

SUPORTE SOCIAL E DEPRESSÃO EM IDOSOS COM DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Ivonete Aparecida Pereira
Marineia Crosara de Resende
(UFU - Universidade Federal de Uberlândia)

Resumo

Este estudo investigou o nível de depressão, o suporte social percebido e a correlação entre essas variáveis em idosos com doença arterial coronariana hospitalizados. Participaram 30 idosos (idade média= 68,91; DP=6,77) com doença arterial coronariana internados num hospital escola. Responderam em entrevista aos instrumentos: a) Ficha de informações sócio-demográficas, b) Escala de percepção de suporte social, c) Escala geriátrica de depressão. *Resultados:* A análise de dados indicou a ausência de depressão em 76,67% dos indivíduos. Os participantes relataram perceber Suporte social (media 3,78; DP=0,35) nos aspectos: suporte emocional (média 3,75; DP=0,63) e prático (média 3,79; DP=0,31). A partir do teste de Spearman, encontrou-se correlação significativa entre suporte social e depressão ($r=-0,47$), quanto maior o suporte social menor depressão. O contato social parece ser um fator protetor para o desenvolvimento da depressão, já que as pessoas que têm maior contato social apresentam melhor qualidade de vida.

Palavras – chave: Idosos; Doença Arterial Coronariana; Depressão; Suporte Social; Psicologia.

Abstract

Social Support and Depression in Elderly with Coronary Artery Disease

This study investigated the level of depression, perceived social support and the correlation between these variables in elderly hospitalized with coronary artery disease. Participants included 30 subjects (mean age = 68.91, SD = 6.77) with coronary artery disease admitted to a teaching hospital. Responded in an interview instruments: a) Information Sheet sociodemographic, b) Scale of perceived social support, c) Scaling of geriatric depression. Results: The data analysis indicated the absence of depression 76.67% of individuals. Participants reported perceiving social support (mean 3.78, SD = 0.35) in aspects: emotional support (mean 3.75, SD = 0.63) and practical (mean 3.79, SD = 0.31). From the test Spearman, found a significant correlation between social support and depression ($r = -0.47$), higher depression, lower social support. The social contact appears to be a protective factor for the development of depression, since people who have greater social contact have better quality of life.

Key words: Elderly, Coronary Artery Disease, Depression, Social Support; Psychology.

Introdução

A sociedade contemporânea se defronta com o crescimento expressivo do número de pessoas que atinge idade avançada, o que trás um novo cenário ao panorama mundial e deverá ser considerado por profissionais da área da saúde. Este fato relaciona-se ao progresso em diversas áreas, ao aumento de pessoas preparando-se para uma vida longa, com melhores perspectivas de vida social e psicologicamente sadia (Zaslavsky, & Gus, 2002).

Neste contexto de crescimento da população idosa, com 60 anos ou mais, aumenta a necessidade de desenvolvimento de ações efetivas de controle e prevenção de doenças, que se constituiu um desafio aos sistemas de atenção à saúde e uma prioridade no planejamento social (Maia, Durante, & Ramos, 2004; Nascimento, 2011), tendo em vista que as doenças relacionadas ao processo de envelhecimento aumentam os custos assistências à saúde e têm importante repercussão social (Nobrega, Freitas, Oliveira, Leitão, Lazzoli e outros. 1999).

A prevalência e a incidência das doenças que acometem os mais velhos são em geral de natureza crônica (Maia,

Durante & Ramos, 2004); as condições de saúde costumam relacionar-se entre si e são importantes preditores de mortalidade. Dentre os problemas de saúde comuns aos idosos, estão diabetes, asma, reumatismo, acidente vascular encefálico, perdas cognitivas, insônia, depressão e cardiovasculares (Reis, Mascarenhas, Costa, & Lessa, 2007).

