



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**Apoio social disponibilizado por cuidadores de pacientes
coronarianos: efeitos de intervenção comportamental**

Marcela Abreu-Rodrigues

Brasília, Setembro de 2008



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Programa de Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

**Apoio social disponibilizado por cuidadores de pacientes
coronarianos: efeitos de intervenção comportamental**

Marcela Abreu-Rodrigues

**Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de Brasília, como
requisito parcial à obtenção do título de Mestre
em Processos de Desenvolvimento Humano e
Saúde, área de concentração: Psicologia da
Saúde.**

**Orientadora: Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl
Brasília, 2008**

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl - Presidente
Universidade de Brasília - UnB

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz- Membro
Universidade de Brasília - UnB

Profa. Dra. Marília Marques da Silva - Membro
Universidade Católica de Brasília - UCB

Profa. Dra. Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo-Suplente
Universidade de Brasília-UnB

Brasília, Setembro de 2008

*Ao Ambulatório de Cardiologia
do Hospital Universitário de Brasília:
médicos, funcionários e pacientes*

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl pela dedicação, competência e rigor com que orientou este trabalho. Pela sua confiança durante todas as etapas da elaboração dessa dissertação.

Aos meus pais por sempre me apoiarem e por estarem ao meu lado, por serem excelentes modelos de responsabilidade, amor e dedicação, mas principalmente por sempre instigarem o melhor em mim. Obrigada por serem pais e avós maravilhosos. Muito do que sou hoje, com certeza é um pedaço de vocês.

Ao meu filho Gabriel por ser o maior estímulo para que eu me torne uma pessoa melhor a cada dia! Por me proporcionar momentos inesquecíveis de felicidade e orgulho! A sua paciência, compreensão e amor foram fundamentais para dar continuidade a esse trabalho.

À minha prima “irmã” Emmanuelle por ser minha amiga e companheira! Por me escutar, compartilhar das minhas angústias, me proporcionar boas risadas e principalmente por me ajudar com o Gabriel durante minhas ausências! Muito obrigada!

Ao Raul pelo seu estímulo, apoio, carinho e companheirismo nessa jornada! Tenho muito orgulho de ter você ao meu lado! Te amo, lindo!

Ao meu querido irmão Manoel e minha cunhada Lilian que mesmo estando longe, sempre mostraram sua torcida por mim e pela minha felicidade! Amo vocês!

À Sandra, meu braço direito e amiga por cuidar, com tanto amor e carinho, de mim e do meu filho!

Às minhas amigas e companheiras de mestrado: Marina, Camila G., Catarina, Juciléia, Camila T., Karlinha, Flávia e Carol pelos momentos de descontração, pelas

risadas maravilhosas, pelos aniversários inesquecíveis, pelos almoços intermináveis, pelas farras, fofocas, viagens e por serem excelentes amigas! Vocês moram e sempre estarão no meu coração!

À toda equipe do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário de Brasília, em especial aos Doutores Hervaldo Sampaio e Daniel França por acreditarem no meu trabalho como pesquisadora e profissional, no atendimento interdisciplinar e por serem mestres na arte de cuidar. Adoro trabalhar com vocês! Vocês me ensinaram muito. Serei eternamente grata!

Aos professores do Instituto de Psicologia da UnB Aderson Costa Jr., Laércia Abreu Vasconcelos, Lúcia Pulino e Maria Auxiliadora Dessen. Em especial agradeço à professora Dra. Suely Sales Guimarães por ter me apresentado a área e treinado para atuação na Psicologia da Saúde.

Ao pessoal da secretaria do PED e do PGPDS: Luiz, Valdelice e Fred por sempre estarem dispostos a ajudar!

Às professoras Marília Marques, Elizabeth Queiroz e Tereza Cristina a Cavalcanti Ferreira de Araújo por terem aceito o convite para examinar este trabalho.

Às minhas avós Rita e Alaíse e todos os meus tios, primos e amigos que fazem parte da minha vida especialmente à Patrícia, Renata, Manuella e Carol pela amizade e parceria constante.

Ao pessoal da Academia Runway, especialmente aos professores Henrique, Murilo e Gustavo, por ajudarem a manter minha saúde física e mental durante esse trabalho!

À CAPES pelo apoio financeiro.

RESUMO

A doença coronariana acomete um grande número de pessoas, sendo a primeira causa de morte em países desenvolvidos e no Brasil. Pesquisas na área tem concentrado esforços para melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes acometidos. O apoio social tem sido diretamente relacionado com a diminuição da morbi-mortalidade desses pacientes ao promover melhora da adesão ao tratamento dos mesmos. O presente estudo, com delineamento quase experimental, teve como objetivos: 1) elaborar procedimento de intervenção comportamental para cuidadores de pacientes coronarianos, visando à adequação do suporte social; (2) verificar os efeitos da intervenção para a promoção de suporte social a pacientes coronarianos, a partir da percepção sobre a ocorrência e satisfação com o apoio recebido de seus cuidadores, antes (Momento 1) e após intervenção específica (Momentos 2 e 3). Participaram desse estudo, três pacientes com angina instável sendo dois homens e uma mulher. A intervenção foi realizada em três cuidadores, sendo duas mulheres e um homem, pré selecionados pelos pacientes e consistiu em quatro sessões individuais, uma por semana, com duração de 90 minutos cada. O comportamento dos cuidadores foi avaliado pelo número de respostas auto-relatadas de fornecimento de apoio social em relação a cinco categorias comportamentais (medicação, alimentação, atividade física, estresse e atividades de lazer). Foram utilizados questionários sociodemográficos e da situação clínica, contruídos para o estudo, e a Escala de Suporte Social, esta respondida apenas pelo paciente. Os resultados revelaram que no primeiro momento, todos os pacientes relataram níveis moderados de apoio social (M= 3,59 em P1; M=2,95 em P2 e M= 3,32 em P3). Para os três participantes houve aumento da frequência de apoio e na satisfação após o procedimento (M2 e M3) ($t=4,38$ em P1; $t= 4,11$ em P2 e $t=4,11$ em P3; $p\leq 0,001$), sendo que em M2, P1 e P2 apresentaram um aumento significativo na frequência e satisfação com o apoio recebido ($t= 4,86$; $p\leq 0,001$ em P1 e $t=4,33$; $p\leq 0,001$ em P2). Para P3, esse aumento ocorreu entre M2 e M3 ($t= 4,16$; $p\leq 0,001$). Os resultados indicaram a possibilidade de aplicação da intervenção comportamental, dos instrumentos e das técnicas utilizadas, para os objetivos do estudo. O reduzido número de participantes e a utilização do auto-relato como medida única do apoio social levam à necessidade de parcimônia quanto à generalização dos dados desse trabalho.

Palavras-chave: Paciente coronariano, suporte social, cuidador, intervenção comportamental.

ABSTRACT

The coronary heart disease affects a great number of people, being the number one cause of death in Brazil and developed countries. Researches in the field have concentrated their efforts to improve quality of life and prognosis of these patients. Social support has been directly related to the reduction of morbid and mortality of these patients by promoting their treatment adherence. The present study, with a quasi-experimental design, aimed to: 1) elaborate an intervention procedure using behavioral techniques among coronary patient's caregivers, targeting an appropriate available social support; (2) verify the effectiveness of the intervention through the patient's perception about the occurrence and satisfaction with the received social support from their caregivers before (Moment 1) and after specific intervention (Moment 2 and 3). Three patients, two men, and a woman, diagnosed with unstable angina participated in the study. Three caregivers participated in the interventions, two woman and, one man, previously selected by the patients. The intervention consisted in four individual sessions, once a week, during a 90 minute session. The number of given social support responses in relation to five categories (medication, eating behavior, physical activities, stress and leisure time) measured the caregiver's behaviors. Social demographic and clinical situation questionnaires were applied in both participants while only the patients responded to the Social Support Scale. The results show that in the first moment, all patients reported moderate levels of received social support (M=3, 59 for P1; M=2, 95 for P2 and M=3, 32 for P3). In M2 and M3, there was an increase of the social support and satisfaction for all three caregivers ($t=4, 38$ for P1; $t=4, 11$ for P2 and $t=4, 11$ for P3; $p \leq 0,001$). In M2, P1 and P2 demonstrated an increase in received social support and satisfaction ($t=4, 86$ for P1 and $t=4, 33$ for P2; $p \leq 0,001$). For P3, the increase of social support occurred in the period between M2 and M3 ($t=4, 16$; $p \leq 0,001$). The results indicated, for the aim of the present research, the possibility of applying behavioral intervention, the used instruments, and techniques. The small number of participants and the use of self-report as an only measure of social support brings into a careful process the generalization of the results.

Key words: Coronary patient, social support, caregiver, behavioral intervention.

SUMÁRIO

Dedicatória	Iv
Agradecimentos	V
Resumo	Vii
Abstract	Ix
Lista de Tabelas	Xiii
Lista de Figuras	Xiv
Introdução	01
Capítulo 1- Revisão da literatura	04
1.1 A doença coronariana	07
1.2 Suporte social: conceituação e classificação	09
1.3 Suporte social, mortalidade e morbidade em doença coronariana	12
1.4 Suporte social e adesão ao tratamento.	21
1.5 Intervenção para o desenvolvimento do apoio social	23
1.6 Como promover suporte social adequado?	27
2.6.1 Aporte teórico e metodológico da ciência psicológica	28
Capítulo 2 - Definição do problema e objetivos	34
Capítulo 3 – Método	36
3.1 Participantes	36
3.2 Procedimentos	38
3.2.1 Local de realização do estudo: Hospital Universitário de Brasília.	38
3.2.2 Delineamento, instrumentos e procedimento de coleta	39
3.2.3 Aspectos éticos	42
3.2.4 Intervenção	43
3.3 Organização e análise dos dados	46
Capítulo 4 – Resultados	47
4.1 Momento 1	47
4.1.2 Impacto da doença coronariana na vida dos pacientes	47
4.1.3 Avaliação do suporte social (linha de base)	49
4.1 Intervenção	52
4.2.1 Cuidador 1	
4.2.1.1 Sessão 2	52
4.2.1.2 Sessão 3	53
4.2.1.3 Sessão 4 e 5	55
4.2.2 Cuidador 2	58
4.2.2.1 Sessão 2	59
4.2.2.2 Sessão 3	60
4.2.2.3 Sessão 4 e 5	61
4.2.3 Cuidador 3	64

4.2.3.1 Sessão 2	64
4.2.3.2 Sessão 3	65
4.2.3.3 Sessão 4 e 5	67
4.3 Avaliação do suporte social: Momento 2 e 3	70
4.3.1 Fontes de apoio instrumental e emocional para os participantes	72
Capítulo 5 – Discussão	74
5.1 Mudanças ocorridas no fornecimento de apoio social	74
5.2 Contribuições e limitações da pesquisa	81
Capítulo 6 - Considerações finais	84
Referências	85
Anexos	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Causas de morte no mundo em 2007, segundo dados da OMS.

Figura 2- Território do coração afetado pela doença coronária.

Figura 3 – Distribuição das respostas de respostas de P1, P2 e P3 na linha de base (LB) à Escala de Suporte Social.

Figura 4 - Respostas de apoio social de C1 nas categorias medicação, alimentação, atividade física, controle de estresse e atividades de lazer a P1 em um período de quatorze dias, medido pelo registro de auto-monitoramento.

Figura 5 - Respostas de apoio social de C2 nas categorias medicação, alimentação, atividade física, controle de estresse e atividades de lazer a P2 em um período de quatorze dias, medido pelo registro de auto-monitoramento

Figura 6 - Respostas de apoio social de C3 nas categorias medicação, alimentação, atividade física, controle de estresse e atividades de lazer a P3 em um período de quatorze dias, medido pelo registro de auto-monitoramento..

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dez principais causas de morte no Brasil agrupadas e classificadas pela CID 10. Fonte: MS/ Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), 2006.

Tabela 2 - Dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes.

Tabela 3 - Dados sociodemográficos dos cuidadores.

Tabela 4 - Etapas do procedimento.

Tabela 5 - O impacto que a doença coronariana trouxe na vida do paciente segundo relato dos participantes (N=3).

Tabela 6 - Escolhas e expectativas em relação ao cuidador expressas por P1, P2 e P3.

Tabela 7 - Médias e desvios-padrão dos escores obtidos por P1, P2 e P3 nos três momentos da aplicação da Escala de Suporte Social.

Tabela 8 - Amostras pareadas, diferença das médias, valores do teste t pareado e nível de significância na Escala de Suporte Social em LB, pós-teste (M2) e seguimento (M3).

Tabela 9 - Fontes de apoio emocional(emo) e instrumental(inst) informadas pelos pacientes (P1, P2 e P3) nos três momentos (M1, M2 e M3).

Introdução

O mundo atual se depara com um aumento significativo no número de pessoas acometidas pelas limitações e pelos desafios decorrentes da doença coronariana. Até há pouco tempo, a grande maioria das pessoas acometidas pelo infarto do miocárdio não sobreviviam. Os avanços tecnológicos e científicos direcionados ao atendimento dessa população fizeram com que estudiosos e profissionais da área de saúde desenvolvessem pesquisas com o objetivo de garantir uma melhora no prognóstico e na qualidade de vida dessas pessoas. Assim, aumentou-se a sobrevivência desses pacientes e o número daqueles que convivem com a doença.

Essa realidade consolidou, de forma progressiva, a necessidade de uma abordagem interdisciplinar na atenção e cuidado aos pacientes coronarianos, valorizando aspectos físicos, psicológicos e sociais das pessoas acometidas. Assim, profissionais de saúde passaram a buscar, não somente a sobrevivência desses pacientes, mas a melhora de sua qualidade de vida. Pesquisas passaram a investigar variáveis biopsicossociais que podem influenciar no estado de saúde de pacientes coronarianos.

Ao longo da experiência de aproximadamente seis anos, primeiro como estudante e posteriormente como psicóloga da equipe interdisciplinar do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário de Brasília, consolidou-se o interesse pelo tema focalizado no presente estudo. As observações e o acompanhamento a pacientes e familiares nesse período mostraram a importância do cuidador e/ou do suporte social no tratamento a essa clientela, desde a fase inicial da doença. Por outro lado, foi percebido que, em muitos casos, esse apoio pode influenciar negativamente no tratamento e no prognóstico. O presente estudo foi realizado com o objetivo de analisar o processo de

aquisição e manutenção de comportamentos de apoio social junto a cuidadores de pacientes coronarianos. Para isso, investigou-se a eficácia de um treino comportamental por meio do qual o cuidador aprendesse a fornecer suporte social adaptado às necessidades do paciente. Utilizou-se de um delineamento quase-experimental, intra-sujeito.

Ressalta-se a relevância do estudo para a área, pois se constatou a inexistência de trabalhos de pesquisa sobre o tema no Brasil. Acreditamos, ainda, que o desenvolvimento de estratégias de intervenção junto a cuidadores de pacientes coronarianos possibilitará a definição de formas mais adequadas de atender às necessidades dessa população.

Considerando os interesses nos planos científico e profissional, as seguintes questões nortearam o estudo:

- Qual a influência do apoio social em pacientes coronarianos, nos casos de diagnóstico recente?
- Qual a relação entre disponibilidade e satisfação com o suporte social no tratamento de pacientes coronarianos e a adesão ao tratamento?
- Quais os efeitos de intervenção comportamental na aquisição e manutenção de condutas de apoio social por cuidadores de pacientes coronarianos?

O presente trabalho foi organizado em capítulos com o objetivo de relatar seu desenvolvimento. O Capítulo 2 trata da revisão da literatura sobre doença coronariana, abordando, inicialmente, aspectos epidemiológicos, descrição do agravo e manifestações clínicas. Em seguida, questões referentes ao apoio social, sua definição, papel no processo saúde-doença, sua relação com a morbi-

mortalidade e adesão ao tratamento de pacientes coronarianos estão apresentadas. Por fim, nesse mesmo capítulo, estão mencionados aspectos referentes à intervenção junto ao cuidador nesse processo. O capítulo 3 apresenta o problema e os objetivos do estudo. O quarto capítulo refere-se à metodologia, incluindo informações referentes aos participantes, local de realização do estudo, delineamento, descrição do procedimento, instrumentos utilizados e análise de dados. No quinto e sexto capítulos estão apresentados e discutidos os resultados obtidos, respectivamente. Por fim, no Capítulo 7 estão as considerações finais do estudo.

Capítulo 1

Revisão da Literatura

Graças aos avanços da medicina, em especial nas últimas décadas, e às estratégias de saúde pública, as doenças que hoje afligem boa parte da humanidade são bem diferentes das que eram comuns em passado recente. Anteriormente, as doenças responsáveis por alto índice de mortalidade eram as doenças agudas, como as enfermidades infecciosas. As melhorias em higiene pessoal, nutrição e saúde pública – como sistemas de tratamento de esgotos –, desde o século XIX, levaram a um declínio do número de mortes por doenças infecciosas como, por exemplo, a pneumonia (Straub, 2005). Atualmente, as doenças mais prevalentes que acometem as pessoas são aquelas caracterizadas por curso lento e prolongado, denominadas de doenças crônicas, tais como as cardiovasculares, câncer e derrames (Guimarães, 1999).

As enfermidades crônicas são doenças do estilo de vida: em geral podem ser prevenidas, mas as causas não são facilmente identificadas. O risco de uma pessoa desenvolver uma doença cardíaca ou um câncer está amplamente relacionado com a forma como ela vive (Straub, 2005). Por sua vez, esses fatores de risco costumam estar enraizados em aspectos psicológicos, sociais, econômicos e culturais. O objetivo da psicologia da saúde como especialidade é investigar o processo saúde-doença, contribuindo para modificar e desenvolver comportamentos de saúde, para a prevenção e tratamento de doenças, bem como melhorar o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo durante o curso da enfermidade (Matarazzo, 1980).

Poucas circunstâncias na vida adulta são tão estressantes como a doença crônica, e a família exerce um papel importante no ajustamento psicológico e no manejo dos

sintomas dessas doenças (Martire & Schulz, 2007). As autoras afirmam que relações sociais próximas afetam positivamente sistemas biológicos, comportamentos de saúde e o bem-estar psicológico do indivíduo. Assim, o envolvimento de outras pessoas no cuidado e apoio parece favorecer a adaptação e o ajustamento do paciente à doença crônica. Nesse contexto, Straub (2005) afirma que:

Mulheres e homens que se sentem socialmente conectados a uma rede de amigos afetuosos têm menor probabilidade de morrer de qualquer forma de câncer do que pessoas que sejam isoladas socialmente. O fato de sentir-se amparado por outras pessoas serve como proteção que mitiga o resultado de hormônios que causam estresse e mantém as defesas do corpo fortes durante situações traumáticas (p.171).

No que se refere às doenças cardiovasculares, a *World Health Organization* (WHO) divulga que, em 2007, estas mantiveram sua posição como a principal causa de morte no mundo, representando cerca de 30% do total de óbitos (Figura 1).

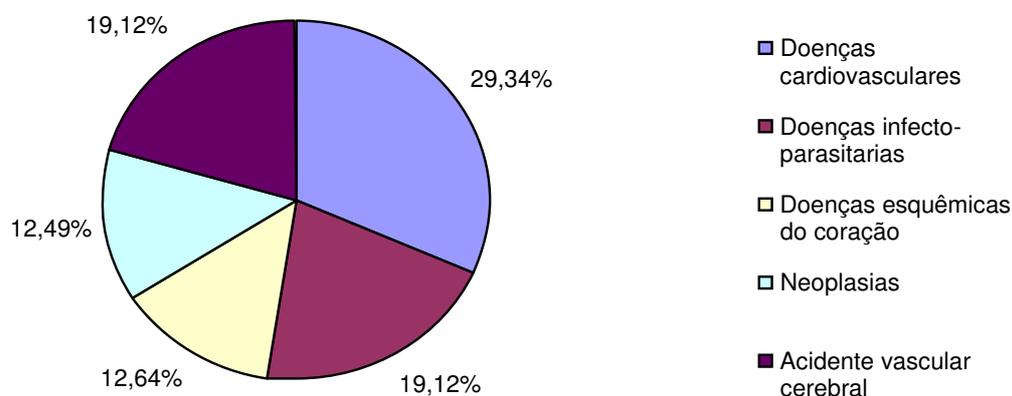


Figura 1. Causas de morte no mundo em 2007, segundo dados da OMS.

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), no Brasil morreram mais de 700 mil pessoas no ano de 2005, sendo que cerca de 190 mil faleceram devido a doenças do coração e aproximadamente 84 mil tiveram como causas de óbito doenças cerebrovasculares (Tabela 1). Assim, as síndromes coronarianas, como angina, infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral (AVC), são responsáveis por um grande número de hospitalizações no Brasil e no mundo. Boutin-Foster (2005a) afirma que a eliminação dos fatores de risco que contribuem para a doença arterial coronariana tem sido uma grande preocupação para a saúde pública mundial, gerando interesse por pesquisas na área.

Tabela 1. Dez principais causas de morte no Brasil agrupadas e classificadas pela CID 10.

Causas de morte	Ocorrências
1) Doenças do coração	197.031
2) Neoplasias	120.493
3) Doenças cerebrovasculares	84.688
4) Morte sem assistência médica	78.662
5) Sintomas, sinais e achados clínicos e laboratoriais anormais	54.450
6) Agressões	45.343
7) Diabetes Mellitus	35.280
8) Doenças crônicas das vias aéreas inferiores	33.707
9) Acidente de transporte	29.640
10) Pneumonia	29.3435

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), 2006.

1.1 A doença coronariana

A doença arterial coronariana é um distúrbio no qual depósitos de gordura acumulam-se nas células que revestem a parede de uma artéria coronária e, conseqüentemente, obstruem o fluxo sanguíneo para o coração. Os depósitos de gordura formam-se gradualmente e desenvolvem-se nos grandes ramos das duas artérias coronárias principais, as quais circundam o coração e provêem sangue ao mesmo (Straub, 2005). Essa condição provoca o entupimento das artérias do coração e o conseqüente sofrimento do músculo cardíaco.

