

# CONHECENDO MELHOR OS CUIDADORES DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

## Knowing better caregivers of patients with heart failure

Eugenio Paes Campos<sup>1</sup>, Wolney de Andrade Martins<sup>2</sup>, Regina Celia Winter Cevolo de Carvalho<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Docente do Curso de Graduação em Medicina do Unifeso – Teresópolis – RJ – BR, <sup>2</sup>Docente da Universidade Federal Fluminense, <sup>3</sup>Psicóloga do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano

### Resumo

A partir da teoria do suporte social, consideramos os cuidadores de pacientes com insuficiência cardíaca (IC) um elo importante e promissor na estratégia de tratamento da doença. Esta pesquisa objetivou conhecer melhor o cuidador do paciente com IC e identificar possíveis fatores que contribuam para o sucesso ou falência de sua ação como suporte/apoio para os pacientes.

**Palavras-chave:** Cuidadores; insuficiência cardíaca; suporte social

### Abstract

Based on social support theory, we consider that caregivers of heart failure patients (IC) are a special link in this disease treatment. This survey intends to increase the knowledge about those patient caregivers, and identify the factors that possibly contribute to success or to failure of their behavior as support for patients.

**Keywords:** Caregivers; Heart failure; social support

### INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica de alta prevalência e incidência, com elevada taxa de mortalidade e morbidade em praticamente todo o mundo (BOCHI, 2005; HAUPTMAN, 2008). No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) representaram, no ano de 2007, a terceira causa de internações no SUS. A IC foi a causa mais frequente de internação cardiovascular e respondeu por 6% dos óbitos registrados pelo SUS (BOCCHI, 2012).

O tratamento da IC é complexo e exige conhecimentos multidisciplinares. Medidas farmacológicas e não-farmacológicas precisam estar associadas com vistas a sua maior eficácia. As medidas farmacológicas por si não são suficientes se o paciente não adere ao tratamento ou se desconhece os cuidados que a síndrome demanda. Vários estudos mostram que a baixa adesão dos pacientes ao tratamento e o desconhecimento acerca da doença, assim como dos cuidados que ela demanda, estão associados habitualmente a fatores de ordem psicológica e social, sobretudo à falta de suportes

sociais (EVANGELISTA, 2008; ABREU-RODRIGUES, 2008; JAARSMA, 1999; ENG 2002; UCHINO, 1996; COBB, 1976).

O suporte social é concebido como "conforto, assistência e informação que o indivíduo recebe através de conexões formais e informais, individuais ou em grupos" (REZENDE, 2007). Como suportes sociais funcionam a família, os amigos, os grupos religiosos e também os profissionais da saúde. O suporte social é intimamente ligado ao conceito de cuidado e este pode ser visto como fator essencial à constituição e desenvolvimento do indivíduo (WINNICOTT, 1982). A família é, habitualmente, o núcleo onde se oferecem os primeiros cuidados ao indivíduo e permanecem durante toda a vida (WINNICOTT, 1982; WINNICOTT, 1997; CAMPOS, 2005; ALMEIDA, 2009). Os pacientes com IC demandam cuidados constantes e diretos em função das suas limitações físicas e sociais. Geralmente, tais cuidados são providos por um familiar – esposa ou filha – e funcionam como suportes sociais, embora essa atividade seja também motivo de sobrecarga para o

cuidador (MOLLOY, 2005, MARTIRE, 2007; MARQUES, 2011; HWANG, 2010; LUTTIK, 2005).

Estudos têm demonstrado efeitos benéficos dos cuidadores na evolução e qualidade de vida dos pacientes com IC (REZENDE, 2007; MOLLOY, 2005, MARTIRE, 2007; MARQUES, 2011; LUTTIK, 2005). Tal apoio se consubstancia seja no acompanhamento a consultas e exames diagnósticos, seja na sustentação da dieta alimentar, na orientação à tomada dos medicamentos e no estímulo à elevação da autoestima e ao combate à depressão.

Em síntese, o ato de diagnosticar IC e prescrever medidas terapêuticas não é suficiente para se obter resultados consistentes na melhoria da qualidade de vida desses pacientes e na redução das intercorrências – hospitalizações e atendimentos de urgência. É fundamental que se utilizem estratégias de natureza psicossocial que aumentem a adesão ao tratamento e isso passa necessariamente por suportes sociais instrumentais e afetivos.

