

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
JÚLIO DE MESQUITA FILHO
Programa de Pós-Graduação em Psicologia do
Desenvolvimento e Aprendizagem**

CAMILA PEREIRA

**Um estudo em cardiopatas submetidos à revascularização do
miocárdio: ANSIEDADE E DEPRESSÃO.**

**BAURU
2015**

CAMILA PEREIRA

Um estudo em cardiopatas submetidos à revascularização do miocárdio: ANSIEDADE E DEPRESSÃO.

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como requisito à obtenção do título de Mestre à Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem, sob a orientação da Prof^a Dr^a Tânia Gracy Martins do Valle.

**BAURU
2015**

Pereira, Camila.

Um estudo em cardiopatas submetidos à revascularização do miocárdio: ansiedade e depressão / Camila Pereira, 2015
108 f.

Orientador: Tânia Gracy Martins do Valle.

Dissertação (Mestrado)- Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências, Bauru, 2015

1. Ansiedade. 2. Depressão. 3. Revascularização cirúrgica do miocárdio. I. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências. II. Título.

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais pelo exemplo de luta, pelo apoio, pelo respeito às minhas escolhas. É pra vocês que ofereço todas as minhas conquistas. Foi pensando em vocês que eu não me permiti esmorecer. Amo-lhes incondicionalmente.

Aos meus familiares pelo afeto e por torcerem sempre por mim.

Em especial, à minha sobrinha amada, Anaísa, por renovar minha bateria a cada final de semana e por ser a razão da experiência mais formidável na minha vida.

À minha irmã Karina por sempre me acolher com tanto carinho e me amar como “metade de si mesma”. E ao meu cunhado Ian Carman, por diretamente colaborar com o desenvolvimento desse trabalho. Aos dois, muito obrigada por me auxiliarem com as traduções.

À minha irmã Natalia e sua família linda, pelo apoio e suporte nas horas de dificuldade e de desânimo. Ao meu cunhado Gustavo, pela prontidão de sempre me ajudar.

Ao Leonardo, o homem que escolhi para estar ao meu lado, obrigada pelo amor. Você foi e tem sido minha base, minha segurança... Nos seus braços eu encontro a paz. Você me inspira a buscar sempre o melhor que tenho dentro de mim.

*“O que será que meu Deus pensava quando criou você?
Acho que Ele estava pensando em mim.
Porque me deu mais do que sonhei.
Deu muito mais do que eu podia imaginar”.*

(Cleiton Schaefer)

A todos vocês obrigada pela compreensão com meus estudos, que exigiram a renúncia de vários momentos juntos. Sem o amor de vocês eu nada seria.

AGRADECIMENTOS

Ofereço minha gratidão

Ao meu amado Deus pelo dom da VIDA e por sempre presidir cada detalhe dela. Por toda graça com que me presenteia. E pelo quanto sinto que sou agraciada por sentir sua presença viva dentro de mim.

*“...tudo posso Naquele que me fortalece
Nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir
Quero, tudo quero, sem medo entregar meus projetos
Deixar-me guiar nos caminhos que Deus desejou pra mim e ali estar
Vou prosseguir tudo aquilo que Deus já escolheu pra mim
Vou persistir e mesmo nas marcas daquela dor
Do que ficou, vou me lembrar
E realizar o sonho mais lindo que Deus sonhou”*

(Tudo Posso – Celina Borges)

À minha querida orientadora Profa. Dra. Tania Gracy Martins do Valle, que tanto admiro e respeito. Minha profunda gratidão por ter me dado a possibilidade em ser sua orientanda. Pelos ensinamentos que possibilitaram a construção de conhecimento científico e que me fizeram amadurecer enquanto pessoa.

Às Professoras Dra. Maria de Lourdes Merighi Tabaquim (USP-Bauru) e Dra Sandra Leal Calais (UNESP-Bauru), que gentilmente aceitaram participar da banca de Defesa e pelas valiosas contribuições que enriqueceram este trabalho. Minha admiração e respeito pelo trabalho desenvolvido e pelas profissionais que são.

Às Professoras Dra. Carmen Maria Bueno Neme (UNESP-Bauru) e Dra. Denise Dascanio (UNIP-Bauru) que também gentilmente aceitaram participar como suplentes da banca de Defesa.

Ao Prof. Dr. Manuel Henrique, pelo acolhimento, ajuda e presteza em sempre responder minhas solicitações e pelas contribuições valiosas na análise estatística dos dados.

À Profa. Ms. Cinthia Maria Ramazzini Remaeh (USC - Bauru) pela atenção e prontidão em responder às minhas solicitações com o português, além de se demonstrar pessoa encantadora, acolhedora que é. Sou grata por ter sido agraciada com sua presença e suas contribuições nessa reta final.

Ao Hospital de Base de Bauru/FAMESP, pela oportunidade de coleta de dados, incentivo à produção de conhecimentos e por ter sido berço de muita experiência profissional.

À equipe da saúde da Unidade de Cardiologia e Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Base pelo apoio, incentivo e valiosos ensinamentos.

Às amigas Angela, pela força, companheirismo e prontidão em me ajudar sempre que preciso e Valéria, pela imensurável ajuda na fé, por me ensinar ser um ser humano melhor e confiar em Deus.

À minha querida “madrinha” Marlene Marchi Souza, pelo incentivo, apoio e ensinamentos ao longo da minha formação e atuação profissional. Serei eternamente grata.

À querida Zezé, por ser essencial na construção da pessoa que me tornei, por me ajudar a explorar e conhecer meu “território” e tomar posse do que sou. E por entender, finalmente, que tudo isso é mérito MEU.