Existem duas condições representativas da doença coronariana: a angina instável e o infarto agudo do miocárdio. A angina é uma condição de dor extrema no peito causada por restrição no suprimento de sangue para o coração. Os ataques de angina em geral ocorrem durante momentos de esforço incomum. O infarto do miocárdio, mais comumente conhecido como ataque do coração, resulta na morte do tecido cardíaco em resposta à interrupção do suprimento de sangue para o miocárdio (Figura 2). A sintomatologia típica – a dor retroesternal denominada de *angina pectoris* – pode surgir abruptamente ou de forma insidiosa e é aliviada com o uso de medicação específica (Machado, 2004). A terapêutica médica habitual consiste no tratamento clínico e métodos invasivos tais como a cirurgia de revascularização do miocárdio e os procedimentos hemodinâmicos como a angioplastia e o *stent* (Giannotti, 2002). Vale ressaltar que as doenças isquêmicas do coração ficaram em terceiro lugar (12,64%) dentre as principais causas de morte no mundo (WHO, 2007), sendo que em países desenvolvidos é a principal responsável por óbitos, matando mais de 3,5 milhões de pessoas no ano de 2007.

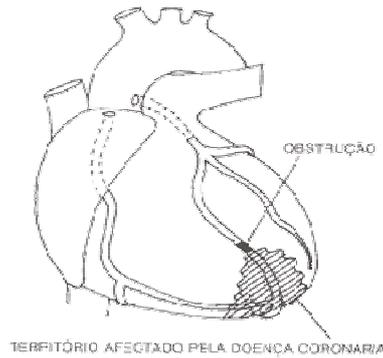


Figura 2. Território do coração afetado pela doença coronária
Fonte: <http://www.enfarte.com/enfarte-descricao-da-doenca-coronaria.html>

A frequência do aparecimento da enfermidade varia em função do sexo e da idade. Estudos observam que a doença coronariana, seja qual for a sua manifestação, é muito rara abaixo dos 35 anos de idade. Superior a essa faixa etária, a frequência vai aumentando progressivamente. A relação da frequência de aparecimento da doença em homens e mulheres é de seis para um antes dos cinquenta. Em homens com idade compreendida entre 20 e 40 anos aparecem seis novos casos em cada mil pessoas por ano, enquanto que em mulheres o índice é menor, tendendo a igualar-se com os homens após a menopausa (<http://www.enfarte.com/enfarte-descricao-da-doenca-coronaria.html>).

Entre os fatores de risco coronariano, podemos citar: herança genética, hipercolesterolemia, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, tabagismo, sedentarismo e estresse (Straub, 2005). Aspectos psicossociais também podem contribuir para o risco da doença coronária: mudança frequente de residência ou emprego, nível sócio-cultural inadequado com a posição profissional que ocupa, problemas familiares, situação financeira e problemas do indivíduo com seu grupo social (Lamosa, 1990). Assim, é importante observar que, excluindo os fatores hereditários, todos os demais aspectos citados podem ser controlados com a mudança de

comportamento e de estilo de vida, o que gera a necessidade de profissionais aptos a sensibilizar o paciente para aderir a tais mudanças. Dessa forma, a coronariopatia apresenta aspectos particulares que podem contribuir para o aparecimento de demandas psicossociais do paciente. Seu início é, na maioria das vezes, súbito e, como não há possibilidade de cura, a pessoa deverá conviver com a enfermidade por toda a vida, com períodos variáveis de remissão dos sintomas (Lamosa,1990). Outra preocupação freqüente é a morte súbita, comum tanto na manifestação inicial quanto ao longo da evolução do quadro clínico.

A ocorrência da enfermidade coronariana é marcada, muitas vezes, por medo, ansiedade e incertezas com relação ao retorno às atividades diárias. Sob tais circunstâncias, o apoio social é geralmente acionado e mobilizado como recurso para ajudar pacientes a enfrentar sua condição de saúde e as conseqüências da mesma. Segundo Straub (2005), lidar com eventos estressantes, como uma doença crônica, é especialmente difícil quando o indivíduo se sente isolado e/ou rejeitado socialmente. Assim, estudos apontam que o suporte social pode diminuir o risco de agravamento de tais doenças ao promover comportamentos relevantes para seu manejo e controle.

1.2 Suporte social: conceituação e classificação

Os relacionamentos sociais exercem um papel fundamental na vida das pessoas cumprindo função importante nas dimensões social, psicológica e comportamental. Estudos indicam que tanto a qualidade quanto a quantidade de relacionamentos sociais parecem afetar de forma significativa a morbidade e a mortalidade (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser,1996). Cohen, Underwood e Gottlieb (2000) descrevem o suporte social como um processo que envolve interações com outras pessoas e que facilita o

enfrentamento do estresse e de condições aversivas.

O estudo da relação entre fatores sociais e saúde física teve seu início com pesquisas feitas pelo sociólogo francês Emile Durkheim, sobre mortalidade e relações sociais com pacientes suicidas. Durkheim (1951) concluiu que existe uma associação direta entre a forma de suicídio e o ambiente social no qual o indivíduo está inserido. Por exemplo, uma forma de suicídio é a que o autor denomina de suicídio egoísta: o indivíduo enfrenta sozinho situações difíceis da vida, sem apoio social. É um suicídio que resulta da falta de integração social da pessoa com a família e a sociedade.

Na década de 1970, com o fortalecimento do modelo biopsicossocial, quando o processo saúde-doença passou a ser visto de modo multidimensional, Cobb (1976) realizou um trabalho que tornou evidente a relação entre suporte social e saúde. Nesse trabalho o autor apresentou uma primeira definição de suporte social no contexto de saúde, com base em evidências empíricas que indicavam o caráter protetor do apoio social em relação à hospitalização, recuperação de doenças, estresse e depressão. Nesse cenário, o suporte social foi definido como *“a informação que leva o indivíduo a acreditar que ele é cuidado, amado, estimado e que pertence a uma rede social com obrigações mútuas”* (p. 4).

Vale ressaltar que uma crítica freqüente às pesquisas sobre apoio social é a falta de consenso quanto à sua definição (Uchino, 2004). Assim, trata-se de um conceito investigado por antropólogos, epidemiologistas, enfermeiros, sociólogos, psicólogos, médicos, entre outros profissionais. Hupcey (1998) fez uma análise crítica da literatura sobre suporte social em saúde. Para isso, a pesquisadora analisou 200 artigos procurando determinar se o construto suporte social tinha sido definido. Como resultado, a autora verificou diversas definições teóricas que se diferenciavam por

aspectos como a conceituação, a percepção, as conseqüências do apoio e o tipo de relação entre o provedor e o receptor do suporte. Diante desse cenário, o estudo identificou uma dificuldade em analisar a efetividade do apoio de forma adequada.

Atualmente, os estudos sobre suporte social focalizam dois aspectos em sua definição conceitual: estruturais ou funcionais (Seidl & Tróccoli, 2006). Esses autores classificam os aspectos estruturais como os relacionados à presença de apoio social independente da ocorrência de eventos estressores, valorizando questões como número de pessoas que integram a rede de apoio, por exemplo. A concepção funcional diz respeito à disponibilidade e modalidade de apoio recebido, assim como ao nível de satisfação do receptor, em relação a situações e contextos estressores específicos. Assim, um paciente pode receber apoio de muitas pessoas que provêm suporte social em geral, mas está insatisfeita e não tem disponibilidade de apoio em relação ao problema de saúde que o acomete, por exemplo.

Na área de saúde, o interesse pelo suporte social funcional tem sido relevante, tendo em vista a ocorrência de agravos que demandam apoio específico. Duas categorias têm predominado na literatura no que tange ao suporte funcional: instrumental e emocional (Seidl & Tróccoli, 2006; Thoits, 1995). O suporte instrumental se refere à percepção e satisfação do indivíduo quanto à disponibilidade de apoio para questões operacionais relacionadas ao seu tratamento de saúde, atividades práticas do cotidiano, ajuda material ou financeira. O apoio emocional está relacionado à percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional em relação à condição de saúde e tratamento.

Em suma, pesquisas com medidas estruturais focalizam a distinção entre suporte obrigatório e voluntário, assim como laços fortes e fracos. O suporte funcional, por sua

vez, examina a função do apoio. Pesquisas que incorporaram as duas medidas de suporte estão pouco disponíveis na literatura (Uchino, 2004), mas são fundamentais para um melhor entendimento da relação entre suporte social e saúde.

1.3 Suporte social, mortalidade e morbidade em doenças crônicas

O primeiro estudo longitudinal que relacionou suporte social e mortalidade foi publicado por Berkman e Syme, em 1979. Os autores entrevistaram mais de seis mil pessoas na Califórnia sobre a extensão dos seus contatos sociais: os dados mostraram que havia uma relação inversa entre suporte social e mortalidade, ou seja, esta era maior para as pessoas com rede de apoio mais escassa.

Em 1988, uma revisão intitulada *Relações Sociais e Saúde* foi publicada por House, Landis e Umberson (1988). A pesquisa teve por objetivo examinar evidências de estudos prospectivos disponíveis, relacionando suporte social e saúde. Os autores afirmaram que o suporte social exerce efeito no prognóstico da saúde semelhante à pressão arterial, ao fumo e à atividade física. Esse resultado demonstra a importância de se ter um olhar mais atento por parte de profissionais de saúde a fatores sociais quando se fala em pacientes com doenças crônicas

Em um estudo de revisão, Uchino e cols.(1996) encontraram evidências de que as relações de apoio protegem as pessoas dos perigos à saúde e dos eventos estressantes da vida. Observou-se que o suporte social pode proteger os indivíduos de uma variedade de doenças, como artrite, tuberculose, depressão e alcoolismo. Além disso, os autores afirmaram que a disponibilidade de suporte social pode, em contexto de adoecimento crônico, acelerar o processo de recuperação e facilitar a adesão a tratamentos medicamentosos.

Pessoas socialmente isoladas parecem ter um risco aumentado de mortalidade em comparação com aquelas que mantêm relações com amigos, parentes e a comunidade. A maioria dos estudos sobre suporte social e progressão de doenças crônicas revela a relação inversa entre as duas variáveis (Cohen & cols., 2000). Ou seja, quanto maior o suporte social mais lenta é a progressão da doença crônica. Os autores ressaltam que essa relação, na maioria das vezes, se refere a comportamentos que apresentam uma associação positiva com a melhora do quadro de saúde do doente crônico, como por exemplo, adesão ao tratamento e enfrentamento adaptativo. Uchino (2004) baseou-se em uma extensa revisão da literatura para escrever seu livro *Social Support and Health Outcomes*. Usando como referência 80 artigos publicados, especificou a relação entre suporte social, saúde e mortalidade. Fica claro nessa obra que todas as modalidades de suporte social, tanto estrutural quanto funcional, parecem estar relacionadas com a diminuição dos índices de mortalidade.

O estudo de Berkman e Syme (1979) buscou verificar a associação entre suporte social e mortalidade. Para isso, uma amostra randômica de 6000 indivíduos foi submetida a um levantamento e acompanhada durante nove anos. Para medir o suporte social foi utilizado o *índice de suporte social* desenvolvido pelos autores. Foi observado que os participantes que obtiveram um escore baixo, indicativo de apoio escasso, estavam mais propensos a morrer no período subsequente de nove anos. A importância desse estudo decorreu do fato de que os autores demonstraram o efeito do apoio social em diferentes condições de saúde, e não apenas quando a pessoa se encontrava enferma.

Pesquisas documentam que há um índice elevado de morbidade e mortalidade em pacientes que estão socialmente isolados. Berkman, Glass, Brissete e Seeman (2001) realizaram um estudo prospectivo de nove anos em uma comunidade na qual o suporte

social foi evidenciado como sendo determinante para o índice de mortalidade. Nessa população, o risco de mortalidade foi aproximadamente duas a três vezes maior em pessoas que careciam de apoio social do que nas que possuíam suporte social satisfatório. Resultados similares foram relatados no mesmo ano por Brumett, Barefoot e Siegler (2001) em um estudo prospectivo de cinco anos que investigou as características de 590 pacientes coronarianos com sintomas depressivos. O objetivo principal do estudo foi verificar os tipos de pacientes que se beneficiariam do suporte social. Foi observado que os pacientes com menos recursos pessoais e sócio-ambientais de enfrentamento se beneficiaram mais do apoio social. Assim, pacientes que sofriam de depressão, eram idosos, tinham dificuldades financeiras e apresentavam grau elevado de severidade da doença cardiovascular tinham risco duas vezes maior de morrer do coração se, além desses fatores, havia indisponibilidade ou inadequação do suporte social. Esses resultados indicam a influência relevante dessa variável, agravando a vulnerabilidade de pessoas que já apresentavam outras condições de risco à saúde.

Uchino e cols. (1996) realizaram um estudo de revisão da literatura em que a relação entre suporte social e processos fisiológicos em diversas enfermidades crônicas referentes ao sistema cardiovascular, endócrino e imunológico foram analisados. Os resultados revelaram a presença de uma associação significativa entre disponibilidade de suporte social e efeitos benéficos no funcionamento do sistema cardiovascular, endócrino e imunológico. Em 57 trabalhos analisados que investigaram apenas doenças do coração, a maioria evidenciou a ocorrência de associação positiva entre suporte social e melhora do funcionamento do sistema cardiovascular no que se refere à regulação da pressão arterial sistêmica e frequência cardíaca.

Pesquisas com outros agravos, como câncer e infecção pelo vírus da

imunodeficiência humana (HIV), também têm mostrado uma relação positiva entre disponibilidade de suporte social e melhora do prognóstico, entretanto, a quantidade de estudos nessas áreas é menor se comparada com a de doenças coronarianas. Na literatura sobre câncer, o suporte social parece ser benéfico a longo prazo no que se refere ao funcionamento psicossocial, vitalidade e saúde mental (Cohen & cols., 2000). Um estudo investigou um grande número de mulheres portadoras de câncer de mama (Goodwin & cols., 2001). Pacientes foram colocadas randomicamente em grupos controle ou de intervenção que estimulava o suporte emocional entre os membros do grupo. Foi observado que a qualidade de vida percebida das pacientes que participaram do grupo de intervenção foi melhor do que as do grupo controle. Entretanto, não houve diferenças no índice de mortalidade entre os dois grupos. Ademais, o suporte funcional foi a variável responsável pela melhora da qualidade de vida dessas pacientes.

Com relação ao HIV/aids, poucos estudos têm mostrado a relação entre suporte social e a sobrevivência de pessoas acometidas (Uchino, 2004). O que se constata é que o apoio social aumenta a sobrevida de pacientes em estágios avançados da doença. Além disso, o suporte social é um preditor quando nos referimos à adesão ao tratamento em HIV/aids. Simoni, Pantalone, Plummer e Huang (2007) realizaram um estudo com uma amostra de 136 pacientes com diagnóstico de infecção pelo HIV em um hospital da rede pública de saúde nos Estados Unidos. Com o objetivo de verificar a eficácia do atendimento individual usual ou em grupo na adesão à terapia anti-retroviral, os pesquisadores distribuíram os pacientes randomicamente em cada uma das duas condições. O grupo era formado por pacientes soropositivos que proviam apoio espiritual, informacional, emocional e reforço diferencial relacionados ao comportamento de adesão após três meses da linha de base. A avaliação da adesão foi

feita por meio do monitoramento da carga viral e pelo auto-relato no terceiro e no sexto mês após a linha de base. Os resultados mostraram que não houve diferença significativa na carga viral ou nos níveis de adesão referidos por auto-relato aos três e seis meses. Entretanto, fazendo uma análise posterior, os autores verificaram que havia uma associação significativa entre a quantidade de exposição a intervenção de suporte social no terceiro mês e a adesão do paciente, assim como a diminuição dos sintomas depressivos.

No Brasil, Seidl, Melchíades, Farias e Brito (2007) realizaram um estudo para verificar variáveis preditoras da adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes vivendo com HIV/aids. Suporte social, enfrentamento, auto-estima e auto eficácia foram investigadas como variáveis antecedentes, ao lado de outras variáveis sociodemográficas e médico-clínicas. Foi aplicada a Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/Aids, validada para a população brasileira (Seidl & Tróccoli, 2006) para investigar o apoio social. Os resultados mostraram que pessoas com adesão satisfatória percebiam mais disponibilidade e estavam mais satisfeitas com o apoio social. Assim, os autores concluíram que profissionais de saúde devem estar atentos a essa variável para que o paciente faça escolhas adequadas quanto ao seu suporte social.

A maior parte da literatura referente ao suporte social e doenças crônicas está direcionada às doenças cardiovasculares (Cohen & cols., 2000), apontando para a seguinte conclusão: o suporte social aparenta ser benéfico para os pacientes que receberam diagnóstico de doença cardiovascular (Uchino, 2004). Um exemplo dessa relação pode ser evidenciado no estudo realizado por Lett e cols. (2002) com o objetivo de revisar teorias de apoio social e evidenciar o papel do suporte no desenvolvimento e progressão da doença coronariana. O estudo mostrou que a falta de suporte social

aumenta de 1,5 a duas vezes o risco de mortalidade, tanto em pacientes coronarianos quanto em indivíduos saudáveis. Entretanto, os autores destacaram que o tipo de suporte social responsável por essa relação não está evidenciado na literatura. Esse fato traz a necessidade de se realizar estudos para clarificar os mecanismos psicológicos, comportamentais e fisiológicos que sustentam essa relação.

Nesse mesmo contexto, Rodriguez-Artalejo e cols. (2006) examinaram a relação entre disponibilidade de rede de suporte social e readmissão hospitalar em pacientes com insuficiência cardíaca. Nesse estudo prospectivo, 371 pacientes idosos com mais de 65 anos e com diagnóstico de insuficiência cardíaca responderam a um questionário contendo quatro questões que indagava se o participante era casado, morava com alguém, recebia telefonemas diários de membros da família e se permanecia sozinho em casa por períodos não superiores a duas horas. Quanto maior o número de itens positivos, maior o suporte social. Resultados mostraram que a readmissão hospitalar ocorreu entre aqueles participantes que tinham suporte social baixo ou moderado segundo os critérios do estudo.

Ao lado desses resultados existem evidências consistentes de que o isolamento social e a falta de apoio são fatores de risco para o agravamento da doença coronariana. Wang, Mittleman e Orth-Gomer (2005) realizaram um estudo que teve como objetivo examinar a relação entre suporte social e a progressão de doença coronariana em 292 mulheres de meia idade que haviam sido internadas por infarto agudo do miocárdio ou angina instável. Três aspectos referentes às modalidades de apoio social foram estudados nessas pacientes: suporte emocional, integração social e relações interpessoais. A progressão da doença cardiovascular foi identificada por meio de arteriografia coronariana, que consiste em um exame computadorizado no qual as

coronárias são visualizadas, assim como as mudanças que ocorrem no decorrer do tempo. Tais medidas foram verificadas aos três meses, seis meses e três anos após o episódio cardiovascular. Os resultados mostraram que houve progressão acelerada da doença coronariana em mulheres que relataram suporte social insuficiente e estavam em isolamento social, apresentando poucas relações interpessoais, enquanto que nas mulheres com bom nível de suporte social o quadro clínico evoluiu mais lentamente. Os autores concluíram que a inexistência ou precariedade do suporte social pode acarretar a progressão da doença coronariana.

Brummet e cols. (2001) investigaram 430 pacientes com de doença arterial coronariana e sua rede social de apoio. Por meio da aplicação de entrevistas semi-estruturadas e instrumentos validados, os autores pesquisaram a relação entre suporte social estrutural e risco de mortalidade cardíaca. Os resultados mostraram que a mortalidade foi maior entre os pacientes mais isolados: aqueles que tinham até três pessoas em sua rede de apoio apresentavam um risco relativo mais alto para mortalidade cardíaca, controlando-se variáveis como idade e severidade da doença. As conclusões indicaram que pacientes com rede social de apoio numericamente insuficiente tinham risco mais elevado de mortalidade, sendo que esse risco não foi atribuído a outras variáveis como gravidade da doença, dados demográficos e estresse psicológico.

Lett e cols. (2007) realizaram um estudo com 2481 pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio com o objetivo comparar o impacto do suporte estrutural e de alguns aspectos do apoio funcional na mortalidade desses pacientes, por um período de quatro a cinco anos. Todos os pacientes responderam a quatro medidas de suporte social validadas. Os pacientes que receberam diagnóstico de depressão ou referiram pouco suporte social foram randomicamente alocados em dois grupos: de intervenção

cognitivo-comportamental ou a cuidados médicos usuais. Inicialmente, não houve diferença no prognóstico dos pacientes dos dois grupos, entretanto, verificaram-se diferenças significativas em avaliação posterior. Assim, os resultados revelaram que pacientes com alto nível de suporte social percebido tiveram melhor prognóstico do que aqueles com baixo suporte.

Um estudo que mostra essa associação foi realizado por Eng, Rimm, Fitzmaurice e Kawachi (2002) ao examinarem apoio social, mortalidade por causa específica e a incidência de doença coronariana em 28.369 homens, mais especificamente profissionais de saúde por um período de 10 anos. O apoio social foi medido por meio do índice da rede de suporte social de Berkman e Syme, que avalia o grau de integração social levando em consideração o número de pessoas na rede, assim como a importância de cada relação para a pessoa. A mortalidade foi verificada pelo Índice Nacional de Mortalidade. Para se determinar a causa da morte, foram analisados certificados de óbitos fornecidos pelos hospitais. Controladas as variáveis como idade, ocupação, comportamentos de saúde, condição geral de saúde, fatores de risco para doença coronariana e hábitos alimentares, os autores verificaram que a mortalidade por todas as causas, inclusive por doença coronariana, foi mais elevada entre aqueles que possuíam menor índice de suporte social. Entretanto, não foram encontradas evidências que relacionassem o suporte social com o aparecimento da doença coronariana. Ademais, o aumento do número de relações sociais no decorrer do tempo estava diretamente relacionado com uma diminuição (cerca de 30%) de risco de morte por doença cardiovascular. O estudo concluiu que a interação social esteve relacionada com a mortalidade do paciente coronariano e não com o aparecimento da doença. A rede de apoio social parece, então, estar relacionada ao prognóstico mas não com a incidência

da doença.