Segundo World Health Organization (2007), as doenças cardiovasculares, especificamente, as isquêmicas do coração mantiveram sua posição como a principal causa de morte no mundo, representando cerca de 20% do total de óbitos. Assim, as síndromes coronarianas, como angina ou infarto agudo do miocárdio, são responsáveis por um grande número de hospitalizações no Brasil e no mundo. Boutin-Foster (2005) afirma que a identificação e eliminação de fatores de risco que contribuem para a doença arterial coronariana tem sido uma grande preocupação para a saúde pública.

A doença arterial coronariana é um distúrbio no qual depósitos de gordura se acumulam nas células que revestem a parede de uma artéria coronária e, conseqüentemente, interrompem o fluxo sanguíneo. Tais depósitos de gordura formam-se gradativamente e se desenvolvem nos grandes ramos das

principais artérias coronárias que circundam o coração e proveem sangue ao mesmo (Straub, citado por Abreu-Rodrigues, & Seidl, 2008). Esse fato provoca o entupimento das artérias coronarianas e, em decorrência, o prejuízo do músculo cardíaco. Aproximadamente 76% de pessoas com idade superior a 70 anos apresenta doença coronariana (Silva, & Caldas, 2007), sendo considerada a principal causa de morte nessa faixa etária (Nobrega e outros, 1999).

Independente da presença de doença cardíaca, o envelhecimento encontra-se associado a alterações estruturais no coração, que tendem a ser individualizadas: aumenta a massa cardíaca, as paredes do ventrículo esquerdo aumentam levemente de espessura, bem como o septo interventricular - embora mantenha índices ecocardiográficos normais -, há deposição de tecido colágeno, a função sistólica mantém-se inalterada, mas por outro lado, há redução da complacência ventricular, com prejuízo da função diastólica, determinando o prolongamento do tempo de relaxamento ventricular (Nobrega e outros, 1999).

Há duas condições representativas da doença arterial coronariana: a angina do peito e o infarto agudo do miocárdio. A angina pode ser definida como uma

condição de dor no peito causada por restrição no suprimento de sangue pelo coração. Julian e Cowan (1996 citado por Jurkiewicz, & Romano, 2009) descrevem a angina como opressão torácica e de áreas adjacentes devido ao fornecimento temporariamente não suficiente de sangue no coração.

Para Braunwald e Antman (1999), o infarto agudo do miocárdio é compreendido como redução do fluxo sanguíneo coronariano, de magnitude e duração suficiente para não ser compensado pelas reservas orgânicas. A causa habitual da morte celular é uma isquemia no músculo cardíaco, por oclusão de uma artéria coronária. Esta oclusão se dá em geral pela formação de um coágulo sobre uma área previamente estreitada por aterosclerose. Para Jurkiewicz (2008), a aterosclerose é uma doença inflamatória crônica que evolui com formação de placas no interior das artérias. Evidências indicam que um agente infeccioso possa desempenhar papel relevante na gênese das placas que obstruem as artérias, existindo a relação: infecção – inflamação – aterosclerose.

Quando há doença arterial coronariana, é preciso considerar que em cerca de 40% dos casos de doença arterial coronariana crônica, as pessoas acometidas apresentam redução da capacidade física e

geralmente, prejuízo na qualidade de vida (Wajngarten, & Oliveira, 2003). Para Perez, Nicolau, Romano e Laranjeira (2005), a doença arterial coronariana e a depressão são duas enfermidades com grande impacto na saúde por causa da alta prevalência e de seus efeitos tanto na mortalidade como na qualidade de vida, e evidências clínicas constataram uma estreita relação entre doença cardíaca e depressão.

A depressão como fator predisponente à doença arterial coronariana interfere nas alterações imunológicas e neuroendócrinas, que podem afetar o processo infeccioso. Segundo Pinho, Custódio, Makdisse e Carvalho (2010), em 20% dos pacientes com doença arterial coronariana e em infartados, é possível observar a presença de depressão e a prevalência é ainda maior quando são consideradas as formas menos graves de depressão.

