



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ANA BORGES FRANÇA

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS EM PACIENTES
COM DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO E VARIÁVEIS
ASSOCIADAS**

**Florianópolis/SC
2013**

ANA BORGES FRANÇA

**SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS EM PACIENTES
COM DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO E VARIÁVEIS
ASSOCIADAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia das doenças não transmissíveis e causas externas de mortalidade

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Isabela de Carlos Back Giuliano

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marucia Patta Bardagi

**Florianópolis/SC
2013**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

França, Ana Borges

F814s Sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença
isquêmica do coração e variáveis associadas / Ana Borges
França; Orientador, Isabela de Carlos Back Giuliano; Co-
orientador, Marucia Patta Bardagi. - Florianópolis, SC, 2013.
131 p.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Doença da Artéria Coronariana. 2. Depressão. 3. Ansiedade.
4. Psicometria. I. Giuliano, Isabela de Carlos Back. II.
Bardagi, Marucia Patta. III. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV.
Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

“Sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença isquêmica do coração e variáveis associadas”

Ana Borges França

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE EM SAÚDE COLETIVA**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: **Epidemiologia**

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti Pires
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Isabela de Carlos Back Giuliano (Presidente)

Profa. Dra. Maria Aparecida Crepaldi (Membro Externo)

Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas (Membro Titular)

João Luiz D. Bastos

Prof. Dr. João Luiz Dornelles Bastos (Membro Titular)

Profa. Dra. Claudia Flemming Colussi (Suplente)

*Aos meus pais Paulo e Angela
que sempre me incentivaram
para o estudo e para o trabalho.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora **Profa. Dra. Isabela de Carlos Back Giuliano**, pelo conhecimento e competência, por todas as orientações que contribuíram de maneira significativa para concretização deste trabalho. Eu quero expressar minha gratidão pela parceria e oportunidade de crescimento pessoal e acadêmico.

À minha co-orientadora **Profa. Dra. Marucia Patta Bardagi**, pela disponibilidade, incentivo e por todas as orientações partilhadas com eficiência e dedicação.

À professora Dra. **Luciana Saraiva** que gentilmente participou da banca de qualificação e compartilhou seu conhecimento e experiências na área da psicologia.

Aos **Professores do Departamento de Saúde Coletiva** da Universidade Federal de Santa Catarina, pelos ensinamentos e reflexões proporcionados durante o curso de Mestrado.

Aos meus **colegas de turma**, pela oportunidade de convivência, aprendizado e amizade compartilhada, em especial aos amigos **Carla, Leonardo, Mônica e Gisele**.

Pela dedicação e apoio do meu amigo **Alexandre Paim Diaz**, que contribuiu desde o início para elaboração deste trabalho.

Ao Diretor Geral do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, Professor **Dr. Jamil Scherem Schneider**, pelo apoio e confiança depositada permanente.

À equipe do Centro de Estudos do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, **Dr. Harry Correa Filho**, especialmente à coordenadora de pesquisa clínica **Rosangela Amaru** e à funcionária administrativa **Vera Pereira**, que demonstraram solidariedade e me acompanharam desde o início da pesquisa.

Pelo respeito de toda equipe de enfermagem do Ambulatório de Cardiologia de Santa Catarina comandada pela enfermeira **Elizabet Dario**.

Pelo carinho das funcionárias administrativas **Márcia Klein** e **Cristiane Espíndola** do Ambulatório do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, que vivenciaram o meu dia-a-dia na coleta dos dados.

À professora **Beatriz Molinos** e **Maria Cristina Vignoli** pela confiança e apoio que possibilitou a parceria com o Serviço de Atenção

Psicológica – SAPSI - como colaboradores da Pesquisa.

Ao professor **Dr. João Luíz Dornelles Bastos**, pela contribuição valiosa na banca de qualificação possibilitando o aperfeiçoamento deste trabalho.

À **Dra. Lizete Torres** e às bibliotecárias **Maria Gorete Savi** e a **Bernadete Alves** pela disponibilidade na revisão das referências bibliográficas.

Ao professor **Dr. Sérgio Freitas** pelo apoio e disponibilidade que resultaram em reflexões significativas para o trabalho.

Pela honrosa presença da professora **Dra. Maria Aparecida Crepaldi**, que aceitou o convite de participação nesta banca, dedicando seu tempo e conhecimento na avaliação deste trabalho.

A **todos os voluntários**, pela confiança e disponibilidade, que compreenderam os objetivos da pesquisa e aceitaram participar do estudo.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** que me concedeu uma bolsa, fato este que contribuiu muito para dedicação exclusiva à realização desta dissertação.

A todos aqueles que contribuíram para a concretização deste trabalho, o meu reconhecido e sincero...

Muito obrigada!

“Qualquer estímulo mental decorrente de dor ou prazer, esperança ou medo, causa uma agitação com influência sobre o coração.”

Willian Harvey

FRANÇA, Ana Borges. *Sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença isquêmica do coração e variáveis associadas*. 2013. 131f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Isabela De Carlos Back Giuliano

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marucia Patta Bardagi

RESUMO

OBJETIVOS: Estimar a prevalência de sintomas psicológicos em pacientes com coronariopatia isquêmica e testar sua associação com variáveis clínicas, sócio-demográficas e hábitos de vida. **PACIENTES E MÉTODOS:** Estudo observacional, transversal, realizado entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013, no ambulatório de cardiologia de um hospital público de referência regional. A coleta de dados foi realizada pela aplicação de um questionário de investigação sócio-demográfico, clínico e de hábitos de vida, e da Escala HADS - *Hospital Anxiety and Depression*. O projeto obteve a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. Todas as variáveis foram categorizadas dicotomicamente e sua associação com o desfecho “sintomas depressivos e/ou ansiosos” (score ao HADS > 11 ou uso de medicações psicotrópicas) foi testada à análise bivariada. As variáveis que apresentaram significância $p < 0,2$ foram testadas em modelo de regressão logística anterógrada, não condicional, por verossimilhança. **RESULTADOS:** A amostra foi de 204 indivíduos, sendo 110 homens e 94 mulheres, com idades entre 26 e 88 anos, portadores de doença isquêmica do coração. Apresentaram associação estatisticamente significativa com sintomas psicológicos sexo feminino (RP:1,61;IC_{95%}:1,46-1,79), Classificação Funcional pela NYHA Classes III e IV (RP:1,60;IC_{95%}:1,43-1,79), uso de betabloqueador (RP:1,31;IC_{95%}:1,09-1,58) e presença de netos (RP:0,88;IC_{95%}:0,78-0,99). Também contribuíram para o ajuste do modelo idade acima de 60 anos. **CONCLUSÃO:** Na amostra estudada sexo feminino, maior limitação física, o uso de betabloqueador e a ausência de netos apresentaram associação estatisticamente significativa com maior prevalência de sintomas psicológicos durante seu tratamento.

Palavras-chaves: Doença da Artéria Coronariana. Depressão. Ansiedade. Psicometria.

FRANÇA, AB. *Depressive and anxious symptoms at patients with ischemic heart disease and associated variables*. 2013. 131f. Dissertation (Mestrado em Saúde Coletiva)- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SUMMARY

OBJECTIVES: To estimate the prevalence of depressive and anxious symptoms in patients with ischemic heart disease and to test its association with clinical, socio-demographic variables and life habits. **PATIENTS AND METHODS:** It was an observational, cross-section, held between October 2012 and February 2013, in a cardiology ambulatory of a regional reference public hospital. The data were collected by a questionnaire with socio-demographic, clinical and life habits variables, and the application of the scale HADS - Hospital Anxiety and Depression. Local Committees of ethics in research with Human Beings approved the project. All variables were dichotomously categorized and their association with the endpoint depressive and/or anxious symptoms (HADS score above 11 or the use of psychotropic drugs) were tested by bivariate analysis, and variables with associations with $p < 0.2$ were tested by forward logistic regression, non-conditional, by likelihood method. **RESULTS:** The sample was composed by 204 individuals, 110 men and 94 women, aged between 26 and 88 years, with ischemic heart disease. There were statistically significant association among psychological symptoms and female sex (PR:1.61;CI_{95%}:1.46-1.79), NYHA Functional Classes III or IV (PR:1.60;CI_{95%}:1.43-1.79), beta blocker use (PR:1.31;CI_{95%}:1.09-1.58), and presence of grandchildren (PR:0.88;CI_{95%}:0.78-0.99). Also contributed to the adjustment of the model age above 60 years. **CONCLUSION:** At the studied sample female sex, worse physical limitation, the use of beta blockers and the absence of grandchildren were statistically significant associated with higher prevalence of psychological symptoms during their treatment of ischemic heart disease.

Keywords: Coronary Artery Disease. Depression. Anxiety. Psychometrics.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégia de busca nas bases Medline-PubMed, LILACS, SCIELO, Psyc-Info e os respectivos resultados encontrados.....	35
Quadro 2 - Variáveis independentes analisadas, com suas classificações e categorias.	63
Quadro 3 - Sintomas depressivos e ansiosos, segundo HADS.	65

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Caracterização da amostra, segundo aspectos socioeconômicos, demográficos e hábitos de vida, em uma amostra de pacientes em acompanhamento ambulatorial por doença isquêmica do coração, Florianópolis - 2012/2013..... 89
- Tabela 2** - Caracterização da amostra, segundo aspectos clínicos, tratamento e fatores de risco para aterosclerose, em uma amostra de pacientes em acompanhamento ambulatorial por doença isquêmica do coração, Florianópolis – 2012/2013. 90
- Tabela 3** - Caracterização da amostra, segundo aspectos relacionados a sintomas depressivos e/ou ansiosos, em uma amostra de pacientes em acompanhamento ambulatorial por doença isquêmica do coração, Florianópolis – 2012/2013..... 91
- Tabela 4** - Variáveis independentes e suas associações com o desfecho “sintomas psicológicos” (score global do HADS > 11 e/ou uso de medicamentos psicotrópicos), em uma amostra de pacientes em acompanhamento ambulatorial por doença isquêmica do coração, Florianópolis – 2012/2013..... 92
- Tabela 5** - Modelo que melhor se explicou o desfecho “sintomas psicológicos” (score global da HADS > 11 e/ou uso de medicamentos psicotrópicos), em uma amostra de pacientes em acompanhamento ambulatorial por doença isquêmica do coração, Florianópolis –2012/2013. 93

LISTA DE ABREVIATURAS E GLOSSÁRIO

AVC	–	Acidente Vascular Cerebral
BDI	–	<i>Beck Depression Inventory</i>
CABG	–	<i>Coronary Artery Bypass Graft</i>
CAPES	–	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	–	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPSH	–	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CDC	–	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CID 10	–	Classificação Internacional de Doenças 10ª edição
DATASUS	–	Banco de dados do Sistema Único de Saúde- Ministério da Saúde
DAC	–	Doença Arterial Coronariana
DIC	–	Doença Isquêmica Cardíaca
DCV	–	Doença Cardiovascular
EUA	–	Estados Unidos da América
Fem	–	Feminino
FRCV	–	Fator de Risco Cardiovascular
HADS	–	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HAS	–	Hipertensão Arterial Sistêmica
HF	–	História Familiar
IAM	–	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	–	Intervalo de Confiança
ICSC	–	Instituto de Cardiologia de Santa Catarina
Masc	–	Masculino
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
OPAS	–	Organização Pan Americana de Saúde
r	–	Coefficiente de Correlação de Pearson
DP	–	Desvio-Padrão
SAPSI	–	Serviço de Atenção Psicológica
SBC	–	Sociedade Brasileira de Cardiologia
TAA	–	Terapia Assistida por Animais
TAG	–	Transtorno de Ansiedade Generalizada
UFSC	–	Universidade Federal de Santa Catarina
WHO	–	<i>World Health Organization</i>

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

A dissertação intitulada “Sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença isquêmica do coração e variáveis associadas” insere-se na linha de pesquisa em epidemiologia das doenças não transmissíveis e causas externas da mortalidade do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Foi elaborada de acordo com os princípios gerais da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) NBR 14724 / 2011, suas referências adaptadas de “*International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)”, os títulos dos periódicos foram abreviados segundo “*List of Journals Indexed*” em “*Index Medicus*” e os descritores selecionados entre os “Descritores em Ciências da Saúde” (DECS) em Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Está estruturada da seguinte maneira:

- ✓ A Parte I refere-se ao contexto e as características do estudo; contém a introdução, justificativa de escolha do tema e a questão de pesquisa. Em seguida, apresenta a revisão de literatura que contribuiu para a construção das hipóteses, dos objetivos e elaboração dos métodos do presente estudo, todos descritos nessa primeira parte.
- ✓ Na Parte II estão apresentados os resultados e a discussão do estudo em formato de artigo científico, conforme o regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. O manuscrito científico produzido será posteriormente traduzido para a língua inglesa e submetido ao periódico *Qualis A1-Psychosomatic Medicine*. O comprovante de submissão do manuscrito torna-se requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.
- ✓ Na Parte III encontram-se as REFERÊNCIAS, APÊNDICES e ANEXOS do estudo.
O Apêndice A apresenta o modelo utilizado para o TCLER (Termo de Consentimento Livre, Esclarecido e Revogável). O Apêndice B refere-se ao formulário que abordou as variáveis socioeconômicas, demográficas, clínicas e hábitos de vida aplicadas aos participantes da pesquisa. O Apêndice C diz

respeito à lista referente aos encaminhamentos de pacientes para atendimento psicológico no Serviço de Atenção Psicológica/ SAPSI.

No Anexo A encontra-se a Declaração de Aprovação do Serviço de Atenção Psicológica/ SAPSI. O Anexo B refere-se à Escala HADS de avaliação psicométrica *Hospital Anxiety and Depression Scale* e os Anexos C e D são os comprovantes da aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH/ USFC. O Anexo E apresenta as normas do periódico *Psychosomatic Medicine* para publicação de artigos científicos.

SUMÁRIO

PARTE I - CONTEXTO E CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

1 INTRODUÇÃO.....	29
1.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	29
2 REVISÃO DA LITERATURA	35
2.1 ESTRATÉGIA DE BUSCA DE ARTIGOS CIENTÍFICOS	35
2.2 A DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO	36
2.2.1. Definição eos Principais Sintomas Clínicos	36
2.2.2 O Tratamento.....	36
2.2.3 A Doença Isquêmica do Coração e sua Relação com as Variáveis Associadas.....	38
2.2.3.1 História de Doença Cardíaca na Família	39
2.2.3.2 Tabagismo	39
2.2.3.3 Idade	40
2.2.3.4 Sexo.....	40
2.2.3.5 A presença de filhos, netos e/ou bisnetos.....	41
2.2.3.6 A presença de animais de estimação	41
2.2.3.7 Medicações de uso contínuo na insuficiência coronariana.....	42
2.2.3.8 Medicamentos psicotrópicos utilizados em pacientes com doença isquêmica do coração	45
2.2.3.9 Classificação Funcional New York Heart Association– NYHA	47
2.3 SINTOMAS PSICOLÓGICOS EM PACIENTES COM DOENÇA CORONARIANA	47
2.4 ESCALAS HADS DE AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA EM PACIENTES COM DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO.....	53
2.5 HIPÓTESE.....	55
3 OBJETIVOS.....	57
3.1 OBJETIVO GERAL	57
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	57
4 MÉTODO.....	59

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	59
4.2 PÚBLICO ALVO	60
4.3 CÁLCULO DA AMOSTRA	60
4.4 PROCEDIMENTOS	61
4.4.1 Instrumentos de coleta de dados	61
4.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	65
4.6 QUESTÕES ÉTICAS	66
5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	69

PARTE II - ARTIGO CIENTÍFICO

Sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença isquêmica do coração e variáveis associadas	73
INTRODUÇÃO	76
MÉTODO	77
RESULTADOS.....	79
DISCUSSÃO	80
CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS.....	84

PARTE III - REFERÊNCIAS, APÊNDICES E ANEXOS

REFERÊNCIAS (PARTE I)	97
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO E REVOGÁVEL	111
APÊNDICE B - FORMULÁRIO DA PESQUISA.....	113
APÊNDICE C - ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NO SAPSI.....	114
ANEXO A - DECLARAÇÃO SAPSI (SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOLÓGICA).....	116
ANEXO B - ESCALA <i>HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE</i> (HADS)	117

ANEXO C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA	118
ANEXO D - APROVAÇÃO E PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC.....	120
ANEXO E - NORMAS DO PERIÓDICO PSYCHOSOMATIC MEDICINE PARA A PUBLICAÇÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO .	129

**PARTE I - CONTEXTO E
CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO**

1 INTRODUÇÃO

1.1 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Atualmente a doença cardiovascular (DCV) é considerada a principal causa de mortalidade na maioria dos países desenvolvidos, relacionada com 12 a 45% de todas as mortes.^{1,2} O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) do ano de 2010, contabilizou 36 milhões (63% do total) das mortes globais devido às doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as cardiovasculares, diabetes melito, câncer e doenças respiratórias crônicas.³⁻⁵ Estima-se que no ano de 2030 ocorrerão 23,6 milhões de mortes por DCV, principalmente por doença isquêmica cardíaca (DIC) e acidente vascular cerebral (AVC).⁶

O perfil epidemiológico dos países em desenvolvimento tem mudado nas últimas décadas. Passou da predominância das doenças infectocontagiosas para uma maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, sendo a doença coronariana a mais frequente destas.^{7, 8}

A Saúde Pública tem o compromisso de identificar as condições da saúde da população e de explicar seus determinantes, a fim de formular e sugerir propostas de intervenção para fazer frente à situação, incluindo a mobilização da ação de outros setores sociais e governamentais.⁵ O autor e médico sanitário Moacyr Scliar afirma no livro *Território da emoção: crônicas de medicina e saúde*, publicado em 2013, que foi a Saúde Pública que projetou internacionalmente a medicina brasileira.

Grande parte das DCV poderiam ser evitadas. Por isso, as instituições responsáveis por iniciativas relacionadas à Saúde Pública de vários países puderam implementar estratégias para tentar controlar os fatores de risco e diminuir a incidência da aterosclerose nas últimas décadas. Em que pese essas iniciativas, mesmo na Europa Ocidental e nos EUA – onde mais intensamente elas têm ocorrido – a aterosclerose continua sendo a causa principal da morbimortalidade na população adulta destes países.^{8,9}

O *Global Burden of Disease Study* é um importante estudo elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com finalidade de revelar a carga da doença e o impacto das doenças, no qual foi determinado custo financeiro, mortalidade, morbidade e invalidez. Na

edição de 2002 a 2004, dados mostram que 31,5% das mulheres e 26,8% dos homens tiveram morte registrada por DCV. A principal causa de morte apontada foi a doença isquêmica do coração (DIC), com 7,2 milhões de mortes por pessoas de todas as idades, sendo este valor equivalente a 12,2 % da mortalidade mundial.¹⁰

Para entender a carga de doença, o estudo utiliza o conceito de DALY (*disability-adjusted life year*), que associa os anos de vida perdidos por morte prematura e os anos perdidos de vida ajustados por incapacidade, em virtude de estar em estados de saúde precários ou de invalidez. Para este cálculo, utiliza-se o produto dos anos que as pessoas evoluem com uma doença crônica, multiplicado por um fator de correção, relacionado à gravidade com que essa doença determina invalidez. As doenças são classificadas em grupos, segundo estas características, em classes de invalidez.¹⁰

A depressão é a primeira causa de anos perdidos por invalidez, determinando para homens com Episódio Depressivo Maior uma carga de cerca de 24,3 milhões de anos perdidos por invalidez no mundo (*years lost due to disability* – YLD) o que equivale a 8,3% do total para o sexo. Para as mulheres, determina a carga de cerca de 41,0 milhões de YLD – o que equivale a 13,4 % do total para as mesmas.¹⁰

Em relação à prevalência de Episódio Depressivo Maior, o estudo aponta que em 2004 cerca de 151,2 milhões de pessoas da população mundial apresentaram a doença, considerando pessoas de ambos os sexos e de todas as idades. O Episódio Depressivo Maior tem forte poder de incapacidade, sendo categorizado na mais impactante classe de invalidez entre as categorias do *Global Burden of Disease Study*. É a terceira mais frequente causa de invalidez, acometendo 98,7 milhões da população mundial.¹⁰

Já em relação à prevalência da DIC, cerca de 23,2 milhões da população mundial apresenta a doença. Foi, no ano de 2004, a décima primeira causa de invalidez, categorizado como classe de fraco impacto.¹⁰

Nota-se que, enquanto a depressão é a principal causa de carga de doença para ambos, homens e mulheres, o índice da depressão é 50% maior para as mulheres do que para os homens. As mulheres também têm uma maior carga de transtornos de ansiedade.¹⁰

Em 2004, o Episódio Depressivo Maior - ou transtorno depressivo unipolar como é mencionado no estudo - foi classificado como a terceira causa de carga de doença no mundo, com 4,3% do total de DALY, estimando-se para o ano de 2030 uma projeção de 6,2%, atingindo o primeiro lugar de causa de carga de doença no mundo. Em

relação à DIC, em 2004 foi classificada em quarto lugar de causa de morte, projetando-se que em 2030 será a segunda, com 5,5% de DALY do total.¹⁰

Corroborando *The Global of Disease*, dados da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) apontam que cerca de 17 milhões de pessoas morrem por DCV no mundo por ano. Isto significa mais gastos com a saúde, visto que os indivíduos portadores de DCV necessitam de assistência contínua e dispendiosa para obterem uma qualidade de vida satisfatória.¹¹

A Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe uma abordagem de prevenção e controle integrados, em todas as idades, baseada na redução dos seguintes fatores de risco: hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, uso excessivo de álcool, inatividade física, dieta inadequada, obesidade e hipercolesterolemia.^{4,12,13}

Sabe-se que estas modificações no estilo de vida são significativas, tanto para a prevenção dos fatores de risco quanto das DIC. Quando controladas adequadamente, por meio da redução dos fatores de risco, favorecem o processo terapêutico e o tratamento.^{4,14}

A educação em saúde contemporânea, que se destina tanto a prevenir doenças como a preparar o indivíduo para uma vida mais saudável, preconiza que o paciente deve ser estimulado a tomar decisões sobre a sua própria vida, com autonomia e capacidade de se responsabilizar pela sua própria saúde. Além disso, deve tomar decisões responsáveis quanto à saúde pessoal, assim como articular intervenções no ambiente que resultem na manutenção da sua saúde, favorecendo escolhas saudáveis.¹⁵

Assim como nos países da Europa Ocidental e nos EUA, o Brasil também vem passando por acentuado processo de transição epidemiológica, caracterizado pelo aumento crescente de doenças crônicas não transmissíveis, embora ainda com a presença significativa de doenças ligadas ao subdesenvolvimento, como as doenças infectocontagiosas.^{14, 16}

Sabe-se que a história natural, tanto da aterosclerose quanto da hipertensão arterial sistêmica, insuficientemente modificada pelas estratégias de prevenção e controle, associa-se ao grande contingente de pacientes com cardiopatia, candidatos potenciais a intervenções cardiovasculares. A demanda por procedimentos de alta complexidade tende a crescer, acompanhando o progresso tecnológico e os avanços da ciência e da medicina.^{14, 16}

No Brasil, aproximadamente 20% dos portadores de DCV fazem parte da população economicamente ativa do país. Segundo informações

do DATASUS-MS em 2011, cerca de 21% do gasto com esse grupo de doenças deve-se a internações hospitalares, atingindo o valor de cerca de 850 milhões de reais.^{12, 17}

O Sistema Único de Saúde (SUS) apontou que 32% do total de mortes no Brasil estão relacionadas às doenças cardíacas. Em 2007, este conjunto de doenças foi responsável por cerca de 10% do total de internações em hospitais da rede pública de nosso país e, se for considerada a faixa etária de 50 anos ou mais, este percentual é o mais relevante, superando 25% do total de registros.¹⁴

Estudos mostram que as condições psicológicas dos pacientes com DIC e as mudanças emocionais e cognitivas dessa fase, associadas às DCV, podem ter um efeito negativo na sua autonomia, adaptação social, atitudes frente ao seu corpo e nas mudanças de hábitos de vida.^{12,15,18}

Um estudo recente publicado na Inglaterra em 2013 aponta que a depressão afeta 20% dos indivíduos com doença coronariana e prevê os piores resultados clínicos, tais como aumento da morbimortalidade e pior qualidade de vida. Mecanismos biológicos e comportamentais têm sido propostos para explicar esses efeitos da depressão, embora ainda não esteja claro se a depressão faz com que piorem os resultados médicos e quais os caminhos que mediam essa associação.¹⁹

Apesar da ausência de evidência clara de que a depressão pode causar piora dos resultados médicos, o tratamento da depressão entre os pacientes de doença coronária permanece importante, porque tal tratamento, no mínimo, pode reduzir a carga global de doença e, na melhor das hipóteses, pode melhorar os resultados cardíacos.¹⁸⁻²¹

Flecke cols. observaram que, no Brasil, pacientes com sintomas depressivos procuram mais os serviços de saúde, permanecem mais tempo internados e faltam mais ao trabalho do que os não deprimidos.²²

Além da depressão, a ansiedade tem sido associada a piores resultados em qualidade de vida, especialmente nas dimensões psicológica e social, em pacientes com doenças crônicas físicas.²³ A importância da ansiedade e da depressão na DCV foi um dos motivos de análise do importante estudo *INTERHEAD*, publicado em 2004. Foi um estudo tipo caso-controle, desenhado para avaliar o impacto de fatores de risco cardiovasculares tradicionais e emergentes para doenças isquêmicas cardíacas (DIC). Foram avaliados 30.000 indivíduos, em 262 centros de 52 países nos cinco continentes, onde pacientes com infarto do miocárdio nas primeiras 24 horas foram comparados com pacientes do grupo de controle. Os resultados mostraram que os fatores psicossociais de ansiedade e depressão aumentaram, de forma

independente, em 2,81 vezes o risco de infarto agudo do miocárdio (IAM).²⁴

Em pacientes que sofreram IAM, a ansiedade também está presente e que, por sua vez, está ligada a sentimentos de medo, de tensão e de perigo. Pode ser desencadeada quando o paciente está em contato com algo novo ou em situações inesperadas ou desconhecidas.²⁵ Os sintomas são os mais diversos: taquicardia, tremores, tensão muscular, aumento do desejo de urinar e defecar, cefaleia (dor de cabeça), epigastralgia (dor no estômago), entre outros.