Oferecer espaços de suporte social através de grupos, atrair os cuidadores para que, também eles, recebam suporte e estender o contato da equipe à residência do binômio paciente-cuidador mostram-se promissores em relação ao tratamento e melhor evolução da IC.

Os estudos têm recomendado que os profissionais e a política de saúde desenvolvam estratégias de orientação e apoio aos cuidadores para que possam, de forma mais efetiva, ajudar os pacientes com IC em relação ao seu tratamento (SIMONETTI, 2008; SANTOS, 2011).

As “clínicas de insuficiência cardíaca” consistem em abordagem multiprofissional, integral, sistematizada, com protocolos baseados em diretrizes, com atendimento individual e/ou grupal aos pacientes com IC. Objetivam aumentar a adesão à terapêutica, melhorar a qualidade de vida e a duração da vida. São reconhecidas e recomendadas como estratégia eficaz para tal fim pelas principais diretrizes sobre IC (BOCHI, 2005; HAUPTMAN, 2008; BOCCHI, 2012). Esta pesquisa objetivou conhecer melhor o cuidador, identificar possíveis fatores que contribuam para o sucesso ou falência da ação desses cuidadores como suporte/apoio para os pacientes com IC e assim traçar estratégias de intervenção junto a eles,

bem como propiciar dados para o planejamento de políticas públicas para a abordagem dos cuidadores no tratamento de pacientes com IC.

## METODOLOGIA

Foram realizadas entrevistas individuais, semiestruturadas, com cuidadores de pacientes da Clínica de Insuficiência Cardíaca (CLIC) do Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano (HCTCO), vinculado ao Centro Universitário Serra dos Órgãos - Unifeso, em Teresópolis, região serrana do RJ. O HCTCO é hospital de ensino e constitui referência para o atendimento público nos níveis secundário e terciário dos pacientes com IC no referido município. A CLIC é uma unidade do hospital com objetivos de ensino, pesquisa e assistência. Foi implementada com fomento da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ). Atende exclusivamente pacientes ambulatoriais da rede pública, referenciados após alta hospitalar.

Todos os pacientes, ao serem admitidos, são instados a informar se têm algum cuidador e, em caso positivo, a convidar o cuidador a vir à clínica para uma entrevista com o setor de psicologia. A entrevista tem como objetivo oferecer ao cuidador a possibilidade de participar de reuniões de grupo mensais com pacientes e outros cuidadores para troca de experiência e esclarecimentos acerca da síndrome de IC e os modos de lidar com ela.

Para realização da pesquisa, convidamos os cuidadores que compareciam à CLIC a participarem da mesma, agendando entrevista, de preferência coincidente com o horário das reuniões de grupo.

Aceitaram participar da pesquisa 18 familiares cuidadores de pacientes com IC. As entrevistas foram realizadas no período de outubro de 2013 a março de 2014. À época, estavam inscritos nos grupos 62 pacientes e 27 cuidadores. Todos os participantes firmaram Termo de Consentimento Esclarecido conforme aprovado pela CEP do Unifeso número 452313.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Utilizou-se um roteiro orientador das entrevistas, definindo-se, como categorias a serem investigadas: perfil do cuidador; por que cuida; como cuida; repercussões

no cuidador; repercussões no paciente; apoios recebidos da família; apoios recebidos da CLIC.

Os dados foram analisados a partir das categorias definidas, buscando-se descrever o perfil do cuidador e identificar, no seu relato, percepções, sentimentos e atitudes que contribuam para o sucesso da ação dos cuidadores junto aos seus familiares portadores de IC.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### DADOS SOCIAIS

Dos 18 cuidadores entrevistados, 14 eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. As idades variaram de 20 a 78 anos, com média de 50,8 anos. Quanto ao estado civil, 14 eram casados, três solteiros e um divorciado. Em relação ao parentesco, nove eram cônjuges, dois eram filhos(as), duas noras e uma enteada. Doze cuidadores residiam com o paciente; um residia numa casa ao lado da casa do paciente; e cinco não residiam com o paciente. Dez cuidadores não trabalhavam e oito trabalhavam nas seguintes ocupações: um auxiliar administrativo; uma inspetora de escola; uma faxineira; uma manicure e costureira; dois lavradores; um mestre de obras; e uma técnica de enfermagem. Seis cuidadores não tinham renda própria, três recebiam menos de um salário mínimo, quatro recebiam um salário mínimo, três recebiam entre um e cinco salários mínimos e dois informaram ter renda variável.