No que concerne ao desenvolvimento e reabilitação dos pacientes coronarianos, Shen, McCreary e Myers (2004), em um estudo correlacional, pesquisaram, por meio da aplicação de questionários sobre saúde e desenvolvimento psicossocial, as contribuições diretas e mediadas de fatores psicossociais em 142 pacientes que estavam recebendo reabilitação cardíaca por seis semanas. Os resultados indicaram que o otimismo e a satisfação com a presença de apoio social foram fortes preditores de uma melhor reabilitação e, conseqüentemente, melhor funcionamento físico.

De acordo com a perspectiva de que a disponibilidade e a satisfação com o suporte social podem atenuar sintomas cardiovasculares, Glynn, Christenfeld e Gerin (1999) verificaram, em um estudo com delineamento experimental com 109 estudantes, que a presença de suporte social adequado reduz alterações cardiovasculares, tanto em homens quanto em mulheres, ao fazerem um discurso (comportamento de falar em público). Para isso, aos participantes foi dado um determinado texto para discursar em público, e estes foram colocados em duas situações distintas: *feedback* de apoio ou de não apoio para realizar a tarefa. Na situação de apoio os participantes sabiam que, durante o discurso, outra pessoa poderia ajudá-los em caso de esquecimento ou de erro, enquanto que na situação de ausência de apoio, o participante estaria sozinho ao falar em público. A pressão arterial e a frequência cardíaca foram medidas durante todo o processo. Os resultados indicaram que os estudantes em situação de apoio apresentaram uma redução tanto na frequência cardíaca quanto na pressão arterial, o que reforça achados sobre o efeito protetor do suporte social em situação que contém estressores potenciais.

Em suma, pode-se concluir, de acordo com as evidências obtidas nesses

trabalhos, que o suporte social parece influenciar a morbi-mortalidade por doenças coronarianas, podendo exercer influência em estágios específicos desses quadros clínicos. Entretanto, se o suporte social prediz o desenvolvimento e a incidência do quadro coronariano, não há evidências suficientes. Um número maior de estudos com delineamentos longitudinais é necessário para examinar a função que o suporte social exerce por um período de tempo prolongado. Além disso, esses estudos deveriam analisar múltiplas variáveis relacionadas ao suporte social e à doença coronariana.

1.4 Suporte social e adesão ao tratamento

Pesquisadores têm procurado verificar a relação existente entre disponibilidade e satisfação com o apoio social e melhoria do quadro clínico, não evolução da doença e adesão a comportamentos de saúde. Segundo Straub (2005), a adesão ao tratamento refere-se à disposição do paciente em adotar e seguir o regime de tratamento recomendado e conseguir fazê-lo. Nesse contexto, o suporte social parece influenciar positivamente na adesão à prática de atividade física, adoção de alimentação adequada, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool (Eng & cols., 2002). Wallace, Buckwort, Kirby e Sherman (2000) demonstraram que o suporte de amigos e familiares prediz a participação em atividades físicas e, conseqüentemente, leva à diminuição do sedentarismo em pacientes coronarianos. Em suma, o fornecimento de apoio social contribui para a melhoria das condições de saúde dos pacientes, uma vez que tende a aumentar a adesão ao tratamento.

A literatura sobre adesão a tratamento vem apontando a presença de questionamentos no que se refere à sua forma de investigação. Nesse contexto, pesquisadores afirmam que a adesão é um conjunto de comportamentos de autocuidado

e que requer uma complexidade de ações (Ferreira, 2001). Por exemplo, dentre as principais ações de adesão solicitadas ao paciente coronariano destacam-se: seguimento de um planejamento alimentar, uso das medicações, prática de atividade física, controle do estresse, além de presença regular às consultas e à realização de exames médicos. Assim,

...deixa-se de lado uma correspondência única entre prescrição médica e comportamento do paciente de seguimento das recomendações, e nota-se uma preocupação em descrever níveis específicos de comportamentos de autocuidado, isto é, o modo como as ações ocorrem em relação a cada uma das prescrições exigidas para o tratamento (Ferreira, 2001 p. 35).

Allen, Markovitz, Jacobs e Knox (2001) realizaram um estudo descritivo com 5115 participantes vinculados ao *Coronary Artery Risk Development in Young Adults* (CARDIA) que apresentavam escores elevados em uma medida de hostilidade. Os autores partiram do pressuposto que pacientes hostis apresentavam um perfil de adesão inadequado a comportamentos de saúde. Nesse cenário, foi investigado se havia associação entre nível mais alto de suporte social e melhora dos comportamentos de saúde em comparação com aqueles pacientes que apresentavam nível baixo de suporte. O apoio social foi medido por meio de uma escala de onze itens. Comportamentos como consumo de álcool, realização de atividades físicas e uso de tabaco foram examinados por meio de questionários semi-estruturados. Os resultados mostraram que nível baixo de suporte social esteve associado à pior adesão a comportamentos de saúde que, por sua vez, relacionou-se diretamente à morbidade e mortalidade elevada desses pacientes. Com base nesses resultados, a disponibilidade de suporte social parece ter tido um efeito protetor na saúde dos participantes.

Boutin-Foster (2005a) afirma que pacientes com falta de suporte adequado parecem apresentar maiores dificuldades em aderir a comportamentos que promovam saúde e bem-estar (e.g., atividade física regular, alimentação adequada e cessação do tabagismo), tendendo a apresentar piora de suas condições físicas. Nessa perspectiva, a autora investigou as modalidades de suporte social instrumental percebido por pacientes coronarianos como mais adequados para modificação de comportamentos de saúde. Uma amostra com 63 pessoas com doença coronariana participou desse estudo qualitativo. Os pacientes descreveram mudanças realizadas no estilo de vida a fim de se manterem saudáveis, bem como os tipos de suporte instrumental fornecido por pessoas da rede social. Os resultados mostraram que as mudanças no estilo de vida mais relatadas foram modificações na dieta, redução de responsabilidades, aumento da frequência às consultas médicas, ingestão correta de medicações e adesão à atividade física. Os tipos de suporte social instrumental que foram referidos como os que mais ajudaram a fazer tais mudanças foram aqueles que (1) facilitaram e tornaram mais prático o engajamento em tais comportamentos; (2) aliviaram situações estressantes; e (3) facilitaram o processo de recebimento de cuidados médicos.

Por fim, a literatura aponta que a intervenção direcionada ao fornecimento de suporte social adequado, desenvolvida com cuidadores de pessoas acometidas por enfermidades cardíacas, pode contribuir para a melhora das condições de saúde dos pacientes, uma vez que tende a aumentar a adesão ao tratamento e seu engajamento em comportamentos de saúde.

1.5 Intervenção para desenvolvimento do apoio social

Evidências epidemiológicas mostram fortemente o papel do suporte estrutural e funcional na diminuição dos níveis de morbi-mortalidade, o que reforça a necessidade

de intervenções adequadas na área. Estudos que examinaram intervenções para o desenvolvimento do suporte social podem ser divididos em três tipos, segundo o provedor do apoio: profissionais, amigos ou pessoas de uma rede social pré-existente (Uchino, 2004).

A intervenção para o suporte social proporcionado por profissionais de saúde focaliza a promoção de estratégias de enfrentamento adequadas assim como adesão a comportamentos de saúde nos pacientes. Um tipo de intervenção muito comum nessa área é o fornecimento de informações de parte de profissionais de saúde como médicos, nutricionistas e fisioterapeutas (Helgeson & Cohen, citado por Uchino, 2004). Tais informações podem auxiliar o paciente a ter um melhor entendimento do seu quadro clínico, promover uma melhor adesão ao tratamento proposto e, conseqüentemente, aumentar sua sobrevida.

Outros estudos sobre intervenções em suporte social destacam a influência de atividades em grupo. Essas intervenções, muitas vezes usam pessoas com o mesmo diagnóstico e/ou com características semelhantes com o objetivo de facilitar seu ajustamento, como por exemplo, os grupos de Alcoólicos Anônimos (Uchino 2004). Tais pesquisas indicam que a similaridade entre as características dos participantes facilita o desenvolvimento de empatia e apoio mútuo.

Por fim, temos os estudos sobre intervenção que mobilizam a rede de suporte já existente. Tais intervenções podem usar uma das seguintes estratégias: ensinar aos pacientes habilidades para conseguir apoio social adequado ou ensinar a membros da rede de apoio existente (familiares) como fornecer suporte compatível com as necessidades do paciente (Uchino, 2004).

Uma pesquisa que abordou estratégias de intervenção para ensinar indivíduos a

eliciar apoio social foi realizada por Cutrona e Cole, citados por Uchino (2004). Nesse estudo, adolescentes com transtornos psiquiátricos foram matriculados em um curso que focalizava o desenvolvimento de amizades e de relações positivas entre alunos e professores. Os alunos também aprenderam como conseguir apoio em situações problemáticas. Os resultados mostraram que, em comparação aos alunos que não participaram do curso, os participantes diminuíram o uso e abuso de drogas psicoativas e aumentaram suas notas. Além disso, os alunos que fizeram o curso apresentaram aumento da auto-estima e no número de amigos.

Em alguns casos, as intervenções com o apoio já existente precisam mobilizar diretamente a rede social do indivíduo. O desafio, segundo Cohen e cols. (2000), é ensinar aos membros da rede de suporte social habilidades para fornecer suporte compatível com as necessidades do paciente. Tais habilidades devem objetivar principalmente o engajamento do paciente em comportamentos de saúde e autocuidado. Esse tipo de intervenção pode ser extremamente importante quando faltam, aos membros da rede, experiência com uma condição ou doença particular, ou quando estes estão desinformados ou possuem crenças disfuncionais a respeito do quadro de saúde do paciente e de sua recuperação.

Wing e Jeffery (1999) observaram que ao recrutar um amigo ou familiar para realizar uma sessão de orientação sobre suporte adequado, pacientes obesos obtiveram uma perda de peso maior em comparação àqueles que apenas foram submetidos a tratamento individual. Nesse estudo, os pacientes vieram sozinhos ou foram solicitados a trazer membros da família para participar de um programa de perda de peso. Tanto aqueles que vieram sozinhos como os que trouxeram um amigo ou familiar foram alocados em grupo de intervenção comportamental ou grupo de intervenção em suporte

social. A perda de peso e a continuidade no programa foram monitoradas após um período de quatro e dez meses, respectivamente. Os resultados mostraram que houve maior perda de peso e mais tempo de manutenção no programa para os pacientes que fizeram parte do grupo de intervenção em suporte social, em especial aqueles que trouxeram um amigo. Esse resultado, como dito anteriormente, se deve ao fato de que laços anteriormente estabelecidos são mais fáceis de aderir a comportamentos de suporte adequados.

Martire e Schulz (2007), em um estudo empírico, fizeram uma comparação entre disponibilidade de cuidados médicos com orientação familiar, de cuidados médicos com orientação somente ao paciente e de cuidados médicos exclusivos, sem nenhum tipo de ação educativa. Resultados indicaram que, tanto a ação que incluiu a intervenção familiar quanto a que abarcou a orientação dada aos pacientes, foram mais eficazes do que os cuidados médicos exclusivos. A eficácia da intervenção foi medida a partir da avaliação de indicadores acerca da melhora do quadro de saúde dos pacientes. Concluiu-se que é de suma importância, assim como a orientação aos pacientes, a realização de estudos com intervenções que incluam conteúdos que objetivam sensibilizar e orientar os familiares no fornecimento de suporte social adequado aos pacientes. Tais intervenções parecem ter maior eficácia do que a disponibilização de orientações dadas apenas aos pacientes ou de cuidados médicos exclusivos.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração, quando se fala em intervenção em suporte social, é a satisfação do paciente com o apoio recebido. Como enfatizado por diversos autores, no contexto da doença coronariana é freqüente a disposição de amigos e membros da família no sentido de fornecer suporte social. Apesar de ser reconhecido em geral como benéfico, há evidências sugerindo que essa

iniciativa pode ser percebida pelo paciente como problemática e causar prejuízos à sua saúde. Boutin-Foster (2005b) verificou esse fato em um estudo qualitativo com 59 pessoas internadas devido ao diagnóstico de síndrome coronariana aguda. A pesquisa buscou identificar as características problemáticas do suporte social a partir da perspectiva do paciente. Foi feita a seguinte pergunta aos participantes: *“Você poderia descrever as coisas que membros da sua família, amigos próximos e profissionais da saúde fizeram durante esse período tentando fornecer suporte e ajuda, e que você sentiu que não ajudou ou que lhe causou mais estresse?”* (p. 2). Os resultados indicaram que muitas ações realizadas pelo provedor do apoio social, que tinham a intenção de serem positivas, foram percebidas como problemáticas pelos pacientes, consideradas excessivas, incongruentes com as suas necessidades, chegando a gerar sentimentos negativos.

O fornecimento de orientação ao cuidador sobre as peculiaridades do quadro de saúde do paciente, assim como sobre as formas de fornecer apoio social instrumental e emocional adequados, é fundamental para promover o desenvolvimento de suporte relevante e, conseqüentemente, auxiliar no processo de reabilitação e promoção da saúde do paciente.

1.6 Como promover apoio social adequado?

A constatação de que o suporte social influencia a realidade do paciente coronariano gerou interesse de profissionais de saúde acerca das estratégias para promovê-lo junto aos cuidadores de forma adequada. Atividades de educação em saúde há muito tempo vem sendo largamente aplicadas, principalmente na área de adesão ao tratamento (Ferreira, 2001). Em geral, ao participar de programas educativos, pacientes

e cuidadores apresentam um melhor conhecimento do quadro clínico, o que tende a encorajá-los a ter mais responsabilidade em relação ao autocuidado e ao tratamento. Braga e Kerbauy (1997) apontam a falta de clareza e compreensão a respeito do tratamento, por parte da família e da rede de apoio social, como sendo fatores, na percepção dos pacientes, que tem efeito negativo sobre a sua própria capacidade de seguir o tratamento.

No entanto, programas educativos devem, além de transmitir informações sobre a doença, utilizar estratégias para promover mudanças comportamentais compatíveis com as necessidades e habilidades do paciente e do cuidador. Nesse contexto, a pessoa que provê apoio social precisa compreender os aspectos da enfermidade, tratamento e prognóstico do paciente e se engajar em comportamentos que sejam compatíveis com as necessidades destes.

1.6.1 Aportes teórico-metodológicos da ciência psicológica

Técnicas advindas da análise aplicada do comportamento têm sido bastante utilizadas no contexto de saúde para promoção e manutenção de comportamentos adequados. O behaviorismo tem sua origem nas contribuições teóricas de B.F. Skinner que vem sendo desenvolvidas a aproximadamente 50 anos. A análise do comportamento pretende, não somente observar e descrever um comportamento, mas também explicá-lo, predizê-lo e modificá-lo por meio da aprendizagem (Skinner, 1953). As técnicas de aprendizagem dentro dessa abordagem visam modelar e manter comportamentos que promovam a saúde física e psicológica do indivíduo. Esse fato torna a análise do comportamento um campo promissor no contexto de saúde uma vez que esta se baseia fundamentalmente em estudos sobre processos e métodos de aprendizagem, ressaltando

a importância de ajudar o paciente a construir novos repertórios comportamentais ou fortalecer repertórios adequados já existentes (Goldiamond, 1974). Nessa perspectiva, Oliveira, Ferreira e Casseb (2005) afirmam que: “*A Análise do Comportamento Aplicada à Saúde se mostra compatível com a proposta da Organização Mundial da Saúde, a qual prioriza variáveis ambientais e comportamentais para prevenir e gerenciar condições crônicas*” (p. 1).

Estudos que utilizam princípios da análise do comportamento para modificar hábitos prejudiciais à saúde podem produzir resultados que propiciam a aquisição de comportamentos favoráveis ao estabelecimento e manutenção do bem-estar e da qualidade de vida. O modelo construcional de Goldiamond é um dentre os vários modelos da análise do comportamento que propõe uma abordagem levando em consideração a análise da relação organismo-ambiente. Esse modelo visa à instalação e manutenção de repertórios comportamentais adaptativos. Técnicas de auto-monitoramento e reforçamento diferencial são utilizadas como ferramentas para a construção de repertórios adaptativos nesse modelo.

O auto-monitoramento é uma técnica básica de auto-controle. Rehm (1999) afirma que: “*Fazer com que o paciente observe e registre sistematicamente seu próprio comportamento é consistente com o princípio do paciente como colaborador e agente de mudança*” (p. 587). Assim, a técnica objetiva o desenvolvimento de respostas de auto-observação, de modo que o paciente possa aumentar sua compreensão sobre seus comportamentos e as variáveis que interferem na sua ocorrência. Supõe-se que os efeitos reativos do auto-registro aconteçam porque fazem com que as conseqüências e os motivos para a mudança fiquem mais evidenciados. Assim, o comportamento desejado é recompensado pela oportunidade de ser registrado e, posteriormente,

relatado ao profissional/pesquisador.

Na área de saúde, o uso da técnica de auto-monitoramento pode ajudar tanto o paciente quanto o cuidador a desenvolver comportamentos de saúde adequados e compatíveis com o quadro clínico da pessoa. Dessa forma, o uso do treino comportamental pode se mostrar relevante não só na construção de repertórios correspondentes ao estilo de vida do paciente, mas também na geração e no fortalecimento de suporte social adequado. Nessa perspectiva, Oliveira e cols. (2005) enfatizam que *“o treino de auto-monitoramento se mostra eficaz na instalação e manutenção de comportamentos preventivos”* (p. 4). Para isso, as autoras realizaram um estudo que verificou, por meio de oito casos, os efeitos do uso da técnica de auto-monitoramento na aquisição de comportamentos preventivos por adultos com histórico familiar de diabetes, alimentação inadequada e sedentarismo. Mais especificamente, procurou-se saber se o treino em auto-monitoramento seria eficaz na instalação e manutenção de comportamentos alimentares adequados. Para isso os participantes foram distribuídos em duas condições: sendo quatro na condição treino (CT) e quatro na condição não treino (CNT). Na condição treino, os participantes eram avaliados por uma nutricionista, orientados sobre a dieta individual adequada e passavam pelo treino de auto-monitoramento do comportamento alimentar. A CNT se diferenciava da CT apenas quanto à utilização do auto-registro. Os resultados desse estudo apontaram que os participantes da CT apresentaram mudanças na aquisição e ampliação de hábitos alimentares mais saudáveis. Em suma, o auto-registro é uma técnica que pode ser utilizada para avaliar o comportamento, seus antecedentes situacionais, suas conseqüências, o afeto que o acompanhou e as relações entre todas essas variáveis.

Outra forma de se modificar e manter comportamentos adequados é pelo uso de

reforçamento. Em *Ciência e Comportamento Humano*, Skinner (1953), afirma: “*Alguns reforços consistem na apresentação de estímulos, no acréscimo de alguma coisa... esses são denominados de reforços positivos. O efeito do reforço é o de aumentar a probabilidade da resposta*” (p. 49). Assim, é reforçador para o paciente perceber melhora no seu quadro de saúde, no seu bem-estar e na sua qualidade de vida devido à adesão a comportamentos de saúde como o uso correto da medicação ou realização de atividades físicas. Cabe ao profissional de saúde, além de chamar a atenção do paciente e do cuidador sobre a existência dos reforçadores a longo prazo ao se engajar em determinados comportamentos, reforçá-lo em todas as ações que o leva ao estabelecimento de repertório comportamental adequado. As contingências de reforçamento positivo são fundamentais para garantir o fortalecimento de comportamentos e promoverem o aumento da variabilidade comportamental. Skinner (1953) afirma que: “*Ser reforçado pelo sucesso de nossa ação é especialmente vantajoso na medida em que nos faz essencialmente seres agentes em relação ao meio, agentes controladores pelo efeito de nossa própria ação*” (p. 118).

Outra forma de se obter mudança comportamental no contexto clínico e de saúde é por meio do treino em solução de problemas. Ressalta-se que, apesar de estar inserida na literatura cognitivo-comportamental, a técnica de solução de problemas visa a modificação de comportamento, indo ao encontro da concepção behaviorista. Para que o cuidador lide de forma eficaz com uma dificuldade – como fornecer apoio satisfatório ao paciente –, ele necessita aprender a avaliar e encontrar soluções que lhe permitam resolver os problemas existentes. A resposta do indivíduo na situação problema é eficaz quando a situação é alterada e deixa de ser problemática, produzindo conseqüências positivas (D’Zurilla, 1986). O treino em solução de problemas visa à emissão de tais

respostas adaptativas por meio de técnicas de orientação, levantamento de alternativas e tomada de decisão.

Segundo Nezu e Nezu (1999), o treino em solução de problemas pode ser definido como: *“o processo metacognitivo pelo qual os indivíduos compreendem a natureza dos problemas da vida e dirigem seus objetivos em direção à modificação do caráter problemático da situação ou mesmo de suas reações a ela”* (p. 472).” Nesse contexto, o problema representa qualquer discrepância entre a realidade de uma situação e os objetivos desejados, ou seja, um desequilíbrio da relação entre pessoa e ambiente. A solução, por outro lado, são as respostas destinadas a mudar a natureza da situação problemática.

