

Implicações psicossociais do envelhecimento: o caso da cirurgia de revascularização do miocárdio em mulheres idosas

*Patrícia Fonseca Caetano da Silva
Célia Pereira Caldas*

RESUMO: o presente trabalho tem como objeto a realização da cirurgia de revascularização do miocárdio em mulheres idosas. O objetivo é compreender seus significados e impactos na vida dessas mulheres e de suas respectivas famílias, com base em uma revisão da literatura científica. Almejou-se contribuir para o conhecimento, visando a promoção de condições para o tratamento de idosas que necessitam realizar a complexa cirurgia de revascularização do miocárdio.

Palavras-chave: mulher idosa; cirurgia cardíaca; família.

ABSTRACT: *The object of the present article is the performance of myocardial revascularization surgery on aged women. The aim is to understand its meanings and impacts on the life of these women and their families, based on a scientific literature review. Our objective was to contribute to the gathering of knowledge, in order to promote conditions for the treatment of aged women who need to undergo the complex myocardial revascularization surgery.*

Keywords: *aged woman; cardiac surgery; family.*

Introdução

Fundamentado em conteúdo teórico-conceitual na área da gerontologia e da psicologia aplicada à cardiologia, objetivando contribuir para o campo das práticas e políticas públicas, o presente trabalho tem

como objeto o processo de realização da cirurgia de revascularização do miocárdio em mulheres idosas, a partir da doença arterial coronariana (DAC). O objetivo é compreender os significados e impactos dessa cirurgia na vida das mulheres idosas e de suas respectivas famílias com base em uma revisão da literatura científica. O foco principal é o suporte social existente durante toda essa vivência. Dessa forma, visa-se a promoção de condições para o tratamento de idosas, contemplando a relação destas com suas famílias, por meio de um relato de experiência fundamentado, sobre o objeto de estudo.

O envelhecimento populacional pode ser visto como um fenômeno social mundial. O que significa dizer que, proporcionalmente, há um crescimento maior da faixa etária idosa em relação às demais (Camarano, 2006). No Brasil, tal fato pode ser observado desde o início da década de 1960, com o aumento do número de pessoas com mais de 60 anos no total da população (Chaimowicz, 1997). Em 2000, 8,6% da população era constituída por idosos. Projetando-se para 2020, é provável que exista um contingente de aproximadamente 30,9 milhões dessa faixa etária (Beltrão, Camarano e Kanso, 2004).

Outra característica que pode ser observada dentro desse quadro é o avanço no número de idosos com mais de 80 anos. Em particular, a prevalência do número de idosas nessa faixa etária, o que vem se caracterizando como a “feminização da velhice”. Segundo o Censo Demográfico de 2000, 60,1 % da população idosa com mais de 80 anos era composta por mulheres. Alguns dos principais motivadores desse fato são os resultados satisfatórios das políticas sociais e econômicas, e do desenvolvimento de tecnologias médicas que resultaram em uma melhoria das condições de vida em geral, especificamente de saúde (Camarano, 2003).

Apesar disso, por mais que existam políticas públicas relevantes, elas ainda não são suficientes, pois o país ainda encontra-se às voltas com os desafios do controle da mortalidade infantil e de doenças transmissíveis, não sendo capaz de aplicar estratégias para a efetiva prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas, suas complicações e limitações (Camarano, 2006). Em um contexto de importantes desi-

gualdades culturais e sociais, idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulam seqüelas de doenças crônico-degenerativas coexistentes, desenvolvem incapacidades, perdem autonomia e qualidade de vida (Chaimowicz, 1997). Quando o pressuposto é o de que a população idosa dependeria das suas capacidades básicas, daquelas adquiridas ao longo da vida, das políticas sociais e das demais redes de apoio formais e/ou informais, como a família; isso sem excluir suas trajetórias de vida diferenciadas (Camarano, 2003).

Nota-se que, com o crescimento da expectativa de vida da população brasileira, é cada vez maior o número de indivíduos a atingir os 70 anos de idade que necessitam de algum tipo de intervenção cardíaca complexa; a prevalência é de que aproximadamente 76% da população idosa com idade superior a 70 anos sofra de doença coronariana obstrutiva severa (Loures et alii, 2000).