Tabela 1 - Dados sociais dos cuidadores dos pacientes com insuficiência cardíaca

Dados sociais	Sim	Não
Você teve que deixar seu trabalho para cuidar?	05	13
Os cuidados que você realiza se fazem em tempo integral?	08	10
Você reside com o paciente?	12	05
Você trabalha fora?	08	10
Sua família ajuda no cuidado?	11	07
Você recebe alguma remuneração para cuidar?	02	16

Os dados encontrados referentes ao perfil do cuidador estão, na sua maioria, de acordo

com aqueles descritos em outros estudos (MACHADO, 2007; VILELA, 2006), como a predominância de mulheres cuidadoras, esposas ou filhas dos pacientes.

### Por que cuida do paciente?

Prevaleceu, na amostra estudada, o desejo do cuidador de ajudar o parente limitado pela doença, seja marido ou esposa, seja pai ou mãe, como consequência natural dos laços afetivos vivenciados até então. Alguns dos cuidadores realçaram a questão da reciprocidade, ou seja, dos cuidados que já haviam recebido daquela pessoa.

*"Porque eu quero vê-lo bem; somos casados há 40 anos."*

*"Porque sou eu que estou mais perto dela e porque ela também cuidou de mim; foi iniciativa minha."*

Em outros cuidadores, sobressaiu o próprio desejo de cuidar.

*"Porque quero e porque gosto."*

*"Porque ele depende de mim. Ele é carente e eu cuido com prazer."*

Vários estudos destacam o ato de cuidar como constitutivo da personalidade do indivíduo e necessário ao seu desenvolvimento (WINNICOTT, 1982; WINNICOTT, 1997; WINNICOTT, 1999; MELLO, 1996). O desejo de cuidar e a reciprocidade são descritos como inerentes à dinâmica do "cuidar-ser-cuidado" (WINNICOTT, 1982; CAMPOS, 2005; CAMPAN, 1976; SARASON, 1990).

Verificou-se, por outro lado, que alguns cuidadores foram identificados ou indicados a partir de outras circunstâncias, tornando-se quase uma imposição. Assim nos pareceu acontecer em algumas situações relatadas.

*"Sou a única solteira e aquela que é mais obediente e paciente."*

*"Por escolha da mãe e pela proximidade da moradia."*

*"Por obrigação, porque é marido. Às vezes ele aborrece a gente, mas o que vai fazer, depois passa. Já estamos casados há muitos anos. Foi minha escolha cuidar dele quando ele ficou doente. No início era muito ruim. Tinha que ficar andando atrás de médico."*

## Como cuida?

No presente estudo, nem todos os cuidadores moravam com o paciente, tampouco todos deixavam o trabalho e se dedicavam integralmente ao cuidado. Observe-se que embora doze cuidadores residissem com o paciente, somente oito estavam ocupados em tempo integral com o cuidado. Ver tabela 1.

Aventou-se a hipótese de ser a insuficiência cardíaca uma afecção com intensidade de sintomas variável, permitindo que alguns pacientes, num dado momento em classe funcional IV da *New York Heart Association* – dispneia em repouso – possam, após medicados, evoluir para as classes funcionais I ou II, com maior tolerância à realização das atividades de vida diária e razoável autonomia. Esse foi, por exemplo o caso citado por alguns cuidadores:

*"Sempre que posso acompanho ela. Quando não posso peço a minha nora para ir com ela. Ajudo no que ela precisar. Ela depois que melhorou voltou a fazer o trabalho de casa, antes trabalhava também na lavoura. Mas faz o trabalho devagar. Ela se cuida bem. Toma os remédios sozinha sem precisar que a gente lembre. Converso muito com ela, dou atenção, carinho e faço companhia pra ela."*

*"Incentivo e deixo ele fazer algumas coisas em casa, que foi recomendado pelo médico e pela fisioterapia. Ele lava suas roupas, mesmo que depois eu precise fazer outra lavagem."*

O apoio familiar foi dito como presente na maioria dos entrevistados, mas a responsabilidade e as tarefas pertinentes ao cuidado recaíam, na maioria das vezes, sobre o cuidador identificado, que por vezes se queixava de ficar isolado.