De acordo com Rozanski, Blumenthal e Kaplan (1999), os fatores psicossociais estão desde há muito implicados na etiologia de doenças cardíacas. Sendo a depressão sugerida como importante fator preditivo de doença arterial coronariana. Ainda que raramente diagnosticada em indivíduos com doença arterial coronariana, o diagnóstico e o

tratamento da depressão são fundamentais, sobretudo em pessoas pós-infarto agudo do miocárdio, uma vez que afeta a adesão terapêutica, a reabilitação, aumenta a morbi-mortalidade e prevê eventos cardíacos futuros.

Strike e Steptoe (2002), a partir de ampla revisão de literatura, afirmam que o risco relativo entre pessoas com depressão em desenvolver doença arterial coronariana é duas vezes maior quando confrontados com indivíduos não-depressivos. Para esses autores, a depressão poderia conduzir a um processo inflamatório e conseqüentemente à doença arterial coronariana ou, por outro lado, a doença coronariana poderia desencadear uma depressão.

Para Carney, Freedland, Miller e Jaffe (2002), fatores como pior aderência aos programas de reabilitação cardiovascular e medicamentos, associados com outros fatores de risco (tabagismo, hipertensão arterial, diabetes, hipercolesterolemia, obesidade, hiperexcitabilidade do eixo hipotálamohipófise-adrenal e hipercortisolemia, decréscimo da variabilidade da frequência cardíaca, níveis séricos elevados de citocinas e pró-inflamatórios piorando a aterosclerose, aumento de agregação plaquetária e

hipercoagulabilidade) e estresse psicológico foram implicados no mecanismo da depressão, levando à piora do prognóstico cardiovascular. Soares, Costa e Mesquita (2006) afirmam que inúmeros estudos relatam a vulnerabilidade de um paciente deprimido a uma doença cardiovascular.

Alves, Fráguas e Wajngarten (2009) relatam que nos últimos anos, houve um aumento dos estudos epidemiológicos de depressão associada à comorbidade cardiovascular. Segundo esses estudos, na população geral, a prevalência de transtorno depressivo maior para um período de seis meses é em torno de 6%. E, estima-se há presença de transtorno depressivo maior em torno de 18% a 20% em pacientes após o infarto agudo do miocárdio ou com doença arterial. E, quando se inclui o espectro da síndrome depressiva em doenças cardíacas mais graves, a taxa eleva-se para cerca de 50%.

Para Soares, Costa e Mesquita (2006), os estudos sugerem que a depressão é um fator de risco tanto para o desenvolvimento da doença coronariana como também para a mortalidade entre os indivíduos que tiveram um infarto do miocárdio. A comorbidade entre doenças físicas e mentais é de grande relevância, sendo na maioria das vezes aceito que a

presença de uma patologia orgânica eleva o risco de transtornos psiquiátricos. Doenças clínicas podem colaborar para a patogênese da depressão através de efeitos diretos na função cerebral ou através de efeitos psicológicos ou psicossociais. Essa associação pode ser entendida de modo bidirecional: a depressão precipitando doenças crônicas e as doenças crônicas acentuando sintomas depressivos. Essa complexa relação tem implicações relevantes tanto para o manejo das doenças crônicas, quanto para o tratamento da depressão (Duarte, & Rego, 2007).

Para Santos (2002), no idoso as causas de depressão agrupam dentro de um grupo com muitos componentes, por exemplo, fatores genéticos, luto, abandono, doenças incapacitantes, entre outros. Um quadro de depressão no idoso surge concomitantemente ao surgimento de doenças clínicas graves, como a cardiopatia, e com o isolamento social (Stella, Gobbi, Corazza, & Costa, 2002). Resende, Almeida, Favoreto, Miranda, Silva e outros (2011) alertam para o fato de que a depressão, particularmente em idosos, é muitas vezes subdiagnosticada pelos profissionais de saúde.

O diagnóstico de depressão no idoso é na maioria das vezes, mais difícil do que no jovem, estimando-se que em 40% dos casos ela não é reconhecida.

Romano (2002) refere que após o diagnóstico, o paciente tende a rever o significado de sua vida, suas crenças e seus valores, entrando nesse período de prostração emocional e tristeza, o que poderá agravar a sua doença.

