



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Sintomas de ansiedade e depressão: a remodelação psíquica na Insuficiência Cardíaca

Juliana de Souza Andréo

**Uberlândia
2010**

Juliana de Souza Andréo

Sintomas de ansiedade e depressão: a remodelação psíquica na Insuficiência Cardíaca

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Elmiro Santos Resende
Co-orientadora: Profa. Dra. Marilda de Oliveira Coelho

Uberlândia
2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

A559s Andréo, Juliana de Souza, 1979-
 Sintomas de ansiedade e depressão [manuscrito] : a
remodelação psíquica na insuficiência cardíaca [manuscrito] /
Juliana de Souza Andréo. - 2010.

79 f. : il.

Orientador: Elmiro Santos Resende.

Co-orientadora: Marilda de Oliveira Coelho.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Inclui bibliografia.

1. Insuficiência cardíaca - Teses. 2. Depressão mental - Teses. 3. Ansiedade - Teses. I. Resende, Elmiro Santos. II. Coelho, Marilda de Oliveira. III. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 616.12-008.315

Juliana de Souza Andréo

Sintomas de ansiedade e depressão: a remodelação psíquica na Insuficiência Cardíaca

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre.

Uberlândia, 26 de abril de 2010.

Prof. Dr. Aguinaldo Coelho da Silva

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Profa. Dra. Silvia Maria Cury Ismael

Dedicatória

A minha mãe Alda, que me fez direcionar o
olhar para a compreensão do universo dos
pacientes cardíacos.
Aos pacientes que compartilharam comigo suas
histórias.

Agradecimentos

Diversas pessoas colaboraram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho com sugestões, idéias, críticas e opiniões. Outros contribuíram com afeto, carinho e amizade, componentes essenciais para um bom trabalho. Agradeço a todos que me acompanharam durante a realização deste estudo. Porém, gostaria de agradecer especialmente a algumas pessoas.

Aos meus pais, Alda e Jeová, pelos valores a mim ensinados, entre eles a busca pela realização de meus sonhos e o valor do estudo. Também pelo o esforço sem limites em busca do meu bem estar, manifestado por meio de amor, carinho e cuidado.

Ao meu esposo Eduardo, por tornar minha vida tão mais feliz na sua companhia, além de me apoiar durante todo esse tempo, suportando minha angústia em tantos momentos.

Aos meus irmãos Júlio e Lucinéia (Néia) pelo companheirismo, incentivo e exemplo. Em especial a Néia, pelo carinho e amor imensos que me fazem sentir mais segura e confiante.

A minha cunhada Karine, por em ouvir com interesse, mesmo sendo de uma área tão diferente, e também por me auxiliar na formatação desse trabalho.

Ao meu orientador, Dr. Elmiro, por me ensinar os caminhos da pesquisa científica, pela confiança, compreensão, carinho e por dividir comigo seu conhecimento. Ele representa a sabedoria em todos os sentidos.

A minha co-orientadora Marilda, pelas oportunidades a mim oferecidas e pelo incentivo na busca da valorização da nossa área.

À Gislene por me escutar, por me ajudar a amadurecer e a me conhecer. Aprendi muitas coisas parceria que ficarão comigo para sempre.

Aos meus sogros Luzia e José, por entender a ausência, aceitando-me com tanto carinho.

À Bela, pela companhia em todas as tardes de escrita desse trabalho e por ser tão bom voltar para casa para vê-la.

Aos novos amigos feitos durante essa trajetória, Ana Cláudia, Fábila, Leandro, Priscila e tantos outros, pelas conversas, risadas, conhecimentos trocados e, acima de tudo, por compartilhar as dores e angústias em busca da concretização deste trabalho.

A todos os pacientes que aceitaram participar da realização desta pesquisa, minha mais profunda gratidão.

Enfim, parece que, de tudo isso, o que mais valeu a pena foram os vínculos criados ou fortalecidos, seja com as pessoas, seja com o conhecimento.

Lista de abreviaturas e siglas

IC	Insuficiência Cardíaca
NYHA	New York Heart Association
QV	Qualidade de Vida
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
BDI	Inventário de Depressão de Beck
DSM-III	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
SCID-I	Structured Clinical Interview

Lista de tabelas

Tabela 1. Dados sociodemográficos do grupo de estudo e do grupo controle.	34
Tabela 2. Escore médio, desvio padrão e probabilidades encontradas, quando da aplicação do teste de Mann-Whitney aos valores obtidos pelo grupo de pacientes e pelo grupo controle aos dados relativos à depressão e ansiedade, medidos pela BDI.	35
Tabela 3. Dados relativos ao BDI do grupo de estudo e do grupo controle.	35
Tabela 4. Escore médio, desvio padrão e probabilidades encontradas, quando da aplicação do teste de Mann-Whitney aos valores obtidos pelo grupo de pacientes e pelo grupo controle aos dados relativos à depressão e ansiedade, medidos pela BAI.	36
Tabela 5. Dados relativos ao BAI do grupo de estudo e do grupo controle.	36
Tabela 6. Escore médio, desvio padrão e probabilidades encontradas, quando da aplicação do teste de Mann-Whitney aos valores obtidos pelo grupo de estudo e pelo grupo controle aos dados relativos à depressão e ansiedade, medidos pelo HAD.	37
Tabela 7. Dados relativos à HAD do grupo de estudo e do grupo controle.	37
Tabela 8. Correlações de Postos de Spearman entre os instrumentos psicológicos e a classe funcional de IC.	40

Lista de figuras

Quadro 1. Classificação da NYHA.	13
Quadro 2. Etiologia da IC.	13
Quadro 3. Principais sintomas presentes na depressão.	15
Quadro 4. Principais sinais e sintomas presentes nos transtornos de ansiedade.	17
Quadro 5. Pontos de corte do BDI para pacientes psiquiátricos.	20
Figura 1. Principais sintomas avaliados pelas escalas de ansiedade.	22
Quadro 6. Pontos de corte do BAI para pacientes psiquiátricos.	22
Quadro 7. Critérios de inclusão e exclusão do grupo de estudo.	28
Quadro 8. Critérios de inclusão e exclusão do grupo controle.	29
Fluxograma 1. Número de sujeitos selecionados e excluídos no grupo de estudo.	33
Gráfico 1. Distribuição percentual da etiologia das cardiopatias na IC.	38
Gráfico 2. Distribuição percentual da classe funcional dos pacientes do grupo de estudo com IC (NYHA).	39

Sumário

<i>Lista de abreviaturas e siglas</i>	8
<i>Lista de tabelas</i>	9
<i>Lista de figuras</i>	10
<i>Resumo</i>	10
<i>Abstract</i>	11
1 Introdução	15
1.1 Insuficiência Cardíaca.....	16
1.2 Depressão e ansiedade	19
1.3 Inventário de Depressão de Beck.....	22
1.4 Inventário de Ansiedade de Beck	25
1.5 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão	26
2 Objetivo	29
3 Material e métodos	31
3.1 Amostra.....	32
3.1.1 Grupo de estudo	32
3.1.2 Grupo controle.....	32
3.2 Métodos	33
3.2.1 Aspectos éticos.....	33
3.2.2 Avaliação dos pacientes	33
3.2.3 Análise estatística.....	34
4 Resultados	36
4.1 Seleção dos participantes do grupo de estudo	37
4.2 Dados sociodemográficos	37
4.3 Resultados dos instrumentos psicológicos.....	39
4.3.1 Inventário de Depressão de Beck	39
4.3.2 Inventário de Ansiedade de Beck.....	40
4.3.3 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.....	41
4.4 Etiologia da Insuficiência Cardíaca	42
4.5 Classe Funcional	43
4.6 Correlações entre dados sociodemográficos e os instrumentos psicológicos.....	45
5 Discussão	36

5.1 Dados sociodemográficos	48
5.2 Ansiedade e depressão	49
5.3 Instrumentos psicológicos: BDI, BAI E HAD.....	52
5.4 Efeitos das classes funcionais	53
5.5. Etiologia da IC	55
6 Conclusões	56
7 Considerações finais.....	58
Referências bibliográficas	63
Anexos.....	70
<i>Anexo A.....</i>	<i>71</i>
<i>Anexo B.....</i>	<i>75</i>
<i>Anexo C</i>	<i>76</i>
<i>Anexo D</i>	<i>79</i>
<i>Anexo E.....</i>	<i>80</i>
<i>Anexo F.....</i>	<i>81</i>

Resumo

A insuficiência cardíaca (IC) é uma condição clínica crônica e incapacitante que provoca repercussões emocionais importantes que, as quais podem levar a um prognóstico pior da doença, à baixa adesão do paciente ao tratamento, ao aumento das readmissões hospitalares e à pior qualidade de vida. Esse estudo visou verificar a presença de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com IC e compará-las com as de um grupo de pacientes sem IC correlacionando-se esses achados com as principais características sociodemográficas dos grupos estudados. Foram avaliados 100 pacientes, sendo 50 com IC (grupo de estudo) e 50 sem IC (grupo controle). Verificou-se a presença de sintomas de ansiedade e de depressão utilizando-se três instrumentos psicológicos: Inventário de Ansiedade de Beck, Inventário de Depressão de Beck e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Os pacientes foram submetidos a uma avaliação médica e responderam um questionário sociodemográfico. Não houve diferença significativa entre os dois grupos em relação a ter ocupação e a ter filhos e nem quanto ao gênero. Os pacientes com IC demonstraram mais sintomas ansiedade e depressão do que o grupo controle em relação a todos os instrumentos. Entretanto o grupo com IC tinha idade mais avançada, menos lazer e menor escolaridade que o controle. O estudo aponta a importância da utilização de instrumentos psicológicos para rastreamento de sintomas de ansiedade e depressão nessa população de pacientes com IC e também a necessidade de assistência psicológica, principalmente para pacientes em classes funcionais mais avançadas.

Palavras-chave: insuficiência cardíaca, ansiedade, depressão.

Abstract

Heart failure (HF) is a chronic disease that incapacitates and provokes emotional repercussions that may actually worsen the disease itself. Possible results include disinterest by the patient in pursuing treatment, increased hospitalization and reduced quality of life. The present study seeks to verify the presence of symptoms of anxiety and depression in patients with HF and compare them with a group of patients without HF for analysis in terms of principal socio demographic characteristics of the two groups. A total of 100 patients were evaluated. Fifty of these (the study group) had HF and 50 (the control group) without the disease. The presence of anxiety and depression were verified using three psychological instruments: Beck's Anxiety Inventory, Beck's Depression Inventory and the Hospital Scale of Anxiety and Depression. Patients were also submitted to a medical examination and responded to a socio demographic questionnaire. There was no significant difference between the two groups in terms of occupation, sex or number of children. The patients with HF demonstrated more anxiety and depression than the control group, as measured by all of the instruments. Further analysis revealed that the study group was older, had less leisure time and less education than the control group. The study thus revealed the importance of psychological instruments for the identification of symptoms of anxiety and depression among patients with HF. The need for psychological assistance, principally for upper working class patients was evident.

Keywords: heart failure, anxiety, depression.

1.Introdução

1.1 Insuficiência Cardíaca

Por definição, a Insuficiência Cardíaca (IC) é uma condição clínica que tem como característica principal a incapacidade de o coração suprir, com um volume sanguíneo necessário, as demandas do metabolismo tecidual. Essa incapacidade funcional está usualmente ligada ao comprometimento da função contrátil do músculo cardíaco (falência sistólica). Em certas situações, para que ocorra uma perfusão tecidual adequada, torna-se necessária uma pressão de enchimento das cavidades cardíacas anormalmente elevadas (FELKER et al., 2003). O quadro clínico é, assim, dominado por manifestações orgânicas secundárias ao processo isquêmico ou congestivo com conseqüente dispnéia, edema e fadiga (FRANCIS, 2005).

A IC caracteriza-se, portanto, como uma síndrome clínica complexa e decorre de processos lesivos progressivos do coração que, ao provocar disfunção ventricular, desencadeiam uma série de mecanismos compensatórios que, uma vez exacerbados, passam de uma resposta inicialmente benéfica para outra em que ocorre acentuação das lesões e piora funcional (CLAUSELL, 2003).

Nos últimos anos, a incidência de insuficiência cardíaca vem aumentando no Brasil e no mundo e apesar de não existirem em nosso meio estudos epidemiológicos suficientemente abrangentes, estima-se que até 6,4 milhões brasileiros apresentem IC (II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca, 2002). Alguns números podem ser verificados em registros nacionais. No ano de 2007, ocorreram 293.473 internações hospitalares por IC, representando 3% dos custos totais de internação e 6% dos óbitos no Sistema Único de Saúde – SUS. (III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca, 2009). Isso aponta a importância dessa doença em nosso meio.

É bastante claro que, em qualquer sistema de saúde, as internações hospitalares representam um componente desproporcional nos gastos totais. Em países industrializados, as altas taxas de hospitalização para a IC e o tratamento contínuo e necessário representam de 1% a 2% de todo o dinheiro alocado para o sistema de saúde. O custo da IC aumenta com a piora da disfunção sistólica e com a gravidade da doença. Em pacientes em classe funcional IV, os custos chegam a ser de 8 a 30 vezes maiores que nos pacientes com classe funcional II (ROSSI NETO, 2004).

