURRAY, J.; STEWART, S. Nurse-led multidisciplinary intervention in chronic heart failure. **Heart**, v. 80, p. 430-431, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATA SUS. **Dados de morbidade de 2002**. Brasília, 2004a. Disponível em: URL: <<http://www.datasus.gov.br/principal.htm>>. Acesso em: 15 fev. 2006.

_____. DATA SUS. **Dados de morbidade de 2003**. Brasília, 2004b. Disponível em: URL: <<http://www.datasus.gov.br/principal.htm>>. Acesso em: 15 fev. 2006.

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

NEGRÃO, C. E. et al. Evidências atuais dos benefícios do condicionamento físico no tratamento da IC congestiva. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP)**, v. 1, p. 147-157, 2004.

NEGRÃO, C. E.; BARRETO, A. C. P. Efeito do treinamento físico na Insuficiência Cardíaca: implicações autonômicas, hemodinâmicas e metabólicas. **Rev. Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v. 8, n. 2, p. 273-284, 1998.

NERI, A. L. **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papyrus, 1995.

NOGALES, A. M. V. A mortalidade da população idosa no Brasil. **Como vai? População Brasileira**, Brasília: IPEA, ano 3, n. 3, p. 24-32, 1998.

O'CONNELL, J.; BRISTOW, M. Economic impact of heart failure in the united states: time for a different approach. **J Heart Lung Trans.**, v. 13 (suppl), p. S107-S112, 1994.

OKA, R. K.; DE MARCO, T.; HASLELL, W. L. et al. Impact of a home-based walking and resistance training program on quality of life in patients with heart failure. **Am. Journal Cardiol.**, v. 85, n. 3, p. 365-369, 2000.

ORTH-GOMER, K.; UNDEN, A. L. The measurement of social support in population surveys. **Soc. Science Medicine**, v. 24, n. 1, p. 83-94, 1987.

PENNINX, B. W. et al. Social network, social support and loneliness in older persons with different chronic diseases. **J. Aging Health**, v. 11, n. 2, p. 151-168, May 1999.

REGENGA, M. M. **Fisioterapia em cardiologia: da unidade de terapia intensiva à reabilitação**. São Paulo: Roca, 2000. cap.14, p. 311-336.

RENWICH, R. et al. Description and validation of a measure of received support specific to HIV. **Psychol reports**, v. 84, n. 2, p. 663-673, 1999.

RODWELL, C. M. An analysis of the concept of empowerment. **Journal of Advanced Nursing**, v. 2, p. 305-313, 1996.

ROSSI NETO, J. M. A dimensão do problema da IC do Brasil e do mundo. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP)**, v. 1, p. 1-10, 2004.

SAAD, P. M. Transferência de apoios intergeracionais no Brasil e na América Latina. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

SANTOS, W. G. **Razões da desordem**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993.

SCHIMITZ, M. F.; CRYSTAL, S. Social relations coping, and psychological distress among persons with HIV/AIDS. **Journal of applied social psychology**, v. 30, p. 665-685, 2000.

SEIDL, E. M. F. **Pessoas vivendo com HIV/Aids: configurando relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida**. 2001. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de Brasília-UnB, Brasília.

SIMON-WEINSTEIN, M. Cardiac rehabilitation: nonpharmacologic treatment for congestive. **J. Am. Acad. Nurse Pract.**, v. 11, n. 7, p. 293-296, July 1999.

STOCCO, R.; BARRETO, A. C. P. IC congestiva: critérios diagnósticos. In: THIMERMAN, A.; CÉSAR, L. M. **Manual de cardiologia** – Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCESP). São Paulo: Atheneu, 2000. p. 32-35.

STRUTHERS, A. D. et al. Social deprivation increase cardiac hospitalization in chronic heart failure independent of disease severity and diuretic non-adherence. **Heart**, v. 83, n. 1, p. 12-16, 2000.

WALLSTON, B. S. et al. Social support and physical health. **Health Psychol.**, v. 2, p. 367-391, 1983.

WESSELS, B. Organizing capacity of societies and modernity. In: DETH, J. V. (Org.). **Private groups and public life: social participation, voluntary association and political involvement in representative democracies.** Londres: Jan Van Deth Ed., 1997. p. 198-219.

WHOOLEY, M. A.; BROWNER, W. S. Association between depressive symptoms and mortality on older women. **Arch Internal Med.**, v. 158, p. 2129-2135, 1998.

APÊNDICE E ANEXO

APÊNDICE — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, Rg _____, abaixo qualificado, declaro para fins de participação em pesquisa, na condição de (sujeito objeto da pesquisa, representante legal do sujeito objeto da pesquisa), que fui devidamente esclarecido do projeto de pesquisa intitulado: *Suporte social para idosos portadores de insuficiência cardíaca*, desenvolvido pela aluna, *Luciana Krauss Rezende* do curso de Promoção de Saúde da Universidade de Franca, quanto aos seguintes aspectos:

- a) justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- b) desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c) métodos alternativos existentes;
- d) forma de acompanhamento e assistência com seus devidos responsáveis;
- e) garantia de esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia, com informação prévia sobre a possibilidade de inclusão em grupo controle e placebo;
- f) liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;
- g) garantia de sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assegurando-lhe absoluta privacidade;
- h) formas de indenização diante dos eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que nos foi explicado, consinto voluntariamente (em participar/que meu dependente legal participe) desta pesquisa.

Franca de _____ de 200____.

Qualificação do Declarante

Termo de consentimento livre e esclarecido

Objeto da pesquisa (Nome): _____

RG: _____ Data de nascimento: _____ sexo: M() F()

Endereço: _____ nº _____ apto: _____

Cidade: _____ Bairro: _____ CEP: _____ TEL: _____

Assinatura do Declarante

Representante Legal: _____

Natureza da Representação:

RG: _____ Data de nascimento: _____ Sexo: M() F()

Endereço _____ nº: _____ apto: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Cep: _____ Tel: _____

Assinatura do Declarante

Declaração do Pesquisador

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este termo de consentimento Livre e Esclarecido(TCLE), cumprindo todas as exigências contidas nas alíneas acima elencadas e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa.

Franca, ____ de _____ de 200__.

Assinatura do Pesquisador

ANEXO — Aprovação do projeto da pesquisa pelo Comitê de Ética

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)