



# Suporte social para idosos portadores de insuficiência cardíaca

Rezende, L.K.<sup>1\*</sup>; Mendes, I.J.M.<sup>2</sup>; Santos, B.M.O.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de Franca, UNIFRAN, Franca, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Curso de Enfermagem, Universidade de Uberaba, UNIUBE, Uberaba, MG, Brasil.

Recebido 09/03/07 / Aceito 23/08/07

## RESUMO

**O objetivo do presente estudo foi identificar a existência de suporte social em 20 idosos portadores de Insuficiência Cardíaca (IC) internados em um hospital especializado de cidade do interior paulista. Os dados foram obtidos através de entrevista individual utilizando o modelo *Canadian Social Support Inventory for People who are Positive or Have Aids*, validado no Brasil em 2001 e adaptado para o foco do estudo. O referido instrumento é constituído de duas dimensões de suporte social, instrumental e emocional, com seus respectivos itens e subitens. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva e análise de correlação cruzada (*cross correlation*). A correlação das variáveis foi dada pelo coeficiente de correlação de Pearson e o nível de significância adotado foi  $p \leq 0,05$ . Os resultados permitiram a caracterização dos idosos e a manifestação de que ainda que recebam pouco suporte social, tanto na dimensão instrumental, como na emocional, manifestaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com o pouco apoio recebido. O referido suporte é oferecido por familiares, amigos e até vizinhos, com pouca expressividade por parte dos profissionais de saúde e praticamente inexistente por parte de chefes e/ou colegas de trabalho.**

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

## INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional as doenças cardiovasculares têm se constituído num grave problema de saúde pública. Dentre elas, a Insuficiência Cardíaca (IC) é considerada a via final da maioria dessas enfermidades. (Negrão et al., 2004).

A classificação atual simplificada da IC, proposta pela American Heart Association - AHA (2002) envolve quatro estágios evolutivos, baseados em sinais e sintomas que norteiam o diagnóstico e as possíveis intervenções. Vale considerar que ênfase tem sido dada aos fatores de risco que podem preceder a instalação da IC, dentre eles a hipertensão,

o diabetes mellitus, o tabagismo, a obesidade, o sedentarismo, as dislipidemias e as doenças coronarianas. Dado a importância desses fatores, é recomendado que a estratégia terapêutica aos indivíduos potencialmente de risco seja focada na prevenção e controle dos mesmos, caracterizados não somente pela redução e controle dos níveis pressóricos, mas também pela mudança do estilo de vida (Consolim-Colombo & Atala, 2004).

A Carta de Ottawa, promulgada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, WHO (1986) pressupõe ações articuladas, transparência política e capacitação da comunidade tendo em vista as transformações sociais em direção a melhoria da qualidade de vida pessoal, social e ambiental.

Segundo Derntl & Watanabe (2004), o movimento da Promoção de Saúde é uma resposta de enfrentamento da Transição Demográfica. Nesse sentido, as ações dirigidas ao idoso não deverão ficar restritas ao tratamento médico mas sobretudo, ações intersectoriais e interdisciplinares capazes de possibilitar ao idoso condições favoráveis para sua autonomia.

O Sistema de Saúde no Brasil vem passando por transformações constantes. Até a década de 70 do século passado, concentrava-se no modelo "hospitalocêntrico", extremamente excludente, de baixa eficácia e eficiência.

O Movimento da Reforma Sanitária nas décadas de 80 e 90 do mesmo século culminou com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo toma outra conformação e traz em seus princípios essenciais, a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização e a participação popular (Lima, 2001). O Programa de Saúde da Família implantado em 1993 com o propósito de reforçar o SUS traz como inovação o foco na família como unidade de ação programática. A Política Nacional do idoso incorpora a promoção de saúde tendo como protagonistas as equipes de Saúde da Família, provendo seu acesso aos serviços e as ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Assim, o suporte social, concebido como conforto, assistência e informação que o indivíduo recebe através de conexões formais e informais, individuais ou em grupos, é considerado como um dos fatores favoráveis, na melhoria da qualidade de vida e longevidade dos portadores de IC e sua

