

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

Avaliação de sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes hospitalizados no pós-intervenção coronária percutânea

Cristina Pilla Della Mía

Passo Fundo

2017

Cristina Pilla Della Mía

Avaliação de sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes hospitalizados no pós-intervenção coronária percutânea

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli

Coorientador:

Prof. Dr. Adriano Pasqualotti

Passo Fundo

2017

CIP – Catalogação na Publicação

-
- D357a Della Méa, Cristina Pilla
Avaliação de sintomas de ansiedade e de depressão em
pacientes hospitalizados no pós-intervenção coronária percutânea /
Cristina Pilla Della Méa. – 2017.
104 f. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2017.
Orientador: Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli.
Coorientador: Prof. Dr. Adriano Pasqualotti.
1. Ansiedade. 2. Depressão. 3. Doentes hospitalizados -
Psicologia. 4. Cardiopatia congênita. 5 . Idosos – Saúde e higiene. I.
Bettinelli, Luiz Antonio, orientador. II. Pasqualotti, Adriano,
coorientador. III. Título.

CDU: 613.98

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEEF

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação:

“Avaliação de sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes hospitalizados no pós-intervenção coronária percutânea”

Elaborada por

CRISTINA PILLA DELLA MÉA

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
“Mestre em Envelhecimento Humano”

Aprovada em: 24/02/2017
Pela Banca Examinadora


Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli
Orientador e Presidente da Banca Examinadora - UPF/PPGEH


Profa. Dra. Marlene Rodrigues Portella
Universidade de Passo Fundo - UPF/PPGEH


Prof. Dr. Júlio César Stobbe
Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS


Prof. Dr. Adriano Pasqualotti
Coorientador - Universidade de Passo Fundo - UPF/PPGEH


Prof. Dr. Vinícius Renato Thomé Ferreira
Faculdade Meridional - IMED

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho ao meu filho Eduardo, por me ensinar o sentido da vida e me fazer experimentar o amor incondicional todos os dias.

A minha formação pessoal e profissional foi concretizada pela ajuda do meu amado avô materno, Florindo Pilla (*in memoriam*), a qual dedico essa produção com minha eterna gratidão e saudades.

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas, de forma direta ou não, contribuíram com esse momento tão especial em minha vida.

Agradeço, primeiramente, aos meus familiares. Aos meus pais Sonia e Cláudio, pelos ensinamentos, força e carinho de sempre. Ao meu esposo Alexandre, pelo amor, amparo e companheirismo. Ao meu filho, Eduardo, por me alegrar os meus dias e me fazer muito feliz.

Ao meu orientador, por ter acreditado na minha proposta de trabalho e ao longo dessa caminhada ter se mostrado uma pessoa incentivadora, serena e compreensiva, além de ser um excelente professor, o qual me espelho. Minha gratidão e reconhecimento pela competência, amizade e pela forma humana que conduziu minha orientação.

Ao meu coorientador, o meu reconhecimento por toda a ajuda no andamento e finalização desse trabalho. Obrigada por compartilhar teu conhecimento, pela paciência, confiança, presteza e incentivo.

Ao Hospital São Vicente de Paulo de Passo Fundo-RS, especialmente ao Setor de Hemodinâmica, por terem disponibilizado o local para realização dessa pesquisa, pelo apoio e colaboração durante a coleta de dados. Em especial, agradeço, de coração, aos pacientes que mesmo estando em um momento tão frágil de suas vidas, colaboraram com muito entusiasmo e afeto na minha pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, meu agradecimento pelos conhecimentos e trocas nesse período de minha vida. Aos meus colegas, pela aprendizagem e amizade construídas. À secretária Rita, pela disponibilidade da ajuda e apoio.

Aos meus alunos e colegas do Curso de Psicologia da Faculdade Meridional-IMED, pela convivência, pelo crescimento pessoal e profissional, pela troca de conhecimento e pela oportunidade de me tornar professora.

EPIGRAFE

“Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido, se não tocarmos o coração das pessoas”.

Cora Coralina

“O homem é do tamanho de seu sonho”.

Fernando Pessoa

RESUMO

Della Méa, Cristina Pilla. Avaliação de sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes hospitalizados no pós-intervenção coronária percutânea. 2017. 104 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2017.

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de incapacidade e morte. Uma das formas de tratamento para elas é a intervenção coronária percutânea (ICP). O presente estudo tem como objetivo avaliar os sintomas de ansiedade e depressivos em pacientes adultos e idosos hospitalizados pós-ICP. Além disso, buscou-se identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes adultos e idosos hospitalizados pós-ICP; avaliar os fatores de risco cardiovascular com sintomas de ansiedade e depressivos em pacientes adultos e idosos hospitalizados pós-ICP. Trata-se de um estudo transversal realizado com 266 pacientes, homens e mulheres, que realizaram ICP num hospital de referência no sul do Brasil. A coleta de dados ocorreu de forma individual no período em que o paciente esteve hospitalizado. Como instrumentos, foram utilizados um questionário; o Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição (BDI-II) e o Inventário de Ansiedade Beck (BAI). Para análise dos dados, foram aplicados o teste de qui-quadrado, ANOVA e correlação linear para analisar os dados coletados. O nível de significância utilizado foi $p \leq 0,05$. Quanto ao perfil sociodemográfico, os resultados mostraram que a média de idade foi de 64,5 anos (DP = 8,9 anos), sendo a maioria dos pacientes do sexo masculino (68%), casados (72,9%), que residem com alguém (80,1%), têm filhos (94,4%) e possuem ensino fundamental (80,1%). O diagnóstico da maioria dos pacientes foi infarto agudo do miocárdio (64,3%), sendo realizada angioplastia com colocação de stent (95,1%), pelo Sistema Único de Saúde (97,7%). No que se refere aos sintomas de ansiedade, a maioria os apresentou em nível grave (29,7%) e sintomas depressivos de intensidade mínimo (51,9%). Quanto aos fatores de risco, a maioria tinha diagnóstico de doença cardíaca na família (62,8%), era hipertensa (83,5%) e apresentava dislipidemia (51,5%), no entanto, não tinha diabetes (61,7%) nem eram obesas (81,6%). Com relação aos sintomas de ansiedade, houve diferença significativa quanto à idade ($p = 0,026$), histórico familiar de diagnóstico cardíaco ($p = 0,011$) e diagnóstico prévio de transtorno depressivo ($p = 0,011$). As mulheres apresentaram sintomas de ansiedade em nível grave ($p < 0,001$) e depressivos de intensidade grave mais prevalente ($p < 0,001$). Os pacientes que já tinham diagnóstico de transtorno depressivo anterior à ICP, tiveram maior escore de sintomas depressivos na intensidade grave ($p = 0,001$). Conclui-se que os sintomas de ansiedade e depressivos no pós-ICP devem ser avaliados e tratados, pois interferem de forma negativa na vida do paciente cardíaco, possibilitando menor adesão ao tratamento médico, dificuldade na modificação do estilo de vida e, conseqüentemente, uma pior qualidade de vida. Destaca-se a importância de um profissional da psicologia para acompanhar esses pacientes durante a hospitalização por ICP.

Palavras-chave: 1. Ansiedade. 2. Depressão. 3. Intervenção coronária percutânea. 4. Hospitalização.

ABSTRACT

Della Méa, Cristina Pilla. Assessment symptoms of anxiety and depression in hospitalized patients after percutaneous coronary intervention. 2017. 104 f. Dissertation (Masters in Human Aging) - University of Passo Fundo, Passo Fundo, 2017.

Cardiovascular diseases are among the leading causes of disability and death. One of the forms of treatment for them is the percutaneous coronary intervention (PCI). The objective of this study is to evaluate the anxiety and depressive symptoms in adult and elderly patients hospitalized after PCI. In addition, it was identified the sociodemographic profile of adult and elderly patients hospitalized after PCI; assess the risk factors for cardiovascular disease with anxiety and depressive symptoms in adult and elderly patients hospitalized after PCI. It is a cross-sectional study conducted with 266 patients, men and women, who underwent PCI in a referral hospital in southern Brazil. The data collection occurred on an individual basis in the period in which the patient was hospitalized. As instruments, were used a questionnaire; the Beck Depression Inventory - Second Edition (BDI-II) and the Beck Anxiety Inventory (BAI). For data analysis, were applied the chi-square test, ANOVA and linear correlation was used to analyze the data collected. The level of significance was $p \leq 0.05$. As for the demographic profile, the results showed that the mean age was 64.5 years (SD = 8.9 years), and the majority of male patients (68%), married (72.9%), who live with someone (80.1%), have children (94.4%) and have basic education (80.1%). The diagnosis of most patients was acute myocardial infarction (64.3%), being performed angioplasty with stent placement (95.1%), by the Public Health System (97.7%). In relation to anxiety symptoms, the majority presented them in serious level (29.7%) and depressive symptoms of minimal intensity (51.9%). Regarding risk factors, the majority had a diagnosis of heart disease in the family (62.8%), was hypertension (83.5%) and presented dyslipidemia (51.5%), however, did not have diabetes (61.7%) or were obese (81.6%). With regard to anxiety symptoms, there was a significant difference in age ($p = 0.026$), family history of cardiac diagnosis ($p = 0.011$) and previous diagnosis of depressive disorder ($p = 0.011$). Women showed symptoms of anxiety to severe level ($p < 0.001$) and depression of severe intensity more prevalent ($p < 0.001$). Patients who have already had a diagnosis of depression prior to the ICP, had higher scores of depressive symptoms in the severe intensity ($p = 0.001$). It is concluded that the anxiety and depressive symptoms in post-ICP should be evaluated and treated, because interfere negatively in the life of the cardiac patients, allowing lower adherence to medical treatment, difficulty in changing the style of life and, consequently, a poorer quality of life. It's emphasized the importance of a professional of psychology to accompany these patients during hospitalization by ICP.

Keywords: 1. Anxiety. 2. Depression. 3. Percutaneous coronary intervention. 4. Hospitalization.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA	American Psychiatric Association
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BAI	Inventário de Ansiedade Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
BDI - II	Inventário de Depressão de Beck- Segunda Edição
CRM	Cirurgia de Revascularização do Miocárdio
DAC	Doença Arterial Coronariana
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DCVs	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DP	Desvio Padrão
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECG	Eletrocardiograma
EUA	Estados Unidos da América
HADS	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HSVP	Hospital São Vicente de Paulo
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICP	Intervenção Coronária Percutânea
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
ISRS	Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina

RS	Rio Grande do Sul
SAS	Self-Rating Anxiety Scale
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitiva Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPF	Universidade de Passo Fundo
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	<i>Doença Arterial Coronariana/ Infarto Agudo do Miocárdio</i>	17
2.2	<i>Ansiedade Pós-IAM</i>	26
2.3	<i>Depressão pós-IAM</i>	31
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
	REFERÊNCIAS	38
	ANEXOS	50
Anexo A.	<i>Inventário de Ansiedade Beck (BAI)</i>	51
Anexo B.	<i>Inventário de Depressão de Beck- Segunda Edição (BDI-II)</i>	53
Anexo C.	<i>Parecer da Comissão de Pesquisa e Pós-Graduação (CPPG) do HSVP</i>	57
Anexo D.	<i>Parecer do Comitê de Ética (CEP) da UPF</i>	59
	APÊNDICES	64
Apêndice A.	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	65
Apêndice B.	<i>Questionário</i>	68

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento faz parte do ciclo vital, é considerado um processo natural e envolve fatores genéticos, socioculturais, cognitivos e psicológicos. Nas últimas décadas, percebe-se um aumento da população idosa e esse fato se justifica pelo aumento da expectativa de vida, pelo avanço das ciências da saúde e pela melhora da qualidade de vida. O envelhecimento saudável deve ser buscado desde a juventude, através de uma dieta saudável, não consumindo álcool e drogas, da prática de exercícios físicos regularmente e também, cuidando da saúde mental, evitando períodos de sobrecarga.