A escolha do tema deu-se em função da vivência profissional numa unidade hospitalar cardiointensiva situada no Rio de Janeiro, durante dois anos. Ela possibilitou compreender meandros de sua dinâmica, assim como problematizar algumas questões relevantes no âmbito da saúde coletiva, como o fato de a doença arterial coronariana (DAC) ser a principal causa de óbito nos países desenvolvidos e umas das principais no Brasil (Iglézias et alii, 2001). Percebeu-se não apenas a complexidade envolvida no cuidar integral das pessoas com doenças do coração, mas também que a maior parte dos pacientes internados era idosa (na sua maioria com mais de 70 anos) e necessitava de intervenção cirúrgica. Outro fator constatado foi a presença de um número cada vez mais elevado de mulheres idosas nessas unidades de internação, que, até a década de 1990, eram ocupadas majoritariamente por homens idosos e de meia-idade. Diante de tal fato, poder-se-ia dizer que está ocorrendo uma “feminização”, não apenas da velhice, como também dos distúrbios cardiovasculares.

O processo de envelhecimento traz mudanças significativas no âmbito da saúde. Paralelamente ao aumento dos anos de vida, depara-se com um maior percentual de doenças crônicas não transmissíveis, dentre

as quais pelo menos uma doença ou condição crônica é referida por 69% dos idosos brasileiros, com proporção maior entre as mulheres (75%) do que entre homens (62%), conforme destaca Lima-Costa (2003).

Sendo assim, a natureza dos problemas médico-sociais dos idosos tem características específicas, que acentuam a importância de trabalhá-los cuidadosa e sistematicamente (Kalache, 1987). Como por exemplo, o fato de as doenças que acometem os idosos serem, em sua maioria, doenças crônico-degenerativas que necessitam de tratamentos e cuidados diários e prolongados. Não podendo esquecer do fato de a maioria desses idosos viver sob condições sociais, econômicas e culturais desfavoráveis.

Dentro desse tema surge uma questão relevante para as políticas públicas, que é o fato de o mundo dos muito idosos ser composto, predominantemente, de mulheres (Cartensen e Pasupathi, 1993). Dos 14,5 milhões de idosos contabilizados pelo censo demográfico em 2000, 55% eram mulheres. Estas crescem em prevalência, à medida que a idade aumenta. Esse fato é ilustrado pela mortalidade diferencial por gênero, ou seja, morrem mais homens do que mulheres e eles morrem mais jovens (Camarano, 2006).

Quando se analisa a proporção entre os sexos, observa-se o domínio de mulheres após os 80 anos (190 mulheres para 100 homens). Entre os octogenários, a razão de feminização é de 181/100; entre os nonagenários é de 287/100; e entre os centenários é ainda maior, 386/100 (Lorga et alii, 2002).

De tal modo, o indicador de mulheres idosas viúvas e em situação socioeconômica desvantajosa é elevado, pois eram sustentadas pelo marido e agora sobra apenas a pensão por morte (Camarano, 2006).

Diante disso, observa-se a fragilidade e a solidão que algumas dessas mulheres experienciam. Importante destacar que o processo de envelhecimento engloba muito mais do que as transformações físicas do corpo. Os aspectos biológicos, fisiológicos, emocionais, cognitivos, sociais e culturais também contribuem para a configuração de uma velhice bem-sucedida, normal ou patológica. Desse modo, pensar as implicações psicossociológicas das doenças crônico-degenerativas na velhice de mulheres

idosas requer destacar a multidimensionalidade e multidirecionalidade desses construtos, como também analisar a heterogeneidade desse grupo etário através das suas diferenciadas histórias de vida.

A realização do estudo, situando o tema sobre mulheres idosas justifica-se assim, pelo fato de pouco se discutirem hoje, no Brasil, as implicações sociais da disseminação da noção de que a maior longevidade das mulheres idosas significa mais risco do que vantagem, uma vez que ela é física e socialmente mais frágil do que os homens (Salgado, 2002). Tal disseminação contribui para a construção ou acentuação de estereótipos segundo os quais as mulheres idosas são doentes, incapazes, pouco educadas e economicamente dependentes, configurando-se como um risco social de proporções crescentes (Neri, 2001a).

