

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

CAROLITA BORGES VASCONCELOS

**QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO
APÓS INFARTO DO MIOCÁRDIO**

UBERLÂNDIA
2007

CAROLITA BORGES VASCONCELOS

QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO
APÓS INFARTO DO MIOCÁRDIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr Elmiro Santos Resende

Uberlândia
2007

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V331q Vasconcelos, Carolita Borges, 1976-
 Qualidade de vida, ansiedade e depressão após infarto do
 miocárdio

 / Carolita Borges Vasconcelos. - 2007.

 77 f. : il.

 Orientador: Elmiro Santos Resende.
 Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Pro-
 grama de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
 Inclui bibliografia.

 1. Enfarte do miocárdio - Pacientes - Teses. 2. Qualidade
 de vida - Teses. 3. Ansiedade - Teses. 4. Depressão mental -
 Teses. I. Resende, Elmiro Santos. II. Universidade Federal de
 Uberlândia. Programa de
 Pós-Graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 616.127-005.8-052

Elaborado pelo Sistema de Bibliotecas da UFU / Setor de Catalogação e Classificação

Carolita Borges Vasconcelos

QUALIDADE DE VIDA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO
APÓS INFARTO DO MIOCÁRDIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre.

Uberlândia, 14 de março de 2007

Banca Examinadora

Prof. Dr. Elmiro Santos Resende

Prof. Dr. Mário Antônio Baraúna

Profa. Dra. Marilda de Oliveira Coelho

Prof. Dr. Aguinaldo Coelho da Silva

*Dedico esse trabalho a meu esposo
Guilherme, a minha filha Maria Clara e a
meus pais Silvio e Solange. Meu eterno amor e
gratidão a vocês que me apoiaram, me
incentivaram e me deram forças em todos os
momentos, incondicionalmente.*

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Orunmilá Ifa, devo a minha vida, e todas as vitórias alcançadas, em especial a conclusão desse trabalho.

Ao meu esposo Guilherme, que sempre me apoiou, me incentivou e me ajudou em todos os momentos, sempre com muita alegria, dedicação e amor.

Aos meus pais Silvio e Solange, minha eterna gratidão! Tudo o que tenho e sou hoje, devo especialmente à vocês.

Às minhas irmãs Beatriz, Sabrina e meus sobrinhos, pela força e presença de vocês que foram fundamentais nos momentos mais difíceis desse trabalho.

Ao meu grande amigo, irmão e pai Paulo Henrique Silvestre, devo muito! Obrigada pela força por mais essa vitória, e também por toda sua dedicação e amor por minha pessoa.

Ao Prof. Dr. Elmiro, por ter me aceitado como orientanda, pela paciência e dedicação. Muito obrigada por tudo! O senhor é iluminado e muito especial, continuarei me espelhando no seu exemplo de sobriedade, serenidade e bondade.

À fisioterapeuta Ms. Vanessa Silva Lemos, que sempre disposta a ajudar, contribuiu significativamente para o início desse trabalho.

A todos os pacientes que se dispuseram a participar do estudo.

A toda equipe do setor de Arquivo Médico do Hospital de Clínicas da UFU, pela presteza e disposição.

A toda minha equipe de trabalho, em especial, à Dinalva Costa, Vilma Caetano, Gustavo Borges e Karinny Pacheco, por entenderem todos os meus momentos de ausência, e por estarem sempre dispostos a contribuir com disposição e amor.

RESUMO

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma doença vascular que resulta, quase sempre, do processo aterosclerótico com oclusão trombótica das artérias coronárias. Esta situação aguda causa desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigênio, com conseqüente necrose tecidual. Com o aumento do número de sobreviventes ao IAM, são maiores as preocupações com os cuidados clínicos, fato que tem motivado a busca por métodos que permitam uma mensuração objetiva e quantitativa da qualidade de vida (QV), da ansiedade e da depressão, fatores que devem ser enfocados, particularmente, no tratamento de médio e longo prazo. Para estes pacientes é também necessário comparar os diversos tipos de tratamento utilizados atualmente no pós-infarto, em especial a revascularização, seja ela percutânea ou cirúrgica, e o tratamento clínico isoladamente, com a finalidade de escolher aqueles mais eficazes e que mais se correlacionam com a melhor QV e menores graus de ansiedade e de depressão. O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida, a ansiedade e a depressão em pacientes após o IAM, por meio da aplicação dos questionários Mac New QLMI, IDATE e BDI, respectivamente, correlacionando-se essas variáveis com a presença dos fatores de risco e o tipo de tratamento instituído antes do recrutamento. Foram estudados 59 pacientes, com idade média de 57,70 +/- 6,96 anos, sendo 46 (78%) do sexo masculino e 13 (22%) do sexo feminino, selecionados a partir do arquivo médico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, MG, todos tendo apresentado um episódio de IAM antes do início da avaliação. Os questionários foram aplicados, inicialmente, em agosto de 2003 e reaplicados em agosto de 2004. Os resultados foram analisados por meio de técnicas descritivas, utilizando-se também os coeficientes de correlação de Pearson e Spearman. Os resultados demonstraram que: a) houve redução nos níveis de ansiedade e depressão e piora na qualidade de vida entre as duas avaliações; b) os fatores de risco estresse e tabagismo, correlacionaram-se positivamente com a existência de depressão; c) a hipertensão arterial e o tratamento medicamentoso apenas, apresentaram correlação com maior ansiedade na avaliação inicial; d) a pior qualidade de vida se correlacionou com o tabagismo, na primeira avaliação, e com a presença de dislipidemia, após 12 meses; e) a depressão apresentou correlação significativa positiva com a raça negra e com a viuvez. Estes resultados demonstram a necessidade de acompanhamento destes pacientes em programas especiais de reabilitação, com abrangência multidisciplinar e com protocolos estabelecidos a partir de enfoque clínico, mas acompanhados sempre de uma avaliação da QV, ansiedade e depressão, que devem merecer atenção especial da equipe.

Palavras-chave: qualidade de vida, ansiedade, depressão, infarto.

ABSTRACT

The Acute Myocardial Infarction (AMI) is a vascular disease that generally results from the atherosclerotic process with thrombotic occlusion of the coronaries. This acute situation unbalances the offer and consumption of oxygen, leading to a necrosis of the tissue. Due to the higher number of AMI survivors, we tend to be more concerned about clinical care, what motivates the search for methods that enable an objective and quantitative assessment of the quality of life, anxiety and depression. These factors must be particularly focused during medium and long-term treatments. We also need to compare the various types of treatment presently used in post-infarction, especially the percutaneous or surgical revascularization and the clinical treatment, with the aim of choosing the ones which are more efficient and present more correlation with a better quality of life, with lower levels of anxiety and depression. The purpose of this study is to evaluate the quality of life, anxiety and depression in patients after acute myocardial infarction (AMI), through the application of Mac New QLMI, IDATE and BDI questionnaires, respectively, and confront them to risk factors and the kind of treatment established before the recruitment. We evaluated 59 patients, being 46 (78%) males and 13 (22%) females, with an average age of 57,70 $\pm$ 6,96, selected from the medical file of the Clinics Hospital of the Federal University of Uberlândia, MG. All of them presented an AMI episode before the evaluation started. The questionnaires were firstly applied in August 2003, and reapplied in August 2004. The results were analyzed through descriptive techniques, using also the Pearson and the Spearman correlation coefficients. The results demonstrate that: a) there was a reduction in anxiety and depression levels added to a worsening in life quality between the two evaluations; b) stress and tobaccoism positively correlated with the existence of depression; c) the arterial hypertension and the medicamental treatment showed correlations with a higher anxiety only in the first evaluation; d) the worsening in life quality was correlated with tobaccoism, in the first evaluation, and with the presence of dislipidemy, after twelve months; e) depression showed significant correlation with the black race and widowhood. These results showed the necessity of accompanying these patients through special rehabilitation programs, with multidisciplinary scope and with protocols, established through a clinical approach, but always followed by an evaluation of life quality, anxiety and depression, which deserve special attention from the team.

Key words: quality of life, anxiety, depression, infarction.

LISTA DE ABREVIATURAS

IAM	Infarto agudo do miocárdio.
DAC	Doença aterosclerótica coronariana.
DM	Diabetes mellitus
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HDL	High Density Lipoproteins (Lipoproteína de alta densidade)
LDL	Low Density Lipoproteins (Lipoproteína de baixa densidade)
VLDL	Lipoproteína de muito baixa densidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de vida
QLMI	Quality of life after myocardial infarction (QLMI)
BDI	Beck Depression Inventory
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Idade dos 59 pacientes avaliados.....	22
Tabela 2 – Detalhamento dos fatores de risco.....	25
Tabela 3 – Detalhamento dos tipos de tratamento.....	27
Tabela 4 – Qualidade de vida (Fase 1) em relação aos 59 pacientes avaliados.....	30
Tabela 5 – Qualidade de vida (Fase 2) em relação aos 47 pacientes avaliados.....	31
Tabela 6 – Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis estudadas e os fatores de risco dos 59 pacientes avaliados.....	31
Tabela 7 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável gênero com os escores do questionário Mac New QLMI.....	32
Tabela 8 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável gênero com os escores da Depressão, Ansiedade e QV.....	32
Tabela 9 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável raça com os escores do questionário Mac New QLMI.....	32
Tabela 10 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável raça com os escores da Depressão, Ansiedade e QV.....	33
Tabela 11 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável estado civil com os escores do questionário Mac New QLMI.....	33
Tabela 12 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável estado civil com os escores Depressão, Ansiedade e QV.....	34
Tabela 13 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável ocupação com os escores do questionário Mac New QLMI.....	34
Tabela 14 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável ocupação com os escores da Depressão, Ansiedade e QV.....	35
Tabela 15 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável escolaridade com os escores do questionário Mac New QLMI.....	35
Tabela 16 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável escolaridade com os escores da Depressão, Ansiedade e QV.....	35
Tabela 17 – Coeficientes de correlação de Spearman para o tipo de tratamento.....	36

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Idade dos 59 pacientes avaliados.....	22
Figura 2 – Gênero dos 59 pacientes avaliados.....	23
Figura 3 – Raça dos 59 pacientes avaliados.....	23
Figura 4 – Estado civil dos 59 pacientes avaliados.....	24
Figura 5 – Grau de instrução dos 59 pacientes.....	24
Figura 6 – Tipo de ocupação dos 59 pacientes.....	25
Figura 7 – Detalhamento dos fatores de risco.....	26
Figura 8 – Parede infartada dos 59 pacientes avaliados.....	26
Figura 9 – Tipos de tratamento a que foram submetidos os pacientes avaliados.....	27
Figura 10 – Número de pacientes na avaliação dos escores de Ansiedade (Fase 1 e 2).....	28
Figura 11 – Frequência de pacientes com escores de Ansiedade (Fase 1 e 2).....	28
Figura 12 – Número de pacientes na avaliação dos escores de Depressão (Fase 1 e 2).....	29
Figura 13 – Frequência de pacientes com escores de Depressão (Fase 1 e 2).....	29
Figura 14 – Número de pacientes na avaliação dos escores de Qualidade de vida (Fase 1)...	30
Figura 15 – Número de pacientes na avaliação dos escores de Qualidade de vida (Fase 2)...	31

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	12
2.1 Fatores de risco da doença aterosclerótica (DAC).....	12
2.2 Qualidade de vida.....	14
2.3 Ansiedade e depressão.....	16
3 OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivo geral.....	19
3.2 Objetivos específicos.....	19
4 METODOLOGIA.....	20
4.1 Amostra.....	20
4.2 Métodos.....	20
5 RESULTADOS.....	22
5.1 Descrição da amostra.....	22
5.1.1 Dados sócio-demográficos.....	22
5.1.2 Fatores de risco.....	25
5.1.3 Parede acometida pelo IAM.....	26
5.1.4 Tipos de tratamento utilizados.....	27
5.2 Análise dos resultados dos questionários.....	27
6 DISCUSSÃO.....	37
6.1 Considerações sobre os instrumentos de medida utilizados.....	37
6.2 Idade, gênero e raça.....	38
6.3 Estado civil, escolaridade e ocupação.....	39
6.4 Fatores de risco.....	41
6.5 Ansiedade.....	42
6.6 Depressão.....	43
6.7 Qualidade de vida.....	45
6.8 Tipos de Tratamentos.....	45
7 CONCLUSÃO.....	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXOS.....	58

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência coronariana estabelece-se quando ocorre aumento exagerado do consumo de oxigênio ou aporte inadequado de sangue arterial para uma determinada área do miocárdio. Caso esta isquemia seja severa e prolongada, o tecido miocárdio comprometido poderá evoluir para necrose, configurando, assim, o infarto agudo do miocárdio (IAM). A isquemia intensa pode provocar angina de peito e arritmias ventriculares graves, as quais, em determinadas circunstâncias, podem causar morte súbita (NESRALLA, 1994).

O diagnóstico do IAM é feito pela detecção de níveis séricos elevados de troponina (T ou I) e/ou de creatinoquinase fração mb (CKmb), na presença de história clínica típica e do eletrocardiograma convencional alterado (BRAUNWALD, 2001; III DIRETRIZES BRASILEIRAS..., 2004).

Segundo dados da American Heart Association (1997), aproximadamente seis milhões de americanos apresentam manifestações clínicas decorrentes da aterosclerose coronariana, com cerca de 1.500.000 infartos por ano e 600.000 óbitos anuais, com um custo acima de 17 bilhões de dólares/ano, incluindo tratamentos clínicos e cirúrgicos.

Algumas circunstâncias favorecem a ocorrência de eventos cardiovasculares e outras criam grupos de maior risco de morte devido a vários agentes, que vão desde um padrão genético favorável até a exposição aos chamados fatores de risco para a doença aterosclerótica (MARRUGAT et al., 1998).

Vários esforços preventivos e avanços no atendimento das urgências e emergências clínicas proporcionaram uma redução expressiva da mortalidade de causa cardiovascular mas, apesar disso, o aparecimento de novos casos tem aumentado. Entre os anos de 1950 e 1993, a mortalidade por doenças cardiovasculares nos EUA foi reduzida em 52% (OLDRIDGE et al., 1998).

A mortalidade hospitalar por infarto agudo do miocárdio tem diminuído nos últimos 30 anos (III DIRETRIZES BRASILEIRAS..., 2004). Após a alta hospitalar, a doença de base continua em curso e o prognóstico tardio está diretamente relacionado à função ventricular esquerda remanescente, à presença de isquemia miocárdica residual e à existência de arritmias cardíacas potencialmente graves. Esta evolução é diretamente influenciada pela quantidade de miocárdio ainda viável e em risco sofrer necrose (Simpósio de Ergometria no Brasil, 1996).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Fatores de risco na doença aterosclerótica coronariana (DAC)

Aterosclerose é o termo utilizado para descrever lesões espessadas e endurecidas nas artérias musculares e elásticas de médio e de grande calibre. A lesão é rica em lipídios e está localizada na camada mais interna das artérias, a íntima (GOLDMAN; AUSIELLO, 2005).

A DAC é anatomicamente definida por irregularidades do lúmen ou estenoses segmentares. É funcionalmente caracterizada por perda da resposta vasodilatadora induzida pelo exercício ou por substâncias vasoativas (serotonina, norepinefrina, adenosina e vasopressina). Em artérias coronárias normais de pacientes com DAC, a resposta vasomotora, com aumento do fluxo sanguíneo em resposta à acetilcolina, é heterogênea e tanto vasodilatação como vasoconstrição têm sido demonstradas. Esta resposta inadequada corresponde à chamada disfunção endotelial, que pode apresentar manifestações clínicas mesmo antes de podermos identificar o dano estrutural das artérias através de irregularidades em seu lúmen (GOLDMAN; AUSIELLO, 2005).

De acordo com Manfroi e colaboradores (2002), identificam-se vários fatores relacionados ao aparecimento e à gravidade da doença aterosclerótica. Tais elementos, denominados fatores de risco, incluem a hipertensão arterial sistêmica, o tabagismo, a obesidade, o *diabetes mellitus* (DM) e a dislipidemia. Além destes, mais conhecidos desde os estudos de Framingham (KANDEL, 2000) citam-se ainda alguns marcadores de risco como a idade, o sexo masculino e os antecedentes familiares positivos para a doença em idade precoce. Também o estresse psicológico e as inflamações têm sido relacionados ao aparecimento da aterosclerose e de suas complicações (YUSUF et al., 2004).

Descreveremos abaixo alguns aspectos relacionados aos principais fatores de risco:

- **Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)** - No Brasil, em diversas regiões, esta é a doença prevalente na idade adulta e a primeira causa de aposentadoria por doenças (FARINATTI et al., 2005). Existem várias classificações da HAS, mas reconhece-se que valores abaixo de 120/80 mmHg são considerados ideais e valores acima de 140/90 mmHg representam maior risco cardiovascular (III DIRETRIZES BRASILEIRAS..., 2004). De acordo com o estudo de Framingham (KANDEL, 2000), indivíduos com níveis pressóricos maiores que 139/89 mmHg têm maior risco

de desenvolver a DAC, quando comparados com aqueles considerados normotensos. Quando apenas pacientes com IAM são avaliados, encontram-se prevalências de HAS superiores a 50%, demonstrando-se, assim, esta forte correlação existente. A hipertensão arterial é, portanto, um fator de risco importante para o infarto agudo do miocárdio e a ausência de controle clínico da mesma determina pior prognóstico após o evento agudo, tanto a curto como a longo prazo.