Níveis moderados de ansiedade e estresse podem colaborar com aspectos de proteção e adaptação, mas à medida que se acumulam podem trazer prejuízos e exaustão das reservas fisiológicas.²⁶

Não se pretende afirmar que os pacientes com doença isquêmica cardíaca, de um modo geral, tenham personalidades afins, idênticas, nem tampouco semelhantes. O que deve ser considerado é que indivíduos altamente estressados, cujas características predominantes incluem ambição, competitividade, ansiedade e impaciência, estão mais expostos à DVC.^{27, 28}

Assim como a depressão, questiona-se se a ansiedade é causa ou consequência das doenças. A relação entre os sintomas ansiosos e as DCV não responde objetivamente a essa questão, pois esta relação é considerada bidirecional, ou seja, situações de estresse e ansiedade podem ter influência no desencadear de DCV, como o infarto; e por outro lado, as DCV e seus sintomas, podem gerar estresse e sintomas ansiosos significativos no paciente coronariano.²⁹

A importância de estudos como o que segue é identificar a prevalência dos sintomas depressivos e ansiosos de uma determinada população portadora de uma doença, levando em consideração a incidência da doença. Até o momento, ainda são poucos os estudos no Brasil no qual tenham sido avaliados, prospectivamente; os sintomas depressivos e ansiosos em pacientes utilizando-se instrumentos diagnósticos estruturados, em uma amostra homogênea de pacientes com doença isquêmica cardíaca.

O presente estudo tem caráter observacional, desenho transversal, e pretendeu determinar a prevalência desses sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença isquêmica cardíaca, atendidos no ambulatório de um hospital especializado em cardiologia, objetivando determinar a relação destes sintomas, com variáveis socioeconômicas, demográficas, clínicas e hábitos de vida associadas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ESTRATÉGIA DE BUSCA DE ARTIGOS CIENTÍFICOS

Para realização desta revisão de literatura acerca da relação entre a DCV e os sintomas depressivos e ansiosos, o levantamento de dados iniciou-se pela base de dados *Medline-PubMed*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), e partindo posteriormente para o Psyc-Info, como mostra o Quadro 1.

Não foram estabelecidos limites de tempo. Outros termos foram inseridos com a finalidade de refinamento e enriquecimento da pesquisa, quando necessários. Foram incluídos textos em inglês, espanhol e português. A estratégia de seleção de artigos consistiu em identificá-los primeiramente pelos títulos e resumos de interesse. Dos resumos selecionados, procedeu-se a busca por meio da leitura dos textos completos, sendo selecionados os artigos originais com adequados desenhos metodológicos.

Novos artigos foram elencados a partir da leitura dos artigos originais, quando considerado pertinentes. O resultado final da busca dos artigos científicos também está apontado no mesmo Quadro 1. Para complementar a revisão da literatura e ampliar o conhecimento acerca das doenças coronarianas, foram consultados dissertações e livros textos.

Quadro 1 - Estratégia de busca nas bases Medline-PubMed, LILACS, SCIELO, Psyc-Info e os respectivos resultados encontrados.

Base de dados	Resultado inicial	Resultado final
Medline – Pub Med	627	89
LILACS	72	23
SCIELO	52	14
Psyc Info	34	11

2.2 A DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO

2.2.1. Definição e os Principais Sintomas Clínicos

A Doença Isquêmica do Coração (DIC), ou aterosclerose coronariana, é uma doença inflamatória crônica, caracterizado pelo acúmulo de material gorduroso e alterações na íntima das artérias. Está relacionada com fatores de risco como elevados níveis de lipídios séricos ou hipertensão arterial sistêmica, e evolui com formação de placas enrijecidas, provocando a redução da elasticidade e obstrução progressiva da luz arterial.^{30, 31}

Sabe-se que seu processo inicia já na primeira década de vida e pode se desenvolver de forma silenciosa até o surgimento das complicações clínicas cardiovasculares, como IAM e AVC.^{32, 33}

O principal sintoma da isquemia miocárdica é decorrente do baixo abastecimento de oxigênio miocárdico, caracterizado pela *angina pectoris* nos momentos em que o fluxo sanguíneo é insuficiente para satisfazer a demanda de oxigênio do órgão.³¹

O termo angina deriva do grego *ankhon*, “estrangular” é do latim *pectus* “peito”, ou seja, “um estrangulamento do peito” definida como um desconforto na região do tórax, descrito como sensação desagradável de “sufocamento”, “compressão”, “estreitamento” e não necessariamente como dor.³⁰

Além da angina, sintomas como a taquicardia (aceleração da frequência cardíaca), a dispneia (falta de ar), as palpitações (sensação do batimento cardíaco), a fadiga excessiva (cansaço extremo), a sudorese (suor excessivo) e a náusea (urgência em vomitar) também são sintomas frequentes característicos da DIC.

2.2.2 O Tratamento

O tratamento da DIC é realizado por meio de alguns procedimentos específicos, entre eles o tratamento com medicações de uso contínuo. Podem ser prescritos de forma isolada ou associados procedimentos de revascularização do miocárdio, como a angioplastia - que é classificada como menos invasiva - até procedimentos considerados mais invasivos, como a cirurgia de anastomose de veia safena ou artéria mamária interna, ou cirurgia a céu aberto.^{30, 31}

Posteriormente, os pacientes que sofreram essas intervenções cirúrgicas têm indicação a ingressar em um programa de reabilitação

cardíaca, composto por um conjunto de atividades que trazem ao paciente uma melhor condição física, social e mental para o seu reingresso às atividades diárias.^{13,30,34-36} O acompanhamento nos Programas de Reabilitação Cardíaca, adequados aos esquemas terapêuticos ao estilo de vida dos pacientes, tem como objetivo principal diminuir os fatores de risco e oferecer melhor prognóstico e maior qualidade de vida aos sujeitos com DIC.³⁶

Com isso, a inclusão da mudança no estilo de vida do paciente coronariano é complementar ao tratamento e tem a finalidade de reduzir os fatores de risco, como por exemplo o tabagismo, o etilismo, o sedentarismo, a obesidade, a hipertensão arterial sistêmica e a dieta inadequada.^{13, 30, 35, 36}

Entre os medicamentos prescritos para tratamento da aterosclerose são indicados os vasodilatadores como o nitrato - de ação rápida - com o objetivo de relaxar e dilatar os vasos sanguíneos; os betabloqueadores, utilizados para diminuir a frequência cardíaca pelo bloqueio da ação da adrenalina e de outros hormônios do estresse no corpo, além de outros medicamentos associados simultaneamente, como os hipolipemiantes - para redução dos níveis dos lípidos e das lipoproteínas - e os anticoagulantes.³⁰

A indicação cirúrgica na cardiopatia isquêmica obedece a uma apreciação da história natural da doença e dos riscos e benefícios que a cirurgia pode oferecer. Quando os medicamentos não controlam a angina, são dois os principais métodos de revascularização do miocárdio.^{16,30}

- **Angioplastia:** esse procedimento abre as artérias bloqueadas ou estreitadas, por meio da introdução de um cateter guia na artéria a ser dilatada, através do qual é passado o cateter-balão e posicionado sobre a lesão, geralmente placa aterosclerótica; a seguir, infla-se o balão e verifica-se recuperação parcial ou total do calibre, afim de desobstruir o fluxo. O procedimento tem a duração de 30 minutos a 3 horas. A alta hospitalar é dada dentro de 24 a 48 horas, e é realizada monitoração posterior. No período de 6 meses repete-se avaliação, pela chance de haver a reestenose do vaso tratado (retorno do estreitamento, causando novamente isquemia do território irrigado), capaz de causar a redução da sua luz em 50% ou mais.
- **Cirurgia a céu aberto ou cirurgia de anastomose com veia safena ou artéria mamária interna:** é indicada aos pacientes em situações agudas, durante a fase crônica da doença

isquêmica, com lesões importantes nas coronárias; ou quando ocorre a piora no quadro clínico, evidenciando risco de infarto do miocárdio, mesmo em lesão de vaso isolado. Espera-se que com a cirurgia aumente a quantidade de sangue oxigenado perfundindo o miocárdio. Isto propicia modificações no fluxo sanguíneo, de uma oferta de oxigênio que seja satisfatória ao músculo cardíaco. Esse procedimento usa artérias ou veias de outra área, como um desvio à artéria coronária bloqueada. Os resultados em termos de qualidade de vida e de sobrevida são estatisticamente superiores aos obtidos com tratamento clínico e, entre 70 e 95% dos pacientes tornam-se assintomáticos. O objetivo principal do tratamento da DIC é a redução da frequência e da gravidade dos sintomas, assim como a prevenção ou diminuição do risco de ataque cardíaco e de morte.³⁰

2.2.3A Doença Isquêmica do Coração e sua Relação com as Variáveis Associadas

Do ponto de vista epidemiológico, alguns fatores de risco podem estar associados ao aumento do risco de desenvolvimento da DCV. Esses fatores de risco passaram a ser conhecidos principalmente após o consagrado estudo de Framingham,^{34,37} que teve início em 1948, e surgiu como algo inovador diante do pouco que se sabia a respeito das causas gerais das DCVs. O objetivo do estudo foi identificar possíveis fatores comuns para as DCVs em um grupo de participantes que ainda não apresentavam sintomatologia ou histórico de DVC. Esta coorte estende-se até os dias atuais.

Entre os achados, considerando a relação causa-efeito entre determinados fatores de risco e a maior incidência de complicações da aterosclerose, pode-se caracterizar estes como:

- Fatores de risco não modificáveis: história de doença cardíaca na família, sexo e idade, necessitam ser compreendidos pelo paciente para conhecer sua influência nas DCV.
- Fatores de risco potencialmente modificáveis como, por exemplo: hipercolesterolemia, baixos níveis de HDL-colesterol, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, obesidade e classe econômica.
- Fatores de risco totalmente modificáveis, como o fumo, a dieta

e a inatividade física.³⁸ A partir dessa compreensão, é que se considera a DVC como sendo multifatorial.^{34, 37}

2.2.3.1 História de Doença Cardíaca na Família

A história familiar é considerada fator de risco para a aterosclerose se há história de insuficiência coronariana precoce, isto é, em parentes de 1º grau masculinos de menos de 55 anos e femininos, com menos de 65 anos.^{33,39,40} É considerada importante preditor da ocorrência de DCV. Essa relação ocorre, principalmente, em pacientes com grau de parentesco mais próximo e, por ser uma variável não modificável, não há como controlar este fator de risco, sendo então necessário promover o controle dos demais fatores.⁴¹

2.2.3.2 Tabagismo

O tabagismo é considerado uma das maiores causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Apesar de ser avaliado como um fator modificável e evitável, há uma projeção de que em 2.030 1,6 bilhões de pessoas serão fumantes no mundo, o que remete ao aumento do número de pacientes com DVC.⁴²

Estudos apontam que fumantes têm duas vezes mais chances de desenvolver uma DVC e tem menor probabilidade de sobreviver a um infarto, quando comparados aos não fumantes.^{30,41} Além de existir uma relação consistente entre tabagismo e aterosclerose, identifica-se uma relação direta entre o número de cigarros consumidos e a extensão da lesão coronariana.⁴³ O consumo de cigarros também potencializa a formação de trombos e promove disfunção endotelial, aumentando a resistência vascular periférica e reduzindo o fluxo sanguíneo coronariano.

Após a ocorrência de um evento isquêmico cardiovascular, como por exemplo o IAM, 50% dos pacientes param de fumar; entretanto, esse cessar do hábito de fumar nem sempre se mantém, e as recidivas acontecem em média de 40 a 75% dos pacientes.⁴⁴

O ato de parar de fumar é visto com grande dificuldade pelos pacientes, seja pela dependência física e/ou psicológica. Diminuição da ansiedade, da sensação de fome, do aumento do prazer e do rendimento das tarefas são apenas alguns efeitos positivos citados pelos pacientes

que fazem uso do tabaco. Além do hábito de fumar propriamente dito, o tabagismo é entendido como um condicionamento situacional, como em situações de estresse ou até mesmo em situações sociais.⁴⁵

2.2.3.3 Idade

A idade avançada é considerada um fator importante no desencadeamento da DCV. O risco aumenta conforme o avanço da idade; porém, em relação aos homens o risco é maior, em média, após seus 50 anos; já nas mulheres, o risco aumenta após os 60 anos de idade. Em média, 50% das vítimas dessas doenças têm mais que 65 anos de idade.⁴¹

O número de pessoas com idade de 60 anos ou mais continua aumentando gradativamente. Os idosos, que em 1991 representavam 7,3% da população, em 2025 irão representar 15%. A expectativa de vida média está aumentando regularmente e espera-se que a média de idade no ano de 2020 seja em torno de 73 anos, tanto para homens como para mulheres.⁴⁶

Zaslavskye cols., em estudo sobre a relação dos idosos com a doença cardíaca, relata que autopsias realizadas em pacientes com idade de 90 anos ou mais revelam que 70% destes apresentam uma ou mais oclusões de vasos coronarianos. A idade tem sido mostrada como um fator independente para a doença coronariana.⁴⁷

2.2.3.4 Sexo

A incidência de DVC é em média de 50%, para homens, e 30%, para mulheres, ao longo da vida. Porém, o número de mulheres com risco cardiovascular aumenta após a menopausa e se dá principalmente em relação à mudança na produção hormonal.⁴¹

Segundo estudo realizado em 2009, há evidências de que a reação ao infarto também se apresenta de maneira diferente no homem e na mulher. O estudo apresenta diferença na mudança dos hábitos de vida e na presença de fatores de risco. As mulheres apresentam maior prevalência de hipertensão arterial, maior frequência em relação ao sedentarismo, à dificuldade de perda de peso e a dificuldade em parar de fumar.⁴⁸

Em estudo prospectivo realizado em 2012, Squin Ye e cols.

mostraram que é mais frequente em mulheres com doença coronariana a associação com a depressão, quando comparado aos homens. O estudo aponta que a alta prevalência em mulheres está associada aos mecanismos biológicos e pela disfunção endotelial em relação aos homens.⁴⁹

2.2.3.5 A presença de filhos, netos e/ou bisnetos

De acordo com o Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA),⁵⁰ o envelhecimento populacional tem acarretado mudanças nos arranjos familiares, provocando em famílias com pelo menos um idoso, maior convivência intergeracional. Nesse sentido, a família exerce papel fundamental no bem-estar de seus membros. Segundo Rezende e cols., a grande maioria do suporte social oferecido para idosos portadores de insuficiência cardíaca é, em primeiro lugar, proveniente de seus familiares.⁵¹ O que vai ao encontro ao que Amaral observou, que em relação ao apoio social, os resultados mais prevalentes indicaram os filhos como maiores provedores de ajuda (72,0%) nesta população.⁵² O que contribui para a importância de identificar os antecedentes familiares e a presença de filhos, netos e/ou bisnetos como integrantes da rede cuidadora de indivíduos que sofreram IAM.

2.2.3.6 A presença de animais de estimação

A relação dos animais de estimação com o ser humano tornou-se mais complexa, sendo capaz de provocar alterações no comportamento de todos os membros da família. Estudos indicam a importância da Terapia Assistida por Animais (TAA) no tratamento de doenças crônicas.⁵³⁻⁵⁵

A relação homem-animal e o bem-estar extraído desta convivência estendem-se hoje para práticas terapêuticas, e estudos apontam que as práticas da terapia assistida por animais têm se tornado mais conhecidas e aceitas por profissionais da área da saúde, mostrando resultados significativos tanto a nível físico, como psicológico e educacional.^{53,54} A partir da década de 60, o psicólogo norte-americano Boris Levinson publica uma série de artigos sobre as possibilidades de intervenções terapêuticas com o uso de animais, apresentando situações clínicas nas quais considerou fundamental a presença do animal no processo terapêutico. Levinson considera que, quando o ambiente falha

em fornecer condições suficientes para o desenvolvimento da criança, a presença do animal poderia suprir tais necessidades emocionais.⁵⁶

Na décadas de 1970 e 1980 as pesquisas se intensificam, sendo criado a *Pet* Terapia e, nos anos de 1990, finalmente, chega-se a terminologia implantada e aplicada mundialmente: “Atividade e Terapia Assistida por Animais”, seguindo o padrão americano guiado pela *Delta Society*, entidade dos EUA que regulamenta os programas com uso de animais.⁵³

Considerando o animal o agente facilitador para o tratamento, Benzins e cols. relatam benefícios em relação aos aspectos físicos, psíquicos, cognitivos, emocionais e sociais. Estão entre eles: os estímulos variados relativos à mobilidade, como habilidades motoras finas, equilíbrio de sustentar-se; estabilização da pressão arterial e reações químicas; bem-estar; a diminuição da dor; o estímulo da memória; a diminuição da ansiedade; o aumento do senso de responsabilidade e a redução do estresse.⁵⁷

Este mesmo estudo aponta que, nos Estados Unidos e na Europa, existe a redução do tempo de recuperação das doenças e uma maior sobrevida nos indivíduos que possuem animais de estimação e que foram acometidos por cardiopatia isquêmica. Percebe-se que, nestas situações, a presença do animal resultou na redução de ansiedade e na diminuição da depressão, uma vez que os animais incentivam a atividade física, tanto para levá-los aos passeios, como para a realização seus cuidados diários.

Outro estudo retrospectivo, Faria e cols.⁵⁵ pesquisaram a sobrevivência de pacientes que sofreram IAM que possuíam ou não animais de estimação. Foram analisados 92 indivíduos, dos quais 53 possuíam animais de estimação, incluindo os cães. No grupo que possuía animais foi alcançado o índice de sobrevivência de 94% após infarto; no restante do grupo, o índice obtido caiu para 71%.

2.2.3.7 Medicções de uso contínuo na insuficiência coronariana

Os agentes vasodilatadores são substâncias que aumentam o calibre dos vasos, alongando suas fibras musculares, utilizados no tratamento da insuficiência coronária, da insuficiência cardíaca e nas perturbações vasculares centrais e periféricas. São medicações utilizadas para regulação da pressão arterial, com base em dois efeitos principais que possuem: reduzir a resistência vascular periférica e a pressão ventricular esquerda e aumentar a capacidade das veias e diminuem o

retorno venoso.^{13, 57}

A hipertensão arterial, ou pressão alta, é definida pela VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão como sendo uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais^{14, 58}

O processo de cronicidade da hipertensão arterial caracteriza-se por apresentar história natural prolongada, influência multifatorial, longo curso assintomático, evolução clínica lenta e permanente. Sua evolução sem tratamento e acompanhamento pode evoluir para maiores complicações como o AVC e o IAM.⁵⁹

Os agentes hipolipemiantes são os fármacos usados no tratamento das dislipidemias, que se refere ao perfil lipídico do paciente, formado pelos indicadores de colesterol total, HDL-colesterol, LDL-colesterol e triglicérides, e está associado ao sedentarismo, alimentação inadequada, à obesidade e à predisposição genética. Seu controle é feito com mudanças de estilos de vida e tratamento medicamentoso.

A IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose preconiza valores de colesterol total < 200mg/dl, HDL – colesterol > 40 mg/dl - para homens - e > 50 mg/dl - para mulheres LDL – colesterol < 130mg/dl e triglicérides < 150mg/dl. O LDL – colesterol, também conhecido como o “mau colesterol”, quando elevado, é o principal responsável pelo desenvolvimento de placas de gordura nas paredes das artérias. Este fator pode ser controlado iniciando-se uma reeducação alimentar, juntamente com a medicação, quando necessário.⁶⁰

Um estudo realizado no Instituto Nacional de Cardiologia no Rio de Janeiro (INCRJ), mostrou o efeito da sinvastatina na redução da isquemia miocárdica em pacientes com DIC. Participaram do estudo 25 pacientes com angina estável e dislipidemia, submetidos a tratamento clínico que foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos: o grupo que recebeu sinvastatina e o grupo que recebeu placebo. Os resultados apontaram uma redução significativa na variação de colesterol total ($p < 0,001$) e os níveis de LDL-C ($p < 0,001$) no grupo sinvastatina, em comparação ao grupo placebo. Os resultados sugerem que a associação de sinvastatina em pacientes com angina estável, reduz a isquemia induzida pelo esforço e pode ser usada neste grupo de pacientes.⁴³

Portanto, sendo a DAC cada vez mais prevalente, controlar os fatores de risco - não só como prevenção primária afim de evitar

formação de placas de ateroma, mas também como prevenção secundária - retardar sua progressão e promover a regressão das placas existentes são fatores-chave no controle desta doença. Nos pacientes com DIC instalada, isso é ainda mais importante, para evitar a ocorrência do evento.⁴³

Os betabloqueadores são uma classe de fármacos que têm a capacidade de bloquear os receptores β (beta) da noradrenalina. Possuem diversas indicações, particularmente como antiarrítmicos, anti-hipertensores e na proteção cardíaca após IAM. São eficazes no controle dos sintomas autonômicos da ansiedade, como tremores, sudoreses e palpitações. Apesar de serem considerados medicamentos de primeira linha no tratamento da DAC, por reduzirem a morbidade e a mortalidade, observa-se certa relutância de alguns profissionais de saúde em prescrevê-los, sob a alegação de que esses fármacos estariam associados a efeitos adversos que poderiam afetar a qualidade de vida dos pacientes.⁶¹

No caso do tratamento das DCVs, poderá potencializar ou agravar queixas depressivas. Se por um lado a adoção das medidas propostas confere ao doente uma sensação de aumento de controle sobre sua doença, por outro ele poderá sentir que o seu estilo de vida foi alterado, e que alguns de seus hábitos e interesses serão modificados.⁶²

Existem ainda lacunas a respeito do tema e não foram encontradas evidências conclusivas para apoiar uma relação causal clara entre o uso de betabloqueadores e o surgimento de depressão.⁶³ Percebem-se contradições entre a afirmação de que os betabloqueadores têm influência direta no diagnóstico da depressão, enquanto que outros autores apontam que o uso da medicação não interfere de maneira significativa ao tratamento.