*"Os irmãos procuram animar a mãe, que ela precisa se distrair mais e se cuidar melhor, mas quem cuida mais sou eu mesma."*

*"A irmã que não é filha dele, só da mãe, ele cuidou dela desde os dois anos e agora ela diz que não tem obrigação de cuidar dele porque ele nunca cuidou dela. O irmão que não ajuda em nada."*

## Repercussões do ato de cuidar no cuidador

As repercussões mais manifestadas pelos entrevistados foram sobre o trabalho e a vida social. A principal repercussão foi a necessidade de parar de trabalhar, que ocorreu com

cinco cuidadores. Com três ocorreu limitação da vida social.

*"Mudou porque não pude mais sair, porque fico preocupada com ele e isso faz falta."*

*"Diminui o trabalho para cuidar dela e me anulei socialmente para me dedicar a ela."*

*"Piorou na parte financeira, no lazer e na vida social."*

*"Em relação ao trabalho piorou, precisei parar de trabalhar e isso foi muito ruim. Quando a gente trabalha sente que tem a nossa própria vida. Ganha para sobreviver e pode ter uma sobra que pode ajudar a alguém. Isso não acontece quando não se trabalha, não tem como ajudar como queria. Penso no próximo ano voltar a trabalhar, já estou conversando com ele, vendo o que ele ainda é capaz de fazer, deixar preparado tudo para ele e arranjar uma pessoa só para fazer companhia para ele. Ele concorda, dizendo que não pode ficar sozinho, mas já viveu a sua vida e é preciso que eu viva a minha. Ele já está aceitando"*

No que tange à saúde, verificou-se, na amostra estudada, que os cuidadores não associavam seu estado de saúde com o ato de cuidar, à exceção de quatro pessoas que informaram terem ficado emocionalmente abalados.

Oito cuidadores informaram serem portadores de alguma doença, mas não as associavam ao ato de cuidar.

Tabela 2- Doenças apresentadas pelos cuidadores dos pacientes com insuficiência cardíaca

Doenças atuais do cuidador	Nº de cuidadores
Diabetes mellitus	01
Infarto do miocárdio	01
Acidente vascular encefálico	01
Hipertensão arterial	04
Artrose	02

As repercussões emocionais referidas foram: tristeza; preocupação; irritação; cansaço; exaustão; diminuição do autocuidado.

*"Cuido dele carinhosamente, me sinto bem cuidando, mas fico irritada quando ele se rebela e não quer seguir as prescrições; ele tem estado agitado e rebelde depois que fez a cirurgia."*

*"Sinto gratidão pelo que ela já fez por mim; sinto tristeza porque não queria que ela estivesse doente; tem momentos que ela me irrita."*

*"Como cuidadora estou mais tempo com minha mãe, brigo menos com ela, escuto mais o que ela diz, me dedico mais a ela e conversamos mais sobre nós. Como pontos negativos, tenho medo de ficar sem ela e me dedico muito a ela, esquecendo de me cuidar."*

*"Gosto de cuidar da minha mãe, mas me sinto excessivamente cansada; trabalho desde os 13 anos; minha mãe não é fácil de ser levada; ela não aceita ser chamada à atenção."*

As repercussões emocionais descritas pelos cuidadores, a nosso ver, apontam para a complexidade do ato de cuidar. O desejo de cuidar, o sentimento de gratidão por um cuidado recebido e a oportunidade de retribuir dispõem a pessoa para o ato de cuidar. Não obstante, algumas consequências tornam-no penoso, como: medo da morte do ente querido, sobrecarga de tarefas, limitação da vida social e financeira, necessidade de "administrar" atitudes de teimosia e/ou agressividade por parte do paciente, falta de apoio dos familiares em relação ao cuidado.

### **Repercussões do ato de cuidar no paciente**

Todos os cuidadores, à exceção de um, concordaram com a afirmativa de que "ter um cuidador tem importância no cuidado ao paciente com IC". A repercussão positiva da ação do cuidador se fez pela observação da melhora clínica e psicológica do paciente e pelo fato de o paciente passar a se cuidar melhor.

*"Pelos cuidados que eu ofereço, porque ele é muito esquecido."*

*"Ela se sente feliz por ver que eu me importo com ela."*

*"Acho que ele se sente mais seguro."*

*"Ele sabe que pode contar comigo."*

*"Diminuindo a sobrecarga física que ela teria, como cuidar de casa, por exemplo."*

### **Apoios recebidos da CLIC, pelo paciente, na visão do cuidador**

A maioria dos cuidadores entrevistados declarou-se satisfeito com o apoio dado pela equipe ao seu familiar, destacando a atenção e as orientações fornecidas.