- **Tabagismo** – É bem conhecido que a maior incidência de doença cardiovascular ocorre em fumantes. O tabagismo está associado à disfunção microvascular e endotelial, à redução do fluxo sangüíneo coronariano e à vasoconstricção periférica. Além de existir uma relação consistente entre tabagismo e aterosclerose, identifica-se uma outra relação direta entre o número de cigarros consumidos e a extensão da lesão coronariana (ARMAGANIJAN; BATLOUNI, 2000). A cessação do hábito de fumar diminui rapidamente o risco de infarto do miocárdio (NJOLSTAD; ARNESEN; LUND-LARSEN, 1996; CAMPISI et al., 1998; CARLSSON, 1998; TAIRA et al., 2000).
- **Obesidade** - A obesidade representa um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares (SARNI et al., 2006). O sedentarismo, diretamente vinculado à obesidade, implica em um risco de morte de 20% em dez anos para ambos os sexos e sua prevalência na população é de 60% (CARVALHO, 2001). Os estudos de Framingham demonstraram que indivíduos mais ativos fisicamente apresentam menor morbi-mortalidade de origem cardiovascular (FONSECA et al., 1999). Em estudo de Faludi, Mastrocolla e Bertolami (1996), indivíduos que praticaram exercício físico como forma de prevenção primária reduziram em 30 a 55% o risco de um IAM, quando comparados com indivíduos que permaneceram sedentários.
- **Dislipidemia** - Diversos estudos demonstram uma forte relação entre os níveis plasmáticos de colesterol e a mortalidade cardiovascular. O risco para o desenvolvimento da aterosclerose aumenta progressivamente em função de valores mais elevados de colesterol na corrente sanguínea. O nível plasmático do colesterol total reflete, por sua vez, o conteúdo de colesterol existente nos vários tipos de lipoproteínas circulantes e denominadas HDL (lipoproteína de alta densidade), VLDL (lipoproteína de muito baixa densidade) e LDL (lipoproteína de baixa densidade). A ingestão, por tempo prolongado, de dieta com elevado teor lipídico, associada à inatividade física e a determinado perfil genético, está ligada à gênese da dislipidemia. As diretrizes vigentes recomendam a manutenção do colesterol total plasmático abaixo

de 200 mg/dl e valores de LDL variáveis, conforme se tratem de pacientes com risco alto, moderado ou baixo (III DIRETRIZES BRASILEIRAS..., 2001).

- **Diabetes mellitus (DM):** O DM tipo 2 (do adulto) representa, juntamente com a obesidade, uma epidemia mundial ora em curso. Os diabéticos têm risco duas a três vezes maior de apresentar DAC quando comparados com a população geral (III DIRETRIZES BRASILEIRAS..., 2001). O simples fato de ser diabético eleva o risco potencial de um evento isquêmico para valores acima de 20% em 10 anos (alto risco). A associação de DM com a HAS, com o tabagismo e com a dislipidemia torna o paciente particularmente vulnerável ao IAM e ao acidente vascular cerebral. Estratégias que visam a redução do peso corporal, associadas ao controle rigoroso da glicemia, reduzem o impacto vascular do DM.
- **Ansiedade e Depressão** - Os sintomas de ansiedade e depressão são muito comuns em pacientes com infarto do miocárdio (LANE et al., 2001) e vários estudos têm mostrado que a presença deles pode prever uma mortalidade elevada no pós-IAM. A depressão está também associada ao risco para eventos cardiovasculares, independentemente dos fatores clássicos já citados, tanto para pacientes saudáveis como para aqueles que já apresentam DAC diagnosticada (PIGNAY-DEMARIA et al., 2003). Segundo Pratt e colaboradores (1996), indivíduos com história de depressão apresentam um risco 4,5 vezes maior de apresentar IAM. Dentre os mecanismos fisiológicos possivelmente associados a este fato estão a disfunção endotelial, a desregulação do sistema nervoso autônomo e do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e a hipercoagulabilidade sanguínea (SHERWOOD et al., 2005; LETT et al., 2004).

2.2 Qualidade de vida

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como estado de completo bem estar físico, mental e social, não restringindo este conceito simplesmente à ausência de doença (WHO, 1946).

Guedes e Guedes (1993) afirmam que, dentro dessa concepção, não basta não estar doente para ser saudável. É necessário mostrar também evidências ou atitudes que afastem ao máximo os fatores de risco que podem provocar doenças.

O termo qualidade de vida (QV) surgiu como integrante do *index medicus* há menos de 30 anos. Segundo Calman (1984) pode ainda ser entendida como a “diferença entre o que é desejado na vida do indivíduo e o que é alcançável ou não”.

O conceito de qualidade de vida era, inicialmente, apenas subjetivo, mas nos últimos anos tem-se procurado torná-lo objetivo e mensurável para que o mesmo possa ser usado por profissionais da área de saúde (CICONELLI et al., 1999), tanto com finalidade terapêutica como de pesquisa.

Dentro deste contexto e neste complexo de definições existentes, é preciso analisar a situação clínica que envolve o paciente após o infarto. Superada a fase aguda, o paciente passa a ser incomodado pelo medo constante da morte e pelas mudanças de hábitos e estilo de vida às quais terá que se adaptar. As restrições e limitações resultantes podem alterar a qualidade de vida dessas pessoas, se entendermos que a QV tem relação com expectativas e realizações (SIVIERO, 2003).

Avaliar a qualidade de vida é, portanto, componente importante tanto na construção da decisão clínica quanto na avaliação do tratamento instituído. Também pode facilitar a aceitação, pelo paciente, do processo terapêutico indicado durante a reabilitação cardíaca. Para tal, o instrumento de medida a ser utilizado deve ser válido, responsivo, sensível e confiável (OLDRIDGE et al., 1998).

A qualidade de vida pode ser avaliada utilizando-se instrumentos genéricos, como o SF 36 (Short Form Health Survey), o SIP (Sickness Impact Profile), o NHP (Nottingham Health Profile), dentre outros. Estes instrumentos abrangem uma variedade de domínios nas esferas físicas, psíquicas e sociais e, com isso, podem avaliar os efeitos do tratamento, fazendo comparações entre vários grupos de doenças e seus impactos no estado de saúde.

A maior limitação dos instrumentos genéricos é que os mesmos não podem examinar com detalhes esses aspectos nem focar um problema singular encontrado na doença especificamente avaliada (ALCÂNTARA, 2005). Falham, assim, em detectar diferenças clínicas importantes. Deste modo, para analisar-se uma população definida é necessário utilizar instrumentos específicos para a doença, nos quais se destaca o problema em um ponto especial de seu processo e, assim, pequenas mudanças podem ser identificadas na evolução, medindo-se qual é o prejuízo provocado na qualidade de vida.

Com esta finalidade foi criado o *Mac New quality of life after myocardial infarction* (QLMI). Ele é um instrumento específico desenvolvido e testado para avaliar programas de reabilitação cardíaca em pacientes após IAM. Foi elaborado na Universidade de Newcastle, Austrália, em 1993, e investiga sintomas como a fadiga, dificuldade de respirar, presença de

dor torácica e de dores nos membros inferiores em pacientes no pós-infarto do miocárdio (BENETTI; NAHAS; BARROS, 2001; HILLERS et al., 1994; OLDRIDGE et al., 1991).

O Mac New QLMI foi validado para a língua portuguesa por Benetti e Nahas em 1999. A versão brasileira do questionário foi considerada válida, de simples administração e segura para avaliar a qualidade de vida relativa à saúde de pacientes após o IAM (BENETTI; NAHAS; BARROS, 2001). É composto por 27 questões, com o escore máximo para cada uma de 7 e o mínimo de 1. O escore máximo corresponde a 189 e o escore mínimo a 27. Ele é dividido em três domínios, sendo que o escore emocional é calculado pela soma de 14 itens, o escore físico pela soma de outros 14 e o escore social pela soma de mais 13 itens (BENETTI; NAHAS; BARROS, 2001; LIM et al., 1993; OLDRIDGE et al., 1999).

O Mac New QLMI foi favoravelmente revisado, juntamente com outros instrumentos específicos, e serve como índice de prognóstico independente para mortalidade e morbidade. Trata-se de uma ferramenta confiável que responde às condições específicas relacionadas à qualidade de vida (BENETTI; NAHAS; BARROS, 2001; OLDRIDGE et al., 1998). Tal questionário foi escolhido para este estudo por ser relativamente pequeno, simples e preparado para auto-administração com uma validade comprovada. É considerado pelos pesquisadores como um “*Padrão Ouro*” nessa área abordada pelo nosso estudo (LOHR, 2002). Além disto, já foi testado em nosso grupo de pesquisa por Alcântara (2005), fato este que facilitou seu emprego e sua análise.

2.3 Depressão e Ansiedade

A doença aterosclerótica coronariana (DAC) e a depressão são duas enfermidades que têm grande impacto na saúde pela alta prevalência das mesmas nos dias atuais e por seus efeitos refletidos tanto na morbidade e na mortalidade quanto na qualidade de vida (PEREZ et al., 2005). Steptoe e Whitehead (2005) identificam a depressão e a ansiedade como um problema comum em pacientes infartados, estando relacionadas ao desenvolvimento da doença coronariana e ao seu prognóstico. O significado clínico desta associação permanece ainda incerto.

De acordo com Manica e colaboradores (1999), o conceito de depressão engloba uma variedade de distúrbios psíquicos que diferem quanto à sintomatologia, gravidade, curso e prognóstico.

A ansiedade é definida como uma sensação de medo, tensão ou pânico, enfim, a espera de que algo desagradável esteja para acontecer. Longos períodos de ansiedade têm sido reportados nas seis semanas após o IAM, com melhora ao longo do primeiro ano após o evento (CROWE et al., 1996).

Analisadas em conjunto, essas duas situações podem produzir aumento da atividade simpática e decréscimo do tônus vagal, com espasmos coronarianos, aumento da ativação plaquetária e redução da variabilidade da frequência cardíaca, modificações estas relacionadas à maior morbi-mortalidade. A interação entre estes fatores no pós-IAM pode induzir à recorrência de isquemia miocárdica, oclusão trombótica coronariana, novo IAM, arritmia cardíaca e morte súbita (DENOLLET; VAES; BRUSTSAERT, 2000). Integram este cortejo desfavorável o fato dos pacientes deprimidos apresentarem baixa aderência aos tratamentos propostos e terem maior dificuldade em parar de fumar (COELHO et al., 1999).

Além da alta prevalência de ansiedade e de depressão em pacientes com infarto do miocárdio (LANE et al., 2001), vários estudos têm mostrado que a depressão e a ansiedade dificultam o retorno às atividades laborais e o recomeço da vida sexual.

O inventário de depressão de Beck (Beck Depression Inventory – BDI) elaborado por Beck e colaboradores (1961) é o instrumento de medida de depressão mais utilizado, tanto em pesquisa quanto em clínica (DUNN; SHAN; HAND, 1993), tendo sido traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países.

A escala original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade atribuída varia de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusações, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido (GORESTEIN; ANDRADE, 1998).

A validade do Beck Depression Inventory (BDI) em relação as outras formas de avaliação clínica de depressão, tais como as escalas de Hamilton (1960) e de Zung (1965), é alta em pacientes psiquiátricos (0,72 e 0,76, respectivamente (BECK; STEER; GARBIN, 1988). Este instrumento contém questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK et al., 2000).

Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando-se o BDI (BECK; STEER; GARBIN, 1961; GOTLIB, 1984; LOUKS; HAYNE; SMITH, 1989; OLIVER; SIMMONS, 1984; TANAKA-MATSUMI; KAMEOKA, 1986;). De acordo com Beck e colaboradores (1988) a escolha do ponto de corte adequado

depende da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Para pacientes com transtorno afetivo o “Center for Cognitive Therapy” recomenda os seguintes pontos de corte: menor que 10 = sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18 = depressão de leve a moderada; de 19 a 29 = depressão de moderada a grave; de 30 a 63 = depressão grave (BECK; STEER; GARBIN, 1988). Para pacientes ainda sem diagnóstico as diretrizes são diferentes. Steer e colaboradores (1987) (comunicação pessoal) e Kendall e colaboradores (1987) recomendam escores acima de 15 para detectar disforia e concluem que o termo “*depressão*” deve ser utilizado apenas para os indivíduos com escores acima de 20 e, preferencialmente, já com o diagnóstico clínico estabelecido.

Spielberg, Gorsuch e Lushene (1970) recomendam que o diagnóstico de ansiedade seja subdividido em dois, a ansiedade-estado e a ansiedade-traço. A ansiedade-estado é o estado emocional transitório, no momento da aplicação do teste, que se caracteriza por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos e por aumento na atividade do sistema nervoso autônomo. A ansiedade-traço é um estado de personalidade relativamente estável, significando uma tendência individual de cada um em reagir às tensões.

O Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), foi constituído por Spielberg, Gorsuch e Lushene (1979) que adaptou, validou e padronizou a versão em português de seu primeiro instrumento, o Trait Anxiety Inventory (STAI) (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 1970). É conhecido em nosso meio como IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado). Cada escala tem 20 frases que são classificadas por intensidade, desde 1 (sem ansiedade) até 4 (muita ansiedade). O escore final é encontrado pela soma dos escores parciais das 20 frases.

No Brasil, o IDATE é um dos instrumentos mais utilizados em aferição de ansiedade. Trata-se de uma escala de auto-avaliação que mede aspectos não específicos de ansiedade e que podem estar presentes em diversas situações da vida (OLIVEIRA; SISTO, 2004).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar a qualidade de vida, a ansiedade e a depressão em pacientes que apresentaram IAM utilizando-se os questionários Mac New QLMI, IDATE e BDI, respectivamente.

3.2 Objetivos Específicos

- Correlacionar as características sócio-demográficas e clínicas com a qualidade de vida, a ansiedade e a depressão.
- Correlacionar o tipo de tratamento instituído após o IAM com a qualidade de vida, ansiedade e depressão.
- Correlacionar a ansiedade e a depressão com a qualidade de vida.

4 METODOLOGIA

4.1 Amostra

Foram selecionados 59 pacientes dos 598 indivíduos identificados como portadores de diagnóstico inicial de IAM atendidos no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, MG. A inclusão foi feita a partir da confirmação do diagnóstico pela análise do prontuário, levando-se em conta os critérios de elevação de CKmb no plasma associada à presença de dor torácica típica com duração maior do que 20 minutos e eletrocardiograma convencional de 12 derivações alterado. A presença do primeiro critério associado ao menos a mais um dos outros dois confirmou o diagnóstico.

Os critérios para inclusão no estudo foram residir na cidade de Uberlândia/MG, ter diagnóstico confirmado de IAM pela análise do prontuário e não ter doença crônica associada (neurológica, renal, ortopédica, respiratória, *diabetes mellitus*, insuficiência arterial periférica sintomática).

Foram empregados os seguintes critérios de exclusão: não conter no prontuário diagnóstico confirmado de IAM, possuir histórico anterior de mais de um episódio de IAM, não residir na cidade de Uberlândia, realizar ou ter realizado reabilitação cardíaca após o infarto, ter idade maior que 70 anos, apresentar incapacidade para responder os questionários devido a problemas cognitivos, ter insuficiência cardíaca avançada (classe funcional III ou IV) e apresentar fração de ejeção medida no ecocardiograma menor ou igual a 50% (método de Simpson).

4.2 Métodos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia-MG (Anexo I) nos termos da resolução 196-96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes tiveram conhecimento prévio da carta de informação (Anexo II) e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo III).

Os pacientes foram avaliados entre 5 e 21 meses após o diagnóstico de IAM, sendo utilizados os questionários Mac New QLMI (Anexo V), BDI (Anexo VI) e IDATE (Anexo VII), os quais foram aplicados no início do estudo, em agosto de 2003, e reaplicados

após doze meses, em agosto de 2004. Entretanto, na segunda avaliação somente 47 pacientes dos 59 que participaram da primeira entrevista foram localizados.

Os questionários foram aplicados na residência dos pacientes pela responsável pelo estudo. Por ocasião da aplicação dos questionários também foram coletadas informações demográficas como a idade, o sexo, a profissão e a raça, e clínicas, com ênfase especial sobre os fatores de risco para DAC (Anexo IV).

Para correlação dos escores aferidos pelos questionários, bem como das informações demográficas coletadas, foi aplicado o teste de correlação de Spearman considerando-se como nível de significância valores de p menores que 5% ($p < 0,05$).

5 RESULTADOS

5.1 Descrição da Amostra

5.1.1 Dados sócio-demográficos

A amostra foi composta por 59 pacientes portadores de IAM que responderam os questionários na primeira avaliação. Porém somente 47 destes foram localizados para participar da segunda avaliação.