Metodologia

O conjunto de estudos analisados foi identificado através de pesquisa bibliográfica, cujas principais fontes foram as bases de dados Scielo, Medline e Lilacs. Foram identificados e selecionados trabalhos publicados no período de 1997 a 2006, a partir dos seguintes descritores: envelhecimento; mulher idosa; idoso(s); gênero; cirurgia cardíaca; cirurgia de revascularização do miocárdio; transição demográfica; família e suporte social.

Também foram revisados os seguintes periódicos de envelhecimento, psicologia e cardiologia, disponíveis em bibliotecas especializadas (UnATI/UERJ e UFRJ): *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*; *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*; *Cadernos de Saúde Pública*; *Estudos Avançados*; *Psicologia em Estudo*; *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*; *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*; *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul*, além de sites e livros sobre os referidos assuntos. A pesquisa foi realizada nos idiomas inglês e espanhol.

O idoso e a doença arterial coronariana

As estatísticas demonstram que a maior causa de mortalidade no idoso são as doenças do aparelho circulatório, em particular, a doença arterial coronariana, responsável por mais de 70% dos óbitos nessa faixa etária (Zaslavsky e Gus, 2002). Entretanto, o aumento na expectativa de vida da população, relacionado às melhorias das condições básicas de saúde, bem como a um grande avanço da medicina mundial nos últimos quinze anos, fez com que, cada vez mais, a cardiologia se deparasse com pacientes acima de 70 anos, sem que a idade fosse considerada um impeditivo para a indicação de qualquer tipo de tratamento. Um exemplo disso é a cirurgia de revascularização do miocárdio, que até alguns anos atrás não era indicada para essa parcela da população devido à tolerância do paciente acima de 70 anos às complicações ser inferior à observada em pacientes mais jovens e por existir uma alta morbi-mortalidade; além de esse paciente, em geral, apresentar maior complexidade clínica pelo número de doenças crônicas associadas (Gus et alii, 2005).

Mas é importante destacar que a decisão de submeter o paciente idoso à intervenção cirúrgica depende da relação risco-benefício baseada em fatores dentre os quais estão a classe funcional, a estabilidade emocional e a qualidade geral de vida. Além do mais, freqüentemente, há discrepância entre a idade e o estado geral do paciente, devendo-se utilizar como critério para a escolha do tratamento o estado clínico do indivíduo em vez de sua idade cronológica, evitando retardar o momento da operação, pois sua realização deve ser anterior ao aparecimento de disfunção miocárdica severa (Loures et alii, 2000).

Diante desses fatores, a aceitação da cirurgia torna-se muito difícil, pois pensam que o sofrimento que irão sentir não irá compensar. E tal escolha deve ser respeitada. Não obstante, nos casos em que a família é presente e a pessoa idosa ainda tem vínculos, a aceitação torna-se fácil, pois afirmam já ter vivido muito e não ter mais nada a perder, pois, caso aconteça “o pior” (discurso de muitas pacientes), estarão preparadas (Cardoso, 2004).

A cirurgia de revascularização do miocárdio

A complexidade dessa cirurgia não pode ser comparada a nenhuma outra cirurgia cardíaca e, para muitos pacientes, não pode ser comparada a nenhuma outra intervenção cirúrgica já vivida: “É uma cirurgia, com o perdão da palavra, cavalara” (depoimento de uma paciente, dois dias após a cirurgia). Esse discurso é comum entre as pacientes, porém não só pelo ato cirúrgico em si, mas pela correção do processo patológico. O mais interessante é que a cirurgia é apenas o começo do processo de reconstrução da qualidade de vida de cada indivíduo.

Mulheres e a cirurgia de revascularização do miocárdio

É importante ressaltar a particular preocupação da mulher em relação às alterações estéticas decorrentes das incisões cirúrgicas. O coração, como símbolo de amor, ódio e vida, quando maculado, causa uma ferida narcísica profunda na personalidade feminina. A convivência com uma marca física que declara, literalmente, que se foi invadido naquilo que se tem de mais íntimo, causa profunda angústia (Cardoso, 2004).