Os betabloqueadores, especialmente os lipossolúveis, têm sido associados à depressão desde a década de 1960. Limitações metodológicas importantes e falta de controle de variáveis de confusão presentes nesses estudos impedem uma resposta conclusiva sobre o assunto. Por outro lado, os benefícios decorrentes da prescrição dos betabloqueadores para o tratamento de DVCs são sustentados por inúmeros ensaios clínicos.^{61, 63-66}

A diferença entre os efeitos colaterais dos betabloqueadores e a depressão, é que os betabloqueadores são usados como vasodilatadores para diminuir a pós-carga (trabalho do coração) e, também diminuem a ação da adrenalina e de outros hormônios do estresse no corpo. Por isto, pode trazer a sensação de fraqueza, cansaço e fadiga, sensações comuns e toleráveis para a maioria dos pacientes.⁶⁴ No entanto, apesar dos

efeitos colaterais dos betabloqueadores serem na maioria das vezes leves para alguns pacientes, os sintomas da depressão podem ser confundidos com os efeitos colaterais da medicação, afetando a qualidade de vida do paciente.^{61, 63-66}

Nesse contexto, as percepções negativas podem conduzir os pacientes com DAC a desenvolver sentimentos de desesperança, caracterizada por pensamentos derrotistas e uma visão pessimista e negativa diante do futuro, o que está fortemente relacionada à depressão.⁶⁷ Indivíduos com transtornos depressivos tendem a avaliar negativamente a si mesmos, o mundo e o futuro.^{68, 69}

Observou-se em estudo prospectivo que a tendência de pontuações crescentes usando o *Beck Depression Inventory* (BDI) esteve associada ao uso a longo prazo de betabloqueadores, bem como com maiores doses desta droga. As conclusões deste estudo apontam que, em pacientes após IAM, a prescrição de betabloqueadores não está associado a aumento nos sintomas ou transtornos depressivos no primeiro ano. No entanto, os efeitos a longo prazo e alta dosagem não pode ser descartada.⁶⁵

Entretanto, quando são identificados problemas psíquicos iatrogênicos decorrentes do uso de medicamentos como os anticoagulantes, os digitálicos, os hipotensores e mesmo antibióticos usados de forma prolongada, convém assinalar que, na maioria das vezes, não são os medicamentos que provocam sintomas psíquicos propriamente ditos. Estes distúrbios são frequentemente decorrentes de efeitos neuropsicológicos secundários como, por exemplo, a vertigem, a insônia, o aumento de micção, entre outros, e são interpretados pelo paciente como psíquicos, podendo agravar o seu desequilíbrio emocional.^{30, 64-66}

2.2.3.8 *Medicamentos psicotrópicos utilizados em pacientes com doença isquêmica do coração*

Os antidepressivos são substâncias consideradas eficazes na remissão de sintomas característicos da síndrome depressiva. Estes fármacos aumentam os níveis dos neurotransmissores, como por exemplo, a dopamina, a adrenalina e a serotonina que produzem efeitos de satisfação.⁷⁰⁻⁷³

Do ponto de vista neuroquímico, a hipersecreção de noradrenalina relacionada à depressão unipolar foi documentada por meio dos níveis elevados plasmáticos de noradrenalina (NA) e de seus

metabólitos, e os pacientes com depressão melancólica apresentam um nível plasmático de NA maior que em outros subtipos depressivos. Outros estudos apontam ainda que diversos aspectos biológicos envolvidos na Depressão Maior possam exercer influência sobre eventos cardíacos, incluindo fatores neuroendocrinológicos. Em sujeitos com depressão, verifica-se uma desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal que pode estar relacionada a maior risco cardíaco.⁷⁰⁻⁷³

Estudos revelam a recomendação do tratamento da depressão entre estes pacientes, por meio de intervenções psicológicas, com ou sem medicação antidepressiva, dependendo da gravidade da depressão e da preferência do paciente.⁷⁴⁻⁷⁶

Os ansiolíticos são, em quase sua totalidade, drogas pertencentes à classe dos benzodiazepínicos, utilizadas para diminuir a ansiedade e a tensão. Recentemente incluíram-se, entre elas, a buspirona e os betabloqueadores. Todos os benzodiazepínicos, além de ansiolíticos, são também sedativos e hipnóticos.^{71, 72, 76, 77}

No tratamento da aterosclerose, para pacientes que apresentam alto nível de ansiedade, têm-se associado os ansiolíticos como medicação, quando com sintomas de ansiedade. Considerando as manifestações físicas da ansiedade em resposta ao estresse, há uma liberação de hormônio liberador de corticotrofina (CRH) pelo hipotálamo, o que determina aumento na secreção de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) pela hipófise, beta-endorfina e outros produtos da glândula pituitária. O aumento da secreção de cortisol determina alterações no endotélio, assim como a elevação do cortisol matinal relaciona-se com aterosclerose coronariana.^{72,73,77,78}

Segundo Coryell e cols. que avaliaram pacientes com doenças coronarianas e psiquiátricas associadas, demonstraram que transtornos de ansiedade podem estar associados a maior mortalidade, particularmente morte cardíaca repentina, e maior morbidade cardiovascular.⁷⁹ Evidências anteriores sugerem que pacientes com transtorno de pânico tinham maior índice de mortalidade.⁸⁰

Corroborando, estudos de Frasure-Smith e cols. associam altos níveis de ansiedade a pior prognóstico e maior recorrência de eventos cardíacos pós-infarto do miocárdio em pacientes coronarianos.⁸¹

Assim, é cada vez mais evidente a importância do tratamento da ansiedade em pacientes com DIC, seja por meio de medicação de ansiolíticos e/ou benzodiazepínicos, seja por alguma intervenção de psicoterapia associadas, com objetivo principal de prevenção e o agravamento dos sintomas.^{23, 82-87}

2.2.3.9 Classificação Funcional *New York Heart Association* - NYHA

A Classificação Funcional *New York Heart Association* (NYHA)⁸⁸ tem como proposta categorizar o grau de deficiência cardiovascular do indivíduo e verificar a sua limitação física, no qual permite que um paciente seja comparado com outro, para fins de estratificação de risco e planejamento terapêutico.

A Classificação Funcional NYHA para pacientes com cardiopatias, é definidas por:

- Classe I - Sem limitações resultantes da atividade física. A atividade física comum não causa fadiga anormal, palpitações ou dor anginosa.
- Classe II - Leve limitação da atividade física. Assintomáticos em repouso. A atividade física comum resulta em fadiga, palpitação, dispneia ou dor anginosa.
- Classe III - Marcada limitação de atividade física. Assintomáticos em repouso. Mínimo esforço físico, menos que a atividade física comum, causa fadiga, palpitação, dispneia ou dor anginosa.
- Classe IV - Incapazes de executar qualquer atividade física sem desconforto. Os sintomas de insuficiência cardíaca ou de síndrome anginosa podem estar presentes mesmo em repouso. A qualquer esforço físico empreendido o desconforto aumenta.

Em outro estudo Benevicius e cols. investigaram pacientes coronarianos que estavam em reabilitação, 2 semanas após IAM. Da amostra final do estudo (n=522) constituída por pacientes com DAC (72% homens; média de idade 58±9 anos), a maioria dos pacientes estavam classificados na Funcional *New York Heart Association* Classe II (72%), tinham hipertensão (81%), angina de peito (60%) e uma história de IAM (70%).⁸⁹

2.3 SINTOMAS PSICOLÓGICOS EM PACIENTES COM DOENÇA CORONARIANA

Na década de 1950, a ligação entre as áreas da Psicologia e da Cardiologia foi sugerida por Dunbar e cols. que afirmaram que, para cada tipo de afecção psicossomática, deveria existir um perfil de personalidade que poderia ser deduzido estatisticamente.³⁶

Todas as alterações fisiológicas decorrentes do processo de adoecimento trazem ao indivíduo uma condição crônica de saúde com a qual terá de aprender a conviver. Essa condição traz consigo certos fatores estressantes, como o tempo prolongado de tratamento, as mudanças no estilo de vida e no meio social, o que altera o modo de viver desse indivíduo e das pessoas que convivem com ele.¹²

Estudos desenvolvidos pelo Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia de São Paulo apontam que cerca de 70% das pessoas portadores de DAC referem ter algum fator emocional que levou à aquisição da enfermidade. Em um dos estudos realizados pelo Instituto foram analisados uma amostra (n=170) de casos, e concluiu-se que o infarto com morte havia ocorrido durante - ou logo após - essas pessoas terem vivenciado experiências emocionais intensas, como situações de pesar, aflição, ameaça ou de perda de pessoas importantes, situações financeiras problemáticas, assim como situações de injúria, de difamação ou de humilhação pública.³⁴

Em relação aos estados emocionais e suas repercussões sobre o ritmo cardíaco, estas estimulam ações que determinam padrões de atividade fisiológica, os quais subsidiam o comportamento adaptativo. Elas integram o sistema neuro-anátomo-fisiológico, e originam-se na interação da pessoa com seu ambiente, alterando o comportamento diante das mudanças situacionais.⁹⁰

O papel do coração como centro das emoções é reconhecido desde o início da Medicina. Como já diziam Hipócrates e seus discípulos (460-377 a.C.), *o coração não podia ficar doente, porque seria incompatível com a vida.*³⁶

Segundo Braunwald e cols. os impactos emocionais que afetam os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca faz com que este tipo de cirurgia seja vivido como uma experiência única, qualitativamente diferente de qualquer outro procedimento médico conhecido.³⁰ Compreende-se que os processos emocionais e sociais não devem ser excluídos na formulação do diagnóstico de um paciente com DAC. É por meio da avaliação inicial que são fornecidos boa parte dos dados básicos necessários para se estabelecer diagnósticos anatômicos específicos das DCVs e determinar o grau de comprometimento funcional do coração.³⁰

Para fins de estabelecer o diagnóstico, a anamnese e o exame físico cuidadoso são fontes ricas de informações relativas à doença do paciente. Quando realizada de forma cuidadosa e bem dirigida, é estabelecido um vínculo entre médico e paciente, o que pode ser decisivo na adesão, no que diz respeito à aceitação do plano terapêutico

que lhe é oferecido. É principalmente pelo contato direto estabelecido com o paciente que a confiança pode se estabelecer. Concordante a essa proposta, a Organização Mundial da Saúde preconiza que, para se avaliar a adesão ao tratamento, é necessária uma parceria entre profissional e paciente, uma relação em que se compartilhem as possibilidades, pactuem as necessidades e que as decisões envolvam não uma imposição, mas sim, uma troca.⁹¹

De acordo com Beanlands e cols. a doença crônica, quando detectada, parece ter um impacto importante no autoconceito do indivíduo, implicando transformações que podem se estender durante o tratamento e também no período subsequente.⁹²

Enquanto alguns pacientes aderem bem ao tratamento, outros podem rebelar-se contra as limitações das suas vidas, e apresentar condutas desafiantes e de risco. Além disso, fatores psicológicos como a baixa autoestima, a ansiedade, a depressão e o isolamento social podem influenciar a compreensão do paciente sobre sua doença ou tratamento e diminuir sua adesão ao tratamento médico.^{28,29,87,93}

Segundo Mantovani e cols. muitos pacientes, por não aderirem ao tratamento após IAM, colaboram com o aumento da possibilidade da ocorrência de um novo evento, elevando os índices de mortalidade e morbidade. De 10 a 20% dos pacientes com DAC evoluem ao óbito ainda no primeiro ano de evolução da doença, aumentando para 50% em cinco anos.⁹⁴

A dúvida quanto ao seu prognóstico pode levar o paciente a enfrentar um processo que envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento, no que diz respeito às mudanças físicas, psíquicas, e de hábitos de vida mais saudáveis. Isto leva a restrições aos hábitos alimentares e alterações de hábitos rotineiros anteriores, buscando assim, uma adaptação que será construída de acordo com sua capacidade e limitações, objetivando diminuir os fatores de risco da DAC.^{12, 18, 34}

No entanto, este parâmetro costuma levar em consideração as implicações clínicas baseadas em um modelo biomédico, que prioriza a detecção de doenças, sem englobar as dimensões social e psicológica dos indivíduos e suas consequências para a saúde.⁹⁵

Estima-se que a depressão, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), no início dos anos 2000, acometia 6% da população mundial e prevê que, até 2020, terá se tornado a segunda causa de morbidade no mundo, precedida apenas pelas DCVs.⁹⁶

O aumento dos diagnósticos de depressão nos países do Ocidente, desde a década de 1970, poderia ser interpretado simplesmente como efeito do empenho da indústria farmacêutica em desenvolver e difundir

técnicas de diagnóstico favoráveis ao uso dos antidepressivos lançados a cada ano no mercado.⁹⁷

Resgatar o tratamento clínico das depressões é um desafio em ascensão já apontado na literatura por muitos estudos.^{15, 20, 30, 35, 36} Têm como objetivo principal tratar os pacientes com diagnóstico de depressão de maneira interdisciplinar, abrangendo tanto a área das Ciências Médicas, quanto a área da Saúde Coletiva.

Tratando-se da DAC, alguns estudos têm mostrado que os pacientes experimentam uma forte angústia no período perioperatório.^{12,18,34,36} Os sintomas depressivos poderão ocorrer ainda nos primeiros dias de hospitalização, por uma reação da perda da autoestima. Seus medos e concepções a respeito da doença devem ser abordados e, o quanto possível, elaborados pelo paciente, pois isso pode contribuir com o tratamento e com a sua recuperação.

Entre 20 a 30% dos pacientes que apresentam DIC manifestam transtorno depressivo^{20,98} e uma percentagem ainda maior apresenta sintomas depressivos quando usadas escalas de auto relato. Estes sintomas após IAM prejudicam a reabilitação e associam-se a taxas mais altas de mortalidade e morbidade clínica. Estudos epidemiológicos recentes^{19,97,98} apontam que, em pacientes com doença isquêmica cardíaca, cerca de 20% preenchem critérios para depressão maior, e cerca de 50% apresentam alguns sintomas depressivos. Na população geral, a prevalência de transtorno depressivo maior é em torno de 6%.

A depressão impacta negativamente na qualidade de vida do paciente, e é um fator de risco para a não aderência terapêutica. Segundo a II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco, a depressão é uma ocorrência comum em pacientes transplantados e pode acometer até 25% dos pacientes entre um e três anos após a cirurgia, sendo mais comum no primeiro ano.⁹⁹ Há a necessidade de investigação da depressão e da ansiedade, em virtude da debilidade que caracteriza a fase de insuficiência cardíaca terminal, pelo fato de vir a possuir o coração de outra pessoa.^{100,101}

Os episódios depressivos, segundo Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde 10ª Revisão (CID 10), são classificados como episódios típicos em que o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Apresenta maior tendência ao isolamento e ao embotamento afetivo, além de alteração do sono e diminuição do apetite, diminuição

da autoestima e da autoconfiança; ocorrem frequentemente ideias de culpabilidade e/ou de indignidade, mesmo nas formas leves. Podem ocorrer pensamentos frequentes de desesperança, de morte e de suicídio.⁶⁹

De acordo com o CID-10, o número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de Episódio Depressivo Maior:⁶⁹

- Leve: geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente.
- Moderado: presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente tem dificuldade para continuar a desempenhar as atividades de rotina.
- Grave: vários dos sintomas são marcantes e angustiantes, tipicamente a perda da autoestima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e os atos suicidas são comuns, e são observados em geral vários sintomas “somáticos”, isto é, manifestações físicas de causas psicológicas.

Na literatura é amplamente discutida a hipótese de que fatores psicológicos - como sintomas de ansiedade, estresse, raiva e hostilidade - podem desempenhar um papel no desenvolvimento de DCV.^{82,84,93,102} Vários estudos têm mostrado que estas características psicológicas são associadas a risco aumentado de morbidade cardiovascular e mortalidade.^{87,103,104} No entanto, ainda existe a lacuna sobre se os fatores psicológicos estão relacionados ao desenvolvimento da aterosclerose, ao desencadeamento de eventos clínicos em pessoas com doença subjacente, ou ambos.¹⁰⁵

Além da depressão, os transtornos de ansiedade constituem os tipos de desordens psiquiátricas mais frequentes na população geral.¹⁰² Um estudo epidemiológico realizado por Toscano e cols. aponta que 2 a 4% da população geral apresentam ansiedade significativa, e 10 a 14% dos pacientes que procuram cardiologistas relatam queixas relacionadas com a ansiedade.⁸²

Segundo Cassorla e cols., a ansiedade possui importante função homeostática. Seu papel é alertar o organismo de situações que podem ameaçar a sobrevivência, bem como estimulá-lo a encontrar elementos para sua subsistência. Basicamente, a ansiedade estimula a ação, a luta ou a fuga quando há ameaças ou frustrações.⁸⁴ É um mal-estar que está ligado a sentimentos de medo, tensão e perigo. Pode ser desencadeada quando o paciente está em contato com algo novo ou com situações inesperadas ou desconhecidas.²⁵

Os sintomas são os mais diversos: taquicardia, tremores, tensão muscular, aumento do desejo de urinar e defecar, cefaleia, dor no estômago, entre outros. A ansiedade tem sido associada a piores resultados em qualidade de vida, especialmente nas dimensões psicológica e social de pacientes com doenças crônicas.²³

No entanto, considerando a abordagem psicodinâmica do paciente ansioso, Cassorla diz ainda que,

[...] a distância entre ansiedade normal e patológica é tênue, e com frequência o organismo a manifesta com maior intensidade que a necessária para tarefa em questão. Quando a ansiedade ultrapassa certo limiar, ao invés de auxiliar o organismo, passa a atrapalhá-lo. O estado de alerta é exagerado, o sistema neuro-hormonal se descontrola e manifestam-se receios, expectativas e preocupações em grau intenso, juntamente com sintomas de ordem neurovegetativa e agitação psicomotora.⁸⁴

Corroborando as considerações da abordagem do paciente ansioso, o psicanalista David Zimmermann explica que o transtorno de ansiedade na atualidade passou a ser chamado pela clássica expressão “neurose de angústia.” Esta pode englobar os seguintes quadros de psicopatologia, de acordo com o CID-10: transtorno de ansiedade generalizada (TAG), fobias, doenças do pânico, transtornos obsessivo-compulsivos (TOC), estresse pós-traumático e/ou induzidos por substâncias.¹⁰²

Para o paciente com indicação cirúrgica cardíaca, seguindo o procedimento clínico cardíaco, é obrigatória que este passe por uma avaliação pré-operatória. A capacidade dos pacientes enfrentarem o estresse da cirurgia cardíaca deverá ser avaliada no período pré-operatório, para quantificação dos *déficit* funcionais cardiovasculares, respiratórios, renais, neurológicos, gastrintestinais e metabólicos; sua correção antes da intervenção operatória permite a redução da morbidade e mortalidade do procedimento.³¹

Neste período é significativa a presença de estresse e ansiedade, devido à incerteza de sua evolução, separação da família, fantasia em relação ao procedimento cirúrgico e pelo risco de morrer.¹⁸ Estes dados ratificam o que Oliveira e cols. Trazem citando que o infarto causa um impacto significativo na vida do paciente com doença isquêmica cardíaca, representada pela ameaça de morte, com alto grau de ansiedade, mostrando-se como um obstáculo no percurso de sua vida,

com autoestima alterada devido ao evento.¹⁰⁶

Em relação ao manejo desta ansiedade, de acordo com Braunwald e cols., deverá ser conduzido deixando o paciente verbalizar suas angústias, procurando explicar-lhe como será a cirurgia, os sistemas de suporte oferecidos, a segurança de possível transfusão de sangue e por fim, como será o período em que ficará na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e na sala de recuperação pós-cirúrgica. Um dos objetivos principais da preparação pré-operatória, do ponto de vista do caráter emocional, é tentar manter o paciente o mais seguro e tranquilo possível, para enfrentar todo o procedimento, tanto a própria cirurgia como também o período pós-cirúrgico, sua reabilitação e sua recuperação.³⁰

É importante na avaliação dos pacientes com DIC a identificação de doenças psiquiátricas prévias, pois estes tendem a apresentar mais complicações emocionais no pós-operatório, o que faz necessário tratá-los com a ajuda de um especialista. Diante das altas taxas de mortalidade por DCVs, é necessário que se promovam estratégias de prevenção e reabilitação que abordem aspectos físicos e emocionais.³⁰

Segundo estudos realizados por Reboe cols., em grupos de pacientes nos quais se realizou alguma ação psicoterapêutica breve antes de intervenções cirúrgicas, os índices de morbidade e mortalidade estiveram diminuídos. O desenvolvimento de um trabalho diferenciado no tratamento de cardiopatias pode oferecer aos pacientes melhoras significativas no quadro clínico. Estudos apresentam ainda benefícios proporcionados aos pacientes cardíacos, por meio de equipes interdisciplinares de reabilitação cardíaca, que visam contribuir para uma melhor qualidade de vida destes indivíduos.^{31, 35}

Contudo, alguns estudos sugerem ainda que os transtornos de depressão não provocaram a DVC, mas que estavam presentes antes da admissão hospitalar, enfatizando a importância da detecção precoce e do diagnóstico adequado para o planejamento de intervenções efetivas nesta condição extremamente prevalente.^{35, 107}

No campo das pesquisas científicas, estudos adicionais são necessários para avaliar prospectivamente o papel da depressão e da ansiedade como fator de risco, ou desencadeante de desfechos clínicos cardiovasculares.

2.4 ESCALAS HADS DE AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA EM PACIENTES COM DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO

O estado da ansiedade e da depressão em pacientes não

psiquiátricos hospitalizados pode ser avaliado por diversas escalas. Ser submetido a uma cirurgia cardíaca parece ser fator predisponente a sintomas de ansiedade e depressão, como já descritos previamente.¹⁸

A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), é um instrumento que avalia ansiedade e depressão e tem sido utilizada para avaliar pacientes com doenças físicas,¹⁰⁸ foi traduzida para vários idiomas e, em 1995, foi validada para o português.¹⁰⁹ Suas principais características são:

- os conceitos de ansiedade e depressão, encontrados separadamente;
- conceito de depressão encontra-se centrado na noção de anedonia (perda da capacidade de sentir prazer, próprio dos estados depressivos graves);
- destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos;
- é curta, podendo ser rapidamente preenchida;
- ao paciente solicita-se que responda baseando-se em como se sentiu durante a última semana.

De acordo com Marcolino e cols., que analisaram a validade do critério e da confiabilidade da escala de HADS em pacientes em pré-operatório de cirurgia cardíaca, a consistência interna da HADS variou de 0,79 a 0,84. Os itens da HADS correlacionaram-se positivamente com a pontuação total das respectivas subescalas. A correlação de *Spearman* entre a HADS-A e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e HADS-D com o Inventário de Depressão de Beck (BDI) variou de 0,6 a 0,7. A sensibilidade e a especificidade variaram de 69,6% a 90,9%, mostrando-se índices de consistência interna recomendáveis para instrumentos de triagem, correlacionando-se positivamente com a pontuação total nas subescalas de ansiedade e de depressão, de moderada para forte entre a HADS-A e a HADS-D.¹¹⁰

Corroborando, o estudo de revisão realizado por Bjelland e cols., a correlação entre a HADS e a BDI variou de 0,6 a 0,73,¹⁰⁹ reforçando que a validade de critério da HADS pode ser considerada de boa para muito boa.

Além disso, verificou que um ponto importante que distingue a HADS das demais escalas é que, para prevenir a interferência dos distúrbios somáticos na pontuação da escala, foram excluídos todos os sintomas de ansiedade ou de depressão diretamente relacionados com doenças físicas.¹⁰⁹⁻¹¹² Assim, nessa escala, não figuram itens como perda de peso, anorexia, insônia, fadiga, pessimismo sobre o futuro, dor de

cabeça e tontura, que poderiam também ser sintomas de doenças físicas. Em se tratando de estudo com amostra de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico, a presença de sintomas somáticos da ansiedade e da depressão poderia ser confundida com sinais e sintomas consequentes à doença de base ou ao seu tratamento.

