

Sintomas depressivos em cuidadores familiares de pacientes com insuficiência cardíaca: revisão integrativa

Depressive symptoms in the family caregivers of patients with heart failure: an integrative review

Síntomas depresivos en cuidadores familiares de pacientes con insuficiencia cardíaca: una revisión integradora

Marianna Sobral Lacerda^a
Patrícia Rezende do Prado^a
Alba Lúcia Bottura Leite de Barros^a
Juliana de Lima Lopes^a

Como citar este artigo:

Lacerda MS, Prado PR, Barros ALBL, Lopes JL. Sintomas depressivos em familiares cuidadores de pacientes com insuficiência cardíaca: uma revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm. 2019;40:e20180057. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180057>.

RESUMO

Objetivos: Identificar a ocorrência de depressão em cuidadores familiares de pacientes com insuficiência cardíaca e a correlação de outras variáveis com a depressão.

Método: A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados Web of Science, Medline, LILACS e PubMed, em março de 2017. Artigos publicados entre 2004 e 2016, escritos em inglês, espanhol ou português, utilizando os descritores saúde, insuficiência cardíaca, depressão, cuidadores e familiares foram incluídos.

Resultados: Foram selecionados 26 trabalhos. 6% a 64% reportaram sintomas depressivos. Os sintomas depressivos foram associados com as características dos pacientes e cuidadores. Em sua maioria, os sintomas depressivos foram maiores entre os cuidadores familiares que a população em geral e se relacionou principalmente com a sobrecarga do cuidado e a qualidade de vida.

Conclusão: Os estudos identificaram sintomas depressivos nos cuidadores de pacientes com insuficiência cardíaca.

Palavras-chave: Insuficiência cardíaca. Depressão. Família. Cuidadores.

ABSTRACT

Objectives: Identify the occurrence of depressive symptoms in family caregivers of patients with heart failure and the correlation of other variables with depressive symptoms.

Design/Method: The literature review was conducted in the Web of Science, Medline, LILACS and PubMed databases in March 2017. Papers published between 2004 and 2016, written in English, Spanish or Portuguese were included. The descriptors used were health, heart failure, depression, caregivers, and family.

Results: 26 papers were selected. 6% to 64% reported depressive symptoms. Depressive symptoms were associated with patients' and caregivers' characteristics. In most cases, depressive symptoms were greater among family caregivers than in the general population and were mainly associated with care burden and quality of life.

Conclusions: The studies report depressive symptoms in caregivers of patients with heart failure.

Keywords: Heart failure. Depression. Family. Caregivers.

RESUMEN

Objetivos: Identificar la ocurrencia de síntomas depresivos en los cuidadores familiares de pacientes con insuficiencia cardíaca y la correlación de otras variables con los síntomas depresivos.

Diseño / Método: La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos Web of Science, Medline, LILACS y PubMed en marzo de 2017. Se incluyeron artículos publicados entre 2004 y 2016, escritos en inglés, español o portugués, utilizando los descriptores de salud, insuficiencia cardíaca, depresión, cuidadores y familia.

Resultados: Se seleccionaron 26 trabajos. De 6% a 64% reportaron síntomas depresivos. Los síntomas depresivos se asociaron a características de pacientes y cuidadores. En la mayoría de los casos, los síntomas depresivos fueron mayores entre los cuidadores familiares que en la población general y se relacionaron principalmente con la carga asistencial y la calidad de vida.

Conclusiones: Los estudios identificaron síntomas depresivos en los cuidadores de pacientes con insuficiencia cardíaca.

Palabras clave: Insuficiencia cardíaca. Depresión. Familia. Cuidadores.

^a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Escola Paulista de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. São Paulo, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo e foram responsáveis por aproximadamente 17,7 milhões de mortes em 2015, o que corresponde a 31% de todas as mortes⁽¹⁾. As doenças cardiovasculares incluem insuficiência cardíaca (IC), a via final da maioria das doenças cardíacas. A IC é um problema de saúde pública e afeta principalmente os idosos. Mais de 650.000 novos casos de IC são diagnosticados todos os anos somente nos Estados Unidos⁽²⁾.

Um paciente com uma doença crônica apresenta muitas mudanças na rotina diária que derivam da própria patologia. Essas mudanças afetam diferentemente as vidas dos cuidadores familiares⁽³⁻⁴⁾ que, em muitos casos, fornecem apoio social aos pacientes ajudando-os a superar, monitorar e administrar a doença e manter o autocuidado⁽⁵⁻⁶⁾. Sabe-se que o apoio social é um dos fatores associados à qualidade de vida dos pacientes, enquanto a qualidade da relação estabelecida entre paciente e cuidador afeta diretamente os cuidadores⁽⁷⁻⁸⁾. Uma análise da relação entre prestação de cuidados e mortalidade revelou que os cuidadores que apoiam os parceiros que relataram estresse apresentaram um risco aproximadamente 63% maior de morrer em quatro anos, quando comparados com os indivíduos que não eram cuidadores⁽⁹⁾.

Devido à importância da relação família/paciente, vários estudos foram realizados no campo da cardiologia; especialmente abordando a IC. A depressão tem sido avaliada em cuidadores familiares de pacientes com IC e, às vezes, uma análise de qualidade de vida, sobrecarga do cuidador, ansiedade e/ou controle percebido também está incluída. Sabe-se que a depressão é um distúrbio comum e está frequentemente associada a comprometimento funcional e comprometimento da saúde física, e também é responsável por um grande número de novas internações hospitalares entre esses pacientes⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Nesse contexto, surgiram as seguintes questões de pesquisa: Os familiares cuidadores de pacientes com IC apresentam sintomas depressivos? Quais são os fatores que influenciam o surgimento de sintomas depressivos entre os cuidadores familiares? Acredita-se que as respostas a essas questões possam subsidiar intervenções voltadas para a saúde e o bem-estar dos cuidadores familiares, e seu envolvimento nos planos de cuidados elaborados por uma equipe multiprofissional. Com base nessas questões, o objetivo deste estudo foi identificar na literatura a ocorrência de sintomas depressivos em familiares cuidadores de pacientes com insuficiência cardíaca e a correlação de outras variáveis com esses sintomas.