O Brasil tem experimentado alterações importantes no quadro de morbimortalidade. Em 1950, as doenças infectocontagiosas justificavam 40% das mortes registradas no país e, atualmente, são responsáveis por menos de 10%. Já, em relação às doenças cardiovasculares (DCVs) há um dado oposto, ou seja, em 1950, eram causa de 12% das mortes e, atualmente, representam mais de 40% (IBGE, 2009). Essa transição epidemiológica está ligada ao aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente à melhoria no diagnóstico e no tratamento das doenças crônicas. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias) são a causa de maior mortalidade no mundo, sendo responsável por 63% dos óbitos (BRASIL, 2011). Conforme dados da Organização Mundial da Saúde, no ano de 2011, as DCNT causaram 74% de todas as mortes no Brasil e 33% estavam ligadas as DCVs (WHO, 2011).

As DCVs são a primeira causa de mortalidade, sendo responsável por 29% dos óbitos em 2010 no Brasil. Além disso, representaram a terceira maior causa de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo responsáveis pelo maior gasto com internações, totalizando R\$ 1,9 bilhão ou 19% do custo total com hospitalizações (BRASIL, 2010). Dentre elas, está a doença arterial coronariana (DAC) que se caracteriza por um acúmulo de lipídeos na parede de uma artéria a qual acarreta a obstrução de sangue

para o coração (MAGALHÃES et al., 2015). Um dos tratamentos para DAC é a intervenção coronária percutânea (ICP) (LEVINE et al., 2011; MATTOS et al., 2008).

Nos dias de hoje, os transtornos de ansiedade vêm apresentando relações com o desenvolvimento de eventos cardíacos na população em geral. Em um estudo de meta-análise, concluiu-se que a ansiedade é considerada um fator de risco em pacientes cardíacos. Sintomas de ansiedade pós- infarto agudo do miocárdio (IAM) estão associadas com eventos cardíacos adversos, a novos eventos cardíacos e as causas de mortalidade (ROEST et al., 2010).

A sintomatologia depressiva também está integrada a certas cardiopatias, podendo ser considerada como causa, fator de risco ou consequência (MAY et al., 2009; SARDINHA et al., 2011). Há uma maior prevalência de sintomas de depressão em pacientes portadores da DAC (JURKIEWICZ; ROMANO, 2009). Pessoas com uma patologia cardíaca mais grave tem maior risco de desenvolver depressão pós -IAM do que pessoas com patologias menos graves (ZUIDERSMA et al., 2013). Outro dado relevante é se o paciente já tinha história de sintomas depressivos antes do diagnóstico cardíaco ou se tem casos de depressão na família, tem mais chance de apresentar os sintomas (BLAY et al., 2007).

Apesar dos sintomas psicológicos serem frequentes e terem um impacto sério na vida dos pacientes cardíacos, muitas vezes passam despercebidos (CECCARINI; MANZONI; CASTELNUOVO, 2014; HUFFMAN; CELAN; JANUZZI, 2010). Além de apresentarem taxas mais altas de morbidade e mortalidade a longo prazo, se os sintomas não forem tratados, tanto a qualidade de vida quanto o desfecho da doença, ficam prejudicados (JEENGER; WADHWA; MATHUR, 2014). Também, esses sintomas estão associados a um novo IAM e a um período longo de hospitalização (ALVES; FRÁGUAS; WAJNGARTEN, 2009).

É importante detectar precocemente esses sintomas para que eles não interfiram na recuperação e no prognóstico do paciente, sendo também uma forma de preveni-los

(BENYAMINI et al. 2013; SARKAR et al., 2012). Ademais, é preciso pensar em estratégias para os profissionais de saúde identificarem sistematicamente sintomas psicológicos em pacientes com DCVs (HUFFMAN; CELAN; JANUZZI, 2010).

Diante desses fatores, também houve um crescimento na construção de pesquisas sobre o envelhecimento humano e esses, não se restringem aos idosos, mas sim, ao processo de envelhecimento como um todo, principalmente na fase de transição da meia-idade para a velhice. Na maioria das vezes, o diagnóstico das DCNT se dá a partir da meia-idade. O presente estudo é inovador em nossa região, sendo ela um centro de referência médica e na especialidade de cardiologia. Os resultados do estudo fomentam discussões entre diversas áreas do conhecimento e servem de subsídios para criar ações estratégicas na prevenção e no cuidado interdisciplinar a esses pacientes.

Como psicóloga clínica, tenho acompanhado nas minhas atividades diárias a presença de sintomas psicológicos em pacientes cardiopatas. Como docente, acompanhando trabalhos de conclusão de curso que abordaram o tema das DCVs, trazendo algumas inquietações que me estimularam a aprofundar as questões emocionais envolvidas nesse processo de adoecimento.

Dentro dessa perspectiva, essa dissertação apresenta inicialmente a revisão da literatura. Além disso, é composta de uma produção científica que tem como título: Sintomas de ansiedade e depressão interferem negativamente na vida de pacientes pós-intervenção coronária percutânea. O artigo avalia os sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes adultos e idosos hospitalizados pós- ICP. Por fim, tem-se as considerações finais a cerca do estudo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Doença Arterial Coronariana/ Infarto Agudo do Miocárdio

As DCVs são patologias que afetam o coração e os vasos sanguíneos, dentre elas estão: a DAC, a doença cerebrovascular e a doença vascular periférica. Elas são resultado de inúmeros eventos que iniciam a partir do desequilíbrio homeostático, ocasionado por alterações genéticas combinadas com interações anormais do ambiente. No Brasil, essas patologias correspondem a uma das principais causas de internação hospitalar e são responsáveis por aproximadamente 250.000 óbitos ao ano, caracterizando o principal grupo de doenças geradoras de morte no país (BONOW et al., 2013; NASCIMENTO; GOMES; SARDINHA, 2011).

A DAC, também conhecida como aterosclerose coronariana, atinge as artérias do cérebro, do coração e de outros órgãos vitais, bem como dos braços e pernas. O início da doença ocorre quando os glóbulos brancos (monócitos) migram da corrente sanguínea para o interior da parede da artéria, acumulando lipídeos. Desta maneira, aos poucos, esses monócitos aglomeram-se e produzem espessamentos, localizados irregularmente no revestimento interno da artéria. Trata-se, portanto, de uma doença crônica que tem como característica o espaçamento e a perda de elasticidade da parede arterial (MAGALHÃES et al., 2015; SANTOS et al., 2008). Quando uma artéria apresenta estreitamento, pode haver a sensação de câibra ou dor, pois o fluxo de sangue não é suficiente para satisfazer as necessidades de oxigênio do organismo (MORAIS; SILVA; CARITÁ, 2010; PINHO et al., 2010; TIMERMAN; BERTOLAMI; FERREIRA, 2012).

A principal causa de mortalidade, morbidade e perda de qualidade de vida no mundo é a DAC (WHO, 2010). Nos Estados Unidos da América (EUA), ela apresenta uma prevalência em 6,4% da população, de modo que entre os anos de 2007 e 2010, mais de 15 milhões de pessoas foram acometidas pela patologia. Em 2009, nos EUA, estima-

se que uma em cada seis mortes foi ocasionada por esta doença (GO et al., 2013). Já, no Brasil, no ano de 2011, cerca de 9% das mortes foram em decorrência dos sintomas da DAC, equivalendo a 103.486 óbitos no ano (FUERNMAYOR et al., 2013). Em virtude do aumento da população e da expectativa de vida, é provável que a DAC se mantenha como causa líder de morbidade e mortalidade, especialmente pela sua prevalência, que corresponde a 1/3 das DCVs diagnosticadas por profissionais da área (STABELINI NETO et al., 2008; VERAS, 2009).

As manifestações clínicas da DAC geralmente iniciam a partir da meia idade; entretanto, estudos apontam que o processo aterosclerótico já começa a se desenvolver na infância. A prevenção ocorre desde o nascimento, através do aleitamento materno e da adoção de hábitos alimentares saudáveis, bem como pela realização de exercícios físicos regularmente. Assim, a ausência de tais fatores estabelece um estilo de vida caracterizado por hábitos inadequados, havendo a predisposição para o desenvolvimento da DAC (BONI et al., 2010; FUERNMAYOR et al., 2013; SANTOS et al., 2008).

As manifestações clínicas da DAC envolvem a isquemia do miocárdio, IAM, insuficiência cardíaca congestiva e morte súbita. Entende-se por isquemia quando não há um equilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigênio pelo músculo cardíaco. O sintoma clássico desse quadro é chamado de angina pectoris ou angina estável que se caracteriza por opressão, amortecimento ou tensão no peito ou acima do coração, na mandíbula ou na garganta, no ombro ou no braço. Quando a isquemia é prolongada, ocorre o IAM (MAGALHÃES et al., 2015).

O IAM é considerado uma patologia vascular que se caracteriza por um processo aterosclerótico com oclusão trombótica das artérias coronárias. Isso resulta num desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigênio e, conseqüentemente, numa necrose tecidual. O diagnóstico do IAM é realizado quando os níveis séricos de troponina (T ou I) e/ou creatinoquinase fração MB (CK-MB) encontram-se altos. Além disso, necessita

colher a história clínica do paciente e ter um eletrocardiograma (ECG) alterado (BONOW et al., 2013).

Os critérios clínicos para o diagnóstico de IAM são: aumento característico e diminuição dos biomarcadores cardíacos (troponina, CK-MB), com pelo menos um dos seguintes critérios: sintomas sugestivos de isquemia miocárdica; 2) desenvolvimento de novas ondas Q no eletrocardiograma; 3) novas ou presumivelmente novas alterações significativas no segmento ST, na onda T, ou BRE novo; 4) evidência, em exame de imagem, de perda de miocárdio viável ou de nova alteração segmentar de contratilidade ventricular; 5) identificação de trombo intracoronariano por angiografia ou necropsia (NICOLAU et al., 2014; THYGESEN; ALPERT; WHITE, 2007).

A principal manifestação clínica do IAM, no adulto, é a dor torácica, com queixa de irradiação para membros superiores, geralmente do lado esquerdo. A dor tem bastante intensidade e pode durar de minutos a horas. Além disso, o paciente tem sudorese, palidez, náuseas, vômitos e ainda, arritmia, alteração da pressão arterial, sensação de morte iminente, ansiedade, inquietação, fraqueza muscular generalizada, cianose e extremidades frias. No caso do paciente ser mulher, ter diagnóstico de diabetes ou insuficiência cardíaca, os sintomas mudam um pouco, apresentando-se como um desconforto, peso ou mal-estar torácico indefinido, sudorese e fraqueza sem causa aparente. Também, um quadro de confusão mental, dispneia, edema agudo do pulmão, síncope, parada cardíaca e tromboembolismo arterial cerebral ou periférico podem ter o IAM com substrato patológico mesmo na ausência de dor torácica (BONOW et al., 2013; MAGALHÃES et al., 2013).

Como fator de risco para IAM pode-se citar: hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), tabagismo, dislipidemia, insuficiência cardíaca. Isso influencia diretamente no surgimento de aterosclerose, infartos lacunares e acidentes vasculares cerebrais (AVC). Conseqüentemente, diminui a qualidade e o tempo de vida dos pacientes

cardiopatas (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009; WHO, 2011). Muitos pacientes apresentam mais do que um fator de risco (BONOW et al, 2013).

Além do mais, sofrimento intenso dias após a perda de uma pessoa querida pode desencadear o aparecimento de um IAM, tendo maior impacto indivíduos com alto risco cardiovascular (MOSTOFSKY et al., 2012). Um estudo realizado no Paraná buscou identificar a prevalência de fatores de risco relacionado ao IAM com 258 idosos. Constataram como fator de risco: sedentarismo (55,81%), hereditariedade (53,87%), ingesta hipercalórica (27,51%), tabagismo (25,58%), obesidade (24,8%) e alcoolismo (8,52%). Ressaltam que esses fatores acabam sendo responsáveis por outras patologias, pois, o alcoolismo está altamente relacionado a AVC, o tabagismo é a principal causa de câncer de pulmão e a obesidade está intimamente ligada à síndrome metabólica (PINHEIRO et al., 2013).