A idade dos 59 pacientes portadores de IAM variou entre 40 e 69 anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Idade dos 59 pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

IDADE	Nº de Pacientes	Frequência (%)	Frequência acumulada (%)
40 —45	2	3,39	3,39
45 —50	10	16,95	20,34
50 —55	5	8,47	28,81
55 —60	16	27,12	55,93
60 —65	15	25,42	81,36
65 —70	11	18,64	100,00

Entre os 59 pacientes avaliados há predominância de indivíduos com idade entre 55 e 60 anos (27,12%), seguida de indivíduos com idade entre 60 e 65 anos (25,42%) (Figura 1).

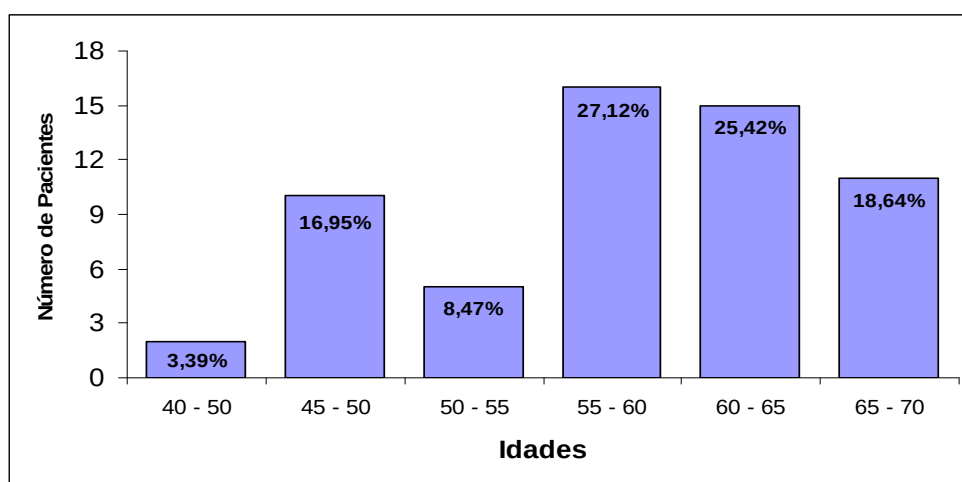


Figura 1 – Idade dos 59 pacientes portadores de IAM avaliados no município de Uberlândia-MG.

Predomina a ocorrência de casos em indivíduos do sexo masculino sendo, no total, 46 homens e 13 mulheres representando, respectivamente, 78% e 22% da amostra (Figura 2).

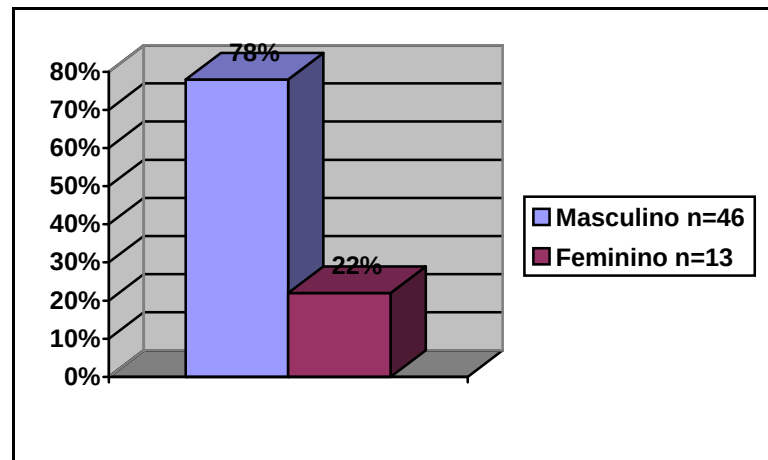


Figura 2 – Sexo dos 59 pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Nota-se o predomínio da raça branca (63%), seguida pela parda (27%) e negra (10%) (Figura 3).

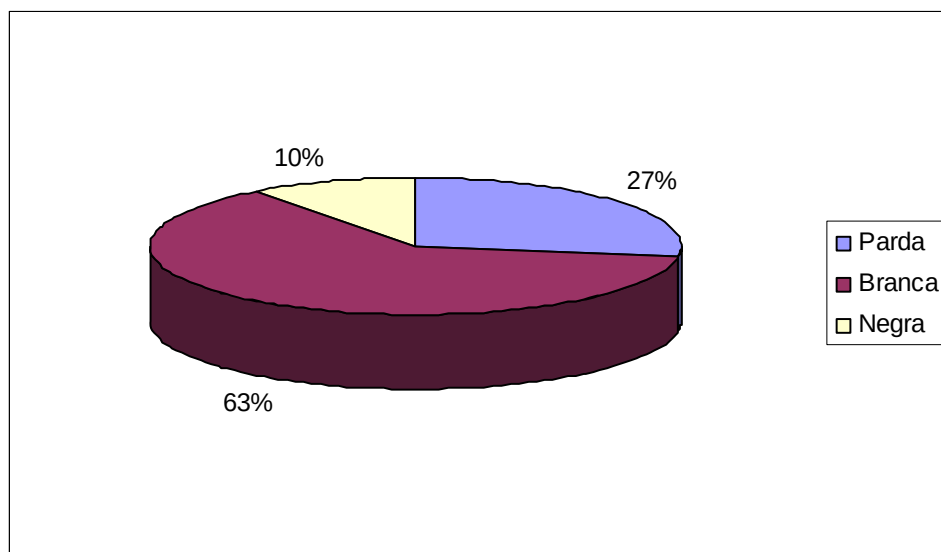


Figura 3 – Raça dos 59 pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Quanto ao estado civil, verificou-se que a maioria dos pacientes era casada (59%); os demais eram divorciados (17%), viúvos (10%), tinham um companheiro (7%) ou solteiros (7%) (Figura 4).

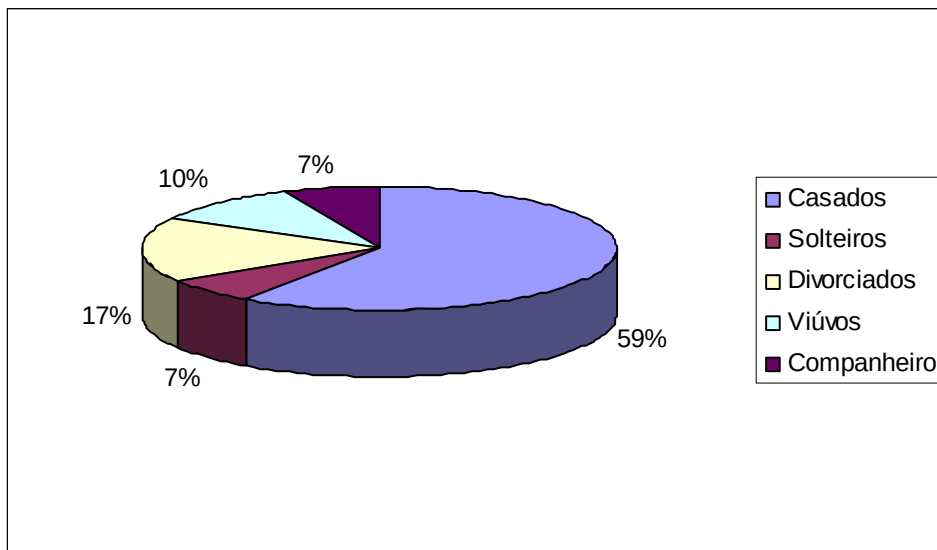


Figura 4 – Estado civil dos 59 pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Com relação ao grau de instrução, a maioria tinha 2º grau completo (34%), 25% possuíam 2º grau incompleto e 25% o 1º grau completo. Os demais possuíam 1º grau incompleto (12%) e 3º grau completo (2%) ou incompleto (2%) (Figura 5).

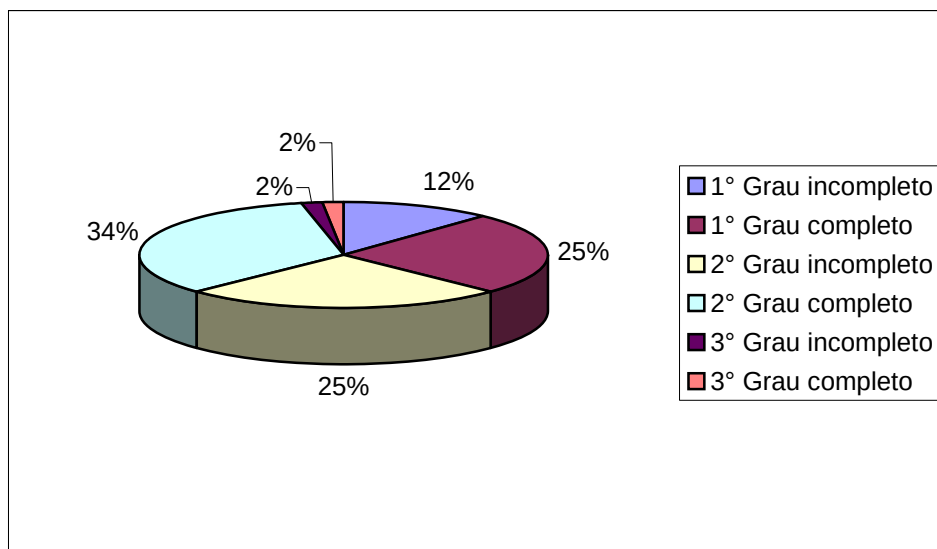


Figura 5 – Grau de instrução dos 59 pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Quanto à ocupação, constatou-se o predomínio de aposentados (33%) e do lar (26%), seguidos de comerciantes (15%), serviços gerais (8%) e vigilantes (5%). As demais profissões representaram 13% (Figura 6).

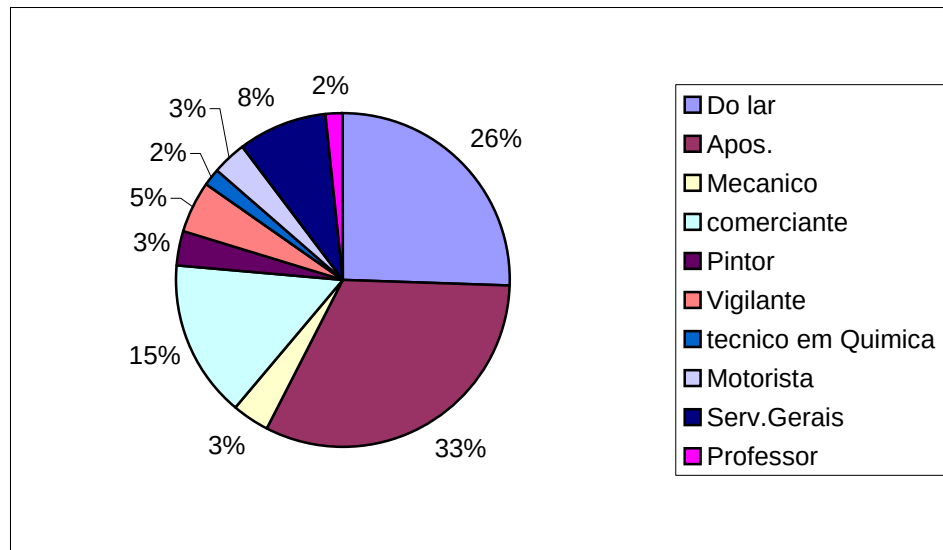


Figura 6 – Tipo de ocupação dos 59 pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

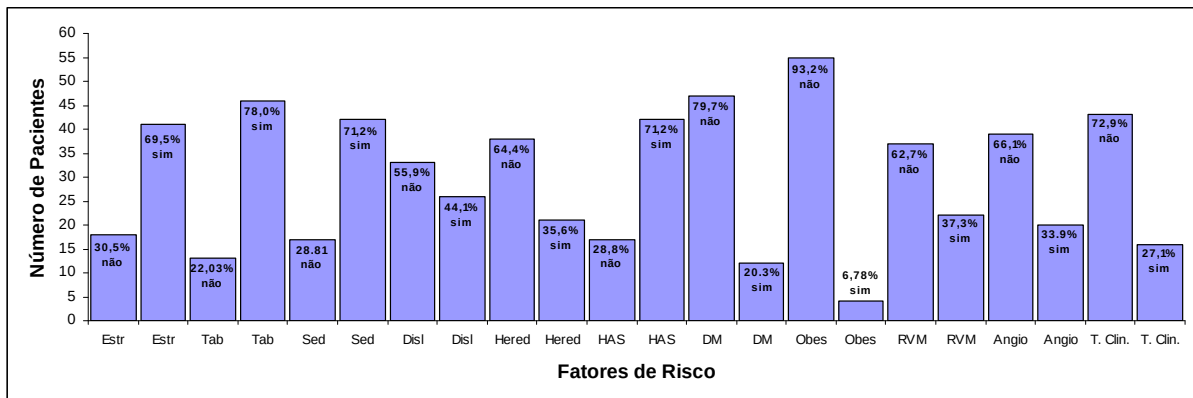
5.1.2 Fatores de Risco

Durante a aplicação dos questionários e através da verificação dos prontuários foram coletadas informações a respeito dos fatores de risco para a doença cardiovascular (Tabela 2).

Tabela 2 – Detalhamento dos fatores de risco cardiovascular dos 59 pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Fatores de Risco	Número de Pacientes			
	Sim	Frequência (%)	Não	Frequência (%)
Estresse	41	69,49	18	30,51
Tabagismo	46	77,97	13	22,03
Sedentarismo	42	71,19	17	28,81
Dislipidemia	26	44,07	33	55,93
Hereditariedade	21	35,59	38	64,41
Hipertensão arterial sistêmica	42	71,19	17	28,81
Diabetes mellitus	47	79,66	12	20,34
Obesidade	4	6,78	55	93,22

Entre os 59 pacientes avaliados, os fatores de risco mais frequentes foram o tabagismo (77,97%), o sedentarismo (71,19%) e a hipertensão arterial sistêmica (71,19 %), seguidos pelo estresse (69,49%) e a dislipidemia (44,07%). Os demais fatores se situaram abaixo de 40% do total, sendo o menos frequente a obesidade (6,78%) (Figura 7).



ESTR: Estresse; TAB: Tabagismo; SED: Sedentarismo; DISL: Dislipidemia; HERED: Hereditariedade; HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DM: Diabetes mellitus; OBES: Obesidade.

Figura 7 – Fatores de risco cardiovascular dos 59 pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

5.1.3 Parede acometida pelo IAM

O IAM acometeu a parede inferior em 31% dos casos, a parede ântero-lateral em 24% e a parede anterior em 15%. Apenas 5% dos casos não tinham supra-desnívelamento do segmento ST no eletrocardiograma (Figura 8).

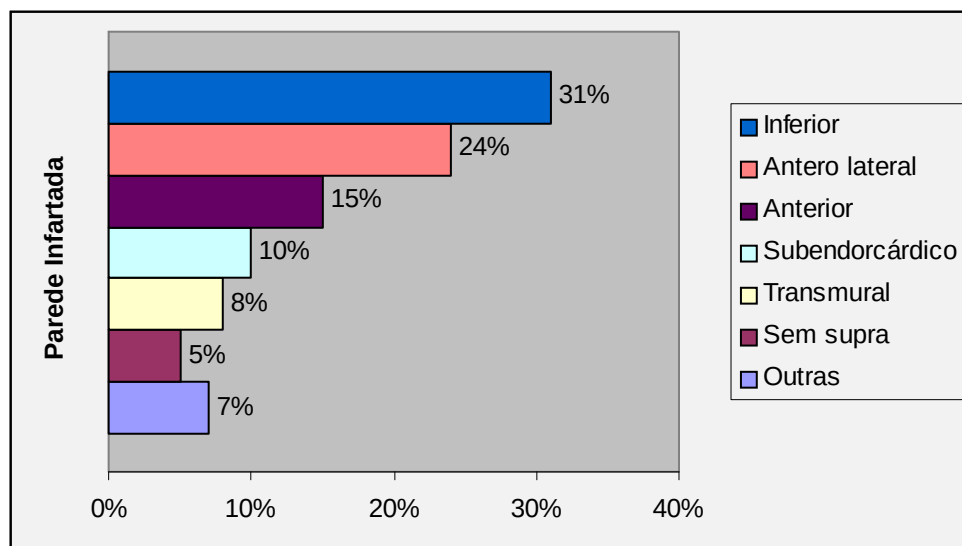


Figura 8 – Parede infartada dos 59 pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

5.1.4 Tipos de tratamento utilizados

No intervalo de tempo desde o IAM até o recrutamento para o estudo, os pacientes foram submetidos a três tipos de tratamento: revascularização do miocárdio (23), angioplastia (20) e tratamento medicamentoso apenas (16), o que corresponde a, respectivamente, 39%, 34% e 27% da amostra (Tabela 3 e Figura 9).