Nezu e Nezu (1999) afirmam que o treino em solução de problemas compreende uma série de habilidades específicas que requer cinco processos interrelacionados: orientação para o problema; definição e formulação do problema; levantamento de alternativas; tomada de decisões; prática de solução e verificação. A orientação para o problema abrange um conjunto geral de respostas que buscam compreender e reagir à situação de desequilíbrio real ou percebido. A definição e formulação do problema consistem em identificar um conjunto de objetivos ou metas realistas de acordo com a natureza da situação problema. Ao levantar alternativas, são identificadas estratégias para solucionar o problema, aumentando a probabilidade de identificar as mais eficazes. A tomada de decisão implica a identificação das potenciais conseqüências a cada alternativa levantada e escolha daquelas mais adequadas naquele momento. Por fim, a prática da solução de problemas consiste na aplicação das opções escolhidas e na vigilância cuidadosa dos resultados reais da solução. Ressalta-se, ainda, que o uso da técnica de auto-registro é fundamental para promover a eficácia no treino de solução de

problemas.

Em suma, a mudança comportamental é o foco principal dos profissionais que atuam junto a pacientes coronarianos e seus cuidadores. Aderir a tratamentos medicamentosos, evitar estresse, engajar em atividades físicas, mudar repertório alimentar, modificar a rotina para ir às consultas médicas regulares, dentre outras, são exemplos dessas modificações. Os cuidadores são pessoas-chave para auxiliar nesse processo e, conseqüentemente, favorecer o bem-estar do paciente. Assim, parte-se do pressuposto de que é eficiente ensinar ou treinar o cuidador a identificar as variáveis da qual seu comportamento é função e que promovem a saúde e o bem-estar do paciente. Para isso, o uso de técnicas como auto-monitoramento, reforçamento positivo e treino em solução de problemas revelam-se úteis e coerentes.

Capítulo 2

Definição do problema e objetivos

É evidente que o provimento de cuidados de saúde de qualidade ao paciente coronariano será uma das grandes preocupações das equipes de saúde do século XXI. Nesse contexto, a compreensão sobre como a enfermidade afeta a rede social do paciente será de grande importância para o entendimento acerca da evolução do seu quadro clínico. Entretanto, é surpreendente o número limitado de pesquisas que abordam o tema da relação entre cuidador e paciente coronariano. Assim, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos com propostas de intervenção, que investiguem o papel de cuidadores na disponibilidade de suporte social, de modo a favorecer a eficácia do tratamento de pacientes acometidos por enfermidade coronariana.

Fazendo uma análise metodológica dos estudos que investigaram suporte social e doenças coronarianas incluídos nessa revisão, percebe-se que a maioria utilizou delineamentos transversais, sendo que poucos lançaram mão de metodologia experimental ou quase experimental. Pesquisas com essas modalidades de delineamento são necessárias, buscando maior rigor no controle das variáveis analisadas.

Quanto ao tema suporte social e cardiologia, percebe-se que essa linha de investigação é fundamental, visto que muitos pacientes carecem de suporte adequado às suas necessidades de adesão ao tratamento. O mais importante é que muitas vezes as possíveis fontes de suporte – pessoas da rede sócio-familiar do paciente – não fornecem apoio satisfatório por falta de conhecimento sobre as condutas que poderiam adotar.

A experiência profissional da pesquisadora no atendimento psicológico junto a

pacientes coronarianos revelou a necessidade de orientar os cuidadores quanto ao fornecimento de suporte a seus familiares. Nesse contexto, percebe-se que dificuldades de adesão, assim como a piora do prognóstico desses pacientes, podem ser amenizadas ou sanadas com a orientação dos cuidadores para fornecimento de apoio compatível com as necessidades do paciente.

O presente estudo teve como objetivos:

(1) elaborar um procedimento de intervenção comportamental para cuidadores de pacientes coronarianos, visando à adequação do suporte social;

(2) verificar os efeitos de intervenção para a promoção de suporte social adequado a pacientes coronarianos, a partir da percepção sobre a disponibilidade e satisfação com o apoio recebido de seus cuidadores, antes e após intervenção específica.

Tendo em conta a experiência profissional no atendimento a essa clientela e os resultados de pesquisas na área, esperava-se que houvesse um aumento na frequência de disponibilidade e satisfação com o suporte social de parte dos pacientes após a intervenção junto aos seus cuidadores.

Capítulo 3

Método

3.1 Participantes

O estudo contou com a participação de três pacientes com doença coronariana, do Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e de seus respectivos cuidadores. Estariam aptos a participar do estudo os pacientes que fossem alfabetizados (no mínimo a 3ª série do ensino fundamental), portadores de doença coronariana (angina instável ou IAM prévio), com idade entre 35 e 65 anos, com diagnóstico definido no período de 30 dias a 18 meses, não estivessem internados e não possuíssem doenças congênitas, psiquiátricas ou deficiência física (que comprometessem sua capacidade física e/ou mental). Os cuidadores deveriam ser alfabetizados, com idade superior a 18 anos, sem transtornos psiquiátricos e não estar recebendo qualquer remuneração para cuidar do paciente.

A Tabela 2 apresenta os dados sociodemográficos e clínicos dos três participantes¹, dois homens (P2 e P3) e uma mulher (P1), todos com diagnóstico de angina instável, tendo sofrido infarto agudo do miocárdio. Eles haviam sido internados devido à doença coronariana por mais de 20 dias, realizando o procedimento de angioplastia por ocasião da descoberta do diagnóstico. Eram alfabetizados, sendo que P2 tinha escolaridade mais alta. P1 trabalhava como autônoma e os outros participantes estavam sob regime de benefício continuado. O tempo de diagnóstico dos três era um pouco superior a 12 meses.

Os participantes tinham diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS), sendo que P1 e P3 também tinham diabetes tipo II (DMII). Além desses diagnósticos,

¹ Inicialmente, cinco pacientes iniciaram a coleta de dados, entretanto devido a problemas pessoais, os cuidadores não mantiveram a frequência semanal exigida no período de intervenção e não deram continuidade.

P3 era portador de outras doenças crônicas (epilepsia, glaucoma e dislipidemia). Quanto ao número de medicamentos em uso, os participantes ingeriam cinco ou mais medicações por dia.

Tabela 2. Dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes.

Dados sociodemográficos e clínicos	P1	P2	P3
Idade	65	37	41
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino
Escolaridade	Ensino fundamental completo	Ensino médio completo	Ensino fundamental incompleto
Estado civil	Casada	Casado	Casado
Número de filhos	4	2	3
Situação empregatícia	Autônomo	Benefício continuado	Benefício continuado
Diagnóstico	Angina instável	Angina instável	Angina instável
Tempo de diagnóstico	1 ano e 3 meses	1 ano	1 ano e 1 mês
Angioplastia	Sim	Sim	Sim
Tempo de internação na descoberta do diagnóstico	24 dias	33 dias	28 dias
Presença de HAS	Sim	Sim	Sim
Presença de DM II	Sim	Não	Sim
Outros diagnósticos de doenças crônicas	Não	Não	Epilepsia, glaucoma, dislipidemia.
Número de medicamentos em uso diário	6	5	10

Com relação aos cuidadores, de acordo com a Tabela 3, dois deles eram do sexo feminino (C2 e C3) e um do sexo masculino (C1). C2 e C3 eram esposas e C1 era filho da paciente. As idades variaram de 35 a 45 anos. Todos os cuidadores eram casados e alfabetizados sendo que um participante tinha ensino superior completo (C1) e não tinha filho.

Tabela 3. Dados sociodemográficos dos cuidadores.

Dados sociodemográficos	C1	C2	C3
Idade	41	42	37
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino
Escolaridade	Superior completo	Fundamental completo	Fundamental completo
Estado civil	Casado	Casado	Casada
Número de filhos	0	3	3
Situação empregatícia	Emprego fixo com direitos trabalhistas	Dona de casa	Dona de casa
Relação de parentesco	Filho	Esposa	Esposa
Reside com o paciente	Não	Sim	Sim

3.2 Procedimentos

3.2.1 Local de realização do estudo: Ambulatório de Cardiologia do HUB

O Hospital Universitário de Brasília (HUB) oferece à comunidade um programa de atendimento interdisciplinar a portadores de diversas cardiopatias. Integram a equipe três médicos cardiologistas, três residentes de cardiologia, dois alunos de medicina cursando o internato, dois farmacêuticos, duas enfermeiras, um fisioterapeuta, uma psicóloga e estudantes do curso de farmácia e medicina que observam os atendimentos. Além do acompanhamento médico, são oferecidos atendimentos de orientação e/ou aconselhamento médico e/ou psicossocial para o diagnóstico e tratamento de cardiopatias.

O ambulatório é composto de seis consultórios onde os atendimentos ocorrem de forma interdisciplinar de acordo com a necessidade de cada paciente. Há ainda uma sala que foi reservada para a coleta de dados do presente estudo, no mesmo corredor das salas de atendimento do ambulatório, local de realização das intervenções propostas. A

sala possui boas condições de iluminação, ventilação e privacidade, mostrando-se adequada para a intervenção e procedimento de coleta de dados.

As atividades desenvolvidas pela equipe no ambulatório de cardiologia do HUB têm como objetivo geral o fortalecimento da atenção interdisciplinar, onde os membros da equipe mantêm uma comunicação entre si e com o paciente, sendo este o foco do atendimento. Junto ao paciente, o serviço de psicologia objetiva: (1) identificar dificuldades e problemas (manifestos e potenciais) no enfrentamento da enfermidade, bem como os recursos para manejo dos mesmos; (2) identificar e contextualizar os recursos pessoais, sócio-ambientais e culturais de pacientes e acompanhantes; (3) avaliar a rede de apoio familiar e social, demandas, manifestações de dor, compreensão do quadro clínico e satisfação com o atendimento; (4) planejar intervenção psicossocial, a partir das informações colhidas; (4) maximizar recursos pessoais, familiares, sociais e culturais para manejo da situação e adesão ao tratamento; (5) fornecer suporte emocional; (6) fornecer informações adequadas e coerentes com o nível sócio-educacional e cultural do paciente.

Além do atendimento médico e psicossocial, pesquisas interdisciplinares também são realizadas no serviço. Dentro desse contexto, ressalta-se a participação da equipe médica na indicação de pacientes para participarem do presente estudo.

3.2.2 Delineamento, instrumentos e procedimentos de coleta.

Para o alcance dos objetivos desse estudo utilizou-se de delineamento quase experimental, com procedimento de intervenção psicoeducativa, a partir de avaliação pré (linha de base) e pós-intervenção, em dois momentos: ao término e três meses após o procedimento. A intervenção comportamental teve como objetivo auxiliar o cuidador a fornecer apoio social compatível com as necessidades do paciente coronariano.

Para isso, foram utilizados instrumentos e materiais distintos, para os pacientes e para os cuidadores.

a) *Instrumentos para os pacientes*

- Roteiro de entrevista sobre aspectos sócio-demográficos (Anexo 1) com questões referentes a sexo, idade, situação conjugal, existência de filhos e situação empregatícia.
- Roteiro de entrevista semi-estruturado sobre impacto da doença coronariana (Anexo 2) com questões abertas que investigavam: local e atividade que estava sendo realizada pelo paciente quando sofreu o infarto; ocorrência de episódio de infarto anteriormente; percepção sobre limitações e modificações que o infarto acarretou no contexto de vida (laboral, familiar, conjugal e outros); cuidador indicado para participar da intervenção.
- Escala de Suporte Social (Anexo 3). A escala teve por objetivo avaliar a disponibilidade percebida e a satisfação acerca do apoio social emocional e instrumental. Foi utilizado o instrumento validado por Seidl & Tróccoli (2006) denominado Escala de Suporte Social para Pessoas com HIV/aids, que foi adaptada da *Social Support Inventory for People who are Positive or Have Aids* (Renwick & cols.,1999). A escolha dessa escala para o presente estudo deveu-se à adequação de seus itens para análise do suporte social em contextos de saúde e doença, independente da enfermidade que esteja acometendo o paciente. Outro motivo é que não foram identificados instrumentos específicos direcionados à mensuração do apoio social de pessoas com enfermidades cardíacas. Ademais, a escala foi utilizada em pesquisas anteriores, aplicada a pessoas portadoras de outros agravos, como

lesão medular traumática (Ribeiro, 2005) e pacientes cardíacos cirúrgicos (Moraes & Dantas, 2007). Foram mensuradas duas categorias de suporte, totalizando 22 itens: (1) suporte social instrumental (10 itens, *alpha* de Cronbach igual a 0,84) - percepção da 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 matéria e/ou financeira; (2) suporte social emocional (12 itens, *alpha* de Cronbach igual a 0,92) - percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional. Pode ser usada na versão unifatorial, opção adotada no presente estudo, propiciando um escore geral do apoio social. As respostas foram dadas em escala Likert de 5 pontos para frequência do apoio (1=nunca; 5=sempre) e satisfação (1=muito insatisfeito; 5=muito satisfeito). Os escores são obtidos mediante média aritmética. Escores mais elevados indicam maior disponibilidade percebida e/ou satisfação com o suporte social recebido.

b) Instrumentos e materiais para os cuidadores:

- Entrevista sobre aspectos sócio-demográficos (Anexo 4) com questões referentes a sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, relação de parentesco com paciente, se reside com o paciente e tempo de convívio com o mesmo.
- Panfleto educativo (Anexo 5). Foi elaborado para o estudo pela pesquisadora, com características didáticas, contendo figuras e linguagem acessível. O panfleto continha informações sobre a definição de suporte

social e formas de fornecer apoio social baseado em recomendações das Diretrizes Brasileiras de Doenças Coronarianas e Angina Instável (Machado, 2004) sobre os cuidados com pacientes coronarianos, tais como: uso de medicamentos, alimentação adequada, adesão a atividades físicas, controle do estresse e atividades de lazer.

- Ficha de registro e auto-monitoramento (Anexo 6) consiste de um *checklist* sobre o fornecimento ou não fornecimento de apoio social, por um período de sete dias. As cinco categorias comportamentais presentes no panfleto informativo eram mencionadas e foi feita uma breve descrição das formas de fornecer suporte social para cada categoria, com base nas dificuldades de cada cuidador. Caso este tivesse emitido comportamentos compatíveis o suporte social naquela categoria, ele faria o registro, ou seja, marcaria um X para aquele dia específico.

3.2.3 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, tendo sido aprovado antes do início da coleta de dados. De acordo com os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos, foram elaborados dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um apresentado aos pacientes (Anexo 7) e outro aos cuidadores (Anexo 8), contendo os objetivos da pesquisa, duração estimada, sigilo quanto às informações prestadas, bem como o caráter voluntário da participação. O início do procedimento se deu após a assinatura do TCLE por ambos, em duas vias, ficando uma com os pesquisadores e outra com os participantes.

Antes do início da coleta de dados, foram levantadas informações dos

prontuários: tempo de infarto, nível da lesão (obstrução), ocorrência de infartos anteriores, tipo e frequência de medicações em uso e tempo de acompanhamento no ambulatório. Após verificação da inclusão nos critérios do estudo, os pacientes selecionados foram convidados a participar por meio de contato telefônico. O convite aos cuidadores também foi realizado por telefone após indicação do paciente. Durante o contato, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e a duração da mesma.

3.2.4 Intervenção

Todas as entrevistas e intervenções foram gravadas em áudio e realizadas exclusivamente pela pesquisadora. O procedimento foi desenvolvido em cinco sessões individuais, com intervalos semanais, descritas a seguir. A Tabela 4 resume os procedimentos desenvolvidos junto aos participantes.

Momento 1 (1ª sessão): Após assinarem o TCLE, os pacientes responderam às entrevistas. Em seguida, foi aplicada a Escala de Suporte Social. Essa etapa teve duração média de 40 minutos e correspondeu à linha de base.

Intervenção (2ª a 5ª sessão): A intervenção ocorreu junto aos cuidadores em quatro sessões individuais com duração de, aproximadamente, 90 minutos cada. A pesquisadora fez contato prévio por telefone com os cuidadores para agendar os dias em que ocorreriam as sessões. A intervenção incluiu, após a apresentação de seus objetivos, a aplicação de técnicas, tais como fornecimento de informação, treino em solução de problemas, reforçamento diferencial, registro e auto-monitoramento.

- *2ª sessão*

O objetivo principal foi fazer um levantamento do repertório comportamental atual de apoio social e de condutas dos cuidadores que poderiam ser adquiridas ou modificadas, para serem trabalhadas nos encontros subsequentes. Após assinatura do

TCLE foi aplicado o questionário sócio-demográfico. Os objetivos e a relevância da intervenção foram apresentados aos cuidadores. Foi investigada a compreensão sobre a conceituação de suporte social e sobre o papel que cuidadores poderiam ter no apoio a pessoas com doenças coronarianas. As seguintes perguntas foram feitas:

“O que é fornecer suporte a uma pessoa com problemas de saúde como doença coronariana?”

“Considerando as necessidades do paciente (seu familiar) no momento atual, como você tem fornecido apoio a ele?”

Foi proposta uma tarefa de casa que consistia na leitura do panfleto educativo sobre apoio social.

- *3ª sessão*

O objetivo principal dessa sessão foi informar os cuidadores sobre o conceito de suporte social, no contexto de doenças coronarianas, bem como instruir e incentivar a realização da tarefa de registro e auto-monitoramento. Para isso, inicialmente verificou-se a realização da tarefa de casa da sessão anterior e foi feita a leitura do panfleto educativo junto com os participantes para avaliar a sua compreensão a respeito da noção de apoio social. Em seguida, foram levantadas as dificuldades e facilidades que os cuidadores tiveram em fornecer suporte social adequado aos pacientes. As dificuldades relatadas foram abordadas com o fornecimento de orientações sobre suporte social instrumental e emocional adequados ao contexto de doença coronariana e das dificuldades específicas de cada caso. Tais informações buscaram disponibilizar orientação aos cuidadores sobre a relevância daqueles temas para a saúde do paciente, além de como os cuidadores poderiam ajudá-los a aderir a comportamentos de saúde relevantes. Nessa perspectiva, os cuidadores foram orientados e sensibilizados sobre a

tarefa de auto-monitoramento e da importância da realização da mesma para o desenvolvimento do trabalho. O registro de auto-monitoramento teve como principal objetivo o desenvolvimento de respostas de auto-observação, de modo que os cuidadores aumentassem seu conhecimento sobre a adesão e as variáveis que interferiam em sua ocorrência. Foi entregue aos cuidadores a ficha de auto-monitoramento ao final da sessão.

- *4ª sessão*

Verificado junto aos cuidadores os registros da ficha de auto-monitoramento, discutindo cada resposta e as contingências para a emissão ou não de determinado comportamento pelo cuidador. Em seguida, a intervenção consistiu no levantamento de estratégias para a solução de problemas. Reforçamento diferencial foi disponibilizado pela profissional de acordo com as demandas e dificuldades do cuidador.

- *5ª sessão*

A finalização da intervenção ocorreu nessa sessão, sendo que o procedimento foi semelhante ao desenvolvido na quarta sessão. Solicitou-se ainda aos cuidadores que fornecessem um *feedback* a respeito do trabalho realizado.

Momento 2: Foi reaplicada a Escala de Suporte Social em todos os pacientes do estudo após a realização da intervenção junto aos cuidadores. A reaplicação da escala ocorreu de uma a duas semanas após o término da intervenção. Outras informações sobre a relação paciente-cuidador foram obtidas.

Seguimento (Momento 3): Foi reaplicada a Escala de Suporte Social nos pacientes três meses após a intervenção, para investigar os efeitos da intervenção comportamental na promoção de suporte social em médio prazo.

Tabela 4. Etapas do procedimento.

Etapas	Participante	Instrumento/Procedimento
Momento 1	Paciente	-Entrevista sócio-demográfica -Entrevista sobre impacto da doença -Escala de Suporte Social
Intervenção	Cuidador	2 ^a sessão: entrevista sócio-demográfica; panfleto informativo. 3 ^a sessão: panfleto informativo; ficha auto-monitoramento; intervenção. 4 ^a sessão: ficha de auto-monitoramento; intervenção. 5 ^a sessão: ficha de auto-monitoramento; intervenção; <i>feedback</i> sobre o trabalho realizado.
Momento 2	Paciente	-Escala de suporte social e coleta de informações sobre a relação paciente-cuidador.
Seguimento (Momento 3)	Paciente	- Escala de suporte social três meses após a intervenção e coleta de informações sobre a relação paciente-cuidador.

3.3 Organização e análise dos dados

Foi utilizado o *software* SPSS 13.0 para proceder à análise estatística dos dados sociodemográficos e da Escala de Suporte Social. As respostas dos pacientes foram comparadas, para identificar a ocorrência de diferença nos escores das medidas de suporte social antes e depois das intervenções, mediante a utilização do teste *t* de Student para dados pareados (Wagner, Motta & Dornelles, 2004).

Os atendimentos foram gravados e transcritos. Esse material foi analisado e categorizado a partir de seu conteúdo, tendo por base o planejamento proposto. Foram selecionados trechos de relatos para exemplificar aspectos da intervenção e mudanças de percepção e de comportamento dos cuidadores no que tange ao suporte social disponibilizado.

Capítulo 4

Resultados

A organização dos resultados incluiu as quatro etapas do procedimento: Momento 1 (M1) que abarcou a descrição do infarto e a aplicação da Escala de Suporte Social na linha de base; intervenção comportamental junto ao cuidador; Momento 2 (M2) com a reaplicação da Escala de Suporte Social junto ao paciente e seguimento três meses após a intervenção (M3). Os resultados serão apresentados nesta seqüência, sendo que na fase de intervenção cada caso será analisado individualmente.

4.1. Momento 1

4.1.2 Impacto da doença coronariana na vida dos pacientes

Os dados referentes ao impacto do infarto no contexto de vida dos participantes estão descritos na Tabela 5. Para dois participantes (P1 e P2), a dor aguda no peito – típica de um episódio anginoso – ocorreu durante um esforço físico, e um paciente (P3) não se lembrava do que estava fazendo no momento da dor. Foi o primeiro episódio anginoso para os três participantes. No que se refere às limitações que a doença coronariana trouxe para o funcionamento diário dos pacientes, foram relatadas restrição alimentar (P1 e P2), redução em atividades físicas (P2), restrição no trabalho (P2 e P3) e dificuldades sexuais (P2 e P3).