A maioria dos fatores de risco podem ser modificados e isso não se restringe a somente medicar o paciente. Quando se tem um diagnóstico de IAM, umas das recomendações médicas é a mudança no estilo de vida, que envolve hábitos alimentares saudáveis, não fazer uso de álcool e tabaco, a prática de atividade física de forma regular e controle dos sintomas de ansiedade, de depressão e estresse. É necessário informar e educar esses pacientes para que consigam modificar esses hábitos, tendo em vista que não se trata de uma tarefa fácil, mas sim de algo que exige muito esforço e persistência (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2009; PINHEIRO et al., 2013; XAVIER et al., 2013). Para isso ocorrer, o paciente terá que remodelar suas crenças relacionadas a saúde, autocuidado e futuro (ORTH-GOMÉR, 2012).

Caso o paciente tenha algum sintoma psicológico, essas mudanças se tornam mais complicadas, pois pode haver mais dificuldade de se cuidar, sentimento de desesperança, autoestima baixa e conseqüentemente, uma visão pessimista do futuro (WHOOLEY et al., 2007). Nesse sentido, um estudo de coorte de base populacional realizado na Noruega buscou investigar a associação prospectiva de sintomas autorelatados de ansiedade e de

depressão com risco de IAM. Verificaram que sintomas de ansiedade, depressão e sintomas mistos tiveram maior risco entre 20 a 30% para o primeiro IAM. Quando os sintomas são persistentes ou recorrentes, também há um aumento de risco cardiovascular (GUSTAD et al., 2014).

Nesse mesmo segmento, um estudo averiguou as mudanças que ocorreram nos hábitos de vida de adultos após IAM e como eles lidam com a situação. Os pacientes reconhecem a importância da prática de exercício físico pós IAM, no entanto não o fazem de forma sistemática e justificam a não periodicidade pelos sintomas físicos cardíacos (dispneia, por exemplo) e pela falta de tempo. Também, sabem que o fumo e o álcool são prejudiciais a sua saúde, mas tem dificuldade para parar e apresentam recaídas. Ainda, tem a questão do estresse que para ser diminuído, principalmente no ambiente de trabalho, os pacientes precisam contar com o apoio da família e amigos (SCHERER et al., 2011).

Outro ponto afetado depois de um IAM, é a vida sexual. Um estudo mostrou que antes do IAM, 63% dos entrevistados relataram ter uma vida sexual ativa e 71% dos pacientes descreveram desejo de manterem-se ativos sexualmente pós alta hospitalar. Porém, 44% dos pacientes apontaram uma possível redução da frequência sexual pós IAM. Os pacientes recebem pouca ou quase nada de informação sobre qual a conduta referente a vida sexual pós alta e isso gera insegurança. Alguns pacientes se queixam da perda do interesse sexual (que pode estar relacionada com o uso de medicamentos) e outros, não tem liberação médica para retomar a atividade sexual após a cirurgia (LUNELLI et al., 2008; GALTER et al., 2010).

Em relação ao tratamento do IAM, ele pode ser clínico (uso de medicamentos e mudança de estilo de vida) ou invasivo (através de técnicas de cateterismo como angioplastia coronária com e sem colocação stent ou a realização da cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM)). A escolha do tratamento dependerá do estágio e da gravidade que a patologia apresentar (CENTEMERO, 2014; GAMA et al., 2010; PÊGO-FERNANDES; GAIOTTO; GUIMARÃES-FERNANDES, 2008). É necessário

conhecer os fatores de risco, a presença de comorbidades e as questões psicológicas para que o procedimento seja eficaz. Atualmente, os pacientes realizam uma intervenção cirúrgica após o IAM recebem alta em aproximadamente três dias, se não houver complicações. Logo após, o atendimento e a orientação serão realizados de forma ambulatorial (QUINTANA; KALIL, 2012).

As formas de intervenção de revascularização comumente aplicadas são a angioplastia coronária ou ICP em que é utilizado um balão inflado dentro da artéria coronária obstruída, comprimindo a placa aterosclerótica contra a parede do vaso e permitindo, conseqüentemente, a desobstrução e o uso dos stents, que são pequenas próteses em forma de tubo, expansíveis, a fim de reduzir o bloqueio ou estreitamento da artéria (GAMA et al., 2010; PÊGO-FERNANDES; GAIOTTO; GUIMARÃES-FERNANDES, 2008). A ICP visa reestabelecer o fluxo coronário anterógrado de maneira mecânica, reduzindo as taxas de isquemia recorrente, reinfarto e complicações hemorrágicas como, o AVC. Para realização do procedimento, é necessário submeter o paciente a um exame denominado cinecoronariografia (também chamado de cateterismo cardíaco, angiografia coronária ou estudo hemodinâmico) que verifica se há obstruções e avalia o funcionamento do músculo cardíaco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

Os stents coronários são divididos em duas categorias: os não farmacológicos e os farmacológicos. Entende-se como stent não farmacológico uma órtese (de aço inoxidável, cromo-cobalto e titânio) implantada de forma definitiva no leito arterial coronário com a finalidade de ampliar o diâmetro do vaso que está obstruído. É um procedimento seguro, que diminui a possibilidade de nova revascularização do vaso-alvo tardia. Não é recomendado implantar stent coronário na vigência de IAM na evidência de: estenose em ramo secundário calibroso ($\geq 3,0$ mm), não passível de tratamento percutâneo; forte possibilidade da ocorrência do fenômeno de reflow, quando do implante do stent em vasos com grande quantidade de trombo não tratado adequadamente (defeito de enchimento globular duas vezes maior que o diâmetro de referência do vaso-alvo);

quando do implante do stent em vasos com grande quantidade de trombo não tratado adequadamente (defeito de enchimento globular duas vezes maior que o diâmetro de referência do vaso-alvo); tortuosidade e/ou calcificação de grau elevado, que impeçam a progressão da endoprótese até a lesão-alvo. Os stents farmacológicos constituem em dispositivos metálicos muito parecidos com os não farmacológicos. A diferença é que são revestidos com polímeros os quais absorvem o fármaco, que é aplicado para tratar a lesão. Eles foram criados a fim de prevenir e tratar a reestenose coronária (BONOW et al., 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009).

Outro procedimento realizado pós IAM, é a CRM que consiste na implantação de um vaso sanguíneo (pode ser a safena ou a mamária) no coração, através de uma ponte (bypass) para regular o fluxo sanguíneo (BOJAR, 2011). Esse procedimento é muito comum em pacientes idosos (acima de 75 anos), diminuindo o risco de um AVC, o que possibilita um aumento da expectativa de vida dos mesmos (LOBO FILHO et al., 2002). A pesquisa de Pereira (2015) buscou investigar sintomas de ansiedade e depressão em 34 sujeitos em São Paulo que sofreram IAM e precisaram realizar CRM. Os pacientes apresentaram ansiedade alta no período pré-operatório, a qual diminuiu significativamente no pós-operatório. No entanto, os sintomas depressivos permaneceram em qualquer fase operatória.

A CRM traz repercussões no modo como os pacientes vivem, seja pela complicação cardíaca, pelo risco de morte. As mudanças ocorrem na esfera social, sexual, trabalho, alimentação, atividade física e tratamento farmacológico. Precisam reorganizar todo o estilo de vida e adaptar-se a isso é bem difícil (CALLEGARO et al., 2012). Em um estudo avaliando a qualidade de vida antes e depois de seis meses da CRM, constatou que o procedimento melhora os sintomas relacionados a insuficiência cardíaca, tendo uma expectativa maior de sobrevida e, por conseguinte, uma melhor qualidade de vida desses pacientes (GOIS, DANTAS; TORRATI, 2009).

O fato de realizar a CRM pode ter um impacto positivo na vida do paciente. Se ele adotar um novo estilo de vida e retomar algumas atividades de sua vida que antes não realizava mais, tem uma sensação de que está curado (VARGAS, DANTAS; GOIS, 2013). Assim, o paciente adapta-se a nova situação que vivencia após o procedimento, melhorando tanto as questões físicas quanto emocionais (DAL BONI; MARTINEZ; SACCOMANN, 2013).

Os pacientes que realizaram cirurgia cardíaca descrevem dificuldades e restrições no retorno à vida ativa. Após o procedimento, o paciente experimenta sentimentos de medo, que pode desencadear sintomas de ansiedade e dificuldades para dormir (insônia). No pós-cirúrgico, os pacientes recebem a orientação de ficar em decúbito dorsal horizontal, o que pode influenciar no sono. Outra questão que os pacientes descrevem é a pouca adesão a um comportamento alimentar diferente daquele que habitualmente tinham, ou seja, a prescrição de uma dieta saudável. Também, relatam dificuldade para praticarem exercícios físicos. Ainda, aparecem as questões relacionadas à sexualidade, ou seja, o desempenho sexual não é mais o mesmo, devido a intolerância ao esforço. Depender de outras pessoas para realizar o que anteriormente faziam sozinhos, é relatado como um problema pelos pacientes. Isso está ligado a não exercer mais um papel que antes tinham, o que pode gerar conflitos e uma baixa autoestima (GALTER et al., 2010).

Independente da intervenção realizada é importante esclarecer ao paciente sobre o procedimento que ele será submetido, pois informações pouco claras ou vinda de outros doentes, juntamente com incertezas relacionadas ao futuro aumentam a angústia (COSTA et al., 2008). O ideal é oferecer ao paciente e seus familiares suporte emocional no período pré e pós-operatório. Dentro desse contexto, foi realizado um grupo de psicoeducação com 73 pacientes internados (antes e/ou após a cirurgia) em um hospital no interior de São Paulo e verificou-se que após a intervenção os pacientes se sentiram mais tranquilos e esperançosos para realizar o procedimento cirúrgico (SANTANA et al., 2010).

A maioria dos hospitais na Suécia oferece um programa psicoeducativo, onde o paciente é orientado sobre os sintomas, fatores de risco sobre IAM e a importância de modificar estilo de vida (BELLMAN et al., 2009). O dia a dia pós- IAM é algo novo tanto para o paciente quanto para seus familiares. Portanto, as informações devem ser passadas aos dois, já que muitas vezes quem dá o suporte é o familiar. Nilsson et al. (2013) buscaram analisar a ansiedade, depressão, enfrentamento e o desejo de participar ativamente no cuidado em relação à faixa etária, gênero e educação de pacientes após um mês de IAM e seus parceiros. Chegaram à conclusão que pacientes e parceiros do sexo feminino precisam de mais informações e educação sobre a doença, gestão de estilo de vida e tratamento farmacológico. As mulheres também precisam de mais cuidado profissional e apoio individual, já que relataram mais ansiedade e maior grau de depressão quando comparadas aos homens.

A família exerce um papel importante tanto no ajuste quanto no manejo das questões emocionais e sintomáticas associadas à patologia em virtude do apoio e do cuidado disponibilizado. Ainda assim, as relações sociais desempenham funções significativas, porque afetam de maneira positiva os sistemas biológicos, afetivos e comportamentais relacionados à saúde e o bem-estar psicológico dos indivíduos, favorecendo a adaptação e o ajustamento do paciente para enfrentar uma doença crônica (ABREU-RODRIGUES; SEIDL, 2008, BONETTI; SILVA; TRENTINI, 2013; FERREIRA et al., 2013; ROSSI; PACE; HAYASHIDA, 2009).