No Brasil, a IC representa a terceira causa de mortalidade em diferentes grupos de doenças cardiovasculares, e tem sido motivo freqüente de internações hospitalares, que acarretam um elevado custo humano e financeiro (FREITAS et al, 2003).

Apesar do grande desenvolvimento tecnológico e maiores recursos farmacológicos hoje disponíveis, este aumento da incidência de IC, em parte, decorre do envelhecimento da população, fase em que a IC é mais frequente. De outra parte, pode-se considerar que, uma vez que se morre menos em decorrência da cardiopatia de base, convive-se mais com a IC, sendo ela a fase final comum das doenças cardiológicas (BARRETTO; RAMIRES, 1998).

A IC tem sido classificada com base na intensidade da dispneia. Esta classificação proposta pela *New York Heart Association* (NYHA) identifica quatro formas clínicas de acordo com a intensidade dos sintomas. Essas classes estratificam o grau de limitação imposto pela doença para atividades cotidianas do indivíduo. O Quadro 1 ilustra as características clínicas da classificação da NYHA. (III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca, 2009).

Classe I.	Ausência de sintomas (dispnéia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada em indivíduos normais;
Classe II.	Sintomas desencadeados por atividades cotidianas;
Classe III.	Sintomas desencadeados em atividades menos intensas que as cotidianas ou pequenos esforços;
Classe IV.	Sintomas em repouso.

Quadro 1. Classificação da NYHA.

Como se vê no Quadro 2, existem várias etiologias possíveis para a IC, sendo importante seu conhecimento para controle do fator que provocou a doença.

Etiologia	Situação clínica
Doença isquêmica	Especialmente na presença de fatores de risco, angina ou disfunção segmentar
Hipertensão arterial	Freqüentemente associada à hipertrofia ventricular e a fração de ejeção preservada
Doença de Chagas	Especialmente na presença de dados epidemiológicos sugestivos e bloqueio de ramo direito/bloqueio divisional antero-superior
Cardiomiopatia	Hipertrófica, dilatada, restritiva e displasia arritmogênica do ventrículo direito
Drogas	Bloqueadores de canal de cálcio, agentes citotóxicos
Toxinas	Álcool, cocaína, microelementos (mercúrio, cobalto e arsênio)
Doenças endócrinas	Diabetes, hipo/hipertireoidismo, Cushing, insuficiência adrenal, feocromocitoma, hipersecreção hormônio do crescimento
Nutricional	Deficiência de selênio, tiamina, carnitina, obesidade, caquexia
Infiltrativa	Sarcoidose, amiloidose, hemocromatose
Doença extra-cardíaca	Fístula artério-venosa, beribéri, doença de Paget, anemia
Outras	Periparto, miocardiopatia do HIV, doença renal crônica

Quadro 2. Etiologia da IC

Fonte: (III Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca, 2009).

Pelo delineado até agora, verifica-se que pacientes com IC apresentam grande prejuízo na qualidade de vida (QV). Essa situação se torna muito evidente quando essa QV é comparada à de pacientes com outras doenças crônicas debilitantes, como *diabetes mellitus*, angina pectoris e doença pulmonar crônica (STEWART et al, 1989).

Várias intercorrências podem precipitar ou agravar a evolução clínica de pacientes cardiopatas. Pacientes com doença cardíaca compensada, de qualquer etiologia, podem desenvolver insuficiência cardíaca aguda em resposta, inclusive, a fatores psicológicos que resultam em efeitos diretos e/ou indiretos. Os efeitos diretos incluem estímulo emocional intenso, tais como ansiedade ou raiva, e sentimentos de depressão e desesperança. Já os

indiretos resultam do comportamento do paciente e de negação da doença, que pode tomar a forma de não adesão ao tratamento médico (KAPLAN; SADOCK, 1986).

A IC é uma doença crônica que pode evoluir durante anos e progredir de comprometimento físico mínimo até atingir situações graves. O tratamento bem sucedido exige, além dos recursos farmacológicos, modificações no estilo de vida e interfere nas atividades e na vida dos membros da família e dos cuidadores. Os pacientes podem ter uma vida limitada, mas com qualidade razoável durante anos. Infelizmente a maioria está muito limitada tornando-se incapacitada e considerada, assim, como membros “improdutivos” para a sociedade (STARLING, 2005).

Transtornos psíquicos, como depressão e ansiedade, têm sido associados a um pior prognóstico na IC, ao aumento das readmissões hospitalares, à pior qualidade de vida e ao aumento da mortalidade (PERLMAN et al, 1971; FALK et al, 2009).

Nesse sentido, pode-se perceber que a IC é uma doença que, além do comprometimento orgânico, traz também grandes repercussões emocionais para o seu portador e para sua família, pois demanda mudanças em hábitos, diminui a capacidade produtiva do paciente o que, muitas vezes, reflete-se na questão financeira e modifica a visão que o paciente tem de si como um ser autônomo vislumbrando em seu lugar uma pessoa limitada e dependente. Nesse contexto, talvez, o maior sofrimento seja a possibilidade de morte iminente que gera angústia e medo ao sujeito.

1.2 Depressão e ansiedade

Depressão é um termo extensamente utilizado, porém existe certa ambiguidade na terminologia. Depressão é uma doença, ou melhor, um transtorno do humor, com critérios diagnósticos que a diferenciam de qualquer outro e incluem sintomas somáticos e afetivos. Em outro aspecto, está a tristeza, um afeto presente na vida de todas as pessoas, sendo considerado normal e adequado quando compatível à intensidade e duração do evento que a provocou. A tristeza é uma reação às situações de perda, frustrações, derrota e outras adversidades. É uma resposta importante no sentido de que a pessoa entristecida poupa energia e volta-se para seu mundo interno buscando refletir sobre suas atitudes.

De acordo com o DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2002) várias categorias nosológicas são estabelecidas para a depressão, sendo a característica

predominante uma perturbação no humor. Os sintomas presentes são, como se vê no Quadro 3:

-
- a) Humor deprimido na maior parte do tempo;
 - b) Acentuada diminuição do interesse ou prazer nas atividades;
 - c) Perda ou ganho significativo de peso sem estar de dieta, ou diminuição ou aumento do apetite;
 - d) Insônia ou hipersonia;
 - e) Agitação ou retardo psicomotor;
 - f) Fadiga ou perda de energia;
 - g) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada;
 - h) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão;
 - i) Pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida.
-

Quadro 3. Principais sintomas presentes na depressão.

O DSM-IV (2002) não tem a pretensão em estabelecer a etiologia dos transtornos e sim descrever os fenômenos, estabelecendo os critérios diagnósticos. Dessa forma, o DSM-IV não se compromete com nenhum pressuposto teórico e pretende ser universal.

Por outro lado, algumas teorias psicológicas são propostas para explicar o fenômeno da depressão. A psicanálise, criada por Freud (1915), descreveu a melancolia, que se equipara hoje à depressão e poderia ser caracterizada como:

[...] um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição (Freud, 1915, p.276)

Atualmente, na prática clínica, toma-se com base dois referenciais clínicos opostos: depressão patológica ou melancolia e depressão psicogênica ou reativa (FONTANA; FONTANA, 2005a).

Transtornos emocionais como a depressão, podem ter um efeito significativo e negativo nos índices de mortalidade, morbidade e qualidade de vida entre pacientes com doenças físicas, como as cardíacas (BAMBAUER et al, 2005).

A prevalência dos transtornos depressivos na população, ao longo da vida, situa-se em torno de 15% nas mulheres, podendo chegar a 25% (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1987).

Com relação aos pacientes de clínica geral, este número chega a 10%, podendo atingir 15% em enfermos internados por motivos médicos gerais (FONTANA; FONTANA, 2005).

Em relação à ansiedade, ela é considerada um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos que faz parte do espectro normal das experiências humanas sendo também propulsora do desempenho. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione (GORENSTEIN; ANDRADE, 1998). A maneira prática de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não (CASTILLO et al, 2000).

Os sinais e sintomas mais comuns relacionados à ansiedade, de acordo com Fontana e Fontana (2005), são os listados no Quadro 4:

Sintomas de excitação autonômica	Palpitações, batimentos cardíacos fortes, taquicardia, sudorese, boca seca (não decorrente de medicação ou desidratação), tremor ou estremecimento.
Sintomas envolvendo o tórax e abdome	Dificuldade de respirar, sensação de sufocação, dor ou desconforto torácico, taquipnéia, dificuldade para engolir, náusea ou desconforto abdominal, aumento do peristaltismo (diarréia), micção freqüente.
Sintomas relacionados ao estado mental	Sentimentos de atordoamento, desequilíbrio, desfalecimento, estonteamento, apreensão, sensação de que algo terrível está para acontecer, dificuldade de concentração, desrealização, despersonalização, medo de perder o controle, de ficar louco ou desmaiar, medo de morrer.
Sintomas gerais	Ondas de calor ou calafrios, arrepios de frio, sensações de entorpecimento ou de formigamento, piloereção, vasoconstrição, midríase, sensação de tensão, dificuldade para relaxar, contraturas, dores diversas inespecíficas.

Quadro 4. Principais sinais e sintomas presentes nos transtornos de ansiedade.

Os transtornos de ansiedade são estados, portanto, de fundo emocional e repetitivo, ou mesmo persistentes, nos quais a ansiedade patológica constitui sintoma fundamental (FONTANA; FONTANA, 2005).

Em seu trabalho intitulado “Inibições, sintomas e ansiedade”, Freud (1926) chegou à conclusão de que a ansiedade é uma reação a uma situação de perigo, ou seja, os sintomas são criados a fim de evitar uma situação de risco sinalizada pela ansiedade.

Melanie Klein (apud SPILLIUS, 1991) na sua teoria psicanalítica, postula que a ansiedade está presente desde muito cedo na vida do ser humano, numa etapa do desenvolvimento psíquico denominada posição esquizoparanóide. Segundo a autora, a ansiedade, nesse período, é do tipo persecutória, o medo é que objetos perseguidores externos invadam e destruam o mundo interno do sujeito. Desse modo, o medo da morte é um herdeiro desse primitivo medo do aniquilamento presente na tenra idade.

Existem vários instrumentos propostos e utilizados na avaliação da ansiedade e depressão. No presente estudo foram escolhidos três instrumentos para avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão dos pacientes com IC. Eles estão descritos a seguir.

1.3 Inventário de Depressão de Beck

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) (anexo A) é universalmente conhecido para medida da intensidade de sintomas depressivos. Foi originalmente criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh em 1961 e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery entre 1979 e 1982 (CUNHA, 2001). É, provavelmente, a medida de autoavaliação de depressão mais amplamente usada, tanto em pesquisa como na clínica. Foi traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países (GORESTEIN; ANDRADE, 1998). A versão em português foi desenvolvida por Cunha (2001).

O instrumento foi inicialmente estruturado como uma escala sintomática de depressão para uso em pacientes psiquiátricos. Muitos estudos sobre suas propriedades psicométricas foram realizados nos anos seguintes ao seu aparecimento, passando a ser utilizado amplamente, tanto na área clínica como na de pesquisa e mostrando-se um instrumento útil também para a população em geral (CUNHA, 2001). O BDI é uma medida sensível para mensurar sintomas depressivos, mas não tem a intenção de ser um instrumento para estabelecer categorias nosológicas (KENDALL et al, 1987).

De acordo com o manual da versão em português, o conteúdo dos itens do BDI foi analisado em relação aos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-III que, essencialmente, também constituem as características sintomáticas de um episódio de depressão maior que podem ser assim resumidas:

- 1) Humor deprimido;
- 2) Perda de interesse ou prazer;
- 3) Perda ou ganho de peso, ou diminuição ou aumento do apetite;
- 4) Insônia ou hipersonia;
- 5) Fadiga ou perda de energia;
- 6) Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva;
- 7) Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, indecisão;
- 8) Agitação ou retardo psicomotor;
- 9) Pensamentos de morte recorrentes.

O BDI não abrange todos os 9 itens dos critérios diagnósticos sendo que, em relação ao apetite e ao peso, indaga somente sobre falta e perda deles, não questionando sobre o aumento de apetite ou de peso. Quanto ao sono, investiga somente sobre insônia e ignora a hipersonia. Percebe-se, por outro lado, a ausência de itens que avaliem sintomas de agitação ou de retardo psicomotor. Porém, de acordo com Beck (1967 apud CUNHA, 2001, p.41), essa ausência foi intencional, uma vez que pacientes deprimidos se queixam mais constantemente de perda de apetite e de peso e, em relação à agitação, esta não foi incluída por ser melhor avaliada na observação clínica.

O BDI é uma escala de auto-relato, de 21 itens, possuindo, cada um, quatro alternativas subentendendo-se, nelas, graus crescentes de gravidade de depressão (WILLIAMS; BARLOW; AGRAS, 1972), com escores variando de 0 a 3. Os itens do BDI referem-se à: 1) “tristeza”; 2) “pessimismo”, 3) “sentimento de fracasso”, 4) “insatisfação”, 5) “culpa”, 6) “punição”, 7) “auto-aversão”, 8) “auto-acusação”, 9) “idéias suicidas”, 10) “choro”, 11) “irritabilidade”, 12) “retraimento social”, 13) “indecisão”, 14) “mudança na auto-imagem”, 15) “dificuldade de trabalhar”, 16) “insônia”, 17) “fatigabilidade”, 18) “perda de apetite”, 19) “perda de peso”, 20) “preocupações somáticas” e 21) “perda da libido” (CUNHA, 2001).