Quando questionados sobre em que medida a doença coronariana tinha modificado aspectos de suas vidas, todos referiram a redução de atividades em geral acarretando a ociosidade como fator negativo e uma maior aproximação da família e/ou dos filhos como aspecto positivo. No que concerne à vida conjugal, P1 não referiu alterações significativas de comportamento do marido, enfatizando que havia pouco contato íntimo entre os dois já antes do infarto. Por outro lado, P1 e P2 relataram

Tabela 5. O impacto da doença coronariana na vida do paciente, segundo relato dos participantes.

PACIENTES	P1	P2	P3
Quando o Senhor (a) sentiu dor no peito, o que estava fazendo, onde e com quem?	<i>“Empurrando sofá em casa sozinha.”</i>	<i>“Estava correndo, fazia corrida todos os dias.”</i>	<i>“Eu estava em casa, com dores fortes no peito esperando uma vaga para ser internado. Não me lembro exatamente quando começou a dor.”</i>
O Senhor (a) já tinha sentido dor no peito anteriormente? Quantas vezes e há quanto tempo?	Não	Não	Não
Quais foram as limitações que a angina atual trouxe para seu funcionamento no dia a dia?	<i>“Não posso comer o que quero, tudo tem que ser sem sal e sem gordura.”</i>	<i>“Tenho que comer tudo sem sal, não posso fazer exercício pesado e nem correr e tive que parar de trabalhar.”</i>	<i>“Estou afastado do trabalho, fico em casa muito tempo, isso é ruim, não posso pegar minha filha no colo por causa do peso e principalmente a dificuldade em fazer sexo, que eu acho que é por conta dos remédios.”</i>
Em que medida a doença coronariana modificou aspectos da sua vida?	<p>a) <i>“Tenho que trabalhar pouco, fico cansada.”</i></p> <p>b) <i>“Meus filhos agora ficam perto de mim. Acho que tomaram um susto, doutora. Eles querem me ajudar mais.”</i></p> <p>c) <i>“Meu marido nunca foi muito preocupado doutora, ele sempre acha que vai dar tudo certo. Ele não mudou depois da doença.”</i></p> <p>d) <i>Nada</i></p>	<p>a) <i>“Sinto-me inútil, gostava de trabalhar. Parei por completo.”</i></p> <p>b) <i>“Minha mulher ficou muito preocupada, ela viu que pode me perder (risos).”</i></p> <p>c) <i>“O sexo diminuiu, não tenho mais vontade como antes doutora. Isso é normal?”</i></p> <p>d) <i>“Parei de beber e de fumar, graças a Deus.”</i></p>	<p>a) <i>“Fico as vezes em casa sem fazer nada, é ruim porque tenho que trabalhar e ganhar dinheiro doutora, esse benefício é muito pequeno.”</i></p> <p>b) <i>“Não tenho mais paciência com meus filhos, mas eles ficaram mais pacientes comigo, pode doutora (risos).”</i></p> <p>c) <i>“Como eu te falei, o sexo é pouco por causa da minha falta de vontade, e acho que ela também tem medo.”</i></p> <p>d) <i>“Tenho medo das coisas, choro mais fácil e fico com raiva de tudo.”</i></p>
No momento atual, o que mais incomoda você em decorrência da doença coronariana (angina)?	<i>“A falta do que fazer, antes eu não parava quieta, agora, não dou mais conta de fazer as coisas, e meus filhos brigam comigo.”</i>	<i>“Com certeza é a falta de trabalho doutora.”</i>	<i>“O trabalho doutora. Um homem sem trabalho, não é homem.”</i>

dificuldades sexuais após o início do tratamento, atribuindo às medicações *status* de causa para tal desempenho. Foram relatadas ainda modificações comportamentais importantes como cessação do consumo de tabaco (P2 e P3) e de bebidas alcoólicas (P2), aumento de sentimentos de medo e de sintomas de ansiedade (P3) após o episódio coronariano.

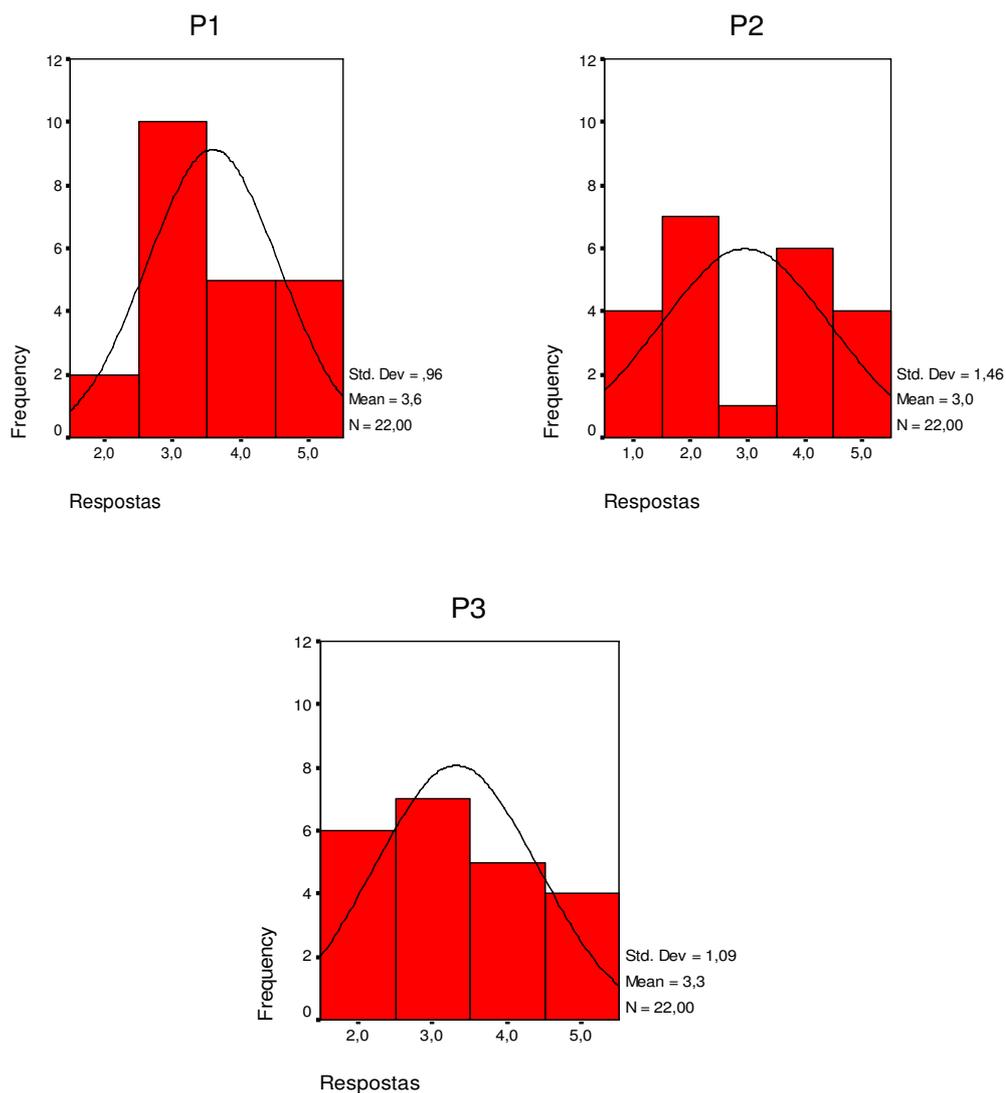
A Tabela 6 descreve as escolhas e expectativas dos participantes em relação ao cuidador. Os dados mostram que todos os participantes indicaram um familiar como sendo seu cuidador para participar da pesquisa, afirmando que os mesmos aceitariam o convite. Os três pacientes indicaram ainda uma segunda pessoa para participar, caso o primeiro indicado recusasse: P1 indicou outro filho, P2 e P3 indicaram irmãos.

Tabela 6. Escolhas e expectativas em relação ao cuidador relatadas por P1, P2 e P3.

	P1	P2	P3
Quem o Senhor (a) escolheria para participar desse estudo como sendo a pessoa mais próxima do senhor (a), que está mais presente na sua vida diária, para lhe fornecer suporte?	Filho	Esposa	Esposa
Na sua expectativa, você considera que essa pessoa aceitaria participar dessa pesquisa?	Sim	Sim	Sim
Além dessa pessoa que o Senhor (a) indicou, existe mais alguém que o senhor (a) indicaria para participar dessa pesquisa, caso haja recusa da primeira?	Filho	Irmão	Irmã

4.1.3. Avaliação do suporte social (linha de base)

No momento 1 (M1), após a realização da entrevista sobre o impacto da doença coronariana na vida do paciente, aplicou-se a Escala de Suporte Social. A distribuição das respostas aos itens dessa escala pode ser visualizada na Figura 2.



Escala de resposta:
 1= nunca ou muito insatisfeito
 2= raramente ou insatisfeito
 3= à vezes ou nem satisfeito/nem insatisfeito
 4= freqüentemente ou satisfeito
 5= sempre ou muito satisfeito

Figura 3. Distribuição das respostas de P1, P2 e P3 na linha de base (LB) à Escala de Suporte Social.

Os gráficos indicam a variabilidade nas respostas dos participantes aos itens da escala, com a obtenção de escores médios semelhantes. P1, por exemplo, apresentou alta frequência de respostas (n=10) “às vezes” ou “nem satisfeito, nem insatisfeito” e obteve média igual a 3,6 (DP=0,96), a mais elevada entre os participantes. P2 assinalou

a metade dos itens (cerca de 11 itens) com valores 1 ou 2, ao lado de algumas respostas 4 e 5, indicando percepção de apoio moderado com base no escore médio ($M=3,0$; $DP=1,46$). Ele foi o único participante que apresentou respostas de não ocorrência (nunca) ou de muita insatisfação com o apoio, indícios de alguma inadequação do suporte social a esse paciente. Por fim, os dados de P3 revelaram 13 respostas correspondentes a valores 2 e 3, indicando nível moderado de disponibilidade de apoio e satisfação ($M=3,3$; $DP=1,09$).

Conclui-se que os três participantes não tinham, na linha de base, ausência e insatisfação muito acentuada com o suporte recebido, mas níveis ainda insuficientes em determinados aspectos do apoio social, que poderiam ser melhorados. Nesse contexto, de acordo com as respostas da Escala, P1 referiu pouca frequência e um nível moderado de satisfação quanto ao apoio instrumental no que se refere aos cuidados com a saúde, como por exemplo, lembrar a hora de um medicamento, o dia de fazer exames ou acompanhá-la em consultas. Além disso, aspectos do apoio emocional como fornecimento de informações sobre o problema de saúde, sentir-se integrada socialmente e ter companhia para atividades de lazer poderiam ser trabalhados junto ao cuidador dessa participante, pois havia percepção de baixa disponibilidade e insatisfação em relação a esses aspectos.

P2 relatou frequência reduzida e menor satisfação em um número maior de aspectos, quando comparado com P1 e P3. Vale ressaltar que, por outro lado, P2 referiu ocorrência de apoio e satisfação em vários aspectos, o que levou à classificação do seu apoio como sendo moderado. Assim, além dos aspectos emocionais de fornecimento de informações e integração social, variáveis relacionadas ao fornecimento de apoio instrumental como suporte financeiro e/ou em caso de necessidade, precisavam ser

melhorados, principalmente pelo fato de que esse foi o aspecto, relatado pelo paciente, de maior inadequação.

Por fim, P3, indicou presença de suporte instrumental com relação às atividades práticas do dia-dia, entretanto referiu insatisfação quanto a essa modalidade de apoio. Esse mesmo padrão foi observado para o apoio emocional quanto a se sentir valorizado como pessoa. Assim, tais aspectos precisavam ser melhorados, além do fornecimento de informações sobre a enfermidade e companhia para realização de atividades de lazer.

4.2 Intervenção

4.2.1 Cuidador 1 (C1)

4.2.1.1 Sessão 2

C1 é filho de uma paciente coronariana (P1) que foi indicada pela equipe médica para participar do programa. O cuidador é professor de educação física e não reside com a paciente. Esta o indicou devido à proximidade geográfica de suas residências e a maior frequência de contato entre ambos, se comparado com os outros dois filhos. O cuidador demonstrou interesse em participar do estudo, entretanto, referiu inicialmente, dificuldades quanto aos horários que teria que comparecer ao hospital devido ao seu trabalho. A pesquisadora sensibilizou o cuidador sobre a importância da participação e adaptou o horário das intervenções de acordo com a disponibilidade semanal do participante. Assim, o trabalho ocorreu durante o horário de almoço em duas ocasiões (sessões 2 e 5) e aos sábados (sessões 3 e 4).

Inicialmente, C1 apresentava uma concepção de suporte social como comportamentos de cunho emocional e instrumental pouco específicos, ilustrada pelos seguintes relatos: “*Estar do lado da pessoa*”; “*Mostrar para a pessoa doente que você a ama e está disposta a ajudá-la*”; “*Levar a minha mãe ao supermercado é um*

exemplo, né, doutora?” e “Estar disponível para essa pessoa quando ela precisar de você”.

Diante da pergunta sobre o que ele poderia fazer para fornecer apoio às necessidades atuais do tratamento de sua mãe, apontou: *“Posso ficar mais tempo perto da minha mãe. Ligar mais, ir mais à casa dela.” e “Acho que poderia ajudá-la mais nas coisas de casa. Mover sofá para faxina, lavar louça, roupas.”* As sugestões indicaram possibilidades de fornecimento de apoio relevante que deveria ser reforçado, o primeiro de natureza emocional e o segundo instrumental, mas ainda não direcionados a aspectos mais específicos do tratamento.

C1 trouxe ainda uma dificuldade, passível de ser trabalhada, relativa a aspectos pessoais de P1, relatada da seguinte forma: *“Minha mãe trabalha muito, mas ela tem que ficar mais em casa. Ela fica muito tempo em pé, e sente dores no corpo. Isso estressa muito ela. Tenho que tentar tirá-la da empresa um pouco.”* Tendo em vista o padrão de atividade de P1 anterior ao infarto, a redução de atividades profissionais na empresa da família também seria uma meta a ser alcançada. Ela exercia um papel-chave na gerência da empresa.

Ao final da sessão, foi feita a entrega do panfleto com a definição de suporte social e solicitada a sua leitura como tarefa de casa. C1 se mostrou interessado e motivado para dar continuidade à intervenção, com a próxima sessão marcada para a semana seguinte.

4.2.1.2 Sessão 3

C1 fez a leitura do material disponibilizado como tarefa de casa e foram identificadas atividades práticas que poderiam ser realizadas para aprimorar o apoio à sua mãe. No entanto, C1 relatou tanto facilidades e dificuldades para fornecer suporte

social. No que se refere ao uso de medicação, C1 exemplificou a conduta disciplinada da mãe, com o seguinte relato: *“Acredito que minha mãe toma os remédios direitinho, nunca perguntei, mas ela não sente nada”*. Entretanto, apontou o esquecimento como uma dificuldade a ser trabalhada diante do objetivo de melhorar a conduta de adesão ao tratamento de P1: *“Minha mãe é muito esquecida. Ela não admite isso. É difícil lidar com esse problema. Ficar ligando toda hora é chato”*.

Com relação à alimentação, C1 relatou maior facilidade no desempenho de seu papel de cuidador, fazendo referência à adesão de P1 a uma alimentação balanceada. C1 enfatizou a independência e o autocuidado da mãe: *“Minha mãe é muito independente, sabe que deve comer e o que não deve. Ela fica no pé de todos lá em casa para comer sem sal, sem fritura”*. No entanto, destacou a seguinte dificuldade a ser trabalhada: *“Minha mãe adora um docinho. Ela é diabética e não pode comer doce. Falo com ela, mas ela diz que compensa depois”*.

A maior dificuldade que o cuidador referiu com relação ao fornecimento de apoio específico a P1 se relacionava à adesão à atividade física devido à falta de um exame (teste de esforço) prescrito pela equipe médica e ao controle do estresse devido aos sintomas de ansiedade apresentados por P1. Os seguintes relatos ilustram aspectos relativos ao controle do estresse: *Minha mãe é muito ansiosa, tudo tem que acontecer no tempo previsto por ela. Caso não aconteça, ela fica nervosa e estressada”* e *“Minha mãe fica chateada com a aposentadoria dela. Quando fica assim, quer ficar sozinha e isolada. Percebo que ela está triste”*.

Foram, então, definidas as condutas prioritárias de C1 em relação às dificuldades da paciente em aspectos de seu tratamento: (1) verificar medicação: olhar medicação na caixa de remédios para ver se foi ingerida, telefonar para perguntar se tomou a

medicação; (2) verificar alimentação: olhar as compras de alimentos realizadas; reforçar o consumo de dietas adequadas; (3) verificar atividade física: não foi feito pois havia contra-indicação; (4) controle do estresse: incentivar a diminuição da carga de trabalho e a realização de atividades de distração; e (5) lazer: fazer companhia em idas ao shopping, comer fora de casa, viajar.

Em seguida, a pesquisadora apresentou e sensibilizou o cuidador para a tarefa de auto-registro e monitoramento, explicando seus objetivos e instruindo sobre o modelo de preenchimento, inicialmente em relação a situações fictícias. Depois, a ficha foi preenchida com as condutas que C1 deveria realizar. Foi ressaltada a importância da adesão a essa tarefa como forma de auto-observação e como base para propiciar a modificação do comportamento de apoio para as dificuldades apresentadas por P1. O cuidador mostrou-se interessado na realização da tarefa e demonstrou compreensão quanto à maneira de realizá-la.

4.2.1.3 Sessões 4 e 5

Nessas sessões os objetivos foram o manejo de dificuldades encontradas, treino do cuidador na aplicação de reforço diferencial e em solução de problemas, tendo por base as condutas definidas para C1. A Figura 3 apresenta, durante um período de quatorze dias, os registros de C1 quanto ao fornecimento de apoio em relação às categorias medicação, alimentação, atividade física, estresse e lazer. Como exemplo, medicação 1 se refere aos resultados do auto-registro de C1 apresentados na quarta sessão e medicação 2 indica a frequência de registros na semana subsequente.

Quanto à adesão medicamentosa, houve um aumento de três para sete registros de fornecimento de apoio a P1. O não desempenho dessa conduta pelo cuidador foi justificado pelo esquecimento dele próprio, exemplificado no seguinte relato: “*Como*

passei o dia com ela ontem, e tinha visto que estava tudo certinho. Vi ela tomando os remédios, nem lembrei de perguntar”.

Nesse caso, a pesquisadora interveio com o objetivo de desenvolver estratégias para redução do esquecimento do cuidador e aumentar a ocorrência do apoio visando disponibilizar reforço diferencial a comportamentos adequados. São exemplos de tais comportamentos: programar um horário para ligar e/ou visitar a mãe diariamente, sensibilizar outros membros da família a participar da verificação e outras formas de reforçar os comportamentos adequados da adesão medicamentosa de P1.

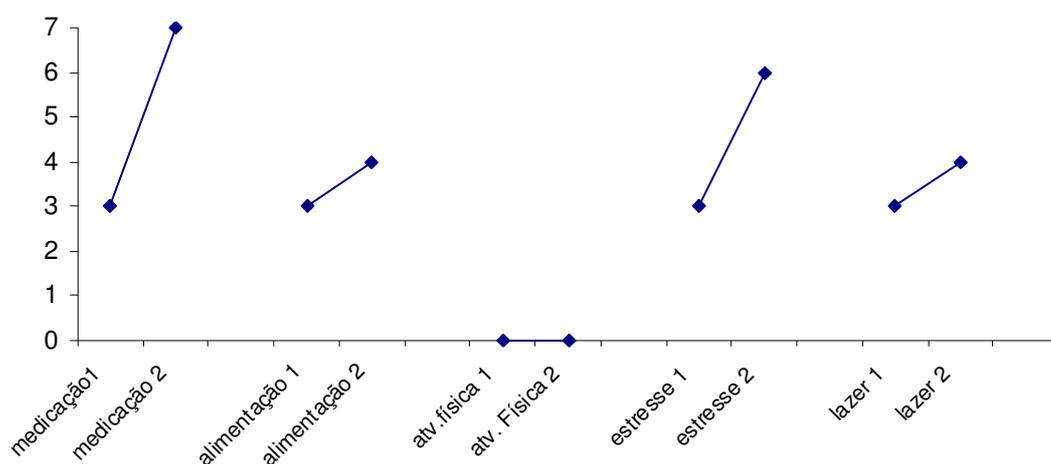


Figura 4. Respostas de apoio social de C1 nas categorias medicação, alimentação, atividade física, controle do estresse e atividades de lazer a P1, em um período de quatorze dias, medido pelo registro de auto-monitoramento.

No que se refere à alimentação, percebeu-se um aumento de três para quatro registros de fornecimento de apoio social entre a quarta e a quinta sessão. A não realização da conduta foi justificada pelo cuidador pelo esquecimento, ilustrado pelo seguinte relato: *“Ichiiii, acho que não perguntei sobre o que ela comeu (risos). Briga*

comigo não doutora”.

Assim, a intervenção consistiu na aplicação de técnicas que facilitassem a adesão à alimentação saudável e que tornassem a paciente mais independente para aderir a esse padrão, como por exemplo: fazer junto com a mãe lista de compras, afixar lista em local visível (na geladeira, por exemplo), reforçar diferencialmente os comportamentos alimentares adequados (comidas sem sal, sem gordura, sem doces) e não reforçar excessos ou alimentação inadequada. Buscou-se a aquisição de comportamentos explícitos para o cuidador com metas factíveis.