O cuidado ao paciente pós IAM vai depender, também, dos vínculos e da estrutura que a família tem para ampará-lo. Garcia et al. (2015) investigaram quais os vínculos e a estrutura de uma família após episódio de IAM através de um estudo de caso. Utilizaram como recurso para coletar as informações o genograma e o ecomapa da família. Observaram que o IAM ocorreu no homem (progenitor) com história de hipertensão e DM tipo II. Quanto ao momento que estava passando essa família quando ocorreu o IAM, percebe-se que os filhos estavam se organizando para sair de casa. Normalmente, nessa etapa do ciclo vital, o casal acaba se deparando com o fato de estarem sozinhos e precisam

se resgatar enquanto díade. A família apresentava-se bem unida e com poucos conflitos. A união e o envolvimento da família ajudaram na recuperação pós- IAM. Além disso, o fato do pai ter passado por esse problema de saúde fez com que todos os membros da família obtivessem hábitos de vida mais saudáveis. No entanto, a família não demonstrou estar muito vinculada aos profissionais de saúde. Quando os familiares participam junto nos programas de reabilitação cardíaca, há melhores resultados e por consequência, melhora a qualidade de vida do paciente (Galter et al., 2010)

Para se ter sucesso no tratamento como um todo, depende da perspectiva do paciente sobre o processo de adoecer e o cuidar de si. Para tanto, os aspectos cognitivos, as crenças e os valores necessitam ser reconsiderados pelo fato de poderem estar diretamente vinculados à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Isto é, as crenças dos pacientes sobre a doença são fatores psicossociais importantes que influenciam no gerenciamento da própria patologia, revelando ideias, concepções e atitudes sobre o cuidado e a própria saúde (BONETTI; SILVA; TRENTINI, 2013; GAMA et al., 2012; PIRES; MUSSI, 2008).

Quando o paciente apresentar sintomas emocionais importantes, principalmente que comprometam a adesão ao tratamento clínico, faz-se necessário encaminhar para tratamento psicológico (CAIUBY; ANDREOLI; ANDREOLI, 2010; COLETA, 2010; JEENGER; WADHWA; MATHUR, 2014; QUINTANA; KALIL, 2012).

2.2 *Ansiedade Pós-IAM*

A ansiedade é considerada uma vivência comum que acomete todo ser humano. Caracteriza-se por um estado emocional passageiro acompanhado por sentimentos de tensão e apreensão e por um aumento na atividade do sistema nervoso autônomo que resulta em: desconforto abdominal, diarreia, tonturas, hiperidrose, hipertensão, palpitações, taquicardia, hiperreflexia, agitação psicomotora, midríase pupilar, tremores, formigamento nas extremidades, sensação de desmaio, retenção ou urgência urinária

(FONSECA et al., 2009; HICKS; CUMMINGS; EPSTEIN, 2010; SADOCK; SADOCK, 2007). A ansiedade é considerada um sinal de alerta quando há uma ameaça interna ou externa na vida do indivíduo. Nessa circunstância, é considerada uma emoção igual ao medo (APA, 2014; SADOCK; SADOCK, 2007).

Entende-se a ansiedade como patológica quando os sintomas são excessivos, frequentes e persistentes e causam sofrimento intenso aos indivíduos que são acometidos pela mesma. Um paciente pode ter sintomas de ansiedade e não necessariamente fechar critérios diagnóstico para um transtorno. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 traz como transtornos de ansiedade: o transtorno de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobia específica, transtorno de ansiedade social, transtorno do pânico, agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade induzido por substância/ medicamento e transtorno de ansiedade devido a outra condição médica (APA, 2014).

Os primeiros sintomas de ansiedade normalmente aparecem na infância e permanecem ao longo da vida. É comum que os pacientes busquem auxílio médico quando há presença de comorbidade, postergando e/ou dificultando o tratamento. Com base nas características dos sintomas manifestados, é possível observar que as relações estabelecidas pelos pacientes ansiosos são notadamente restritas. Pode-se observar, inclusive, que esses indivíduos indicam um nível de qualidade de vida inferior, com menor produtividade e aumento da morbidade e mortalidade. Nesse sentido, por se tratar de um grupo de transtornos pouco avaliado, subdiagnosticado, e, com frequência, tratado inadequadamente, parte dos enormes custos sociais acarretados pelos sintomas são direta ou indiretamente agravados (BARLOW, 2009; MENEZES et al., 2007).

O termo ansiedade cardíaca foi criado para caracterizar um tipo de ansiedade específica que está ligada a questões clínicas. O paciente sente medo de algumas sensações ou manifestações cardíacas e as interpreta como algo não indo bem consigo, ou seja, como um perigo. Um estudo na Holanda explorou o curso de ansiedade cardíaca

após IAM em 194 pacientes hospitalizados, um, três, seis e doze meses pós alta após um IAM avaliando especificamente a ansiedade relacionada a estímulos cardíacos e as sensações que pode desenvolver. Os dados apontaram que os pacientes em que a ansiedade persistiu ao longo do tempo tinham mais DM e história de síndrome coronária aguda. Os pacientes que apresentaram ansiedade cardíaca alta, ansiedade como sintoma psicológico e uma história de doenças somáticas tiveram níveis persistentes de ansiedade cardíaca durante o período de acompanhamento bem como menor qualidade de vida (VAN BEEK et al., 2012).

A ansiedade na velhice, em muitos casos, aparece na forma de insatisfação com a vida, pouca sensação de bem-estar, restrição social e limitações funcionais (GONÇALVES; PACHANA; BYRNE, 2010; NORTON et al., 2012). Idosos acometidos de ansiedade gastam 50% mais de tempo nas consultas médicas com queixas referentes a cuidados primários quando comparados a idosos sem diagnóstico psiquiátrico (STANLEY et al., 2001). Em um estudo para avaliar a comorbidade entre ansiedade e depressão em idosos verificou-se que 49,3% das pessoas com um transtorno de ansiedade experimentaram um episódio depressivo (HEK et al., 2011).

Por sua vez, os pacientes que necessitam realizar uma cirurgia cardíaca geralmente experimentam sintomas de ansiedade. A ansiedade se dá pelo medo do desconhecido. Tem pensamentos ligados a anestesia, a vulnerabilidade de estarem desacordados e perderem a consciência, a dor pós operatória, o risco de morte e pensamentos sobre o que irá acontecer depois da alta. Em um estudo, observou-se que o nível de ansiedade está associado ao tempo de espera para realização do procedimento cirúrgico, quanto mais demorado for, mais alta é a ansiedade (FITZSIMONS et al., 2003).

Outra pesquisa com 30 pacientes internados com síndrome coronária aguda mostrou que tanto a ansiedade atual como a ansiedade-traço estão associadas ao curso da DAC. Verificaram que os pacientes que têm duas ou mais internações por doença cardíaca coronária com uma nova internação têm níveis mais elevados de ansiedade. Também,

pacientes com maior número de hospitalizações, devido à maior intensidade da ansiedade atual tem risco mais elevado de reinfarto e morte (CIRIC-ZDRAVKOVIC et al., 2014).

Estudos demonstram que a personalidade do tipo D (conjunto de afetividade negativa e inibição social) tem uma associação com um risco aumentado para DAC (VUKOVIC et al., 2014). Um estudo na Holanda observou os cursos variados de sintomas de ansiedade com 486 pacientes nos primeiros 18 meses após IAM. Os pacientes foram avaliados em três momentos, dois, seis e dezoito meses após o IAM. Detectaram que o curso de ansiedade nesse período é relativamente estável para a maioria dos pacientes, porém os pacientes com personalidade tipo D tem um risco maior de ansiedade elevada e deve ser proposto tratamento adequado para esses sintomas (VERSTEEG; ROEST; DENOLLET, 2015).

A ansiedade está presente em muitos pacientes cardiopatas que estão hospitalizados. Lemos et al. (2008) avaliaram um grupo de pacientes pós- IAM durante o período de internação e compararam os dados com um grupo de pacientes com cardiopatia em ambulatório e outro, sem diagnóstico de cardiopatia. Os sintomas depressivos ficaram mais evidentes no grupo controle ambulatorial. Já, sintomas de ansiedade foram encontrados mais presentes nos pacientes internados, o que pode ser entendido pelo fato dos pacientes estarem mais frágeis em razão do IAM.

Nesse mesmo sentido, uma pesquisa com 100 pacientes buscou avaliar os padrões de ansiedade e preocupações depois de serem submetidos a uma ICP no primeiro dia após o procedimento e uma semana pós-alta. Os escores de ansiedade foram maiores antes do procedimento e foram diminuindo gradativamente após a realização do mesmo. Antes do procedimento, as preocupações estavam relacionadas ao resultado da IPC e a possibilidade de uma CRM. Após o procedimento, ainda hospitalizados, a preocupação mais comum dos pacientes era com as limitações físicas e a dor no local de acesso. Ademais, questões pessoais e incertezas quanto a progressão da DAC também apareceram. Os pacientes que faziam uso de medicação para depressão ou ansiedade

tiveram escores mais altos na avaliação de ansiedade. Detectar esses sintomas são importantes porque sintomas de ansiedade antes do procedimento pode ser preditivo de ansiedade em situações subsequentes. Depois de ICP, a ansiedade foi maior em pacientes que sentiram dor no peito pela primeira vez após a intervenção. É necessário avaliar a ansiedade pós- intervenção e caso os escores sejam altos, o paciente deve ser encaminhado para atendimento psicológico (TROTTER; GALLAGHER; DONOGHUE, 2011).

A questão do fluxo coronário também está ligada as emoções. Um estudo objetivou aferir se há associação entre o fluxo coronário lento com sintomas de depressão/ansiedade. Foram avaliados noventa pacientes, homens e mulheres, com média de idade de 51 anos. Como resultado, a pesquisa confirmou que os escores de sintomas ansiedade e depressão foram maiores em pacientes com fluxo coronário lento quando comparados com pacientes com fluxo normal (DURMAZ et al., 2014).

Nesse interím, Jeenger, Wadhwa e Mathur (2014) mediram a prevalência de depressão e ansiedade após o primeiro IAM. Foram avaliados 60 pacientes na Índia com o primeiro IAM e comparados com 60 pacientes saudáveis. A avaliação se deu dois a três meses após o IAM e 40% dos pacientes fecharam critérios diagnósticos para um episódio depressivo, 35% de sintomas de ansiedade e 16,6% de ansiedade mista e sintomas depressivos. Destaca-se a necessidade de tratamento para eles. Assim, pode-se melhorar a qualidade de vida e outros desfechos clínicos do paciente.

Na sintomatologia e nos transtornos de ansiedade, muitos neurotransmissores estão envolvidos, isso quer diz que eles modulam e regulam comportamentos defensivos. Conseqüentemente, para o tratamento é necessário o uso de psicofármacos. Um dos sistemas mais afetados pela ansiedade é o serotoninérgico, sendo os antidepressivos inibidores seletivos da receptação da serotonina (ISRS) um dos tratamentos mais utilizados, juntamente com os benzodiazepínicos (BRAGA et al., 2010; RAVINDRAN; STEIN, 2010).

Além do uso de fármacos é indicado a psicoterapia (SADOCK; SADOCK, 2007; SHEARER et al., 2014), sendo a terapia cognitivo-comportamental (TCC) bastante eficaz, inclusive para pessoas mais velhas (DEWES et al., 2010; GOULD; COULSON; HOWARD, 2012). Técnicas de relaxamento dentro da TCC também trazem alívio para os sintomas de ansiedade (WILLHEL; ANDRETTA; UNGARETTI, 2015).

2.3 Depressão pós-IAM

O termo depressão é bastante amplo e utilizado em vários contextos. Cabe ressaltar que para se diagnosticar um transtorno, tem-se critérios específicos. A depressão, de forma geral, é entendida como uma patologia que afeta o humor, deixando-o triste ou irritado, juntamente com uma falta de prazer nas atividades do dia a dia. Além do que, observa-se: alterações de sono (insônia ou hipersonia); aumento ou diminuição do apetite/peso; retardo ou agitação psicomotora; sentimento de culpa ou inutilidade; sintomas de cansaço; dificuldades de concentração e tomada de decisão ou a presença de ideias/tentativas de suicídio (APA, 2014; GOLDFELD, 2012).

Normalmente, os sintomas depressivos encontram-se vinculados a um declínio do bem-estar e do funcionamento diário, bem como a um aumento da morbidade, da mortalidade e maior utilização de serviços de saúde por parte dos pacientes acometidos (POLIESSENI et al., 2009). Como fatores de proteção para a depressão na idade adulta estão: ter ensino superior e um bom nível socioeconômico, estar envolvido com atividades diárias e ter espiritualidade ou religiosidade presente (FISKE; WETHERELL; GATZ, 2009).