O BDI é constituído por duas sub-escalas, que apresentam itens cognitivo-afetivos e itens que subentendem queixas somáticas e de desempenho. Essa distinção de padrões sintomáticos se torna útil ao se avaliar depressão em pacientes da clínica médica que podem

manifestar sintomas que costumam ser compartilhados com pacientes depressivos (CUNHA, 2001).

Segundo o Manual do BDI na versão em português (CUNHA, 2001), o escore total é o resultado da soma dos escores individuais dos itens. O escore total permite a classificação de níveis de intensidade de depressão. Nessa mesma versão, os níveis descritos no Manual de Beck não são idênticos aos que devem ser usados em pacientes psiquiátricos.

Na versão em português, são estabelecidos os seguintes pontos de corte para pacientes psiquiátricos, conforme se vê no Quadro 5:

Nível	Escore
Mínimo	0 -11
Leve	12 – 19
Moderado	20 – 35
Grave	36 – 63

Quadro 5. Pontos de corte do BDI para pacientes psiquiátricos.

Os autores acreditam que os pontos de corte podem variar conforme o propósito do examinador e a amostra. Não são sugeridos pontos de corte para populações normais, embora Oliver e Simmons (1984) acreditem que o BDI poderia ser utilizado para triagem tipo de população, sendo que um escore de 18 a 19 proporcionaria uma estimativa de depressão. Kendall e colaboradores (1987) sugerem que o termo depressão deve ser reservado somente para indivíduos com escores acima de 20 e, preferencialmente, com diagnóstico clínico já estabelecido. Os autores ainda afirmam que para avaliar os transtornos psíquicos, seria desejável utilizar mais de um instrumento na avaliação, o que poderia aumentar a confiança e acurácia dos resultados.

No desenvolvimento da versão em português do BDI e do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) descrito abaixo, foram empregadas três amostras normativas: a) amostra psiquiátrica (constituída por pacientes portadores de transtornos depressivos, transtornos ansiosos e outros transtornos psiquiátricos); b) amostra médico-clínica (constituída por pacientes portadores de doenças físicas: cardiopatia, dor crônica, HIV+, disfunção erétil, obesidade, *diabetes mellitus*, doença pulmonar obstrutiva crônica e pacientes de unidades de cuidados primários em saúde) e c) amostra não-clínica (constituída por diferentes subpopulações sem problemas de saúde). Entretanto, os pontos de corte apresentados no manual da versão em português dos instrumentos em questão são referentes à amostra psiquiátrica.

Apesar disso, esses pontos de corte têm sido utilizados em estudos nacionais voltados à avaliação de ansiedade e depressão em pacientes portadores de diversos tipos de doenças físicas, tais como pacientes submetidos a cirurgias eletivas de pequeno e médio porte no estudo de Marcolino e colaboradores (2007) e cardiopatas com histórico recente de episódio agudo de doença coronária no estudo de Vilela (2008). Portanto este procedimento parece ser o mais comum encontrado na literatura.

1.4 Inventário de Ansiedade de Beck

O Inventário de Depressão de Beck (BAI) (anexo B) foi criado por Beck, Epstein, Brown e Steer em 1988 e é uma escala de auto-relato, que mede a intensidade de sintomas de ansiedade (CUNHA, 2001).

O instrumento, criado originalmente para uso em pacientes psiquiátricos, mostrou-se também adequado à população em geral. A versão em português foi desenvolvida por Cunha (2001) e é utilizada não só em grupos psiquiátricos e não-psiquiátricos, como também em trabalhos que envolvem outros sujeitos da comunidade.

O construto “ansiedade” abrange vários aspectos, sendo que, segundo Keedwell e Snaith (1996), os aspectos avaliados pelas escalas, de ansiedade podem ser agrupados de acordo com os seguintes tópicos: humor, cognição, comportamento, estado de hiperalerta, sintomas somáticos e outros.

A BAI dá ênfase aos aspectos somáticos da ansiedade, conforme figura 1.

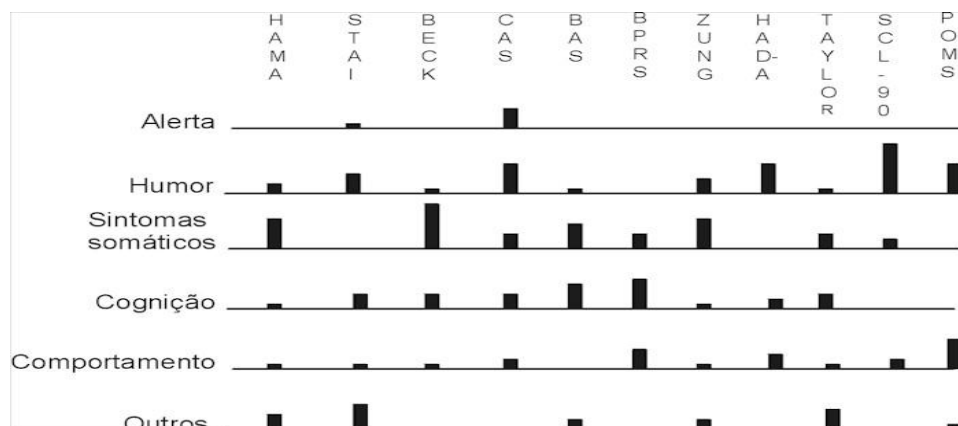


Figura 1. Principais sintomas avaliados pelas escalas de ansiedade.

Fonte: Andrade e Gorenstein, 1998.

Segundo o manual do BAI, na versão em português, no desenvolvimento da escala houve a intenção de que seus itens fossem representativos de critérios diagnósticos do DSM-III para os transtornos de ansiedade, especialmente do pânico e ansiedade generalizada, o que justifica a validade de conceito do instrumento.

O inventário, de acordo com a versão em português, é constituído pelos 21 itens que são afirmações descritivas de ansiedade e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de 4 pontos que refletem níveis de gravidade crescente de cada sintoma. São eles: 1) Absolutamente não; 2) Levemente: Não me incomodou muito; 3) Moderadamente: Foi muito desagradável, mas pude suportar; 4) Gravemente: Dificilmente pude suportar. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais que pode variar de 0 a 63.

O Quadro 6 representa os pontos de corte do BAI, para pacientes psiquiátricos, na versão em português, de acordo com o seu manual:

Nível	Escore
Mínimo	0 – 10
Leve	11 – 19
Moderado	20 – 30
Grave	31 – 63

Quadro 6. Pontos de corte do BAI para pacientes psiquiátricos.

Assim como no BDI, o ponto de corte da BAI deve ser considerado conforme os objetivos e amostra do estudo. No manual da versão em português, recomenda-se que, diante de um escore total classificado como moderado ou grave, pode-se pressupor a presença de indícios de uma ansiedade clínica.

1.5 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Ansiedade e depressão são os distúrbios psiquiátricos mais frequentemente associados às doenças físicas de uma forma geral (BOTEGA et al, 1998). Tanto a ansiedade como a depressão apresentam sintomas somáticos e psíquicos e existem vários deles associados à elas que também estão presentes em doenças físicas.

A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) (anexo C) foi criada com a preocupação de avaliar somente os sintomas psíquicos da ansiedade e depressão. Itens como insônia, fadiga, anorexia, perda de peso entre outros, que poderiam também ser sintomas de doenças físicas, não figuram na escala, a qual se centra nos sintomas de anedonia (ZIGMOND E SNAITH, 1983), o que significa perda da sensação de prazer nos atos que costumavam proporcioná-la.

Inicialmente a HAD foi desenvolvida para identificar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes internados não-psiquiátricos, sendo posteriormente, a partir dos estudos realizados, utilizada em outros tipos de pacientes, em pacientes não internados e em indivíduos sem doença (MARCOLINO et al, 2007).

Em um estudo realizado por Marcolino e colaboradores (2007) para estudar a validade de critério e a confiabilidade da HAD em pacientes em pré-operatório, utilizou-se dos Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck como padrão-ouro para a determinação da sensibilidade e da especificidade da HAD. Os resultados do estudo demonstraram uma correlação de 0,6 a 0,7, considerada como uma correlação de média para forte, concluindo-se que a HAD apresenta índices de consistência interna recomendáveis para instrumentos de triagem.

Bjelland e colaboradores (2002) realizaram uma revisão de literatura de 747 artigos que utilizaram a HAD para triagem de pacientes ansiosos e deprimidos e encontraram bom desempenho da escala na avaliação de pacientes com doenças físicas, psiquiátricas e de pessoas da população em geral.

A HAD avalia melhor a presença e severidade dos sintomas de ansiedade e depressão do que distingue entre diferentes tipos de transtornos. É composta por 14 itens intercalados: 7 de ansiedade (HAD – A) e 7 de depressão (HAD – D), 6 itens são codificados de 0 a 3 e 8 de 3 a 0 (CACI et al, 2003).

Zigmond e Snaith (1983) sugerem que quando a escala for utilizada para fins de pesquisa e forem incluídos casos que tenham uma alta probabilidade de sofrer de transtorno de humor, isto é, uma baixa proporção de falsos positivos, o ponto de corte estabelecido deve ser 10/11 para cada subescala. Entretanto, quando a pesquisa exige a inclusão de possíveis casos, isto é, uma baixa proporção de falsos negativos, o ponto de corte de 8/9 deveria ser usado.

Em um estudo realizado por Botega e colaboradores (1998) no Brasil, com o objetivo de verificar a validade da HAD em pacientes epiléticos, tratados em ambulatório, bem como em um grupo controle, foi possível estabelecer o ponto de corte de 7/8 (ou seja, acima de 8

pontos) que, ao mesmo tempo, proporcionou boa sensibilidade e especificidade de ansiedade e depressão em ambas as escalas.

Botega e colaboradores (1998) afirmam que a utilização de uma escala simples, como a HAD, pode revelar, ao clínico, casos de transtorno de humor que freqüentemente passam despercebidos e seguem sem tratamento específico.

Com base em todos os aspectos acima delineados e vinculados à IC e às suas manifestações afetivas, torna-se justificável, à luz dos conhecimentos atuais e dos instrumentos incorporados ao arsenal médico e psicológico, serem avaliados as manifestações de ansiedade e depressão nesse grupo especial de pacientes portadores de um grave transtorno de saúde.

2 Objetivo

- ✿ Verificar a presença dos sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com IC.
- ✿ Comparar os resultados com aqueles de um grupo de pacientes sem IC.
- ✿ Correlacionar esses achados com as características sociodemográficas dos pacientes.

3 Material e métodos

O presente estudo é do tipo caso-controle, sendo a coleta de dados realizada no período de julho/2008 a janeiro/2009.

3.1 Amostra

3.1.1 Grupo de estudo:

Foi realizado um levantamento no Setor de Nosologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) referente aos pacientes com diagnóstico de IC atendidos no ambulatório, com idade entre 40 e 75 anos, no período de junho de 2006 a junho de 2007. Constatou-se que 155 indivíduos foram atendidos nessas condições.

Foram os seguintes os critérios de inclusão e exclusão do estudo:

Crítérios de inclusão	Crítérios de exclusão
Idade de 40 a 75 anos;	Apresentar quaisquer outras doenças crônicas associadas;
Diagnóstico de IC em qualquer classe funcional da NYHA;	Apresentar dificuldades em responder os questionários devidos a problemas cognitivos;
Fração de ejeção $\leq 40\%$, verificado por ecocardiograma empregando-se o método de Simpson;	Pacientes que faziam uso de medicamentos para tratamento de transtornos psiquiátricos;
Diagnóstico de IC de qualquer etiologia.	Pacientes que se recusassem a participar da pesquisa.

Quadro 7. Critérios de inclusão e exclusão do grupo de estudo.

3.1.2 Grupo Controle:

Os participantes do grupo controle composto por 50 voluntários foram selecionados ao acaso entre pacientes atendidos no Ambulatório de Oftalmologia e de Dermatologia no HCU.

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Idade de 40 a 75 anos; Não apresentar IC.	os mesmos do grupo de estudo.

Quadro 8. Critérios de inclusão e exclusão do grupo controle.

3.2 Métodos

3.2.1 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) nº28/2008/CEP (anexo F). Todos os participantes tiveram conhecimento prévio do estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo D).

Quando havia necessidade de continuidade de acompanhamento médico de qualquer paciente incluído no estudo, este era encaminhado ao ambulatório didático de IC existente no próprio hospital. Quando se comprovava a necessidade de atendimento psicológico, o paciente recebia um encaminhamento ao serviço mais próximo de seu domicílio uma vez que o HCU não oferece este tipo de serviço.

3.2.2 Avaliação dos pacientes

Os pacientes do grupo de estudo compareciam à consulta previamente agendada por telefone e eram submetidos a uma avaliação clínica feita por uma profissional médica da cardiologia no ambulatório do HCU. A avaliação tinha o objetivo de registrar as condições clínicas do paciente e estabelecer a etiologia e a classe funcional de IC. Após essa avaliação, o paciente era convidado a acompanhar a pesquisadora responsável a uma sala reservada, para responder aos instrumentos BDI, BAI, HAD e ao questionário sociodemográfico (anexo E). Esse questionário tinha como objetivo identificar os seguintes dados, em relação aos pacientes; ocupação, trabalho, distração, gênero, data de nascimento, filhos, situação conjugal, suporte social e escolaridade.