Straub (2005) afirma que lidar com eventos estressantes, como o advento de uma doença crônica, é especialmente difícil quando o indivíduo se sente isolado e/ou rejeitado socialmente. Brummett, Barefoot, Siegler, Clapp-Channing, Lytle e outros (2001), em estudo realizado para avaliar as características de pacientes socialmente isolados com doença arterial coronariana que estão em risco elevado de mortalidade, encontraram que a taxa de mortalidade foi maior entre os indivíduos isolados, que não contam com uma rede de suporte social. As redes de suporte sociais constituídas por familiares e amigos expressivamente aquietam os efeitos do estresse nos indivíduos, oferecem apoio emocional na configuração de amor, afeição, preocupação e assistência (Ramos 2002).

Segundo Andrade e Vaitsman (2002), estudos apontam que o suporte social adequado pode diminuir o risco de agravamento de doenças, ao promover comportamentos relevantes para o seu manejo e controle. Dantas, Pelegrino e

Garbin (2007) relatam que pesquisas têm revelado associação positiva entre apoio social, adesão ao tratamento e qualidade de vida em pacientes com doenças cardíacas.

Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, Ramos, Carvalhosa e outros (2003) sugerem a existência de uma relação entre suporte social e uma variedade de medidas dependentes: saúde, adaptação psicológica, percepção de bem-estar, redução do mal estar, longevidade e mortalidade, satisfação com a vida, entre outros. O apoio social é uma variável importante, facilitadora de resultados positivos para o bem-estar subjetivo. É um conceito multidimensional, que engloba recursos materiais e psicológicos que são acessados através das redes sociais das pessoas (Siqueira, 2008).

O suporte social exerce um papel fundamental na promoção e manutenção da saúde física e mental (Orth-Gomer, Johnson, citado por Ramos 2002). Para Penninx, Tilburg, Kriegsman, Boeke, Deeg e outros (1999), o suporte social vem se apresentando como fator contribuinte na diminuição do estresse e favorecimento dos mecanismos de enfrentamento de pessoas em condições crônicas de saúde peculiares, como as doenças cardíacas.

Nesse sentido, a partir do exposto acima, essa pesquisa tem como objetivos:

a) avaliar o nível de depressão em idosos com doença arterial coronariana hospitalizados; b) verificar o suporte social percebido pelos idosos com doença arterial coronariana hospitalizados; c) analisar a correlação entre o suporte social percebido e os índices de depressão em idosos com doença arterial coronariana hospitalizados.

Método

Participantes:

Participaram dessa pesquisa¹ 30 idosos com doença arterial coronariana, (idade média 69 anos; DP=6,77), internados numa enfermaria de clínica médica de um hospital escola no interior de Minas Gerais. Ver dados sociodemográficos na Tabela 1. Em relação aos motivos e diagnóstico da internação, 40,0% apresentou infarto agudo do miocárdio e 60,0% angina.

Tabela 1. Distribuição de frequência por características sociodemográficas dos participantes (N=30)

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	9	30,0
Masculino	21	70,0
Idade		
60-69	18	60,0
70-79	10	33,3
> ou = 80	2	6,67
Estado Civil		
Casado	23	76,7
Solteiro	1	3,3
Separado	4	13,3
Viúvo	2	6,7
Escolaridade		
Nunca foi a escola	3	10,0
Ensino Básico	22	73,4
Ensino Fundamental	1	3,3
Ensino Médio	3	10,0
Graduação	1	3,3
Aposentado		
Sim	21	70,0
Não	9	30,0
Tem Filhos		
Sim	29	96,7
Não	1	3,3
Mora Com		
Sozinho	1	3,3
Com cônjuge	11	36,7
Com filhos	5	16,6
Cônjuge/Filhos	11	36,7
Outros Parentes	2	6,7
Principal Responsável		
Sim	10	66,7
Não	20	33,3
Renda Mensal		
<1/2 SM	1	3,3
1-2 SM	23	76,7
3-5 SM	5	16,7
10-20 SM	1	3,3

¹ Projeto submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (Parecer 708/11).