As mulheres apresentam uma preocupação compreensível com a imagem corporal, não existindo a mesma reação nos homens. Segundo Oliveira e Luz (2004), há na mulher uma inibição em mostrar o corpo marcado e um problema em aceitar o corte no peito, nas pernas e às vezes nos braços. A preocupação em relação ao cônjuge é normal, e enorme o desejo de saber se ele a aceitará “retalhada” e com a marca no meio do peito, indicando a condição de mártir e simbolizando que passou por grande dor e sofrimento, tendo resistido. Enquanto que os homens expõem suas cicatrizes como um “ato de coragem e heroísmo, quase como as marcas dos antigos guerreiros” (Ongaro, 1994).

Também são observadas diferenças individuais na reação ante tal situação, na medida em que, para cada uma, aquela perda tem um significado peculiar de maior ou menor valoração. Mas, em todas, a

doença cardíaca acompanhada de marcas causa alterações na configuração que a mulher portadora dessa doença tem de si, trazendo implicações no âmbito social (ibid.).

Suporte social e envelhecimento

A capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que ele possa conquistar e manter as redes de apoio e garantir maior qualidade de vida. A satisfação de vida é influenciada pelo modo como as pessoas se sentem sobre seus relacionamentos interpessoais e o apoio social desempenha um papel importante nesse processo. A aquisição do apoio social, por sua vez, depende de competências sociais ou de habilidades sociocognitivas (Carneiro e Falcone, 2004). Ou seja, a história anterior de integração social é importante determinante da quantidade e da qualidade dos relacionamentos sociais mantidos por idosos, é importante avaliar os vínculos estabelecidos por eles ao longo da vida. Entretanto, faz-se necessário definir o que são as redes de suporte social.

As redes de suporte social são conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber. Elas existem ao longo de todo o ciclo vital, atendendo à motivação básica do ser humano à vida gregária. No entanto, sua estrutura e suas funções sofrem alterações, dependendo das necessidades das pessoas (Neri, 2001b). Entre as principais funções das redes de relações e suporte social para os idosos estão: dar e receber apoio emocional, ajuda material, serviços e informações; permitir às pessoas crerem que são cuidadas, amadas e valorizadas; ajudá-las a encontrar sentido nas experiências de desenvolvimento, principalmente quando elas são não-normativas e estressantes (como por exemplo, a cirurgia de revascularização do miocárdio).

Neri (2001a) aponta que as redes de apoio social são muito mais importantes na velhice, principalmente se e quando os idosos têm que se adaptar às perdas físicas e sociais. Tais redes promovem efeitos potencialmente benéficos à saúde e ao bem-estar dos indivíduos.

Desse modo, verifica-se que em todo o mundo a família é a fonte primária de suporte social do idoso. Dados internacionais, que

se repetem no Brasil, mostram que cerca de 90% dos idosos vivem em família. Mesmo quando os filhos vivem geograficamente longe, em geral, preservam-se os laços afetivos com os idosos (ibid.).

A literatura sobre apoio social e rede de relações sociais na velhice propõe que a manutenção de relações sociais com o cônjuge, com os familiares e, principalmente, com amigos da mesma geração, favorece o bem-estar psicológico e social dos idosos; os relacionamentos entre amigos idosos são particularmente benéficos porque são de livre escolha e, assim, mais funcionais ao atendimento das necessidades afetivas dos envolvidos, para as relações sociais e a saúde física e mental (Carneiro e Falcone, 2004).

Dentro das famílias, as mulheres são as principais provedoras de cuidados, são elas que respondem às demandas socioculturais e psicológicas em nossa cultura. Ou seja, elas foram “treinadas” a estabelecer sólidos vínculos sociais. Sendo assim, as relações sociais entre as elas são qualitativamente superiores às dos homens, porque têm mais habilidades interpessoais, são mais calorosas e capazes de estabelecer relações de intimidade. As mulheres de quaisquer idades têm maior número de pessoas na sua rede de relações sociais e seus relacionamentos são mais diretos do que os dos homens (Neri, 2001b). Todas essas características aliadas formam uma espécie de proteção aos malefícios produzidos pelos tradicionais fatores de risco coronarianos.