Os instrumentos eram lidos pela pesquisadora, embora ambos sejam auto-aplicáveis, em voz alta, tanto para o grupo de estudo, quanto para o grupo controle, uma vez que foi considerada a possibilidade de alguns pacientes apresentarem problemas de leitura, acuidade visual baixa ou dificuldade de entendimento.

Quanto ao grupo controle, a pesquisadora responsável entrava em contato com os pacientes no ambulatório, esclarecia quanto aos pontos principais da pesquisa e, caso o paciente concordasse em participar, ela o conduzia a uma sala para leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e dos demais instrumentos de avaliação (BDI, BAI, HAD, questionário sociodemográfico). Em outro momento, a pesquisadora realizava a análise do prontuário do paciente para confirmar as informações dadas por ele quanto ao fato de ser ou não o mesmo portador de doenças que se enquadrassem nos critérios de exclusão.

3.2.3 Análise estatística

Para as análises dos inventários BDI e BAI, os pontos de corte utilizados foram os estabelecidos por Cunha (2001) na validação brasileira dos instrumentos. Sendo assim, o escore ≥ 20 , em ambas as escalas, foram indicativos da presença de sintomas depressivos ou ansiosos.

Já a escala HAD, tanto para a subescala de ansiedade ou depressão, valores de escore ≥ 8 , conforme recomenda Botega (1998), foram considerados como indicativos de presença de sintomas clinicamente significativos de depressão ou ansiedade.

A estatística descritiva foi utilizada para a caracterização demográfica e clínica dos participantes. Empregou-se o teste do Qui-quadrado para se verificar diferenças estatísticas entre o grupo de pacientes e o grupo controle em relação às variáveis sociodemográficas. Fez-se teste U de Mann-Whitney investigar a existência de diferenças estatísticas significantes relativas aos resultados dos instrumentos psicológicos (BDI, BAI e HAD) nos dois grupos.

Para se detectar a existência ou não de correlações estatisticamente significantes entre a classe funcional de IC dos pacientes do grupo de estudo e os valores relativos à depressão e ansiedade medidos pela HAD, pelo BDI e pelo BAI, foi aplicado o Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman.

O mesmo teste foi utilizado para verificação da presença de correlações entre os dados sociodemográficos (idade, ocupação, lazer, gênero, situação conjugal, escolaridade e apoio

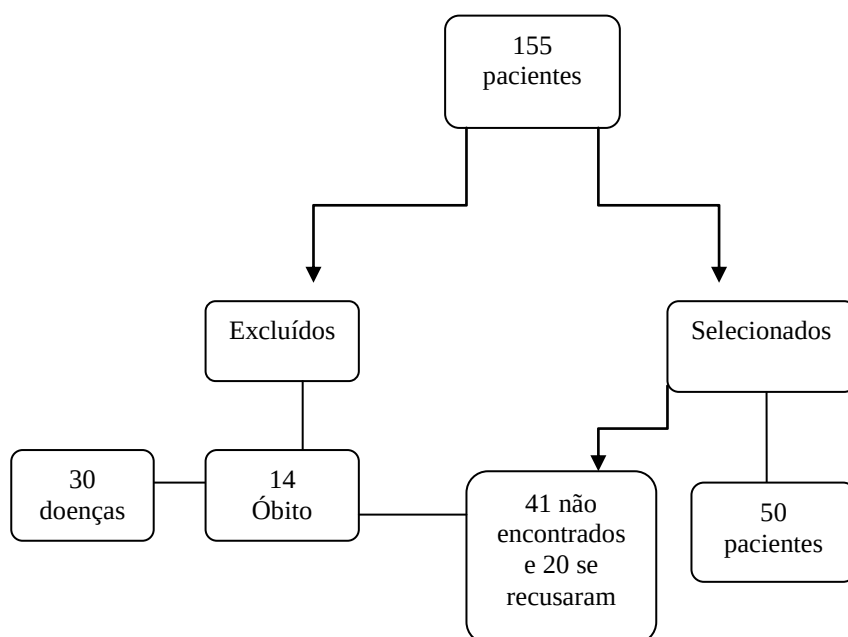
social) e os valores relativos à depressão e ansiedade medidos pela HAD, pelo BDI e pelo BAI.

Para todas as análises foi considerada diferença estatística significativa quando $p < 0,05$.

4 Resultados

4.1 Seleção dos participantes do grupo de estudo

Na constituição do grupo de estudo, os 155 prontuários dos pacientes selecionados foram analisados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Desses, 30 foram excluídos por apresentarem outras doenças associadas e 14 que haviam evoluído para o óbito. Com os demais pacientes – os 111 - restantes buscou-se contato, por ligação telefônica, para prestar esclarecimento sobre a pesquisa e fazer o convite para eles participarem, voluntariamente, do estudo. Desse total, 41 não foram encontrados nos telefones registrados nos prontuários e 20 se recusaram a participar do estudo. A amostragem acabou sendo composta por 50 pacientes.



Fluxograma 1. Número de sujeitos selecionados e excluídos no grupo de estudo

4.2 Dados sociodemográficos

Os dados sociodemográficos dos participantes estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Dados sociodemográficos do grupo de estudo e do grupo controle.

Dados sociodemográficos	Grupo de estudo		Grupo controle		P
	N	%	N	%	
Gênero					
Masculino	24	48	15	30	0,065
Feminino	26	52	35	70	
Filhos					
Não	3	6	1	2	0,307
Sim	47	94	49	98	
Estado Civil					
Casado	28	56	27	54	...
Viúvos	14	28	8	16	
Divorciados	5	10	8	16	
Solteiros	3	6	5	10	
União estável	0	0	2	4	
Escolaridade					
Não estudou	6	12	0	0	0,001*
1º grau incompleto	24	48	21	42	
1º grau completo	13	26	8	16	
2º grau incompleto	1	2	2	4	
2º grau completo	6	12	7	14	
Ensino superior incompleto	0	0	3	6	
Ensino superior completo	0	0	9	18	
Ocupação					
Sim	39	78	42	84	0,727
Não	11	22	8	12	
Opções de lazer (percebido)					
Sim	19	38	37	74	<0,001*
Não	31	62	13	26	
Suporte Social (percebido)					
Família	42	84	30	60	...
Amigos	0	0	6	12	
Família/amigos	4	8	7	14	
Família/amigos/ profissionais	1	2	1	2	
Família/profissionais	0	0	1	2	
Ninguém	2	4	3	6	
Profissionais da saúde	1	2	2	4	
Idade (anos)	64,18 ±8,28		58,78 ± 9,89		0,003*
Média ± desvio padrão					

(*) Significativo para $p < 0,05$ pelo Teste Qui-Quadrado.

O grupo de estudo foi composto por 50 pacientes com IC, sendo 26 (52%) do sexo feminino e 24 (48%) do sexo masculino. A média de idade foi de 64,18 anos. O grupo controle também foi composto de 50 participantes, porém sem IC, sendo a maioria deles do sexo feminino 35 (70%) e 15(30%) do sexo masculino. A idade média do grupo controle foi de 58,78 anos.

Como pode ser observado na tabela 1, os grupos foram semelhantes em relação às variáveis ocupação, gênero e filhos. No que se refere à idade, escolaridade e ao lazer, os grupos foram estatisticamente diferentes, com o grupo de estudo apresentando idade mais avançada, referindo menos oportunidades de lazer e menor escolaridade.

4.3 Resultados dos instrumentos psicológicos

4.3.1 Inventário de Depressão de Beck

O escore total médio no BDI verificado para os pacientes foi de 18,50 e para o grupo controle de 10,28, sendo a diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$), como se vê na Tabela 2.

Tabela 2. Escore médio, desvio padrão e probabilidades encontradas, quando da aplicação do teste de Mann-Whitney aos valores obtidos pelo grupo de estudo e pelo grupo controle aos dados relativos à depressão e ansiedade, medidos pelo BDI.

Variáveis Analisadas	G. de estudo	G. controle	P
Escore médio $\pm$ desvio padrão			
BDI	18,50 $\pm$ 10,14	10,28 $\pm$ 7,62	< 0,001*

(*) Significativo para $p < 0,05$ pelo Teste de Mann-Whitney.

Considerando um ponto de corte no BDI ≥ 20 , ou seja, níveis moderado e grave, pode-se observar que 40% dos pacientes do grupo de estudo e 14% dos do grupo controle apresentaram sintomas depressivos, conforme demonstrado na tabela 3.

Tabela 3. Dados relativos ao BDI do grupo de estudo e do grupo controle.

Categorias do BDI	Grupo de estudo		Grupo controle	
	nº	%	nº	%
Leve	16	32	12	24
Mínimo	14	28	31	62
Moderado	15	30	6	12
Grave	5	10	1	2

4.3.2 Inventário de Ansiedade de Beck

O escore médio do grupo de estudo foi 20,46 e do grupo controle de 8,26, com diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,01$), como se vê na Tabela 4.

Tabela 4. Escore médio, desvio padrão e probabilidades encontradas, quando da aplicação do teste de Mann-Whitney aos valores obtidos pelo grupo de pacientes e pelo grupo controle aos dados relativos à depressão e ansiedade, medidos pela BAI.

Variáveis Analisadas	G. de estudo	G. controle	P
Escore médio $\pm$ desvio padrão			
BAI	20,46 $\pm$ 13,43	8,26 $\pm$ 7,61	< 0,001*

(*) Significativo para $p < 0,05$ pelo Teste de Mann-Whitney.

Considerando um ponto de corte ≥ 20 (moderados e graves), por um lado, 52% dos pacientes do grupo de estudo apresentaram escore clinicamente significativo de ansiedade. Por outro, de acordo com a Tabela 5, somente 12% dos pacientes do grupo controle apresentaram ansiedade.

Tabela 5. Dados relativos ao BAI do grupo de estudo e do grupo controle.

Categorias do BAI	Grupo de estudo		Grupo controle	
	nº	%	nº	%
Leve	8	16	7	14
Mínimo	16	32	37	74
Moderado	17	34	6	12
Grave	9	18	-	-

4.3.3 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Em relação à ansiedade, os pacientes apresentaram, de acordo com a Tabela 6, escore médio de 8,51. Já os controles mostraram escore médio de 6,28. Quanto à depressão, os escores médios foram 7,87 e 5,36, para pacientes e controles, respectivamente. Sendo a diferença entre os grupos estatisticamente significantes.

Tabela 6. Escore médio, desvio padrão e probabilidades encontradas, quando da aplicação do teste de Mann-Whitney aos valores obtidos pelo grupo de estudo e pelo grupo controle aos dados relativos à depressão e ansiedade, medidos pelo HAD.

Variáveis Analisadas	G. de estudo	G. controle	P
Escore médio $\pm$ desvio padrão			
HAD – D	7,87 $\pm$ 4,34	5,36 $\pm$ 3,70	0,001*
HAD - A	8,51 $\pm$ 4,60	6,28 $\pm$ 4,05	0,007*

(*) Significativo para $p < 0,05$ pelo Teste de Mann-Whitney.

O escore ≥ 8 é sugestivo de depressão e ansiedade e, desse modo, conforme exposto na tabela 7, 56% dos pacientes tiveram sintomas clinicamente significativos tanto de ansiedade como de depressão. Já os controles, 24% apresentaram depressão e 28% ansiedade.

Tabela 7. Dados relativos à HAD do grupo de estudo e do grupo controle.

Sub-escalas (escore $\geq$ 8)	Grupo de estudo		Grupo controle	
	nº	%	nº	%
Ansiedade	28	56	14	28
Depressão	28	56	12	24

Dessa forma, foram encontradas diferenças, estatisticamente significantes, entre os valores das variáveis depressão e ansiedade medidos pelo HAD, BDI e BAI, sendo que os valores obtidos pelos pacientes foram mais elevados do que os obtidos pelo grupo controle, em todos os casos.

4.4 Etiologia da Insuficiência Cardíaca

Em relação ao grupo de pacientes estudados, a etiologia identificada foi: chagásica (44%), hipertensão arterial (22%), isquêmica (16%), hipertensão arterial e isquêmica (8%), chagásica e isquêmica (6%) e cardiomiopatia (4%) (Gráfico 1).