A gravidade e frequência dos sintomas depressivos variam muito de cada indivíduo. Mesmo que a característica mais comum dos estados depressivos seja a prevalência dos sentimentos de tristeza e vazio, há pacientes que tem essas queixas, mas referem perder a capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral, tendo o isolamento social como consequência. Para a consolidação do diagnóstico de um

transtorno depressivo, deve-se levar em conta os sintomas psíquicos, fisiológicos e as evidências comportamentais por um período mínimo de duas semanas (APA, 2014, CAMPOS; CAMPOS; SANCHES, 2010; CANALE; FURLAN, 2006; FLECK et al., 2009).

A apresentação da depressão em cardiopatas é diferente quando comparada a pacientes sem doença cardíaca, sendo mais comum os sintomas de humor aparecerem mais tarde. Uma das explicações para isso se dá pelas alterações cerebrais que ocorrem em função da DCVs. Como anormalidades funcionais, há uma diminuição de sangue no cérebro, envolvendo o sistema límbico e paralímbico (ALVES et al., 2006). Também, através de ressonância magnética, observa-se alterações estruturais, ou seja, lesão de substância branca. Essas alterações afetam os circuitos responsáveis pela regulação do humor, justificando o aparecimento de sintomas depressivos em pacientes com DCVs. Estudos de neuroimagem e de neuropatia sugerem que a causa da depressão de início tardio tem origem numa aterosclerose cerebral. Isso, facilita o surgimento de sintomas depressivos e ansiedade, mesmo antes da DAC (GUSTAD et al., 2014).

Como um dos sintomas da depressão é a ideação ou tentativa de suicídio, se faz necessária a investigação dessas questões também com o paciente cardiopata. Um estudo de caso controle de base populacional na Dinamarca examinou a associação entre IAM e suicídio e constatou que o IAM foi associado de forma significativa ao risco de suicídio. O risco de suicídio foi maior no primeiro mês pós alta em pacientes com história de doença psiquiátrica e tende a diminuir com o aumento da idade. Destaca-se a importância de avaliar os sintomas depressivos e ideação suicida nesses pacientes (LARSEN et al., 2010).

Muitas vezes, em cardiopatas, as queixas emocionais como tristeza, cansaço, falta de interesse nas atividades do cotidiano são confundidas com sintomas cardíacos, ficando casos sem o devido diagnóstico e, conseqüentemente, tratamento. Quando se trata de idoso, a situação é mais peculiar, uma vez que fatores como baixa renda, morar sozinho,

condições de saúde precária, outras doenças clínicas já existentes, dificuldades visuais e/ou auditivas, comprometimento na rotina diária, falta de atividade laboral e história de hospitalizações também podem dificultar o diagnóstico (BLAY et al., 2007).

A questão biológica compreende que o estado depressivo está associado à hiperatividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, distúrbio autonômico do músculo cardíaco e baixa frequência cardíaca, alterações no sangue, mecanismos de coagulação, disfunção endotelial vascular de artérias coronárias e a ativação do sistema imunológico contribuindo a trombose da artéria coronária (LICHTMAN et al., 2014). Eventos estressantes como perda de um ente querido, viuvez, estar vivendo sozinho e ter doença crônica aumenta o risco de ter sintomas depressivos (MITCHELL; IZQUIERDO, 2009). Pouco apoio social está associado a um pior estado de saúde e mais sintomas depressivos ao longo do primeiro ano de recuperação pós IAM, principalmente nas mulheres (LEIFHEIT-LIMSON et al., 2010).

Outrossim, os sintomas depressivos podem estar relacionados a uma influência farmacológica. Os betabloqueadores são muito utilizados por pacientes com DAC, principalmente pós- IAM. São usados como vasodilatadores e reduzem as taxas de mortalidade e morbidade desses pacientes. Através da ação do medicamento, o coração trabalha com menos carga e conseqüentemente a ação da adrenalina e dos hormônios do estresse também diminuem, dando a sensação de cansaço e fadiga para os pacientes. No entanto, não há um consenso na literatura no que se refere aos betabloqueadores agravarem ou potencializarem os sintomas de depressão (PENA et al., 2011; PINHO et al., 2003; VAN MELLE et al., 2006).

A associação de um quadro cardíaco e sintomas depressivos aumentam a taxa de reinfarto, de morbidade, bem como mortalidade (THOMBS et al., 2006). Esses pacientes tem uma menor probabilidade de retomar as atividades laborais, tem menos tolerância na prática de atividade física, menos adesão ao tratamento médico, declínio cognitivo e menor qualidade de vida (O'NEIL; SANDERSON; OLDENBURG, 2010). Pacientes

com diagnóstico de DM e depressão apresentam menor adesão ao tratamento, mau controle metabólico, maiores taxas de complicações, diminuição da qualidade de vida, aumento da utilização de cuidados de saúde e de custos, aumento de incapacidade e perda de produtividade e risco de morte (EDEGE; ELLIS, 2010).

Um estudo buscou conhecer níveis de ansiedade e depressão para determinar o fator de risco para aterosclerose. Na Turquia, foram examinados 116 pacientes internados para realizar angiografia coronariana, devido à suspeita de DAC. Pacientes com angiografia coronariana anormal apresentaram escores de depressão mais elevada quando comparados com pacientes com angiografia coronariana normal. Perceberam correlação significativa entre os escores depressão e ansiedade e a DAC, enquanto o fator de risco cardiovascular foi semelhante nos dois grupos (SUNBUL et al., 2013).

Não fazer uso dos medicamentos corretamente, não seguir a dieta prescrita ou realizar exercício físico, bem como não realizar consultas periódicas ao médico são fatores comportamentais que podem predispor DAC em pacientes deprimidos (AGARWAL et al., 2011). O tratamento para depressão pós- IAM segue o mesmo protocolo de um tratamento para depressão, ou seja, é indicado a farmacoterapia associada psicoterapia (CUIJPERS et al., 2009). Indica-se o uso dos ISRS em pacientes deprimidos que sofrem IAM, o que pode reduzir subsequente morbidade e mortalidade cardiovascular (ISOLAN et al., 2015; TAYLOR et al., 2005).

Além da farmacoterapia, tem-se a indicação do paciente realizar psicoterapia. A TCC demonstrou ser eficaz para pacientes com DAC e depressão (DICKENS et al., 2013). Uma intervenção realizada em grupo na Suécia dentro da abordagem cognitivo-comportamental trabalhando manejo do estresse com 20 sessões durante um ano diminuiu o risco de DCVs e IAM recorrente em pacientes com DAC (GULLIKSON et al., 2011). Exercícios físicos melhoram os sintomas depressivos de pacientes com diagnósticos de doenças crônicas, incluindo cardiopatas. Deve ser realizado um teste ergométrico para o paciente se sentir seguro que pode realizar o treino (BLUMENTHAL et al., 2012;

HERRING et al., 2012). Quando a depressão é tratada, há maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente, há uma melhora no quadro clínico cardíaco e isso reflete na qualidade de vida do indivíduo (O'NEIL; SANDERSON; OLDENBURG, 2010; THOMBS et al., 2006).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento psicoterápico a pacientes com doenças crônicas impulsionou a escolha dessa temática, com o propósito de aprimorar meus conhecimentos e de melhor compreender essas patologias. Isso se justifica em razão de que uma das minhas inquietações como psicóloga clínica é a constante separação que profissionais da saúde fazem entre corpo e mente. Percebo, a cada dia, o quanto o ser humano precisa ser olhado como um todo e como as emoções negativas interferem no curso e no prognóstico de diversas doenças crônicas.

Dentro desse contexto, se deu a investigação proposta, voltada a avaliar sintomas de ansiedade e depressão em adultos e idosos pós-ICP. Os resultados constataram a presença de sintomas de ansiedade em nível grave e de sintomas de depressão em intensidade mínimo nos pacientes envolvidos.

Os sintomas de ansiedade foram relevantes e isso pode ser associado à representação do coração, a qual é bastante singular, pois culturalmente está associada aos sentimentos e na crença de que é o órgão que os mantém vivos. Assim, qualquer sintoma dentro desse contexto traz incertezas, medos e angústias, tanto para o paciente quanto para aqueles que convivem com ele. Isso se agrava quando há necessidade de realizar um procedimento como a ICP.

Durante a coleta de dados, percebi a necessidade de os pacientes conversarem sobre o ocorrido, desde o diagnóstico cardíaco até o procedimento. Muitas vezes, durante as respostas dos inventários de ansiedade e depressão, o paciente associava alguma afirmativa com fatos de sua vida ou ao modo como se sentia. Enfim, precisava falar. Os sintomas de ansiedade descritos pelos pacientes estavam mais relacionados com o que acontecerá depois da alta, que cuidados terá e que mudanças irá conseguir efetuar, conforme as recomendações médicas. Além disso, os pacientes que já tinham tido algum tipo de tratamento psiquiátrico contavam o motivo da procura e relacionavam com sua

história de vida. Nesse contexto, chama muita atenção o fato de que a maioria deles destacou sua percepção positiva sobre o quanto a pesquisa é importante e agradeceu pela escuta e pela atenção recebida.

A partir disso, percebe-se a necessidade de avaliar, acompanhar e tratar os sintomas de ansiedade e depressão pós-ICP. A proposta de uma intervenção da psicologia dentro de um setor de hemodinâmica poderia proporcionar um alívio da sintomatologia de ansiedade e depressão, bem como poderia representar um momento no qual seria possível psicoeducar o paciente para que ele tenha um estilo de vida mais saudável. Sabe-se que sintomas psicológicos estão relacionados a uma menor adesão ao tratamento médico, a uma dificuldade em mudar a alimentação e a manter uma atividade física de forma regular. Além disso, sintomas de ansiedade, em muitos casos, geram uma ingestão de alimentos mais hipercalóricos ou em maior quantidade, o que prejudica a saúde do paciente. Os sintomas depressivos fazem com que o indivíduo não tenha motivação para realizar as atividades do cotidiano, além de trazer prejuízos relacionados ao autocuidado.

Nesse sentido, destaca-se a necessidade de continuar investigando a temática, sendo proposto um estudo com delineamento longitudinal, a fim de acompanhar esses pacientes pós-alta. Além disso, indica-se estudos com uma intervenção psicológica durante a internação, para verificar se os sintomas de ansiedade e depressão persistem.

REFERÊNCIAS

ABREU-RODRIGUES, M.; SEILD, E. M. F. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. **Paideia**, v. 18, n. 40, p. 279-288, 2008.

AGARWAL, M. et al. Depression in Patients of Myocardial Infarction – A Cross-sectional Study in Northern India. **J. Assoc Physicians India**, v.59, p.636-639, 2011.

ALVES, T. C. T. F. et al. Association between major depressive symptoms in heart failure and impaired regional cerebral blood flow in the medial temporal region: a study using 99mTc-HMPAO single photon emission computerized tomography (SPECT). **Psychological Medicine**, v. 36, n. 5, p. 597-608, 2006.

ALVES, T. C. T. F; FRÁGUAS, R.; WAJNGARTEN, M. Depressão e infarto agudo do miocárdio. **Rev Psiq Clín.**, v. 36, n. 3, p. 88-92, 2009.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM 5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 948p.

BARLOW, D.H. **Manual clínico dos transtornos psicológicos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.712 p.

BELLMAN, C. et al. Achievement of secondary preventive goals after acute myocardial infarction: A comparison between participants and nonparticipants in a routine patient education program in Sweden. **J. Cardiovasc. Nurs.**, v. 24, n. 5, p. 362-368, 2009.

BENYAMINI, et al. Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 46, n. 3, p. 310–321, 2013.

BLAY, S. L. et al. Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 15, n. 9, p. 790-799, 2007.

BLUMENTHAL, J. A. et al. Exercise and pharmacological treatment of depressive symptoms in patients with coronary heart disease: Results from the UPBEAT (understanding the prognostic benefits of exercise and anti depressant therapy) study. **J Am Coll Cardiol.**, v. 60, n. 12, p. 1053- 1063, 2012.