Segundo estudo prospectivo publicado em 2013, Benevicius e cols. avaliaram 523 pacientes de um Programa de reabilitação na *Lithuanian University of Health Sciences in Palanga, Lithuania*, utilizando a subescala HADS-A, a fim de investigar ansiedade em pacientes com DAC; os pesquisadores detectaram alta prevalência de ansiedade nesta população. Além disso, o estudo compara a escala HADS Ansiedade com outros instrumentos de avaliação STAI *State-Anxiety Inventory* e SSAI *Spielberger Trait-Anxiety Inventory* e conclui que todas as escalas de ansiedade analisadas têm sensibilidades semelhantes, mas afirma que a HADS-A tem especificidades superiores quando comparado com o STAI *State-Anxiety Inventory* e SSAI *Spielberger Trait-Anxiety Inventory*.¹¹³

Em outro estudo prospectivo, a HADS também foi utilizada por Santos e cols. no qual procuraram avaliar a presença de sintomas de ansiedade e depressão e verificar associações das doenças com as variáveis sexo e idade, em pacientes (n=100) no pré-operatório de cirurgias eletivas. Os resultados apontaram que 40% dos indivíduos foram considerados portadores de ansiedade e 22%, portadores de depressão. Encontrou-se relação estatisticamente significativa dos níveis dessas desordens com as variáveis sexo ($p < 0,001$) e idade até 45 anos ($p < 0,001$).¹⁰⁹

Considerando a importância da mensuração e seus instrumentos na qualidade de uma pesquisa científica, e que de modo geral, há duas propriedades básicas indispensáveis para as medidas empíricas: validade e confiabilidade, a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) contemplou preencher os critérios para fins de cumprir com os objetivos do atual estudo.

2.5 HIPÓTESE

A presença de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes durante seu tratamento de doença isquêmica do coração é três vezes maior que a da população geral, e sua presença pode ser influenciada por aspectos socioeconômicos ou hábitos de vida, relacionadas à história do paciente, ou a características de seu estado clínico ou da terapia indicada.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar a prevalência de sintomas depressivos e/ou ansiosos em pacientes com doença isquêmica do coração e variáveis associadas, atendidos no ambulatório de um hospital especializado em cardiologia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Avaliar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos de acordo com a escala HADS, em um ambulatório de hospital especializado em cardiologia;

2. Testar a associação entre a presença de sintomas depressivos e/ou ansiosos e as seguintes variáveis:

- Sexo;
- Idade;
- Escolaridade;
- Situação conjugal;
- Presença de filhos;
- Presença de netos e/ou bisnetos;
- Renda média domiciliar *per capita*;
- Tabagismo;
- História familiar de doença coronariana;
- Limitação física, segundo Classificação Funcional NYHA (*New York Heart Association*);
- Utilização de medicação betabloqueadora;
- Utilização de medicação vasodilatadora;
- Utilização de hipolipemiante;
- Presença de animais de estimação.

4 MÉTODO

Este é um estudo observacional de desenho transversal, de amostra não-probabilística, cuja coleta de dados foi realizada no ambulatório do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) de outubro de 2012 a fevereiro de 2013.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) foi inaugurado em 17 de abril de 1963. É um hospital público de referência estadual na área assistencial, de ensino e de pesquisa, classificado em relação a sua natureza como hospital especializado, concentrando suas atividades no tratamento de doenças cardiovasculares.

O ICSC atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde. Quanto à sua propriedade, manutenção e controle, é público, pertencente à Secretaria Estadual de Saúde do governo do Estado de Santa Catarina. Em 1987 foi construído anexo ao Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, uma edificação que abriga a emergência do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina e seus setores administrativos.

Atualmente considerado de médio porte, o Instituto de Cardiologia conta com 108 leitos ativos, divididos em 10 leitos de unidade de terapia intensiva UTI-Coronária, 72 leitos de internação em enfermaria, 2 leitos de internação para iodoterapia e 25 leitos de internação na Emergência. Conta também com 2 salas cirúrgicas, serviço de hemodinâmica, medicina nuclear e ambulatório especializado.

No ambulatório de cardiologia do Instituto de Cardiologia, o local onde foi realizada a coleta de dados, são efetuadas as consultas especializadas em cardiologia geral, de especialidades (cirurgia cardíaca, miocardiopatia, arritmia, eletrofisiologia, marca-passo, anticoagulação, hipertensão arterial, cardiopatias congênitas em crianças e gestantes de alto risco), e outros procedimentos como curativos, retirada de pontos, consultas de enfermagem e internações, com suporte de uma equipe interdisciplinar de saúde.

Neste hospital são realizadas quase a totalidade das cirurgias cardíacas pelo Sistema Único de Saúde em pacientes adultos da Grande Florianópolis.

4.2 PÚBLICO ALVO

A população alvo deste estudo foi recrutada no ambulatório do Instituto de Cardiologia, foi encontrada e a amostra foi constituída por pacientes portadores de doença isquêmica do coração.

Estes pacientes são usuários do Sistema Único de Saúde, por meio da promoção e recuperação da saúde, agendados para as consultas por intermédio de encaminhamentos vindos da rede em Atenção Primária, Secundária e Terciária de referência da sua região de domicílio e de regiões circunvizinhas. Além dessa fonte de encaminhamento, encontrou-se também no ambulatório pacientes que receberam alta hospitalar e estão na consulta de retorno, 30 dias após o procedimento cardíaco (cirurgia ou angioplastia) realizado no próprio Instituto de Cardiologia.

4.3 CÁLCULO DA AMOSTRA

A amostra foi calculada usando o programa EPI-INFO versão 7.0 (CDC USA - WHO- Genebra, Suíça - 1997). Há um universo de cerca de 600 pacientes atendidos nesse ambulatório e admitiu-se uma média de 20% na prevalência de depressão em pacientes com doença coronariana.^{19,21,107} Assumindo um erro tipo alfa de 5% e erro tipo beta de 20% e aceitando-se um erro de $\pm 3\%$, a amostra resultante foi de 204 indivíduos.

Crítérios de inclusão:

- Ser portador de doença isquêmica do coração;
- Ser atendido no ambulatório de cardiologia clínica do Instituto.

Crítérios de exclusão:

- Não ter condições neurológicas que impediriam o participante responder ao questionário;
- Apresentar outras doenças cardiovasculares que não são as isquêmicas;
- Ter a entrevista interrompida pelo chamado do médico para a consulta.

4.4 PROCEDIMENTOS

Foram convidados a participar do estudo todos os pacientes que, consecutivamente, estavam na sala de espera dos ambulatórios de cardiologia clínica do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina e que preencheram os critérios de inclusão. Estes foram entrevistados oralmente e diretamente pela pesquisadora, em um ambiente privativo quando existia consultório livre e à disposição; quando estes não estavam disponíveis, por motivos de limitação do espaço físico, as entrevistas foram realizadas na própria sala de espera, em um local um pouco mais reservado e isolado dos outros pacientes.

4.4.1 Instrumentos de coleta de dados

Para avaliar ansiedade e depressão:

- **Escala HADS** (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) instrumento com escala do tipo *Likert* de 4 pontos, que contém 14 itens distribuídos em duas subescalas, para ansiedade (HADS-A) e depressão (HADS-D), com sete itens cada uma. A pontuação global em cada subescala varia entre 0 e 21 (Anexo B). A avaliação da HADS é somatória para as subescalas separadamente ou para a escala total, e utiliza-se como pontos de corte os seguintes valores: 0-7 para ausência de sintomas significativos; 8-10 para sugestão de vulnerabilidade à ansiedade ou depressão e de 11 ou mais com a presença de sintomas depressivos e/ou ansiosos.¹⁰⁸

O formulário consistiu na coleta dos seguintes dados e o entendimento das perguntas era checado e a questão era reformulada caso não houvesse compreensão:

- Nome completo;
- Sexo, como masculino ou feminino;
- Idade, em anos;
- Endereço residencial atual;
- Telefones: pessoal fixo e móvel, e de um parente próximo ou de um vizinho;
- Escolaridade: a correspondência foi feita de forma que cada série concluída com aprovação correspondesse a 1 ano de estudo. A contagem dos anos teve início a partir da primeira

série do ensino fundamental. Foi considerado o ensino fundamental completo aquele com duração de 8 anos completos. Foi perguntado “Até que ano você estudou?”

- Situação conjugal: classificado em solteiro, casado, união estável, divorciado e viúvo. Foi perguntado “Qual é o seu estado civil?”
- Número de filhos: em “sim” ou “não”, e quantidade. Foi perguntado “Você tem filhos? Quantos?”
- Número de netos e/ou bisnetos: em “sim” ou “não”. Foi perguntado “Você tem netos?”
- Renda mensal domiciliar: foi considerada a média do rendimento mensal domiciliar, como a soma dos rendimentos médios mensais dos componentes da família nos últimos meses. Foi perguntado: “Qual é a renda familiar mensal total, em reais, em média, nos últimos meses?”
- Habitantes do domicílio adultos e crianças: número de habitantes que habitam o domicílio. Foi perguntado: “Quantas pessoas habitam o seu domicílio? Quantos adultos e quantas crianças?” Para fins de análise, foi considerada a renda média dividida pelo número de habitantes da casa.
- Tabagismo, foi perguntado ao paciente se ele fumava: “o(a) senhor(a) fuma?” Quando a história era positiva para tabagismo atual, foi perguntado o número de cigarros fumados ao dia, sendo classificado como “fumante leve” – consumo inferior a 10 cigarros por dia; “fumante moderado” – consumo entre 10-20 cigarros por dia e “fumante pesado” – consumo superior a 20 cigarros por dia.¹¹⁴
- História familiar de doença coronária, em “sim” ou “não”. Foi perguntado: “Tem algum parente próximo (pais ou irmãos) que tem ou teve doença cardíaca?”
- Utilização de alguma medicação contínua: em “sim” ou “não”, com descrição do medicamento. Foi perguntado “Faz uso de alguma medicação contínua? Quais?” As medicações foram identificadas pelo seu nome científico posteriormente e classificado em “betabloqueador”, “vasodilatador”, “hipolipemiante”, “antidepressivo” ou “ansiolítico”.
- Animais de estimação: em “sim” ou “não”. Foi perguntado “Possui animal de estimação?”
- Esforço físico, segundo a Classificação Funcional NYHA (*New York Heart Association*)⁸⁸ em que o paciente optava por uma

opção de resposta. Foi perguntado: 1. “Não cansa para correr” 2. “Caminha rápido e descansa” 3. “Caminha devagar e descansa” 4 “Não consegue caminhar e nem correr”. A partir desta descrição foram classificados segundo as suas categorias.

No Quadro 2 estão apresentados as variáveis independentes analisadas, segundo sua classificação e categorias.

Quadro 2 - Variáveis independentes analisadas, com suas classificações e categorias.

Variável	Classificação	Categoria
Sexo	Variável dicotômica.	“Feminino e masculino”.
Idade	Variável discreta, categorizada de forma politômica para descrição. Dicotomizada para análise multivariada.	“Em anos”, categorizados a cada 10 anos, segundo IBGE. Para posterior análise, foi dividida em menos de 60 anos e 60 anos ou mais, sendo a primeira de referência.
Escolaridade	Variável discreta categorizada como politômica, dicotomizada para fins de análise.	“Anos de estudos completos “0-4 anos”, “5-8 anos”, “9-11 anos” e “ \geq 12 anos de estudo”). Para posterior análise de regressão logística foi necessário tornar a variável dicotômica (“ $<$ 8 anos de estudo” e “ \geq 8 anos de estudo”), ficando a categoria “ \geq 8 anos de estudo” como categoria de referência.
Estado civil	Variável discreta categorizada politômica, dicotomizada para fins de análise.	“Casado” e “união estável” foram agrupadas na categoria “com companheiro” e as categorias restantes, “solteiro”, “separado” e “viúvo”, constituirão a categoria “sem companheiro”. A primeira foi considerada referência
Presença de filhos	Variável discreta dicotômica.	Em “sim” ou “não”, sendo a primeira referência.
Número de netos e/ou bisnetos	Variável discreta dicotômica.	Em “sim” ou “não”, sendo a primeira referência.
Renda <i>per capita</i>	Variável contínua para fins de categorização.	Foi considerado o total do rendimento mensal domiciliar dividido pelo total de habitantes (crianças e adultos), descritos em faixas de unidades de salários-mínimos per capita. Para fins de análise, os valores obtidos foram categorizados em quartis e considerados como categoria de risco o 1º quartil, que representou o grupo com a renda mais baixa per capita. Os 2º, 3º e 4º quartis foram agrupados e constituídos a categoria de referência.

Continua...

Variável	Classificação	Categoria
Continuação		
Tabagismo	Variável categórica politômica, dividida em 5 categorias e para análise estatística, a variável foi transformada em dicotômica.	“Nunca fumou”, “ex-fumante”, “fumante leve”, “fumante moderada” e “fumante pesada”, segundo número de cigarros consumidos por dia. Para fins de análise, a variável foi transformada em dicotômica, tabagismo “sim” e “não”, sendo as categorias “nunca fumou” e “ex-fumante” agrupadas como categoria de referência.
Tipo de tratamento	Variável categórica politômica, de 3 categorias, dicotomizada posteriormente.	“clínico”, “cirúrgico”, “angioplastia”. Para fins de análise, as 2 últimas foram agrupadas em intervenção e considerada de risco.
Indicação cirúrgica	Variável categórica dicotômica.	“sim” e “não”, sendo a última referência.
História familiar de doença coronariana	Variável categórica dicotômica.	“sim” e “não”, sendo a última referência.
Uso de medicação contínua	Variável categórica dicotômica.	“sim” e “não”.
Medicação betabloqueador	Variável categórica dicotômica.	“sim” e “não”, sendo a última referência.
Medicação vasodilatador	Variável categórica dicotômica.	“sim” e “não”, sendo a última referência.
Medicação hipolipemiente	Variável categórica dicotômica.	“sim” e “não”, sendo a última referência.
Medicação antidepressivo	Variável categórica dicotômica.	“sim” e “não”.
Medicação ansiolítico	Variável categórica dicotômica.	“sim” e “não”.
Animais de estimação	Variável categórica dicotômica.	“sim” e “não”, sendo a 1ª referência.
Classe Funcional NYHA (<i>New York Heart Association</i>)	Variável categorial politômica.	Classificados segundo categorias da NYHA. Para fins de análise, as 2 primeiras categorias foram agrupadas e consideradas como referência.

A variável dependente “sintomas depressivos e/ou ansiosos” foi denominada como desfecho deste estudo, utilizando-se os escores encontrados pelo instrumento HADS. Para fins de análise, foram feitos dois tipos de avaliação:

- Como variável categórica politômica, da seguinte forma: categoria 1: sem risco (pontuação de 0 a 7 nas sub escalas), categoria 2: vulnerabilidade à ansiedade ou depressão (pontuação de 8 a 10 nas sub escalas) e categoria 3: com sintomas (pontuação acima de 11 nas sub escalas), segundo somente a escala.
- Para fins de análise de associação com as variáveis

independentes, foi considerado como desfecho “com sintomas depressivos e/ou ansiosos” pacientes com pontuação acima de 11 à escala de HADS Total e/ou utilizando medicações ansiolíticas ou antidepressivas (os quais tinham diagnóstico prévio de depressão ou ansiedade mas que estavam com seus sintomas controlados pela medicação). Tal estratégia é utilizada em estudos com outras desordens, como diabetes melito, dislipidemias ou hipertensão arterial sistêmica,¹¹⁵⁻¹¹⁷ quando a medicação pode influenciar o diagnóstico.

Quadro 3 - Sintomas depressivos e ansiosos, segundo HADS.

0	1	2
Sem sintomas	Vulnerável a sintomas	Com sintomas significativos
Pontuação de 0 a 7	Pontuação de 8 a 10	Pontuação de 11 ou mais

4.5 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Para facilitar a descrição e a apresentação dos dados em tabelas, os dados foram todos categorizados e descritos, segundo categorizas apresentadas no Quadro 2.

A associação com o desfecho “sintomas depressivos ou ansiosos” foi testada por meio do teste de quiquadrado.

Decorrente da ausência de um modelo teórico robusto de análise multivariada, foram testadas em um modelo de regressão logística anterógrada por verossimilhança todas as variáveis independentes que apresentaram associação com $p < 0,2$, sendo incluídas uma a uma em ordem decrescente de grau de associação.

Pela alta prevalência do desfecho, houve a conversão da razão de chance do modelo de regressão logística para razão de prevalência, assim como seu intervalo de confiança, segundo fórmulas a seguir:

$$RP = \frac{OR}{(1+p_1*[OR-1])} \text{ e } IC_{95\%} = OR^{\frac{1 \pm 1,96}{z}}$$

Onde:

p_1 = prevalência da enfermidade no grupo de referência.¹¹⁸

4.6 QUESTÕES ÉTICAS

O trabalho foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), no dia 08/10/2012, sob o número 126.044, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, e conduzido segundo os Códigos de Ética Médica e de Psicologia e a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Foi também submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC), no dia 25/09/2012, sob o número 106.912 como Instituição coparticipante da pesquisa.

Num primeiro momento, o termo de consentimento livre, esclarecido e revogável, foi oferecido a todos os participantes incluídos nesta pesquisa, expostos com clareza o tema, os objetivos, a relevância e o método do estudo.

Os dados coletados da pesquisa serão arquivados para garantir a sua confidencialidade e serão mantidos em sigilo por 5 anos, quando então serão incinerados após esse período (Norma 196/96).

Durante a coleta de dados realizada no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, houve a preocupação em disponibilizar o encaminhamento de pacientes para tratamento psicoterápico, quando necessário. Esta iniciativa teve como objetivo contribuir para a recuperação e reabilitação cardíaca dos pacientes, a fim de oferecer um tratamento interdisciplinar e de modo integrado entre as áreas da Medicina e Psicologia.

Os pacientes foram encaminhados ao Serviço de Atenção Psicológica da Universidade Federal de Santa Catarina (SAPSI/UFSC), que funciona como Centro de Psicologia Aplicada, por meio da realização de estágios supervisionados, projetos de pesquisa e extensão de professores do Departamento de Psicologia da UFSC, com oferta de atendimento psicológico em diferentes áreas de atuação do psicólogo, em caráter público e gratuito.

O interesse dessa parceria foi oferecer apoio aos pacientes e a possibilidade de melhoria na sua qualidade de vida e no enfrentamento da sua doença cardíaca, considerando que os aspectos emocionais envolvidos nesse processo também podem sofrer alterações importantes, necessitando assim, de atendimento profissional especializado da área.

Durante a coleta dos dados realizada no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, de 204 pacientes entrevistados da amostra total, 11 pacientes foram encaminhados para o SAPSI, demonstrando-se interessados e motivados para o atendimento psicológico.

Os sujeitos entrevistados foram informados que o SAPSI entraria em contato por telefone assim que novas vagas fossem disponibilizadas para atendimento a partir do início de fevereiro e, além disso, também foram informados que seriam atendidos respeitando os procedimentos habituais de triagem e fila de espera.

5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As condições socioculturais da clientela atendida no ambulatório do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina dificultou a compreensão das perguntas. Não teve como controlar essa limitação, pois tal perfil condiz com a maioria da população da região. Em que pese isso, todos os pacientes foram entrevistados pessoalmente pela pesquisadora, com o cuidado e percepção do entendimento das questões pelo indivíduo, havendo explicação adicional quando necessário. Essas orientações foram dadas sempre da mesma forma para cada questionamento, o que também visou controlar o viés potencial da compreensão do questionário.

PARTE II - ARTIGO CIENTÍFICO

Sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença isquêmica do coração e variáveis associadas

Sintomas psicológicos e cardiopatia isquêmica

Ana Borges França, PSIC^a

Marucia Patta Bardagi, PSIC, PhD^b

Isabela de Carlos Back Giuliano, MD, PhD^a

Afiliação dos Autores:

^a Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

^b Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

Endereço para correspondência:

Isabela de Carlos Back Giuliano, PhD,

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Campus Universitário – Trindade - Florianópolis, SC, Brasil, CEP: 88010-970.

Telefone de contato: 55 48 3721-8033

Fax: 55 48 3879-1454. E-mail: isabela.giuliano@ufsc.br.

Conflitos de interesses e financiamentos: os autores declaram ausência de potenciais conflitos de interesses na realização desse estudo. A pesquisadora recebeu bolsa de estudos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Número de palavras: 5698

Número de tabelas: 5

RESUMO

OBJETIVOS: estimar a prevalência de sintomas psicológicos em pacientes com coronariopatia isquêmica e testar sua associação com variáveis clínicas, sócio-demográficas e hábitos de vida. **MÉTODOS:** estudo observacional, transversal, realizado entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013, no ambulatório de cardiologia de um hospital público de referência regional. A coleta de dados foi realizada pela aplicação de um questionário de investigação sócio-demográfico, clínico e de hábitos de vida, e da Escala HADS - *Hospital Anxiety and Depression*. O projeto obteve a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina. Todas as variáveis foram categorizadas dicotomicamente e sua associação com o desfecho “sintomas depressivos ou ansiosos” (score ao HADS total > 11 ou uso de medicações psicotrópicas) foi testada à análise bivariada. As variáveis que apresentaram significância $p < 0,2$ foram testadas em modelo de regressão logística anterógrada, não condicional, por verossimilhança. **RESULTADOS:** a amostra foi de 204 indivíduos, sendo 110 homens e 94 mulheres, com idades entre 26 e 88 anos, portadores de doença isquêmica do coração. Apresentaram associação estatisticamente significativa com sintomas psicológicos: sexo feminino (RP:1,61;IC_{95%}:1,46-1,79), Classificação Funcional pela NYHA Classes III e IV (RP:1,60;IC_{95%}:1,43-1,79), uso de betabloqueador (RP:1,31;IC_{95%}:1,09-1,58) e presença de netos (RP:0,88;IC_{95%}:0,78-0,99). Também contribui para o ajuste do modelo a idade acima de 60 anos. **CONCLUSÃO:** Na amostra estudada sexo feminino, maior limitação física, uso de betabloqueador e a ausência de netos apresentaram associação estatisticamente significativa com maior prevalência de sintomas psicológicos durante seu tratamento.

Palavras-chaves: Doença da Artéria Coronariana. Depressão. Ansiedade. Psicometria.

IAM- Infarto agudo do miocárdio. **DIC** - Doença isquêmica cardíaca **DCV** - Doença cardiovascular. **HADS** - *Hospital Anxiety and Depression Scale*; **NYHA** - *New York Heart Association*; **CEPSH** - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos; **UFSC** - Universidade Federal de Santa Catarina; **OMS** - Organização Mundial da Saúde; **SUS** - Sistema Único de Saúde; **ICSC** - Instituto de Cardiologia de Santa Catarina; **TCLER** - Termo de consentimento livre, esclarecido e revogável.

SUMMARY

OBJECTIVES: To estimate the prevalence of depressive and anxious symptoms in patients with ischemic heart disease and to test their associations with clinical, socio-demographic variables and life habits. **PATIENTS AND METHODS:** It was an observational, cross-section, held between October 2012 and February 2013, in a cardiology ambulatory of a regional reference public hospital. The data were collected by a questionnaire with socio-demographic, clinical and life habits variables, and the scale HADS - Hospital Anxiety and Depression. Local Committees of ethics in research with Human Beings approved the project. All variables were dichotomously categorized and their association with the endpoint anxious and/or depressive symptoms (HADS score above 11 or the use of psychotropic drugs) were tested by bivariate analysis, and variables with associations with $p < 0.2$ were tested by forward logistic regression, non-conditional, by likelihood method. **RESULTS:** The sample was composed by 204 individuals, 110 men and 94 women, aged between 26 and 88 years, with ischemic heart disease. There were statistically significant association among depressive and/or anxious symptoms and female sex (PR:1.61;CI_{95%}:1.46-1.79), NYHA Functional Classes III or IV (PR:1.60;CI_{95%}:1.43-1.79), beta blocker use (PR:1.31;IC_{95%}:1.09-1.58), and the presence of grandchildren (PR:0.88;CI_{95%}:0.78-0.99). Also contributed to the adjustment of the model age above 60 years. **CONCLUSION:** At the studied sample female sex, worse physical limitation, the use of beta blockers and the absence of grandchildren were statistically significant associated with higher prevalence of psychological symptoms during their treatment of ischemic heart disease.