Tabela 3 – Detalhamento dos tipos de tratamento a que foram submetidos os 59 pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Tipos de Tratamento	Nº de Pacientes	Percentual
Revascularização cirúrgica	23	39%
Angioplastia percutânea	20	34%
Tratamento medicamentoso	16	27%
Total	59	100%

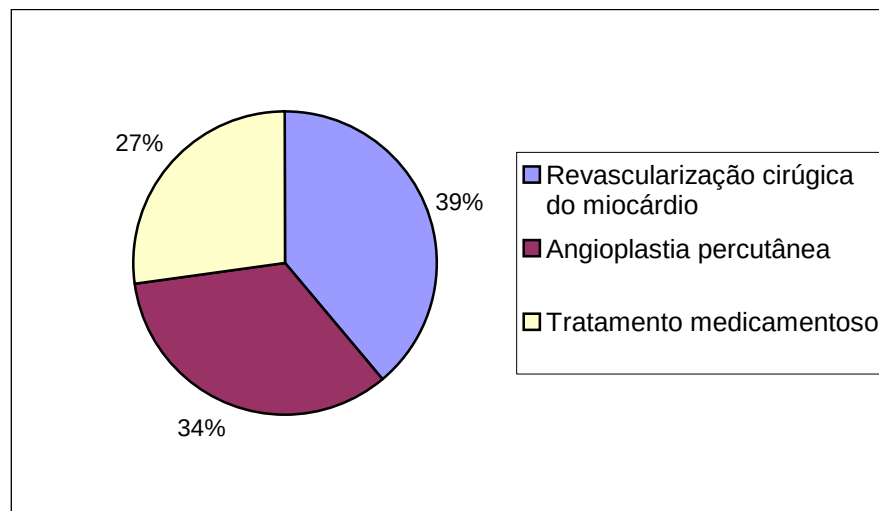


Figura 9 – Tipos de tratamento a que foram submetidos os 59 pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

5.2 Análise dos resultados dos questionários

Os dados foram coletados no início e no final do estudo. Deste modo, os escores encontrados e identificados na análise como Ansiedade (Fase 1), Depressão (Fase 1) e Qualidade de vida (Fase 1) correspondem àqueles coletados no início do estudo. Os escores de Ansiedade (Fase 2), Depressão (Fase 2) e Qualidade de vida (Fase 2) foram aqueles encontrados na segunda avaliação, após 12 meses.

Os resultados encontrados na análise da Ansiedade (Fase 1), a partir do Inventário IDATE Traço-Estado, demonstram que 46 pacientes (77,97%) apresentaram escores entre 31-49, o que representa um nível médio de ansiedade, e 13 pacientes (22,03%) tinham nível alto de ansiedade, com escores entre 50-80. Os escores verificados na Ansiedade (Fase 2) demonstram uma redução no número de indivíduos com nível alto de ansiedade, que passou de 13 para 8 pacientes. O número de pacientes com nível médio de ansiedade também decresceu, passando de 46 para 39 (Figura 10 e 11).

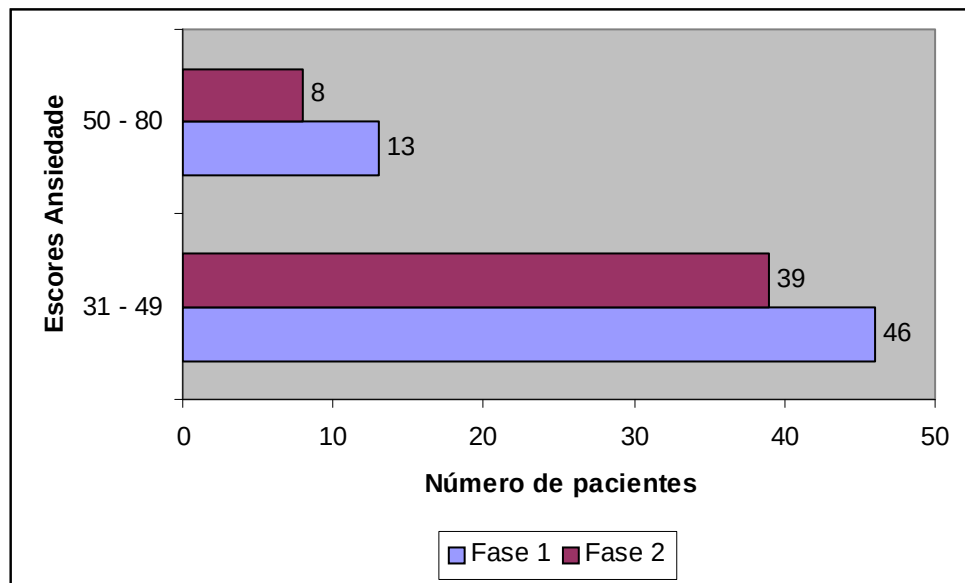


Figura 10 – Número de pacientes na avaliação dos escores de Ansiedade (Fase 1 e 2) em indivíduos avaliados no município de Uberlândia – MG.

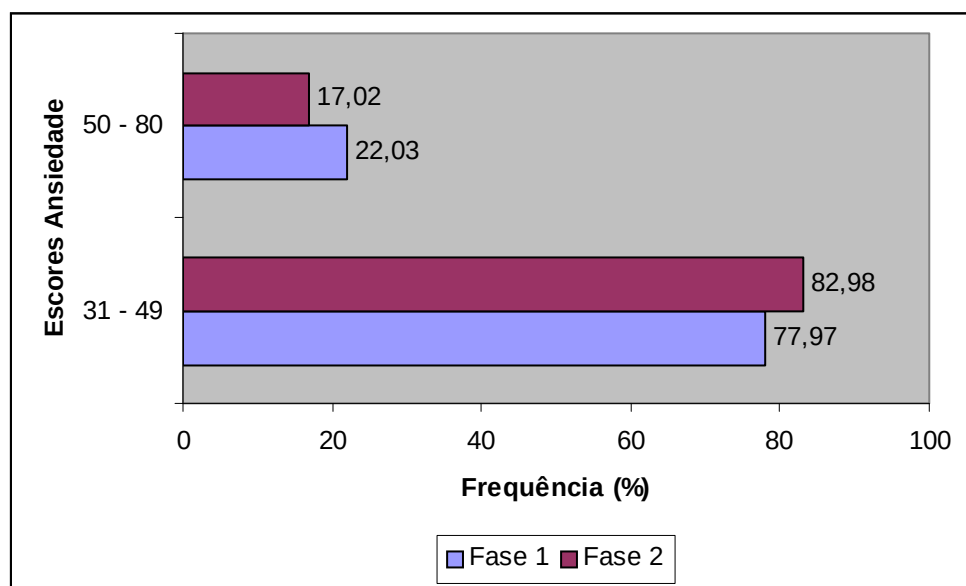


Figura 11 – Frequência de pacientes com escores de Ansiedade (Fase 1 e 2) em indivíduos avaliados no município de Uberlândia – MG

Os escores da Depressão (Fase 1), constatados a partir do BDI, demonstram que a maioria dos pacientes (49,15%) não apresentava depressão, 16 (27,12%) tinham depressão leve e 8 (13,56%) apresentavam depressão leve a moderada. Apenas 3 pacientes (5,08%) tinham depressão moderada a grave e em outros 3 a depressão era grave (5,09%).

Na segunda avaliação, a partir dos escores da Depressão (Fase 2), constatou-se uma redução no número de pacientes sem depressão, passando de 29 para 27 pacientes (57,45%). O número de pacientes com depressão leve passou de 16 para 11 (23,40%), 7 pacientes (15%) apresentavam depressão leve a moderada, 2 pacientes (4,15%) tinham depressão moderada a grave e nenhum apresentou depressão grave (Figura 12 e 13).

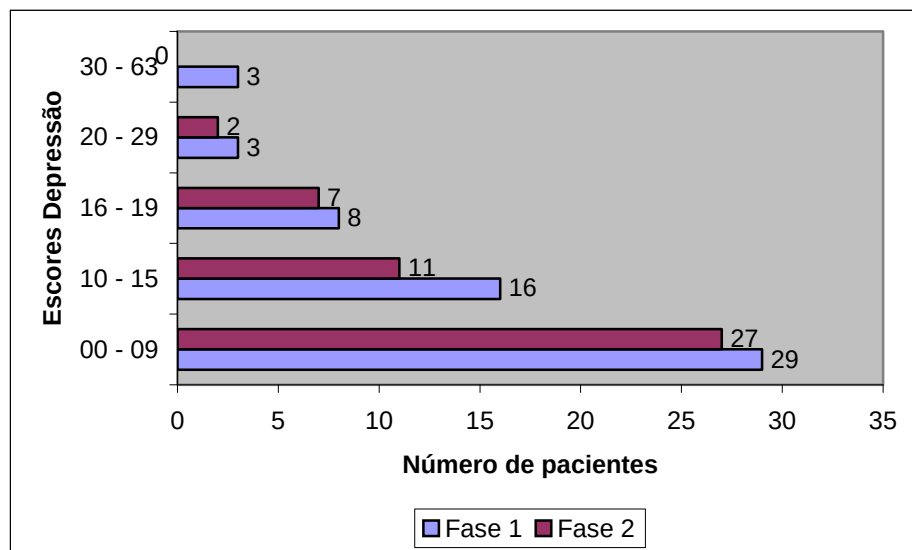


Figura 12 – Número de pacientes na avaliação dos escores de Depressão (Fase 1 e 2) em indivíduos avaliados no município de Uberlândia – MG.

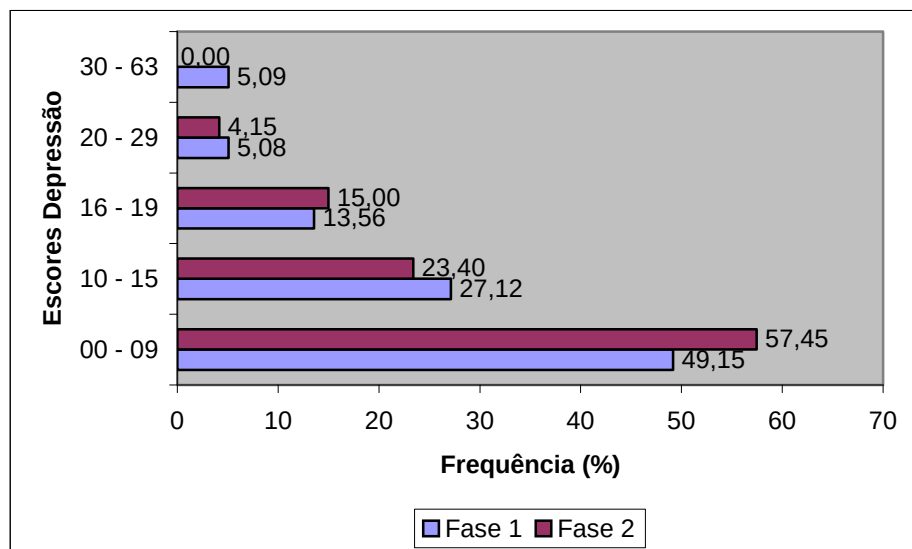


Figura 13 – Frequência de pacientes com escores de Depressão (Fase 1 e 2) em indivíduos avaliados no município de Uberlândia – MG.

A qualidade de vida dos pacientes foi avaliada a partir do Teste Mac New QLMI. Os resultados obtidos na avaliação inicial demonstraram que a maior parte dos pacientes tinha escores variando entre 114 e 174. (Tabela 4).

Tabela 4 – Qualidade de vida (Fase 1) em 59 pacientes avaliados no município de Uberlândia – MG.

QUALIDADE DE VIDA (Fase 1)	Nº de Pacientes	Frequência (%)	Frequência acumulada (%)
54 — 74	1	1,69	1,69
74 — 94	3	5,08	6,78
94 — 114	4	6,78	13,56
114 — 134	14	23,73	37,29
134 — 154	18	30,51	67,80
154 — 174	17	28,81	96,61
174 — 194	2	3,39	100,00

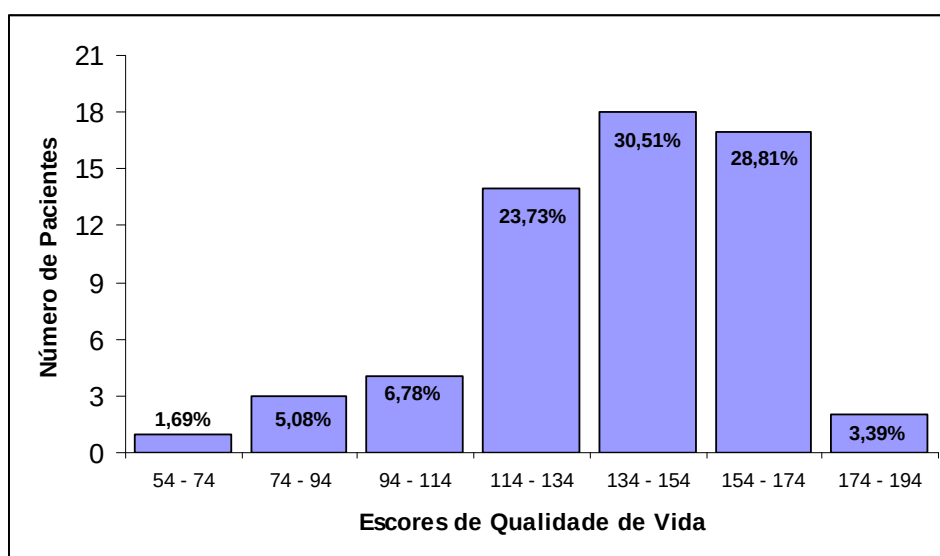


Figura 14 – Qualidade de vida (Fase 1) em 59 pacientes avaliados no município de Uberlândia – MG.

Nos resultados obtidos na segunda avaliação, nota-se que houve piora da QV. Na avaliação inicial, 13,55% dos pacientes apresentaram escores entre 54 e 114 e, na avaliação seguinte, eram 23,05%. Na primeira avaliação, 83,05% apresentaram escores entre 114 e 174 e 3,39% tinham escores entre 174 e 194; na segunda avaliação, 76,60% dos pacientes tinham escores entre 114 e 174. Nenhum paciente com escore superior foi encontrado (Tabela 5).

Tabela 5 – Qualidade de vida (Fase 2) em 47 pacientes avaliados no município de Uberlândia – MG.

QUALIDADE DE VIDA (Fase 2)	Nº de Pacientes	Frequência (%)	Frequência acumulada (%)
54 — 74	2	4,26	4,26
74 — 94	5	10,64	14,89
94 — 114	4	8,51	23,40
114 — 134	10	21,28	44,68
134 — 154	18	38,30	82,98
154 — 174	8	17,02	100,00

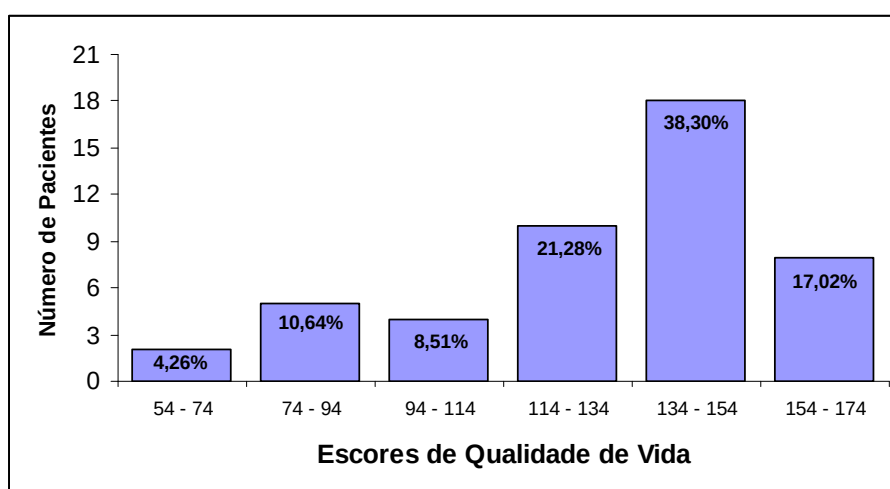


Figura 15 – Qualidade de vida (Fase 2) em 47 pacientes cardiopatas avaliados no município de Uberlândia – MG.

Foram constatadas associações significativas, na avaliação inicial, entre a presença de ansiedade e a hipertensão arterial quando o paciente recebia apenas tratamento medicamentoso. A existência de depressão se correlacionou positivamente com o grau de estresse e com o tabagismo. A pior qualidade de vida se correlacionou com o tabagismo na primeira avaliação e com a dislipidemia após doze meses (Tabela 6).

Tabela 6 – Coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis estudadas e os fatores de risco dos 59 pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

	ESTR	TABAG	SEDENT	DISL	HERED	HAS	DM	RVM	ANGIOP.	T.MEDIC.
Ansiedade (Fase 1)	0,751	0,664	0,502	0,265	0,078	0,042	0,063	0,209	0,579	0,046
Ansiedade (Fase 2)	0,768	0,477	0,835	0,470	0,293	0,135	0,228	0,852	0,434	0,276
Depressão (Fase 1)	0,035	0,017	0,697	0,751	0,746	0,382	0,985	0,431	0,406	0,993
Depressão (Fase 2)	0,830	0,227	0,399	0,413	0,057	0,983	0,082	0,381	0,917	0,229
Qualidade de vida (Fase 1)	0,140	- 0,038	0,379	0,228	0,622	0,698	0,423	0,262	0,692	0,643
Qualidade de vida (Fase 2)	0,499	0,990	0,755	- 0,021	0,690	0,748	0,479	0,471	0,291	0,861

Valor de p. ESTR: Estresse; TAB: Tabagismo; SED: Sedentarismo; DISL: Dislipidemia; HERED: Hereditariedade; HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DM: *Diabetes mellitus*; OBES: Obesidade; RVM: Revascularização do miocárdio; ANGIO: Angioplastia; T. MEDIC.: Tratamento Medicamentoso.