BOJAR, R. M. **Manual of Perioperative Care in Adult Cardiac Surgery**. 5. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011. 820p.

BONETTI, A; SILVA, D. G. V.; TRENTINI, M. O método da pesquisa convergente assistencial em um estudo com pessoas com doença arterial coronariana. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 179-183, 2013.

BONI, A. et al. Vitaminas antioxidantes e prevenção da arteriosclerose na infância. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, n. 4, p. 373-380, 2010.

BONOW, R. et al. **Tratado de doenças cardiovasculares**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 2200p.

BRAGA, J. E. F. et al. Ansiedade Patológica: Bases Neurais e Avanços na Abordagem Psicofarmacológica. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 2, p. 93-100, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Internações Hospitalares (SIH)**. Departamento de Informática do SUS- DATASUS, 2010. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 10 de mai. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf> Acesso em: 23 abr. 2015

CAIUBY, A.V. S.; ANDREOLI, P. B. A.; ANDREOLI, S. B. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 1, p. 77-84, 2010.

CALLEGARO, G. D. et al. Significando o processo de viver a cirurgia de revascularização miocárdica: mudanças no estilo de vida. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 4, p. 149-156, 2012.

CAMPOS, R. N.; CAMPOS, J. A. O.; SACHES, M. A evolução histórica dos conceitos de transtornos de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 4, p. 174-178, 2010.

CANALE, A.; FURLAN, M. M. D. P. Depressão. **Arquivos do Mundi**, v. 10, n. 2, p. 23-31, 2006.

CECCARINI, M.; MANZONI, G. M.; CASTELNUOVO, G. Assessing depression in cardiac patients: What measures should be considered? **Depression Research and Treatment**, v. 2014, p. 1-17, 2014.

CENTEMERO, M. P. Doença arterial coronária crônica: tratamento por intervenção coronária percutânea. In Timerman, A; Sousa, A. G. R. (Eds.). **Condutas Terapêuticas do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2014, p. 109-114.

CIRIC-ZDRAVKOVIC, S. V. et al. Anxiety in patients with acute coronary syndromes. **Eur. J. Psychiat.**, v. 28, n. 3, p. 165-171, 2014.

COLETA, M. F. D. Crenças sobre comportamentos de saúde e adesão à prevenção e ao controle de doenças cardiovasculares. **Mudanças – Revista de Psicologia**, v. 18, n. 1-2, p. 79-78, 2010.

COSTA, C. et al. Impacto dos fatores psicossociais na cirurgia cardíaca. **Acta Médica Portuguesa**, v. 21, n. 6, p. 601-606, 2008.

CUIJPERS, P. et al. Psychological treatment of depression in primary care: A meta-analysis. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 59, n. 559, p. 51-60, 2010.

DAL BONI, A. L. M.; MARTINEZ, J. E.; SACCOMANN, I. C. R. S. Qualidade de Vida de pacientes submetidos à revascularização do miocárdio. **Acta Paul. Enferm.**, v. 26, n. 6, p. 575-580, 2013.

DEWES, D. et al. Efetividade da terapia cognitivo-comportamental para os transtornos do humor e ansiedade: uma revisão de revisões sistemáticas. **Revista de Psicologia da IMED**, v.2, n.2, p. 385- 397, 2010.

DICKENS, C. et al. Characteristics of psychological interventions that improve depression in people with coronary heart disease: a systematic review and metaregression. **Psychosom Med.**, v. 75, n. 2, p. 11-21, 2013.

DURMAZ, T. et al. Coronary slow flow is associated with depression and anxiety. **Acta Cardiologica Sinica**, v. 30, n. 3, p. 197-203, 2014.

EGEDE, L. E., ELLIS C. Diabetes and depression: global perspectives. **Diabetes Res Clin Pract.**, v. 87, n. 3, p. 302-312, 2010.

FERREIRA, A. G. et al. A doença arterial coronariana e o envelhecimento populacional: como enfrentar esse desafio? **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto – HUPE**, v. 12, n. 1, p. 13-24, 2013.

FISKE, A.; WETHERELL, J. L.; GATZ, M. Depression in older adults. **Annual Review of Clinical Psychology**, v. 5, p. 363- 389, 2009.

FITZSIMONS, D. et al. Patient anxiety while on a waiting list for coronary artery bypass surgery; a qualitative and quantitative analysis. **Heart Lung.**, v. 32, n. 1, p. 23-31, 2003.

FLECK, M. P. et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 1, p. 7-17, 2009.

FONSECA, F. C. A et al. A influência dos fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, n. 2, p. 128-134, 2009.

FUERNMAYOR, G. et al. Prevalência de dislipidemia em população infantil com cardiopatia congênita. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 101, n. 3, p. 273-276, 2013.

GALTER, C. et al. A percepção do paciente cardiopata para vida ativa após recuperação de cirurgia cardíaca. **J Health Sci Inst.**, v. 28, n. 3, p. 255–258, 2010.

GAMA, G. G. G. et al. Crenças e comportamentos de pessoas com doença arterial coronária. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, p. 17, n. 12, p. 3371-3383, 2012.

GAMA, G. G. G. et al. Dificuldades de indivíduos com doença arterial coronária para seguir tratamento medicamentoso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 533-539, 2010.

GARCIA, R. P. et al. Estrutura e vínculos de uma família após infarto agudo do miocárdio. **Revista CUIDARTE**, v. 6, n. 1, p. 991-998, 2015.

GO, A. S. et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics: 2013 update: a report from the American Heart Association. **Circulation**, v. 127, n. 1, p. 143-146, 2013.

GOIS, L. F.; DANTAS, S. A.; TORRATI, G. F. Qualidade de vida relacionada à saúde, antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 30, n. 4, p. 700-707, 2009.

GOLDFELD, P. R. M. **Depressão, estresse, e eventos vitais em indivíduos com infarto agudo do miocárdio, com sintomas cardiológicos e sem sintomas: estudo de caso-controlado**. 2012. 84 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2012.

GONÇALVES, D. C.; PACHANA, N. A.; BYRNE, G. J. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among older adults in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. **Journal of Affective Disorders**, v. 132, n. 1, p. 223-230, 2010.

GOULD, R. L.; COULSON, M. C.; HOWARD, R. J. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. **The American Geriatrics Society**, v. 60, n. 2, p. 218-229, 2012.

GULLIKSON, M. et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease. Secondary prevention in Uppsala Primary Health Care Project. **Archives of Internal Medicine**, v. 171, n. 2, p. 134-140, 2011.

GUSTAD, L. T. et al. Symptoms of anxiety and depression and risk of acute myocardial infarction: the HUNT 2 study. **European Heart Journal**, v. 35, n. 21, p. 1394-1403, 2014.

HEK, K. et al. Anxiety disorders and comorbid depression in community-dwelling older adults. **International Journal of Methods in Psychiatric Research**, v. 20, n. 3, p. 157-168, 2011.

HICKS, D.; CUMMINGS, T. JR.; EPSTEIN, S.A. An approach to the patient with anxiety. **Med Clin North Am.**, v. 94, n. 6, p. 1127- 1139, 2010.

HERRING, M. P. et al. Effect of exercise training on depressive symptoms among patients with a chronic illness: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Arch Intern Med.**, v. 172, n. 2, p. 101-111, 2012.

HUFFMAN, J. C.; CELANO, C. M.; JANUZZI, J. L. The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. **Neuropsychiatric disease and treatment**, v. 6, p. 123–136, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf>. Acesso em: 15 abr.2015.

ISOLAN, L. et al. Psicofármacos em doenças e problemas físicos. In: CORDIOLI, A. V.; GALLOIS, C. B.; ISOLAN, L. (Org.). **Psicofármacos consulta rápida**. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 945-1005.

JEENGER, J.; WADHWA, S.; MATHUR, D. M. Prevalence of depression and anxiety symptoms in first attack myocardial infarction patients of mewar region: a cross sectional study. **Int J Cur Res Rev** , v. 6, n. 7, p. 79-85, 2014.

JURKIEWICZ, R.; ROMANO, B. W. Doença arterial coronariana e vivências de perdas. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 93, n. 3, p. 352-359, 2009.

LARSEN, K. K. et al. Myocardial infarction and risk of suicide: a population-based case-control study. **Circulation**, v. 122, n. 23, p. 2388-2393, 2010.

LEIFHEIT-LIMSON, E. C. et al. The role of social support in health status and depressive symptoms after acute myocardial infarction. **Circulation**, v. 3, n. 2, p.143-150, 2010.

LEMOS, C. et al. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 471-476, 2008.

LEVINE, G. N. et al. 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for percutaneous coronary intervention. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 58, n. 24, p. 44–122, 2011.

LICHTMAN, J. H. et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. **Circulation**, v. 129, p.1350-1369, 2014.

LOBO FILHO, J. G. et al. Cirurgia de revascularização coronariana esquerda sem CEC e sem manuseio da aorta em pacientes acima de 75 anos: análise das mortalidades imediata e a médio prazo e das complicações neurológicas no pós-operatório imediato. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 17, n. 3, p. 208-214, 2002.

LUNELLI, R. P. Atividade sexual pós-infarto do miocárdio: tabu ou desinformação? **Arq Bras Cardiol.**, v. 90, n. 3, p.172-176, 2008.

MAGALHÃES, C. C. et al. **Tratado de cardiologia Socesp**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2015.1700p.

MATTOS, L. A. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia- Intervenção Coronária Percutânea e Métodos Adjuntos Diagnósticos em Cardiologia Intervencionista (II Edição- 2008). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 6, p. 1–58, 2008.

MAY, H. T. et al. Depression after coronary artery disease is associated with heart failure. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 53, n. 16, p.1440-1447, 2009.

MENEZES, G. B. et al. Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n. 2, p. 55-60, 2007.

MITCHELL A. J.; IZQUIERDO S. A. Prognosis of depression in the elderly in comparison with adult age. Is there a significant clinical difference? **Actas Esp Psiquiatr.**, v. 37, n. 5, p. 289-296, 2009.

MOSTOFISKY, E. et al. Risk of acute myocardial infarction after the death of a significant person in one's life: clinical perspective. **Circulation**, v. 125, p. 491-496, 2012.

MORAIS, E. R. E. D.; SILVA, S. S.; CARITÁ, E. C. Business Intelligence utilizando tecnologias web para análise de fatores de risco na ocorrência de doença arterial coronariana. **Journal of Health Informatics**, v. 2, n. 1, p. 7-13, 2010.

NASCIMENTO, J. S.; GOMES, B.; SARDINHA, A. H. L. Fatores de risco modificáveis para as doenças cardiovasculares em mulheres com hipertensão arterial. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste – Rev. Rene**, v. 12, n. 4, p. 709-715, 2011.

NICOLAU, J. C. et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST (II Edição, 2007) – Atualização 2013/2014. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 102, n. 3, 2014.

NILSSON, U. G. et al. The desire for involvement in healthcare, anxiety and coping in patients and their partners after a myocardial infarction. **European journal of cardiovascular nursing**, v. 12, n. 5, p. 461- 467, 2013.

NORLUND, F. et al. Treatment of depression and anxiety with internet-based cognitive behavior therapy in patients with a recent myocardial infarction (U-CARE Heart): study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2015.

NORTON, J. et al. Anxiety symptoms and disorder predict activity limitations in the elderly. **Journal of Affective Disorders**, v. 141, n. 2, p. 276-285, 2012.

O'NEIL, A.; SANDERSON, K.; OLDENBURG, B. Depression as a predictor of work resumption following myocardial infarction (MI): a review of recent research evidence. **Health Qual Life Outcomes**, v. 8, n. 1, p. 1-11, 2010.

ORTH-GOMÉR, K. Behavioral interventions for coronary heart disease patients. **Biopsychosoc Med**, v. 6, n. 5, p. 1-7, 2012.

PÊGO-FERNANDES, P. M.; GAIOTTO, F. A.; GUIMARÃES-FERNANDES, F. Estado atual da cirurgia de revascularização do miocárdio. **Revista de Medicina**, v. 87, n. 2, p. 92-98, 2008.