Keywords: Coronary Artery Disease. Depression. Anxiety. Psychometrics.

INTRODUÇÃO

Atualmente a doença cardiovascular (DCV) é considerada a principal causa de mortalidade na maioria dos países desenvolvidos, relacionada com 12 a 45% de todas as mortes.(1,2) Estima-se que no ano de 2030 ocorrerão 23,6 milhões de óbitos por DCV, principalmente por doença isquêmica do coração (DIC) e acidente vascular cerebral. Estudos apontam a prevalência da depressão associada às doenças cardíacas em cerca de 20% dos indivíduos, e prevê piores evoluções clínicas, tais como aumento da morbi-mortalidade e pior qualidade de vida na população adulta acometida pelas duas afecções de forma associada.(3,4)

No Brasil, segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (DATASUS-MS), 32% do total de mortes no Brasil estão relacionadas às DCVs. Em 2011, este conjunto de doenças foi responsável por cerca de 10% do total de internações em hospitais da rede pública de nosso país e, se for considerada a faixa etária de 50 anos ou mais, este percentual supera 25% do total de registros;(5) descreve ainda que cerca de 21% dos gastos com internação hospitalar no Brasil são destinados às DCV.(6)

Os pacientes com DIC experimentam uma forte angústia no período perioperatório.(7,8) As alterações fisiológicas decorrentes do processo de adoecimento trazem ao indivíduo uma condição crônica de saúde, com a qual terá de aprender a conviver. As condições psicológicas frequentes em pacientes com DIC e as mudanças emocionais e cognitivas dessa fase, associadas às DCV, podem ter um efeito negativo no pacientes acometidos, em relação à autonomia, à adaptação social, às atitudes frente ao seu corpo, ao tempo prolongado de tratamento e às mudanças de hábitos de vida.(9) A doença crônica tem um forte impacto no autoconceito do indivíduo, implicando em transformações que podem se estender durante o tratamento, e também no período subsequente.(11,12)

Apesar da ausência de consenso sobre se a depressão pode causar piora dos resultados clínicos em pacientes com coronariopatias isquêmicas,(10,13-15) a presença de sintomas depressivos e ansiosos após a revascularização do miocárdio é alta.(8,16) Em que pese haver interessantes estudos sobre sintomas psicológicos e insuficiência coronariana no Brasil,(7,8,17-27) ainda não foi testada a associação

entre aspectos socioeconômicos, demográficos, clínicos e hábitos de vida com sintomas depressivos e/ou ansiosos, utilizando-se instrumentos diagnósticos estruturados, em uma amostra homogênea de pacientes com DIC.

Esta pesquisa teve como objetivo principal estimar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com DIC de um ambulatório de referência regional no sul do Brasil. Como objetivos secundários, buscou-se testar a associação entre o desfecho “sintomas depressivos e/ou ansiosos” com as seguintes variáveis socioeconômicas, demográficas, clínicas e hábitos de vida: idade, escolaridade, situação conjugal, presença de filhos, presença de netos e/ou bisnetos, renda média domiciliar per capita, história familiar de DCV, utilização de medicação de uso contínuo e sua classe, limitação física segundo a Classificação Funcional pela NYHA (*New York Heart Association*), tabagismo e presença de animais de estimação.

MÉTODO

Estudo observacional, de desenho transversal, de amostra não probabilística, cuja coleta de dados foi realizada entre outubro de 2012 e fevereiro de 2013, no ambulatório de um hospital público de referência estadual para cardiologia.

Público alvo

A amostra incluída neste estudo foi constituída por pacientes do sexo masculino e feminino portadores de DIC, de um ambulatório especializado de hospital terciário de referência regional para cardiologia no sul do Brasil. Os critérios de inclusão foram: ser portador de DIC e ser atendido no ambulatório de cardiologia do referido hospital. Os critérios de exclusão foram: não ter condições neurológicas de responder ao questionário; apresentar outras DCV que não coronariopatia isquêmica, e ter a entrevista interrompida pelo chamado do médico para a consulta.

Estes pacientes são usuários do Sistema Único de Saúde, agendados para as consultas por meio de encaminhamentos vindos da rede em Atenção Primária, Secundária e Terciária de referência da sua região de domicílio e de regiões circunvizinhas. Os pacientes advêm também referidos da alta hospitalar em consulta de retorno, 30 dias após procedimento cardíaco invasivo (angioplastia ou cirurgia cardíaca) realizado no próprio hospital. Foram convidados a participar do estudo

todos os pacientes que, consecutivamente, estavam na sala de espera dos ambulatórios e que preenchiaram os critérios de inclusão.

Materiais

Para a coleta de dados foi utilizada a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), instrumento válido para a medida de depressão e ansiedade em pacientes com condições médicas gerais,(28) traduzida e validada para o português em 1995, com maior pontuação correspondendo a maior sintomatologia depressiva e/ou ansiosa.(29) O instrumento possui escala do tipo *Likert* de 4 pontos, e contém 14 itens distribuídos em duas sub escalas, para ansiedade (HADS-A) e depressão (HADS-D), com sete itens cada uma. A pontuação global em cada subescala varia entre 0 e 21. A avaliação da HADS é somatória para as subescalas separadamente ou para a escala total, e utiliza-se como pontos de corte os seguintes valores: 0-7 para ausência de sintomas significativos; 8-10 para sugestão de vulnerabilidade à ansiedade ou depressão e acima de 11 como com sintomas depressivos ou ansiosos.

Para fins de análise, foram considerados com “sintomas depressivos e/ou ansiosos”, os indivíduos que alcançaram valores iguais ou maiores a 11 na pontuação da HADS- Total, e/ou que utilizavam medicamentos para tratamento de depressão e/ou ansiedade.

Para a coleta de dados, também foi utilizado formulário de pesquisa variáveis socioeconômicas, demográficas, clínicas e hábitos de vida de cada sujeito entrevistado.

Análise estatística

O tamanho da amostra foi calculada usando o programa EPI-INFO versão 7.0 (CDC USA - WHO- Genebra, Suíça - 1997). Há um universo de cerca de 600 pacientes atendidos nesse ambulatório e admitiu-se uma média de 20% na prevalência de depressão em pacientes com doença coronariana.(8,16) Assumindo um erro tipo alfa de 5% e erro tipo beta de 20% e aceitando-se um erro de $\pm 3\%$, a amostra resultante foi de 204 indivíduos. Os dados foram descritos em categorias, nos dados categóricos ou em faixas - para dados contínuos como idade e renda.

Para fins de análise bivariada, os dados foram categorizados e comparados pelos testes de qui-quadrado. Para análise multivariada, foi realizada regressão logística anterógrada não-condicional, pelo método de verossimilhança, sendo que foram testadas todas as variáveis independentes que apresentaram associação com o desfecho com $p < 0,2$. Por não haver um modelo teórico prévio robusto, as variáveis foram

sendo acrescidas e testadas uma a uma, a partir das variáveis com maior significância.

Após a análise multivariada, os valores de razão de chance foram convertidas em razão de prevalência. Isto se fez necessário pela alta prevalência do desfecho.(30)

Questões éticas

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no dia 08/10/2012, sob o número 126.044, e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, (ICSC) como Instituição coparticipante da pesquisa, no dia 25/09/2012, sob o número 106.912. Foi conduzido segundo os Códigos de Ética Médica e de Psicologia e a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de consentimento livre, esclarecido e revogável (TCLER) foi oferecido a todos os participantes incluídos nesta pesquisa, quando foram expostos com clareza o tema, os objetivos, a relevância e o método do estudo. Os dados coletados da pesquisa serão arquivados para garantir a sua confidencialidade, e serão mantidos em sigilo por cinco anos e, após, serão incinerados (norma 196/96).

RESULTADOS

Os dados foram coletados no período entre outubro de 2012 a fevereiro de 2013. A amostra foi constituída por 204 pacientes, sendo 110 deles homens e 94 mulheres.

Durante o processo da coleta de dados, 22 pacientes recusaram-se a participar do estudo. Os motivos das recusas não foram questionados e nem tampouco investigados, com o intuito de respeitar a escolha pessoal de cada paciente. Esta recusa foi substituída pelo mesmo número de indivíduos, convidados a participar pelo mesmo método da amostra original, isto é, consecutivamente.

A caracterização da amostra encontra-se descrita nas Tabelas 1, 2 e 3, segundo aspectos socioeconômicos, demográficos e hábitos de vida, clínicos e características relacionadas à depressão e à ansiedade, respectivamente.

A associação entre o desfecho “sintomas depressivos e/ou ansiosos” e variáveis independentes estão descritas na Tabela 4. Apresentaram associação estatisticamente significativa com o desfecho sexo feminino ($p < 0,0001$), a presença de netos e/ou bisnetos ($p = 0,001$),

tabagismo ($p=0,019$) e situação conjugal ($p=0,045$). Todas as variáveis que apresentaram $p<0,2$ (apresentadas em negrito) foram testadas no modelo de regressão logística. Dada a alta prevalência do desfecho, os dados foram convertidos de razão de chance para razão de prevalência.

À análise multivariada, o modelo que melhor explicou o desfecho “com sintomas depressivos e/ou ansiosos”, incluiu sexo feminino (RP:1,61; IC_{95%}:1,46-1,79), classificação funcional pela NYHA em Classe III e Classe IV (RP:1,60; IC_{95%}:1,43-1,79), uso de betabloqueador (RP: 1,31; IC_{95%}:1,09-1,58) e a presença de netos (RP: 0,88; IC_{95%}:0,78-0,99). Apesar de não apresentar significância estatística, contribuiu para o ajuste do modelo idade superior a 60 anos (RP:1,15; IC_{95%}:0,78-1,67). O teste de Hosmer & Lemeshow foi de 0,822, explicando 50,3% dos dados positivos e 63,1%, dos negativos. O modelo está descrito na Tabela 5.

DISCUSSÃO

Este estudo investigou a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos numa amostra de pacientes em tratamento por doença isquêmica do coração em um ambulatório de referência no sul do Brasil. Pela primeira vez no Brasil, foi determinada a associação independente entre aspectos socioeconômicos, demográficos, clínicos e hábitos de vida com estes sintomas em uma amostra brasileira de pacientes com doença isquêmica coronariana. Não havia, até o momento, a descrição da presença de netos e/ou bisnetos como fator de proteção para essa população, tanto em estudos nacionais, como em estudos internacionais.

Em relação à variável sexo, houve relação direta entre de sintomas depressivos e ansioso se o sexo feminino, de forma estatisticamente significativa (RP: 1,61, IC_{95%}: 1,46-1,79). Isto concorda com o estudo de Perez e cols., que investigou a relação entre sexo e depressão em 345 pacientes com infarto agudo do miocárdio. Neste estudo as mulheres, os homens com menos de 50 anos e os ansiosos tiveram mais chance de apresentarem depressão.(26) A maior prevalência de depressão no sexo feminino também é amplamente descrita na população aparentemente saudável, o que pode influenciar também sua ocorrência em condições patológicas.(31,32)

A limitação física também apresentou associação significativamente positiva com sintomas depressivos e ansiosos (RP: 1,42;IC_{95%}:1,43-1,79). Neste estudo, pacientes que apresentavam cansaço aos pequenos esforços (Classe III da NYHA) ou em repouso

(Classe IV) apresentavam altas prevalências de sintomas depressivos e/ou ansiosos, ou utilizavam drogas psicotrópicas. A fadiga tem sido relacionada com piora da qualidade de vida destes pacientes, pois compromete em muito sua autonomia. A limitação física dificulta que o paciente retorne às suas atividades e afazeres cotidianos. Desta forma, o paciente passa a depender da ajuda de terceiros para realizar suas tarefas. Isto tem impacto negativo tanto nos seus hábitos de vida como na sua relação na dinâmica familiar.(33)

Este achado pode nortear esquemas terapêuticos que determinem melhora da capacidade funcional do paciente, na forma de intervenções (cirúrgicas ou medicamentosas), assim como por meio da reabilitação cardíaca. Isto pode determinar um círculo virtuoso na evolução destes pacientes, estimulando a adesão ao tratamento proposto.(11,18) Este fato, como afirmam Silva e cols., reforça a importância do paciente participar ativamente da manutenção do condicionamento físico obtido desde as primeiras fases de um programa de reabilitação, para retornar o mais breve possível à sua melhor condição psicológica e fisiológica após um evento isquêmico ou a um tratamento de revascularização do miocárdio invasivo.(34)

Em relação a dor, muitas vezes relacionada à limitação física, supõem-se uma importante influência na forma como o paciente encara a sua doença, pois, quando ela está presente, o medo e a insegurança são mais intensos e frequentes. Os sintomas físicos associados à dor oferecem maior limitação ao paciente; porém, após intervenções, com a sua redução, há uma melhora da qualidade de vida e uma diminuição da limitação das suas atividades diárias, o que pode neutralizar os efeitos psicológicos do trauma cirúrgico ou da angioplastia nesse grupo de pacientes, não observado nessa amostra na qual a maioria dos pacientes tinha sido submetido a um procedimento invasivo há 30 dias da consulta.(25)

A relação inversa estatisticamente significativa entre a presença de netos e sintomas depressivos ou ansiosos à análise multivariada (RP:0,88; IC_{95%}:0,78-0,99), assim como - à análise bivariada - com o fato de ter uma união estável ($p=0,045$) corroboram a importância da presença e da participação da família para um paciente cronicamente enfermo. Isto concorda com o estudo de Oliveira e cols., no qual os autores afirmam que cada família irá apresentar uma nova reestruturação da sua dinâmica a partir do familiar doente. Demonstrou também que, se esse suporte for favorável- foi ao encontro do que o paciente com insuficiência coronariana necessita - aumenta sua adesão ao tratamento e

consequentemente sua qualidade de vida.(24)

Segundo dados do Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA), o envelhecimento populacional tem acarretado mudanças nos arranjos familiares, provocando em famílias com pelo menos um idoso uma maior convivência intergeracional. A família exerce papel fundamental no bem-estar de seus membros:(35) ser avô ou avó provoca reações positivas e mostra-se como fator de proteção para a presença de sintomas depressivos e ansiosos também em pacientes com insuficiência coronariana como na amostra estudada.

A idade avançada é uma variável que não teve associação significativa com os sintomas psicológicos à análise multivariada, mas contribuiu com o ajuste do modelo. Mecanismos biológicos e comportamentais têm sido propostos para explicar a relação entre depressão e idade avançada. (9)

Estudos mostram que a depressão e déficits cognitivos estão entre os principais problemas de saúde mental na terceira idade, sendo comum que ambas as condições apareçam juntas e acarretem consequências graves, como piora da qualidade de vida, declínio funcional e aumento da mortalidade e morbidade. Isto concorda com o estudo de Átila e cols., uma revisão dos estudos mais relevantes publicados sobre alterações cognitivas em idosos com diagnóstico de depressão, do período de 1991 à 2005. Nesta revisão sistemática, discute-se o conceito da “depressão vascular”, que ocorre principalmente em indivíduos mais velhos portadores de insuficiência vascular cerebral e está associada a sintomas depressivos e alterações cognitivas e funcionais importantes,(36). De acordo Forlenza e cols, a população idosa também está mais propensa à depressão devido à redução de perspectivas sociais; declínio da saúde; perdas frequentes; alterações biológicas, vasculares, estruturais e funcionais; além de disfunção neuroendócrina e neuroquímica que ocorrem no cérebro durante o envelhecimento.(37)

Para Minayo, a idade avançada em pacientes com DIC, agregada sobretudo à depressão – que geralmente ocorre também associada ao estado de grande sofrimento físico – são fatores que, associados, determinam altas taxas de suicídio nesta população. A autora pondera sobre as mudanças representadas pelo *status* de aposentado, que pode trazer consequências importantes, como: despir o idoso de sua função social, refugió-lo em casa ou isolá-lo socialmente; a morte de um dos cônjuges, filhos ou amigos; e o diagnóstico de uma doença grave. Tal cenário contribui fortemente com alta prevalência de depressão na população idosa acima de 60 anos de idade.(38) Este cenário também

deve ser levado em conta no planejamento de reabilitação interdisciplinar dos pacientes com insuficiência coronariana.

Em relação ao tabagismo, os resultados apontaram uma relação direta estatisticamente significativa entre sintomas depressivos e ansiosos e sua presença nos indivíduos da amostra ($p=0,019$), à análise bivariada. Estudos apontam que os fumantes têm duas vezes mais chances de desenvolver uma DCV e tem menor probabilidade de sobreviver a um infarto quando comparados a não fumantes, o que determina um círculo vicioso nos pacientes coronarianos tabagistas.(39) Na relação entre os sintomas depressivos e ansiosos e o tabagismo, segundo Moreno e cols. não há como avaliar cada variável independentemente, e de forma unidirecional. Ou seja, ter sintomas ansiosos pode afetar a qualidade de vida do paciente, bem como aumentar seu consumo de cigarro e dificultar sua manutenção na atividade física. Da mesma forma, ser sedentário e fazer uso do tabaco como forma de lidar com as situações do dia-a-dia são fatores que dificultam o gerenciamento dos sintomas ansiosos.(21)

Nesta amostra, o uso de betabloqueador crônico apresentou associação significativamente positiva com os sintomas estudados (RP:1,31;IC_{95%}:1,09-1,58). Tal associação é largamente estudada, mas ainda sem consenso se realmente determina impacto do estado de humor dos pacientes com cardiopatia que o utilizam. São os betabloqueadores medicamentos de primeira linha no tratamento da doença arterial coronariana, por reduzirem a morbidade e a mortalidade. Entretanto, devido aos efeitos colaterais dos betabloqueadores - sensação de fraqueza, cansaço e fadiga - provocados pela diminuição da concentrações de adrenalina e outros hormônios do estresse no corpo, os sintomas da depressão podem ser confundidos com os efeitos colaterais da medicação, afetando a qualidade de vida do paciente.(40) Portanto, é preciso pesar o risco/benefício das medicações betabloqueadoras no tratamento de pacientes com DAC e depressão associadas, assim como monitorar intensivamente suas doses para o controle deste efeito.

Considerando que o tratamento das doenças cardiovasculares abrange ampla variedade de opções comportamentais e farmacológicas, dependendo da conduta médica, este fato poderá potencializar ou agravar queixas depressivas. O que ratifica os dados apresentados por Montes e cols., que afirmam que se por um lado, a adoção das medidas propostas confere ao doente uma sensação de aumento de controle sobre a doença, por outro, ele poderá sentir que o seu estilo de vida foi alterado e que alguns hábitos serão modificados.(41)

Como limitações principais do estudo, está o fato de ser um

estudo transversal e a imprecisão inerente à utilização de questionários, mesmo estruturados e/ou validados. A padronização da obtenção dos dados visou reduzir o risco potencial deste viés. Este estudo teve como objetivo a geração de hipóteses sobre o tema, a fim de nortear novos estudos longitudinais e controlados futuros.

CONCLUSÃO

Na amostra de pacientes estudada, em um ambulatório de tratamento de doença isquêmica do coração, são altas as prevalências de sintomas depressivos e ansiosos, variando sua prevalência segundo critério utilizado. Se considerarmos o diagnóstico por meio da escala de HADS e/ou uso de medicações, 25%, 34,3% e 54,9% dos pacientes da amostra apresentavam depressão, ansiedade e sintomas psicológicos de ansiedade e/ou depressão, respectivamente. O sexo feminino, a maior limitação física e o fato utilizar betabloqueador oral apresentaram associação significativamente positivas a maiores frequências de sintomas depressivos e/ou ansiosos. Apresentou associação significativamente negativa, a presença de netos.

Os achados apresentam relevância clínica, pois sugerem que a melhora do estado geral pode repercutir na saúde psíquica do indivíduo e vice-versa, contribuindo para a compreensão de que o indivíduo com doença coronariana deve ser sujeito de cuidado de uma equipe multiprofissional, com a presença de especialistas em saúde mental em todas as fases de seu tratamento. A identificação e tratamento precoce dos pacientes com maiores riscos para sintomas psicológicos pode melhorar suas qualidades de vida e diminuir o risco de complicações nas suas evoluções clínicas.

REFERÊNCIAS

1. Corbalán, R. What can we do to modify coronary risk factors? *RevEspCardiol (Engl Ed)* 2006;59(11):1089-92.
2. Lichtenstein AH, Appell LJ, Brands M, Carnethon M, Daniels S, Franch HA, Franklin B, Kris-Etherton P, Harris WS, Howard B, Karanja N, Lefevre M, Rudel L, MD, Sacks F, Horn LV, Winston M, Wylie-Rosett J. Diet and Lifestyle Recommendations Revision 2006: A Scientific Statement From the American Heart Association

- Nutrition Committee. *Circulation* 2006;114:82-96.
3. Hatano S. Changing CHD mortality and its causes in Japan during 1955-1985. *Int J Epidemiol* 1989;18(3 Suppl 1):S149-58.
 4. Lampe FC, Morris RW, Whincup PH, Walker M, Ebrahim S, Shaper AG. Is the prevalence of coronary heart disease falling in British men? *Heart* 2001;86(5):499-505.
 5. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica – Cadernos de Atenção Básica nº 15. Brasília [série online]. 2006 [citado em 03/07/2013]. Disponível em:
http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_hipertensao.pdf
 6. Ministério da Saúde [BR]. Datasus. Informações de saúde. Estatísticas demográficas [on line]. Brasília; [citado Maio 2011]. Disponível em: URL: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>
 7. Ribeiro DS, Mantovani MF. Caminhando para a cronicidade: as representações do adoecimento em adultos com dor torácica aguda. *Cogitare Enferm* 2001;6(1):9-104
 8. Carneiro AF, Mathias LAST, Rassi Júnior A, Morais NS, G JL. Avaliação da ansiedade e depressão no período pré operatório em pacientes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos. *Rev Bras Anesthesiol* 2009;59(4):431-8.
 9. Dickens C, Cherrington A, Adeyemi I, Roughley K, Bower P, Garrett C, Bundy C, Coventry P. Characteristics of psychological interventions that improve depression in people with coronary heart disease: A systematic review and meta-regression. *Psychosomatic Medicine* 2003;75:211-221.
 10. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;370:851-8
 11. Gianotti A. A Prevenção da doença coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. *Psicol USP* 2002;13(1):167-95.

12. Oliveira, DL. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005;13(3):423-3.
13. Sherwood A, Hinderliter AL, Watkins LL, Waugh RA, Blumenthal JA. Impaired endothelial function in coronary heart disease patients with depressive symptomatology. *J Am CollCardiol* 2005;46(4):656-9.
14. Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA, White W, Smith PK, Mark DB, Jones R, Mathew JP, Newman MF. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet* 2003;362(9384):604-9.
15. Lotufo PA. Doenças cardiovasculares no Brasil: por que altas taxas de mortalidade entre mulheres? *Revista da SOCESP* 2007;4:294-8.
16. Rymaszewska J, Kiejna A, Hadrys T. Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting surgery. *EurPsychiatry*2003;18(4):155-60.
17. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. *Rev Panam Salud Publica* 2009; 25(6):491–8.
18. Rabbo MPS, Campos L, Barbosa SRB, Rodrigues FSS, Testa RF, Dias MMA, Bosco AD Ribeiro JL. O papel de uma equipe multidisciplinar em programas de reabilitação cardiovascular. *Ciência em Movimento* 2010;23:99-106.
19. Zaslavsky C, Gus I. Idoso. Doença cardíaca e comorbidades. *ArqBrasCardiol*2002;79:635-9.
20. Lamosa RB. Psicologia aplicada à cardiologia: publicação do Departamento de Psicologia da SOCESP. São Paulo: BYK; 1990
21. Moreno Junior H, Melo SESFC, Rocha JC. Stress e doenças cardiovasculares. Em: Lipp MEN (Org). *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. p. 99 – 106.