\*Autor correspondente: Luciana Krauss Rezende - Secretária de Pós-Graduação - Promoção de Saúde - Universidade de Franca, UNIFRAN - Av. Dr. Armando Sales Oliveira, 201 - Parque Universitário - CEP: 14.404-600 - Franca - SP, Brasil - Telefone: (16) 3711-8762 - Fax: (16) 3711-8966

ausência entre idosos portadores de IC hospitalizados constitui um importante fator de risco, principalmente após a alta hospitalar (Cohen & Syme, 1985; Wallston et al., 1985; Orth-Gomer & Unden, 1987). Nesse sentido, alguns estudos foram realizados com o intuito de demonstrar a influência do suporte social de natureza familiar na reabilitação do paciente cardíaco (Boutin-Foster & Charlson, 2002; Dantas, et al., 2002).

Essas considerações motivaram a realização deste estudo em pacientes internados em um hospital de cidade localizada no interior do estado de São Paulo, com o objetivo de identificar a existência de suporte social junto a idosos portadores de IC hospitalizados e descrever a percepção e o valor do suporte social recebido pelos mesmos.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo coorte transversal, com sistema de análise quali-quantitativo. A pesquisa foi desenvolvida com 20 pacientes idosos, com diagnóstico de IC, internados em um hospital especializado do interior paulista da região noroeste do Estado (Franca, SP), que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos, a saber: possuir diagnóstico médico atual de IC por um tempo mínimo de um ano; idade igual ou superior a 60 anos; apresentar condições físicas e psicológicas para oferecer as informações requeridas pelo instrumento de coleta de dados e concordância em participar do estudo, assinando um termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram coletados por um dos pesquisadores, durante o período de três meses, através de entrevistas individuais junto aos participantes, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Franca, UNIFRAN (Processo nº 088/05). No momento da entrevista, foram reforçadas as informações sobre a pesquisa, ressaltando o caráter sigiloso da identidade e solicitando a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo participante. Os dados foram obtidos com a aplicação do modelo *Social Support Inventory for People who are Positive or Have Aids* (Renwich et al., 1999), validado no Brasil, em 2001 (Seidl, 2001), e adaptado para o estudo. Este aparato avalia o suporte social em pessoas vivendo com Aids/HIV, específico para portadores soropositivos.

Vale ressaltar que a única adaptação feita no instrumento foi na folha de instrução, substituindo-se o termo *soro positividade* para *sua doença cardíaca*. Não houve alteração de nenhum dos domínios analisados uma vez que são pertinentes para qualquer portador de doença crônica. O referido instrumento é constituído de duas dimensões de suporte, a saber:

Dimensão 1: *Suporte Social Instrumental*, contendo cinco itens, com os respectivos subitens, onde se procura identificar a presença e o tipo de apoio recebido (material; financeiro; nas atividades da vida diária; no próprio cuidado de saúde) e o grau de satisfação em relação aos apoios recebidos, identificando as pessoas que os têm oferecido

(esposo, companheiro ou namorado; pessoas da família que moram com o entrevistado; pessoas da família que não moram com o entrevistado; amigos; chefe ou colegas de trabalho; vizinhos; profissionais de saúde; outras pessoas);

Dimensão 2: *Suporte Social Emocional*, contendo seis itens, com os respectivos subitens, onde se investiga a percepção do suporte social emocional (sentir-se valorizado; disponibilidade de escuta sobre assuntos relacionados à sua enfermidade; informações sobre o seu problema de saúde; sentir-se parte da família, da vizinhança e do trabalho; apoio que ajuda a melhorar o estado de espírito emocional; apoio para diversão e atividades de lazer) e o grau de satisfação em relação aos apoios recebidos, identificando as pessoas que os têm oferecido.

As escalas de respostas quanto à acessibilidade e frequência das duas dimensões de suporte são do tipo Likert de cinco pontos. Quando se investiga a percepção do apoio recebido, as respostas variavam de um, nunca a cinco, sempre. Em relação ao estudo da satisfação pelo apoio recebido, as respostas variavam de um, muito insatisfeito a cinco, muito satisfeito.