Quanto ao controle do estresse de P1, houve um aumento de respostas de apoio nessa categoria de três para seis emissões. Nesse caso, o cuidador atribuía o aparecimento de reações de estresse à ociosidade devido à diminuição da carga de trabalho após o diagnóstico da doença coronariana tal como relatado: *“Minha mãe nem trabalhou hoje. Você precisa ver como ela fica mais calma quando não vai à empresa. Mas, por outro lado, ela fica, ansiosa querendo arrumar algo pra fazer”.*

A intervenção junto a C1 após a terceira sessão consistiu em elaborar estratégias de solução de problemas a fim de ajudar P1 a diminuir a carga de trabalho e enfrentar de forma adequada a ociosidade. Foram levantadas as seguintes possibilidades: incentivar e realizar atividades distrativas prazerosas e não cansativas após o horário de trabalho (ex: reunião de grupo de diabéticos, grupo da terceira idade da igreja, consertar roupas etc.), reforçar diferencialmente quando ela saísse do trabalho na hora adequada, levá-la para passear ou comer fora, elogiar seu comportamento de diminuição da carga de trabalho e de realização de atividades concorrentes.

Por fim, o aumento na frequência de apoio às atividades de lazer (de dois para cinco registros) ocorreu após intervenções que focalizaram: programar semanalmente

com os irmãos atividades de lazer com a mãe (com revezamento entre estes) e fazer levantamento junto à mãe de atividades prazerosas que ela pudesse fazer durante a semana de forma independente.

No geral, a análise dos registros de auto-monitoramento mostrou que em todas as categorias comportamentais (exceto atividade física que não foi incluída como meta devido à impossibilidade da paciente realizá-la pelo fato de não ter sido autorizada pela equipe médica), houve um aumento na frequência de fornecer apoio tal como planejado.

Após a verificação dos registros de auto-monitoramento na 5ª sessão, foi feito um levantamento junto ao cuidador para *feedback* sobre o trabalho realizado. Durante essa sessão, C1 relatou satisfação com a intervenção e referiu mais facilidade em fornecer apoio social compatível com as necessidades de adesão ao tratamento de P1, tal como ilustram as seguintes verbalizações:

“Acho que foi muito bom o programa. Aprendi a lidar melhor com a doença da minha mãe. Antes achava que ela não precisava de mim, mas agora sei que precisa, e que posso ajudá-la a viver melhor. Eu só acho que deveria ter sido feito antes, durante a internação da mamãe com todos os membros da família”.

“Querida que meus irmãos participassem do programa, porque eu não sou o único que convive com minha mãe. Meus irmãos sempre estão com ela também. As vezes eles não entendem que ela precisa de cuidados, principalmente porque ela não sente e nem reclama de nada.”

4.2.2. Cuidador 2 (C2)

4.2.2.1 Sessão 2

O cuidador 2 é esposa de P2 indicado pela equipe médica para participar

da pesquisa. A cuidadora é dona de casa e exerce função de diarista (faxineira) alguns dias da semana. C2 reside com o esposo e os três filhos de 16, 13 e 7 anos. A cuidadora, em todos os momentos da pesquisa, mostrou-se receptiva e disposta a participar das etapas do estudo, apresentando-se comunicativa e interessada. Formou vínculo com a pesquisadora mostrando comprometimento com a tarefa de auto-registro prescrita.

Inicialmente, C2 definiu suporte social, exemplificando com ações de natureza emocional e instrumental, especificando algumas formas de apoio tais como: *“Levar a pessoa que está doente ao médico, cuidar da pessoa doente... Não brigar com a pessoa doente para que não passe raiva. A raiva prejudica o coração, acredito eu”*.

A cuidadora ao ser questionada sobre quais comportamentos poderiam ser emitidos, compatíveis com as necessidades atuais do tratamento do marido, referiu aspectos emocionais tal como exemplificado na fala: *“Acho que devo ficar mais perto dele, ser mais carinhosa. Eu brigo muito com ele doutora”*. Verbalizou também: *“Não sei doutora, eu já faço a comida dele e arrumo as coisas dele. Acho que vou perguntar mais vezes se ele está bem, ou se precisa de alguma coisa”*. Tais relatos indicaram a necessidade de aprimorar condutas de apoio instrumental e modificar o apoio afetivo-emocional que parecia conter elementos aversivos e punitivos.

Ao final da sessão, foi entregue o panfleto informativo, feita a leitura do mesmo juntamente com a cuidadora e solicitada sua releitura em casa. Diante dessa tarefa, a cuidadora solicitou mais dois panfletos: um para entregar ao filho de 16 anos e outro para afixar na geladeira. A pesquisadora entregou os folhetos à cuidadora e elogiou sua intenção no sentido de ampliar essas informações sobre apoio social para outros integrantes da família que conviviam com P2.

4.2.2.2. Sessão 3

A cuidadora realizou a tarefa de leitura do panfleto informativo e mostrou compreensão com relação às informações apresentadas. Ao ser questionada sobre as facilidades e dificuldades quanto a disponibilizar apoio, C2 relatou facilidades na administração dos medicamentos e na adesão a atividades físicas, exemplificado com as seguintes verbalizações: *“Sempre toma os remédios. Quando sai de casa, leva os remédios no bolso da calça (...), só come a comida de casa, nunca sai pra comer. Eu que cozinho, tudo sem sal e sem gordura; faz caminhada todos os dias, isso é o maior prazer da vida dele”*.

No que tange à alimentação, referiu a presença de algumas contingências que poderiam se constituir em risco para alimentação inadequada: *“Tem dias em que ele sai para a casa do seu tio, lá eu não sei o que ele come. Ele diz que come sem sal e com pouca gordura lá também, já que seu tio também tem problemas do coração. Mas as vezes eu duvido. O tio dele é bem gordo e adora uma fritura”*. Quanto às facilidades nesse aspecto relatou que *“em geral, só come a comida de casa. Eu que cozinho, tudo sem sal e sem gordura”*.

As dificuldades em fornecer suporte social a P2 relacionava-se também às categorias controle de estresse e engajamento em atividades de lazer. Diante desse quadro, a cuidadora apontou a ociosidade, o afastamento do trabalho e restrições à quantidade e qualidade das atividades físicas como causas do estresse do paciente: *“Ele sempre foi um pessoa ativa gostava de correr 15 km por dia, mas agora só caminha e passa o dia sem fazer nada. A falta de trabalho e de atividade é a maior queixa dele. Fica nervoso se sentindo inútil, reclama sempre que está sem trabalho. Diz que não quer mais essa vida”*. Os relatos indicaram os efeitos negativos do infarto no cotidiano

de P2, com impacto psicológico relevante.

Foram pactuadas as condutas prioritárias de C2 em relação às dificuldades do paciente, tais como: (1) verificar medicação: perguntar sobre ingestão de medicação e se há necessidade de comprar a mesma; (2) verificar alimentação: observar se ingeriu alimentos sem gordura e sem sal nas principais refeições e reforçar essa conduta; (3) verificar atividade física: incentivar realização de caminhada diária; (4) controle do estresse: propor e incentivar realização de atividades rotineiras, distrativas e prazerosas, para diminuir a ociosidade de P2; (5) lazer: programar e realizar semanalmente pelo menos uma atividade de lazer em família (ir à chácara da filha, ao sítio da sogra, almoçar na igreja, assar carne com os amigos) e fazer levantamento junto ao paciente de atividades prazerosas que poderia fazer durante a semana, de forma independente.

Foi feita a sensibilização e o treino de registro da ficha de auto-monitoramento junto à cuidadora que mostrou interesse e compreensão diante das informações apresentadas.

4.2.2.3. Sessões 4 e 5

As informações da Figura 4 revelam que, no geral, houve uma melhora no fornecimento de apoio social da sessão 4 para a sessão 5. Houve um aumento na frequência em todas as categorias, exceto na alimentação onde houve uma diminuição da frequência de quatro para duas ocorrências.

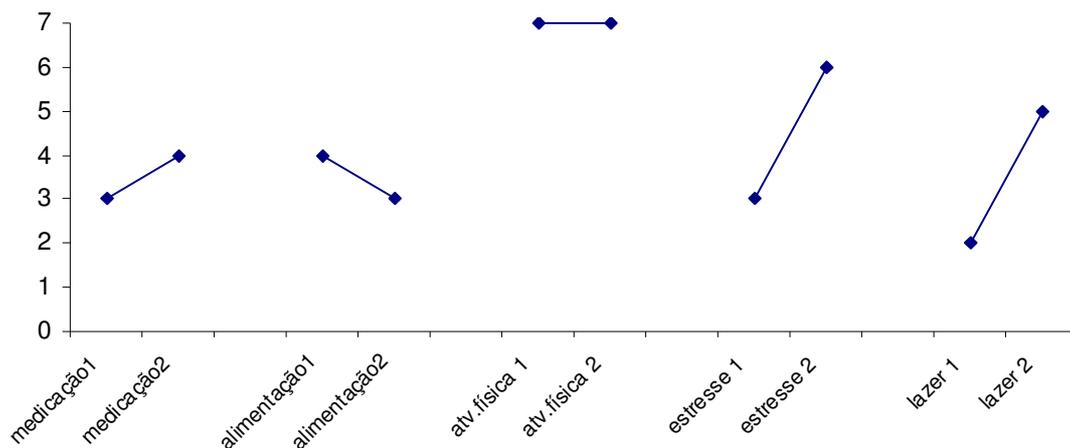


Figura 5. Respostas de apoio social de C2 nas categorias de medicação, alimentação, atividade física, controle do estresse e atividades de lazer a P2 em um período de quatorze dias, medido pelo registro de auto-monitoramento.

Esse fato foi justificado pela cuidadora como consequência do aumento de trabalho fora de casa (pelo seu trabalho como diarista), o que dificultava a preparação de alimentos em casa, como exemplificado na fala: *“Não sei o que ele comeu nesse dia. Não tive contato com ele, passei o dia todo fora de casa trabalhando”*. Em decorrência, houve um aumento no número de ingestões alimentares fora de casa.

As intervenções consistiram principalmente em: reforçar diferencialmente a adesão a comportamentos de saúde adequados; sensibilizar para o envolvimento dos filhos e de outros familiares no fornecimento de apoio adequado; aplicar estratégias para solução de problemas diante de alimentação inadequada do paciente (deixar comida pronta em casa nos dias de faxina, sensibilizar para manejo de situações fora de casa e sensibilizar tio e mãe no preparo de alimentos adequados para P2).

Especificamente, a prática de atividade física se manteve com 100% entre as duas sessões. Segundo C2, o caráter reforçador da atividade para o paciente era evidenciado: *“Isso é algo que não preciso me preocupar. Ele adora fazer a caminhada*

dele. Ele não deixa de fazer a caminhada dele por nada nesse mundo doutora. É a coisa que ele mais gosta de fazer durante o dia dele, é o único momento que ele está ocupado”.

Outro comportamento em relação ao qual se observou aumento significativo da frequência (de três para sete ocorrências) foi o controle do estresse. Inicialmente, C2 atribuía à ociosidade e ao afastamento do trabalho a justificativa para os comportamentos de estresse do paciente, ilustrado pela seguinte fala: *”Ficou mais uma vez reclamando da falta do que fazer, foi para o barzinho na esquina e voltou mais calmo”.* Diante essa situação, a intervenção focalizou formas de fornecer suporte a fim de reduzir o nível de estresse de P2. Tais procedimentos consistiram em: estimular o paciente a fazer atividades cotidianas como buscar filho na escola, fazer a salada do almoço, regar as plantas do jardim, consertar alguma coisa da casa, ir à missa, fazer compras (frutas, verduras) semanais, comprar pão, sendo necessário reforçar positivamente quando o mesmo aderisse a tais atividades e aplicar extinção a eventuais comportamentos agressivos (verbais) do paciente. Um relato exemplifica a melhora entre as duas fases da intervenção. *“Se ocupou o dia todo! Ele parecia uma dona de casa. Botei ele pra fazer salada, lavar louça e dar banho no mais novo. Ele reclamou um pouco, mas disse que o dia passou rápido. Eu fiz foi rir dele”.*

Além disso, houve um aumento de duas para seis respostas de apoio para a realização de atividades de lazer, o que parece ter contribuído para o controle do estresse do paciente, conforme ilustrado no seguinte relato: *“Foi ao sítio, lá é lazer pra ele. Ele se sente muito bem lá, volta calmo, tranqüilo. O sonho dele é levar todo mundo pra lá” .*

Por fim, ao ser questionada sobre sua opinião a respeito da intervenção, C2

referiu melhora significativa no relacionamento com P2. Entretanto, enfatizou o caráter tardio em que o programa ocorreu, sugerindo que o mesmo se desenvolva durante o período de internação do paciente: *“Se esse programa tivesse sido feito quando o meu marido estava internado, acho que eu estaria cuidando dele melhor”*.

4.2.3. Cuidador 3 (C3)

4.2.3.1 Sessão 2

A cuidadora (C3) é esposa do paciente coronariano P3, selecionado pela pesquisadora para participar da pesquisa. A cuidadora é dona de casa e reside com P3 e os três filhos de 16, 11 e 4 anos. C3 apresentou-se receptiva, comunicativa e colaborativa em todos os momentos do estudo. Por outro lado, referiu dificuldades quanto à disponibilidade de recursos financeiros para vir aos encontros semanais, o que foi solucionado com o fornecimento de passes de ônibus pelo ambulatório de cardiologia.

Para a cuidadora, o suporte social, inicialmente foi definido como sendo principalmente emocional: *“Escutar as reclamações da pessoa que precisa de você. Ficar do lado da pessoa que está precisando de você”*. Quanto a aspectos instrumentais, verbalizou: *“Sempre acompanhar o doente para o médico e para comprar os remédios”*; *“Ficar junto com a pessoa doente quando estiver internada”*. Nesse último exemplo, essa modalidade de apoio social era pouco relevante naquele momento, já que P3 não estava mais internado.

Ao ser questionada sobre os comportamentos de apoio a P3 que poderia realizar, a cuidadora relatou os aspectos emocionais: *“Escutar mais as reclamações dele, às vezes não tenho paciência doutora, ele fica nervoso demais comigo. Procurar saber mais sobre a doença dele. Acho que assim vou entender o que ele passa”*. Assinalou

também aspectos instrumentais: *Fazer as comidas dele, ele reclama da minha comida, diz que é muito gordurosa. Tenho que aprender a fazer sem óleo*”.

Ao final da sessão, foi entregue o panfleto informativo, feita a leitura do mesmo junto com a cuidadora, além de solicitada a leitura em casa. C3 mostrou disponibilidade e aceitação em realizar as tarefas.

4.2.3.2. Sessão 3

A tarefa de casa foi realizada de forma adequada, indicando a disponibilidade de C3 quanto a participar da intervenção. Ao ser questionada sobre facilidades e dificuldades em fornecer suporte social a P3, a cuidadora relatou muitas barreiras e poucas facilidades principalmente quanto ao comportamento alimentar, adesão a atividades físicas, controle do estresse e em atividades de lazer. Por outro lado, C3 referiu pouca dificuldade no uso adequado das medicações por parte de P3. *“Vejo ele tomando os seus remédios todos os dias, principalmente a insulina, graças a Deus eu não tenho que me preocupar com isso... ele vai na farmácia comprar seus remédios, faz tudo sozinho, doutora”*.

A dificuldade em apoiar o paciente a aderir a uma alimentação saudável, segundo a cuidadora, relacionava-se com a dificuldade do paciente em se engajar em hábitos alimentares diversificados: *“Reclama demais das minhas comidas, diz que não tem sabor e que é gordurosa demais, só que a gordura vem da carne, eu coloco só uma colher de óleo...ele não come nem verdura e nem frutas, não gosta de nada, só de laranja”*.

Segundo a cuidadora (C3), exercícios físicos nunca fizeram parte da rotina da família, o que dificultava o fornecimento de apoio nessa categoria: *“Ele não faz exercícios regulares porque diz que sente dores no peito e falta de ar...eu também não*

faço nada doutora, sou preguiçosa demais...tô ficando até gorda”.

A maior dificuldade de fornecimento de apoio a P3, segundo a cuidadora, se referia ao controle de estresse e engajamento em atividades de lazer. C3 realçava a falta de comunicação entre ela e o paciente, e o número de doenças que foram diagnosticadas, responsabilizando esses fatores pelo apoio pouco adequado: *“Ele parece que está sempre emburrado, principalmente quando recebe uma notícia ruim no hospital, ou quando não tem nada pra fazer, outra coisa que deixa ele nervoso é a falta de dinheiro, sempre falta dinheiro...tento conversar com ele, mas ele briga comigo, me xinga, grita, é chato...assim fica difícil, né?”*

Foram identificadas as condutas prioritárias de C3 em relação às dificuldades do paciente: (1) verificar medicação: olhar os remédios na “caixa de remédios” e reforçar o uso correto dos mesmos; (2) verificar alimentação: cozinhar com pouca gordura e pouco sal, aumentar disponibilidade de frutas e verduras em casa, incentivar ingestão desses alimentos; (3) verificar atividade física: incentivar realização de caminhada diária e fazer caminhadas junto com P3 com duração de 20 minutos diários inicialmente; (4) controle do estresse: propor e incentivar realização de atividades rotineiras, distrativas e prazerosas, para diminuir a ociosidade, buscar informações sobre o quadro de saúde do paciente, reforçar comunicação adequada de P2; (5) lazer: programar e realizar semanalmente pelo menos uma atividade de lazer em família.

Procedeu-se à sensibilização e ao treino para registro na ficha de auto-monitoramento junto à cuidadora que mostrou dificuldade de entendimento da tarefa inicialmente, entretanto, após exposição a algumas situações fictícias, mostrou compreensão da atividade prescrita.

5.2.3.3 Sessões 4 e 5

A Figura 5 revela, segundo os registros de C3, que houve um aumento significativo no fornecimento de apoio em todas as categorias comportamentais. Assim, o número de registros por parte de C3 aumentou ou se manteve nas duas sessões de intervenção.

A verificação do uso da medicação, por exemplo, inicialmente foi cinco vezes em um período de sete dias, e passou a ser diária na sessão subsequente após a intervenção. A não ocorrência de respostas de apoio se deu nos fins de semana quando havia mudanças na rotina da família, como ilustra o relato: “*Vixi doutora, fim de semana é dose, esquecemos de tudo que fazemos na semana (risos)*”.

Quanto à adesão aos medicamentos, a intervenção consistiu em reforçar diferencialmente comportamentos de adequados (contar número de pílulas dentro da caixa e perguntar ao paciente sobre ingestão e aplicação da insulina); envolver os filhos na tarefa e orientá-los sobre a importância da adesão medicamentosa para a saúde do pai; sensibilizá-los para perguntar ao pai, de forma adequada, sobre adesão, principalmente nos dias em que a cuidadora não estivesse em casa e levantar estratégias para verificação da medicação durante o fim de semana.

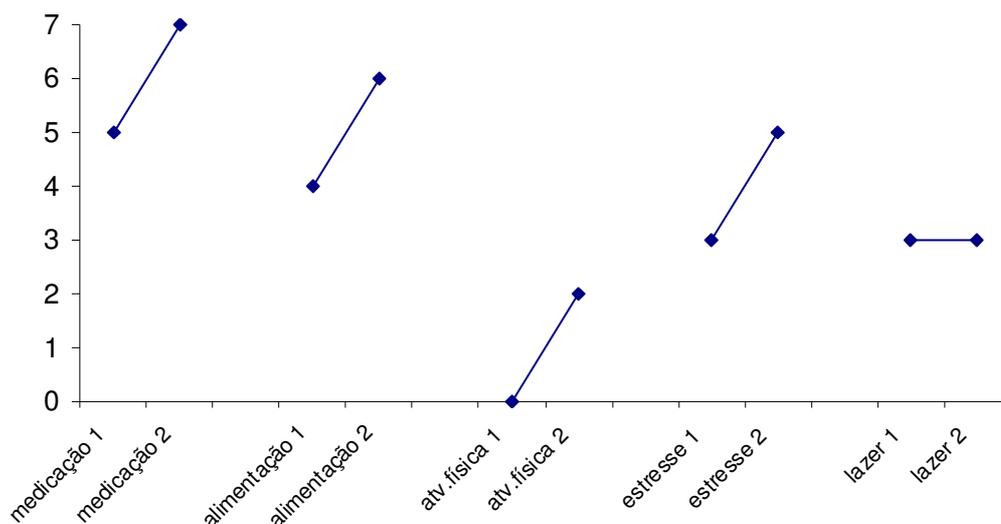


Figura 6. Respostas de apoio social de C3 nas categorias de medicação, alimentação, atividade física, controle do estresse e atividades de lazer a P3 em um período de quatorze dias, medido pelo registro de auto-monitoramento.

No que se refere ao comportamento alimentar, C3 relatou que a dificuldade em verificar a alimentação decorria do fato de que, em alguns dias da semana, P3 passava grande parte do tempo fora de casa, tal como ilustra o relato: *“Ele comeu na rua, então nem sei o que ele comeu. Só sei que à noite, ele comeu pão, e eu sei que ele não pode comer pão de noite. Falei pra ele, mas ele disse que uma vizinha não faz mal”*. Nesse caso, a intervenção consistiu em reforçar diferencialmente os comportamentos alimentares adequados, sensibilizar o paciente para comer em casa e sempre disponibilizar alimentos adequados para serem ingeridos. Houve um aumento na frequência de emissão de respostas de fornecer apoio social, passando de três para seis vezes por semana.

O estresse de P3 foi controlado após a intervenção da pesquisadora em C3. Nesse caso, foram trabalhadas questões de comunicação adequada entre os familiares, técnicas de distração (conversas sobre assuntos não relacionados à doença, jardinagem,

engajamento em tarefas domésticas) e reforçamento diferencial de reações emocionais adequadas. Assim, houve um aumento do número de respostas de apoio de três vezes por semana para cinco vezes. Vale ressaltar que o engajamento em atividades de lazer teve sua frequência mantida nas duas sessões e auxiliaram no controle do estresse do paciente, como ilustra a fala de C3: *“Como eu disse, o churrasco funciona bem. Ele fica muito alegre e calmo. Passa o dia preparando e querendo agradar a todos. Ele adora esse amigo que foi lá em casa”*.