22. Lemos C, Gottschall AMC, Pellanda L, Muller M. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. *Psic: Teor e Pesq*2008;24(4):471-476.
23. Lima FET, Araújo TL. Correlação dos fatores condicionantes básicos para o autocuidado dos pacientes pós-revascularização do miocárdio. *RevBrasEnferm*2005;58(5):519 - 523.
24. Oliveira ECN. Cardiologia na Família: uma abordagem psicológica. Em: Gomes OM, Farai M (Org.). *Cardiologia da Família*. Belo Horizonte: Edicor; 2005. p. 69 – 76.
25. Saccomann ICRS, Oliveira RA, Collaço BZ, Ferreira CA. Qualidade de Vida de Pacientes Após Infarto do Miocárdio com e sem Revascularização. *Revista da Socesp*2011;21(1):23-8.
26. Perez HG, Nicolau JC, Bellkiss WR, Laranjeira R. Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis: diferenças entre homens e mulheres. *ArqBrasCardiol*2005;85(5):319-326.
27. Siviero IMPS. Saúde Mental e qualidade de vida em infartados [tese de doutorado]. Ribeirão Preto: 2003: Universidade de São Paulo, 2003.
28. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, 1983;67:361-370.
29. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia CJ, Pereira WAB. Transtornos de humor em enfermarias de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Publica* 1995; 29:355-63.
30. Schiaffino A, Rodríguez M, Pasarín MI, Regidor E, Borell C, Fernández E. Odds ratio o razón de proporciones? Su utilizacion en estúdiostransversales. *GacSanit* 2003; 17(1): 70-4.
31. Bener A, Al-Kazaz M, Ftouni D, Al-Harthy M, Dafeeah EE. Diagnostic overlap of depressive, anxiety, stress and somatoform disorders in primary care. *Asia Pac Psychiatry*. 2013;5(1):E29-38.
32. Lejtzen N, Sundquist J, Sundquist K, Li X. Depression and anxiety

- in Swedish primary health care: prevalence, incidence, and risk factors. *Eur Arch Psychiatry ClinNeurosci*.2013 Jul 5. [Epub ahead of print].
33. Staniute M, Bunevicius A, Brozaitiene J, Bunevicius R. Relationship of health-related quality of life with fatigue and exercise capacity in patients with coronary artery disease. *Eur J CardiovascNurs* 2013 [Epub ahead of print].
34. Silva OJ, Silva TJC. Exercício e saúde: fatos e mitos. Florianópolis: Ed. UFSC; 1995
35. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Desenvolvimento humano e condições de vida: indicadores brasileiros.[online]. [13/05/2006]. Disponível em URL: <http://www.ipea.gov.br>.
36. Ávila R, Bottino CMC. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Rev Bras Psiquiatr*.2006;28(4):316-20.
37. Forlenza OV. Transtornos depressivos em idosos. Em: Forlenza OV, Caramelli P (editores). *Neuropsiquiatria geriátrica*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 299-308.
38. Minayo, M.C.S, Cavalcante G.F. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura *Rev Saúde Pública* 2010; 44(4):750-7.
39. Ismael, S.M.C. &Quayle, J. Tabagismo: um problema de saúde pública do Século XXI. *Revista da SBPH* 2003;6(2):3-7.
40. Pinho MX, Pinho MM, Carvalho MJC, Carvalho ACC. Betabloqueadores e depressão: há evidências para essa associação? *Revista da SOCESP* 2003;13(4 Supl A):27-35.
41. Montes PF, Amorim A, Fassbender C, Oliveira RFJ, Faria CAC. Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com desfechos negativos. *Insuf Card*2011; 6(4):170-8.

Tabela 1 - Caracterização da amostra, segundo aspectos socioeconômicos, demográficos e hábitos de vida, em uma amostra de pacientes em acompanhamento ambulatorial por doença isquêmica do coração, Florianópolis - 2012/2013.

	Frequência (n=204)	Percentual (%)	IC_{95%}
Sexo			
Masculino	110	53,9	47,1-60,6
Feminino	94	46,1	39,4-52,9
Idade			
Menos de 40 anos	8	3,9	2,0-7,6
De 40 a 49 anos	23	11,3	7,6-16,3
De 50 a 59 anos	54	26,5	20,9-32,9
De 60 a 69 anos	71	34,8	28,6-41,6
De 70 a 79 anos	33	16,2	11,8-21,8
80 anos ou mais	15	7,3	4,5-11,8
Escolaridade			
De 0 a 4 anos	112	54,9	48,0-61,6
De 5 a 8 anos	49	24,0	18,7-30,3
De 9 a 11 anos	30	14,7	10,5-20,2
Acima de 12 anos	13	6,4	3,8-10,6
Estado Civil			
Solteiro	13	6,4	3,8-10,6
Casado	137	67,2	60,4-73,3
União estável	8	3,9	2,0-7,6
Separado	13	6,4	3,8-10,6
Viúvo	33	16,2	11,8-21,8
Presença de filhos	195	95,6	91,8-97,7
Presença de netos e/ou bisnetos	152	74,5	68,1-80,0
Renda média domiciliar*			
<i>Até 1</i>	109	53,4	45,6-60,1
<i>1 a 1,99</i>	64	31,4	25,4-38,0
<i>2 a 2,99</i>	22	10,8	7,2-15,8
<i>3 a 3,99</i>	6	2,9	1,3-6,3
<i>4 ou mais</i>	3	1,5	0,5-4,2
Presença de animais de estimação	130	63,7	56,9-70,0

Legenda: *salários mínimos médios per capita
IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 2 - Caracterização da amostra, segundo aspectos clínicos, tratamento e fatores de risco para aterosclerose, em uma amostra de pacientes em acompanhamento ambulatorial por doença isquêmica do coração, Florianópolis – 2012/2013.

	Frequência (n=204)	Percentua l (%)	IC_{95%}
Tratamento			
Clínico	72	35,3	29,1-42,7
Angioplastia	81	39,7	33,2-46,5
Ponte safena	51	25,0	19,6-45,7
Indicação cirúrgica futura	19	9,3	6,1-14,1
Tabagismo			
Nunca fumou	83	40,7	34,2-47,5
Ex-fumante	106	52,0	45,1-58,7
Leve (≤ 10 cigarros/dia)	6	2,9	1,3-6,3
Moderado (11 a 20 cigarros/dia)	4	2,0	0,8-4,9
Pesado (≥ 21 cigarros/dia)	5	2,5	1,0-5,6
História familiar de doença coronariana	160	78,4	72,3-83,5
Medicação			
Betabloqueador	115	56,4	49,5-63,0
Vasodilatador	175	85,8	80,3-89,9
Hipolipemiante	169	82,8	77,1-87,4
Classificação Funcional			
NYHA*			
Classe I	11	5,4	3,0-9,4
Classe II	67	32,8	26,8-39,6
Classe III	115	56,4	49,5-63,0
Classe IV	11	5,4	3,0-9,4

Legenda: *New York Heart Association.

Tabela 3 - Caracterização da amostra, segundo aspectos relacionados a sintomas depressivos e/ou ansiosos, em uma amostra de pacientes em acompanhamento ambulatorial por doença isquêmica do coração, Florianópolis – 2012/2013.

	População total n=204	Percentual (%)	IC_{95%}
HADS Sintomas Depressivos			
Sem sintomas significativos*	135	64,7	59,4-72,3
Vulnerável a sintomas significativos#	31	15,2	10,9-20,8
Com sintomas significativos+	41	20,1	15,2-35,4
HADS Sintomas Ansiosos			
Sem sintomas significativos*	94	46,1	39,4-52,9
Vulnerável a sintomas significativos#	48	23,5	18,2-29,8
Com sintomas significativos+	62	30,4	24,5-37,0
HADS TOTAL ≥ 11	105	51,5	44,6-58,2
Uso de medicamentos			
psicotrópicos	21	10,3	6,8-15,2
Antidepressivos	17	8,3	5,3-12,9
Ansiolíticos			
Score e uso de medicamentos			
HADS-D >11 e/ou antidepressivos	51	25	19,6-31,4
HADS-A > 11 e/ou ansiolíticos	70	34,3	28,1-41,1
HADS-T > 11 e/ou psicotrópicos	112	54,9	48,0-61,6

Legenda:* escore de 0 a 7 # escore de 8 a 11 +escore superior a 11

HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

HADS-D: subescala HADS para sintomas de depressão.

HADS-A: subescala HADS para sintomas de ansiedade.

HADS-T: escala global, na qual avalia-se sintomas de depressão e de ansiedade.

Tabela 4 - Variáveis independentes e suas associações com o desfecho “sintomas psicológicos” (escore global do HADS > 11 e/ou uso de medicamentos psicotrópicos), em uma amostra de pacientes em acompanhamento ambulatorial por doença isquêmica do coração, Florianópolis – 2012/2013.

Variável	Qui quadrado	p	Fator de risco
Sexo	15,222	< 0,001	Feminino
Netos e/ou bisnetos	6,916	0,001	Ausência
Tabagismo	4,115	0,019	fumante
Situação conjugal	4,296	0,045	Sem união estável
RMD per capita	3,638	0,068	Quartil inferior*
Idade	2,678	0,12	Mais de 60 anos
CF NYHA	2,334	0,15	Classes III e IV
Betabloqueador oral	2,249	0,16	Seu uso
História familiar de ICo	1,535	0,23	Presença
Vasodilatador oral	1,066	0,31	Seu uso
Tratamento prévio	1,052	0,32	Invasivo#
Hipolipemiante oral	0,852	0,36	Seu uso
Escolaridade	0,746	0,39	Até 8 anos de estudo
Filhos	0,425	0,54	Presença
Tratamento prévio	0,418	0,55	Invasivo#
Animais de estimação	0,169	0,68	Ausência

Legenda: CF NYHA = classe funcional da *New York Heart Association*.

HADS = *Hospital Anxiety and Depression Scale*.

ICo = insuficiência coronariana.

RMD = renda mensal domiciliar.

* \$ 497,00/mês/per capita.

cirurgia ou angioplastia.

Obs.: as variáveis em negrito foram testadas no modelo de regressão logística.

Tabela 5 - Modelo que melhor se explicou o desfecho “sintomas psicológicos” (escore global da HADS > 11 e/ou uso de medicamentos psicotrópicos), em uma amostra de pacientes em acompanhamento ambulatorial por doença isquêmica do coração, Florianópolis – 2012/2013.

Variável	RPb	IC95%	RPa	IC95%
Sexo feminino	1,802	1,341-2,417	1,617	1,463-1,787
Ausência de netos e/ou bisnetos	0,725	0,514-0,911	0,881	0,778-0,995
Idade > 60 a	1,112	0,946-1,321	1,149	0,789-1,672
CF NYHA III e IV	1,429	0,984-2,056	1,603	1,435-1,790
Uso de betabloqueador	1,009	0,757-1,344	1,315	1,091-1,584

Legenda: CF NYHA = Classe Funcional da *New York Heart Association*.

IC95% = intervalo de confiança de 95%.

RPb = razão de prevalência bruta RPa = razão de prevalência ajustada.

PARTE III - REFERÊNCIAS, APÊNDICES E ANEXOS

REFERÊNCIAS (PARTE I)

1. Corbalan R. [What can we do to modify coronary risk factors?]. *Revista española de cardiología*. 2006;59(11):1089-92. Epub 2006/12/06. Que podemos hacer para modificar los factores de riesgo coronario?
2. Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, Carnethon M, Daniels S, Franch HA, et al. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation*. 2006;114(1):82-96. Epub 2006/06/21.
3. DataSus. Cadernos de informações de saúde do SUS. In: SUS DdId, editor.
4. Organization W-WH. Cardiovascular disease. 2011.
5. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5:163-77.
6. Barker DJ. In utero programming of chronic disease. *Clinical science (London, England : 1979)*. 1998;95(2):115-28. Epub 1998/07/29.
7. Valiente S, Abala C, Avila B, Monckeberg F. [Nutritional pathology in Latin America and the Caribbean]. *Archivos latinoamericanos de nutrición*. 1988;38(3):445-65. Epub 1988/09/01. Patología nutricional en America Latina y el Caribe.
8. Hatano S. Changing CHD mortality and its causes in Japan during 1955-1985. *International journal of epidemiology*. 1989;18(3 Suppl 1):S149-58. Epub 1989/01/01.
9. Lampe FC, Morris RW, Whincup PH, Walker M, Ebrahim S, Shaper AG. Is the prevalence of coronary heart disease falling in British men? *Heart (British Cardiac Society)*. 2001;86(5):499-505. Epub 2001/10/17.

10. WHO. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
Disponível em:
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
11. Saúde O-OP-Ad. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília2003.
12. Ribeiro DS, Mantovani MF. Caminhando para a cronicidade: as representações do adoecimento em adultos com dor torácica aguda. *Cogitare Enfermagem*. 2001;6(1):8.
13. Pereira JC, Barreto SM, Passos VM. [Cardiovascular risk profile and health self-evaluation in Brazil: a population-based study]. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*. 2009;25(6):491-8. Epub 2009/08/22. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliacao da saude no Brasil: estudo de base populacional.
14. Brasil, Saúde Md. Hipertensão arterial sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica*. 2007.
15. de Oliveira DL. ['New' public health and health promotion via education: between tradition and innovation]. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2005;13(3):423-31. Epub 2005/08/02. A 'nova' saude publica e a promocao da saude via educacao: entre a tradicao e a inovacao. dora@enf.ufrgs.br
16. BRASIL., Saúde Md. Política nacional de atenção cardiovascular de alta complexidade - *Cadernos de Atenção Especializada*. Brasília, 2004.
17. Brasil., Saúde Md. Datasus. Informações de saúde. Estatísticas demográficas. Brasília2011 [cited 2011].
18. Carneiro AF, Mathias LA, Rassi Junior A, Morais NS, Gozzani JL, Miranda AP. [Evaluation of preoperative anxiety and depression in patients undergoing invasive cardiac procedures]. *Revista brasileira de anestesiologia*. 2009;59(4):431-8. Epub 2009/08/12. Avaliação

da ansiedade e depressão no período pré-operatório em pacientes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos.

19. Dickens C, Cherrington A, Adeyemi I, Roughley K, Bower P, Garrett C, et al. Characteristics of psychological interventions that improve depression in people with coronary heart disease: a systematic review and meta-regression. *Psychosomatic medicine*. 2013;75(2):211-21. Epub 2013/01/18.
20. Soares HLR, Costa RA, Mesquita EM. Depressão e as doenças cardiovasculares. *Revista do Departamento de Psicologia UFF*. 2006;18(2):8.
21. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):851-8. Epub 2007/09/11.
22. Fleck MP, Lima AF, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. [Association of depressive symptoms and social functioning in primary care service, Brazil]. *Revista de saude publica*. 2002;36(4):431-8. Epub 2002/10/05. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários a saude.
23. Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2007;27(5):572-81. Epub 2007/03/09.
24. Lanas F, Avezum A, Bautista LE, Diaz R, Luna M, Islam S, et al. Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America: the INTERHEART Latin American study. *Circulation*. 2007;115(9):1067-74. Epub 2007/03/07.
25. Bergeret J. *Psicopatologia: teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
26. Castro DS. *Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo cranio encéfalo em terapia intensiva*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1999.

27. Campos EP. Aspectos psicossomáticos em cardiologia. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p. 385.
28. Siviero IMPS. Saúde mental e qualidade de vida de infartados. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
29. Moreno Jr H, Melo SESFC, Rocha JC. Stress e doenças cardiovasculares. In: Lipp MEN, editor. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
30. Braunwald E. Tratado de Medicina Cardiovascular. 4 ed. São Paulo; 1996.
31. Nesralla I. Cardiologia cirúrgica, perspectivas para o ano 2000. São Paulo: Fundo Editorial BYK; 1994.
32. Koklu E, Ozturk MA, Kurtoglu S, Akcakus M, Yikilmaz A, Gunes T. Aortic intima-media thickness, serum IGF-I, IGFBP-3, and leptin levels in intrauterine growth-restricted newborns of healthy mothers. *Pediatric research*. 2007;62(6):704-9. Epub 2007/10/25.
33. Forti N, Diogo Giannini S, Diament J, Issa J, Fukushima J, Dal Bo C, et al. [Coronary risk factors in children of young coronary artery disease patients]. *Arquivos brasileiros de cardiologia*. 1996;66(3):119-23. Epub 1996/03/01. Fatores de risco para doença arterial coronariana em crianças e adolescentes filhos de coronariopatas jovens.
34. Giannotti A. Prevenção da doença coronária: perspectiva psicológica em um programa multiprofissional. *Psicologia USP*. 2002;13(1).
35. Raboo SMP, Campos L, Barbosa SR, Rodrigues FSS, Testa RF, Dias MMA, et al. O papel de uma equipe multidisciplinar em programas de reabilitação cardiovascular. *Ciência em Movimento*. 2010;12(23):8.
36. Lamosa RB. Psicologia aplicada à cardiologia. São Paulo: Departamento de Psicologia da SOCESP; 1990.

37. Gagliani ML, Luz PL. Doença arterial coronariana em executivos. Psicologia e cardiologia: um desafio que deu certo. São Paulo: Editora Atheneu; 2010. p. 79-86.
38. Kannel WB, Castelli WP, Gordon T, McNamara PM. Serum cholesterol, lipoproteins, and the risk of coronary heart disease. The Framingham study. *Annals of internal medicine*. 1971;74(1):1-12. Epub 1971/01/01.
39. Chen W, Srinivasan SR, Bao W, Berenson GS. The magnitude of familial associations of cardiovascular risk factor variables between parents and offspring are influenced by age: the Bogalusa Heart Study. *Annals of epidemiology*. 2001;11(8):522-8. Epub 2001/11/16.
40. Uiterwaal CS, Witteman JC, de Bruijn AM, Hofman A, Grobbee DE. Families and natural history of lipids in childhood: an 18-year follow-up study. *American journal of epidemiology*. 1997;145(9):777-85. Epub 1997/05/01.
41. Straub RO. Psicologia da saúde. Porto Alegre: Artmed; 2005.
42. Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Vander Hoorn S, Murray CJ, Comparative Risk Assessment Collaborating G. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*. 2002;360(9343):1347-60. Epub 2002/11/09.
43. Armaganijam D, Batlouni M. Impacto dos fatores de risco tradicionais. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2000;10(6):7.
44. Consenso sobre tratamento do pós infarto do miocárdio. *Arquivos brasileiros de cardiologia*. 1995;64(3):25.
45. Ismael SMC, Quayle J. Tabagismo: um problema de saúde pública do século XXI. *Rev Soc Bras Psicol Hosp*. 2003;6(2):5.
46. Gus I. Expectativa de vida do idoso e fatores de risco coronariano. *Rev Soc Cadio do RS*. 1999;8:5.
47. Zaslavsky C, Gus I. Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades. *Arquivos brasileiros de cardiologia*. 2002;79:635-9.

48. Smanio PEP. Fisiopatologia do sistema cardiovascular: gênero feminino importa? *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo*. 2009;19(4):7.
49. Ye S, Denton EG, Wasson LT, Davidson KW. Epidemiology and Management of Depression Following Coronary Heart Disease Diagnosis in Women. *Current cardiovascular risk reports*. 2012;6(3):210-8. Epub 2012/11/06.
50. IPEA., Aplicada IdPE. Desenvolvimento humano e condições de vida: indicadores brasileiro. 2006; Available from: <http://www.ipea.gov.br>.
51. Rezende LK, Mendes IJM, Santos BMO. Suporte social para idosos portadores de insuficiência cardíaca. *Rev Cienc Farm Básica Apl*. 2007;28(1):5.
52. Amaral FLJS. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2012.
53. Unidos. E, Society D. Pet partners, touching lives and improving health. [11/06/2012]; Available from: www.deltasociety.org.
54. Pellegrini L. O poder secreto dos animais. *Rev Planeta* [Internet]. 2009 11/06/2012. Available from: <http://www.terra.com.br/revistaplaneta/edições/442/artigo144043-1.htm>.
55. Faria ABC, M. A. V.; Pereira, D. P.; Silveira, M. M.; Francis, D. G.; Suehara, R. Cinoterapia no auxílio à reabilitação física de idosos Available from: http://www.anclivepa-rs.com.br/boletim_arquivo/boletim_34_htm/pag6.htm.
56. Levinson BM. The dog as a "co-therapist". *Mental hygiene*. 1962;46:59-65. Epub 1962/01/01.
57. Berzins MAV. Velhos, cães e gatos: interação de uma relação. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.

58. Sociedade Brasileira de C. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. Arquivos brasileiros de cardiologia. 2010;95(supl I):51.
59. Pierin AMG. Adesão ao tratamento: conceitos. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial; 2001.
60. Sociedade Brasileira de C. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos brasileiros de cardiologia. 2007;88(supl I):18.
61. Pinho MX, Makdisse MP, Carvalho MJC, Carvalho ACC. Betabloqueadores e depressão: há evidências para essa associação? Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2003;13(4, supl. A):9.
62. Montes Pena F, Amorim A, Fassbender C, Oliveira RdFJd, Faria CACd. Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com desfechos negativos. Insuficiencia cardíaca. 2011;6:170-8.
63. Xiong GL, Gagliardi JP, Jiang W. Beta-blockers and depression. The American journal of psychiatry. 2010;167(2):219; author reply -20. Epub 2010/02/04.
64. Greene E. Betablockers and depression: the patient's perspective 2009.
65. van Melle JP, Verbeek DE, van den Berg MP, Ormel J, van der Linde MR, de Jonge P. Beta-blockers and depression after myocardial infarction: a multicenter prospective study. Journal of the American College of Cardiology. 2006;48(11):2209-14. Epub 2006/12/13.
66. Ko DT, Hebert PR, Coffey CS, Sedrakyan A, Curtis JP, Krumholz HM. Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2002;288(3):351-7. Epub 2002/07/16.
67. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

68. Cunha JA. Escalas Beck - Manual. 1 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2011.
69. OMS, Saúde OMD. CID 10. Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Psiquiatria e Neurologia.
70. Glassman AH, Rodriguez AI, Shapiro PA. The use of antidepressant drugs in patients with heart disease. *The Journal of clinical psychiatry*. 1998;59 Suppl 10:16-21. Epub 1998/08/28.
71. Whooley MA, Caska CM, Hendrickson BE, Rourke MA, Ho J, Ali S. Depression and inflammation in patients with coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Biological psychiatry*. 2007;62(4):314-20. Epub 2007/04/17.
72. Glassman AH, Shapiro PA. Depression and the course of coronary artery disease. *The American journal of psychiatry*. 1998;155(1):4-11. Epub 1998/01/20.
73. Carney RM, Freedland KE, Veith RC, Cryer PE, Skala JA, Lynch T, et al. Major depression, heart rate, and plasma norepinephrine in patients with coronary heart disease. *Biological psychiatry*. 1999;45(4):458-63. Epub 1999/03/11.
74. Depression in Adults with a Chronic Physical Health Problem: Treatment and Management. Leicester UK: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.; 2010.
75. Lavie CJ, Thomas RJ, Squires RW, Allison TG, Milani RV. Exercise training and cardiac rehabilitation in primary and secondary prevention of coronary heart disease. *Mayo Clinic proceedings Mayo Clinic*. 2009;84(4):373-83. Epub 2009/04/03.
76. O'Keefe JH, Carter MD, Lavie CJ. Primary and secondary prevention of cardiovascular diseases: a practical evidence-based approach. *Mayo Clinic proceedings Mayo Clinic*. 2009;84(8):741-57. Epub 2009/08/04.
77. Joynt KE, Whellan DJ, O'Connor CM. Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction. *Biological psychiatry*. 2003;54(3):248-61. Epub 2003/08/02.