Entretanto, elas são mais afetadas pelo distresse causado por membros da rede de relações e pelo senso de compromisso do que os homens. Talvez por isso, no final da vida, desejem morar sozinhas e estejam também sozinhas no momento de realizar um procedimento cirúrgico.

Família como suporte social

A família representa, para grande parte das pessoas, uma base de suma importância, tanto no que tange a estruturação de seus vínculos afetivos quanto os referenciais de suporte e segurança (Santos e Sebastiani, 1996).

A pessoa hospitalizada vive uma série de experiências emocionais importantes, como, por exemplo, a ansiedade, o medo, as fantasias mórbidas e experimenta sentimentos difíceis, como a sensação de desamparo e fragilidade, podendo, muitas vezes, desenvolver comportamentos regressivos. Como também sentimentos de culpa por estar causando transtornos e preocupação à família; dificuldades econômicas advindas da internação; além de estar refletindo sobre sua relação familiar já estabelecida (ibid.).

Essa gama de manifestações psicológicas que aflige o paciente reporta-o a condições emocionais primitivas e a necessidade de sentir-se amparado e protegido, sobretudo por aquelas figuras que, historicamente, já ocuparam esse papel e que passam a ser solicitadas por este de diversas formas (ibid.).

A família passa a ter um papel por vezes decisivo no auxílio à adaptação da paciente a esse episódio crítico de sua vida. A visita rotineira é essencial como medida de ser querida ou não, assim como a necessidade e valorização do parecer da família sobre a situação vivida. A hospitalização afasta o idoso do convívio familiar, por isso a presença de um (ou mais) membro da família no hospital é muito importante para ambos os lados. Perceber a participação da família é fundamental para o restabelecimento e a reabilitação do paciente, pois confere a este maior segurança e tranquilidade (Pena e Diogo, 2005).

A relação da paciente com a família surge no contexto da hospitalização como um apoio essencialmente importante, configura-se como elemento de força e positividade que a auxilia a enfrentar o momento de tensão (Lamosa, Bonato e Perez, 1983).

Esse acompanhamento familiar contribui, inclusive, com o trabalho da equipe de saúde, pois a família é uma importante fonte de informações sobre a paciente, seus hábitos e gostos. Incluir uma das pessoas significativas para a paciente no tratamento e na recuperação é importante, pois influencia a adaptação emocional, a aceitação da medicação, a modificação do estilo de vida e a reabilitação integral.

No entanto, almejar que essa família tenha uma estrutura perfeita e capaz de elaborar os problemas que a situação de doença e internação

impuseram ao seu membro é desconsiderar a existência de um processo paralelo de desajuste que se instalou também no núcleo familiar (Santos e Sebastiani, 1996).

A família é um sistema de relações fechado e interdependente; quando uma família se vê privada de um de seus componentes, privação essa imposta pelos limites que a doença provocou, ela se desequilibra, pois perde (temporária ou definitivamente) um dos seus pontos de referência e sustentação. Essa crise que se instala passa a provocar grande mobilização no sistema familiar, e este, assim como a paciente, tentará buscar formas adaptativas para se reorganizar ante a crise e resgatar seu *status quo* anterior. Portanto, a integridade e a identidade do sistema tal qual foi instituído encontram-se ameaçadas, e essa sensação, que pode ser tanto objetiva quanto subjetiva, mobiliza os integrantes dessa família de forma a gerar comportamentos os mais diversos em relação à pessoa que adoeceu, à equipe de saúde, ao tratamento e a eles próprios. O sistema mobiliza-se na intenção de resgatar seu estado anterior; paralisa-se ante o impacto da crise ou identifica benefícios com a crise e mobiliza-se para mantê-la (ibid.).

O apoio psicológico à família ocorre quando, entre paciente e família, existem dificuldades de interação que abalam e interferem no desenrolar da dinâmica familiar, além de inibir a aproximação entre seus membros e as manifestações e trocas de carinho e afeto. Os conflitos já existentes, agravados pela situação hospitalar, podem provocar desagregação e rompimento de laços familiares. O fundamental nessa hora é que o acompanhamento psicológico favoreça a união e a estabilidade da organização familiar, para que o retorno à casa e conseqüente reabilitação cardíaca aconteçam da maneira devida.