Quanto à atividade física, fornecimento de apoio passou a ocorrer em dois dias da semana em que houve engajamento em tal atividade. Nesse caso, a intervenção com C3 focou na sensibilização para a realização da atividade física junto ao paciente, de forma gradual, enfatizando os benefícios da mesma para a saúde e bem-estar do casal. Nesse caso, a cuidadora apontou como justificativa para o não engajamento a caminhadas diárias, o calor e o cansaço referido por P3 com ilustra a fala: *“Tá muito calor durante o dia doutora e a noite fica perigoso andar. Ele reclama que tá com falta de ar toda vez que estamos caminhando, fico com medo dele ter um troço no meio de rua”*. Por outro lado, a paciente referiu bem-estar e satisfação nos dias em que foi realizada a caminhada, como exemplifica o seguinte relato: *“Ele dorme a noite toda quando caminhamos. No dia em que caminhamos uns 40 minutos, ele contou para a família toda, parecia um menino que ganhou um jogo de futebol”*.

Durante essa sessão, como *feedback*, C3 relatou melhora no fornecimento de apoio a P3 e, principalmente, melhora na comunicação com o mesmo. Também enfatizou a importância do programa durante a internação como caráter preventivo. *“Gostei muito de ter participado desse programa doutora. A minha relação com P3 melhorou bastante. Acho que se tivesse aprendido tudo que aprendi aqui,*

quando P3 estava internado, muitas brigas seriam evitadas. Agora sei o que devo fazer e o que posso fazer para ajudá-lo”.

4.3 Avaliação do suporte social: Momentos 2 e 3

Logo em seguida (Momento 2) e após um período de três meses (Momento 3) da intervenção, foi reaplicada a Escala de Suporte Social nos três pacientes. Na Tabela 7 estão descritas as médias e desvios-padrão referentes aos escores obtidos nos três momentos. De acordo com os dados da tabela, houve um aumento progressivo nas médias dos escores para os três participantes entre os momentos um, dois e três.

A Tabela 8 ilustra a diferença entre as médias, os valores do teste *t* pareado e o nível de significância dos escores da Escala de Suporte Social nos três momentos da pesquisa.

Tabela 7. Médias e desvios-padrão dos escores obtidos por P1, P2 e P3 nos três momentos da aplicação da Escala de Suporte Social.

Participante	M1 <i>M(DP)</i>	M2 <i>M(DP)</i>	M3 <i>M(DP)</i>
P1	3,59 (0,96)	4,45 (0,80)	4,50 (0,74)
P2	2,95 (1,46)	4,27 (0,63)	4,45 (0,74)
P3	3,32 (1,08)	3,95 (0,65)	4,55 (0,51)

De acordo com a Tabela 8, mediante a utilização do teste *t* de *Student* para dados pareados, diferenças entre os escores da medida de suporte social foram pesquisadas na linha de base (M1) e nos momentos posteriores à intervenção (M2 e M3) para os três participantes. Tanto para P1 quanto para P2 o padrão foi semelhante, pois foram identificadas diferenças significativas nos escores médios entre a linha de base (M1) e o pós-teste (M2) e ausência de diferença significativa de M2 para M3, o que corrobora os dados da Tabela 7. Esses resultados indicaram uma estabilidade da percepção de

disponibilidade e satisfação com o apoio social, sem alterações três meses após a intervenção. O relato de P1 ilustra essa conclusão: “*Meus filhos sempre me trazem para o consultório. Meu filho contratou uma faxineira pra ajudar na arrumação lá de casa e ele me liga todos os dias desde que começou a vir aqui. Fui para Fortaleza de férias com o meu filho, eu nunca tinha viajado com ele antes. Adorei!*” e para P2: “*Minha mulher está sempre preocupada comigo, quer que eu fique bem. Me leva para a Igreja quase que diariamente e isso tem me feito muito bem*”.

Tabela 8. Amostras pareadas, diferença das médias, valores do teste *t* pareado e nível de significância na Escala de Suporte Social no Momento 1 (linha de base), pós-teste imediato (M2) e seguimento (M3) para P1, P2 e P3.

Participante	Pares	Diferença das médias	Desvio-padrão	<i>t</i>	<i>P</i>
P1	M1 – M2	-0,86	0,834	-4,860	0,000*
	M2 – M3	-0,5	0,785	-0,271	0,789
	M1 – M3	-0,91	0,971	-4,389	0,000*
P2	M1 – M2	-1,32	1,427	-4,332	0,000*
	M2 – M3	-0,18	1,181	-0,722	0,478
	M1 – M3	-1,50	1,711	-4,111	0,000*
P3	M1 – M2	-0,64	1,136	-2,628	0,16
	M2 – M3	-0,59	0,666	-4,161	0,000*
	M1 – M3	-1,23	1,152	-4,997	0,000*

* $p \leq 0,001$

Para P3 não se verificou diferença significativa de M1 para M2. As diferenças entre os escores da escala de suporte social ocorreram entre M2 e o seguimento ($t = 4,161$ $p \leq 0,001$) e entre M1 e o seguimento ($t=4,997$ $p \leq 0,001$). Esses dados apontam que os efeitos da intervenção junto ao cuidador parecem ter tido repercussão no período entre o término da intervenção e três meses depois do procedimento. Pode ser ainda que outras variáveis (não controladas) tenham influenciado a percepção de disponibilidade e

satisfação com o apoio social de P3. Acredita-se que tais variáveis possam estar relacionadas com o padrão de “querer agradar” a pesquisadora visando manter um vínculo positivo com a mesma. Ressalta-se que P3 apresentava diagnóstico de diversas doenças crônicas, o que o levava a frequentar o hospital várias vezes ao mês. Assim, a manutenção de um relacionamento positivo com profissionais dentro do contexto hospitalar, como por exemplo a psicóloga pesquisadora, facilitaria a manutenção de atendimento eficaz, na percepção do paciente. Ademais, relatos da cuidadora permitem levantar hipóteses acerca da presença de dificuldades psicológicas e conflitos conjugais que extrapolam a intervenção direcionada ao apoio social.

4.3.1. Fontes de apoio emocional e instrumental para os participantes

A Tabela 9 se refere aos relatos dos pacientes quanto às pessoas que disponibilizavam apoio emocional e instrumental nos três momentos da pesquisa, coletados no instrumento de suporte social.

Os dados da Tabela 9 revelam que houve uma redução do número de pessoas informadas pelos pacientes que disponibilizavam suporte social ao longo do período investigado, sendo que o cuidador indicado para participar do estudo sempre foi citado. Observa-se que o apoio relatado passou a se concentrar principalmente na pessoa indicada. Para P1, por exemplo, o filho foi referido como o único apoio a partir do segundo momento. Pode-se atribuir esse fato à saliência que o cuidador que recebeu a intervenção passou a ter para o paciente. Pode ter havido ainda aprendizagem do paciente de que as perguntas da escala se referiam ao cuidador que passou pela intervenção e não às outras fontes de apoio social porventura existente, o que era esperado.

Tabela 9. Fontes de apoio emocional (emo) e instrumental (inst) informadas pelos pacientes (P1, P2 e P3) nos três momentos (M1, M2 e M3).

Pacientes	M1inst	M1emo	M2 inst	M2 emo	M3 inst	M3 emo
P1	Filhos Médicos	Filhos Médico Grupo de diabetes Grupo de 3ª idade.	Filho Marido	Filho	Filho	Filho
P2	Esposa Filhos Irmã	Esposa	Esposa Tio Irmã	Esposa	Esposa Tio	Esposa Tio
P3	Esposa Filhos Vizinha Médicos	Esposa Filhos Vizinhos	Filhos Irmã	Filhos Irmã Médico	Esposa Filhos	Esposa Filhos

Capítulo 5

Discussão

Os resultados desse estudo serão discutidos considerando-se: (a) mudanças ocorridas no fornecimento de suporte social e (b) contribuições e limitações da pesquisa sobre suporte social em pacientes coronarianos.

5.1. Mudanças ocorridas no fornecimento de apoio social

Foram acompanhados três pacientes com história de atendimento médico no Ambulatório de Cardiologia do Hospital Universitário de Brasília devido ao diagnóstico de doença coronariana. Cada paciente selecionou um cuidador para participar da intervenção feita pela pesquisadora. Ao final do estudo, os participantes relataram modificação no padrão de apoio social recebido, sendo que este passou a ser mais adequado às suas necessidades, indo ao encontro dos resultados esperados.

Os relatos dos três pacientes sobre as mudanças cotidianas após o infarto revelaram o impacto negativo importante desse evento na vida conjugal, familiar, no trabalho e lazer. Além de acarretar mudanças bruscas, a nova condição de saúde afetou diferentes dimensões da vida. Essas evidências falam a favor da necessidade de ações interdisciplinares nessa área, considerando sua complexidade. Antes da intervenção os relatos indicavam a presença de insatisfações, dificuldades psicológicas e de adesão ao tratamento dos participantes. Outro desafio se refere ao fato de que o tratamento para pessoas acometidas por enfermidade coronariana é uma cadeia de comportamentos interdependentes que precisam ser aprendidos, tanto pelos pacientes quanto por seus cuidadores.

Ao iniciar o treino comportamental, todos os cuidadores tinham algum

conhecimento sobre aspectos do apoio social, como a sua importância para a saúde do paciente, bem como de algumas características instrumentais e emocionais do suporte. Provavelmente, esse conhecimento havia sido adquirido por meio de experiências anteriores, como orientações recebidas durante atendimentos médicos e/ou psicossociais. Havia, no entanto, limitações na compreensão do que poderia ser realizado pelo cuidador, na medida em que todos destacaram aspectos genéricos da noção de apoio social.

Os resultados obtidos na avaliação do suporte social durante a linha de base indicaram a presença de lacunas na disponibilidade e/ou satisfação com o apoio recebido. Esses dados sobre o repertório de entrada dos cuidadores corroboram os achados de Boutin-Foster (2005b), ao afirmar que o suporte social disponibilizado muitas vezes não se adapta às reais necessidades do paciente, podendo estar inadequado e gerando insatisfação. Assim, além do conhecimento sobre a doença que acomete a pessoa, o cuidador deve estar atento à história individual e à forma como cada familiar convive com o seu quadro de saúde.

A intervenção propiciou escuta profissional qualificada às dificuldades apresentadas pelos pacientes, segundo a percepção de seus cuidadores, permitindo identificar comportamentos que poderiam aumentar a vulnerabilidade dos mesmos. Por outro lado, o levantamento do padrão comportamental inicial do cuidador foi fundamental para identificar as condutas com maior custo da resposta e, assim, estabelecer passos para a intervenção em direção aos comportamentos-alvo. Após terem sido expostos às condições de fornecimento de informações e intervenção, com base nas dificuldades individuais relatadas e nas necessidades médicas dos pacientes, os cuidadores modificaram o padrão de fornecimento de suporte social em cinco categorias

comportamentais, que são priorizadas no tratamento do paciente coronariano (Machado, 2004).

Os resultados mostraram mudanças nos relatos sobre a ocorrência de fornecimento de apoio social, tanto dos cuidadores quanto dos pacientes. Essas mudanças sugerem que os cuidadores aprenderam a observar as contingências que operavam no comportamento de prover suporte, sendo que a técnica de auto-monitoramento parece ter sido útil e eficaz, tal como observado por outros pesquisadores (Oliveira & cols., 2005).

A variabilidade encontrada nos resultados dos cuidadores e as exigências da intervenção confirma a literatura quanto ao caráter individualizado do suporte social. (Boutin-Foster, 2005b; Cohen & cols., 2000; Hogan, Linden & Najariah, 2002; Uchino, 2004) De fato, os três cuidadores relataram mudanças em suas condutas de apoio, porém cada um apresentou especificidades no processo de construção desse repertório no que tange aos comportamentos-alvo. Ressalta-se que todas as categorias comportamentais foram trabalhadas, entretanto, para cada cuidador foram focalizados aspectos específicos ao longo da intervenção.

Nesse estudo, houve uma melhora significativa do apoio disponibilizado para a adesão medicamentosa dos pacientes. Durante a intervenção, informações foram dadas a respeito da importância do uso correto dos remédios. Para o cuidador 1(C1) tais regras visaram amenizar o esquecimento de P1 quanto aos horários de ingestão da medicação. Para C2 apenas o uso de reforçamento positivo manteve o padrão de uso adequado de P2. A intervenção em C3 focalizou a comunicação entre o casal, ou seja, formas de tornar o apoio social menos aversivo. Tais resultados apontaram que o uso correto da medicação fica sob controle de contingências específicas que devem ser levadas em

consideração e melhor exploradas pelos cuidadores que acompanham os pacientes coronarianos, ao analisarem o seguimento das prescrições médicas pelos pacientes.

Os benefícios com a prática de uma alimentação saudável têm sido amplamente divulgados pela comunidade científica e pela mídia, entretanto, observa-se que a maioria da população adota padrões alimentares controlados pela cultura (Straub, 2005). Assim, a intervenção objetivou sensibilizar os três cuidadores, principalmente no que concerne à restrição de sal e gordura dos alimentos (Machado, 2004). Outros aspectos mais específicos da dieta não foram devidamente trabalhados devido à falta de profissionais qualificados (nutricionistas) no Ambulatório. Observou-se nesse estudo que a adesão a uma dieta inadequada por parte do paciente ocorria em contextos fora de casa, ou seja, em eventos sociais. Assim, o fornecimento de instruções e o treino em solução de problemas, além do auto-registro, focalizaram o manejo adequado de tais situações. Os resultados apontaram que, após o treino, apenas C2 não aprimorou o apoio nessa área justificando tal ocorrência pela sua ausência durante as refeições do esposo. Assim, a cuidadora não pode observar se a dieta do paciente estava adequada.

No presente estudo, tanto o cuidador dois (C2) quanto o cuidador três (C3) forneceram apoio adequado às prescrições sobre atividade física (caminhada) de modo progressivo, durante a etapa do treino. Ressalta-se que para P2 a prática de atividades físicas sempre esteve incorporada em sua rotina, mesmo antes do diagnóstico. Para C1, não houve a prescrição de exercícios físicos pela equipe médica, assim, tal comportamento não foi trabalhado na intervenção. A adesão adequada à atividade física regular tem sido apontada pela literatura como um dos comportamentos mais difíceis para o paciente iniciar e manter ao longo da vida (Straub, 2005). Isso ocorre, em parte, por tomar tempo do paciente e exigir mudanças na rotina de vida representando um alto

custo para adesão (Ferreira, 2001). Assim, C3 foi orientado quanto à introdução gradual (aproximações sucessivas) da atividade física na vida de P3 como forma de fornecer apoio, além da participação conjunta para motivá-lo.

Atualmente, sabe-se que o estresse está diretamente relacionado à piora do prognóstico do paciente coronariano (Lipp, 1997). Assim, o manejo e controle das contingências responsáveis pelo comportamento estressante são fundamentais quando se fala em fornecimento de apoio a esses pacientes. Neste estudo, assim como para todas as demais categorias, foi realizada a intervenção de modo a modificar as contingências responsáveis pelas reações de estresse. Verificou-se que a técnica de solução de problemas se mostrou fundamental para o manejo de comportamentos estressantes. A ociosidade foi destacada por todos os cuidadores como responsável pelas reações de estresse emocional dos pacientes: a dificuldade em manter-se no trabalho e a redução de atividades diárias geraram padrões de agressividade (C2 e C3), ansiedade (C1 e C2) e reações de medo (C3). A literatura aponta que o engajamento em atividades de lazer, assim como em atividades físicas, têm mostrado efeitos reforçadores no controle do estresse e conseqüentemente da doença coronariana (Straub, 2005; Machado, 2004; Uchino, 2004). Os resultados do estudo corroboram a literatura na medida em que para todos os participantes houve uma melhora no fornecimento de apoio às respostas de estresse assim como houve melhora no apoio às atividades de lazer (C1), atividade física (C2) ou ambas (C3). Assim, o engajamento em tais atividades parece ter contribuído para a diminuição da ociosidade, diversificando as atividades do dia-a-dia dos pacientes.

Durante a avaliação do procedimento, os cuidadores referiram satisfação com a intervenção e melhora da relação com o paciente. Quanto à sugestão dos cuidadores no

sentido de que intervenção deveria ter ocorrido na internação, destaca-se que ambos são momentos diferentes, com necessidades distintas. Durante o período de internação as necessidades do paciente, assim como as fontes de apoio, diferem das demandas requisitadas durante o acompanhamento ambulatorial, quando este retorna ao seu ambiente doméstico. Durante a internação, enfermeiros, médicos e outros profissionais da saúde são fontes de apoio diário ao paciente. O cuidador, nesse caso, exerce um papel secundário nos cuidados de saúde do paciente. Após a alta, o cuidador da família assume papel importante, com um padrão diferente do ambiente hospitalar onde o risco de morte iminente não existe e o quadro de saúde do paciente está estabilizado. O apoio social deve promover a mudança comportamental e auxiliar na manutenção da adesão ao tratamento do paciente, que se encontra assintomático e, ao mesmo tempo, com inúmeras restrições médicas, circunstâncias que podem levar a rupturas na adesão. Entretanto, pode-se afirmar que é possível desenvolver, durante o período de internação, uma intervenção com o objetivo de promover o apoio social pelo cuidador após a alta hospitalar.

O delineamento utilizado nesse estudo permitiu acompanhar os três cuidadores no processo de construção de um repertório de fornecimento de apoio social mais próximo dos comportamentos estabelecidos como meta. O procedimento ajudou os cuidadores a adquirir comportamentos compatíveis com o apoio social adequado, uma vez que os dados apontaram mudanças no repertório dos mesmos.

Vale ressaltar que embora a confiabilidade do auto-relato seja presumida (Ferreira, 2001) com base no fato de que os pacientes também relataram a presença de apoio inadequado, deve-se considerar que, provavelmente, ocorreram omissões nas respostas de insatisfação ou indisponibilidade de apoio. Nesse caso, pode-se supor que,

ao responderem o instrumento de suporte social, o participante tenha garantido a aprovação reforçadora da pesquisadora (desejabilidade social).

5.2 Contribuições e limitações da pesquisa

Sabe-se que o suporte social exerce influência na vida e no prognóstico de pacientes coronarianos (Uchino, 2004; Boutin-Foster, 2005; Hogan, Linden & Najariah, 2002). Além disso, a literatura aponta que a disponibilidade e satisfação com o suporte recebido tornam-se fundamentais para a melhora do quadro clínico e psicológico do paciente, (Boutin-Foster, 2005b) o que reforça a necessidade da avaliação e acompanhamento dessa variável por profissionais de saúde. Os resultados obtidos com a pesquisa mostraram que a intervenção junto à cuidadores de pacientes coronarianos pode melhorar a disponibilidade e satisfação do apoio social a essa população. Entretanto, profissionais de saúde não devem negligenciar a importância do auto-cuidado e da autonomia para esses pacientes. Lima e Araújo (2007) afirmam que ao abordar doenças coronarianas é crucial considerar a prática de auto-cuidado, visto que esse comportamento é indispensável para a melhoria da qualidade de vida e redução de riscos e complicações futuras. Nesse contexto, o desenvolvimento do suporte social não é incompatível com o fortalecimento da autonomia e do auto-gerenciamento do paciente em relação às exigências do tratamento.

O estudo se utilizou de relato verbal. O uso dessa estratégia metodológica foi eficaz para a coleta dos dados na medida em que os participantes relataram aspectos favoráveis e desfavoráveis ao apoio social adequado. Segundo Salkind (2006), o uso de entrevistas podem ser úteis no que concerne à obtenção de informações difíceis de serem coletadas por outros métodos, além de ser uma técnica indispensável na pesquisa

com sujeitos humanos. Assim, o auto-relato permite ao pesquisador uma flexibilidade para direcionar sua pesquisa de acordo com os objetivos da mesma. Entretanto, a fidedignidade e a omissão dos relatos nunca poderão ser estritamente comprovadas, o que limita a acurácia dos dados. No entanto, concordamos com Ferreira (2001) quando ela afirma que: *“Questionar a eficácia do uso do auto-relato como medida não resolve o problema, pois o auto-relato constitui parte integrante do tratamento. Trata-se, portanto, de estabelecer estratégias de procedimento para garantir relatos mais confiáveis e utilizar medidas objetivas para confrontar e validar os relatos”* (p.138).

Metodologicamente, a lacuna referente à inexistência de um instrumento específico para avaliação do suporte social em pacientes coronarianos aponta a necessidade e relevância quanto à construção de uma ferramenta com essas características. A prática profissional cotidiana se beneficiaria desse instrumento na medida em que o mesmo ampliaria a compreensão acerca do suporte social desses pacientes e possibilitaria a construção de intervenções mais eficazes. No entanto, a escala escolhida foi adequada e satisfatória como medida do apoio social no presente estudo, com base nos objetivos propostos.

Uma das contribuições do estudo foi a utilização de técnicas comportamentais de fácil manejo e aplicação. Assim, o uso dessas técnicas na fase de intervenção junto aos cuidadores mostrou-se eficaz na medida em que fortaleceu as respostas de apoio adequado e, conseqüentemente, aumentou a freqüência e satisfação do suporte social recebido pelos pacientes.

Os dados sugerem que os registros de auto-monitoramento ajudaram na descrição dos comportamentos de apoio em relação aos relatos anteriores. Também sugere que o instrumento pode ter alterado a probabilidade de emissão de

comportamentos inadequados anteriormente relatados ao tornar-se uma das contingências responsáveis pelo comportamento de apoio adequado. Esses dados corroboram a literatura na medida em que o auto-registro objetiva a auto-observação das contingências que controlam o próprio comportamento e, assim, promovem a modificação do repertório inadequado e/ou o fortalecimento de respostas adequadas. (Rehm, 1999).