Instrumentos:

a) *Ficha de Informações sócio-demográficas*: para coleta de dados sobre idade, gênero, estado conjugal, escolaridade, renda mensal, profissão, ocupação, se é aposentado ou não, tipo de arranjo domiciliar.

b) *Escala de Percepção de Suporte Social* (Siqueira, 2008) ($\alpha=0,971$): contém 29 itens, divididos em 2 dimensões: (F1) Suporte prático e (F2) Suporte emocional. As respostas devem ser dadas numa escala de quatro pontos (1 = nunca; 2 = poucas vezes; 3 = muitas vezes; 4 = sempre) com a qual os participantes informaram a frequência com que percebem a possibilidade de poder contar com o apoio de alguém.

c) *Escala Geriátrica de Depressão* (Yesavage, Brink & Lum, citado por Tavares, 2004) ($\alpha=0,762$): é uma escala para avaliação de depressão geriátrica, contendo quinze frases e duas possibilidades de respostas para cada uma (sim ou não). É um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para a detecção de depressão no idoso. Considera-se que a

pontuação na faixa de (0 a 5) pontos sugere ausência de depressão; entre (6 a 10) pontos, aponta para depressão moderada e de (11-15) sugere depressão grave.

Procedimento Para Análise dos Dados

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas, com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis numéricas, com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis. Para a análise de consistência interna das escalas foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach. Valores de alfa acima de 0,70 indicam alta confiabilidade. Para comparação das variáveis numéricas entre os grupos foram utilizados os testes de Mann-Whitney (para 2 categorias) e de Kruskal-Wallis (para 3 ou mais categorias), devido à ausência de distribuição Normal dos escores. Para analisar a relação entre as variáveis numéricas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $P<0,05$.

Resultados e Discussão

Este estudo investigou o nível de depressão, suporte social percebido e a correlação entre o suporte social percebido e os índices de depressão em idosos com doença arterial coronariana hospitalizados.

Os resultados da escala de depressão - GDS-15 revelaram ausência de depressão em 76,67% dos indivíduos estudados, sendo que 13,33% apresentaram depressão leve à moderada e 10,0% depressão severa. Os dados encontrados corroboram o encontrado na literatura em relação à depressão (Frank, & Rodrigues citado por Santareno, 2010).

Frank e Rodrigues (2006) afirmam que dentre os diversos transtornos que afetam idosos, o transtorno depressivo apresenta prevalência variando entre 4,8% a 14,6% entre idosos vivendo na comunidade e em idosos hospitalizados ou institucionalizados essa prevalência chega a 22,0%. Santareno (2010) refere que a prevalência de depressão em pessoas com doença arterial coronariana foi estimada entre 16% a 23%, apesar das diferenças metodológicas e de medidas.

Embora a prevalência da depressão seja na minoria dos participantes, como no amplo espectro da literatura, é importante ressaltar que fatores psicossociais contribuem para a doença arterial

coronariana, sendo a depressão colocada como um deles. E como colocam Strike e Steptoe (2002), estudos clínicos e epidemiológicos relatam que indivíduos depressivos estão mais propensos a desenvolver angina ou infarto do miocárdio. Segundo esses pesquisadores, tanto a depressão poderia conduzir a um processo de inflamação e conseqüentemente à doença arterial coronariana como um processo inflamatório provocaria depressão e doença arterial coronariana. Ainda, segundo esses autores, outro aspecto a ser considerado é que a depressão também pode interferir em hábitos como tabagismo, alimentação, pouca atividade física e a não-adesão ao tratamento, podendo agir como estressor crônico. Além disso, a depressão pode influenciar na ausência de convívio social (Freire, & Sommerhalder, 2000), causando uma pobreza de relações sociais, que tem sido indicado como fator de risco à saúde, sendo tão prejudicial quanto o fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física (Andrade, & Vaitsman, 2002).