■ MÉTODO

Esta revisão integrativa da literatura foi realizada de acordo com os seguintes estágios⁽¹²⁾: identificação do tema e estabelecimento de questões de investigação baseadas na estratégia PECO⁽¹³⁾ (P, população-alvo = cuidadores familiares de pacientes com IC; E, exposição = fatores relacionados aos sintomas depressivos em cuidadores familiares de pacientes com IC; C, comparação = não se aplica; e O, desfechos = sintomas depressivos em familiares cuidadores de pacientes com IC); estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; estabelecimento de informações a serem extraídas dos artigos; avaliação de artigos selecionados; interpretação e apresentação da síntese dos resultados. A questão da pesquisa foi: Os familiares cuidadores de pacientes com insuficiência cardíaca apresentam sintomas depressivos? Quais são os fatores relacionados ao sintoma depressivo entre esses cuidadores familiares?

A busca bibliográfica foi realizada em 2016 nas bases de dados Web of Science, Medline, LILACS e PubMed, utilizando os seguintes descritores em ciências da saúde: Insuficiência Cardíaca, Depressão, Família e Cuidadores. Os critérios de inclusão foram artigos publicados entre 2004 e 2016, escritos em inglês, espanhol ou português, avaliando sintomas depressivos, cujos sujeitos da pesquisa foram cuidadores familiares de pacientes com IC. Os critérios de exclusão foram artigos avaliando sintomas depressivos em cuidadores de crianças com IC, revisões de literatura, metanálises e estudos metodológicos. Dois revisores leram, independentemente, os títulos e os resumos e compararam os resultados para estabelecer quais textos completos seriam lidos. Esses dois avaliadores leram os artigos selecionados e aqueles que preencheram os critérios de inclusão foram incluídos na revisão.

Os artigos foram lidos para determinar quais informações deveriam ser extraídas. Desenvolveu-se uma planilha para armazenar dados referentes aos aspectos metodológicos e temáticos dos estudos, incluindo as seguintes informações: título, ano de publicação, nome dos autores, informações sobre os pacientes com insuficiência cardíaca (idade, raça, sexo, escolaridade e estado civil), informações referentes aos familiares cuidadores (idade, raça, sexo, estado civil e parentesco), questionário utilizado para avaliar sintomas depressivos, pontuação de sintomas depressivos e resultados.

O nível de evidência foi avaliado de acordo com a classificação fornecida pelo Centro Oxford de Medicina Baseada em Evidências (CBME)⁽¹⁴⁾, que é baseada no desenho do estudo. De acordo com esse critério, a evidência é classificada como 1a (revisão sistemática de ensaios clínicos

randomizados), 1b (estudo controlado randomizado individual com intervalo de confiança estreito), 1c (todos morreram antes e alguns sobreviveram após o início do tratamento mas nenhum morreu durante o tratamento), 2a (revisão sistemática de estudos de coorte), 2b (estudo de coorte individual, incluindo estudos randomizados controlados de baixa qualidade), 2c (pesquisa de resultado e estudos ecológicos), 3a (revisão sistemática de estudos de controle de caso), 3b (estudos de controle), 4 (estudos de coorte e controle de caso de séries de casos ou de má qualidade) e 5 (parecer de especialistas). Os estudos foram hierarquicamente organizados e ordenados de acordo com evidências.

A lista de verificação de Downs e Black⁽¹⁵⁾ foi utilizada para medir a qualidade dos estudos. Essa ferramenta inclui ensaios clínicos e estudos observacionais e apresenta 27 itens com cinco subitens: 1) relato (que avalia se as informações fornecidas no artigo são suficientes para permitir que os leitores façam uma avaliação imparcial das descobertas do estudo); 2) validade externa (que aborda até que ponto os achados do estudo podem ser generalizados para a população da qual os sujeitos do estudo foram derivados); 3) viés (que aborda vieses na medição da intervenção e do resultado); 4) confundimento (que aborda o viés na seleção dos sujeitos do estudo); e 5) poder (que avalia se as descobertas negativas de um estudo podem ser devidas ao acaso). A pontuação para ensaios clínicos varia de

0 a 32. Dezessete itens foram avaliados para os métodos observacionais, os itens 4, 8, 12 a 15, 19, 23, 24 e 27 foram excluídos por corresponderem a estudos experimentais. Assim, a pontuação para esse tipo de estudo varia de 0 a 18 pontos. Estudos observacionais (transversais, de coorte e de controle de caso) com uma pontuação mínima de 12 e ensaios clínicos com pontuação acima de 19 foram considerados estudos de boa qualidade⁽¹⁶⁾.

A interpretação e apresentação de uma síntese dos resultados basearam-se na avaliação crítica dos autores e na presença ou ausência de sintomas depressivos nos familiares cuidadores de pacientes com IC.

■ RESULTADOS

Um total de 581 artigos foram identificados: 26 no Medline, 59 na LILACS, 274 na PubMed e 222 na Web of Science. Após a leitura dos resumos e excluindo aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão e/ou aqueles que surgiram mais de uma vez, foram selecionados os textos completos de 297 artigos; todos estes foram escritos em inglês (Figura 1). A maioria dos estudos foi publicada na América do Norte: 14 nos Estados Unidos (54,0%) e dois no Canadá (7,7%), enquanto 10 (38,3%) foram publicados na Europa (cinco na Suécia, três no Reino Unido, um na Holanda e um na Turquia). Nenhum estudo foi encontrado no Brasil abordando sintomas depressivos nessa população.