A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva, 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. A correlação das variáveis foi dada pelo coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância adotado foi  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

Dos 20 pacientes entrevistados, 11 (55%) eram do sexo masculino; possuíam nível de escolaridade baixo (55% com ensino fundamental incompleto, 35% com fundamental completo e 10% analfabetos); 12 (60%) eram casados ou amasiados; 80% eram aposentados; renda de um a dois salários mínimos, geralmente provindos dos benefícios da seguridade social. A idade variou de 60 a 90 anos, sendo mais frequente entre 60 a 69 anos (60%).

Ao serem analisados os resultados acerca da acessibilidade/percepção e da satisfação da dimensão suporte social instrumental pode-se observar que os itens dois (se tem recebido apoio financeiro, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado) e cinco (apoio das pessoas com quem pode contar em caso de necessidade financeira, tratamento e alimentação) apresentaram médias e medianas comprovadamente mais baixas que as demais. Vale ressaltar que alguns participantes referiram que apesar de ganharem pouco, ainda ajudam financeiramente a família.

Os resultados da análise acerca do grau de satisfação em relação aos apoios recebidos (que variava de muito insatisfeito, insatisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, satisfeito e muito satisfeito), no entanto, demonstraram que a maioria das respostas ficou entre os itens quatro e cinco, demonstrando que os idosos estavam satisfeitos e muito satisfeitos com o apoio recebido, a exemplo de outros estudos.

(Bennett et al., 2000; Krumholz et al., 2000)

Na mesma linha de análise, agora dos dados relativos à dimensão suporte social emocional, os resultados das questões sete (apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à enfermidade), oito (informações de alguém, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o problema de saúde) e 11 (apoio quando precisa de companhia para divertir ou fazer atividade de lazer) apresentaram médias e medianas, comprovadamente mais baixas do que as demais, demonstrando uma situação de desinformação sobre o problema de saúde e pouco apoio ou companhia para atividades de lazer.

Os resultados da análise acerca do grau de satisfação em relação aos apoios recebidos desta dimensão de suporte social, demonstraram resultados similares aos resultados obtidos na dimensão instrumental, uma vez que a maioria das respostas também ficou entre os itens quatro e cinco, demonstrando que os idosos estavam satisfeitos e muito satisfeitos com o pouco apoio recebido, a exemplo de outros resultados. (Bennett et al., 1997; 1998; 2000)

Os dados reproduzem os resultados obtidos anteriormente (Bennett et al., 1997; 1998; 2000), ou seja, que o apoio para os aspectos emocionais também foram recebidos de familiares e amigos, com pouca expressividade por parte dos profissionais de saúde e praticamente inexistente por parte de chefes e/ou colegas de trabalho.

O conjunto dos resultados permite considerar que o grupo de idosos portadores de IC, ainda que recebam pouco suporte social, tanto na dimensão instrumental, como na emocional, manifestaram-se satisfeitos ou muito satisfeitos com o pouco apoio recebido.

## **DISCUSSÃO**

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 poderia ser modificada por meio da implementação de políticas públicas que promovam assistência, apoio e proteção social a esses idosos.

As Equipes de Saúde da Família desempenham papéis importantes no favorecimento do Suporte Social uma vez que se espera delas priorização do ser humano pela universalidade da atenção, descentralização de decisões e atuação centrada em bases territoriais. Busca a humanização do serviço com o estabelecimento de um vínculo entre população e profissional da saúde, favorecendo maior acolhimento e a articulação e integração entre os serviços especializados e aqueles que compõem a rede básica de saúde (Souza, 2000; Brêda et al. 2005). Tem como estratégia aprofundar os laços de compromissos e co-responsabilidades entre autoridades sanitárias, as instituições, os profissionais e a comunidade (Yunes, 1998). Não com intuito de responsabilizar, sozinho, o indivíduo ou a família, pela sua

saúde, mas torná-la mais feliz, saudável e produtiva, a partir das ações combinadas entre os atores envolvidos.