PENA, F. et al. Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com desfechos negativos. **Insuf. Card.**, v. 6, n. 4, 2011.

PEREIRA, C. **Um estudo em cardiopatas submetidos à revascularização do miocárdio: ansiedade e depressão.** Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Baurú, 2015.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. **Rev Panam Salud Publica**, v. 25, n. 6, p. 491-498, 2009.

PINHEIRO, R. H. O. et al. Fatores De Risco Para Infarto Agudo Do Miocárdio Em Pacientes Idosos Cadastrados No Programa Hipertida. **Cogitare Enferm.**,v. 18, n. 1, p. 78-83, 2013.

PINHO, M. X. et al. Confiabilidade e validade da escala de depressão geriátrica em idosos com doença arterial coronariana. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 5, p. 570-579, 2010.

PINHO, M. X. et al. Betabloqueadores e depressão: há evidências para essa associação? **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**, v. 13, n. 4, p.27-35, 2003.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Health beliefs for the control of arterial hypertension. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2257-2267, 2008.

POLISSENI, A. F. et al. Depressão e ansiedade em mulheres climatéricas: fatores associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 1, p. 28-34, 2009.

QUINTANA, J. F.; KALIL, R. A. K. Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. **Psicologia Hospitalar**, v. 10, n. 2, p. 17-32, 2012.

RAVINDRAN, L. N.; STEIN, M. B. The pharmacologic treatment of anxiety disorders: a review of progress. **J Clin Psychiatry**, v.71, n.1, p. 839-854, 2010.

ROEST, A. M. et al. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 56, n. 1, p. 38-46, 2010.

ROSSI, V. E. C.; PACE, A. E.; HAYASHIDA, M. Apoio familiar no cuidado de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista Ciência et Praxis**, v. 2, n. 3, p. 41-46, 2009.

SADOCK, B. J.; SADOCK, A. L. **Compêndio de Psiquiatria**. 9.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1584p.

SANTANA, J. J. R. et al. Grupo educativo de cirurgia cardíaca em um hospital universitário: impacto psicológico. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 27, n. 1, p. 31-39, 2010.

SANTOS, M. G. et al. Desenvolvimento da aterosclerose na infância-Artigo de Revisão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 90, n. 4, p. 301-308, 2008.

SARDINHA, A. et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos e ansiedade relacionada à saúde em coronariopatas participantes de um programa de exercício supervisionado. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 38, n. 2, p. 61-65, 2011.

SARKAR, S. et al. Anxiety and depression in patients with myocardial infarction: Findings from a centre in India. **General Hospital Psychiatry**, v. 34, n. 2, p. 160-166, 2012.

SHEARER, D.S. et al. Integrando psicofarmacologia e psicoterapia no transtorno de ansiedade. In: OLIVEIRA, I.R.; SCHATZ, T.; STAHL, S.M. (Org.). **Integrando psicoterapia e psicofarmacologia**. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 129-150.

SCHERER, C. et al. O que mudou em minha vida? Considerações de indivíduos que sofreram infarto agudo do miocárdio. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 13, n. 2, p. 296-305, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Intervenção Coronária Percutânea e Métodos Adjuntos Diagnósticos em Cardiologia Intervencionista (II Edição – 2008). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 92, n. 1, p. 1-58, 2009.

STABELINI NETO, A. et al. Fatores de risco para aterosclerose associados à aptidão cardiorrespiratória e ao IMD em adolescentes. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia & Metabologia**, v. 52, n. 6, p. 1024-1030, 2008.

STANLEY, M. A. et al. Anxiety disorders among older primary care patients. **Journal of Clinical Geropsychology**, v. 7, n. 2, p. 105-116, 2001.

SUNBUL, M. et al. Anxiety and Depression in Patients With Coronary Artery Disease. **Bulletin of Clinical Psychopharmacology**, v. 23, n. 4, p. 345-352, 2013.

TAYLOR, C. B. et al. Effects of Antidepressant Medication on Morbidity and Mortality in Depressed Patients After Myocardial Infarction. **Arch Gen Psychiatry**, v. 67, n. 7, p. 792-798, 2005.

TIMERMAN, A.; BERTOLAMI, M. C.; FERREIRA, J. F. M. **Manual de Cardiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012. 1168p.

THOMBS, B. D. et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. **Journal of General Internal Medicine**, v. 21, n. 1, p. 30-38, 2006.

THYGESEN, K.; ALPERT, J.S; WHITE, H. D. Universal definition of myocardial infarction. **European Heart Journal**, v. 28, n. 20, p. 2634-2653, 2007.

TROTTER, R.; GALLAGHER, R.; DONOGHUE, J. Anxiety in patients undergoing percutaneous coronary interventions. **The Journal of Acute and Critical Care**, v. 40, n. 3, p. 185-192, 2011.

VAN BEEK, M. H. C. T. et al. One-year follow up of cardiac anxiety after a myocardial infarction: A latent class analysis. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 73, n. 5, p. 362-368, 2012.

VAN MELLE, J. P. et al. Beta-Blockers and Depression After Myocardial Infarction. A Multicenter Prospective Study. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 48, n. 11, p. 2209- 2214, 2006.

VARGAS, T. V.; DANTAS, R. A.; GOIS, C. F. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n. 1, p. 20-27, 2013.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERSTEEG, H.; ROEST, A. M.; DENOLLET, J. Persistent and fluctuating anxiety levels in the 18 months following acute myocardial infarction: the role of personality. **General hospital psychiatry**, v. 37, n. 1, p. 1-6, 2015.

VUKOVIC, O. et al. Type D personality in patients with coronary artery disease. **Psychiatria Danubina**, v. 26, n. 1, p. 46-51, 2014.

WILLHEL, A.R.; ANDRETTA, I.; UNGARETTI, M.S. Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. **Contextos Clínicos**, v. 8, n. 1, p. 79-86, 2015.

WHOLEY, M. A. et al. Depression and inflammation in patients with coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. **Biol Psychiatry**, v. 62, n. 4, p. 314-320, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases country profiles**, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>> Acesso em: 20 jun. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2010**, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>> Acesso em: 22 jun. 2015.

XAVIER, H. T. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose, **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, n. 101, v. 4, p. 1-20, 2013.

ZUIDERSMA, M. et al. Self-reported depressive symptoms, diagnosed clinical depression and cardiac morbidity and mortality after myocardial infarction. **Int J Cardiol.**, v. 167, n. 2, p. 2775-2780, 2013.

ANEXOS

Anexo A. Inventário de Ansiedade Beck (BAI)



Data: _____

Nome: _____ Estado Civil: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Ocupação: _____ Escolaridade: _____

Abaixo está uma lista de sintomas comuns de ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodado por cada sintoma durante a **última semana, incluindo hoje**, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	Absolutamente não	Levemente Não me incomodou muito	Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar	Gravemente Difícilmente pude suportar
1. Dormência ou formigamento.				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão ou desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

"Traduzido e adaptado por permissão de The Psychological Corporation, U.S.A. Direitos reservados © 1991, a Aaron T. Beck. Tradução para a língua portuguesa. Direitos reservados © 1993 a Aaron T. Beck. Todos os direitos reservados."
Tradução e adaptação brasileira, 2001, Casa do Psicólogo® Livraria e Editora Ltda. BAI é um logotipo da Psychological Corporation.

Anexo B. Inventário de Depressão de Beck- Segunda Edição (BDI-II)

<p>1. Tristeza</p> <p>0 Não me sinto triste.</p> <p>1 Eu me sinto triste grande parte do tempo.</p> <p>2 Estou triste o tempo todo.</p> <p>3 Estou tão triste ou tão infeliz que não consigo suportar.</p> <p>2. Pessimismo</p> <p>0 Não estou desanimado(a) a respeito do meu futuro.</p> <p>1 Eu me sinto mais desanimado(a) a respeito do meu futuro do que de costume.</p> <p>2 Não espero que as coisas dêem certo para mim.</p> <p>3 Sinto que não há esperança quanto ao meu futuro. Acho que só vai piorar.</p> <p>3. Fracasso passado</p> <p>0 Não me sinto um(a) fracassado(a).</p> <p>1 Tenho fracassado mais do que deveria.</p> <p>2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos.</p> <p>3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total.</p> <p>4. Perda de prazer</p> <p>0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que eu gosto.</p> <p>1 Não sinto tanto prazer com as coisas como costumava sentir.</p> <p>2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar.</p> <p>3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que costumava gostar.</p> <p>5. Sentimentos de culpa</p> <p>0 Não me sinto particularmente culpado(a).</p> <p>1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou que deveria ter feito.</p> <p>2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo.</p> <p>3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo.</p> <p>6. Sentimentos de punição</p> <p>0 Não sinto que estou sendo punido(a).</p> <p>1 Sinto que posso ser punido(a).</p> <p>2 Eu acho que serei punido(a).</p> <p>3 Sinto que estou sendo punido(a).</p>	<p>7. Auto-estima</p> <p>0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a).</p> <p>1 Perdi a confiança em mim mesmo(a).</p> <p>2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a).</p> <p>3 Não gosto de mim.</p> <p>8. Autocrítica</p> <p>0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual.</p> <p>1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser.</p> <p>2 Eu me critico por todos os meus erros.</p> <p>3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece.</p> <p>9. Pensamentos ou desejos suicidas</p> <p>0 Não tenho nenhum pensamento de me matar.</p> <p>1 Tenho pensamentos de me matar, mas não levaria isso adiante.</p> <p>2 Gostaria de me matar.</p> <p>3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.</p> <p>10. Choro</p> <p>0 Não choro mais do que chorava antes.</p> <p>1 Choro mais agora do que costumava chorar.</p> <p>2 Choro por qualquer coisinha.</p> <p>3 Sinto vontade de chorar, mas não consigo.</p> <p>11. Agitação</p> <p>0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes.</p> <p>2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado(a).</p> <p>3 Estou tão inquieto(a) ou agitado(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa.</p> <p>12. Perda de interesse</p> <p>0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades.</p> <p>1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar.</p> <p>2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas.</p> <p>3 É difícil me interessar por alguma coisa.</p>
--	--

13. Indecisão

- 0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes.
- 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes.
- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes.
- 3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão.

14. Desvalorização

- 0 Não me sinto sem valor.
- 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes.
- 2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas.
- 3 Eu me sinto completamente sem valor.

15. Falta de energia

- 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive.
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter.
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa.
- 3 Não tenho energia suficiente para nada.

16. Alterações no padrão de sono

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono.
- 1a Durmo um pouco mais do que o habitual.
- 1b Durmo um pouco menos do que o habitual.
- 2a Durmo muito mais do que o habitual.
- 2b Durmo muito menos do que o habitual.
- 3a Durmo a maior parte do dia.
- 3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir.

17. Irritabilidade

- 0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual.
- 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual.
- 3 Fico irritado(a) o tempo todo.

18. Alterações de apetite

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite.
- 1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual.
- 1b Meu apetite está um pouco maior do que o habitual.
- 2a Meu apetite está muito menor do que antes.
- 2b Meu apetite está muito maior do que antes.
- 3a Não tenho nenhum apetite.
- 3b Quero comer o tempo todo.

19. Dificuldade de concentração

- 0 Posso me concentrar tão bem quanto antes.
- 1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente.
- 2 É muito difícil manter a concentração em alguma coisa por muito tempo.
- 3 Eu acho que não consigo me concentrar em nada.

20. Cansaço ou fadiga

- 0 Não estou mais cansado(a) ou fatigado(a) do que o habitual.
- 1 Fico cansado(a) ou fatigado(a) mais facilmente do que o habitual.
- 2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer.
- 3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fatigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer.

21. Perda de interesse por sexo

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo.
- 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar.
- 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Subtotal da página 1 Subtotal da página 2 Subtotal da página 2 Pontuação total

Anexo C. Parecer da Comissão de Pesquisa e Pós-Graduação (CPPG) do HSVP

Passo Fundo, 15 de dezembro de 2015.