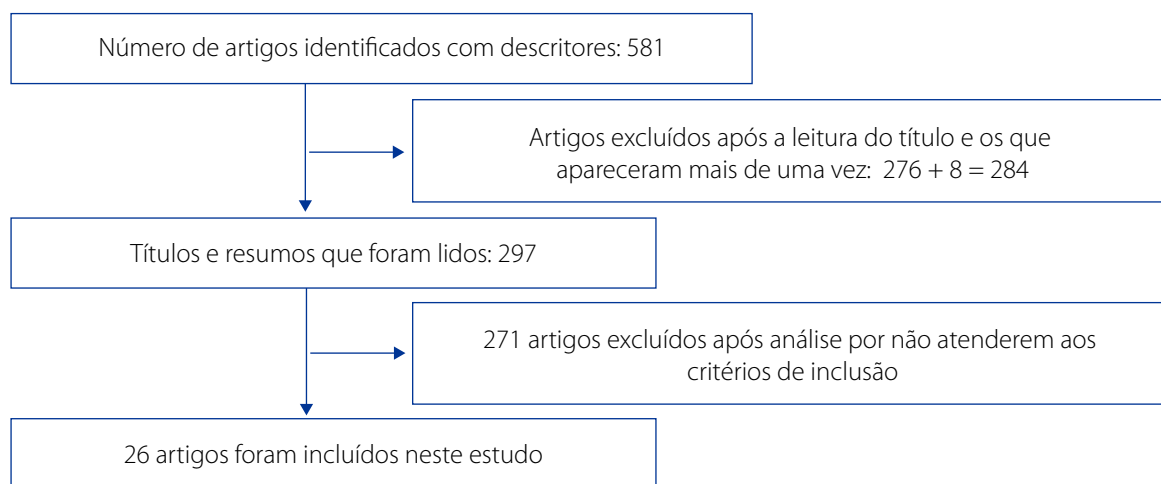


Figura 1 - Descrição geral do processo de revisão integrativa

Fonte: Dados de pesquisa, 2017.

Nenhum artigo foi publicado em 2004, 2007 ou 2016, enquanto o maior número de trabalhos foi publicado em 2013 (n=5), seguido de 2009 e 2015 (n=4 cada), 2005, 2006, 2008, 2010, 2012 e 2014 (n=2 cada) e 2011 (n=1). Note que

50% dos artigos foram publicados em periódicos da área de enfermagem. Os desenhos dos estudos incluíram ensaios clínicos transversais (n=17), coorte (n=2) e ensaios clínicos randomizados (n=7). As intervenções de estudos

randomizados foram direcionadas para familiares cuidadores, pacientes ou ambos. O nível de evidência dos estudos foi 1B, 2B e 2C, confirmando o desenho apropriado. Em relação à qualidade dos estudos, os estudos randomizados

pontuaram entre 19 e 21, estudos de coorte entre 14 e 17 e estudos transversais pontuaram entre 9 e 14. A maioria dos estudos (65,38%) apresentou boa qualidade metodológica (tabela 1).

Tabela 1 - Tipo de estudo, nível de evidência e qualidade dos estudos. 2004-2016

Autor/Ano	Tipo de Estudo / Nível de Evidência	Qualidade de estudo
Pihl et al. (2005) ⁽¹⁷⁾	Estudo transversal / 2C	10
Hooley et al. (2005) ⁽¹⁸⁾	Estudo de coorte / 2B	14
Barnes et al. (2006) ⁽¹⁹⁾	Estudo transversal / 2C	10
Molloy et al. (2006) ⁽²⁰⁾	Estudo randomizado / 1B	21
Saunders (2008) ⁽²¹⁾	Estudo transversal / 2C	9
Saunders (2008) ⁽²²⁾	Estudo transversal / 2C	10
Saunders (2009) ⁽²³⁾	Estudo transversal / 2C	9
Luttik et al. (2009) ⁽²⁴⁾	Estudo transversal / 2C	11
Pressler et al. (2009) ⁽²⁵⁾	Estudo de coorte / 2B	17
Chung et al. (2009) ⁽²⁶⁾	Estudo transversal / 2C	14
Chung et al. (2010) ⁽²⁷⁾	Estudo transversal / 2C	14
Saunders (2010) ⁽²⁸⁾	Estudo transversal / 2C	10
Agren et al. (2011) ⁽⁴⁾	Estudo transversal / 2C	12
Trivedi et al. (2012) ⁽²⁹⁾	Estudo transversal / 2C	12
Agren et al. (2012) ⁽³⁰⁾	Estudo randomizado / 1B	21
Pressler et al. (2013) ⁽³¹⁾	Estudo de coorte / 2B	16
McMillan et al. (2013) ⁽³²⁾	Estudo randomizado / 1B	19
Löfvenmark et al. (2013) ⁽³³⁾	Estudo randomizado / 1B	21
Malik et al. (2013) ⁽³⁴⁾	Estudo transversal / 2C	12
Harkness et al. (2013) ⁽³⁵⁾	Estudo transversal / 2C	12
Lum et al. (2014) ⁽⁸⁾	Estudo transversal / 2C	12
Zincir et al. (2014) ⁽³⁶⁾	Estudo transversal / 2C	11
Agren et al. (2015) ⁽³⁷⁾	Estudo randomizado / 1B	19
Piamjariyakul et al. (2015) ⁽³⁸⁾	Estudo randomizado / 1B	21
Piette et al. (2015) ⁽³⁹⁾	Estudo randomizado / 1B	21
Buck et al. (2015) ⁽⁴⁰⁾	Estudo transversal / 2C	11

Fonte: Dados de pesquisa, 2017

Características dos cuidadores familiares

Os tamanhos das amostras dos estudos variaram de 19 a 393 cuidadores familiares, com idade entre 37,1 e 75 anos, sendo a maioria caucasiana (66% a 93,6%) e feminina (62% a 100%). De 29,3% a 100,0% dos cuidadores eram casados ou estavam em união estável e residiam no mesmo domicílio. Morar na mesma casa foi um dos critérios

de inclusão estabelecidos por alguns estudos^(4,17,30,37). Entre os estudos que avaliaram o uso de medicamentos por cuidadores, 7%⁽²²⁾ a 10%⁽¹⁷⁾ dos cuidadores estavam tomando antidepressivos no momento da avaliação. Em relação à presença de comorbidades, dois estudos incluíram cuidadores com sintomas depressivos, que representavam 4%⁽²²⁾ e 5%⁽³⁸⁾ da população em estudo, embora o uso de antidepressivos não tenha sido relatado.