Causou surpresa, no presente estudo, a ausência de citação pelos idosos dessas equipes como agente de suporte social, além do desconhecimento do nome da maioria dos profissionais de saúde que lhes prestavam assistência no âmbito hospitalar. Ao se reportarem aos mesmos, eram freqüentes em suas falas, frases como: "aquele médico bonzinho"; "as moças que passam para cuidar de nós". Este fato vem mostrar a necessidade de uma análise crítica por parte dos profissionais, cujas ações exigem novas posturas como o compartilhamento, e a consideração com a comunidade com a qual trabalham.

De acordo com o IPEA (2006), o envelhecimento populacional tem acarretado mudanças nos arranjos familiares. Uma dessas mudanças é a maior proporção de famílias com pelo menos um idoso, possibilitando maior convivência intergeracional. Nesse sentido a família exerce papel fundamental no bem-estar de seus membros. No presente estudo a grande maioria dos apoios recebidos foi proveniente de familiares, amigos e vizinhos.

Featherstone (1998) discute a impossibilidade de utilização do tempo livre dos idosos em atividades prazerosas pela falta de recursos financeiros e companhias. Broadhead et al. (1983) diz 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 presente estudo mostra a precariedade de atividade de lazer pelos idosos.

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

Esses resultados ressaltam o desafio do sistema de Previdência Social, no tocante à qualidade de vida dos idosos brasileiros, por meio da cobertura da atual força de trabalho, mantendo ou ampliando a cobertura dos benefícios não-contributivos e requer 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.

O Ministério da Saúde têm desenvolvido um conjunto de ações relacionadas ao atendimento do idoso na rede pública, dentre as quais estão a criação da figura do acompanhante do idoso que é internado, a do Hospital-Dia Geriátrico, que é uma modalidade em que o paciente fica durante o dia no hospital e à noite vai para casa, dependendo da patologia.

Veras (2002) chama a atenção para o fato de que, em muitos casos, sem o cuidado ambulatorial, domiciliar, sem as instâncias intermediárias de apoio, ou mesmo sem a estrutura hospitalar, não se pode restabelecer a saúde.

Segundo, para este autor um modelo de atenção à saúde do idoso centrado na avaliação de sua capacidade funcional, que possa ser aplicado em qualquer unidade básica de saúde, deve ser o exemplo a ser praticado, dentre dessas novas perspectivas, em relação ao cuidar da pessoa idosa. A "reabilitação preventiva" significa ampliar a qualidade de vida para o idoso e sua família, além de uma relação custo/benefício favorável aos operadores do sistema de saúde.

Repetindo Delors (2003), arriscamos a dizer que, para reorientarmos as ações cuidativas, no sistema de atenção integrada à saúde, precisamos "aprender a aprender, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a conviver".

## ABSTRACT

*Social support for elderly people suffering from cardiac insufficiency*

**The aim of this study was to identify the existing social support for 20 elderly people suffering from Cardiac Insufficiency (CI), confined to a specialized hospital in upstate Sao Paulo, Brazil. The data were obtained by means of individual interviews, using the Canadian Social Support Inventory for People who are HIV-Positive or Have Aids form, validated in Brazil in 2001 and adapted to the group focused in this study. The aforementioned inventory was designed to assess two aspects of social support, instrumental and emotional, each with their respective items on the availability and sources of support and patient attitudes to it. The data was analyzed by means of descriptive statistics and cross-correlation analysis. The correlation of the variables was given by the Pearson correlation coefficient and significance was declared when  $p \leq 0.05$ . The results permitted a characterization of the elderly CI patients, revealing that even though they received little social support, either instrumental or emotional, they professed themselves satisfied or very satisfied with the little aid received. The support referred to was provided largely by family members, friends and even neighbors, with little help on the part of health professionals and virtually none from employers and/or workmates.**

*Keywords:* cardiac insufficiency; social support; elderly; quality of life.

## REFERÊNCIAS

AHA. American Heart Association. *Heart stroke statistical update*. Dallas: AHA; 2002. p.113-21.

Bennett SJ, Baker SL, Huster GA. Quality of life in women with heart Failure. *Health Care Women Int* 1998; 19:217-9.