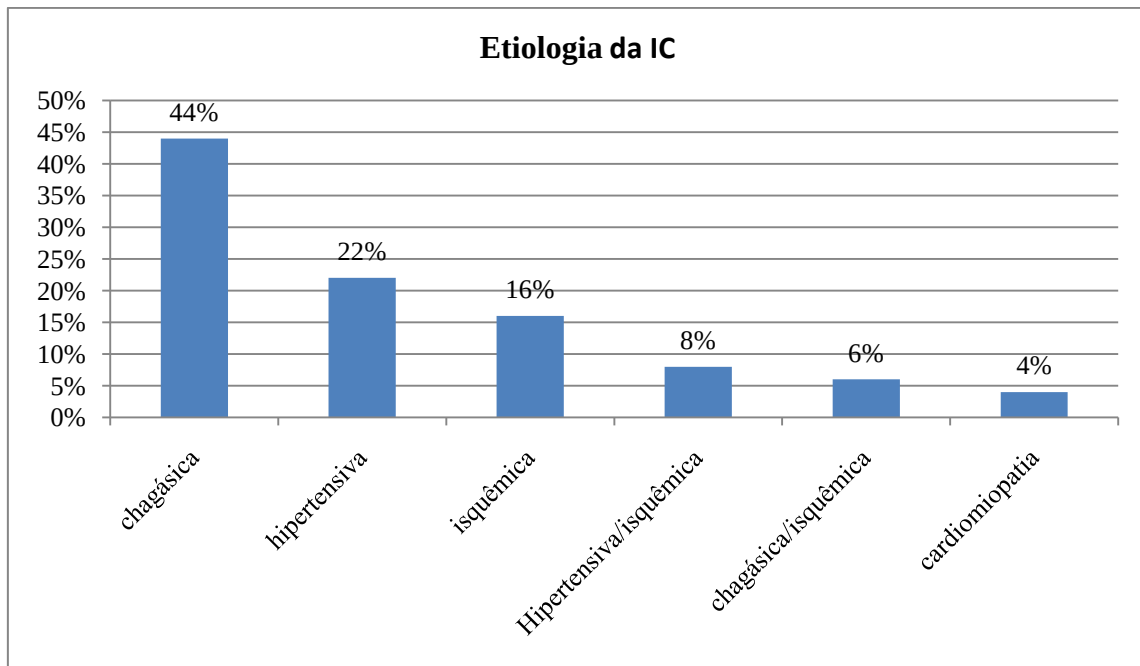


Gráfico 1. Distribuição percentual da etiologia das cardiopatias na IC.

4. 5 Classe Funcional

A maioria relativa dos pacientes do grupo de estudo (24) estava na classe funcional II da NYHA (48%), seguidos por 16 (32%) na classe I, 9 (18%) na III e 1(2%) na II (Gráfico 2).

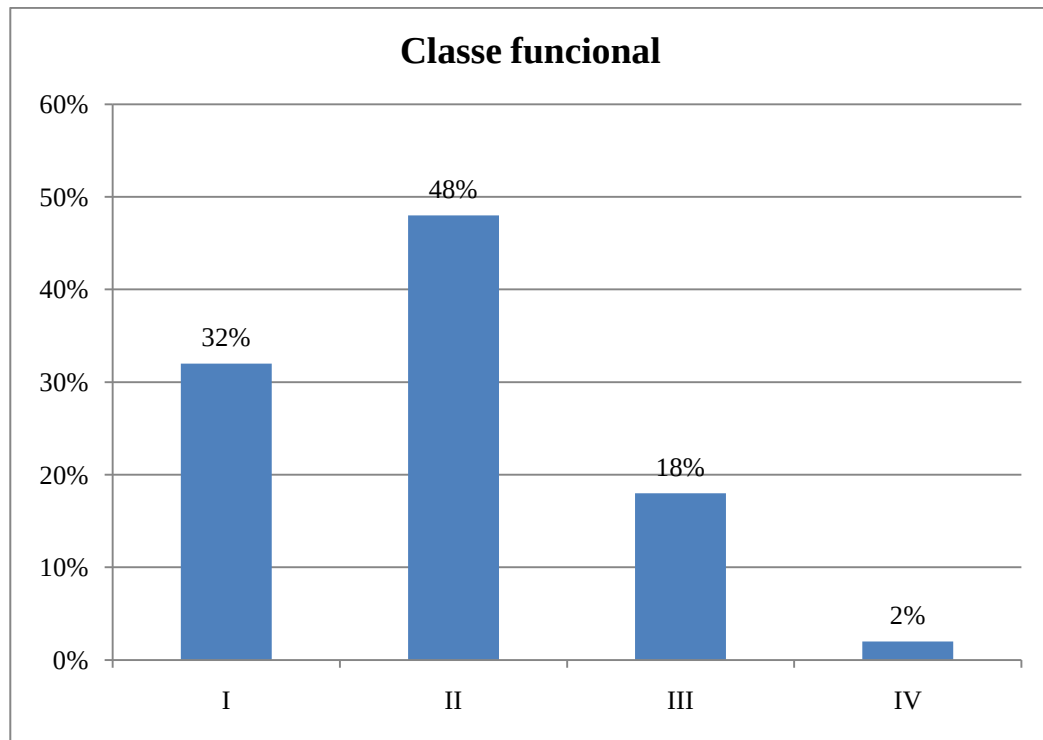


Gráfico 2. Distribuição percentual da classe funcional dos pacientes do grupo de estudo com IC (NYHA).

Foi realizada a análise estatística por meio de aplicação do Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman aos valores relativos à classe funcional dos pacientes e aos valores relativos à depressão e à ansiedade medidos pelo HAD, BDI e BAI. Encontraram-se correlações estatisticamente significantes entre as classes funcionais e os escores relativos à depressão e à ansiedade (tabela 8).

Tabela 8. Correlações de Postos de Spearman entre os instrumentos psicológicos e a classe funcional de IC.

Instrumentos psicológicos		
HAD-D	r	0,40
	p	0,01*
HAD-A	r	0.56
	p	0.0001*
BDI	r	0.52
	p	0.0005*
BAI	r	0.50
	p	0.0013*

(*) Significativo para $p < 0,05$ pela Correlação de Postos de Spearman.

4.6 Correlações entre dados sociodemográficos e os instrumentos psicológicos.

Os resultados das correlações dos escores dos instrumentos psicológicos e os dados sociodemográficos do grupo de estudo e de controle são apresentados na tabela 9. A variável lazer foi a que apresentou o maior número de correlações significantes negativas com todos os instrumentos, em ambos os grupos. Outras correlações significantes negativas foram: apoio social e BDI, no grupo controle e escolaridade e BDI, no grupo de pacientes.

Tabela 9. Correlações entre dados sociodemográficos e clínicos do grupo de estudo e do grupo controle e os escores medidos pelos instrumentos psicológicos (BDI, BAI, HAD)

		Grupo de estudo							Grupo controle						
		G	SC	E	AS	I	O	L	G	SC	E	AS	I	O	L
HAD-D	r	-0,09	0,22	-0,25	-0,10	-0,04	0,09	-0,36*	-0,26	-0,26	0,05	-0,13	0,06	-0,01	-0,52*
	p	0,54	0,12	0,08	0,51	0,80	0,53	0,01*	0,07	0,07	0,73	0,35	0,66	0,94	0,00*
HAD-A	r	-0,24	0,06	-0,02	-0,05	-0,11	0,07	-0,26	-0,18	-0,02	0,03	-0,14	-0,08	0,12	-0,37*
	p	0,09	0,66	0,88	0,75	0,46	0,62	0,07	0,22	0,88	0,83	0,33	0,57	0,42	0,01*
BDI	r	-0,11	0,10	-0,30*	-0,04	-0,02	-0,06	-0,27	-0,17	-0,27	0,03	-0,32*	0,13	-0,06	-0,38*
	p	0,44	0,48	0,04*	0,76	0,88	0,70	0,06	0,24	0,06	0,82	0,02*	0,36	0,66	0,01*
BAI	r	-0,31	0,12	-0,13	-0,06	-0,06	-0,13	-0,30*	-0,21	-0,19	0,03	-0,02	0,09	0,00	-0,34*
	p	0,06	0,40	0,37	0,70	0,68	0,36	0,04*	0,14	0,19	0,85	0,89	0,51	0,98	0,02*

G – gênero; SC – situação conjugal; E – escolaridade; AS – apoio social; I – idade; O – ocupação; L – lazer

(*) Significativo para $p < 0,05$ pela Correlação de Postos de Spearman.

5 Discussão

5.1 Dados sociodemográficos

Os pacientes do presente estudo mostram dados sociodemográficos relativos a sexo, idade e estado civil, semelhantes aos registrados por outros estudos realizados com pacientes com IC (REDEKER, 2006; MULLER-TASCH et al, 2007; SCHERER et al, 2007). A média de idade dos pacientes do grupo de estudo, $64,18 \pm 8,28$, foi compatível com a literatura que confirma que a IC atinge principalmente os idosos (CARDOSO et al 2008).

Quanto à diferença de idade do grupo de estudo e de controle, nota-se que foi pequena; também não se encontrou correlação da idade com os escores de depressão e ansiedade, embora existam estudos demonstrando essa correlação (REDEKER, 2006).

Os pacientes com IC desse estudo têm um nível de escolarização menor do que os do grupo controle. A maioria dos pacientes com IC do presente estudo tem como etiologia a cardiopatia chagásica, e devido à origem rural, provavelmente tiveram menor acesso à escola. Outro estudo encontrado (GOTTLIEB et al 2004) avaliou o grau de escolaridade desse tipo de pacientes e detectou-se que a maioria possuía o 2º grau completo. Porém, é preciso ressaltar que esse estudo foi realizado nos Estados Unidos, com uma população com características sociais bastante diferentes à do Brasil.

A maioria dos pacientes com IC afirma não desfrutar de nenhum tipo de lazer, enquanto, no grupo controle, a grande maioria tem na sua rotina alguma forma de lazer. Esse dado pode estar vinculado à própria limitação física e social imposta pela IC e ao tratamento e também ao quadro depressivo, sendo que um dos seus aspectos é o desinteresse do paciente por atividades antes geradoras de prazer com consequente isolamento social.

A variável lazer também mostrou correlação significativa negativa com ansiedade e depressão na maioria dos instrumentos psicológicos (BDI, BAI, HAD) em ambos os grupos. Isto quer dizer que quanto maiores são as possibilidades de lazer, menos sintomas de ansiedade e depressão os pacientes apresentam. Algumas atividades de lazer podem ter um potencial de redução do estresse psicossocial possibilitando uma melhoria do humor positivo e a redução do humor negativo (IWASAKI Y; MANNELL, 2000). Alguns estudos também mostram que o lazer tem um efeito positivo na saúde física e na mental, o que, por sua vez, reflete-se nos níveis de depressão e ansiedade (SANTOS; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2003).

5.2 Ansiedade e depressão

Apesar do avanço no tratamento da IC, a mortalidade dos pacientes em fase avançada da doença é a mesma de muitos cânceres agressivos, em torno de 40% em um ano (MACMAHON; LIP, 2002). Os fatores psicológicos implicam a precipitação das hospitalizações de muitos pacientes com IC, sendo que conflitos emocionais ou perdas de entes queridos precedem à admissão em 49% dos pacientes. A participação desses fatores em pacientes admitidos em hospitais com outras doenças é de 24% (PERLMAN et al, 1971). Apesar dessas constatações, só recentemente tem sido feitos esforços no sentido de se estudar e entender melhor a influência dos fatores psicológicos na evolução da IC.

Em virtude da escassez de estudos nessa área, os resultados encontrados no presente estudo não podem ser facilmente comparados a outros dados. Ao se delimitar a análise da literatura às publicações nacionais, percebe-se a inexistência de estudos realizados no Brasil com o objetivo de avaliar os níveis de ansiedade e depressão em pacientes com IC. Nos estudos internacionais, diversos instrumentos são utilizados para medir os transtornos psíquicos. Quando utilizado o BDI e o BAI, vários pontos de corte são adotados, o que impossibilita, em alguns casos, a comparação dos resultados. Por fim, em muitos estudos somente são avaliados pacientes internados, o que pode representar um viés na seleção dos pacientes, uma vez que a literatura aponta a hospitalização como fator causador da instabilidade emocional.

Os pacientes do estudo apresentaram média dos escores na BDI e BAI, de 18,50 e 20,46, respectivamente, mais elevados que na amostra de pacientes cardiopatas e com outras doenças relatados nas pesquisas realizadas por Cunha (2001) para validação das escalas na versão brasileira utilizando, para isso, uma amostra médico-clínica. A média dos escores dos sujeitos no BDI foi, segundo Cunha (2001): cardiopatas (11), dor crônica (15), HIV+ (21), disfunção erétil (17), obesidade (9), *diabetes mellitus* (16) e doença pulmonar obstrutiva crônica (16). Pode-se perceber que somente os pacientes portadores de HIV+ possuem um escore mais elevado que os pacientes com IC. Na BAI, a média dos escores dos pacientes com IC apresentou-se sempre maior que todas as amostras médico-clínicas avaliadas na validação no Brasil: cardiopata (11,77), disfunção erétil (13), obesidade (6,87) e doença pulmonar obstrutiva crônica (16).

Em relação às amostras dos grupos psiquiátricos, os pacientes com IC do presente estudo tiveram média de escores mais elevados na BDI do que pacientes dependentes de álcool (16,54) e semelhantes a sujeitos com transtorno de agorafobia (19,37) e dependência de outras substâncias (19,95). Quanto à BAI, a média dos escores dos pacientes com IC foi superior aos enfermos dependentes de álcool (12,94) e os de outras substâncias (15,68). Esses dados mostram que pacientes com IC possuem níveis de ansiedade e depressão semelhantes ou piores quando comparados a pacientes com outras patologias graves e/ou crônicas.