Os estudos diferiram quanto ao modo como os dados foram apresentados: quando os dados foram apresentados em termos de anos de escolaridade, as médias variaram de 12,9 a 13,5 anos; quando em termos de nível de instrução, de 9,6% a 79% estudou além do ensino médio, enquanto de 20% a 85,9% estudou até o ensino médio. Em relação à ocupação, a população economicamente ativa variou de 12,5% a 68%. Exercício físico e tabagismo foram avaliados por dois estudos apenas^(4,37), enquanto apenas um estudo avaliou o consumo de álcool⁽³⁷⁾.

Instrumento utilizado para avaliar sintomas depressivos

Os instrumentos utilizados para avaliar os sintomas depressivos entre os cuidadores familiares diferiram em termos de questionários utilizados, tempo, local e como as avaliações foram aplicadas. O instrumento mais utilizado foi o Inventário de Depressão de Beck – II (BDI-II)^(4,18,27,30,36-37), seguido pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)^(20,33-35), Escala de Depressão Curta do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D 10)^(21-23,28,38-39), Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)^(24,29), Questionário Sobre a Saúde do Paciente-8 (PHQ-8)^(25,31), Questionário Sobre a Saúde do Paciente-9 (PHQ-9)^(8,40), o Inventário Breve de Sintomas (BSI)⁽²⁶⁾, Perfil de Estados do Humor (POMS)⁽³²⁾, Escala de Autoavaliação de Depressão de Zung (SDS)⁽¹⁷⁾ e a Escala de Depressão Geriátrica (GDS)⁽¹⁹⁾. Dezesete dos 26 estudos realizaram uma única avaliação dos sintomas depressivos, um estudo implementou duas avaliações (na avaliação basal e aos 6 meses), e oito estudos implementaram três avaliações, desde a avaliação basal até 16 meses. Em termos de como as avaliações foram implementadas, 14 estudos usaram questionários autoadministrados, enquanto nove estudos usaram entrevistas, dois empregaram instrumentos autoadministrados e entrevistas, e um estudo não relatou como as avaliações foram implementadas.

Ocorrência de sintomas depressivos e intervenções propostas

De 6% a 64% dos cuidadores avaliados em todos os estudos apresentaram sintomas depressivos. As pontuações variaram de 5,4 a 12,2, em média, quando os sintomas depressivos foram avaliados pelo BDI-II; de 3,4 a 4,8, quando avaliado pelo PHQ-8; de 0,92 a 11,2, quando utilizado o CES-D 10; de 2,8 a 4,6, quando o HADS foi usado; 8,0 a 9,9, quando se utilizou o POMS; e de 4,13 a 4,47, quando foi utilizado o PHQ-9. Os demais questionários que avaliam sintomas

depressivos foram utilizados apenas uma vez ou apresentaram a média das pontuações apenas uma vez: a pontuação obtida quando o BSI foi utilizado foi de 0,77⁽²⁶⁾; 0,50, quando se utiliza o SDS⁽¹⁷⁾; e 13,9, quando o CES-D foi usado⁽²⁹⁾. Os outros estudos não relataram pontuações em seus resultados.

Em relação aos ensaios clínicos randomizados, as intervenções envolveram programas educacionais^(33,38) e o método COPE⁽³²⁾ (criatividade, otimismo, planejamento e informação especializada), que foram direcionados aos familiares cuidadores, programas de exercícios físicos direcionados aos pacientes⁽²⁰⁾ e programas psicossociais e/ou educacionais dirigidos a pacientes e cuidadores^(30,37,39).

As intervenções direcionadas aos pacientes e familiares cuidadores envolveram estratégias focadas em reconhecer e modificar fatores que contribuíram para problemas emocionais e físicos e na implementação de estratégias de autocuidado⁽³⁰⁾ um programa psicoeducacional que envolveu a equipe interdisciplinar que ajudou no processamento de experiências de pacientes e cônjuges⁽³⁷⁾ e orientações voltadas para a comunicação positiva, a saúde relacionada à IC, o autocuidado e a participação dos cuidadores no manejo da doença⁽³⁹⁾. Os programas envolveram a educação através de programas de computador, material didático e aconselhamento com enfermeiros⁽³⁰⁾; diálogo entre participantes e profissionais⁽³⁷⁾; e contato por e-mail e telefone⁽³⁹⁾. Com o tempo, os sintomas depressivos variaram entre 0% e 19% do grupo controle e de 8% a 20% dos cuidadores no grupo de intervenção.

Fatores relacionados aos sintomas depressivos

Os fatores relacionados aos sintomas depressivos foram: estado funcional, controle percebido, qualidade e/ou satisfação com a relação estabelecida entre paciente e cuidador, sobrecarga do cuidador, maior número de comorbidades do cuidador, maior número de medicamentos para o paciente, cuidador e qualidade do paciente, vida, apoio social/falta de apoio familiar, percepção do cuidado, tempo gasto em atividades assistenciais, dificuldades na prestação de cuidados, cuidador e saúde mental do paciente, qualidade do sono, gravidade da doença do paciente, hospitalização e morte do paciente, idade do paciente, sintomas depressivos do paciente, incerteza quanto à doença, estresse do cuidador, pior manutenção do autocuidado do paciente e experiências do cuidador.

A qualidade da relação estabelecida entre paciente e cuidador foi negativamente associada com sintomas depressivos, bem como satisfação ou percepção dos pacientes quanto ao relacionamento, qualidade de vida de ambos cuidadores e pacientes, manutenção do autocuidado

do paciente, estado funcional, controle percebido, experiência de cuidado positivo, apoio social e percepção dos pacientes em relação ao apoio social^(8,17-19,23,26,34,40).