*"Com isso que a gente sente aqui. O amor de vocês, a atenção. Eu sinto que ela está bem, sendo tratada aqui. E eu também me sinto muito bem tratado aqui"*

*"Do jeito que já faz: toda a equipe dá muita atenção; a gente se sente seguro."*

*"Só o fato de ele ser atendido mensalmente já é muito bom; eu fiquei de fevereiro até agora para conseguir uma consulta com endocrinologista."*

*"No tratamento que oferece. Vejo uma grande diferença quando vou a outro atendimento em que só se coloca o aparelhinho e mede a pressão. Aqui é bem diferente, tem um atendimento completo, na cobrança de exames, orientação na alimentação, o modo como atendem os pacientes nas reuniões de grupo onde os pacientes e familiares podem falar e ouvir e com isso aprendem muito."*

*"Com atenção e orientação constante."*

### **Apoios recebidos da CLIC, pelo cuidador**

Especificamente em relação às reuniões de grupo, das quais participam pacientes e cuidadores, dez entrevistados participavam efetivamente das reuniões, quatro já participaram e quatro nunca participaram. Aqueles que participam ou já participaram dos grupos, citaram, como fatores positivos: sentir-se seguro, melhor orientado e mais capacitado a cuidar; conversar e trocar experiências; desabafar; e perceber que não está sozinho.

*"A gente se sente seguro; mais capacitado a cuidar; estou acostumado a frequentar grupos (na igreja); eu me sinto bem em grupo."*

*"É bom porque eu me desabafo, me distraio; conheço mais sobre a doença dele... a gente escuta um, escuta outro."*

*"A gente aprende que não está sozinho; a experiência de um é ensinamento pra outro. Como lidar com a situação como, por exemplo, quando fez cateterismo."*

*"Não sou muito de falar, mas o que escuto me ajuda muito. A conversa, o que as outras pessoas falam me acrescenta muito."*

*"Quando participei, o grupo ajudava muito no apoio emocional, podia falar o que sentia, ouvia e trocava com os outros cuidadores as experiências de cada um e sentia que não estava sozinho. No início foi muito difícil porque ele as vezes era até agressivo com palavras, quando eu procurava ajudar lembrando das recomendações dos médicos. O grupo me apoiava e me dava força."*

A possibilidade de trocar experiência com outras pessoas que vivem as mesmas circunstâncias, associada à atenção e esclarecimentos dispensados pela equipe de profissionais são fatores importantes para o sentimento de bem-estar gerado pelo grupo.

Os cuidadores que não estão participando dos grupos apresentaram, como justificativa, a incompatibilidade com o emprego e o gasto de tempo e dinheiro com o deslocamento para a clínica.

*"Parei de participar porque ficou difícil vir. Estive trabalhando, mas agora quero voltar a frequentar."*

*"Atualmente não estou podendo por causa do trabalho."*

*"Um dia estava muito zangada e disse que não ia mais a reunião, não queria saber mais daquilo, mas não era pelo grupo, tinha sido por outro motivo. Depois até pensei em participar, mas não sabia mais qual era o dia."*

*"Já tem tempo que não venho, às vezes por causa do trabalho, outras vezes por causa da despesa com passagem, lanche, porque a gente mora longe. Isso acontece também quando ela tem que vir pra consulta ou exames e eu não tenho dinheiro para essas despesas, peço a minha nora que venha com ela".*

O fato de o cuidador trabalhar o impede às vezes de frequentar o grupo. Gastos com dinheiro e tempo dispendidos com o deslocamento para a clínica são fatores que contribuem para a não adesão aos grupos. Eventualmente, questões pessoais parecem contribuir também para a não adesão do cuidador, embora isso nem sempre possa ser identificado.

Perguntados se achariam interessante que a clínica oferecesse a possibilidade de atendimentos individuais e complementares às reuniões de grupo, 11 responderam afirmativamente e sete disseram não ser necessário.