Nessa pesquisa, com relação à percepção de suporte social, os participantes relataram perceber Suporte social (média 3,78; DP = 0,35) nos aspectos: suporte emocional (média 3,75;

$DP=0,63$) e suporte prático (média 3,79; $DP= 0,31$). O suporte social é considerado capaz de gerar efeitos benéficos para a saúde, tanto física como mental, guardando uma estreita relação com bem-estar (Rodriguez, & Cohen, 1998).

O suporte social é uma variável importante, facilitadora de resultados positivos para o bem-estar subjetivo. É um conceito multidimensional, que engloba recursos materiais e psicológicos que são acessados através das redes sociais das pessoas (Resende, & Gouveia, 2011).

Para Doeglas, Suurmeijer, Krol, Sanderman, Rijswijk e Leeuwen (1994), o suporte social tem duas funções importantes: sustentar a saúde, que tem um efeito direto no bem-estar do indivíduo e reduzir o estresse, atuando como fator de proteção, frente a eventos adversos (Siqueira, 2008). Indivíduos que têm altos níveis de apoio social e estão satisfeitos com a qualidade de sua rede de relações têm maior senso de bem-estar (Caprara, & Steca, 2005).

Ressalta-se que na população idosa, o suporte social é tido como fundamental no enfrentamento e adaptação a situação de crise, atuando de maneira positiva na saúde (Roda, & Moreno, 2001). Balaswamy, Richardson e Price (2004) afirmam que a presença de

diferentes tipos e fontes de apoio social diminui os sintomas depressivos no idoso.

A partir do teste de Spearman, encontrou-se que houve correlação significativa entre os escores de suporte social e de depressão, ou seja, quanto maior o escore de suporte social menor o de depressão ($r=-0,47$) (Ver Figura 1). Esses dados sugerem que as habilidades sociais, o apoio social e a qualidade de vida estão, de alguma forma, interligados (Carneiro, Falcone, Clark, Del Prette, & Del Prette, 2007).

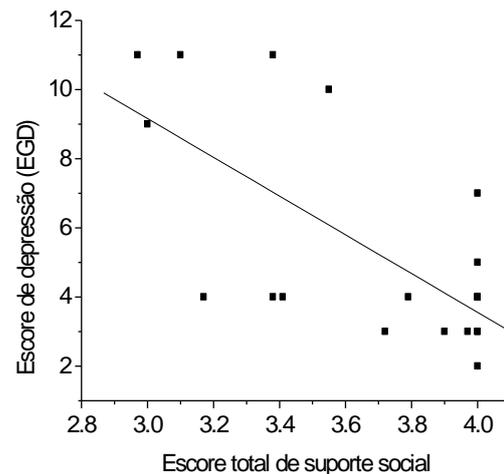


Figura 1. Correlação entre os escores de suporte social e depressão

Chi e Chou (2001), em um estudo com população idosa, descrevem o suporte social como protetor dos impactos dos estresses diários desencadeadores da depressão. Lunsky (2008) afirma que a

própria percepção do suporte social precário pode levar o indivíduo a um quadro de depressão. Assim, o suporte social relaciona-se com o bem-estar psicológico e a saúde mental e está negativamente correlacionado com depressão (Jung, 1997), sendo visto como amortecedor de doença física e mental (Lunsky, 2008).

Considerações Finais

De maneira geral, pode-se afirmar que o suporte social é um fator protetor para o desenvolvimento da depressão (Resende e outros, 2011), as pessoas que têm maior contato social vivem com melhor e, conseqüentemente, maior qualidade de vida (Carneiro et al, 2007).

Para Teng, Humes e Demetrio (2005), a síndrome depressiva é companheira frequente em patologias clínicas crônicas e, quando presente, leva a piores evoluções, pior aderência aos tratamentos propostos, pior qualidade de vida, e maior morbimortalidade como um todo.

Uma relação estreita entre os relacionamentos sociais, a qualidade de vida e a capacidade funcional e uma relação inversa desses fatores com a depressão têm sido apontadas por diversos autores (Carneiro et al., 2007). Nesse sentido, é preciso pensar em estratégias de provimento de cuidados de saúde de qualidade ao paciente coronariano, precisa estar na pauta diária de atenção dos profissionais de saúde numa proposta multidisciplinar.