Uma associação positiva com sintomas depressivos foi encontrada quando familiares cuidadores relataram maior dificuldade em prestar cuidados, mais tempo gasto com atividades assistenciais, sobrecarga do cuidador, maior número de comorbidades do cuidador, maior número de medicamentos, pior evolução em 6 meses (mais provável morrer ou ser hospitalizado), idade do paciente, incerteza sobre a doença, sintomas depressivos do paciente, falta de apoio familiar ou estresse do cuidador^(17-18,22,27,29,34-36).

■ DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo possibilitaram identificar a ocorrência de sintomas depressivos entre familiares cuidadores de pacientes com insuficiência cardíaca. Embora a incidência de sintomas depressivos entre os cuidadores seja menor do que entre os pacientes, isso mostra o impacto da doença na vida dos cuidadores familiares. Esse impacto aparece nas mudanças vivenciadas pelos cuidadores em seu cotidiano, qualidade de vida, fatores psicológicos, como aumento dos níveis de ansiedade e sintomas depressivos, além da sobrecarga decorrente do trabalho de cuidar. A experiência do cuidador de impacto negativo também impacta diretamente o paciente afetado pela doença⁽⁸⁾, pois ambos se tornam pacientes e necessitam de apoio social e médico, além de apoio familiar.

Observe que os familiares muitas vezes assumem o papel de cuidador mesmo quando apresentam alguma comorbidade física, vivenciam sofrimento ou sobrecarga emocional e, muitas vezes, negligenciam sua própria saúde em favor da prestação de cuidados ao paciente^(4,27). Como resultado, eles sofrem sobrecarga e tornam-se vulneráveis às várias maneiras pelas quais a prestação de cuidados pode ter um impacto negativo em sua saúde e bem-estar. Nesse contexto de doença dentro da família, o cuidador precisa se adaptar ao seu novo papel, reorganizando a vida para poder acompanhar a nova rotina do paciente. Dada a necessidade de adaptação, os cuidadores podem desenvolver sintomas depressivos, insônia (devido à necessidade de estar em estado contínuo de alerta), estresse (devido às atividades diárias, estado de saúde do paciente e gravidade da doença), desânimo (devido fadiga, sintomas depressivos e condição grave do paciente) e doenças psicossomáticas (dor de cabeça e gastrite)⁽⁴¹⁾. Portanto, vários estudos indicam que o cuidador familiar primário requer cuidados especiais, uma vez que sua saúde física e emocional influencia diretamente o bem-estar dos pacientes

e o cuidado prestado, bem como a qualidade de vida do paciente e do cuidador⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

A presença de sintomas depressivos entre familiares cuidadores de pacientes com IC foi avaliada nos estudos incluídos nesta revisão e em estudos anteriores, nos quais 21%⁽⁴³⁾, 23%⁽⁴⁴⁾ e 45%⁽⁴⁵⁾ dos cuidadores apresentaram esses sintomas, corroborando os resultados encontrados. Mesmo com a alta prevalência de sintomas depressivos entre os cuidadores, apenas dois estudos relataram tratamento medicamentoso^(17,22). No primeiro estudo, 46,8% dos cuidadores apresentavam sintomas depressivos e apenas 10,0% usavam medicação⁽¹⁷⁾ enquanto no segundo estudo, 64,0% dos cuidadores apresentavam sintomas depressivos, mas apenas 7,0% tomavam antidepressivos⁽²²⁾. Sobrecarga e sintomas depressivos são fatores que afetam a saúde e a qualidade de vida dos cuidadores. Assim, maior atenção é requerida pelos cuidadores com sintomas depressivos por parte da equipe de saúde, bem como apoio social para melhorar sua qualidade de vida, o que influencia a qualidade do cuidado prestado aos pacientes⁽⁴⁶⁾.

Os sintomas depressivos estão correlacionados com vários fatores: estado funcional, controle percebido, qualidade e/ou satisfação com a relação estabelecida entre paciente e cuidador, sobrecarga do cuidador, número de comorbidades do cuidador, maior número de medicamentos do paciente, qualidade de vida do cuidador e do paciente apoio social/falta de apoio familiar, percepção do atendimento, tempo gasto com as atividades assistenciais, dificuldade na assistência, saúde mental do cuidador e do paciente, qualidade do sono, gravidade da doença do paciente, hospitalização e morte do paciente, idade do paciente, sintomas depressivos do paciente, incerteza sobre a doença, estresse do cuidador, pior manutenção do autocuidado do paciente e experiências do cuidador. Um bom relacionamento pode beneficiar os cuidadores ou até diminuir a sobrecarga, enquanto um mau relacionamento não beneficia os cuidadores ou pode até deixar os cuidadores mais suscetíveis à sobrecarga⁽⁸⁾. Cuidar de um paciente com insuficiência cardíaca inclui várias atividades, como ajudar o paciente a manter atividades de autocuidado, monitorar e gerenciar a doença, além de atividades decorrentes de insuficiência cardíaca descompensada e reinternações hospitalares. Todas essas atividades sobrecarregam os cuidadores, que abandonam sua vida social e profissional em favor de cuidar do paciente. O isolamento social, a falta de socialização com outras pessoas e a falta de atividades não ligadas ao cuidado favorecem o surgimento de sintomas depressivos entre os cuidadores.

Os cuidadores assumem uma imensa responsabilidade nos cuidados da saúde dos pacientes, incluindo atividades

como monitoramento de sintomas, suporte emocional, administração de medicamentos, alimentação e exercícios, tarefas que podem desencadear a percepção de maior estresse no atendimento, pior controle percebido, além de pior condição funcional e maior tempo gasto com atividades de cuidado⁽²⁷⁾, que também favorecem o surgimento de sintomas depressivos.