Os resultados desse e de outros revelam que a depressão é comum em pacientes com IC. Gottlieb e colaboradores (2004) verificaram que 48% dos pacientes com IC avaliados pela BDI apresentavam depressão. Westlake e colaboradores (2005), também utilizando a BDI, encontraram prevalência de depressão de 48,5% em pacientes com IC. Contudo, estes autores utilizaram um ponto de corte > 10 . Utilizando a BDI no presente estudo e estabelecendo um ponto de corte > 20 , 40% dos pacientes apresentaram um escore sugestivo de depressão. Haworth e colaboradores (2005) encontraram a prevalência de 18,4% e 28,6% de ansiedade e depressão, respectivamente, em pacientes avaliados pela *Structured Clinical Interview* (SCID-I).

Algumas hipóteses explicativas são apontadas para justificar essa relação da depressão a IC. Cardoso e colaboradores (2008) relacionam as seguintes:

- o fato de a IC ser uma doença crônica, incapacitante e de prognóstico não favorável;
- insônia, fadiga ou pesadelos são reportados por alguns pacientes que tomam betabloqueadores;
- vida sexual perturbada pela doença e também pela disfunção erétil ligada aos diuréticos e aos bloqueadores β adrenérgicos;
- a utilização de amiodarona, que pode provocar disfunção tireoidiana, pode contribuir para a instalação de um quadro depressivo secundário.
- não adesão ao tratamento, pelos efeitos colaterais e custo financeiro;
- mecanismos fisiopatológicos: ativação neurohumoral, alterações do ritmo cardíaco, inflamação e hipercoagulabilidade.

Quanto à média dos escores da HAD, os pacientes do grupo de estudo obtiveram 8,51 de ansiedade e 7,87 de depressão, sendo que, tanto os pacientes ansiosos quanto os deprimidos, representaram 56% da amostra. Esse resultado é significativo, principalmente quando comparado ao estudo de Junger e colaboradores (2005), que avaliou pacientes com IC utilizando a HAD. Após 24 meses da aplicação da escala, verificou-se o número de pacientes

sobreviventes e não-sobreviventes. Aqueles que não sobreviveram tiveram escore médio de ansiedade de $7,8 \pm 3,6$ e de depressão $6,1 \pm 4,3$.

A ansiedade é uma condição geralmente presente em comorbidade com a depressão. Porém, nos estudos encontrados, há escassez de trabalhos que avaliem ansiedade nos pacientes com IC.

O presente estudo demonstrou nível de ansiedade com relevância clínica nas duas escalas avaliadas: 56% na HAD e 52% na BAI e ambas apresentando diferença estatisticamente significativa dos resultados obtidos no grupo controle. Majani, Pierobon e Giardini (1999), não encontraram diferença, em relação à ansiedade, entre pacientes com IC e aqueles internados com outras doenças avaliados com a escala *Cognitive Behavioral Assessment 2.0 Depression Scale*. Porém, o estudo apresentou algumas limitações e dentre elas a de avaliar somente sujeitos do sexo masculino. Em outro estudo, Friedman (2006) encontrou alta prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com IC, 45% (BDI - escore >13) e 36% (State Trait Anxiety Inventory - escore >40) respectivamente, sendo verificado por este autor que depressão, mas não ansiedade pode predizer a mortalidade independentemente de outros dados demográficos.

Konstam, Moser e Jong (2005) consideram que a ansiedade é uma reação normal e com função de adaptação ao diagnóstico de uma doença crônica e que ela somente torna-se nociva se for persistente ou extrema.

Apesar dessas suposições, os transtornos de ansiedade deveriam despertar a atenção dos pesquisadores, uma vez que a literatura científica demonstra, em estudos com populações portadoras de doenças cardíacas, o efeito negativo da ansiedade na fisiologia do coração.

Quando se correlacionaram os escores de ansiedade e depressão dos pacientes do grupo de estudo e do grupo controle aos dados sociodemográficos, não foi encontrada correlação em relação às variáveis: gênero, idade, ocupação e situação conjugal. Rohyans (2009) também não encontrou correlação entre as variáveis depressão, sexo e estado civil, numa pesquisa envolvendo 150 pacientes com IC. No mesmo estudo houve, entretanto, correlação negativa entre a idade e sintomas depressivos. Outro estudo analisado (FRASURE-SMITH et al, 2009) encontrou um risco maior de depressão para pacientes com IC não casados.

Uma possível explicação para a ausência de correlação entre essas variáveis sociodemográficos e a ansiedade e depressão no presente estudo é o fato de que os pacientes parecem atribuir suas dificuldades aos aspectos internos ao invés dos externos. A doença

provoca uma regressão psicológica que leva o sujeito a retirar o investimento emocional dos objetos externos (pessoas e coisas) para investir no próprio ego, consistindo em uma tentativa de reconstituição do seu próprio eu (SIMONETTI, 2004).

Um aspecto importante a ser mencionado é a ausência de correlação encontrada no presente estudo entre a existência de algum tipo de suporte social e sintomas de ansiedade e depressão. Houve correlação significativa negativa somente no grupo controle e os escores da BDI. Algumas pesquisas têm afirmado que o suporte social poderia ter um efeito amortecedor nos eventos estressantes da vida (ZIGMOND; SNAITH, 1983; ROHYANS, 2009). Em pacientes com IC sintomática, verificou-se que o isolamento social constitui-se em preditor significativo da mortalidade (MURBERG, 2004).

Desse modo, apesar de não ter havido correlação entre essas variáveis no grupo de estudo, existem algumas evidências de que a ausência de suporte social possa contribuir para uma evolução desfavorável da IC.

5.3 Instrumentos psicológicos: BDI, BAI E HAD.

Analisando-se os diversos instrumentos existentes e validados em nosso meio para avaliar a depressão e ansiedade, verifica-se que não existe consenso entre os pesquisadores a respeito de um ponto de corte que seja aplicável para as diversas populações médico - clínicas. Percebe-se, porém, a partir dos resultados do presente estudo, que a amostra de pacientes com IC apresenta escores elevados que sugerem relevância clínica da depressão e ansiedade.

A avaliação de sintomas de ansiedade e de depressão apresenta dificuldades principalmente no que diz respeito à escolha dos instrumentos de avaliação. Muitos deles avaliam os sintomas somáticos e afetivos dos transtornos, o que pode causar confusão na análise de populações médico-clínicas, pois doenças físicas como a IC, por exemplo, compartilham sintomas somáticos com os transtornos mentais. Apesar da dificuldade existente, é importante discernir se o paciente apresenta ansiedade ou depressão para que se possa intervir de forma correta, visto que pacientes com sintomas psicológicos não

observados tendem a não aderir aos tratamentos e a tornar crônicos seus sofrimentos emocionais.

Botega e colaboradores (1998) verificaram a validade da HAD em indivíduos epiléticos tratados em ambulatório e a escala revelou-se potencialmente útil como instrumento de rastreamento (“screening”) de pacientes. Os autores dizem ainda que o efeito linear mostrou-se significativo nas duas subescalas da HAD, de ansiedade e depressão, ou seja, à medida que a pontuação nas subescalas aumenta, cresce o número de diagnósticos de ansiedade e depressão feitos pelo DSM-III.

Bjelland e colaboradores (2002) concluíram, numa revisão de literatura acerca da validade da HAD, que o instrumento é adequado para triagem de casos de transtornos de ansiedade e depressão e ainda consideram que ela tem as mesmas propriedades quando aplicada em amostras da população em geral, da clínica médica e da psiquiatria.

Os instrumentos psicológicos de Beck possuem o conveniente de serem largamente utilizados em pesquisas no Brasil e no mundo, porém são padronizados visando a utilização restrita a profissionais da área de saúde mental (psicólogos). A HAD é uma escala simples e curta; avalia somente os sintomas psicológicos dos transtornos e pode ser utilizada por outros profissionais da saúde, inclusive o cardiologista, facilitando o trabalho de identificação dos sintomas depressivos e ansiosos e o encaminhamento do paciente ao profissional da saúde mental. A HAD também pode ser utilizada sem maiores dificuldades em indivíduos com baixa escolaridade os quais constituem a maioria dos usuários da saúde pública no contexto nacional (DELFINI et al, 2009). No entanto, as pesquisas com a utilização desse instrumento no Brasil encontram-se apenas no início.

5.4 Efeitos das classes funcionais

No presente estudo, ocorreu predomínio de pacientes na classe II de IC, o que se mostra compatível com o encontrado em outros estudos (JUNGER et al, 2005; HAWORTH et al, 2005; REDEKER, 2006). Uma vez que os pacientes foram convidados a participar da pesquisa, supôs-se que aqueles que se sentiam melhor fisicamente aceitaram se deslocar de

suas casas tanto para irem ao hospital como para participarem do estudo. Os pacientes nas classes III e IV muitas vezes estão muito debilitados e indispostos.

À medida que a classe funcional de IC avança, o paciente também se mostra mais deprimido e ansioso. Esses achados são compatíveis a outros estudos como o de Haworth e colaboradores (2005), que consideram a classe funcional como um preditor de ansiedade e depressão. A diminuição da capacidade funcional do paciente resulta numa diminuição dos contatos sociais, aumento das limitações de atividades, e aumento do sentimento de desamparo e solidão.

Jünger e colaboradores (2005) realizaram um estudo prospectivo com o objetivo de investigar a influência da depressão na mortalidade de pacientes com IC utilizando a HAD. Eles descobriram que os pacientes que não sobreviveram estavam em classes funcionais mais avançadas e apresentavam maiores índices de depressão e ansiedade. Em uma observação interessante, verificaram ainda, numa análise multivariada, que a depressão pode prever a mortalidade independentemente da classe funcional. Os autores relacionam alguns fatores para justificar essa descoberta, entre eles, a pouca aderência ao tratamento por parte dos pacientes deprimidos. Se esse fato for real, pode impactar resultados a médio e longo prazo, pois já sabemos que a adesão ao tratamento influencia diretamente na morbidade e mortalidade na IC.

Na classe funcional I, o paciente não apresenta sintomas e limitações nas suas atividades rotineiras. Os sintomas físicos mais intensos repercutem em classes mais avançadas de maneira que, na classe IV, o paciente apresenta grandes limitações físicas, com sintomas presentes mesmo quando está em repouso. Contrariamente, na classe I, o paciente tem o conhecimento do diagnóstico, tanto da doença de base que provocou a IC, como da própria IC, porém não apresenta limitações físicas relacionadas à doença.

No presente estudo, foi verificado que o sofrimento emocional aumenta conforme ocorre a progressão da classe funcional, o que nos faz supor que essa condição está associada às limitações físicas que a IC impõe ao paciente, uma vez que elas aproximam o doente da morte fazendo-o sentir-se ameaçado em sua integridade física e psíquica. Porém, uma vez que a BDI e a BAI avaliam os sintomas somáticos e psíquicos dos transtornos e a HAD somente os sintomas psíquicos, e os pacientes apresentaram altos índices de ansiedade e depressão nos três instrumentos psicológicos, pode-se perceber que os sintomas físicos não são determinantes, isoladamente, para a composição dos quadros clínicos de ansiedade e depressão.

No momento do adoecimento o paciente passa por um processo de luto que pode ser normal ou vivenciado de forma patológica, como na depressão. No luto normal, o mundo externo é sentido como empobrecido e vazio, enquanto na depressão é o próprio mundo interno que se desintegra. Deste ponto de vista, o paciente com IC torna-se depressivo quando percebe que sua capacidade produtiva é tolhida pela doença, produzindo um sentimento de inutilidade que provoca, no seu mundo interno, um esvaziamento. Desse modo, o paciente com IC pode vivenciar, conforme mostram os resultados, uma maior predisposição para viver o luto da perda da saúde de forma melancólica.

5.5. Etiologia da IC

No presente estudo, a etiologia predominante da IC foi a cardiopatia chagásica seguida pela hipertensiva. No Brasil, a Doença de Chagas ainda representa um problema de saúde pública que atinge principalmente as populações mais pobres. Essa amostragem de um ambulatório de um hospital público de alta complexidade, na cidade de Uberlândia, cujo atendimento abrange 80 municípios da região, incluindo uma população menos favorecida economicamente.

Apesar destes achados, é preciso mencionar que a etiologia da IC predominante, tanto no Brasil como nos países desenvolvidos, é a isquêmica, com uma prevalência de 33% e 60% no Brasil e nos Estados Unidos, respectivamente. A etiologia chagásica é encontrada em 6% da população brasileira com IC (ROSSI NETO, 2004).

6 Conclusões

-
- O presente estudo encontrou alta prevalência de ansiedade em pacientes com IC, contudo ainda são necessárias mais análises para se investigar qual é a relação dos transtornos ansiosos com a IC, uma vez que ainda não há consenso quanto ao impacto real da ansiedade no tratamento e no prognóstico da doença e na qualidade de vida dos pacientes.
 - Quanto à depressão, esse estudo confirmou alta prevalência de depressão em pacientes com IC e, nesse aspecto, está bem documentado seu efeito prejudicial na evolução dessa doença. Porém, mesmo aqui é necessário a respeito de aspectos relacionados à oportunidade de seu tratamento nesse tipo de população, tanto em relação à farmacoterapia quanto à psicoterapia.
 - O estudo aponta a importância de se utilizarem instrumentos psicológicos de rastreamento de sintomas de ansiedade e depressão na população com IC para facilitar a identificação de pacientes que sofram de transtornos psíquicos. Isso é particularmente importante uma vez que o paciente quase sempre é atendido por profissionais da saúde não especialistas em saúde mental.
 - Sugere-se também a assistência psicológica ao paciente, principalmente para os mais graves, ou seja, aqueles que se encontram em classes funcionais mais avançadas de IC.
 - A remodelação psíquica deve ser abordada ao mesmo tempo em que são envidados esforços no sentido de que as demais remodelações (geométrica, bioquímica, humoral elétrica) sejam atenuadas e eventualmente revertidas.