Referências

- Abreu-Rodrigues, M., & Seidl, E. M. F. (2008). A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, 18(40), 279-288.
- Alves, T. C. T., Fráguas, R., & Wajngarten, M. (2009). Depressão e infarto agudo do miocárdio. *Rev Psiq Clín.*, 36(3), 88-92.
- Andrade, G. R. B., & Vaitsman, J. (2002). Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, 7(4), 925-934.
- Balaszamy, S., Richardson, V., & Price, C. (2004). Investigating Patterns of Social Support Use By widowers During Bereavement. *The Journal of Men's Studies*, 1(13), 64-87.
- Boutin-Foster, C. (2005). 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.

- Braunwald, E., & Antman, E. M. (1999). *Infarto agudo do Miocárdio*. In: E. Braunwald (org.). *Tratado de medicina cardiovascular*. São Paulo: Ed. Roca Ltda. p. 445-453.
- Brummett, B., Barefoot, J., Siegler, I., Clapp-Channing, N., Lytle, B., e outros (2001). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk of mortality. *Psychosomatic Medicine*, 63, 267-272.
- Caprara, G. V., & Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 10(4), 275-286.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.
- Carney, R. M., Freedland, K. E., Miller, G. E., & Jaffe, A. S. (2002). Depression as a Risk Factor for Cardiac Mortality and Morbidity. A review of Potencial Mechanism. *J Psychosom Res*, 53, 897-902.
- Chi, I., & Chou, L. (2001) Social Support and Depression among Elderly Chinese People in Hong Kong. *The International Journal of Aging and Human Development*, 52(3), 231-252.
- Dantas, R. A. S., Pelegrino, V. M., & Garbin, L. M. (2007). Avaliação do apoio social e sua relação com variáveis sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. *Cienc Cuid Saude*, 6(4), 456-462.
- Doeglas, D., Suurmeijer, T., Krol, B., Sanderman, R., Rijswijk, M. V., & Leeuwen, M. V. (1994). Social support, social disability, and psychological well-being in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 7, 10-15.
- Duarte, M. B., & Rego, M. A. V. (2007). Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Caderno de Saúde Pública*, 23(3), 691-700.
- Frank, M. H., & Rodrigues, N.L. (2006). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: E.V. Freitas, L. Py, A.L. Neri, F.A.X.C. Cançado, M.L. Gorzoni, J. Doll. *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.376-387.
- Freire, S. A., & Sommerhalder, C. (2000). Envelhecer nos Tempos Modernos. Em: Neri, A. L. ., & S. A. Freire (Orgs.). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus, p.125-135.
- Jung, J. (1997). Balance and source of social support in relation well-being. *The Journal of General Psychology*, 724, 77-90.

- Jurkiewicz, R. (2008). *Vivência de Perdas: Relação entre eventos significativos, luto e depressão, em pacientes internados devido a doença arterial coronariana*. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; São Paulo.
- Jurkiewicz, R., & Romano, B. W. (2009). Doença arterial coronariana e vivência de perdas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93(4), 352-359.
- Lunsky, Y. (2008). The impact of stress and social support on the mental health of individuals with intellectual disabilities. *Salud Pública de Mexico*, 2(50), 151-153.
- Maia, L. C. Durante, A. M. G., & Ramos, L. R. (2004). Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais. *Rev de Saúde Pública*, 35(5), 1-6.
- Nascimento, J. F. C. G. (2011). Correlações clinicopatológicas da causa de morte no envelhecimento: um estudo de autópsias na cidade de São Paulo. Dissertação de Doutorado em Patologia - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Nobrega, A. C. L., Freitas, V. E., Oliveira, M. A. B., Leitão, M. B., Lazzoli, k. j. e outros (1999). Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. *Rev Bras Med Esporte*, 5(6), 207-211 .
- Penninx, B. W., Tilburg, T., Kriegsman, D. M., Boeke, A. J., Deeg, D. J. e outros (1999). Social network, social support, and lonelinEAS in older persons with different chronic diseases. *J Aging Health*, 11(2), 151-168.
- Perez, G. H., Nicolau, J. C., Romano, B. W., & Laranjeira, R. (2005). Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis: diferenças entre homens e mulheres. *Arq Bras Cardiologia*, 85(5), 319-325.
- Pinho, M. X., Custódio, O., Makdisse, M., & Carvalho, A. C. C. (2010). Confiabilidade e validade da escala de depressão geriátrica em idosos com doença arterial coronariana. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 94(5), 570-579.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7, 156-175.
- Reis, L. A., Mascarenhas, C. H. M., Costa, A. N., & Lessa, R. S. (2007). Estudo das condições de saúde de idosos em tratamento no setor de Neurogeriatria da Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31, 324-332.
- Resende, M. C., Almeida, C. P., Favoreto, D., Miranda, E. G., Silva, G. P. e outros (2011). Saúde mental e envelhecimento. *Psico*, 42(1), 31-40.