O número de medicamentos utilizados pelos pacientes, aliado ao maior número de comorbidades apresentadas pelos pacientes e cuidadores e a falta de apoio por parte de outros familiares, são fatores que levam ao aumento da sobrecarga do cuidador e tornam os cuidadores mais vulneráveis aos sintomas depressivos^(4,18,21,23).

Pacientes com algum grau de insuficiência cardíaca descompensada (classe funcional III e IV) podem se tornar ainda mais dependentes, o que piora sua própria qualidade de vida⁽²⁶⁾ e de seus cuidadores, potencialmente levando a sintomas depressivos mais frequentes ou intensos^(17,19,25-26). O grau de dependência também pode estar relacionado à idade do paciente, o que pode aumentar os sintomas depressivos em cuidadores e pacientes⁽¹⁷⁾.

A maioria dos participantes era composta por cuidadores familiares (cônjuges e filhos) que moram com o paciente, o que pode aumentar a responsabilidade e as preocupações decorrentes de laços afetivos. Tal zelo pode aumentar o estresse do cuidador, com o consequente aumento dos sintomas depressivos⁽¹⁹⁾.

Pacientes cujos cuidadores relataram maior sobrecarga e mais sintomas depressivos tinham mais chances de morrer ou ficar hospitalizados nos 6 meses seguintes, mostrando que há uma relação próxima entre pacientes e cuidadores⁽¹⁸⁾. A relação entre a carga do cuidador e os sintomas depressivos do cuidador ainda não está clara, ou seja, se um cuidador deprimido se sente mais sobrecarregado ou sente que está sobrecarregado leva o cuidador a se sentir mais deprimido, é desconhecida⁽¹⁸⁾.

Cuidadores com mais sintomas depressivos tendem a apresentar pior qualidade de vida⁽²⁶⁾ do que os indivíduos que não apresentam tais sintomas, visto que os sintomas depressivos interferem diretamente nos aspectos físicos e emocionais da vida, os quais, por sua vez, são diretamente influenciados pelas atividades assistenciais exigidas pelos pacientes. Pacientes com baixo suporte social são mais propensos a depender de suas famílias, aumentando a carga e diminuindo o bem-estar dos cuidadores⁽²⁹⁾.

Portanto, o enfermeiro deve identificar os fatores que impactam os sintomas depressivos dos familiares cuidadores de pacientes com IC, a fim de melhorar a qualidade de vida dessa população e dos pacientes. Um estudo de intervenção que incluiu maior atenção às necessidades dos

cuidadores de pacientes com IC relata uma diminuição significativa no número de reinternações hospitalares, tempo de internação e mortalidade do paciente⁽⁴⁷⁾.

Os cuidadores de pacientes com IC relatam maior sobrecarga, sintomas depressivos e percepção de estresse, bem como piora da qualidade de vida^(44,48-49). Resultados semelhantes foram encontrados neste estudo, enquanto pacientes que apresentaram altos níveis de apoio por parte dos parceiros relataram maior autocuidado do que pacientes com suporte social ruim a moderado⁽⁵⁰⁾.

Reconhecer os sintomas depressivos em cuidadores é extremamente importante para prevenir os possíveis efeitos negativos de cuidadores e pacientes. O apoio que os profissionais de saúde fornecem pode levar a mudanças menos drásticas, resultantes da doença dos pacientes, e que ocorrem na vida dos cuidadores. Intervenções direcionadas aos cuidadores familiares, visando minimizar o impacto dos sintomas depressivos, ou até mesmo melhorar os sintomas, são necessárias para alcançar os melhores resultados no tratamento dos pacientes e evitar que os cuidadores familiares fiquem doentes.

A literatura apresenta muita informação relacionada às complicações decorrentes dos sintomas depressivos. Com base nesses conhecimentos, seu diagnóstico e tratamento precoces são essenciais, principalmente quando associados a outras comorbidades.

Este estudo permitiu identificar a prevalência e os fatores relacionados que contribuem para a presença de sintomas depressivos nos familiares cuidadores de pacientes com insuficiência cardíaca e apoiaram a dissertação "Ansiedade, estresse e depressão de familiares de pacientes com insuficiência cardíaca em tratamento ambulatorial"⁽⁵¹⁾.

■ CONCLUSÃO

Os estudos aqui avaliados identificaram sintomas depressivos em cuidadores de pacientes com insuficiência cardíaca. Na maioria dos estudos, essa prevalência foi maior do que na população saudável, mostrando o impacto da doença na vida dos cuidadores. Sintomas depressivos foram associados a diferentes variáveis e a maioria dos estudos identificou uma relação negativa com a qualidade de vida e relações positivas com a sobrecarga do cuidador, o que influenciou na qualidade do atendimento prestado.

A avaliação dos cuidadores familiares, que foi o foco dos estudos, é de grande relevância, pois as mudanças que ocorrem na vida dos pacientes afetam diretamente os hábitos e rotinas dos cuidadores familiares, obrigando-os a se adaptarem à vida considerando as necessidades dos pacientes. O impacto da doença na vida familiar incluiu, além

dos sintomas depressivos, aspectos como fatores sociais, qualidade de vida e ansiedade.

As mudanças que os cuidadores familiares vivenciam afetam diretamente os pacientes e podem representar um impacto negativo, como o aumento do número de internações hospitalares. Apesar das mudanças impostas na vida dos pacientes, eles encontraram nos cuidadores familiares o apoio necessário para manter seu tratamento de forma adequada. Portanto, a saúde física e mental dos cuidadores familiares é extremamente importante para melhorar as condições dos pacientes com IC e prevenir potenciais complicações para os próprios cuidadores.

Uma limitação identificada neste estudo está relacionada ao pequeno número de artigos encontrados na literatura.