Há trabalhos na literatura sugerindo a importância do treino em solução de problemas para a modificação do comportamento (Nezu & Nezu, 1999). A pesquisadora utilizou-se da técnica com problemas trazidos pelo auto-relato dos cuidadores e que estavam diretamente relacionados com as necessidades do paciente. Os resultados desse estudo apontam que, no geral, houve uma modificação no repertório de fornecimento de apoio social. Nesse estudo, portanto, pode-se supor que o treino em solução de problemas foi útil para aprimorar as habilidades em fornecer apoio social dos cuidadores.

O delineamento utilizado nesse estudo permitiu acompanhar os cuidadores no processo de construção de um repertório de fornecimento de apoio mais próximo dos comportamentos estabelecidos. A intervenção permitiu a aquisição e manutenção de repertórios de apoio social compatíveis com as necessidades dos pacientes coronarianos estudados. Os dados contribuíram para o fortalecimento da idéia que dentro do contexto de doenças crônicas, o investimento no apoio social e na adequação deste por parte de profissionais de saúde poderá ser fundamental para melhora do prognóstico do paciente.

Como limitação do estudo cabe ressaltar o fato de que foi uma amostra reduzida e de conveniência sem qualquer critério de randomização. Esse aspecto limita os resultados encontrados e coloca a necessidade de parcimônia diante dos resultados.

Outra limitação refere-se ao número reduzido de sessões impedindo um trabalho mais eficaz em relação a outras demandas trazidas pelos cuidadores. Poderia ter sido feito um seguimento mais longo, para acompanhar melhor o processo de manutenção, ou não, das mudanças.

Em estudos futuros, poder-se-ia propor que a avaliação da eficácia do apoio social considerasse também as condutas das categorias comportamentais trabalhadas junto ao cuidador. Assim, além de uma medida de ordem mais genérica sobre a disponibilidade e satisfação com o apoio social, a identificação da adoção de condutas de adesão segundo relatos do próprio paciente poderia avaliar melhor a eficácia da intervenção.

Por fim, os resultados apontam que intervenções comportamentais podem ajudar cuidadores a fornecer suporte social mais adequado a pacientes coronarianos e, assim, promover melhora da saúde e qualidade de vida dessa população. Como apontado, a doença coronariana é o maior alvo de convergência de esforços de profissionais da área de saúde, sendo uma das maiores preocupações da atualidade. O aumento nas taxas de morbi-mortalidade dessa população, além da luta diária em obter melhora da qualidade de vida, torna o estudo e os cuidados com essa população necessária. Entretanto, de modo interdisciplinar, deve-se ter em mente que os cuidadores desses pacientes são os maiores aliados nessa luta e que ao promover suporte social adequado estaremos beneficiando e promovendo saúde e qualidade de vida aos pacientes.

CAPÍTULO 6

Considerações finais

Os objetivos do estudo foram alcançados, mas é importante frisar que os diversos contextos psicossociais em que as pessoas estão inseridas podem demandar diferentes habilidades e estratégias de intervenção. Assim, outras pesquisas precisam ser conduzidas para avaliar a intervenção comportamental de forma longitudinal a longo prazo em diferentes contextos psicossociais e com estratégias mais sofisticadas de avaliação da eficácia da intervenção.

A introdução da Escala de Suporte Social pode ser bastante útil no cotidiano dos serviços de saúde como estratégia de avaliação, apoio e/ou intervenção. Ela permite a identificação de aspectos sobre a disponibilidade e satisfação que o paciente tem com o apoio existente, servindo de base para aprimorar o atendimento realizado.

Reitera-se, ainda, que a relevância do presente estudo deve-se ao seu pioneirismo, na medida em que não foi encontrado na literatura estudo brasileiro publicado sobre suporte social em pacientes coronarianos. Os resultados encontrados são importantes para profissionais que acompanham pacientes coronarianos, mostrando a necessidade de dar maior atenção aos cuidadores no processo de tratamento desses pacientes.

Aprendemos com esse trabalho que o apoio social qualificado é fundamental no tratamento da doença coronariana, sendo uma variável a ser avaliada e acompanhada em todos os momentos do tratamento. Além disso, o investimento na intervenção a pessoas provedoras de apoio social pode levar à manutenção de níveis satisfatórios de adesão às recomendações médicas e, conseqüentemente, à melhora da saúde e qualidade de vida dessa população.

Referências

- Allen, J., Markovitz, J., Jacobs, R.D., & Knox, S.S (2001). Social support and health behavior in hostile blacks and white men and women in CARDIA. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 609-618.
- Berkman, L.F. & Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissete I., & Seeman, T.E. (2001). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science Medicine*, 51(6), 843-857.
- Boutin-Foster, C. (2005a). Getting to the heart of social support: A qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. *Heart & Lung*, 34(1), 22-29.
- Boutin-Foster, C. (2005b). In spite of good intentions: patients' perspectives on problematic social support interactions. *Health and Quality of Life Outcomes*, 52(3), 1-7.
- Braga, T.M., & Kerbauy, R.R. (1997). Uma proposta de orientação familiar em casos de hipertensão arterial. Em, D. Zamignani (org.), *Sobre comportamento e cognição*, 3, 207-215.
- Brummett, B., Barefoot, J., Siegler, I., Clapp-Channing, N., Lytle, B., Bosworth, H. Williamns, R., & Mark, D. (2001). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk of mortality. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 267-272
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., Underwood, L.G., & Gottlieb, H.B. (2000). *Social support measurement and intervention*. New York: Oxford University Press.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A Study in Sociology*. London: Free Press.
- D'Zurilla, T.J. (1986). *Problem-solving: a social competence approach to clinical intervention*, New York, Springer.
- Eng, M. P., Rimm, B. E., Fitzmaurice, G., & Kawachi, I. (2002). Social ties and change in social ties to subsequent total and cause-specific mortality in coronary heart. Heart disease incidence in men. *American Journal of Epidemiology*, 155(8), 700-709.
- Ferreira, E.A.P. (2001). Adesão ao tratamento em portadores de diabetes: os efeitos de um treino em análise de contingências sobre comportamentos de autocuidado. *Tese de doutorado*. Brasília; UnB.
- Giannotti, A. (2002). Prevenção da doença coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. *Psicologia USP*, 13(1), 167-195.
- Glynn, M.L., Christenfeld, M. & Gerin, W. (1999). Gender, social support, and cardiovascular responses to stress. *Psychosomatic Medicine*, 61, 234-242.
- Goldiamond, I. (1974). Toward a construcional approach to social problems; Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism*, 2(1), 1-84.
- Goodwin, P.J., Leszca, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H., Drysdale, E., Hundleby, M., Chochinov, H.M., Navarro, M., Specca, M. & Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast

- cancer. *New England Journal of Medicine*, 345, 1719-1726.
- Guimarães, S.S. (1999). Psicologia da Saúde e doenças crônicas. In: Kerbauy, R.R. (org.). *Comportamento e Saúde: Explorando alternativas*. São Paulo: Arbytes, 22-45.
- Hogan, B., Linden, W. & Najarian, B. (2002). Social support interventions. Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22, 381-440.
- House, J.S., Landis, K.R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, 241, 540-545.
- Hupcey, E. J. (1998). Clarifying the social support theory research –linkage. *Journal of advanced nursing*, 27(6), 1231-1241.
- Lamosa, B.W.R. (1990). *Psicologia Aplicada à Cardiologia*. São Paulo: Fundo Editorial.
- Lett, H., Blumenthal, J., Babyak, M., Strauman, T., Robins, C., & Sherwoo, A. (2005). Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 869-878.
- Lett, H., Blumenthal, J., Carney, R., Burg, M., Jaffe, A., Catellier, D., Beckman, L., Mitchell, P., & Schneiderman, N. (2007). Social support and prognosis in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *Health Psychology* 26(4), 418-427.
- Lima, F. & Araújo, T.L., (2007). Prática do autocuidado essencial após revascularização do miocárdio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(2), 223-232.
- Lipp, M.E.N. (1997). *Relaxamento para todos: controle o seu estresse*. Campinas: Papirus Editora.
- Machado, C. L. A. (2004). Diretrizes da doença coronariana crônica angina estável. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 83(2), 2-43.
- Martire, M. L. & Schulz, R. (2007). Involving family in psychosocial interventions for chronic illness. *Association for Psychological Science*, 16 (2), 90-94.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-818.
- McIntyre, T., Fernandes, A.C., & Soares, A.V. (2000). Intervenção psicológica na reabilitação pós-enfarte do miocárdio: um esforço interdisciplinar. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 1(1), 53-60.
- Ministério da Saúde do Brasil. Indicadores e Dados Básicos – Brasil 2006. Retirado em 11 de Março de 2008, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>.
- Moraes, R.P.T & Dantas, S.A.R. (2007). Avaliação do suporte social entre pacientes cardíacos cirúrgicos: subsídio para planejamento da assistência de enfermagem. *Revista Latino Americana de enfermagem*, 15(2).
- Nezu, M. & Nezu, C.M. (1999). Treinamento em solução de problemas, Em V.E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (p.471-493). São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Nicasio, P. M., Meyerowitz, B.E., & Kerns, R.D. (2004). The future of health psychology interventions. *Health Psychology*, 23(2), 119-125.
- Oliveira, C.C.L., Ferreira, P.A.E. & Casseb, S.M. (2007). Os efeitos do uso de registros de automonitoração sobre a modelagem de comportamentos alimentares adequados em pacientes com risco para desenvolver diabetes. *Revista Científica da UFPA* 6(1).
- Rehm. L.P. (1999). Métodos de autocontrole, Em V. E. Caballo (Org.), *Manual de*

- técnicas de terapia e modificação do comportamento* (p.581-605). São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Ribeiro, P.C.H.Y. (2006). Suporte Social e qualidade de vida em pessoas portadoras de lesão medular traumática. *Dissertação de Mestrado, Brasília, Unb.*
- Rodríguez-Artalejo, F., Guallar-Castillón, P., Herrera, C.M., Otero, C., Chiva, M., Ochoa, C., Benegas, J. & Pascual, C. (2006). Social support as a predictor of hospital readmission and mortality among older patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure, 12*(8), 621-627.
- Salkind, J.N. (2006). *Exploring research.*, New Jersey: Pearson Education, Upper Saddle River, 5th edition.
- Seidl, E.M.F., Melchíades, A., Farias, V., & Brito, A. (2007). Variáveis Psicológicas e condutas de adesão ao tratamento anti-retroviral em pessoas vivendo com HIV/aids. *Cadernos de Saúde Pública, 23*(10), 2305-16.
- Seidl, E.M.F. & Tróccoli, B.T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em pessoas vivendo com HIV/aids. *Psicologia Teoria e Pesquisa, 22*(3), 317-326.
- Simoni, M.J., Pantaloni, W.D., Plummer, D.M., & Huang, B. (2007). A randomized controlled trial of a peer support intervention targeting antiretroviral medication adherence and depressive symptomatology in HIV-positive men and women. *Health Psychology, 26*(4), 488-495.
- Skinner, B.F. (2003). *Ciência e comportamento humano* (J. C. Todorov e R. Azzi, Trad.) São Paulo: Ed. Martins Fontes. 7^a edição. (Trabalho original publicado em 1953).
- Shen, B., McCreary, P. C. & Myers, F. H. (2004). Independent and mediated contributions of personality, coping, social support and depressive symptoms to physical functioning outcome among patients. *Journal of Behavioral Medicine, 27*(1), 39-61.
- Straub, O.R. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*, 53-79.
- Uchino (2004). *Social Support and Physical Health*. New Haven and London: Yale University Press.
- Uchino, N. B, Cacioppo, T. J. & Kiecolt-Glaser, K. J. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin, 119*(3), 488-531.
- Wallace, L. S, Buckwort, J., Kirby, T.E., & Sherman, W.N. (2000). Characteristics of exercise behavior among students: Application of social cognitive theory to predict stage change. *Preventive Medicine, 31*(5), 494-505.
- Wagner, M.B., Motta, V.T. & Dornelles, C.C.(2004). *SPSS passo a passo*. Caxias do Sul: Educ.
- Wang, H., Mittleman, A. M., & Orth-Gomer, K. (2005). Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. *Social Science and Medicine, 60*(3), 599-607.
- Wing, R.R.& Jeffery, W.R. (1999). Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *Journal of consulting clinical psychology, 67*(1). 132-138.
- World Health Organization (WHO). *Death and daly estimates for 2002 by cause for*

WHO members states. Retirado em 21 de Janeiro de 2008,
<http://www.who.int/healthinfo/bod/en/index.html>.

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário Sócio-demográfico do Paciente

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Data de Nascimento:

3. Grau de Escolaridade:
 - Ensino Fundamental Incompleto
 - Ensino Fundamental Completo
 - Ensino Médio Completo
 - Ensino Médio Incompleto
 - Superior Incompleto
 - Superior Completo

4. Situação Conjugal atual:
 - Casado
 - Solteiro (a)
 - Separado (a)
 - Divorciado (a)
 - Viúvo (a).
 - União estável

5. Você tem filhos?
 Não Sim Quantos?

6. Qual é a sua situação quanto ao emprego?
 - trabalho em emprego fixo, com todos os direitos trabalhistas.
 - trabalho em emprego fixo, sem direitos trabalhistas.
 - trabalho por conta própria, regularmente.
 - trabalho por conta própria, às vezes.
 - estou desempregado (a)/ não estou trabalhando.
 - Nunca trabalhei.
 - estou aposentado (a).
 - tenho benefício continuado.
 - outra. Qual?

ANEXO 2: Questionário sobre impacto da doença coronariana na vida do paciente.

- 1) Quando que o Senhor(a) infartou, o que estava fazendo, onde e com quem?
- 2) O Senhor já infartou anteriormente? Quantas vezes e há quanto tempo?
- 3) Quais foram as limitações que o infarto atual trouxe para o seu funcionamento no dia-dia (trabalho, lazer, etc.)?
- 4) Em que medida o infarto modificou aspectos da sua vida?
 - a. Trabalho;
 - b. Familiar;
 - c. Conjugal;
 - d. Outro aspecto.
- 5) No momento atual, o que mais o incomoda em decorrência do infarto?
- 6) Quem o Senhor(a) escolheria para participar desse estudo como sendo a pessoa mais próxima do senhor(a), que está mais presente na sua vida diária para lhe fornecer apoio?
- 7) Na sua expectativa, você considera que essa pessoa aceitaria participar desse trabalho?
- 8) Além dessa pessoa que o senhor indicou, existe mais alguém que o senhor(a) indicaria para participar dessa pesquisa?

ANEXO 3: ESCALA DE SUPORTE SOCIAL

Este questionário 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 relação à cardiopatia e a sua satisfação quanto a cada um deles. Pedimos que não deixe nenhuma questão em branco. Mais uma vez, obrigada pela sua colaboração!

1. Você tem recebido apoio de alguém 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 de alguém 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 de alguém 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 de alguém 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 alguém com quem você pode contar em caso de necessidade?

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 de alguém 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?

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 integrado socialmente?

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 de alguém que lhe ajuda a melhorar o seu humor, seu astral?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	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 de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	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 ?

ANEXO 4: Questionário Sócio Demográfico do Cuidador.

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Data de Nascimento:

3. Grau de Escolaridade:
 - Fundamental incompleto
 - Fundamental completo
 - Médio incompleto
 - Médio completo
 - Superior incompleto
 - Superior completo

4. Qual o tipo de relacionamento que você tem com o paciente?
 - sou esposo (a)
 - sou filho (a)
 - sou irmã (o)
 - sou pai
 - sou mãe
 - Outro.

5. Você reside com o paciente?
 - Sim Não

Anexo 6 – Ficha de registro e auto-monitoramento

Condutas*	1º dia	2º dia	3º dia	4º dia	5º dia	6º dia	7º dia
Verificar medicação							
Verificar alimentação							
Controle de atividade física							
Controle de estresse							
Atividade de lazer							

* Para cada cuidador eram escritas as condutas que seriam realizadas, segundo as necessidades dos pacientes e recomendações médicas.

Anexo 7: TCLE paciente

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Brasília, de de 2007

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos estudando como a orientação comportamental influencia no fornecimento de suporte sócio-familiar adequado para o paciente coronariano. Os resultados dessa pesquisa poderão ser úteis na melhoria da assistência prestada às pessoas portadoras de doenças coronarianas. A pesquisa está sendo coordenada pela Psicóloga, Mestranda Marcela Abreu Rodrigues (marcela@unb.br) sob a orientação da professora Eliane Seidl (seidl@unb.br) ou tel: 3307 2625 Ramal 401), do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Este é um convite para que o (a) Senhor (a) participe deste trabalho, respondendo a uma entrevista e a um questionário que serão gravados e transcritos. Para isto, serão necessários dois encontros, com duração de cerca de 30 minutos a 1 hora, no próprio serviço onde o acompanhamento médico está sendo realizado (Ambulatório de Cardiologia). Os encontros respeitarão a sua conveniência e disponibilidade de tempo.

Além das respostas aos questionários, vamos necessitar de informações que estão no prontuário médico: tempo de infarto, número de medicações em uso e outras co-morbidades.

O sigilo das informações fornecidas e o anonimato dos participantes estão garantidos. A sua participação é voluntária, sendo que o(a) Senhor(a) poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Foi esclarecido ainda, que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o Sr.(a) não terá direito a nenhuma remuneração. No entanto, se para participar da pesquisa for necessário algum subsídio para custeio e transporte, o HUB/Ambulatório de Cardiologia poderá fornecer passes de ônibus. Esclarecemos ainda, que a sua participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Informamos ainda, que essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Unb (tel:33072643).

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o (a) senhor (a) e a outra com a equipe da pesquisa.

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

Atenciosamente,

Marcela Abreu Rodrigues
Psicóloga CRP 01/10363

Eliane M F. Seidl
Profa. IP/UnB, Psicóloga CRP 01/766

Sim, aceito participar deste estudo:

Nome:

Assinatura:

Registro prontuário:

Anexo 8: TCLE cuidador

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Brasília, de _____ de 2007

Prezado (a) Senhor (a),

Estamos estudando como a orientação comportamental influencia no fornecimento de suporte sócio-familiar adequado para o paciente coronariano. Os resultados dessa pesquisa poderão ser úteis na melhoria da assistência prestada às pessoas portadoras de doenças coronarianas. A pesquisa está sendo coordenada pela Psicóloga Marcela Abreu Rodrigues (marcela@unb.br) sob a orientação da professora Eliane Seidl (seidl@unb.br, tel.: 33072625 Ramal 405), do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

O Senhor(a) foi escolhido por seu familiar para participar do estudo. Serão quatro sessões individuais que irão abordar temas sobre fornecimento de apoio adequado ao paciente pós-infartado. Os atendimentos serão gravados e terão duração de aproximadamente 90 minutos e serão realizados no HUB/Ambulatório de Cardiologia, com frequência semanal. Os encontros respeitarão a sua conveniência e disponibilidade de tempo.

O sigilo das informações fornecidas e o anonimato dos participantes estão garantidos. A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) poderá interromper ou se retirar do estudo, em qualquer momento, se assim desejar, bastando para isso informar sua decisão de desistência. Foi esclarecido ainda, que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o Sr.(a) não terá direito a nenhuma remuneração. No entanto, se para participar da pesquisa for necessário algum subsídio para custeio e transporte, o HUB/ Ambulatório de Cardiologia poderá fornecer passes de ônibus. Esclarecemos ainda, que a sua participação na pesquisa não incorrerá em riscos ou prejuízos de qualquer natureza.

Informamos ainda, que essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Unb (tel:33072643).

Caso esteja de acordo em participar, pedimos sua assinatura em duas cópias deste documento: uma ficará com o (a) senhor (a) e a outra com a equipe da pesquisa.

Esperando contar com a sua participação, agradecemos antecipadamente pela sua valiosa colaboração neste trabalho.

Atenciosamente,

Marcela Abreu Rodrigues
Psicóloga CRP 01/10363

Eliane M. F. Seidl
Profa. IP/UnB, Psicóloga CRP 01/766

Sim, aceito participar deste estudo:

Nome:

Assinatura:

Registro prontuário.

Anexo 5: Panfleto informativo

O que é fornecer Suporte?

O **Suporte Social** acontece quando há uma interação entre duas ou mais pessoas no qual comportamentos daquele que fornece o suporte são direcionados a outra pessoa com o objetivo de promover o bem-estar físico, psicológico e social.



Está comprovado que o suporte sócio-familiar adequado promove uma **melhor adesão ao tratamento** de pacientes com problemas de coração.

MAS COMO FORNECER ESSE SUPORTE ADEQUADO?

A primeira coisa que você deve saber é que **uma dieta balanceada, o uso de medicação de forma correta, a atividade física e o controle do estresse**, são fatores que podem ajudar muito o coração.



Isso deve sempre ser explicado ao paciente, à pessoa que você está querendo ajudar.

O que fazer então?

1) Ter alimentos com baixo teor de gordura e sal, ricos em frutas e vegetais sempre disponível para o paciente. Se possível fazer a dieta junto ao paciente. Guarde ou esconda aqueles alimentos proibidos.



2) Ajudar o paciente a tomar os remédios, quando for



indicado, na quantidade e hora.

3) Incentivar o paciente a praticar exercícios, uma boa caminhada, ginástica, hidroginástica, natação. Se possível acompanhá-lo na atividade.



4) Ajudar o paciente a evitar e aliviar o estresse. Procure sempre conversar com o paciente, incentivá-lo a fazer atividades prazerosas (lazer); estar sempre com amigos e familiares. Faça-o rir e se sentir bem e amado por você!



CUIDADOS!

Muitas vezes ao ajudarmos o paciente estamos atrapalhando e elevando o seu nível de estresse.

É muito importante que você sempre observe e converse com o paciente sobre suas reais necessidades de suporte. Ter **empatia** pelo paciente, ou seja, colocar-se no lugar deste, torna-se fundamental para fornecer um bom suporte.