*"Acho que sim, porque há assuntos que são difíceis para falar em grupo e na presença do paciente."*

*"Seria porque há momentos que a gente se sente impotente, deprimido e não são coisas que a gente possa falar em família."*

*"Porque tem coisas que a gente guarda só para a gente, que a gente não fala em público."*

A existência de determinados assuntos mais difíceis de serem abordados em grupo foi

a principal razão alegada para haver atendimentos individuais, não obstante a existência de reuniões de grupo.

## CONCLUSÃO

A existência de um cuidador se apresenta para nós como um fator importante para a adesão ao tratamento de um paciente com IC, a considerar os dados desta pesquisa. Vários estudos demonstram que a adesão favorece o melhor controle da doença. Todavia, e dada a sua complexidade, muitos são os fatores que contribuem para a adesão, sendo a existência de suportes sociais um dos mais citados na literatura. Ou seja, a presença de pessoas, geralmente familiares, que de algum modo, orientem e apoiem o paciente em relação às medidas terapêuticas que a doença exige.

Se assim for, cabe conhecer melhor o cuidador para lhe oferecer o apoio necessário a que desempenhe satisfatoriamente o cuidado com seu familiar portador de IC. Nossa pesquisa permitiu-nos identificar vários fatores que contribuem para o sucesso da ação desses cuidadores junto aos seus familiares, como, por exemplo, a disponibilidade de tempo e de recursos financeiros. Mas, sobretudo, o desejo de cuidar. Havendo o desejo de cuidar, há disposição para enfrentar as tensões e sobrecargas que o ato de cuidar ocasiona. Resta, todavia, oferecer ao cuidador a necessária e suficiente orientação em relação aos cuidados que a doença demanda, e dada a inevitável sobrecarga e tensão que o ato de cuidar gera, receber também alguma forma de apoio, cuidado ou suporte. Como constatamos com as entrevistas, alguns cuidadores deixam de se cuidar.

Cuidadores que desconhecem a doença e como deve ser tratada, muitas vezes excedem nos cuidados, e o paciente sente que "não serve para mais nada", pois tudo se torna proibido. O espaço propiciado pelo atendimento interdisciplinar traz, como resultado para os cuidadores, além da ampliação das informações sobre a doença e seu tratamento, o aumento da compreensão em relação ao ato de cuidar, que não significa impedir que o outro adoça, mas lhe oferecer acolhimento, apoio e estímulo para que possa expressar seus sentimentos e descobrir formas de viver melhor, não obstante a doença. Desse modo, os cuidadores aliviam as exigências que fazem a si mesmos, reconhecendo seus

limites, respeitando-os e, assim, promovendo maior autonomia e autoestima de seus familiares, além de se permitirem continuar cuidando de si mesmos.

Em suma, para que os cuidadores funcionem como suportes sociais dos seus familiares portadores de IC, além da disposição de cuidar, precisam receber orientação em relação aos cuidados que a doença demanda, assim como perceberem a importância deles próprios receberem alguma forma de apoio, cuidado ou suporte. O espaço propiciado pelo atendimento profissional de natureza interdisciplinar pode suprir tais necessidades.