Os escores do questionário Mac New QLMI não demonstraram correlação significativa com o gênero em nenhum domínio (Tabela 7).

Tabela 7 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável gênero com os escores do questionário Mac New QLMI dos pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Gênero		EMOCIONAL 1	EMOCIONAL 2	FÍSICO 1	FÍSICO 2	SOCIAL 1	SOCIAL 2
Feminino	R	-.111	-.139	-.050	-.007	-.136	-.197
	P-valor	.404	.351	.704	.960	.305	.185
Masculino	R	.111	.139	.050	.007	.136	.197
	P-valor	.404	.351	.704	.960	.305	.185

* p < 0.05

Não foi constatada correlação significativa entre gênero, Depressão, Ansiedade e QV (Tabela 8).

Tabela 8 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável gênero com os escores de Depressão, Ansiedade e QV dos pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Gênero		Depre1	Depre2	Ansied1	Ansied2	QV1	QV2
Feminino	R	.047	.179	.222	.060	.007	-.195
	P-valor	.724	.229	.090	.691	.957	.190
Masculino	R	-.047	-.179	-.222	-.060	-.007	.195
	P-valor	.724	.229	.090	.691	.957	.190

* p < 0.05

Os escores do questionário Mac New QLMI não encontraram correlação significativa com a variável raça em nenhum domínio (Tabela 9).

Tabela 9 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável raça com os escores do questionário Mac New QLMI dos pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Raça		EMOCIONAL 1	EMOCIONAL 2	FÍSICO 1	FÍSICO 2	SOCIAL 1	SOCIAL 2
Branca	R	.090	.046	-.081	.085	-.169	-.053
	P-valor	.499	.757	.540	.572	.201	.723
Negra	R	-.025	-.137	.176	-.160	.045	-.151
	P-valor	.853	.360	.183	.282	.737	.312
Parda	R	-.081	.058	-.040	.033	.154	.184
	P-valor	.540	.701	.763	.828	.243	.215

* p < 0.05

Houve correlação significativa entre a raça negra e a Depressão (Fase 1) (Tabela 10).

Tabela 10 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável raça com os escores de Depressão, Ansiedade e QV dos pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Raça		Depre1	Depre2	Ansied1	Ansied2	QV1	QV2
Branca	R	.171	.168	.067	.151	-.153	-.099
	P-valor	.195	.259	.614	.310	.246	.506
Negra	R	-.275(*)	.026	-.159	.019	.142	-.033
	P-valor	.035	.862	.230	.900	.285	.826
Parda	R	.014	-.216	.043	-.191	.065	.142
	P-valor	.918	.145	.744	.199	.624	.341

* p < 0.05

Houve correlação significativa nos domínios físico 1 e social 1 em pacientes divorciados (Tabela 11).

Tabela 11 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável estado civil com os escores do questionário Mac New QLMI dos pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Estado Civil		EMOCIONAL 1	EMOCIONAL 2	FÍSICO 1	FÍSICO 2	SOCIAL 1	SOCIAL 2
Casado	R	.089	.123	.202	.047	.203	.006
	P-valor	.504	.411	.126	.752	.124	.967
Solteiro	R	.038	-.028	.054	.059	-.016	-.006
	P-valor	.777	.851	.687	.693	.905	.970
Viúvo	R	-.056	-.153	-.106	-.099	-.043	.003
	P-valor	.673	.305	.426	.506	.747	.986
Companheiro	R	.121	.209	.103	.280	.115	.177
	P-valor	.361	.159	.437	.057	.386	.235
Divorciado	R	-.210	-.180	-.294(*)	-.246	-.312(*)	-.142
	P-valor	.110	.227	.024	.096	.016	.342

* p < 0.05

Com relação ao estado civil, constatou-se associação significativa entre viúvos e Depressão (Fase 1) (Tabela 12).

Tabela 12 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável estado civil com os escores Depressão, Ansiedade e QV dos pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Estado Civil		Depre1	Depre2	Ansied1	Ansied2	QV1	QV2
Casado	R	.112	.000	-.107	.074	.107	-.003
	P-valor	.398	1.000	.420	.620	.421	.983
Solteiro	R	.085	.257	.059	.155	-.135	.146
	P-valor	.520	.081	.655	.297	.309	.326
Viúvo	R	-.302(*)	-.182	.104	-.061	.110	-.003
	P-valor	.020	.222	.434	.682	.405	.986
Amasiado	R	.046	.100	.222	-.168	-.168	-.241
	P-valor	.731	.504	.091	.260	.202	.103
Divorciado	R	-.019	-.042	-.080	.006	-.070	.058
	P-valor	.889	.779	.548	.968	.597	.699

* p < 0.05

Identificou-se correlação significativa entre a ocupação de comerciante e o domínio emocional após 12 meses (Tabela 13).

Tabela 13 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável ocupação com os escores do questionário Mac New QLMI dos pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Ocupação		EMOCIONAL 1	EMOCIONAL 2	FÍSICO 1	FÍSICO 2	SOCIAL 1	SOCIAL 2
Do lar	R	-.223	-.171	-.179	-.252	-.148	-.101
	P-valor	.089	.250	.176	.087	.265	.500
Aposentado	R	.157	.261	.094	.110	.107	.020
	P-valor	.235	.076	.480	.463	.421	.893
Serv.Gerais	R	.014	.096	-.063	.193	-.002	.128
	P-valor	.914	.519	.638	.194	.989	.389
Comerciante	R	-.021	-.289(*)	.078	-.219	.021	-.093
	P-valor	.876	.049	.559	.140	.876	.536
Outros	R	.009	.037	.076	.148	.041	.057
	P-valor	.948	.804	.570	.319	.759	.701

* p < 0.05

Não houve correlação significativa entre Depressão, Ansiedade e QV, quanto a ocupação (Tabela 14).

Tabela 14 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável ocupação com os escores da Depressão, Ansiedade e QV dos pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Ocupação		Depre1	Depre2	Ansiedade1	Ansiedade2	QV1	QV2
Do lar	R	.055	-.043	-.040	.011	.079	.040
	P-valor	.679	.772	.763	.942	.552	.791
Aposentado	R	-.060	-.012	.175	.115	-.064	.074
	P-valor	.653	.937	.185	.441	.630	.621
Serv.Gerais	R	.108	.010	-.136	-.158	-.182	-.157
	P-valor	.418	.949	.304	.289	.167	.291
Comerciante	R	-.001	.206	-.098	-.080	-.017	-.073
	P-valor	.992	.165	.458	.594	.901	.627
Outros	R	-.105	-.203	-.019	.006	.182	.017
	P-valor	.427	.171	.889	.970	.168	.911

* p < 0.05

Não houve correlação significativa entre os domínios emocional, físico e social, quanto à escolaridade (Tabela 15).

Tabela 15 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável escolaridade com os escores do questionário Mac New QLMI dos pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Escolaridade		EMOCIONAL 1	EMOCIONAL 2	FÍSICO 1	FÍSICO 2	SOCIAL 1	SOCIAL 2
1 grau	R	-.029	.023	.010	-.131	-.015	-.147
	P-valor	.828	.877	.938	.380	.908	.322
2 grau	R	.037	-.031	.027	.099	.064	.218
	P-valor	.783	.838	.837	.510	.631	.141
3 grau	R	-.022	.019	-.102	.070	-.132	-.179
	P-valor	.868	.897	.443	.640	.318	.229

* p < 0.05

Não foi constatada associação significativa para a escolaridade (Tabela 16).

Tabela 16 – Coeficientes de correlação de Spearman da variável escolaridade com os escores da Depressão, Ansiedade e QV dos pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Escolaridade		Depre1	Depre2	Ansied1	Ansied2	QV1	QV2
1 grau	R	-.151	-.141	-.065	-.002	.107	.119
	P-valor	.255	.343	.625	.991	.420	.424
2 grau	R	.095	.050	.076	-.062	-.027	-.131
	P-valor	.472	.737	.567	.681	.837	.381
3 grau	R	.143	.211	-.033	.152	-.212	.035
	P-valor	.279	.155	.804	.307	.107	.815

* p < 0.05

Foi encontrada correlação significativa entre o tipo de tratamento instituído e o domínio emocional e social 2 (Tabela 17).

Tabela 17 – Coeficientes de correlação de Spearman para o tipo de tratamento dos pacientes avaliados no município de Uberlândia-MG.

Tipo de Tratamento	EMOCIONAL 1	EMOCIONAL 2	FÍSICO 1	FÍSICO 2	SOCIAL 1	SOCIAL 2
Revasc.Cirúrgica	0.033*	0.172	0.093	0.262	0.351	0.827
Angiopl. Percutânea	0.167	0.328	0.217	0.418	0.183	0.166
Trat. medicamentoso	0.515	0.707	0.966	0.725	0.375	0.022*

* $p < 0.05$

6 DISCUSSÃO

6.1 Considerações sobre os instrumentos de medida utilizados

Neste estudo avaliou-se a qualidade de vida, a ansiedade e a depressão em pacientes após o IAM, por meio da aplicação dos questionários Mac New QLMI, IDATE e BDI, respectivamente.

De acordo com Soto e Failde (2004), em um sistema de saúde que se deseja eficaz é fundamental promover maior atenção ao paciente, cuidando-se de todas os aspectos voltados para a QV. Neste sentido, o uso de técnicas que permitem a medida quantitativa da qualidade de vida pode auxiliar na compreensão do estado de saúde geral do paciente e permitir melhor acompanhamento dos impactos da doença e da intervenção terapêutica adotada. Conforme Cupples e Dempster (2001), a melhoria dos índices de qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com doença coronariana é uma consideração importante a ser feita na avaliação da eficácia do tratamento instituído.

Quanto ao instrumento de medida utilizado neste estudo, Dempster, Donnelly e O'Loughlin (2004) consideram que o questionário Mac New QLMI é um método confiável e válido para analisar mudanças na QV relacionada à saúde e que tal instrumento pode ser modificado e melhorado para fornecer indicadores cada vez mais úteis. Os autores sugerem ainda que o Mac New QLMI propicia medida específica mais apropriada da qualidade de vida relacionada à saúde para pacientes com doença isquêmica de coração.

Além desses aspectos, Hillers e colaboradores (1994) comprovaram que o Mac New QLMI é tão ou mais sensível que outros instrumentos disponíveis, em sua capacidade de detectar melhora na saúde relacionada à QV durante os 12 meses seguintes ao IAM. Ele tem capacidade de distinguir as funções emocionais e permite uma visão geral da QV, além de detectar efeitos menores do tratamento em estudos de intervenção.

O questionário utilizado para avaliação da depressão foi o BDI, instrumento largamente utilizado com esta finalidade em nosso meio. Calil e Pires (1998) ressaltam que a avaliação dos sintomas é muito importante para o acompanhamento e evolução da resposta terapêutica quando se trata de medir a eficácia das intervenções antidepressivas. Mas, como a avaliação dos sintomas é imprescindível para a elaboração do diagnóstico de depressão, o uso de escalas de medida auxilia em ambos os sentidos.

Quanto às aferições de ansiedade, utilizou-se o IDATE, que é também amplamente empregado em nosso meio. Andrade e Gorestein (1998) mencionam que, quando uma determinada escala é escolhida para medir a ansiedade, deve-se atentar para os aspectos que ela irá mensurar, sendo necessário, para a interpretação dos resultados, dispor de informações básicas a respeito dos valores normativos para diferentes grupos como idade, sexo, etnia e presença ou não de diagnóstico anterior de ansiedade, bem como conhecer a sensibilidade da escala às mudanças que podem ocorrer ao longo do tempo.

Diante destas considerações, é possível afirmar que os instrumentos utilizados neste estudo, além de serem amplamente validados e de fácil emprego por profissionais experientes, podem auxiliar na avaliação de pacientes após o IAM e permitir a verificação quantitativa do estado de saúde de fato e não apenas da percepção clínica do mesmo (SILVA; SOUZA; SCHARGODSKY, 1998). Pela experiência adquirida ao longo do tempo, percebe-se também que estas medidas adicionam elementos relacionados ao prognóstico a médio e longo prazo dos pacientes. Este fato enfatiza nossas considerações no sentido de que os esforços dos serviços de saúde não devem restringir-se à avaliação de aspectos apenas físicos no pós-IAM mas, sim, abranger uma análise minuciosa das diversas facetas relativas ao paciente e à doença num conceito amplo de atenção.

6.2 Idade, gênero e raça

No presente estudo foram consideradas, inicialmente, as características sócio-demográficas da amostra. A idade média dos pacientes foi de 57,70 +/- 6,96 anos, bastante semelhante às obtidas em diversos estudos publicados (FAVARATO et al., 2006; FELDMAN et al., 2001; LADEIRA et al., 2006; MATTOS et al., 2005; SILVA; SOUZA; SCHARGODSKY, 1998).

Predominou a ocorrência de casos em indivíduos do sexo masculino, sendo estes 46 (78%) do total de 59 pacientes avaliados. Siviero (2003) constatou, em uma população de indivíduos com IAM, que 64% deles eram do sexo masculino e apenas 36% do feminino. No sexo masculino, a maior incidência era entre 40 e 60 anos e, no feminino, entre 40 e 50 anos. Tais fatos refletem a tendência atual do IAM de atingir pessoas em faixa etária cada vez mais baixa e confirmam a maior tendência do evento isquêmico acometer indivíduos do sexo masculino.

Zornoff e colaboradores (2002) observaram correlação significativa entre a idade e a sobrevivência ao IAM no intervalo de 30 dias após a admissão na unidade de terapia intensiva. Verificaram diferença estatisticamente significativa entre a idade dos pacientes que faleceram ($69,7 \pm 9,6$ anos) em comparação com aquela dos que sobreviveram ao evento ($58,8 \pm 11,1$ anos). Pela metodologia empregada, que necessitava de uma reavaliação após 12 meses, aspectos relacionados à sobrevida não foram objeto de nosso estudo, mas merecem investigação detalhada principalmente nos seus aspectos relacionados à depressão e à ansiedade.

O predomínio da raça branca em nossa amostra também corrobora com relatos semelhantes presentes na literatura (COLOMBO; AGUILAR, 1997; MANFROI et al., 2002; VIEBIG et al., 2006). Entretanto, considerando a grande miscigenação racial existente em nosso país e as características regionais da população, é difícil mensurar, com exatidão, a influência desta variável. É importante destacar que houve correlação significativa entre a raça negra e a presença de depressão na primeira avaliação. Não é possível identificar um fator causal para este achado mas isto deverá ser um dos aspectos a ser abordado em novas investigações.

Avezum, Piegas e Pereira (2005) destacam que a raça tem sido descrita como fator que adiciona diferentes taxas de risco para eventos cardiovasculares, mas ao compararem diferentes grupos étnicos (negros, mulatos, asiáticos e outros), não encontraram associação desta variável com a ocorrência de IAM.

6.3 Estado civil, escolaridade e ocupação

No presente estudo houve maior proporção de indivíduos casados (59%), o que também pode ser observado em diversos outros estudos (COLOMBO, 2000; COLOMBO; AGUILAR, 1997; SILVA; SOUZA; SCHARGODSKY, 1998; REIS; GLASHAN, 2001; SIVIERO, 2003). Também foi detectada correlação significativa entre pacientes viúvos e depressão na primeira avaliação. Favarato (2004) destaca diferenças quanto ao estado civil em relação ao gênero. Em seu estudo, 82,7% dos homens e 53,6% das mulheres com IAM eram casadas.

Embora existam controvérsias, alguns estudos revelam que grande parte da população acometida por IAM apresenta baixa escolaridade (BETHELL, 1999; FAVARATO, 2004; FAVARATO et al., 2006; REIS; GLASHAN, 2001; SILVA; SOUZA; SCHARGODSKY,

1998). Souza (2004) considera que o baixo grau de instrução está diretamente relacionado com a baixa assimilação das orientações gerais oferecidas aos pacientes quanto aos aspectos preventivos e terapêuticos, o que favoreceria a ocorrência de um novo evento isquêmico. Colombo e Aguilar (1997) encontraram maior incidência de IAM em analfabetos ou naqueles com primeiro grau incompleto. Colombo (2000) averiguou que a maioria dos pacientes (55%) acometidos pelo IAM frequentou o ensino fundamental, sem necessariamente ter completado o mesmo, seguido de 21% daqueles que cursaram o ensino médio.

Em nosso estudo constatou-se maior proporção de indivíduos com 2º grau completo (34%), o que corrobora estudo de Viebig e colaboradores (2006) em que cerca de 37,5% dos participantes tinham o ensino médio completo ou superior incompleto (12 anos ou mais de estudo). Consideramos estes resultados ainda não conclusivos e que merecem maiores avaliações, pois os mesmos podem apenas refletir aspectos próprios da população atendida pelo HC, características estas ainda não disponíveis.

No que se refere à ocupação, 33% dos pacientes da nossa amostra eram aposentados, 26% do lar e 15% comerciantes (15%).