■ REFERENCIAS

- World Health Organization (CH) [Internet]. Geneva: WHO; c2018 [cited 2017 Feb 27]. Cardiovascular disease (CVDs); [about 2 screens]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.
- Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013;128(16):e240-319. doi: <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31829e8776>.
- Aldred H, Gott M, Gariballa S. Advanced heart failure: impact on older patients and informal carers. *J Adv Nurs*. 2005;49(2):116-24. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03271.x>.
- Agren S, Evangelista L, Davidson T, Strömberg A. The influence of chronic heart failure in patient-partner dyads: a comparative study addressing issues of health-related quality of life. *J Cardiovasc Nurs*. 2011;26(1):65-73. doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181ec0281>.
- Buck HG, Harkness K, Wion R, Carroll SL, Cosman T, Kaasalainen S, et al. Caregivers' contributions to heart failure self-care: a systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2015;14(1):79-89. doi: <https://doi.org/10.1177/1474515113518434>.
- Wood D, De Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Pyörälä K. Prevention of coronary heart disease in clinical practice: recommendations of the Second Joint Task Force of European and other societies on coronary prevention. *Eur Heart J*. 1998;19(10):1434-503. doi: <https://doi.org/10.1053/euhj.1998.1243>.
- Årestedt K, Saveman BI, Johansson P, Blomqvist K. Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2013;12(1):69-77. doi: <https://doi.org/10.1177/1474515111432997>.
- Lum HD, Lo D, Hooker S, Bekelman DB. Caregiving in heart failure: relationship quality is associated with caregiver benefit finding and caregiver burden. *Heart Lung*. 2014;43(4):306-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hrtng.2014.05.002>.
- Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the caregiver health effects study. *JAMA*. 1999;282(23):2215-9. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>.
- Fleck MP, Berlin MT, Lafer B, Sougey EB, Del Porto JA, Brasil MA, et al. Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (full version). *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(1):57-17. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462009000500003>.
- Cardoso G, Trancas B, Luengo A, Reis D. [Heart failure and depression: an association with clinical relevance]. *Rev Port Cardiol*. 2008 [cited 2017 Feb 27];27(1):91-109. Portuguese. Available from: https://www.researchgate.net/publication/5405501_Heart_failure_and_depression_An_association_with_clinical_importance. Erratum in: *Rev Port Cardiol*. 2008;27(4):483.
- Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987;10(1):1-11. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.4770100103>.
- Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemáticas e metanálise de estudos observacionais comparativos sobre fatores de risco e prognósticos. 2014 [cited 2016 Dec 14]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ct/PDF/diretrizes_metodologias_estudos_observacionais.pdf.
- Centre for Evidence-Based Medicine (UK) [Internet]. Oxford: CEBM; c2009-2018 [cited 2017 Jan 20]. Oxford Centre for Evidence-based Medicine: levels of evidence (March 2009); [about 3 screens] Available from: <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>.
- Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52(6):377-84. doi: <https://doi.org/10.1136/jech.52.6.377>.
- Thiago DL, Santos JFC, Mason VC, Abella L, Lovisi GM. Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Coletiva*. 2011 [cited 2018 Mar 12];19(2):129-38. Available from: http://www.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_129-138.pdf.
- Phil E, Jacobsson A, Fridlund B, Strömberg A, Mårtensson J. Depression and health-related quality of life in elderly patients suffering from heart failure and their spouses: a comparative study. *Eur J Heart Fail*. 2005;7(4):583-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2004.07.016>.
- Hoolley PJD, Butler G, Howlett JG. The relationship of quality of life, depression, and caregiver burden in outpatients with congestive heart failure. *Congest Heart Fail*. 2005;11(6):303-10. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1527-5299.2005.03620.x>.
- Barnes S, Gott M, Payne S, Parker C, Seamark D, Gariballa S, et al. Characteristics and views of family carers of older people with heart failure. *Int J Palliat Nurs*. 2006;12(8):380-9. doi: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2006.12.8.380>.
- Molloy GJ, Johnston DW, Gao C, Witham MD, Gray JM, Argo IS, et al. Effects of an exercise intervention for older heart failure patients on caregiver burden and emotional distress. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2006;13(3):381-7. doi: <https://doi.org/10.1097/00149831-200606000-00014>.
- Saunders MM. Family Caregiver support and hospitalization of patients with heart failure. *Home Healthc Nurse*. 2008;26(4):624-2. doi: <https://doi.org/10.1097/01.NHH.0000341226.40640.ad>.
- Saunders MM. Factors associated with caregiver burden in heart failure family caregivers. *West J Nurs Res*. 2008;30(8):943-59. doi: <https://doi.org/10.1177/0193945908319990>.
- Saunders MM. Indicators of health-related quality of life in heart failure family caregivers. *J Community Health Nurs*. 2009;26(4):173-82. doi: <https://doi.org/10.1080/07370010903259196>.
- Luttik ML, Lesman-Leegte I, Jaarsma T. Quality of life and depressive symptoms in heart failure patients and their partners: the impact of role and gender. *J Card Fail*. 2009;15(7):580-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2009.02.004>.
- Pressler SJ, Gradus-Pizlo I, Chubinski SD, Smith G, Wheeler S, Wu J, et al. Family caregiver outcomes in heart failure. *Am J Crit Care*. 2009;18(2):149-59. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2009300>.