Parecer

Autor(a): Cristina Pilla Della Mea.

Orientador (a): Dr. Luiz Antonio Bettinelli.

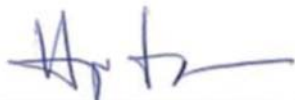
Responsável no HSVP: Dr. Júlio Cesar Stobbe.

Caros Pesquisadores

A Comissão de Pesquisas e Pós-Graduação do Hospital São Vicente de Paulo analisou seu projeto de pesquisa intitulado: “**AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DE DEPRESSÃO EM PACIENTES HOSPITALIZADOS PÓS-INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO**” e **aprovou** o estudo, salientando que este pode ser iniciado a partir dessa data.

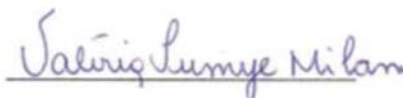
Queremos lembrar a necessidade de o pesquisador manter o Centro de Gerenciamento (CGP-HSVP) atualizado, sobre o desenvolvimento científico dentro do Hospital, informando sobre a aprovação na Plataforma Brasil e incluindo o HSVP como Instituição co-participante na folha de rosto do CONEP, informando também sobre as publicações ou apresentações dos resultados desta pesquisa (relatórios parciais e finais deverão ser encaminhados a este setor).

A comissão agradece a iniciativa em pesquisar no Hospital Ensino São Vicente de Paulo, deseja um ótimo trabalho aos pesquisadores lembrando que sejam cumpridas as normas regulamentares do HSVP (a pesquisa não deve produzir riscos aos pacientes e ao Hospital).



Dr. Hugo Lisboa
Coordenador CPPG-HSVP

Atenciosamente,



Valéria Sumye Milani
Centro de Gerenciamento
de Pesquisas (CGP-HSVP) CPPG – HSVP

Anexo D. Parecer do Comitê de Ética (CEP) da UPF

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes hospitalizados pós infarto agudo do miocárdio

Pesquisador: Cristina Pilla Della Mèa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52259315.3.0000.5342

Instituição Proponente: Universidade de Passo Fundo/Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.389.673

Apresentação do Projeto:

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é caracterizado pela obstrução de uma ou mais artérias coronarianas e esse quadro pode ocasionar a morte do paciente. O tratamento recomendado pode ser clínico ou cirúrgico e o paciente receberá orientações para mudar o estilo de vida. O coração é o órgão que representa a vida, além de ser associado a sentimentos, como alegria, paixão, tristeza, dentre outros. Portanto, o paciente que sofre um IAM tem muito receio do que está por vir depois desse diagnóstico, principalmente, medo da morte. Sintomas de ansiedade e de depressão estão presentes em pacientes pós IAM e quando não tratados podem levar a uma piora do quadro clínico, ocasionado mais hospitalizações e um reinfarto. O presente estudo tem como objetivo avaliar os sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes adultos e idosos hospitalizados com diagnóstico de IAM. Além disso, buscar-se-á identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes adultos e idosos hospitalizados com IAM; avaliar os fatores de risco cardiovascular com sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes adultos e idosos hospitalizados com IAM e analisar a relação entre o tratamento indicado (angioplastia com colocação de stents e cirurgia de revascularização do miocárdio) com sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes adultos e idosos hospitalizados com IAM. Trata-se de um estudo transversal que será realizado com 273 pacientes, homens e mulheres, que realizarão

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo

Bairro: Divisão de Pesquisa / São José **CEP:** 99.052-900

UF: RS **Município:** PASSO FUNDO

Telefone: (54)3316-8157

E-mail: cep@upf.br

Continuação do Parecer: 1.389.673

procedimento cardíaco de colocação de stent ou farão cirurgia de revascularização do miocárdio no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) na cidade de Passo Fundo-RS, durante o período de fevereiro a julho de 2016. A coleta de dados dar-se-á de forma individual no período em que o paciente estiver hospitalizado devido a IAM. Como instrumentos utilizar-se-á um questionário sociodemográfico; Inventário de Depressão de Beck- Segunda Edição (BDI-II) e o Inventário de Ansiedade Beck (BAI). Após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade de Passo Fundo, será iniciada a pesquisa onde os sujeitos serão orientados sobre a natureza do estudo e irão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes adultos e idosos hospitalizados com diagnóstico de IAM.

Identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes adultos e idosos hospitalizados com IAM.

Avaliar os fatores de risco cardiovascular com sintomas de ansiedade e depressão em pacientes adultos e idosos hospitalizados com IAM.

Analisar a relação entre o tratamento realizado (angioplastia com colocação de stents e cirurgia de revascularização do miocárdio) com sintomas de ansiedade e depressão em pacientes adultos e idosos hospitalizados com IAM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na coleta dos dados há possibilidade de desconforto psicológico. Entretanto, são riscos mínimos e já estão descritos no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal que será realizado com 273 pacientes, homens e mulheres, que realizarão procedimento cardíaco de colocação de stent ou farão cirurgia de revascularização do miocárdio no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) na cidade de Passo Fundo-RS, durante o período de fevereiro a julho de 2016. A coleta de dados dar-se-á de forma individual no período em que o paciente estiver hospitalizado devido a IAM. Como instrumentos utilizar-se-á um questionário sociodemográfico; Inventário de Depressão de Beck- Segunda Edição (BDI-II) e o Inventário de Ansiedade Beck (BAI). Após a aprovação do Comitê de Ética da Universidade de Passo Fundo, será iniciada a pesquisa onde os sujeitos serão orientados sobre a natureza do estudo e irão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo

Bairro: Divisão de Pesquisa / São José **CEP:** 99.052-900

UF: RS **Município:** PASSO FUNDO

Telefone: (54)3316-8157

E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Continuação do Parecer: 1.389.673

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no TCLE. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos do pesquisador e das instituições estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos. Porém sugiro deixar claro que o professor Luiz Antonio Bettinelli é o professor orientador desta pesquisa.

Recomendações:

Após o término da pesquisa, o CEP UPF solicita: a) A devolução dos resultados do estudo aos sujeitos da pesquisa ou a instituição que forneceu os dados; b) Enviar o relatório final da pesquisa, pela plataforma, utilizando a opção, no final da página, "Enviar Notificação" + relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional da Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_647860.pdf	28/12/2015 09:36:52		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	28/12/2015 09:17:10	Cristina Pilla Della Méa	Aceito
Outros	Orcamento.docx	28/12/2015 09:14:14	Cristina Pilla Della Méa	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	28/12/2015 09:12:55	Cristina Pilla Della Méa	Aceito
Outros	Inventarioansiedade.docx	28/12/2015 09:11:44	Cristina Pilla Della Méa	Aceito
Outros	inventariodepressao.docx	28/12/2015 09:11:13	Cristina Pilla Della Méa	Aceito
Outros	QuestionarioSociodemografico.docx	28/12/2015 09:10:06	Cristina Pilla Della Méa	Aceito
Outros	declaracao.pdf	28/12/2015 09:09:14	Cristina Pilla Della Méa	Aceito
Outros	TermoConsentimentoMedico.docx	28/12/2015 09:07:02	Cristina Pilla Della Méa	Aceito

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo

Bairro: Divisão de Pesquisa / São José

CEP: 99.052-900

UF: RS

Município: PASSO FUNDO

Telefone: (54)3316-8157

E-mail: cep@upf.br

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



Continuação do Parecer: 1.389.673

Outros	termoutilizacaodados.docx	28/12/2015 08:03:45	Cristina Pilla Della Mêa	Aceito
Outros	autorizacaolocal.docx	28/12/2015 08:03:10	Cristina Pilla Della Mêa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/12/2015 08:01:45	Cristina Pilla Della Mêa	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	28/12/2015 07:54:16	Cristina Pilla Della Mêa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PASSO FUNDO, 18 de Janeiro de 2016

Assinado por:
Felipe Cittolin Abal
(Coordenador)

Endereço: BR 285- Km 292 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José **CEP:** 99.052-900
UF: RS **Município:** PASSO FUNDO
Telefone: (54)3316-8157 **E-mail:** cep@upf.br

APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O Sr (a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre **avaliação dos sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes adultos e idosos hospitalizados no pós de intervenção coronariana percutânea**, de responsabilidade da pesquisadora Cristina Pilla Della Méa. Estou desenvolvendo essa pesquisa com o objetivo de obter o título de Mestre em Envelhecimento Humano do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano – PPGEH da Universidade de Passo Fundo.

O objetivo principal desta pesquisa é **avaliar os sintomas de ansiedade e de depressão em pacientes adultos e idosos hospitalizados** submetidos no pós de **intervenção coronariana percutânea**. Os resultados desta pesquisa poderão ajudar as pessoas envolvidas nos cuidados aos pacientes com diagnóstico de IAM.

Caso queira participar da pesquisa, o senhor (a) será entrevistado (a), sendo aplicado dois instrumentos de avaliação psicológica, o que levará cerca de 30 minutos. Antes disso, assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma ficando com você e outra com o pesquisador.

O Senhor (a) participará da aplicação do questionário sociodemográfico e de um inventário de ansiedade e um inventário de depressão. Será assegurada sua privacidade quanto às possíveis informações confidenciais, bem como o sigilo e o anonimato.

A sua participação no estudo não envolve nenhum risco à sua saúde física embora possa haver algum desconforto emocional. Caso isso ocorra a aplicação do instrumento será suspensa pela pesquisadora. O senhor (a) terá a garantia de receber esclarecimento a qualquer pergunta ou dúvida relacionada ao estudo, e liberdade de acesso aos dados que lhe dizem respeito em qualquer etapa.

Neste estudo o Sr. (a) não receberá compensações financeiras, bem como a sua participação é isenta de despesas. Será assegurada a sua privacidade quanto às informações prestadas, com sigilo e anonimato.

Caso você tenha dúvidas sobre a pesquisa e seus direitos como participante deste estudo, ou se pensar que foi prejudicado, pode entrar em contato com Cristina Pilla Della Méa, pelos telefones (54) 3317 - 3410 ou 3316 - 8384 ou com o professor Luiz Antonio Bettinelli pelos telefones (54) 3316 - 8520 ou (54) 3316 - 8384 e o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo pelo telefone (54) 3316 8157.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo. Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o (a) pesquisador (a).

Nome do participante: _____

Assinatura do participante

Cristina Pilla Della Méa

Observação: o presente documento, em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com os autores da pesquisa.

Apêndice B. Questionário



Questionário

Nº: _____

1. Quanto ao convênio:

- SUS
- Convênio Qual? _____
- Particular

2. Idade: _____ anos

3. Sexo

- Masculino
- Feminino

4. Grau de instrução

- Ensino Fundamental
- Ensino Médio
- Ensino Superior

5. Estado civil

- solteiro
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Viúvo

6. Reside com alguém

- Sim
- Não

7. Possui filhos

- Sim
- Não

8. Qual o diagnóstico cardíaco? _____

9. Há quanto tempo teve esse diagnóstico: _____

10. Existe alguém da família com problema cardíaco?

- Sim
- Não

11. Qual foi o procedimento cardíaco realizado?

- Angioplastia

Angioplastia com stent

12. Fatores de risco

Diabetes

Hipertensão

Obesidade

Dislipidemia

13. Realiza atividade física:

Sim Quantas vezes por semana? _____

Não

14. Com relação ao cigarro

Fumante Quantos cigarros por semana? _____

Não

Ex-fumante Quantos anos fumou? _____

15. Usa bebida de álcool?

Sim Qual a bebida? _____ Qual a quantidade por semana? _____

Não

16. Já teve diagnóstico de ansiedade dado por um psiquiatra?

Sim Há quanto tempo? _____

Não

17. Já teve diagnóstico de depressão dado por um psiquiatra?

Sim Há quanto tempo? _____

Não

18. Realiza tratamento psicológico?

Sim

Não

19. Usa alguma medicação controlada (que precise de receita azul)?

Não

Sim Quais? _____ Quantidade e dosagem _____



PPGEH

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia - FEFF