Em estudo de Souza (2004), 50% dos pacientes eram aposentados. Dantas, Colombo e Aguilar (1999), em avaliação realizada sobre o perfil de mulheres com IAM, verificaram que 63,2% delas eram donas de casa, 22,3% aposentadas e apenas 14,3% exerciam atividades fora do lar e remuneradas.

Colombo e Aguilar (1997) mostraram que 48,6% dos pacientes com infarto desenvolviam atividades, destacando-se as ocupações de pedreiro e operários de fábrica. Por sua vez, Viebig e colaboradores (2006) também verificaram que aproximadamente 75% dos homens e 52% das mulheres com IAM eram trabalhadores ativos.

Favarato (2004) identificou que, quanto a ocupação, 71,1% das mulheres não tinham atividade profissional, o que as diferiu do grupo de homens em que apenas 25,5% encontravam-se nessa situação. Segundo a autora, a qualificação da mão de obra foi outro ponto que mereceu destaque, pois os homens eram mais qualificados que as mulheres. A autora ressalta que, por meio da análise do perfil demográfico, verificou-se que as mulheres eram mais idosas e possuíam menor escolaridade. Também houve diferença de gênero em relação ao exercício profissional sendo os homens mais ativos profissionalmente.

De novo, é preciso destacar que esta pode ser uma característica própria da nossa população, sem identificar especificidades ou preferências quanto à incidência do IAM. Este fato pode também estar reproduzido nos diferentes estudos mencionados acima.

Em outro aspecto, nossa amostra permitiu identificar uma associação significativa em relação à ocupação. Os comerciantes apresentaram piores escores emocionais obtidos na segunda avaliação. Esta é também uma questão que merece outras investigações no sentido de se identificar se determinados grupos profissionais são de fato mais propensos a estes agravos emocionais, requerendo assim maior atenção especializada.

6.4 Fatores de risco

É importante considerar que os eventos isquêmicos na DAC relacionam-se, em parte, ao fato da população apresentar um estilo de vida mais propício ao seu aparecimento (VIEBIG et al., 2006). Dentre os fatores de risco detectados durante a aplicação dos questionários destacam-se fortemente o tabagismo (78%), o sedentarismo (71%) e a hipertensão arterial sistêmica (71%). Convém ressaltar que os nossos achados em muito se assemelham aos de Feldman e colaboradores (2001), a hipertensão (69,6%), o tabagismo (60,1%) e o sedentarismo (31,2%) foram identificados como os fatores de risco mais freqüentes.

De forma similar, Mattos e colaboradores (2005) constataram que os fatores de risco mais freqüentes para eventos isquêmicos são a hipertensão arterial sistêmica e o sedentarismo. Também observaram associações com significância estatística entre a ocorrência de tabagismo e o sedentarismo.

Favarato (2004) verificou aumento estatisticamente significativo de tabagismo diretamente relacionado à idade, com a maioria de fumantes situando-se na faixa etária de maior risco cardiovascular, ou seja, entre 50 e 65 anos. Estudo de Zornoff e colaboradores (2002) revelou que o hábito de fumar, a hipertensão arterial sistêmica e a idade avançada são fatores preditores de elevada mortalidade em 30 dias após o IAM.

Gus, Fischmann e Medina (2002) observaram prevalência acima de 60% de sedentarismo, independentemente da faixa etária, e verificaram que o sedentarismo é muito freqüente, mesmo nas faixas etárias mais baixas. É preciso ressaltar que o estilo de vida sedentário tem sido considerado um fator que aumenta o risco de aterosclerose coronariana e de episódios de IAM. Aqueles indivíduos que cultivaram no passado o hábito de caminhar regularmente, há mais de um ano, apresentam risco menor de IAM. Isso não acontece entre os que não caminhavam e os que o fizeram apenas no último ano. Este fato sugere que o efeito

protetor do exercício não é imediato, manifestando-se apenas, no mínimo, após um ano de atividade física (SILVA; SOUSA; SCHARGODSKY, 1998).

Estes mesmos autores observaram, nos pacientes que apresentaram IAM, prevalência de hipertensão arterial mais de três vezes superior à da população adulta brasileira, resultado que confirma a importância da hipertensão como fator de risco para a ocorrência de IAM.

Um aspecto importante quando se trata de medidas de prevenção de DAC é aquele relatado por Colombo e Aguilar (1997). Estes autores constataram alta prevalência de hipertensão arterial, tabagismo e sedentarismo em pacientes com IAM. Porém, a maioria deles, apesar de apresentar três ou mais fatores de risco para a DAC, não correlaciona esses fatores ao IAM. Tal fato confirma o baixo nível de instrução dos pacientes e demonstra a necessidade de um programa educacional específico, com o objetivo de desenvolver mecanismos que levem os indivíduos a assumir uma atitude ativa diante de sua doença e a conhecer e a controlar os fatores de risco presentes e decorrentes de seu estilo de vida.

Segundo Favarato (2004), a coronariopatia exerce fortes impactos físicos, emocionais e sociais, comprometendo a qualidade de vida. Entretanto, após a implementação de procedimentos terapêuticos, há a possibilidade do paciente compreender a situação vivenciada e adaptar-se a eventuais limites e alterações no seu estilo de vida, além de obter melhora nas condições físicas e emocionais.

6.5 Ansiedade

Nosso estudo demonstrou que 77,97% dos pacientes apresentaram nível médio e 22,03% nível alto de ansiedade na primeira avaliação. Após 12 meses, houve uma redução no número de pacientes com nível alto e médio de ansiedade, mas, ainda assim, apenas aproximadamente 20% dos pacientes não apresentaram esta condição. Esses números reforçam a importância deste tema e indicam a necessidade de uma atenção especial da equipe de saúde nos programas de reabilitação.

Ainda, com relação aos níveis de ansiedade no pós IAM, Mayou e colaboradores (2000) observaram melhora na média dos escores entre a avaliação de base e após três meses. Depois desse período não houve nenhuma mudança significativa. Curiosamente, Moraes e Peniche (2003) verificaram que a maioria dos pacientes cirúrgicos ambulatoriais, no período pré-operatório, apresentou baixo grau de ansiedade com pouca repercussão nos parâmetros clínicos.

Muitos aspectos ainda não são conhecidos no que se refere a este tema e à maneira como as pessoas lidam com ele, em função de múltiplos acontecimentos simultâneos que fazem parte do processo de doença, saúde e prevenção.

6.6 Depressão

Os escores de depressão medidos no início do presente estudo demonstram que a maioria dos pacientes (49%) não era deprimida, 27% tinham depressão leve, 14% apresentavam depressão leve a moderada, 5% estavam com depressão moderada a grave e em 5% a depressão foi considerada grave. Os pacientes com depressão apresentam aumento significativo no risco de reincidência de eventos cardíacos (PEDUZZI et al., 1987) e a prevalência desta condição é maior no sexo feminino (FAVARATO et al., 2006).

Crowe e colaboradores (1996), ao avaliarem ansiedade e depressão em pacientes hospitalizados por IAM e um ano após a alta hospitalar, não observaram diferenças estatisticamente significantes nos escores em nenhum momento da reabilitação. Convém salientar que os pacientes que participaram do nosso estudo não se submeteram a nenhum programa de reabilitação.

Os sintomas de depressão e de ansiedade não predizem todas as causas de mortalidade após o IAM, mas podem ser critérios indicativos de evolução para pior qualidade de vida após doze meses do evento isquêmico (SILVA; SOUZA; SCHARGODSKY, 1998). A presença de depressão durante a internação hospitalar por IAM é fator preditivo significativo, tanto para homens quanto para mulheres, de maior mortalidade após um ano de evolução, independentemente da coexistência de outros fatores de risco (CROWE et al., 1996). Entretanto, a depressão não é a única variável psicológica com significado prognóstico durante o primeiro ano que se segue ao IAM. Há aumento no risco da ocorrência de novos eventos cardíacos associado com a ansiedade e com a história pregressa de depressão. Os riscos associados à ansiedade são tão grandes quanto os riscos associados com os sintomas de depressão. Além disso, cada uma destas variáveis psicológicas contribui para maior risco de eventos isquêmicos que, muitas vezes, independe da gravidade da doença cardíaca de base (CROWE et al., 1996).

Perez e colaboradores (2005) afirmam que as mulheres apresentam depressão com maior frequência e em maior intensidade do que os homens. Mattos e colaboradores (2005) também notaram que a prevalência de depressão após o IAM foi significativamente mais frequente no sexo feminino. Além disso, os pacientes com maior transtorno depressivo,

quando reexaminados entre 1 e 6 meses após a alta hospitalar, apresentaram pequenas alterações em relação aos escores iniciais. Este fato sugere que aqueles escores elevados iniciais podem não serem decorrentes exclusivamente dos estímulos estressantes, relacionados à crise coronariana aguda e à internação em unidade de tratamento intensivo, não consistindo, portanto, em uma consequência direta do IAM, mas, sim, dependendo de fatores que estavam presentes antes da admissão hospitalar.

Teng, Humes e Demetrio (2005) consideram que a síndrome depressiva é companheira freqüente de quase todas as doenças crônicas e, quando está presente, acaba determinando pior evolução clínica, menor aderência aos tratamentos propostos, pior qualidade de vida e maior morbi-mortalidade. Além disso, ressaltam que a depressão é freqüentemente subdiagnosticada e, muitas vezes, subtratada.

Fornari e Furlanetto (2002) encontraram alta prevalência de sintomas depressivos, destacando a relação desta com o aumento da mortalidade nos pacientes com história de IAM. Isto reforça a importância de se desenvolver estudos para indicar quais são as intervenções mais eficazes para a diminuição da mortalidade e melhora na QV destes pacientes. Convém salientar que tais intervenções podem não ser necessariamente as mesmas para se atingir ambos os objetivos, nem ser iguais em todas as partes do mundo.

Vorcaro, Uchoa e Lima-Costa (2002) revelam a carência de estudos epidemiológicos sobre a depressão em países menos desenvolvidos e destacam esta condição como um importante problema de saúde pública, considerando as diferenças clínicas, o sofrimento e as repercussões dela em todos os níveis de relacionamento dos indivíduos. É, portanto, importante investigar os fatores relacionados à depressão para estabelecerem-se associações de causas e efeitos, garantindo elementos de proteção aos pacientes. Ainda conforme estes autores, as características sócio-demográficas variam muito entre os diversos estudos e não mostram associações fortes com a maior depressão. Entretanto, em relação ao estado civil, especialmente os grupos de descasados e de viúvos são particularmente mais vulneráveis à depressão. Blazer e colaboradores (1985, apud Vorcaro, Uchoa e Lima-Costa 2002) enumeram alguns grupos mais propensos à maior depressão. São eles constituídos por pessoas mais jovens, por brancos, mulheres, pessoas de níveis socioeconômicos mais baixos, pessoas descasadas e por aqueles que residem em áreas urbanas.

6.7 Qualidade de vida

A avaliação da QV no presente estudo mostrou que os escores obtidos após 12 meses de acompanhamento apresentaram resultados relevantes. Lemos e colaboradores (2003) avaliou 58 pacientes após IAM com até 15 meses de evolução e não encontrou melhora dos escores de QV.

Conforme Martins, França e Kimura (1996) a qualidade de vida é um conceito intensamente marcado pela subjetividade que envolve todos os componentes essenciais da condição humana, sejam eles físicos, psicológicos, sociais, culturais ou espirituais. Em outro estudo desenvolvido com pessoas portadoras de doença crônica, apurou-se que o significado de qualidade de vida estaria vinculado, prioritariamente, aos aspectos de bem-estar material (40,9%), bem-estar físico (23,9%) e bem-estar emocional (11,2%). A maioria das pessoas avaliadas destacou que a doença crônica alterou significativamente a sua capacidade física, sobretudo com relação à limitação para andar, para o trabalho, estudo e atividades do lar, produzindo interferências negativas em sua auto-estima devido às alterações do estado emocional (MARTINS; FRANÇA; KIMURA, 1996).

Considerando os resultados encontrados em nosso estudo, sugerimos que sejam adotadas mudanças no acompanhamento clínico para amenizar os resultados negativos na QV, essencialmente porque, como foi mencionado anteriormente, nenhum dos pacientes estava vinculado a programas de reabilitação física de qualquer natureza. Sabemos que estas intervenções multidisciplinares contribuem significativamente para a melhora dos conteúdos vinculados a todos os domínios explorados pelo questionário de QV. A implantação de programas de reabilitação, sustentados em protocolos já estabelecidos e com revisão e avaliação periódicas, pode significar diferença importante, do ponto de vista de evolução clínica, para os pacientes acompanhados em nosso serviço.

6.8 Tipos de Tratamentos

Dentre os tratamentos instituídos, 23 pacientes (39%) foram submetidos à revascularização cirúrgica, 20 (34%) realizaram angioplastia percutânea e 16 (27%) foram mantidos em tratamento medicamentoso apenas. Não houve correlação entre o tipo de tratamento instituído e a qualidade de vida em nenhum momento das avaliações. Peduzzi e colaboradores (1987) verificaram que pacientes submetidos à revascularização cirúrgica

tinham melhora significativa na classe funcional de insuficiência cardíaca, alívio da angina e melhor desempenho físico geral após um a cinco anos do procedimento. Não houve, no entanto, melhora na qualidade de vida deles em relação aos pacientes submetidos ao tratamento medicamentoso apenas.

Outro aspecto que merece consideração diz respeito aos pacientes que serão submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. Eles devem ser avaliados em relação à presença de depressão e tratados se necessário, uma vez que ela pode estar associada à maior frequência de complicações no pós-operatório (FLECK et al., 2000).

A pesquisa quanto à participação de fatores psicossociais no curso da DAC é importante e deve ser considerada, na medida em que os fatores de risco tradicionais, isoladamente, podem não ser capazes de fornecer um modelo explanatório detalhado sobre a variação da morbidade e da mortalidade nesta doença (NORRIS et al., 2004).

Em nossa amostra não houve diferença significativa, quanto à evolução, a favor dos pacientes revascularizados cirurgicamente, em nenhuma das variáveis analisadas (ansiedade, depressão e qualidade de vida).

No estudo de Favarato e colaboradores (2006), pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio após o IAM tiveram evolução clínica mais favorável do que aqueles que não foram operados. Em outra pesquisa verificou-se que pacientes que realizaram cirurgia de revascularização do miocárdio apresentaram pior QV na avaliação inicial; porém, seis e doze meses após o procedimento, obtiveram melhora progressiva, superando aquela dos pacientes submetidos à angioplastia percutânea e ao tratamento clínico, em quase todos os domínios do SF-36. Por outro lado, os que realizaram angioplastia percutânea apresentaram melhor avaliação inicial; porém, nas subseqüentes, embora persistisse a melhora, esta foi de menor intensidade quando comparadas aos resultados dos pacientes cirúrgicos. Já nos pacientes que receberam tratamento clínico apenas, após a melhora apresentada na avaliação de seis meses observou-se pequena queda nos escores de QV. De qualquer maneira, os pacientes submetidos aos três procedimentos apresentaram melhora significativa na QV após seis meses das intervenções (FAVARATO, 2004).

Com relação ao gênero, Favarato (2004) observou que os homens após o IAM apresentaram melhor qualidade de vida no início do tratamento, quando comparados às mulheres, e beneficiaram-se, progressivamente, seis e doze meses após as intervenções terapêuticas. Eles se diferenciaram das mulheres que apresentaram melhora após seis meses; porém, após um ano exibiram queda nos resultados em todos os domínios.

Por fim, esta abordagem sobre múltiplos aspectos ligados ao paciente após o IAM utilizada em nosso estudo pode ser útil para influenciar o estilo de vida dos pacientes, indicando-lhes e incentivando-os à procura por hábitos mais saudáveis. A identificação dos fatores de risco e de suas relações pode facilitar uma atuação multiprofissional sobre seus determinantes principais, atenuando-se assim o potencial deletério dos mesmos sobre a DCV. Isto pode ser obtido a partir da prescrição de intervenções e programas de reabilitação que contribuam para a melhora do quadro clínico e da qualidade de vida, buscando-se sempre o tratamento mais adequado.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo permite as seguintes conclusões:

a - os índices medidos pelos questionários IDATE, BDI e Mac New QLMI demonstraram melhora nos níveis de ansiedade e depressão, e piora na qualidade de vida após 12 meses.

b - o tratamento medicamentoso e a hipertensão arterial apresentam correlação positiva com a ansiedade na avaliação inicial.

c - a depressão se correlacionou positivamente com o grau de estresse e o tabagismo.

d - a pior qualidade de vida se correlacionou com o tabagismo na primeira avaliação e com a dislipidemia após doze meses.

e - a raça negra e a viuvez apresentaram associações significativas com a depressão medida inicialmente.

f - em relação à QV, houve correlação significativa nos domínios físico e social em pacientes divorciados, detectada no início do estudo.

g - houve correlação significativa entre a ocupação de comerciante e o domínio emocional após 12 meses.

h - não se encontrou correlação significativa entre o tipo de tratamento instituído e a QV em nenhum domínio do Mac New QLMI.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCÂNTARA, E. C. **Qualidade de vida após infarto agudo do miocárdio: avaliação com os questionários Mac New QLMI e SF-36**. 2005. 105 fls. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia. 2005.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **Heart and shoke facts**. Statistical supplement, 1997.