26. Chung ML, Moser DK, Lennie TA, Rayens MK. The effects of depressive symptoms and anxiety on quality of life in patients with heart failure and their spouses: testing dyadic dynamics using Actor-Partner Interdependence Model. *J Psychosom Res.* 2009;67(1):29-35. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.01.009>.
27. Chung ML, Pressler SJ, Dunbar SB, Lennie TA, Moser DK. Predictors of depressive symptoms in caregivers of patients with heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2010;25(5):411-9. doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181d2a58d>.
28. Saunders MM. Working and caregiving: a comparison of employed and unemployed caregivers of older heart failure patients. *Holist Nurs Pr.* 2010;24(1):16-22. <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e3181c8e469>.
29. Trivedi RB, Piette J, Fihn SD, Edelman D. Examining the interrelatedness of patient and spousal stress in heart failure: conceptual model and pilot data. *J Cardiovasc Nurs.* 2012;27(1):24-32. doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182129ce7>.
30. Ågren S, Evangelista LS, Hjelm C, Strömberg A. Dyads affected by chronic heart failure: a randomized study evaluating effects of education and psychosocial support to patients with heart failure and their partners. *J Card Fail.* 2012;18(5):359-66. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2012.01.014>.
31. Pressler SJ, Gradus-Pizlo I, Chubinski SD, Smith G, Wheeler S, Sloan R, et al. Family caregivers of patients with heart failure: a longitudinal study. *J Cardiovasc Nurs.* 2013;28(5):417-8. doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182563877>.
32. McMillan SC, Small BJ, Haley WE, Zambroski C, Buck HG. The COPE intervention for caregivers of patients with heart failure: an adapted intervention. *J Hosp Palliat Nurs.* 2013;15(4):1-17. doi: <https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e31827777fb>.
33. Löfvenmark C, Saboonchi F, Edner M, Billing E, Mattiasson AC. Evaluation of an educational programme for family members of patients living with heart failure: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs.* 2013;22(1-2):115-26. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04201.x>.
34. Malik FA, Gysels M, Higginson IJ. Living with breathlessness: a survey of caregivers of breathless patients with lung cancer or heart failure. *Palliat Med.* 2013;27(7):647-56. Doi: <https://doi.org/10.1177/0269216313488812>.
35. Harkness K, Arthur H, Health H, McMaster S. The measurement of uncertainty in caregivers of patients with heart failure. *J Nurs Meas.* 2013;21(1):21-42. doi: <https://doi.org/10.1891/1061-3749.21.1.23>.
36. Boskurt Zircir S, Sunbul M, Zircir S, Aydin Sunbul E, Oguz M, Feriha Cengiz F, et al. Burden and depressive symptoms associated with adult-child caregiving for individuals with heart failure. *Scientific World Journal.* 2014;2014:641817. doi: <https://doi.org/10.1155/2014/641817>.
37. Ågren S, Berg S, Svedjeholm R, Strömberg A. Psychoeducational support to post cardiac surgery heart failure patients and their partners -a randomised pilot study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2015;31(1):10-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.04.005>.
38. Piamjariyakul U, Werkowitch M, Wick J, Russell C, Vacek JL, Smith CE. Caregiver coaching program effect: reducing heart failure patient rehospitalizations and improving caregiver outcomes among African Americans. *Heart Lung.* 2015;44(6):466-73. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.07.007>.
39. Piette JD, Striplin D, Marinec N, Chen J, Aikens JE. A randomized trial of mobile health support for heart failure patients and their informal caregivers. Impacts on caregiver-reported outcome. *Med Care.* 2015;53(8):692-9. doi: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000378>.
40. Buck HG, Mogle J, Riegel B, McMillan S, Bakitas M. Exploring the relationship of patient and informal caregiver characteristics with heart failure self-care using the actor-partner interdependence model: implications for outpatient palliative care. *J Palliat Med.* 2015;18(12):1026-32. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0086>.
41. Volpato FS, Santos GRS. [Oncology patients: a glance about the difficulties lived by the caretaking relatives]. *Imaginário.* 2007[cited 2018 Mar 15];13(14):511-44. Portuguese. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-666X2007000100024&lng=pt&nrm=iso.
42. Florian CA. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. *Rev Bras Cancerol.* 2004 [cited 2018 Mar 10];50(4):341-5. Available from: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_50/v04/pdf/secao5.pdf.
43. Schwarz KA, Elman CS. Identification of factors predictive of hospital readmissions for patients with heart failure. *Heart Lung.* 2003;32(2):88-99. doi: <https://doi.org/10.1067/mhl.2003.15>.
44. Mårtensson J, Dracup K, Canary C, Fridlund B. Living with heart failure: depression and quality of life in patients and spouses. *J Heart Lung Transplant.* 2003;22(4):460-7. doi: [https://doi.org/10.1016/S1053-2498\(02\)00818-5](https://doi.org/10.1016/S1053-2498(02)00818-5).
45. Scott LD. Caregiving and care receiving among a technologically dependent heart failure population. *ANS Adv Nurs Sci.* 2000 [cited 2018 Feb 10];23(2):82-97. Available from: https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2000/12000/Caregiving_and_Care_Receiving_among_a.8.aspx.
46. Bianchin MA, Danza e Silva, R, Fuzetto LA, Salvagno V. [Burden and depression in caregivers of cancer patients receiving ongoing chemotherapy treatment]. *Arq Ciênc Saúde.* 2015 [cited 2018 Mar 10];22(3):96-100. Portuguese. Available from: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/245/99>.
47. Stewart S, Vandenbroek AJ, Pearson S, Horowitz JD. Prolonged beneficial effects of a home-based intervention on unplanned readmissions and mortality among patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med.* 1999 [cited 2018 Feb 15];159(3):257-61. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/414771#26743729>.
48. Evangelista LS, Dracup K, Doering L, Westlake C, Fonarow GC, Hamilton M. Emotional well-being of heart failure patients and their caregivers. *J Card Fail.* 2002;8(5):300-5. doi: <https://doi.org/10.1054/jcaf.2002.128005>.
49. Dracup K, Evangelista LS, Doering L, Tullman D, Moser DK, Hamilton M. Emotional well-being in spouse of patients with advanced heart failure. *Heart Lung.* 2004;33(6):354-61. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2004.06.003>.
50. Gallagher R, Luttik ML, Jaarsma T. Social support and self-care in heart failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2011;26(6):439-45. doi: <https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31820984e1>.
51. Lacerda MS. Ansiedade, estresse e depressão de familiares de pacientes com insuficiência cardíaca em tratamento ambulatorial [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 2015.

■ Autor correspondente:

Marianna Sobral Lacerda

E-mail: sobralmarianna@gmail.com

Recebido: 05.04.2018

Aprovado: 16.11.2018