7 Considerações finais

Deste estudo preliminar feito em uma população de pacientes portadores de IC consegue-se perceber que pouca atenção é dada a esses pacientes. Verifica-se que eles estão à margem do sistema de saúde e são muitas vezes negligenciados.

Num primeiro momento, na revisão bibliográfica, em que o pesquisador se familiariza com os estudos sobre o tema, encontram-se muitos artigos em idioma inglês sobre a questão psicológica e a IC, porém nenhum em português. Os artigos internacionais tratam da prevalência e incidência de sintomas como ansiedade e depressão na doença e também da representação psíquica que ela tem para o indivíduo. Alguns deles contextualizam a IC como uma doença crônica com muitas ressonâncias internas para o paciente.

Essas ressonâncias se configuram de tal forma que, na prática, já no momento de coleta de dados, no contato inicial com os pacientes, percebe-se como eles têm uma postura peculiar diante da sua condição de doentes. O que mais desperta a atenção é o fato de que eles não sentem que estão doentes, mas sim, que são doentes, limitados e sem perspectivas, pois o coração está enfraquecido e ficando sem vida.

O coração, como fonte da vida e das emoções, é um simbolismo que perpassa todas as culturas. Siqueira (2007) nos conta que:

[...] para os egípcios, o coração era a fonte da vida de onde se originavam boas e más condutas, sendo o único órgão preservado quando do processo de mumificação.
(Siqueira, 2007, p. 32)

Ele, como símbolo, está presente também nas artes e na religião, influenciando as representações psíquicas das pessoas. Ramos (1990), no seu livro “A psique do coração”, realiza uma travessia pelas diversas manifestações da simbologia do coração nas diferentes culturas e religiões. Um dado relevante foi que, no antigo testamento, a palavra coração ocorre cerca de 1024 vezes, principalmente em três contextos: como lugar da mente e da vida intelectual, como sede dos sentimentos e como centro da vida moral e religiosa. A autora cita também que tanto o coração de Cristo como a coroa de espinhos retratam o mito do herói sacrificado, mas que, por meio de seu centro ardente e irradiante revela-se o “caminho do coração” como meio para o amor e para o conhecimento de si mesmo. Por fim, Ramos (1990) conclui que o coração é um símbolo que está impregnado na nossa psique, quer estejamos ou não conscientes dele.

A maioria dos pacientes que participaram da pesquisa tinha 50 anos ou mais e a única condição clínica diagnosticada era a IC, ou seja, eles não possuíam outras comorbidades. Porém, a maioria deles tinha manifestava uma relação muito ruim com sua doença, o que

pode ser justificado pela pouca informação sobre ela, em relação à etiologia, seu curso clínico e ao prognóstico.

É muito interessante a forma como Simonetti (2004) define o processo de adoecimento. Para ele adoecer é como entrar em órbita, ou seja, a doença é um evento que se instala de tal forma na vida da pessoa que tudo o mais perde importância ou então passa a girar em torno dela, numa espécie de órbita que apresenta quatro posições principais: negação, revolta, depressão e enfrentamento. A partir dessas fases, podem-se levantar dois questionamentos os pacientes da pesquisa tinham pouca informação ou estavam negando a doença? Os dois, pois a negação não tem nada a ver com falta de informação, mas está relacionada à falta de condições emocionais, naquele momento, para enfrentamento da doença.

A reação de negação não aparece somente no momento do diagnóstico, pode também estar presente em vários momentos do processo de adoecimento. A pessoa pode agir como se a doença não existisse. No caso da IC, por exemplo, os pacientes contavam que não aderiam ao tratamento ou não seguiam as recomendações médicas com respeito às limitações de esforço ou alimentação, pois não julgavam isso necessário. Pode-se assim analisar a relação de onipotência desses sujeitos com o adoecimento, ou seja, a pessoa se sente acima da realidade e, como tal, impermeável às dificuldades da vida. Os indivíduos que reagem dessa forma, na verdade, muitas vezes se defendem de um medo avassalador da morte. Pode-se dizer que esta é a questão fundamental: *ficar doente é uma tarefa para a qual ninguém está preparado, pois coloca o indivíduo de frente com a vulnerabilidade e a temporalidade da vida.*

A pessoa com IC é um paciente crônico e debilitado do ponto de vista orgânico e, em vários casos, também do ponto de vista emocional. Ela é vista, muitas vezes, como um paciente poliqueixoso e de difícil manejo clínico. Os pacientes têm a tendência de apresentar comportamentos regredidos, de dependência e de passividade, algumas vezes obtendo ganhos secundários à doença (benefícios previdenciários, atenção da família e dos profissionais da saúde).

Ao se convidar o paciente, via contato telefônico, para participar da pesquisa. Já era possível delinear o estado da assistência à saúde dada a ele. Muitas vezes, ouvia-se “muito obrigada pela consulta, eu não estou me sentindo bem há meses, porém não consegui me consultar ainda”, ou também o paciente havia comparecido à consulta, mas não havia dado continuidade ao tratamento, uma vez que não conseguiu realizar os exames que o médico

solicitara por uma falha no sistema de saúde, ou mesmo havia abandonado os medicamentos prescritos pelos muitos efeitos colaterais ocorridos e pela impossibilidade de acesso à equipe de saúde para discutir o que fazer nessas ocasiões.

Em alguns artigos utilizados como referência para o trabalho, eram relatadas experiências obtidas em alguns centros de saúde identificadas como “Clínicas de Insuficiência Cardíaca”, locais esses onde o paciente recebe assistência multidisciplinar integral, ou seja, cuidados médicos, sociais, nutricionais, emocionais entre outros. Essas clínicas são de concepção e construção recentes e funcionam também como centros de pesquisa na área. Elas buscam a otimização dos tratamentos e a aderência dos pacientes aos mesmos, condição que se configura ideal se pensar que, atualmente, não ocorre um aumento crescente da prevalência da IC, principalmente em países desenvolvidos com população mais idosa, mas também no custo, financeiro e social, associado à doença.

Durante a aplicação dos instrumentos psicológicos com os pacientes da pesquisa, muitos deles apresentavam uma demanda diferenciada passando da queixa puramente orgânica à necessidade de escuta das suas dores e angústias. Essa situação, aos ouvidos de um pesquisador desatento às questões emocionais, poderia parecer vaga, desconexa e desprovida de valor, porém era dotada de grande significado e relação com a doença e história de cada um dos pacientes.

Alguns, a princípio achavam estranho alguém lhes perguntar se se sentiam tristes, se choravam ou se tinham medo de morrer. Afinal, é muito difícil para alguém da família ou amigo se colocar nessa função de escutar o sofrimento do outro, ou mesmo que os profissionais da saúde, na correria de um ambulatório ou na ânsia de acertar o diagnóstico e tratamento, terem tempo para perceber as outras facetas do paciente, que não somente a física.

Por isso, com cada paciente podia-se escutar uma história em torno de seu adoecimento. Muitas delas eram de fantasias, de abandono e desamparo, tanto da família como do meio social, aflorando sentimentos esses de incapacidade e de inutilidade.

A doença causa uma desestruturação psíquica que demanda novas formas de organização. Esta nova ordem, para ser bem sucedida, depende de alguns aspectos como o suporte social, o estado emocional anterior ao adoecimento e também da identificação e abordagem de eventuais comorbidades orgânicas.

É necessário escutar o paciente, e não somente auscultar seu coração. Escutar suas dores e angústias, que fazem parte de um sofrer inteiro, do corpo e da mente. Como diz

Monteiro (2007): “cardiologistas e psicanalistas escutando o mesmo órgão, mas em linguagens diferentes”.

A III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica recomenda o suporte psicológico para pacientes com IC, principalmente nas seguintes situações: em pacientes em avaliação de transplante cardíaco, nos distúrbios psicológicos relacionados à doença com comprometimento da adesão ao tratamento e nas dificuldades de aceitação das limitações impostas pela doença.

Reafirma-se a abordagem interdisciplinar é de suma importância no tratamento de pacientes com IC. As especificidades de cada área contribuem para a compreensão dos diversos aspectos envolvidos no processo de adoecimento. A figura do psicólogo se insere nesse contexto no sentido de propiciar ao paciente a ressignificação da situação de doença, ou seja, ajudar o paciente a entender suas limitações e também suas possibilidades na condição em que se encontra.

Referências bibliográficas

- ANDRADE, L. H. S. G.; GORENSTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, edição especial, São Paulo, v. 25, n.6, p. 285-290, 1998.
- BAMBAUER, K. Z.; LOCKE, M.D.; AUPONT, O; MULLAN, M. G.; MCLAUGHLIN, T. J. Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for depression in cardiac patients. **General Hospital Psychiatry**, v.27, p. 275-284, 2005.
- BARRETTO, A.C.P.; RAMIRES, J.A.F. Insuficiência Cardíaca. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 71, n. 4, p. 635-642, 1998.
- BJELLAND, I.; DAHL, A. A.; HAUG, T. T.; NECKELMANN, D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale – An updated literature review. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 52, p. 69-77, 2002.
- BOTEGA, J.N.; PONDÉ, M.P.; MEDEIROS, P.; LIMA, M.G.; GUERREIRO, C.A.M. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.47, n.6, p. 285-289, 1998.
- CACI, H.; BAYLÉ, F.J.; MATTEI, V.; DOSSIOS, C.; ROBERT, P.; BOYER, P. How does the Hospital and Anxiety and Depression Scale measure anxiety and depression in healthy subjects? **Psychiatry Research**, v.118, p. 89-99, 2003.
- CARDOSO, G.; TRANCAS, B.; LUENGO, A.; REIS, D. Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com relevância clínica. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v. 27, n. 1, p.91–109, 2008.
- CASTILLO, A. R. G. L; RECONDO, R.; ASBAHR, F. R.; MANFRO, G. G. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, p.s20-s23, 2000. Suplemento II.
- CLAUSELL, N. Fisiopatologia da Insuficiência Cardíaca. In: BARRETTO, A. C. P; BOCCHI, E. A. **Insuficiência Cardíaca**. São Paulo: Segmento, 2003. p. 23-27.
- CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das ESCALAS DE BECK**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DELFINI, A. B. L.; ROQUE, A. P.; PERES, R. S. Sintomatologia ansiosa e depressiva em adultos hospitalizados: rastreamento em enfermaria clínica. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v.2, n.1, p.12-22, 2009.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

FALK, K.; PATEL, H.; SWEDBERG, K.; EKMAN, I. Fatigue in patients with chronic heart failure – A burden associated with emotional and symptom distress. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v.8, 91-96, 2009.

FELKER, G. M.; ADAMS, K. F.; KONSTAM, M. A.; O'CONNOR, C. M.; GHEORGHIAD, M. The problem of decompensated heart failure: nomenclature, classification and risk stratification. **American Heart Journal**, v. 145, p. s18-s25, 2003. Supplement 2.

FONTANA, A. M.; FONTANA, M. C. P. S. Transtornos do Humor. In: FONTANA, A. M. **Manual de Clínica em Psiquiatria**, São Paulo: Atheneu, 2005a. p. 295-316.

FONTANA, A. M.; FONTANA, M. C. P. S. Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes. In: **Manual de Clínica em Psiquiatria**. São Paulo: Atheneu, 2005b. p. 317-352.

FRANCIS, G. S. Fisiopatologia da Síndrome Clínica de Insuficiência Cardíaca. In: TOPOL, E. J. **Tratado de Cardiologia**: vol 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 1541-1570.

FRASURE-SMITH, N; LESPÉRANCE, F; HABRA, M; TALAJIC, M; KHAIRY, P; DORIAN, P; ROY, D. Elevated Depression Symptoms Predict Long Term Cardiovascular Mortality in Patients With Atrial Fibrillation and Heart Failure. **Circulation**, v. 120, n. 2, p. 134–140, 2009.

FREITAS, H. F. G.; CHIZZOLA, A. P. R.; MARKUS, M. R. P.; BOCCHI, E. A.; MANSUR, A. J. Prognóstico em portadores de Insuficiência Cardíaca Sintomática Grave. In: BARRETTO, A. C. P; BOCCHI, E. A. **Insuficiência Cardíaca**. São Paulo: Segmento, 2003. P. 51-57.

FREUD S. Inibições, sintomas e ansiedade. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. 20, Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 107-180.

FREUD S. Luto e Melancolia. In: **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund**, v.14, Rio de Janeiro: Imago, v. 14, 1976. p. 275-291.

FRIEDMANN, E. Relationship of depression, anxiety, and social isolation to chronic heart failure outpatient mortality. **American Heart Journal**, v.152, n. 5, p. 940-948, 2006.