Entretanto, em pacientes idosos, percebemos não somente o impacto da doença e da cirurgia, mas a frustração vivida pela percepção do declínio funcional do seu organismo. A crise do envelhecimento assemelha-se à crise do adoecimento, em ambas há a necessidade de elaborar perdas, de adaptar-se a mudanças e de reafirmar o sentido de identidade. Nesse período, as referências que existiam, os amigos, os lugares comuns, o modo de viver vão progressivamente desaparecendo

e o idoso passa a ver-se sozinho, sem o seu ambiente. Diante desses fatores, a aceitação da cirurgia torna-se muito difícil, pois pensam que o sofrimento que irão sentir não compensa. Contudo, em casos nos quais existam vínculos familiares, e o suporte destes, a aceitação da intervenção é facilitada, já que o idoso tem um sentimento de plenitude e aceitação, em relação ao processo vivido.

Conclusão

Até 2025, segundo a OMS, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso, as particularidades e os desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. Entre 1980 e 2000, a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Esse aumento no número de anos de vida é um ganho, mas também um grande desafio. Pois, devido a esse aumento, as demandas sociais e econômicas no país e no mundo também crescem. Tal situação carece ser acompanhada pela melhoria ou manutenção da saúde e da qualidade de vida (Organização Mundial de Saúde, 2005).

Entretanto, o que ainda pode ser verificado na atualidade é que os programas destinados aos idosos se estruturam com base na idéia de perda (perda de papéis sociais, perda de capacidades intelectuais e perda de capacidade funcional), como se esse fosse um movimento natural, e, nesse sentido, não afetaria a subjetividade dos idosos. Por essa razão, pode-se observar a marginalização que uma definição tão negativa da velhice impõe a eles. Visto isso, impõem-se estudos sobre o envelhecimento que focalizem a articulação entre os parâmetros externos (ligados ao contexto sociocultural) e os parâmetros internos (ligados à vivência pessoal), bem como sua contribuição para construir uma relação individual com a velhice.

Estudar biopsicossocialmente o envelhecimento da população e, em particular, as causas, conseqüências e ambivalências da “feminização da velhice”, vem reafirmar a importância de compreender como o idoso, vivendo em determinado contexto, percebe sua saúde/doença, o que ele define como problema e quais estratégias usa para resolvê-lo. Reafirma-se também a importância de contextualizar suas reações ante limitações físicas, perdas afetivas ou mudanças sociais e econômicas que caracterizam o avançar da idade. Finalmente, expressa-se a necessidade de identificar os recursos disponíveis para que os idosos possam enfrentar essas dificuldades.

Trata-se, portanto, de uma ferramenta para a Saúde Pública contemporânea. Almejou-se, com este estudo, contribuir para o aperfeiçoamento das práticas e políticas públicas, visando a promoção de condições para o tratamento de idosos que necessitam realizar a complexa cirurgia de revascularização do miocárdio, contemplando a relação destas com suas famílias.

Vale a pena ressaltar que existe a necessidade de novos trabalhos e pesquisas a serem construídos. A Gerontologia e a Psicologia aplicada à cardiologia são áreas novas. Elas ainda têm muito a contribuir na compreensão das causas da doença coronariana, na percepção de como cada paciente reage a essa doença, principalmente as idosos que agora têm uma sobrevida maior, no aumento da qualidade de vida das pacientes que sofrem física e psicologicamente e no acompanhamento dos familiares que estão também afetados por essa complexa doença.

Referências

BELTRÃO, K.; CAMARANO, A. e KANSO, S. (2004). Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX. Rio de Janeiro, Ipea.