78. Alves TCTF, Fráguas R, Wajngarten M. Depressão e infarto grave do miocárdio. *Rev Psiq Clin.* 2009;36(3):4.
79. Coryell W, Noyes R, Clancy J. Excess mortality in panic disorder. A comparison with primary unipolar depression. *Archives of general psychiatry.* 1982;39(6):701-3. Epub 1982/06/01.
80. Fonseca FCA, Coelho RZ, Nicolato R, Malloy-Diniz LF, Silva Filho HCD. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 2009;58:128-34.
81. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association.* 1995;14(5):388-98. Epub 1995/09/01.
82. Toscano PR, Rotta CT. Estresse e doenças cardiovasculares. In: Koogan G, editor. *Doenças do coração: prevenção e tratamento.* 2 ed. Rio de Janeiro 2005. p. 119-1125.
83. Krannich JH, Weyers P, Lueger S, Herzog M, Bohrer T, Elert O. Presence of depression and anxiety before and after coronary artery bypass graft surgery and their relationship to age. *BMC psychiatry.* 2007;7:47. Epub 2007/09/14.
84. Cassorla SRM. Abordagem psicodinâmica do paciente ansioso. In: Eizirik C, editor. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos.* 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.
85. Vasconcelos CB. *Qualidade de vida, ansiedade e depressão após infarto do miocárdio.* Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia; 2007
86. Lemos C. *Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida em pacientes que apresentam quadro de pós infarto do miocárdio.* Porto Alegre: Fundação Universitária de Cardiologia de Porto Alegre; 2005.
87. Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci E, Stampfer MJ, et al. Prospective study of phobic anxiety and risk of

- coronary heart disease in men. *Circulation*. 1994;89(5):1992-7. Epub 1994/05/01.
88. Goldman L, Hashimoto B, Cook EF, Loscalzo A. Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class: advantages of a new specific activity scale. *Circulation*. 1981;64(6):1227-34. Epub 1981/12/01.
89. Bunevicius A, Staniute M, Brozaitiene J, Bunevicius R. Diagnostic accuracy of self-rating scales for screening of depression in coronary artery disease patients. *Journal of psychosomatic research*. 2012;72(1):22-5. Epub 2011/12/28.
90. Gallo LC, Matthews KA. Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role? *Psychological bulletin*. 2003;129(1):10-51. Epub 2003/01/31.
91. WHO, Organization WH. Adheren to long-term therapies: evidence for action. 2003.
92. Beanlands HJ, Lipton JH, McCay EA, Schimmer AD, Elliott ME, Messner HA, et al. Self-concept as a "BMT patient", illness intrusiveness, and engulfment in allogeneic bone marrow transplant recipients. *Journal of psychosomatic research*. 2003;55(5):419-25. Epub 2003/10/29.
93. Ohira T, Diez Roux AV, Polak JF, Homma S, Iso H, Wasserman BA. Associations of anger, anxiety, and depressive symptoms with carotid arterial wall thickness: the multi-ethnic study of atherosclerosis. *Psychosomatic medicine*. 2012;74(5):517-25. Epub 2012/04/19.
94. Boscho MD, Mantovani MF. As percepções dos portadores de insuficiência cardíaca frente ao seu processo de adoecimento. *Cienc Cuid Saúde*. 2007;6(4):7.
95. Leao A, Sheiham A. Relation between clinical dental status and subjective impacts on daily living. *Journal of dental research*. 1995;74(7):1408-13. Epub 1995/07/01.

96. Martinez C. Uma indústria do bem-estar. *Valor Econômico*. 2007 7/12/2007.
97. Kehl MR. O tempo e o cão: a atualidade das depressões. São Paulo: Boitempo; 2009. 304 p.
98. Carney RM, Freedland KE. Depression in patients with coronary heart disease. *The American journal of medicine*. 2008;121(11 Suppl 2):S20-7. Epub 2008/10/29.
99. Bacal F, Neto JD, Fiorelli AI, Mejia J, Marcondes-Braga FG, Mangini S, et al. [II Brazilian Guidelines for Cardiac Transplantation]. *Arquivos brasileiros de cardiologia*. 2010;94(1 Suppl):e16-76. Epub 2010/08/05. II Diretriz Brasileira de Transplante Cardíaco.
100. Pereira AR, J.; Haddad, N. Adaptação psicológica, fatores de risco e probabilidade de sobrevida em transplante cardíaco. *Mudanças*. 2002;10(1):20.
101. Brandwin M, Trask PC, Schwartz SM, Clifford M. Personality predictors of mortality in cardiac transplant candidates and recipients. *Journal of psychosomatic research*. 2000;49(2):141-7. Epub 2000/11/09.
102. Zimerman ED. Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão. Porto Alegre: Artmed; 2004.
103. Williams JE, Paton CC, Siegler IC, Eigenbrodt ML, Nieto FJ, Tyroler HA. Anger proneness predicts coronary heart disease risk: prospective analysis from the atherosclerosis risk in communities (ARIC) study. *Circulation*. 2000;101(17):2034-9. Epub 2000/05/03.
104. Everson SA, Kauhanen J, Kaplan GA, Goldberg DE, Julkunen J, Tuomilehto J, et al. Hostility and increased risk of mortality and acute myocardial infarction: the mediating role of behavioral risk factors. *American journal of epidemiology*. 1997;146(2):142-52. Epub 1997/07/15.
105. Strike PC, Steptoe A. Behavioral and emotional triggers of acute

- coronary syndromes: a systematic review and critique. *Psychosomatic medicine*. 2005;67(2):179-86. Epub 2005/03/24.
106. Oliviera Jr W. Relação médico paciente em cardiologia: um olhar psicossomático. *Revista de Medicina Psicossomática Sul Mineira*. 2005;4:5.
107. Lemos C, Gottschall CAM, Pellanda LC, Müller M. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2008;24:471-6.
108. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361-70. Epub 1983/06/01.
109. Santos AM, Rossi LA, Paiva L, Pompeo RASD, Machado EBC. Medida da ansiedade e depressão em pacientes no pré-operatório de cirurgias eletivas. *Rev Eletr Enf*. 2012;14(4):5.
110. Marcolino JAM, Mathias LAST, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala hospitalar de ansiedade e depressão estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pre operatorio. *Revista brasileira de anesthesiologia*. 2007;57(1):11.
111. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C, Jr., Pereira WA. [Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD]. *Revista de saude publica*. 1995;29(5):355-63. Epub 1995/10/01. Transtornos do humor em enfermaria de clinica medica e validacao de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressao.
112. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of psychosomatic research*. 2002;52(2):69-77. Epub 2002/02/08.
113. Bunevicius A, Staniute M, Brozaitiene J, Pop VJ, Neverauskas J, Bunevicius R. Screening for anxiety disorders in patients with coronary artery disease. Health and quality of life outcomes. 2013;11:37. Epub 2013/03/19.

114. Montes de Oca M, Perez-Padilla R, Talamo C, Halbert RJ, Moreno D, Lopez MV, et al. Acute bronchodilator responsiveness in subjects with and without airflow obstruction in five Latin American cities: the PLATINO study. *Pulmonary pharmacology & therapeutics*. 2010;23(1):29-35. Epub 2009/10/13.
115. Pletcher MJ, Sibley CT, Pignone M, Vittinghoff E, Greenland P. Interpretation of the Coronary Artery Calcium Score in Combination with Conventional Cardiovascular Risk Factors: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Circulation*. 2013. Epub 2013/07/26.
116. Corbaton-Anchuelo A, Martinez-Larrad MT, Fernandez-Perez C, Vega-Quiroga S, Ibarra-Rueda JM, Serrano-Rios For The Segovia Insulin Resistance Study Group M. Metabolic Syndrome, Adiponectin, and Cardiovascular Risk in Spain (The Segovia Study): Impact of Consensus Societies Criteria. *Metabolic syndrome and related disorders*. 2013. Epub 2013/06/06.
117. Hippisley-Cox J, Coupland C, Brindle P. Derivation and validation of QStroke score for predicting risk of ischaemic stroke in primary care and comparison with other risk scores: a prospective open cohort study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2013;346:f2573. Epub 2013/05/04.
118. Schiaffino A, Rodríguez M, Pasarín MI, Regidor E, Borrell C, Fernández E. ¿Odds ratio o razón de proporciones?: Su utilización en estudios transversales. *Gaceta Sanitaria*. 2003;17:51.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO E REVOGÁVEL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO E REVOGÁVEL

Título do Trabalho: Sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença isquêmica do coração e variáveis associadas.

Senhor (a):

Por Favor, leia atentamente as instruções abaixo antes de decidir se deseja e concorda em participar do presente estudo.

Eu, _____
confirmando que a Ana Borges França, discutiu comigo este estudo. Eu compreendi que:

1. presente estudo é parte do trabalho de dissertação de mestrado, da pesquisadora Ana Borges França.
2. objetivo principal deste estudo é avaliar a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença isquêmica do coração.
3. Minha participação colaborando neste trabalho é muito importante porque permitirá avaliar e compreender melhor os meus sentimentos diante o meu diagnóstico e o tratamento da minha doença cardíaca. A minha participação na pesquisa implica em eu responder a algumas perguntas sobre a minha saúde, a minha situação pessoal e o pesquisador vai avaliar e anotar os dados que interessam para a pesquisa e utilizar dados do prontuário. Fui esclarecido de que não há riscos relacionados à pesquisa e se caso houver indicação de tratamento para psicoterapia, será feito o encaminhamento para o Serviço de Psicologia.

4. Eu autorizo os pesquisadores desta pesquisa a utilizar as informações da avaliação, desde que em nenhum momento apareça o nome de forma que eu possa ser identificado (a). Fui esclarecido também de que estas informações serão utilizadas somente para esta pesquisa e serão guardadas em local seguro, sob a responsabilidade do pesquisador, durante cinco anos e que, somente as pessoas envolvidas diretamente com a pesquisa terão acesso a elas.
5. Hospital Regional também está interessado no presente estudo e já deu a permissão por escrito para que esta pesquisa seja realizada. Porém minha participação ou não, no estudo não implicará em nenhum benefício ou restrição de qualquer ordem para mim.
6. Eu também sou livre para não participar desta pesquisa se não quiser. Isto não implicará em quaisquer prejuízos pessoais ou no meu atendimento. Além disto, estou ciente de que em qualquer momento, ou por qualquer motivo, eu possa desistir de participar da pesquisa.
7. Estou ciente de que o meu nome não será divulgado e que somente as pessoas diretamente relacionadas à pesquisa terão acesso aos dados e que todas as informações serão mantidas em segredo e somente serão utilizados para este estudo.
8. Se eu tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa, eu posso entrar em contato com a Ana Borges França pelo telefone (48) 9163 3667, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos 3721- 9206.

Eu concordo em participar deste estudo.

Nome e assinatura do participante: _____

Entrevistador: _____ Data: _____

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DA PESQUISA

Formulário N°: _____ Data: _____

Teve intervenção cirúrgica? Sim, angioplastia () Ponte safena ()

Apenas tratamento clínico () Tem indicação de cirurgia? Sim () Não ()

**TÍTULO DA PESQUISA: SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANSIOSE EM
PACIENTES COM DOENÇA ISQUÊMICA DO
CORAÇÃO E VARIÁVEIS ASSOCIADAS**

Nome Completo: _____ N° do Prontuário: _____

Sexo: F () M () Idade (anos) : _____

Endereço residencial atual: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Tel. (res./cel./ parente/vizinho): _____

Escolaridade: Até que ano você estudou? _____

Estado civil: Solteiro () Casado () União estável () Divorciado ()
Viúvo ()

Possui filhos? Sim () Não () Possui netos? Sim () Não ()

Possui bisnetos? Sim () Não ()

Renda familiar mensal total: R\$ _____

N° pessoas habitam o domicílio? Adultos () Cçs ()

Tabagismo: Nunca fumou () Ex-fumante () Fumante leve () (≤ 10 c/dia)

Fumante moderado () (11 a 20 c/dia) Fumante pesado () (≥ 21 cigarros/dia)

Tem algum parente que tem ou teve doença cardíaca? Sim () Pais () Irmãos ()

Tios () Avós () Não ()

Faz uso de alguma medicação contínua? Sim () Não ()

Quais? _____

Possui animal de estimação? Sim () Não () Qual? _____

Esforço físico: 1. Não cansa para correr () 2. Caminha rápido e descansa ()

3. Caminha devagar e descansa () 4. Não consegue caminha e nem correr ()

APÊNDICE C - ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NO SAPSI



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Florianópolis, 19 de fevereiro de 2013.

Mestranda: Ana Borges França
Matrícula: 201103701

ENCAMINHAMENTOS PARA ATENDIMENTO PSICOLÓGICO NO SAPSI / 2013

De acordo com a parceria previamente estabelecida com o SAPSI como colaborador e local de referência para encaminhamentos dos sujeitos da pesquisa: Sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença isquêmica do coração e variáveis associadas, que tem como orientadora a Profa. Dra. Isabela de Carlos Back Giuliano (CCS) e co-orientadora a Profa. Dra. Marucia Patta Bardagi (CFH), apresento a lista de encaminhamentos de pacientes para atendimento psicológico.

A coleta de dados foi realizada no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, durante o período de outubro de 2012 a fevereiro de 2013, sendo que de 204 pacientes entrevistados da amostra total, 11 tiveram indicação para atendimento psicológico no SAPSI. O principal objetivo é contribuir com a recuperação e reabilitação cardíaca desses sujeitos, a fim de oferecer um tratamento multidisciplinar e de modo integrado entre as áreas da medicina e psicologia.

Os sujeitos entrevistados foram informados que o SAPSI entraria em contato por telefone assim que novas vagas fossem disponibilizadas para atendimento a partir do início de fevereiro e, além disso, também foram informados, que serão atendidos respeitando os procedimentos habituais de triagem e fila de espera.

Att, _____
Ana Borges França - CRP 12/03409

Pacientes encaminhados para atendimento no SAPSI

Nome (iniciais)	Sexo	Idade
1. C.V.	F	66 anos
2. M. O. F	M	50 anos
3. E. P.V.	F	42 anos
4. M. M. O.	F	49 anos
5. B. B.	F	50 anos
6. I. M. B. S.	F	51 anos
7. M. A. V.	F	50 anos
8. I. C. A.	F	52 anos
9. M. L. S.	F	47 anos
10. F.S	M	50 anos
11.S.A.G	F	51 anos

ANEXO A - DECLARAÇÃO SAPSI (SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOLÓGICA)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOLÓGICA (SAPSI)

Para: Ana Borges França

O SAPSI tem como objetivo a prestar atendimento psicológico à comunidade universitária e à comunidade da cidade de Florianópolis e regiões circunvizinhas, tanto do ponto de vista de intervenções clínicas, quanto de promoção da qualidade de vida.

Desta forma se disponibiliza prestar atendimento psicológico, caso seja necessário, aos sujeitos da pesquisa: **Repercussões psicológicas em pacientes com doença isquêmica do coração e variáveis associadas do projeto de dissertação de mestrado.**

Devido a quantidade de atendimentos realizados pelo Serviço, não podemos firmar compromisso de atendimento imediato, porém os pacientes serão atendidos respeitando os procedimentos habituais de triagem e fila de espera.

Atenciosamente.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Maria Cristina Vignoli'.

Prof. MariaCristina Vignoli
Coordenadora do SAPSI

ANEXO B - ESCALA *HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE* (HADS)

10 HADS

HADS

Este questionário ajudará o seu médico a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A 1. Eu me sinto tenso ou contraído:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

D 2. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- 0 () Sim, do mesmo jeito que antes
- 1 () Não tanto quanto antes
- 2 () Só um pouco
- 3 () Já não sinto mais prazer em nada

A 3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- 3 () Sim, e de um jeito muito forte
- 2 () Sim, mas não tão forte
- 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa
- 0 () Não sinto nada disso

D 4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Atualmente um pouco menos
- 2 () Atualmente bem menos
- 3 () Não consigo mais

A 5. Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
- 2 () Boa parte do tempo
- 1 () De vez em quando
- 0 () Raramente

D 6. Eu me sinto alegre:

- 3 () Nunca
- 2 () Poucas vezes
- 1 () Muitas vezes
- 0 () A maior parte do tempo

A 7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- 0 () Sim, quase sempre
- 1 () Muitas vezes
- 2 () Poucas vezes
- 3 () Nunca

D 8. Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- 3 () Quase sempre
- 2 () Muitas vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Nunca

A 9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- 0 () Nunca
- 1 () De vez em quando
- 2 () Muitas vezes
- 3 () Quase sempre

D 10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- 3 () Completamente
- 2 () Não estou mais me cuidando como deveria
- 1 () Talvez não tanto quanto antes
- 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes

A 11. Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- 3 () Sim, demais
- 2 () Bastante
- 1 () Um pouco
- 0 () Não me sinto assim

D 12. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A 13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- 3 () A quase todo momento
- 2 () Várias vezes
- 1 () De vez em quando
- 0 () Não sinto isso

D 14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Do mesmo jeito que antes
- 1 () Um pouco menos do que antes
- 2 () Bem menos do que antes
- 3 () Quase nunca

A:
D:

ANEXO C - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA DE SANTA CATARINA



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS CLÍNICAS

PROJETO DE PESQUISA:

Depressão, ansiedade e bem-estar subjetivo em pacientes com doença isquêmica do coração e variáveis associadas.

PropONENTE: Ana Borges França

Pesquisadora Responsável: Prof.ª Dr.ª Isabela de Carlos Back Giuliano

Centros de pesquisas envolvidos:

A pesquisa será realizada no Instituto de Cardiologia de SC - ICSC

Parecer do Diretor Científico do Centro de Estudos do ICSC:

Assinado

São José, 27 de 06 2012

[Assinatura]
Dr. Harry Correa Filho
DIRETOR CIENTÍFICO DO CENTRO DE ESTUDOS
DO ICSC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do seguinte projeto de pesquisa:

Título: Depressão, ansiedade e bem-estar subjetivo em pacientes com doença isquêmica do coração e variáveis associadas.

Nome do pesquisador: Ana Borges França

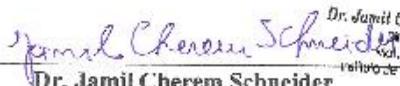
Nome do orientador: Profa. Dra. Isabela de Carlos Back Giuliano

Instituição de Origem da Pesquisa: Departamento de Saúde Pública - UFSC

Linha de Pesquisa: Epidemiologia das doenças não transmissíveis e causas externas de mortalidade

Cumprir os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 28 / 05 / 12


Dr. Jamil Chereem Schneider
Diretor Geral
Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

Diretor Geral do Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

ANEXO D - APROVAÇÃO E PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Depressão, ansiedade e bem-estar subjetivo em pacientes com doença isquêmica do coração em tratamento no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina e variáveis associadas.

Pesquisador: Isabela de Carlos Back Giuliano

Área Temática: Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 06510712.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 126.044

Data da Relatoria: 08/10/2012

Apresentação do Projeto:

O Projeto (CAAE: 06510712.9.0000.0121; Proponente: Profa. Isabela de Carlos Back Giuliano) intitula-se Depressão, ansiedade e bem-estar subjetivo em pacientes com doença isquêmica do coração em tratamento no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina (ICSC) e variáveis associadas, e subsidia um projeto de Dissertação (Mestrado) vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da UFSC (responsável na Instituição).

A pesquisa, que conta com o ICSC como instituição co-participante, tem caráter observacional, descritivo, e de corte transversal, fazendo uso de quatro modelos de questionários como instrumentos de abordagem psicometrica, os quais encontram-se criteriosamente fundamentados. O estudo possui objetivos claramente definidos, e sera conduzido tendo como amostra um total de 204 sujeitos (pacientes).

Por meio de entrevistas (instrumentos de autorrelato) serão coletados dados relativos ao modo como os indivíduos (pacientes internados com isquêmica do coração e alterações fisiológicas crônicas decorrentes do processo de adoecimento) julgam a sua satisfação com relação a sua vida e relatam a frequência de emoções afetivas recentes de prazer ou desprazer.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Avaliar repercussões psicológicas de pacientes com doença isquêmica do coração, por conta do seu diagnóstico, sua condição clínica, suas limitações físicas e seu tratamento.

Objetivo Secundário:

1. Avaliar a presença e grau de depressão, de ansiedade, de afetos positivos, de afetos negativos e de satisfação de vida em pacientes com doença isquêmica do coração.
2. Determinar a relação entre os sintomas psicológicos, aspectos sociais, condições clínicas, por meio da associação das seguintes variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, número de netos, renda média domiciliar, tabagismo, história familiar de doença coronariana, utilização de medicação betabloqueador, utilização de outra medicação, presença de animais de estimação e Classificação Funcional NYHA (New York Heart Association).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A estimativa de risco da pesquisa proposta estaria representado pela eventual negação dos pacientes em participar do processo de avaliação psicométrica; as condições sócio-culturais da clientela atendida no hospital pode prejudicar a compreensão das perguntas. Não há como controlar essa limitação, pois tal perfil condiz com a maioria da população da região. Em que pese isso, todos os pacientes serão entrevistados pessoalmente pela investigadora, com o cuidado da checagem do pleno entendimento das questões pelo indivíduo. Pode-se estimar possível risco aos participantes da pesquisa em relação ao sentimento de constrangimento em relatar sobre seu estado de saúde atual. Entretanto, será considerado a maneira individual de se expressar, respeitando as limitações de cada indivíduo e procurando buscar um ambiente em que o participante sintase o mais à vontade e seguro possível para responder as questões da pesquisa.

Benefícios:

A partir deste estudo, os benefícios aos participantes e à comunidade científica ligada a esta pesquisa estarão representados por contribuições primárias: contribuir com a produção científica e acadêmica a respeito da relevância do trabalho psicológico como integrante da equipe multidisciplinar na assistência no período perioperatório de pacientes coronarianos; oferecer contribuições para fomentar um acompanhamento

adequado nos programas de reabilitação cardíaca, visando esquemas terapêuticos ao estilo de vida, diminuindo os fatores de risco e contribuindo para melhor prognóstico aos pacientes portadores de cardiopatias. Contribuições secundárias: provocar mudanças no estilo de vida que sirvam para manter os benefícios obtidos nesta pesquisa de forma duradoura, e que poderão

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9896 E-mail: oep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



incluir: diminuição do nível de ansiedade e depressão; gerar conhecimentos básicos na área da Saúde que permitam que o paciente experimente criar hábitos de uma forma mais autônoma, saudável e favorecendo a sua qualidade de vida; criar uma conscientização maior sobre os sintomas de depressão e ansiedade em pacientes com cardiopatia, além de ser uma forma de triagem, identificação desses sintomas nos indivíduos submetidos ao tratamento no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, prevendo menor morbidade desse paciente; incentivar o paciente a ter uma atitude mais proativa para o controle de fatores de risco, o que pode gerar uma mudança em relação à prática de exercícios físicos, provavelmente criando iniciativa para caminhar ou praticar algum esporte do seu interesse e/ou que seja recomendado de acordo com seu estado de saúde. Sendo esta atitude mais proativa uma maneira do paciente transformar a motivação extrínseca em motivação intrínseca, englobando-a como hábito diário de uma forma natural. Dependendo das condições psicológicas dos pacientes no período de internação, às vezes justifica-se a continuidade do tratamento psicológico após alta hospitalar.

Considerando este aspecto importante, buscaram-se meios para disponibilizar esse recurso aos pacientes para serem atendidos em Serviço especializado na área da psicologia, o SAPSI - Serviço de Atenção Psicológica. O Serviço de Atenção Psicológica da Universidade Federal de Santa Catarina (SAPSI/UFSC) existe desde 1977, constituído como pré-requisito para a criação do Curso de Psicologia, cuja primeira turma iniciou em 1978. O local funciona como Centro de Psicologia Aplicada, por meio da realização de estágios supervisionados, projetos de pesquisa e extensão de professores do Departamento de Psicologia da UFSC, com oferta de atendimento psicológico em diferentes áreas de atuação do psicólogo, em caráter público e gratuito. O principal objetivo da nossa procura pelo SAPSI foi verificar a possibilidade de uma parceria de trabalho como colaboradores da Pesquisa e como local de referência para eventuais encaminhamentos desses pacientes, contribuindo assim, para a sua recuperação e reabilitação cardíaca. O interesse dessa parceria será oferecer apoio aos pacientes e a possibilidade de melhora na sua qualidade de vida e enfrentamento da doença cardíaca, considerando que os aspectos emocionais envolvidos nesse processo também podem sofrer alterações importantes, necessitando assim, de atendimento profissional especializado da área da psicologia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A doença isquêmica do coração e as alterações fisiológicas decorrentes do processo de adoecimento trazem ao indivíduo uma condição crônica de saúde com a qual terá de aprender a conviver. Essa condição traz consigo certos fatores estressantes, como o tempo prolongado de tratamento, as mudanças no seu estilo de vida e no meio social em que convive. Alguns estudos têm mostrado que os pacientes experimentam uma forte angústia

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9898 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



no período perioperatório. A depressão poderá ocorrer ainda nos primeiros dias de hospitalização, por uma reação da perda da autoestima. Seus medos e concepções a respeito da doença devem ser abordados, o quanto possível elaborados pelo paciente, pois isso pode contribuir com o tratamento e com a sua recuperação. É apontado na literatura que entre 20 a 30% dos pacientes que apresentam doença isquêmica do coração manifestam transtorno depressivo; uma percentagem ainda maior apresenta sintomas depressivos

quando usadas escalas de autorelato.