GORESTEIN, C; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 245-250, 1998.

GOTTLIEB, S. S; KHATTA, M.; FRIEDMANN, E.; EINBINDER, L.; KATZEN, S.; BAKER, B.; MARSHALL, J; MINSHALL, S; ROBINSON, S; FISHER, M. L.; POTENZA, M.; SIGLER, B.; BALDWIN, C; THOMAS, S. A. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. **Journal of the American College of Cardiology**, v.43, n.9, p. 1543-1549, 2004.

HAWORTH, J. E.; MONIZ-COOK, E.; CLARK, A.L.; WANG, M.; WADDINGTON, R.; CLELAND, J. G. F. Prevalence and predictors of anxiety and depression in a sample of chronic heart failure patients with left ventricular systolic dysfunction. **The European Journal of Heart Failure**, v.7, p.803-808, 2005.

III DIRETRIZ BRASILEIRA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.93, p.s1-s71, 2009. Suplemento 1.

IWASAKI, Y.; MANNELL, R. Hierarchical dimensions of leisure stress coping. **Leisure Sciences**, v.22, p.163-181, 2000.

JUNGER, J.; SCHELLBERG, D.; MULLER-TASCH, T.; RAUPP, G.; ZUGCK, C.; HAUNSTETTER, A.; ZIPFEL, S.; HERZOG, W.; HAASS, M. Depression increasingly predicts mortality in the course of congestive heart failure. **The European Journal of Heart Failure**, v.7, p. 261-267, 2005.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. Fatores psicológicos que afetam as condições físicas. In: KAPLAN, H. I. **Compêndio de psiquiatria dinâmica**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p. 522-575.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. Transtornos de humor. In: **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. p. 493-544.

KEEDWELL, P.; SNAITH, R.P. What do Anxiety Scales Measure? **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.93, p.177-180,1996.

KENDALL, P. C.; HOLLON, S. D.; BECK, A. T.; HAMMEN, C. L.; INGRAM, R. E. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. **Cognitive Therapy and Research**, v.11, n.3, p. 289-299, 1987.

KONSTAM, V.; MOSER, D. K.; JONG, M. J. Depression and Anxiety in Heart Failure. **Journal Cardiac Failure**, v.11, n.6, p.455-463, 2005.

MACMAHON, K. M. A.; LIP, G.Y. H. Psychological factors in heart failure. **Archives of Internal Medicine**, v.162, p.509–516, 2002.

MAJANI, G.; PIEROBON, A.; GIARDINI, A. Relationship between psychological profile and cardiological variables in chronic heart failure. **The European of Heart Journal**, v.20, p.1579-1586, 1999.

MARCOLINO, J. A. M.; MATHIAS, L. A. S. T.; PICCININI FILHO, L.; GUARATINI, A. A.; SUZUKI, F. M.; ALLI, L. A. C.. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v.57, p.52-62, 2007

MONTEIRO, M. P. Psicanálise e cardiologia: um (en)contro impossível ou um (en)canto possível? **Cogito**, v.8, p.9-13, 2007.

MULLER-TASCH, T.; PETERS-KLIMM, F.; SCHELLBERG, D.; HOLZAPFEL, N.; BARTH, A.; JUNGER, J. Depression is a major determinant of quality of life in patients with chronic systolic heart failure in general practice. **Journal of Cardiac Failure**, v.13, n.10, p. 818-824, 2007.

MURBERG, T. A. Long-term effect of social relationships on mortality in patients with congestive heart failure. **The International Journal of Psychiatry Medicine**, v.34, n.3, p. 207-217, 2004.

OLIVER, J. M.; SIMMONS, M. E. Depression as measured by the DSM-III and the Beck Depression Inventory in an unselected adult population. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.52, p.852-898, 1984.

PERLMAN, L. V.; FERGUSON, S.; BERGUM, K.; ISENBERG E. L.; HAMMARSTEN, J. F. Precipitation of congestive heart failure: social and emotional factors. **Annals of Internal Medicine**, v.75, p.1-7, 1971.

RAMOS, D G. **A psique do coração: uma leitura analítica do seu simbolismo**. São Paulo: Ed. Cultrix, 1990.

REDEKER, N. S. Somatic symptoms explain differences in psychological distress in heart failure patients vs. a comparison group. **Progress in Cardiovascular Nursing**, v.21, p.182-189, 2006.

REVISÃO DAS II DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.79, São Paulo, 2002. Suplemento 4.

ROHYANS L. Depressive Symptoms and Heart Failure: Examining the Sociodemographic Variables. **Clinical Nurse Specialist**, v.23, n.3, p.138-144, 2009.

ROSSI NETO, J M. Avanços no Tratamento da Insuficiência Cardíaca: A dimensão do problema da insuficiência cardíaca do Brasil e do mundo. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, v.14, n.1, p.1-10, 2004.

SANTOS, L. R.; RIBEIRO, J. P.; GUIMARÃES, L. Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de coping através do lazer. **Análise Psicológica**, v.4, p.441-451, 2003.

SCHERER, M.; HIMMEL, W.; STANSKE, B.; SCHERER, F.; KOSCHACK, J.; KOCHEN, M. M. Psychological distress in primary care patients with heart failure. **The British Journal of General Practice**, v.57, p.801-807, 2007.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SIQUEIRA, J. E. De coração para coração: uma conversa entre amigos. **O Mundo da Saúde**, v.31, n.2, p.265-270, 2007.

SPELLIUS, E. B. **Melanie Klein hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica**. v.2. Trad. Belinda P. Haber, Rio de Janeiro: Imago, 1991.

STARLING, R. C. Impacto da IC sobre a assistência a saúde. In: TOPOL, E. J. **Tratado de Cardiologia**. 2ª ed., vol 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 1561-1570.

STEWART, A. T.; MACINTYRE, K.; HOLE, D. J.; CAPEWELL, S.; MCMURRAY, J. J. V. Functional status and well-being of patients with chronic conditions: results from the medical outcomes study. **The Journal of the American Medical Association**, v.262, p.907-913, 1989.

VILELA JC. **Efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental sobre fatores de risco e qualidade de vida em pacientes cardíacos**. Tese de doutoramento. Ribeirão Preto – SP, 2008.

WESTLAKE, C.; DRACUP, K.; HAMILTON, M. A.; FONARO, G. C. Depression in patients with heart failure. **Journal of Cardiac Failure**, v.11, n.1, 30-35, 2005.

WILLIAMS, J. G.; BARLOW, D. H.; AUGRAS, W. S. Behavioral measurement of severe depression. **Archives of General Psychiatry**, v.27, p.330-333, 1972.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.67, p.361-370, 1983.

Anexos

Anexo A

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de lê-los cuidadosamente, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que melhor descreve a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Atenção pode ocorrer que em algum grupo, mais de uma afirmação se aplique ao seu estado, assinale-as também. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.

- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

- 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 Acho que nada tenho a esperar.
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado (a).

- 1 Eu me sinto culpado (a) às vezes.

-
- 2 Eu me sinto culpado (a) na maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto sempre culpado (a).
- 6. 0 Não acho que esteja sendo punido (a).**
- 1 Acho que posso ser punido.
- 2 Creio que vou ser punido.
- 3 Acho que estou sendo punido.
- 7. 0 Não me sinto decepcionado (a) comigo mesmo (a).**
- 1 Estou decepcionado (a) comigo mesmo (a).
- 2 Estou enojado de mim.
- 3 Eu me odeio.
- 8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.**
- 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou a meus erros.
- 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
- 9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.**
- 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
- 10. 0 Não choro mais que o habitual.**
- 1 Choro mais agora do que costumava.
- 2 Agora, choro o tempo todo.
- 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.
- 11. 0 Não sou mais irritado (a) agora do que já fui.**
- 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
- 2 Atualmente me sinto irritado (a) o tempo todo.
- 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
- 12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.**
- 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.

-
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
- 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13. 0** Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
- 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 Não consigo mais tomar decisões.
- 14. 0** Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
- 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
- 3 Considero-me feio (a).
- 15. 0** Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16. 0** Durmo tão bem quanto de hábito.
- 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
- 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 17. 0** Não fico mais cansado (a) que de hábito.
- 1 Fico cansado (a) com mais facilidade do que costumava.
- 2 Sinto-me cansado(a) ao fazer quase qualquer coisa.
- 3 Estou cansado (a) demais para fazer qualquer coisa.
- 18. 0** Meu apetite não está pior do que de hábito.
- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
- 2 Meu apetite está muito pior agora.
- 3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

1 Perdi mais de 2,5 Kg.

2 Perdi mais de 5,0 Kg.

3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.

2 Estou muito preocupado (a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.

3 Estou tão preocupado (a) com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

1 Estou menos interessado (a) por sexo que costumava.

2 Estou bem menos interessado (a) em sexo atualmente.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Anexo B

INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK (BAI)

Abaixo temos uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Favor preencher cada item da lista cuidadosamente. Indique agora os sintomas que você apresentou durante A última semana incluindo hoje. Marque com um x os espaços correspondentes a cada sintoma.

	0	1	2	4
	Absolutamente	Levemente, não me incomodou muito	Moderadamente, Foi desagradável, mas pude suportar	Gravemente, dificilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento				
2. Sensações de calor				
3. Tremor nas pernas				
4. Incapaz de relaxar				
5. Medo de acontecimentos ruins				
6. Confuso ou delirante				
7. Coração batendo forte ou rápido				
8. Inseguro (a)				
9. Apavorado (a)				
10. Nervoso (a)				
11. Sensação de sufocamento				
12. Tremor nas mãos				
13. Trêmulo (a)				
14. Medo de perder o controle				
15. Dificuldade de respirar				
16. Medo de morrer				
17. Assustado (a)				
18. Indigestão ou desconforto abdominal				
19. Desmaios				
20. Rubor facial				
21. Sudorese (não devido ao calor)				

Anexo C

ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HAD)

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. Nesse 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 (a) ou contraído (a):

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 (a) à vontade e me sentir relaxado:

0 () Sim, quase sempre

1 () Muitas vezes

2 () Poucas vezes

3 () Nunca

D 8) Eu estou lento (a) 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 (a), 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 (a) 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, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- 0 () Quase sempre
1 () Várias vezes
2 () Poucas vezes
3 () Quase nunca

Anexo D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa Ansiedade, Depressão, Qualidade de Vida em Pacientes com Insuficiência Cardíaca.

Nessa pesquisa esta-se buscando avaliar a depressão, a ansiedade e a qualidade de vida de pacientes que apresentam insuficiência cardíaca nas classes funcionais I e II. A classe funcional é a categoria, que vai de I a IV, onde os pacientes com insuficiência cardíaca são enquadrados para diagnóstico. Pertencer a alguma destas classes que dizer o quanto a doença limita ou prejudica suas atividades cotidianas. Na classe I, o indivíduo não apresenta sintomas da doença nas atividades rotineiras e na classe II os sintomas da insuficiência cardíaca são desencadeados pelas atividades rotineiras. Vamos estudar dois grupos de pessoas: um grupo que tem insuficiência cardíaca e outro grupo de pessoas que não apresentam a doença.

Na sua participação você deverá responder 4 questionários:

- Inventário de Depressão de Beck;
- Inventário de Ansiedade de Beck;
- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão;
- Questionário sociodemográfico.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim, a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum ônus ou ganho financeiro por participar da pesquisa.

A pesquisa não lhe trará nenhum risco. Pelo contrario, trará benefícios para a saúde da população de uma forma geral, uma vez que programas de atendimento psicológico aos portadores de insuficiência cardíaca, poderão ser implantados a partir dos resultados dos questionários.

Você é livre para parar de participar a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com:

Pesquisadores (Juliana Souza Andréo): Avenida Para, nº. 1720 – Campus Umuarama – Uberlândia - MG, CEP: 38405-320; fone: 3218 2420).

CEP/UFU (Comitê de Ética em Pesquisa): Av. João Naves de Ávila, nº. 2121, bloco J, Campus santa Mônica - Uberlândia- MG, CEP: 38408-100; fone: 32394531

Uberlândia, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do Pesquisador

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante

Juliana de Souza Andréo

Anexo E

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Data: ____/____/____
2. Ocupação: _____
- 2.1 Trabalho: _____
- 2.2 Lazer: _____
3. Sexo: () feminino () masculino
4. Data de nascimento: ____/____/____
5. Tem filhos? () não () sim Quantos: _____
6. Situação conjugal: () casado (a) () solteiro (a) () divorciado/separado (a) () viúvo
() união estável
10. Suporte social: () família () amigos () profissionais da saúde
11. Escolaridade: () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () ensino superior incompleto () ensino superior completo () ensino superior com pós-graduação.

Anexo F



Universidade Federal de Uberlândia
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
Av. João Naves de Ávila, nº 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4531

ANÁLISE FINAL Nº 028/08 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU: 001/08

Projeto Pesquisa: "Ansiedade, Depressão e Qualidade de vida em pacientes com Insuficiência Cardíaca".

Pesquisador Responsável: Elmiro Santos Rezende

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

- a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data para entrega do Relatório Dezembro: Dezembro/2008

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO.

Uberlândia 07 de fevereiro de 2008.

 Prof. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

(Para parecer Aprovado ou Aprovado com Recomendações)

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. 196/96 CNS..