- BRASIL – Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Funasa, Centro Nacional de Epidemiologia e Cenepi. Sistema de Informações sobre Mortalidade SIM. Anuário Estatístico de Saúde do Brasil. 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/anuario2001/mortal/Imortalg03.cfm>, Acesso em: 23 de agosto de 2005.
- CAMARANO, A. (2003). Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estudos Avançados*, v. 17, n. 49, pp. 35-63.
- (2006). Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira. Rio de Janeiro, Ipea.
- CAMARANO, A.; KANSO, S. e MELLO, J. (2004). “Como vive o idoso brasileiro?” In: *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro, Ipea.
- CARDOSO, S. (2004). “Repercussões da cirurgia cardíaca na imagem corporal feminina”. In: *Mulher e coração: aspectos psicológicos ligados à cardiopatia*. 1 ed. São Paulo, Papirus.
- CARNEIRO, R. e FALCONE, E. (2004). Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicologia em Estudo*, v.9, n. 1, pp. 119-126.
- CARTENSEN, L. e PASUPATHI, M. (1993). *Women of a certain age. American women in the nineties: today's critical issues*. Boston, Northeastern, University Press.
- CHAIMOWICZ, F. (1997). A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 2, pp. 184-200.
- GUS, I.; MILANI, R.; BROFMAN, P.; VARELA, A.; SOUZA, J.; GUIMARÃES, M.; PANTAROLLI, R.; BARBOSA, A.; BARBOSA, L.; SANDRI, T.; EMED, L.; CECCON, F. e MAIA, F. (2005). Revascularização do miocárdio sem circulação extracorpórea em pacientes acima de 75 anos. Análise dos resultados imediatos. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 84 (jan.), n.1, pp. 34-37.
- IGLÉZIAS, J.; OLIVEIRA, J.; DALLAN, L.; LOURENÇÃO, A. e STOLF, N. (2001). Preditores de mortalidade hospitalar no paciente idoso portador de doença arterial coronária. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, v. 16, n. 2, pp. 94-104.

- KALACHE, A. (1987). Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 3, n. 3, pp. 217-220.
- LAMOSAS, B.; BONATO, V. e PEREZ, G. (1983). Atendimento pré e pós-cirúrgico a grupos de pacientes cardiopatas. *Revista Brasileira de Cardiologia*, v. 2 (dez.), n. 6, pp. 311-315.
- LIMA-COSTA, M. (2003). "Epidemiologia do envelhecimento no Brasil". In: ROUQUAYROL, M. e ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro, Medsi.
- LORGA, A. et alii (2002). I diretrizes do grupo de estudos em cardiogeriatrics da sociedade brasileira de cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 79 (suplemento I), p. 46.
- LOURES, D.; CARVALHO, R.; MULINARI, L.; SILVA, A.; SCHMIDLIN, C.; BROMMELSTRÖET, M.; VOITOWICZ, V.; DANTAS, M.; CHOMA, R.; SHIBATA, S.; FELICIO, M.; BONATTO, D. e ANTUNES FILHO, N. (2000). Cirurgia cardíaca no idoso. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, v. 15, n. 1, pp. 1-5.
- NERI, A. (2001a). "Envelhecimento e qualidade de vida na mulher". In: GERP São Paulo, Universidade Estadual de Campinas.
- (2001b). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas, SP, Alínea.
- OLIVEIRA, M. e LUZ, P. (2004). "Aspectos emocionais da mulher com doença arterial coronária". In: *Mulher e coração: aspectos psicológicos ligados à cardiopatia*. 1 ed. São Paulo, Papirus.
- ONGARO, S. (1994). "O doente coronariano e seus dinamismos psíquicos". In: *A prática da psicologia nos hospitais*. 1 ed. São Paulo, Pioneira.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde.
- PENA, S. e DIOGO, M. (2005). Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, v. 13 (set.-out.), n. 5, pp. 663-669.
- SALGADO, C. (2002). Mulher idosa: a feminização da velhice. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, v. 4, pp. 7-19.

- SANTOS, C. e SEBASTIANI, R. (1996). "Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica". In: E a psicologia entrou no hospital. 1 ed. São Paulo, Pioneira Thomson Learning.
- ZASLAVSKY, C. e GUS, I. (2002). Doença cardíaca e comorbidades. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 79, pp. 635-639.

Data de recebimento: 20/6/2007; Data de aceite: 6/8/2007.

Patrícia Fonseca Caetano da Silva – Psicóloga, em treinamento profissional no NAI, ambulatório da UnATI, Rio de Janeiro. E-mail: patricia@netpartner.com.br

Célia Pereira Caldas – Enfermeira, vice-diretora da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI), Rio de Janeiro. E-mail: celpcaldas@hotmail.com