ANDRADE, L. H. S. G.; GORESTEIN, C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 6, p.285-90, nov./dez. 1998.

ARMAGANIJAN, D.; BATLOUNI, M. Impacto dos fatores de risco tradicionais. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 10, n. 6, p. 686-93, nov./dez. 2000.

AVEZUM, A.; PIEGAS, L. S.; PEREIRA, J. C. R. Fatores de risco associados com infarto agudo do miocárdio na região metropolitana de São Paulo: uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 84, n. 3, p. 206-13, mar. 2005.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; GARBIN, M. G. Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. **Clinical Psychology Review**, New York, v. 8, n. 1, p. 77-100, jun. 1988.

BECK, A. T.; WARD, C. H.; MENDELSON, M.; MOCK, J.; ERBAUGH, G. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 4, n. 6, p. 53-63, mar. 1961.

BENETTI, M.; NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G. Reproducibility and validity of a brazilian version of the MacNew Quality of life after myocardial infarctation (Mac New QLMI) Questionnaire. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, Hagerstown, v. 33, n. 5, supl. 1, p. s62, may, 2001.

BETHELL, H. J. N. Exercise in cardiac rehabilitation. **Britanic Journal of Sports Medicine**, Alton, v. 33, n. 2, p. 79-86, apr. 1999.

BRAUNWALD, E. **Tratado de medicina cardiovascular**. 4. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2001. 1289 p.

CALIL, M. G.; PIRES, M. L. N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 240-44, set./out. 1998.

CALMAN, K. C. Quality of life in cancer patients - an hypothesis. **Journal of Medical Ethics**, London, v. 10, n. 3, p. 124-27, may/jun. 1984.

CAMPISI, R.; CZERNIN, J.; SCHÖDER, H.; SAYRE, J. W.; MARENGO, F. D.; PHELPS, M. E.; SCHELBERT, H. R. Effects of long-term smoking on myocardial blood flow, coronary vasomotion, and vasodilator capacity. **Circulation**, Baltimore, v. 98, n. 2, p. 119-25, jul. 1998.

CARLSSON, R. Serum cholesterol, lifestyle, working capacity and quality of life in patients with coronary artery disease: experiences from a hospital based secondary prevention programme. **Scandinavian Cardiovascular of Journal**, London, v. 32, suppl.50, p.1s-20s, sep. 1998.

CARVALHO, T. **Reabilitação cardíaca em portadores de cardiopatia isquêmica com obstrução coronárias passíveis de tratamento intervencionista**. 2001. (Tese de Doutorado), Faculdade de Medicina da USP, São Paulo, 2001.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINAO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF 36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v.39, n.3, p.143-50, maio/jun. 1999.

COELHO, R.; RAMOS, E.; PRATA, J.; MACIEL, M. J.; BARROS, H. Acute myocardial infarction: psychosocial and cardiovascular risk factors in men. **Journal of Cardiovascular Risk**, Porto Alegre, v. 6, n. 3, p. 157-62, mar. 1999.

COLOMBO, R. C. R. **Reabilitação no infarto do miocárdio: análise dos comportamentos relacionados a fatores de risco para coronariopatia**. 2000. 319 fls. (Tese de Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000. 319 p

COLOMBO, R. C. R.; AGUILLAR, O. M. Estilo de vida e fatores de risco de pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, p. 69-82, abr. 1997.

CROWE, J. M.; RUNIONS, J.; EBBESEN, L. S.; OLDRIDGE, N.; STREINER, D. L. Anxiety and depression after acute myocardial infarction. **Heart Lung**, St. Louis, v. 25, n. 2, p. 98-107, mar./abr. 1996.

CUPPLES, M. E.; DEMPSTER, M. Improving quality of life for patients with angina pectoris: a team approach to disease management. **Disease Management & Health Outcomes**, Belfast, v. 9, n. 9, p. 473-81, sep. 2001.

DANTAS, R. A. S.; COLOMBO, R. C. R.; AGUILLAR, O. M. Perfil de mulheres com infarto agudo do miocárdio, segundo o modelo de “campo de saúde”. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 63-8, jul. 1999.

DEMPSTER, M.; DONNELLY, M.; O'LOUGHLIN, C. The validity of the MacNew quality of life in heart disease questionnaire. **Health and Quality of Life Outcomes**, Belfast, v. 2, n. 1, jan. 2004.

DENOLLET, J.; VAES, J.; BRUSTSAERT, D. L. Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. **Circulation**. Baltimore, v. 102, n.6, p. 630-35, Aug. 2000.

DUNN, G.; SHAM, P. C.; HAND, D. J. Statistics and the nature of depression. **Psychological Medicine**, Cambridge, v. 23, p. 871-89, mar. 1993.

FALUDI, A. A.; MASTROCOLLA, M.; BERTOLAMI, C. Atuação do exercício físico sobre os fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 6, n. 1, p.1-5, jan./fev. 1996.

FARINATTI, P. T. V.; OLIVEIRA, R. B.; PINTO, V. L. M.; MONTEIRO, W. D.; FRANCISCHETTI, E. Programa domiciliar de exercícios: efeitos de curto prazo sobre a aptidão física e pressão arterial de indivíduos hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 84, n. 6, p. 473-79, maio. 2005.

FAVARATO, M. E. C. S. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária submetidos a diferentes tratamentos: comparação entre gêneros. 2004. 69 fls. (Tese doutorado), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

FAVARATO, M. E. C. S.; FAVARATO, D.; HUEB, W. A.; ALDRIGHI, J. M. Qualidade de vida em portadores de doença arterial coronária: comparação entre gêneros. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 236-41, abr. 2006.

FELDMAN, A.; ALMEIDA, A. R.; GRABARZ, R.; BUSTAMANTE, L.; GOÉS, C. **Análise da incidência dos fatores de risco para insuficiência coronariana em pacientes com infarto agudo do miocárdio no Hospital Geral do Grajaú**. Disponível em: <[http://www.unisa.br/ligadecardio/arquivos/iam_fatores_de_risco_2001\(gepac\).pdf](http://www.unisa.br/ligadecardio/arquivos/iam_fatores_de_risco_2001(gepac).pdf)>. Acesso em: 10 dez 2006.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-83, mar./abr. 2000.

FONSECA, F. A. H.; ELIAS, M. C.; MENENDEZ, G.; ITO, M. T.; BARBOSA, L. A. Modificações dos hábitos de vida e outras opções terapêuticas. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 77-82, jan./fev. 1999.

FORNARI, L. M.; FURLANETTO, L. M. Frequência de sintomas depressivos em pacientes com história do infarto agudo do miocárdio. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 6, p. 385-90, jun. 2002.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil: Tratado de Medicina Interna**. 22. ed. Editora Elsevier, 2005.

GORESTEIN, C.; ANDRADE, L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 25, n. 5, p. 245-50, set./out. 1998.

GOTLIB, I. H. Depression and General Psychopathology in University Students. **Journal of Abnormal Psychology**. Washington , v. 93, n.1, p. 19-30, feb. 1984.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. Crescimento e desempenho motor em escolares do município de Londrina, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, set. 1993.

GUS, I.; FISCHMANN, A.; MEDINA, C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no estado do Rio Grande do Sul. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 78, n. 5, p. 478-83, mai. 2002.

HAMILTON, M. A rating scale for depression. **Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry**, London, v. 23, p. 56-62, mar. 1960.

HILLERS, T. K.; GUYATT, G. H.; OLDRIDGE, N.; CROWE, J.; WILLAN, A.; GRIFFITH, L.; FEENY, D. Quality of life after myocardial infarction. **Journal Clinical Epidemiology**, New York, v. 47, n. 11, p. 1287-96, nov. 1994.

III DIRETRIZES BRASILEIRAS sobre dislipidemias e diretriz de prevenção de aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 77, supl. 3, p.1s-48s, nov. 2001.

KANNEL, W. B. The Framingham Study: its 50 years legacy and future promise. **Journal of Atherosclerosis and Thrombosis**, Boston, v. 6, n. 2, p. 60-66, out. 2000.

KENDALL, P. C.; HOLLON, S. D.; BECK, A. T.; HAMMEN, C. I.; INGRAM, R. E. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. **Cognitive Therapy and Research**, New York, v. 11, n. 3, p. 289-99, jun. 1987.

LADEIRA, R. T.; JATENE, F. B.; MONTEIRO, R.; ZUCATO, S. P.; BARACIOLI, L. M.; HUEB, A. C.; DALLAN, L. A. O.; PUIG, L. B.; OLIVEIRA, S. A.; NICOLAU, J. C. Cirurgia de revascularização na fase aguda do infarto do miocárdio: análise dos fatores pré-operatórios preditores de mortalidade. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 3, p. 254-59, set. 2006.

LANE, D.; CARROL, D.; RING, C.; BEEVERS, D. G.; LIP, G. Y. H. Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression an anxiety. **Psychosomatic Medicine**, New York, v. 63, p. 221-30, mar./abr. 2001.

LEMO, V. S.; SOLOGUREN, M. J.; SOUSA, T. C.; CRAVO, S. L. Qualidade de vida em pacientes após infarto agudo do miocárdio. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 4, supl. A, p. 17s-26s, jul./ago. 2003.

LETT, H. S.; BLUMENTHAL, J. A.; BABYAK, M. A.; SHERWOOD, A.; STRAUMAN, T.; ROBINS, C.; NEWMAN, M. F. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms and treatment. **Psychosomatic Medicine**, New York, v. 66, n. 3, p. 305-15, may./jun. 2004.

LIM, L.; VALENTI, L. A.; KNAPP, J. C.; DOBSON, A. S.; PHOTNIKOFF, R. A self administered quality of life questionnaire after acute myocardial infarction. **Journal of Clinical Epidemiology**, New York, v. 46, n. 11, p. 1249-56, nov. 1993.

LOHR, K. N. Medical Outcomes Trust: Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. **Quality of Life Research**. Amsterdam, v. 11, n. 3, p. 193-205. may. 2002.

LOUKS, J.; HAYNE, C.; SMITH, J. Replicated factor structure of the Beck Depression Inventory. **Journal of Nervous and Mental Disease**, Oregon, v. 177, n. 9, p. 473-79, aug. 1989.

MANFROI, W. C.; PEUKERT, C.; BERTI, C. B.; NOER, C.; GUTIERRES, D. A.; BEZERRA, F. T.; SILVA, G. C. Infarto agudo do miocárdio: primeira manifestação da cardiopatia isquêmica e relação com fatores de risco. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 78, n. 4, p. 388-91, abr. 2002.

MANICA, A. L. L.; LEÃES, C. G. S.; FREY, B. N.; JURUENA, M. F. O papel da depressão na doença coronária. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 73, n. 2, p. 237-43, ago. 1999.

MARRUGAT, J.; SALA, J.; MASIÁ, R.; PAVESI, M.; SANZ, G.; VALLE, V.; MOLINA, L.; SERÉS, L.; ELOSUA, R. Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. **The Journal of the American Medical Association**, Barcelona, v. 280, n. 16, p. 1405-9, out. 1998.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, p. 5-18, dez. 1996.

MATTOS, M. A.; LOUGON, M.; TURA, B. R.; PEREIRA, B. B. Depressão e síndrome isquêmica coronariana aguda. **Revista da SOCERJ**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 288-94, jul./ago. 2005.

MAYOU, R. A.; GILL, D.; THOMPSON, D. R.; DAY, A.; HICKS, N.; VOLMINK, J.; NEIL, A. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. **Psychosomatic Medicine**. New York, v. 62, p. 212-19, mar./abr. 2000.

MORAES, L. O.; PENICHE, A. C. G. Ansiedade e mecanismos de coping utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 54-62, set. 2003.

NESRALLA, I. A. **Cardiologia cirúrgica: perspectivas para o ano 2000...** 1. ed. São Paulo: Fundação BYK; 1994.

NJOLSTAD, I.; ARNESEN, E.; LUND-LARSEN, P. G. Smoking, serum lipids, blood pressure and sex differences in myocardial infarction: a 12 year follow-up of the finnmark study. **Circulation**, Baltimore, v. 93, n.3, p. 450-6, march. 1996.

NORRIS, C. M.; GHALI, W. A.; GALBRAITH, P. D.; GRAHAM, M. M.; JENSEN, L. A.; KNUDTSON, M. L. Women with coronary artery disease report worse health-related quality of life outcomes compared to men. **Health and Quality of Life Outcomes**. Alberta, v. 2, p. 21, may. 2004.

OLDRIDGE, N.; GOTTLIEB, M.; GUYATT, G.; JONES, N.; STREINER, D.; FEENY, D. Predictors of health-related quality of life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation**, Washington, v. 18, n. 2, p. 95-103, mar. 1998.

OLDRIDGE, N.; GUYATT, G.; CROWE, J.; FEENY, D.; JONES, N. Goal attainment in a randomized controlled trial of rehabilitation after myocardial infarction. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation**, Indianapolis, v. 19, p. 29-34, jan./feb. 1999.

OLDRIDGE, N.; GUYATT, G.; JONES, N.; CROWE, J.; SINGER, J.; FEENY, D.; McKELVIE, R.; RUNIONS, J.; STREINER, D.; TORRANCE, G. Effects on quality of life with comprehensive rehabilitation after acute myocardial infarction. **American Journal of Cardiology**, Washington, v. 67, n.13., p. 1084-9, may. 1991.

OLIVEIRA, J. C. S.; SISTO, F. F. Construção de uma escala de ansiedade para pacientes de ambulatório: um estudo exploratório. **Psicologia: Teoria e Prática**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 45-57, jan./abr. 2004.

OLIVER, J. M.; SIMMONS, M. E. Depression as measured by the DSM-III and Beck Depression Inventory in an unselected adult population. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 52, p. 892-8, out. 1984.

PEDUZZI, P.; HULTGREN, H.; THOMSEN, J.; DETRE, K. Ten year effect of medical and surgical therapy on quality of life: veterans administration cooperative study of coronary artery surgery. **American Journal of Cardiology**, Washington, v. 59, n. 12, p. 1017-23, may. 1987.

PEREZ, G. H.; NICOLAU, J. C.; ROMANO, B. W.; LARANJEIRA, R.. Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis: diferenças entre homens e mulheres. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 85, n. 5, p.319-26 , nov. 2005.

PIGNAY-DEMARIA, V.; LESPÉRANCE, F.; DEMARIA, R. G.; FRASURE-SMITH, N.; PERRAULT, L. P. Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. **The annals of Thoracic Surgery**, New York, v. 75, n. 1, p. 314-21, jan. 2003.

PRATT, L. A.; FORD, D. E.; CRUM, R. M.; ARMENIAN, H. K.; GALLO, J. J.; EATON, W. W. Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction. **Circulation**, Baltimore, v. 94, n. 12, p. 3123-9, dez. 1996.

REIS, M. G.; GLASHAN, R. Q. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 51-57, maio/jun. 2001.

SARNI, R. S.; SOUZA, F. I. S.; SCHOEPS, D. O.; CATHERINO, P.; OLIVEIRA, M. C. C. P.; PESSOTTI, C. F. X.; KOCHI, C.; COLUGNATI, F. A. B. Relação da cintura abdominal com a condição nutricional, perfil lipídico e pressão arterial em pré-escolares de baixo estrato socioeconômico. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 87, n. 2, p.153-8, ago. 2006.

SHERWOOD, A.; HINDERLITER, A. L.; WATKINS, L. L.; WAUGH, R. A.; BLUMENTHAL, J. A. impaired endothelial function in coronary heart disease patients with depressive symptomatology. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 46, n. 4, p. 656-9, ago. 2005.

SILVA, M. A. D.; SOUZA, A. G. M. R.; SCHARGODSKY, H. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil Estudo FRICAS. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 71, n. 5, p. 667-75, nov. 1998.

SIVIERO, I. M. P. S. **Saúde mental e qualidade de vida de infartados**. 2003. 111p (Tese doutorado), Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 83, supl IV, p.7s-69s, set. 2004.

SOTO, M.; FAILDE, I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. **Revista de la Sociedad Española del Dolor**, Cadiz, v. 11, n. 8, p. 505-14, dez. 2004.

SOUZA, R. S. **Prevalência de fatores de risco para doença arterial coronariana em pacientes do grupo de hipertensos e diabéticos do Centro de Saúde do Saco Grange II**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. Manual for the Strait-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA, **Consulting Psychologists Press**, 1970.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R. E. IDATE – Inventário de ansiedade traço-estado. **Manual de Psicologia Aplicada**. Rio de Janeiro: CEPA, 1979.

STEER, R. A.; BECK, A. T.; RISKIND, J. H.; BROWN, G. Relationship between the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for depression in depressed outpatients. **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, Philadelphia, v. 9, n. 3, p. 327-39, sep. 1987.

STEPTOE, A.; WHITEHEAD, D. L. Depression, stress, and coronary heart disease: the need for more complex models. **Heart**, London, v. 91, n. 4, p. 419-20, apr. 2005.