Bennett SJ, Cordes DK, Westmoreland G, Castro R, Donnelly E. Self-care strategies for symptom management in patients with chronic heart failure. *Nurs Res* 2000; 49:139-45.

Bennett SJ, Pressler ML, Hays L, Firestone LA, Huster GA. Psychosocial variables and hospitalization in persons with chronic heart failure. *Prog Cardiovasc Nurs* 1997; 12:4-11.

Boutin-Foster C, Charlson ME. Getting to the heart of social support: a quantitative study on the mechanisms of action of social support among patients with coronary artery disease. *J Clin Epidemiol* 2002; 55(6 Suppl):629.

Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005; 13(3):450-2.

Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, Wagner EH, Shoebach VJ, Grimson R, Heyden S, Tibblin G, Gehlbach SH The epidemiologic evidence for a relationship between social support and Health. *Am J Epidemiol* 1983, 117(5):521-37.

Cohen S, Syme, SL. *Social support and health*. San Diego: Academic Press; 1985.p.310-57.

Consolim-Colombo FM, Atala MM. Prevenção e tratamento da insuficiência cardíaca no paciente hipertenso. *Rev. Soc. Cardiol.Estado São Paulo* 2004; 14(1):55-67.

Dantas RA, Stuchi RA, Rossi LA. The hospital discharge for the family of the coronary artery disease patients. *Rev Esc Enferm USP* 2002; 36(4 Suppl):345-50.

Delors J. *Educação: um tesouro a descobrir*. São Paulo: Cortez; 2003. p.281

Derntl AM, Watanabe HAW. Promoção da saúde. In: Litvoc J, Brito FC, editores. *Prevenção e promoção da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2004. p.37-45.

Featherstone M. O curso de vida: corpo, cultura e imagens do processo de envelhecimento. In: Debert GG, organizador. *Antropologia e velhice: textos didáticos*. Campinas: IFCH/UNICAMP; 1998. p.45-64.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Desenvolvimento humano e condições de vida: indicadores brasileiros. Disponível em URL: <http://www.ipea.gov.br>. [13 mai 2006]

Krumholz HM, Chen YT, Wang Y, Vaccarino V, Radford MI, Horwitz RI. Predictors of readmission among elderly survivors of admission with heart failure. *Am Heart J* 2000; 139:72-7.

Leserman J, Petitto JM, Golden RN, Gaynes BN, Gu H, Perkins DO et al. Impact of stressful life events, depression, social support, coping and cortisol on progression to AIDS. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1221-28.

Lima GM. O Psicodrama como investigação qualitativa em programas de promoção em saúde. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto SP, 2001, 203p.

Negrão CE, Franco FGM, Braga AM, Roveda F. Evidências atuais dos benefícios do condicionamento físico no tratamento da IC congestiva. *Rev Soc Cardiol Estado São Paulo* 2004; 14(1):147-57.

Orth-Gomer K, Uden AL. The measurement of social support in population surveys. *Soc. Sci. Med.* 1987; 24(1 Suppl):83-94.

Renwick R, Halpen T, Ridman D, Friedland J. Description and validation of a measure of received support specific to HIV. *Psychol rep* 1999; 84(2 Suppl):663-73.

Schimitz MF, Cristal S. Social relations coping, and psychological distress among persons with HIV/AIDS. *J Appl Soc Psychol* 2000; 30:665-85.

Seidl EMF. *Pessoas vivendo com HIV/Aids: configurando relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida* [Tese]. Brasília: Faculdade de Psicologia, Universidade de Brasília; 2001.

Souza MF. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. *Rev Bras Enfermagem* 2000; 53(n.esp):25-30.

Veras RP. *Terceira idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UnATI/UERJ; 2002. v.1

Wallston BS, Alagna SW, Devellis BM. Social support and physical health. *Health Psychol* 1985; 2:367-91.

WHO. *Ottawa charter for health promotion*. Geneva: World Health Organization. 1986

Yunes J. Apresentação In: Domingues BNR. *O programa de saúde da família: como fazer?* 2.ed. rev e atual. Campinas: Benito Narey Ramos Domingues; 1998.