## REFERÊNCIAS

- ABREU-RODRIGUES, M.; SEIDL, A.M.F. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. Ribeirão Preto, Paidéia.n.18(40), p.279-88, 2008.
- ALMEIDA, K.S.; LEITE, M.T.; HILDEBRANDT, L. M. Cuidadores familiares de pessoas portadoras de Doença de Alzheimer: revisão da literatura. Goiânia, UFG, Revista Eletrônica de Enfermagem. n11(2), p.403-12, 2009.
- BOCCHI, E.A. et al Atualização da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica - 2012. São Paulo, Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v.98(1 supl. 1), p.1-33, 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2012000700001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012000700001&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 05 abr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012000700001>
- BOCHI, E. A.; VILAS-BOAS, F.; PERRONE, S.; CAAMAÑO, A. G.; CLAUSELL, N.; MOREIRA, M.C.V. *et al.* I Diretriz latino-americana para avaliação e conduta na insuficiência cardíaca descompensada. São Paulo, Arquivos Brasileiros de Cardiologia., n.85 (supl. III), p.1-48, 2005.
- CAMPOS, E.P. Quem cuida do cuidador. Petrópolis: Vozes, 2005.
- CAPLAN, G.; KILLILEA, M. Support systems and mutual help New York: Grune&Stratton, 1976.
- COBB, S. Social support as a moderator of life stress. U.S.A., U.S.A., Psychosomatic Medicine, n.38, p.300-14, 1976.
- DUNBAR, S.B.; CLARK, P.C.; QUINN, C.; GARY, R.A.; KASLOW, N.J. Family influences on heart failure self-care and outcomes. U.S.A, Journal Cardiovascular Nursing, n. 23(3), p. 258-65, 2008
- ENG, P.M.; RIMM, E.B.; FITZMAURICE, G.; KAWACHI, I. Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. U.S.A., American Journal Epidemiology, v. 155(8), p.700-9, 2002.
- EVANGELISTA, L.S.; SHINNICK, M.A. What do we know about adherence and self-care? U.S.A., Journal Cardiovascular Nursing. N. 23(3), p.250-7, 2008.
- HAUPTMAN, P. J.; RICH, M. W.; HEINDENREICH, P. A.; CHIN, J.; CUMMINGS, N.; DUNLAP, M.E.H. *et al.* The heart failure clinic: a consensus statement of the; Heart Failure Society of America. U.S.A., Journal Cardiac Failure., n.14(10), p.1-15, 2008.
- HWANG, B.; LUTTIK, M.L.; DRACUP, K.; JAARSMA, T. Family caregiving for patients with heart failure: types of care provided and gender differences. Nederland, Journal Cardiac Failure.; n.16(5), p.398-403, 2010.
- JAARSMA, T.; HALFENS, R.; ABU-SAAD, H. H.; DRACUP, K.; GORGELS, T.; VAN REE. J.; *et al.* Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. U.K., European Heart Journal. 1999; n.20, p. 673-82, 1999.
- LUTTIK, M.L.; JAARSMA, T.; MOSER, D.; SANDERMAN, R.; VAN VELDHUISEN, D.J. The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. U.S.A., Journal Cardiovascular Nursing;, n. 20(3), p. 162-9, 2005.
- MACHADO, R.C.; BRANCO, J.N.R.; MICHEL, J.L.M.; GABRIEL, E.A.; LOCALI, R.F.; HELITO, R.A.B. *et al.* Caracterização dos cuidadores de candidatos a transplante do coração na

UNIFESP. São Paulo, Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, v.22(4), p.432-40, 2007.

MARQUES, A.K.M.C.; LANDIM, F.L.P.; COLLARES, P. M.; MESQUITA, R. B.; Apoio social na experiência do familiar cuidador. Rio de Janeiro, Ciência & Saúde Coletiva. n.16(Supl. 1), p.945-55, 2011.

MARTIRE, L. M.; SCHULZ, R. Involving family in psychosocial interventions for chronic illness. Washington, D.C., Association Psychological Science., n.16(2), p.90-4, 2007.

MELLO, F<sup>o</sup>, J. O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

MOLLOY, G. J.; JOHNSTON, D. W.; WITHAM, M. D. Family caregiving and congestive heart failure. Review and analysis. U.K., European Journal Heart Failure.; n. 7, p.592-603, 2005.

REZENDE, L.K.; MENDES, I.J.M.; SANTOS, B.M.O. Suporte social para idosos portadores de insuficiência cardíaca. Araraquara, Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada., n. 28(1) p.107-11, 2007.

SANTOS, R.L.; SOUZA, M.F.B.; BRASIL, D.; DOURADO, M. Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. São Paulo, Revista de Psiquiatria Clínica, n.38(4), p.161-7, 2011.

SARASON, B.R.; SARASON, I.G.; PIERCE, G.R. Social support: an interactional view. New York: John Wiley&Sons; 1990.

SIMONETTI, J.P.; FERREIRA, J.C.; Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. São Paulo, Revista da Escola de Enfermagem da USP, n. 42(1), p.19-25, 2008.

UCHINO, B. N.; CACIOPPO, J.T.; KIECOLT-GLASER, J. K. The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. U.S.A., Psychology Bulletin., n.119(3), p.488-531, 1996.

VILELA, A. B. A.; MEIRA, E. C.; SOUZA, A.S.; SOUZA, D. M.; CARDOSO, I.S.; SENA, E. L.S. *et al.* Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. Rio de Janeiro, Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. v.9 (1), p.55-69, 2006.

WINNICOTT, D.W. A família e o desenvolvimento individual. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

WINNICOTT, D.W. O ambiente e os processos de maturação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

WINNICOTT, D.W. Os bebês e suas mães. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

---

**Contato:**

Nome: Eugenio Paes Campos

e-mail: euecamp@hotmail.com