TAIRA, D. A.; SETO, T. B.; HO, K. K. L.; KRUMHOLZ, H. M.; CUTLIP, D. E.; BEREZIN, R.; KUNTZ, R. E.; COHEN, D. J. Impact of smoking on health-related quality of life after percutaneous coronary revascularization. **Circulation**, Baltimore, v. 102, n. 12, p. 1369-74, sept. 2000.

TANAKA-MATSUMI, J.; KAMEOKA, V. A. Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, Washington, v. 54, n. 3, p. 328-33, jun. 1986.

TENG, C. T.; HUMES, E. C.; DEMETRIO, F. N. Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 149-59, maio/jun. 2005.

VIEBIG, R. F.; VALERO, M. P.; ARAÚJO, F.; YAMADA, A. T.; MANSUR, A. J. Perfil de saúde cardiovascular de uma população adulta da região metropolitana de São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 86, n. 5, p. 353-60, maio. 2006.

VORCARO, C. M. R.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Prevalência e características associadas à depressão: revisão de estudos epidemiológicos com base populacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 167-82, mar. 2002.

WHO - World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents. WHO. Genebra, 1946.

YUSUF, S.; HAWKEN, S.; OUNPUU, S.; DANS, T.; AVEZUM, A.; LANAS, F.; CQUEEN, M.; BUDAJ, A.; PAIS, P.; VARIGOS, J.; LISHENG, L. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. **The Lancet**. Ontário, Canadá, v. 364, n. 9438, p. 937-52, set. 2004. Disponível em: <<http://www.thelancet.com>>. Acesso em: 20 jun 2006.

ZORNOFF, L. A. M.; PAIVA, S. A. R.; ASSALIN, V. M.; POLA, P. M. S.; BECKER, L. E.; OKOSHI, M. P.; MATSUBARA, L. S.; INOUE, R. M. T.; SPADARO, J. Perfil clínico, preditores de mortalidade e tratamento de pacientes após infarto agudo do miocárdio, em hospital terciário universitário. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 78, n. 4, p. 396-400, abr. 2002.

ZUNG, W. W. K. A self-rating depression scale. **Archives of General Psychiatry**, v. 12 p. 63-70, abr. 1965.

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA Nº 131/03

 **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 - ☎ (034) 235-2078 FONE/FAX (034) 239-4131

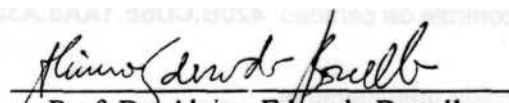
Uberlândia, 22 de setembro de 2003.

Ilmo(a) Sr.(a).
Prof (a).Dr.(a). Elmiro Santos Resende

Prezado(a). Professor(a),

Informamos-lhe, que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, examinou e APROVOU o projeto de pesquisa "Avaliação da qualidade de vida, níveis de ansiedade e de depressão em pacientes coronariopatas revascularizados e não revascularizados", protocolado sob o número 096/2003, do qual V.Sa. figura como pesquisador responsável, para ser desenvolvido a partir desta data.

Em adendo, informamos que 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


Prof. Dr. Alcino Eduardo Bonella
Coordenador do CEP/UFU

ANEXO II – CARTA DE INFORMAÇÃO

A quantidade de pessoas com aterosclerose coronariana nos últimos tempos tem crescido bastante, e com isso, aumentou a preocupação em avaliar a vida dessas pessoas, usando para isso perguntas que verificam como está a Qualidade de Vida, no sentido de tentar melhorar e ampliar as formas de tratamento.

Você está sendo convidado a participar deste estudo, respondendo alguns questionários de marcar “X” que avaliarão como está seu estado físico, mental e emocional. Você gastará no máximo 20 minutos para responder, suas respostas serão de muita importância para o estudo de como vai indo sua qualidade de vida, ansiedade e depressão, daí a necessidade de você ser o mais sincero possível.

Você não é obrigado (a) a responder a todas as perguntas se houver qualquer constrangimento, bastando deixar a pergunta em branco (não precisa marcar o “X”).

Desde já agradecemos sua importante participação neste trabalho.

ASSINATURA DO ENTREVISTADO

Telefone: _____

ASSINATURA DO ENTREVISTADOR
Carolita Borges Vasconcelos
(Curso de Pós Graduação em Ciências da Saúde).

ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Confirmo por meio deste, que a fisioterapeuta Carolita Borges Vasconcelos, convidou-me a participar do estudo para avaliar a qualidade de vida, ansiedade e depressão relativas à saúde, através de questionários específicos.

Eu, _____, concordo em participar deste estudo e estou ciente da realização de uma (1) entrevista na qual responderei aos questionários IDATE, BDI e Mac New QLMI. Caso haja qualquer imprevisto, nova entrevista poderá ser realizada, bem como minha ficha clínica poderá ser investigada pela referida fisioterapeuta.

Fui informado(a) que o objetivo deste estudo é avaliar a ansiedade, depressão e qualidade de vida relativas à saúde no tempo de evolução da doença e responderei as questões demográficas e clínicas.

Fui informado(a) que todas as dúvidas serão plenamente esclarecidas pelo (a) fisioterapeuta e/ou assistentes, que outros pacientes participam deste estudo, e que o meu médico foi informado da minha participação nele.

Fui informado que minha participação é voluntária e que a qualquer momento e a qualquer razão posso interromper minha participação neste estudo.

Fui informado que as informações coletadas a meu respeito ficará à disposição, caso necessário, das autoridades regulamentadoras, do participante no estudo ou assistentes, e que esta informação será mantida em sigilo e se os resultados forem publicados, não serei identificado. Confirmo, por meio deste, que concordo em participar deste estudo de maneira inteiramente voluntária.

_____ Assinatura do paciente ou representante legalmente autorizado		
_____ NOME	_____ NOME	_____ INICIAIS
_____ Assinatura do investigador	_____ NOME	_____ DATA
_____ Assinatura da testemunha	_____ NOME	_____ DATA

ANEXO IV – FICHA DE COLETA DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Dados Pessoais:

Nome:

Data de nascimento:

Sexo: ☐ masculino

☐ feminino

Raça: ☐ branca

☐ negra

☐ parda

☐ asiática

Profissão:

Escolaridade: ☐ primário

☐ secundário

☐ colegial/técnico

☐ Universitário

Estado civil ☐ solteiro

☐ casado

☐ desquitado/divorciado

Fatores de risco:

☐ hipertensão

☐ hipercolesterolemia

☐ diabetes

☐ estresse

☐ tabagismo _____(tempo)

☐ sedentarismo atividade física:

1 vez por semana ☐ 2 vezes ou mais ☐

Data do diagnóstico:

Cirurgia cardíaca:

Angioplastia:

Tratamento clínico:

Parede acometida pelo IAM:

Classe funcional de IC:

ECO – FE:

ANEXO V – MAC NEW QLMI

1

Questionário de Qualidade de Vida - Infarto do Miocárdio

DADOS PESSOAIS

NOME: IDADE:

ENDEREÇO: TELEFONE:

Gostaríamos de lhe fazer algumas perguntas sobre como você tem se sentido **NAS DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

Por favor, marque um “X” no espaço que se refere à sua resposta.

1. Com que frequência você se sentiu frustrado, impaciente ou irritado durante as duas últimas semanas?

- 1 TODO O TEMPO
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 UM POUCO DO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 EM NENHUM MOMENTO

2. Com que frequência, durante as duas últimas semanas, você se sentiu inútil ou deslocado do seu ambiente?

- 1 TODO O TEMPO
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 UM POUCO DO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 EM NENHUM MOMENTO

3. Durante as duas últimas semanas, quanto tempo você se sentiu muito confiante e seguro de que poderia lidar com seu problema cardíaco?

- 1 EM NENHUM MOMENTO
- 2 RARAMENTE
- 3 UM POUCO DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 6 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 7 TODO O TEMPO

4. Em geral, quanto tempo você se sentiu desencorajado ou no fundo do poço, nas duas últimas semanas?

- 1 TODO O TEMPO
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 UM POUCO DO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 EM NENHUM MOMENTO

5. Quanto tempo, nas duas últimas semanas, você se sentiu relaxado e livre de tensões?

- 1 EM NENHUM MOMENTO
- 2 RARAMENTE
- 3 UM POUCO DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 6 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 7 TODO O TEMPO

6. Com que frequência nas duas últimas semanas você se sentiu desgastado ou sem energia?

- 1 TODO O TEMPO
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 UM POUCO DO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 EM NENHUM MOMENTO

7. Quão feliz, satisfeito ou realizado você se sentiu nas duas últimas semanas?

- 1 MUITO INSATISFEITO, INFELIZ A MAIOR PARTE O TEMPO
- 2 GERALMENTE INSATISFEITO, INFELIZ
- 3 UM POUCO INSATISFEITO, INFELIZ
- 4 GERALMENTE SATISFEITO, FELIZ
- 5 FELIZ, NA MAIOR PARTE DO TEMPO
- 6 MUITO FELIZ, NA MAIOR PARTE DO TEMPO
- 7 EXTREMAMENTE FELIZ, NÃO PODERIA ESTAR MAIS SATISFEITO

8. Em geral, com que frequência você se sentiu agitado ou como se você não pudesse se acalmar, nas duas últimas semanas?

- 1 TODO O TEMPO
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 UM POUCO DO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 EM NENHUM MOMENTO

9. Em que grau você teve dificuldade para respirar enquanto realizava suas atividades físicas da vida diária, nas duas últimas semanas?

- 1 EXTREMA DIFICULDADE DE RESPIRAR
- 2 GRANDE DIFICULDADE DE RESPIRAR
- 3 DIFICULDADE DE RESPIRAR
- 4 DIFICULDADE MODERADA
- 5 UM POUCO DE DIFICULDADE DE RESPIRAR
- 6 PEQUENA DIFICULDADE DE RESPIRAR
- 7 SEM DIFICULDADE DE RESPIRAR

10. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu vontade de chorar?

- 1 TODO O TEMPO
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 UM POUCO DO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 EM NENHUM MOMENTO

- 11. Com que frequências, nas duas últimas semanas você se sentiu mais dependente do que era antes do problema cardíaco?**
- 1 TODO O TEMPO
 - 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
 - 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
 - 4 UMA PARTE DO TEMPO
 - 5 UM POUCO DO TEMPO
 - 6 RARAMENTE
 - 7 EM NENHUM MOMENTO
- 12. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu incapaz de realizar suas atividades sociais ou atividades sociais com sua família?**
- 1 TODO O TEMPO
 - 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
 - 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
 - 4 UMA PARTE DO TEMPO
 - 5 UM POUCO DO TEMPO
 - 6 RARAMENTE
 - 7 EM NENHUM MOMENTO
- 13. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu que os outros não tinham a mesma confiança em você como tinham antes do problema cardíaco?**
- 1 TODO O TEMPO
 - 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
 - 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
 - 4 UMA PARTE DO TEMPO
 - 5 UM POUCO DO TEMPO
 - 6 RARAMENTE
 - 7 EM NENHUM MOMENTO
- 14. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você teve dores no peito durante as atividades do dia-a-dia?**
- 1 TODO O TEMPO
 - 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
 - 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
 - 4 UMA PARTE DO TEMPO
 - 5 UM POUCO DO TEMPO
 - 6 RARAMENTE
 - 7 EM NENHUM MOMENTO
- 15. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu inseguro ou com pouca auto-confiança?**
- 1 TODO O TEMPO
 - 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
 - 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
 - 4 UMA PARTE DO TEMPO
 - 5 UM POUCO DO TEMPO
 - 6 RARAMENTE
 - 7 EM NENHUM MOMENTO

16. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu-se incomodado com cansaço ou dores nas pernas?

- 1 TODO O TEMPO
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 UM POUCO DO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 EM NENHUM MOMENTO

17. Nas duas últimas semanas, quanto você se sentiu limitado para praticar esportes ou exercitar-se, devido ao seu problema cardíaco?

- 1 EXTREMAMENTE LIMITADO
- 2 MUITO LIMITADO
- 3 BASTANTE LIMITADO
- 4 MODERADAMENTE LIMITADO
- 5 UM POUCO LIMITADO
- 6 MUITO POUCO LIMITADO
- 7 SEM QUALQUER LIMITAÇÃO

18. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu apreensivo ou com medo?

- 1 TODO O TEMPO
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 UM POUCO DO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 EM NENHUM MOMENTO

19. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu-se tonto?

- 1 TODO O TEMPO
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 UM POUCO DO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 EM NENHUM MOMENTO

20. Em geral, nas duas últimas semanas, quanto você se sentiu restringido ou limitado por causa do seu problema cardíaco?

- 1 EXTREMAMENTE LIMITADO
- 2 MUITO LIMITADO
- 3 BASTANTE LIMITADO
- 4 MODERADAMENTE LIMITADO
- 5 UM POUCO LIMITADO
- 6 MUITO POUCO LIMITADO
- 7 SEM QUALQUER LIMITAÇÃO

21. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu inseguro sobre a quantidade de exercícios ou atividades físicas você deveria estar fazendo?

- 1 TODO O TEMPO
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO

- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 UM POUCO DO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 EM NENHUM MOMENTO 99

22. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu que sua família estivesse sendo super-protetora com você?

- 1 TODO O TEMPO
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 UM POUCO DO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 EM NENHUM MOMENTO

23. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu como uma carga para outras pessoas?

- 1 TODO O TEMPO
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 UM POUCO DO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 EM NENHUM MOMENTO

24. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu excluído de atividades com outras pessoas devido ao seu problema cardíaco?

- 1 TODO O TEMPO
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 UM POUCO DO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 EM NENHUM MOMENTO

25. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você se sentiu incapaz de manter contatos sociais por causa de seu problema cardíaco?

- 1 TODO O TEMPO
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 UM POUCO DO TEMPO 100
- 6 RARAMENTE
- 7 EM NENHUM MOMENTO

26. Em geral, nas duas últimas semanas, quanto você tem se sentido limitado em suas atividades físicas por causa do seu problema cardíaco?

- 1 EXTREMAMENTE LIMITADO
- 2 MUITO LIMITADO
- 3 BASTANTE LIMITADO
- 4 MODERADAMENTE LIMITADO
- 5 UM POUCO LIMITADO

- 6 MUITO POUCO LIMITADO
- 7 SEM QUALQUER LIMITAÇÃO

27. Com que frequência, nas duas últimas semanas, você sentiu que seu problema cardíaco afetou suas relações sexuais?

- 1 TODO O TEMPO
- 2 A MAIOR PARTE DO TEMPO
- 3 GRANDE PARTE DO TEMPO
- 4 UMA PARTE DO TEMPO
- 5 UM POUCO DO TEMPO
- 6 RARAMENTE
- 7 EM NENHUM MOMENTO

Terminou. Muito obrigado por responder as questões.

ANEXO VI – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. 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.
 - 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 - 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 - 3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 - 1 Acho que posso ser punido.
 - 2 Creio que vou ser punido.
 - 3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 - 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 - 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 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 agora do que já fui.
 - 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
 - 2 Atualmente me sinto irritado 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.
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 que de hábito.
1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
3 Estou cansado 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 com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
3 Estou tão preocupado 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 por sexo que costumava.
2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
3 Perdi completamente o interesse por sexo.

ANEXO VII – IDATE (Inventário de Ansiedade Traço Estado)

Nome: _____ Nº: _____ Tempo: _____ Data: _____

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você se sente agora, neste momento. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente neste momento.

AVALIAÇÃO: Absolutamente não.....1 Um pouco.....2
 Bastante.....3 Muitíssimo.....4

1. Sinto-me calmo(a)	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
3. Sinto-me tenso(a)	1	2	3	4
4. Estou arrependido(a)	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado(a)	1	2	3	4
7. Estou preocupado(a) com possíveis infortúnios	1	2	3	4
8. Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
9. Sinto-me ansioso(a)	1	2	3	4
10. Sinto-me “em casa”	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso(a)	1	2	3	4
13. Estou agitado(a)	1	2	3	4
14. Sinto-me uma pilha de nervos	1	2	3	4
15. Estou descontraindo(a)	1	2	3	4
16. Sinto-me satisfeito(a)	1	2	3	4
17. Estou preocupado(a)	1	2	3	4
18. Sinto-me super excitado(a) e confuso(a)	1	2	3	4
19. Sinto-me alegre	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

Leia cada pergunta e faça um círculo em redor do número à direita que melhor indicar como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo numa única afirmação, mas tente dar a resposta que mais se aproxima de como você se sente geralmente.

AVALIAÇÃO: Absolutamente não.....1 Um pouco.....2
 Bastante.....3 Muitíssimo.....4

1. Sinto-me bem	1	2	3	4
2. Canso-me facilmente	1	2	3	4
3. Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4. Gostaria de poder ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6. Sinto-me descansado(a)	1	2	3	4
7. Sinto-me calmo(a), ponderado(a) e senhor(a) de mim mesmo	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas sem importância	1	2	3	4
10. Sou feliz	1	2	3	4
11. Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12. Não tenho muita confiança em mim mesmo(a)	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro(a)	1	2	3	4
14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15. Sinto-me deprimido	1	2	3	4
16. Estou satisfeito(a)	1	2	3	4
17. As vezes idéias sem importância me entrar na cabeça e ficam-me preocupando	1	2	3	4
18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento	1	2	3	4