Estes sintomas após um infarto prejudicam a reabilitação e associam-se a taxas mais altas de mortalidade e morbidade clínica. Em relação aos transtornos de ansiedade, estes constituem os tipos de transtornos psiquiátricos mais frequentes na população geral. Um estudo epidemiológico aponta que 2 a 4% da população geral apresentam ansiedade significativa e 10 a 14% dos pacientes que procuram cardiologistas relatam queixas

relacionadas com à ansiedade. O presente projeto tem como objetivo primário estudar depressão, ansiedade e bem-estar subjetivo de pacientes com doença isquêmica do coração por conta do seu diagnóstico e do seu tratamento. São objetivos secundários determinar a relação entre estas repercussões psicológicas, os aspectos sociais, as condições clínicas por meio da associação das seguintes variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, número de netos, renda média domiciliar, tabagismo, história familiar de doença coronariana, utilização de medicação, utilização de outra medicação, presença de animais de estimação e Classificação Funcional NYHA (New York Heart Association).

O método da coleta de dados será realizada por meio da Escala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, é um instrumento que avalia ansiedade e depressão e tem sido amplamente utilizada para avaliar transtornos do humor em pacientes com doenças físicas; e a Escala EBES (Escala de Bem-Estar Subjetivo) que consiste no uso de autorrelato, no qual o indivíduo julga a sua satisfação com relação a sua vida e relata a frequência de

emoções afetivas recentes de prazer ou desprazer. A presente pesquisa, que terá um delineamento observacional, descritivo, de corte transversal, pretende-se contribuir para o conhecimento científico na área da Saúde Pública e ampliar o conhecimento da aterosclerose e os fatores emocionais envolvidos neste processo do tratamento da doença, expandindo o campo da prevenção no período perioperatório.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes documentos constam em anexo: (1) folha de rosto; (2) relatório da pesquisa (incluindo: Orçamento e Patrocinador, Instrumentos da Pesquisa (4 questionários), e Cronograma

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: oep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



de Execução); (3) projeto de pesquisa estruturado (Dissertação); (4) TCLE; (5) declarações de concordância dos responsáveis na(s) instituição(ões) participante(s) (UFSC, SAPSI e ICSC).

A proposta inclui os documentos e informações exigidas pela Legislação (Res. CNS n. 196/96).

Ademais, em uma iniciativa considerada louvável pela relatoria (CEP), os pesquisadores destacam no projeto que Dependendo das condições psicológicas dos pacientes no período de internação, às vezes justifica-se a continuidade do tratamento psicológico após alta hospitalar. Considerando este aspecto importante, buscaram-se meios para disponibilizar esse recurso aos pacientes para serem atendidos em Serviço especializado na área da Psicologia, o SAPSI - Serviço de Atenção Psicológica do HU (UFSC).

Recomendações:

Após análise dos documentos inseridos na Proposta, constata-se que o contexto do projeto e os critérios adotados para a sua realização se encontram em conformidade com os termos da Legislação vigente, no que concerne aos aspectos éticos necessários ao desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos. Portanto, nenhuma recomendação se faz necessária.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As recomendações e considerações encaminhadas pelo CEPSC foram atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Parecer foi colocado em discussão e acatado no Colegiado em 08/10/2012.

FLORIANOPOLIS, 19 de Outubro de 2012

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9208 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br



**INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
DE SANTA CATARINA**

PROJETO DE PESQUISA

Título: Depressão, ansiedade e bem-estar subjetivo em pacientes com doença isquêmica do coração em tratamento no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina e variáveis associadas.

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 06510712.9.0000.0121

Pesquisador: Isabela de Carlos Back Giuliano

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
Elaborado pela Instituição Coparticipante**

Número do Parecer: 106.912

Data da Relatoria: 25/09/2012

Apresentação do Projeto:

Introdução:

Atualmente as doenças cardiovasculares são consideradas a principal causa de mortalidade na maioria dos países desenvolvidos, relacionada com 12 a 45% de todas as mortes.(1-2) O relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) do ano de 2010 contabilizou 38 milhões (63% do total) das mortes globais, devido às doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as cardiovasculares, diabetes melito, câncer e doenças respiratórias crônicas.(3-5). Contextualizando a problemática mundial, segundo a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), cerca de 17 milhões de pessoas morrem por ano por doenças cardiovasculares no mundo anualmente. Isso significa mais gastos com a saúde, visto que os portadores de doenças cardiovasculares necessitam de assistência contínua e dispendiosa para obterem uma qualidade de vida relativamente boa.(6)Relacionada a essa alta prevalência, aumentou também a preocupação em desenvolver estratégias de reabilitação para tais doenças.Contextualização das doenças cardiovasculares, o Brasil vem passando por acentuado processo de transição epidemiológica, caracterizada pelo aumento crescente de doenças crônicas não transmissíveis, mas com a presença ainda importante e significativa de doenças ligadas ao subdesenvolvimento, como as doenças infectocontagiosas.(7-9) A história natural de hipertensão arterial sistêmica e aterosclerose, insuficientemente modificada pelas ações de saúde e frequentemente agravada pela ocorrência da diabetes melito, associa-se ao grande contingente de pacientes com cardiopatia, candidatos potenciais a intervenções cardiovasculares. A demanda por procedimentos de alta complexidade tende a crescer, acompanhando o progresso tecnológico e os avanços da ciência e da medicina.8-9 No Brasil, segundo informações do DATASUS 2011, cerca de 21% do gasto com a saúde voltada para internação hospitalar é destinada às doenças cardiovasculares, atingindo o valor de 847.219.998 milhões de reais.O Sistema Único de Saúde (SUS) apontou que 32% do total de mortes no Brasil estão relacionadas às doenças cardíacas. A Saúde Pública tem o compromisso histórico de identificar as condições da saúde da população e de explicar seus determinantes, a fim de formular e implementar propostas de intervenção mais eficazes e eficientes para fazer frente à situação, incluindo a mobilização da ação de outros setores sociais e governamentais.(5) Visto que

Endereço: Rua Adolfo Donato Silva s/n
Bairro: Praia Comprida **CEP:** 88.103-901
UF: SC **Município:** SAO JOSE
Telefons: (48)3271-9101 **Fax:** (48)3271-9003 **E-mail:** cepic@saude.sc.gov.br



INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
DE SANTA CATARINA



aproximadamente 20% dos portadores de doenças cardiovasculares fazem parte da população economicamente ativa do país, destaca-se a importância de ações de saúde para prevenção e tratamento dessas doenças.(12) Uma grande percentagem das doenças não transmissíveis, como as coronarianas, pode ser retardada ou prevenida por meio da redução dos seus fatores de risco.(4) Nesta visão, É identificada na literatura a prevalência da depressão e ansiedade em pacientes coronarianos submetidos à revascularização do miocárdio, o que revela a importância da realização um trabalho de cunho psicológico no período perioperatório desses pacientes. Oferecer um acompanhamento adequado nos programas de reabilitação cardíaca, compreender o processo de adoecimento, adequar - na medida do possível - esquemas terapêuticos ao estilo de vida dos pacientes e diminuir os fatores de risco associados, certamente será apresentado um melhor prognóstico e maior qualidade de vida aos pacientes cardíacos. Considerando a natureza das doenças crônicas cardíacas, as condições psicológicas dos pacientes com doenças isquêmicas do coração podem ter um papel importante no seu resultado e na sua reabilitação. Pretende-se investigar depressão, ansiedade e bem-estar subjetivo em paciente com doença isquêmica do coração, por conta do diagnóstico e do seu tratamento, além de identificar se os aspectos sociais ou clínicos podem influenciar nessa relação.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar repercussões psicológicas de pacientes com doença isquêmica do coração, por conta do seu diagnóstico, sua condição clínica, suas limitações físicas e seu tratamento.

Objetivo Secundário:

1. Avaliar a presença e grau de depressão, de ansiedade, de afetos positivos, de afetos negativos e de satisfação de vida em pacientes com doença isquêmica do coração. 2. Determinar a relação entre os sintomas psicológicos, aspectos sociais, condições clínicas, por meio da associação das seguintes variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, número de netos, renda média domiciliar, tabagismo, história familiar de doença coronariana, utilização de medicação betabloqueador, utilização de outra medicação, presença de animais de estimação e Classificação Funcional NYHA (New York Heart Association).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A estimativa de risco da pesquisa proposta estaria representado pela eventual negação dos pacientes em participar do processo de avaliação psicométrica; as condições sócio-culturais da clientela atendida no hospital pode prejudicar a compreensão das perguntas. Não há como controlar essa limitação, pois tal perfil condiz com a maioria da população da região. Em que pese isso, todos os pacientes serão entrevistados pessoalmente pela investigadora, com o cuidado da checagem do pleno entendimento das questões pelo indivíduo. Pode-se estimar possível risco aos participantes da pesquisa em relação ao sentimento de constrangimento em relatar sobre seu estado de saúde atual. Entretanto, será considerado a maneira individual de se expressar, respeitando as limitações de cada indivíduo e procurando buscar um ambiente em que o participante sinta-se o mais à vontade e seguro possível para responder as questões da pesquisa.

Benefícios:

A partir deste estudo, os benefícios aos participantes e à comunidade científica ligada a esta pesquisa

Endereço: Rua Adolfo Donato Silva s/n

Bairro: Praia Comprida

UF: SC

Município: SAO JOSE

CEP: 88.103-901

Telefone: (48)3271-9101

Fax: (48)3271-9003

E-mail: cepic@saude.sc.gov.br



INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
DE SANTA CATARINA



estarão representados por contribuições primárias: contribuir com a produção científica e acadêmica a respeito da relevância do trabalho psicológico como integrante da equipe multidisciplinar na assistência no período perioperatório de pacientes coronarianos; oferecer contribuições para fomentar um acompanhamento adequado nos programas de reabilitação cardíaca, visando esquemas terapêuticos ao estilo de vida, diminuindo os fatores de risco e contribuindo para melhor prognóstico aos pacientes portadores de cardiopatias. Contribuições secundárias: provocar mudanças no estilo de vida que sirvam para manter os benefícios obtidos nesta pesquisa de forma duradoura, e que poderão incluir: diminuição do nível de ansiedade e depressão; gerar conhecimentos básicos na área da Saúde que permitam que o paciente experimente criar hábitos de uma forma mais autônoma, saudável e favorecendo a sua qualidade de vida; criar uma conscientização maior sobre os sintomas de depressão e ansiedade em pacientes com cardiopatia, além de ser uma forma de triagem, identificação desses sintomas nos indivíduos submetidos ao tratamento no Instituto de Cardiologia de Santa Catarina, prevenindo menor morbidade desse paciente; incentivar o paciente a ter uma atitude mais proativa para o controle de fatores de risco, o que pode gerar uma mudança em relação à prática de exercícios físicos, provavelmente criando iniciativa para caminhar ou praticar algum esporte do seu interesse e/ou que seja recomendado de acordo com seu estado de saúde. Sendo esta atitude mais proativa uma maneira do paciente transformar a motivação extrínseca em motivação intrínseca, englobando-a como hábito diário de uma forma natural. Dependendo das condições psicológicas dos pacientes no período de internação, às vezes justifica-se a continuidade do tratamento psicológico após alta hospitalar. Considerando este aspecto importante, buscaram-se meios para disponibilizar esse recurso aos pacientes para serem atendidos em Serviço especializado na área da psicologia, o SAPSI - Serviço de Atenção Psicológica. O Serviço de Atenção Psicológica da Universidade Federal de Santa Catarina (SAPSI/UFSC) existe desde 1977, constituído como pré-requisito para a criação do Curso de Psicologia, cuja primeira turma iniciou em 1978. O local funciona como Centro de Psicologia Aplicada, por meio da realização de estágios supervisionados, projetos de pesquisa e extensão de professores do Departamento de Psicologia da UFSC, com oferta de atendimento psicológico em diferentes áreas de atuação do psicólogo, em caráter público e gratuito. O principal objetivo da nossa procura pelo SAPSI foi verificar a possibilidade de uma parceria de trabalho como colaboradores da Pesquisa e como local de referência para eventuais encaminhamentos desses pacientes, contribuindo assim, para a sua recuperação e reabilitação cardíaca. O interesse dessa parceria será oferecer apoio aos pacientes e a possibilidade de melhora na sua qualidade de vida e enfrentamento da doença cardíaca, considerando que os aspectos emocionais envolvidos nesse processo também podem sofrer alterações importantes, necessitando assim, de atendimento especializado na área de psicologia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Desfecho Primário:

Identificar as variáveis dependentes depressão, ansiedade, afetos positivos, afetos negativos e satisfação de vida que são denominadas como desfecho primário deste estudo.

Desfecho Secundário:

Identificar a relação entre os sintomas psicológicos, aspectos sociais e condições clínicas, por meio da associação dos sintomas e as seguintes variáveis sócio-demográficas: sexo, idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, número de

Endereço: Rua Adolfo Donato Silva s/n

Bairro: Praia Comprida

CEP: 88.103-901

UF: SC

Município: SAO JOSE

Telefone: (48)3271-9101

Fax: (48)3271-9003

E-mail: cepic@saude.sc.gov.br



INSTITUTO DE CARDIOLOGIA
DE SANTA CATARINA



netos, renda média domiciliar, tabagismo, história familiar de doença coronariana, utilização de medicação betabloqueador, utilização de outra medicação, presença de animais de estimação e Classificação Funcional NYHA (New York Heart Association), que são denominadas como desfecho secundário deste estudo

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE esta de acordo com o objetivo da pesquisa

Recomendações:

Pela aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto para obtenção do título de mestre.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

pela aprovação

SAO JOSE, 25 de Setembro de 2012

Assinado por:
Amândio Rampinelli

ANEXO E - NORMAS DO PERIÓDICO PSYCHOSOMATIC MEDICINE PARA A PUBLICAÇÃO DO ARTIGO CIENTÍFICO

**PSYCHOSOMATIC
MEDICINE**
Journal of Biobehavioral Medicine

*A peer-reviewed journal
dedicated to the integration of the
biological, psychological,
and social factors in medicine*

Psychosomatic Medicine Instructions for Authors

Manuscripts for review should be submitted over the World Wide Web at <http://psymed.editorialmanager.com>. They should be addressed to the attention of Willem J. Kop, PhD, Editor-in-Chief, Psychosomatic Medicine. Postal correspondence may be sent to the Psychosomatic Medicine Editorial Office at 1120 E. Kennedy Blvd. #1410, Tampa, FL 33602, USA. The editorial office telephone number is (813) 525-0098. The e-mail address is: PsychosomaticMedicine@gmail.com.

The Journal welcomes original research articles, meta analyses and systematic literature reviews, articles on methodology and statistics, and letters to the editor. The Journal publishes special series on selected topics in psychosomatic medicine and the Methods and Statistics series. Authors submitting to these series are encouraged to send a detailed query to the Editorial Office to gauge interest in the particular manuscript or topic. Original data manuscripts may be considered for Rapid Communication if the text including references and tables is no longer than 3,200 words and the manuscript does not require major revision. If a major revision is required, the manuscript will be processed as a regular submission. Note that this category is for succinct manuscripts of unusual interest, not for pilot data or work in progress.

Manuscripts are reviewed with the understanding that they are original, have not been published other than in an abstract form, and are not under simultaneous review elsewhere. All authors must approve of the submission, and before publication, the corresponding author should secure permission to name anyone listed under acknowledgments. Most manuscripts are sent to outside peer reviewers, but a significant percentage are evaluated only in-house and may be rejected if they are not suitable for the journal or up to the journal's quality standards. Psychosomatic Medicine requests authors to adhere to the journal's statistical guidelines, available on the Web at: http://www.psychosomaticmedicine.org/site/misc/stat_xhtml. The journal endorses several statements developed to improve the quality of medical research reports. Authors are encouraged to consult the CONSORT, MOOSE, and PRISMA statements, available on the World Wide Web at: <http://www.consort-statement.org> or <http://www.equator-network.org>.

Clinical trials registration: Psychosomatic Medicine requires authors to comply with the International Committee of Medical Journal Editors' policies regarding registration of clinical trials in a public database. The ICMJE defines a clinical trial as any research project that prospectively assigns human subjects to intervention or concurrent comparison or control groups to study the cause-and-effect relationship between a medical intervention and a health outcome. Medical interventions include drugs, surgical procedures, devices, behavioral treatments, process-of-care changes, and the like. Authors should include the trial registration number with a web address for the registry at the end of the abstract. For more information about the ICMJE policies, including answers to a list of frequently asked questions, please see: http://www.icmje.org/publishing_10register.html.

Manuscript formatting: Electronic manuscripts should be formatted so text is double-spaced (including references and tables) on 8 1/2"x 11" paper size. When submitting a manuscript, describe in a brief cover letter the paper's objectives and significance. The editor welcomes, but is not bound by, suggestions for possible peer reviewers.

On the title page, include the title, full names of author(s), with highest academic degrees

and academic or professional affiliations, and the complete address, telephone number, fax number, and e-mail address of the author to whom proofs and correspondence should be sent. Indicate the total number of words contained in the manuscript, and the number of tables and figures; the word count should include the body of the paper, the references and the tables. If the title exceeds 45 characters, supply an abbreviated running title of fewer than 46 spaces. Please also include a section on the title page labeled "Conflicts of Interest and Source of Funding." ([Further instructions are below.](#)) Number pages consecutively beginning with the abstract page. **Manuscripts should be no longer than 6,500 words.**

Abstract: All papers should include a brief initial abstract of not more than 250 words followed by up to 6 key words for indexing. Abstracts should be submitted in outline format, using the bolded headings of Objective, Methods, Results, Conclusions, and, if applicable, Trial Registration. Precise results for main findings should be presented. After the keywords, list all acronyms used in text, e.g., DBP = diastolic blood pressure; BMI = body mass index.

P value style: If $p < .10$, then it should be expressed to 3 digits after the decimal point. If the value is .10 through .99, then it should be expressed to 2 digits. Values of .000 and 1.0 should be reported as $< .001$ and $> .99$, respectively.

Tables and Illustrations: Tables should be double-spaced, including all headings, and should have a concise descriptive title. Each table should be numbered sequentially in Arabic numerals and begin on a new page. When preparing tables, if appropriate to the data, include the number of participants or observations, the statistical tests or estimation techniques used, exact p values, and some measure of variability (standard deviations, standard errors or confidence intervals) for any estimates (e.g., means, differences, proportions) presented. For figures, please do not use three-dimensional graphs for two-dimensional data.

For manuscripts accepted for publication, authors are strongly encouraged to provide scalable vector files in formats such as EPS, PowerPoint, or PDF. Line artwork created in Microsoft Word and Excel is acceptable provided the text and objects within the artwork can be formatted and edited without loss of image clarity. Preferred fonts include Arial and Helvetica. A separate sheet of legends for illustrations should be included. Authors wishing to use color figures will incur a fee to defray the associated printing costs; in the online edition, color figures may be included at no cost.

References and Footnotes: In the text, citation of references is by full-sized numbers in parentheses. Footnotes to the text are indicated by Arabic numeral superscripts numbered consecutively throughout the paper and placed at the foot of each page on which they are cited. List references in the order cited in the text. Number references consecutively, using Arabic numerals. References should be typed double-spaced and placed at the end of the text beginning on a separate page. **List all authors; do not use "et al."** The reference list should not include personal communications or manuscripts submitted but not accepted for publication. References should be styled as follows:

Book: Tomb DA. Psychiatry. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994.

Edited Book: Gorman JR, Locke SE. Neural, endocrine, and immune interactions. In: Kaplan HI, Sadock BJ, editors. Comprehensive textbook of psychiatry. vol 1. 5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1989. p. 111-25.

Journals: Irvine J, Baker B, Smith J, Jandciu S, Paquette M, Cairns J, Connolly S, Roberts R, Gent M, Dorian P. Poor adherence to placebo or amiodarone therapy predicts mortality: results from the CAMIAT study. *Psychosom Med* 1999;61:566-75.

Periodical abbreviations should follow those given by Index Medicus. Correct journal abbreviations can be found by searching at:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

Supplemental Digital Content (SDC): To enhance the text of their articles, authors may submit SDC via Editorial Manager. SDC may include standard media such as text documents, graphs, audio, video, etc. On the Attach Files page of the submission process, please select Supplemental Audio, Video, or Data for your uploaded file as the Submission Item. If an article with SDC is accepted, production staff will create a URL for the SDC file. The URL will be placed in the call-out within the article. SDC files are not copy-edited by LWW staff; they will be presented digitally as submitted. For a list of all available file types and detailed instructions, please visit <http://links.lww.com/A142>.

SDC Call-outs: Supplemental Digital Content must be cited consecutively in the text of the submitted manuscript. Citations should include the type of material submitted (Audio, Figure, Table,

etc.), be clearly labeled as "Supplemental Digital Content," include the sequential list number, and provide a description of the supplemental content. All descriptive text should be included in the call-out as it will not appear elsewhere in the article. Example: We performed many tests on the degrees of flexibility in the elbow (see Video, Supplemental Digital Content 1, which demonstrates elbow flexibility) and found our results inconclusive.

List of Supplemental Digital Content: A listing of Supplemental Digital Content must be submitted at the end of the manuscript file. Include the SDC number and file type of the Supplemental Digital Content. This text will be removed by our production staff and not be published.

Example: Supplemental Digital Content 1. wmv

SDC File Requirements: All acceptable file types are permissible up to 10 MBs. For audio or video files greater than 10 MBs, authors should first query the journal office for approval. For a list of all available file types and detailed instructions, please visit <http://links.lww.com/A142>.

Disclosures, Conflicts of Interest, and Copyright Transfer

Before publication of an accepted article, each author will be asked to complete the American Psychosomatic Society Author Responsibility, Disclosure, and Copyright Transfer form to ensure transparency and the widest possible dissemination of information under the U.S. Copyright Law. After acceptance, manuscripts are forwarded to the publisher, and questions regarding publication, reprints, proofs, etc. should be addressed to LWW. The corresponding author receives proofs within several weeks of acceptance. Corrections should be to the publisher within 48 hours of receipt.

Authors must state all possible conflicts of interest in the manuscript, including financial, consultant, institutional and other relationships that might lead to bias or a conflict of interest. If there is no conflict of interest, this should also be explicitly stated as none declared. All sources of funding should be acknowledged in the manuscript. All relevant conflicts of interest and sources of funding should be included on the title page of the manuscript with the heading "Conflicts of Interest and Source of Funding."

For example: Conflicts of Interest and Source of Funding: A has received honoraria from Company Z. B is currently receiving a grant (#12345) from Organization Y, and is on the speaker's bureau for Organization X – the CME organizers for Company A. For the remaining authors none were declared.

In addition, each author must complete and submit the journal's copyright transfer agreement, which includes a section on the disclosure of potential conflicts of interest based on the recommendations of the International Committee of Medical Journal Editors, "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (www.icmje.org/update.html). The form is readily available on the manuscript submission page <http://psymed.edmgr.com> and can be completed and submitted electronically. Please note that authors may sign the copyright transfer agreement form electronically. For additional information about electronically signing this form, go to <http://links.lww.com/ZUAT/A106>.

Compliance with NIH and Other Research Funding Agency Accessibility Requirements: Some research funding agencies now require or request authors to submit the post-print (the article after peer review and acceptance but not the final published article) to a repository that is accessible online by all without charge. As a service to our authors, **Psychosomatic Medicine** publisher LWW will identify to the National Library of Medicine (NLM) articles that require deposit and will transmit the post-print of an article based on research funded in whole or in part by the National Institutes of Health, Wellcome Trust, Howard Hughes Medical Institute, or other funding agencies to PubMed Central. Additional details are available in the copyright transfer form at <http://edmgr.ovid.com/psymed/accounts/copyrightTransfer.pdf>.

Reprints: Reprints may be ordered before publication through the publisher using the order form that accompanies proofs. Post-publication orders cannot be filled at regular reprint prices.