- Resende, M. C., & Gouveia, V. V. (2011). Qualidade de vida em adultos com deficiência física. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(1), 99-106.
- Roda, A. B. L., & Moreno, E. S. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Rodriguez, M. S., & Cohen, S. (1998). Social support. *Encyclopedia of Mental Health*, 3, 535-544.
- Romano, B. W. (2002). *Psicologia e cardiologia: encontros possíveis*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, 99, 2192-2217.
- Santareno, S, M, O. (2010). A complexa relação entre depressão e doença cardiovascular: evidência que suporta a relação fisiopatológica. Dissertação de Mestrado Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.
- Santos, P. F. (2002). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, A. e outros (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controle metabólico e desenvolvimento de complicações crônicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(1), 21-32.
- Silva, P. F. C., & Caldas, C. P. (2007). Implicações psicossociais do envelhecimento: o caso da cirurgia de revascularização do miocárdio em mulheres idosas. *Revista Kairós*, 10(2), 189-204.
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e Validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psic em Estudo*, 13(2), 381-388.
- Soares, H. L. R. Costa, R. A., & Mesquita, E. T. (2006) Depressão e as doenças cardiovasculares. *Revista Dep Psicologia, UFF*, 18(2), 197-204.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D., & Costa, J. (2002). *Depressão no idoso: Diagnóstico, tratamento e benefício da atividade física*. *Motriz*, 8(3), 91-98.
- Straub, O. R. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Strike P, C., & Steptoe, A. (2002). Depression, Stress and the Heart. *Journal Heart*, 91(4), 441-443.
- Tavares, S. S. (2004). *Sintomas depressivos entre idosos: relações com classe, mobilidade e suporte social percebidos e experiência de eventos estressantes*. Tese de Mestrado não

publicada. Curso de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Teng, C. T., Humes, E. C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e Comorbidades Clínicas. *Rev. Psiq. Clín.*, 32(3), 149-159.

Wajngarten, M., & Oliveira, S. A. (2003). Doença coronariana no grande idoso: conduta conservadora ou agressiva?. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 81(3), 219-220.

World Health Organization (2007). *Death and daly estimates for 2002 by cause for WHO member states*. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/bod/en/index.html>. (Acessado em 21 de outubro de 2012).

Zaslavsky, C., & Gus, I. (2002). Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades. *Arq. Bras. Cardiol.*, 79(6), 635-639.

As autoras:

Ivonete Aparecida Pereira é psicóloga e especialista em Atenção Cardiovascular pela UFU – Universidade Federal de Uberlândia.

Marineia Crosara de Resende. Professora Adjunto do Instituto de Psicologia; Tutora no Programa em Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Endereço para correspondência:

Prof. Dra. Marineia Crosara de Resende
Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia
Avenida Pará, 1720, Bloco 2C, Campus Umuarama
Uberlândia, MG, Brasil, CEP 38400-902
Telefone: (34)3218-2296
Email: marineia@ipsi.ufu.br