*SER PESSOA: PROCESSO DE DEVOLUÇÃO
'O desafio de ser pessoa'.*

“Eu tenho que ser eu. Uma pessoa só pode ser pessoa, se ela é dona de si. Nós temos que tomar posse do que somos. Quantas coisas você possui e ainda não tomou posse? O amor é a capacidade de descobrir no outro o que ele ainda não viu que tem. É como se você tivesse uma grande propriedade e não tivesse a capacidade de andar por ela para demarcá-la, e não a conhece na totalidade. Mas aos poucos vai sendo dono daquilo que já é seu.

Ser pessoa é ser dono de você mesmo, e saber lidar com seu jeito de ser, de amar, de sentir, de pensar, de ter suas limitações e saber o que você pode. Quantas vezes você se dispôs a ser o que não era, dizendo 'sim' onde era para dizer 'não'? Você não teve consciência do que não podia. É o que Jesus sempre fez com as pessoas. Fazendo-as tomarem posse do próprio território, de si mesmas. 'Eu sou dono de mim, e não abro mão'.

Quem é o 'prefeito' de sua 'cidade'? Tenha coragem de dizer aos inimigos: 'Aqui nesta cidade tem prefeito (eu), e aqui não tem lugar para os bandidos. Eu não abro mão do meu território'.

E é aqui que Deus trabalha em nós para celebrar a Eucaristia, é para Deus que nos entregamos de novo. Eu sou pessoa, e me recebo de Deus o tempo todo. E Ele diz: "Cuide do que você é. Você não tem o direito de deixar as pessoas lhe roubar". E tem pessoas que te 'devolvem'. A experiência com Deus sempre diz: "Eu lhe devolvo".

Não tenha preguiça de conhecer seu 'território' e saber quem você é realmente. O total desconhecimento de si, não pode acontecer. A pessoa que não é 'pessoa', não tem assunto e sabe tudo o que acontece na vida do outro, mas não sabe de si mesma.

*As pessoas que vivem preocupadas com as novelas da vida, se desgastam com pessoas que nem conhecem. Não é fácil compreender o território humano. Se investigar e conhecer o 'por quê' de algumas reações, o 'por quê' aquela raiva foi tão grande naquela hora, o 'por quê' eu explodi com aquela pessoa... É descobrir o 'por quê' do afeto que tenho dentro de mim. Você deixa de ser explosiva demais quando toma posse do que é. Tudo isso porque você está em processo de construção. Deveríamos estar com placas dizendo: 'Estamos em obra, cuidado!'
É o seu processo de 'feitura' de ser pessoa....*

(Padre Fábio de Melo)

À amada amiga Ana Paula Afonso Camargo, pelas intensas conversas, pelo apoio e suporte com as pesquisas e na minha vida pessoal.

Ao amigo Robson Hideki Saito pela atenção e pela prontidão em ajudar com as coletas e revisão dos artigos, pelo carinho de sempre.

À querida e estimada Paula de Marchi Scarpin Hagemann, obrigada pelo companheirismo, prontidão e inestimável ajuda com as análises estatísticas e por sempre me acolher e ouvir nos momentos de angústia e desespero. Minha eterna e imensa gratidão por conhecer uma pessoa tão especial!

Aos pacientes que aceitaram participar deste estudo, pela disponibilidade e confiança com que me receberam e atenderam a todas as solicitações.

Às minhas queridas amigas de longa data, em especial à Maria Fernanda, Fefa, pela paciência e amizade diante das ausências e dos momentos de cansaço e à Karla Segato pelo carinho e suporte, pelas palavras de incentivo e confiança.

“Um amigo é uma escolha de Deus para nós. Uma amizade não se dá por escolhas humanas, não somos nós quem escolhemos esse ou aquele para ser nosso amigo, mas sim Deus. O nosso papel é apenas aprovar e acolher tal escolha, e dessa forma abrir as portas do coração.

O próprio Jesus no Evangelho, já nos diz:

“Já não vos chamo servos, mas de amigos!”

O amor que o amigo Jesus manifestou a nós foi o amor mais sublime, o amor mais puro, o amor livre, que em tamanha liberdade amou até o fim, o amor capaz de dar a vida, e de trazer à vida.

É esse amor verdade que somos chamados a viver numa amizade.

Assim como na Santíssima Trindade, o amor que transborda, o amor que gera vida.

O amor que alimenta uma amizade, o amor que une os amigos precisa transbordar e gerar vida.

E a Palavra de Deus nos assegura: “O amigo é uma proteção poderosa!”.

Ana Paula Meneses (Comunidade Canção Nova)

E a todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram no desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

Muito Obrigada!

RESUMO

A crescente associação entre depressão e aumento da morbimortalidade após revascularização cirúrgica do miocárdio combinado com a vivência na unidade de cardiologia de um hospital geral têm me motivado a pesquisar a incidência de fatores depressivos e ansiogênicos nos pacientes cardiopatas com indicação para tal cirurgia. Pretendeu-se, portanto, investigar aspectos emocionais e, assim, apurar sintomas de ansiedade e depressão desenvolvidos por concepções previamente adotadas decorrentes de relatos de outros pacientes, do posicionamento médico, da comunicação da enfermagem e outros meios de informações. Depressão e doença cardiovascular são consideradas dentre as doenças crônicas como as enfermidades de maior impacto na qualidade de vida do indivíduo. Os sintomas de ansiedade e depressão estão relacionados à maior reincidência do infarto agudo do miocárdio, morte por doença cardíaca, internação prolongada e prejuízo funcional pós-infarto. Além disso, podem atrasar a cura e o bem estar do paciente, assim como queda de interesses pessoais e dos seus relacionamentos sociais, podendo agravar o seu quadro clínico. Participaram da pesquisa 34 sujeitos de ambos os sexos, faixa etária entre 36 a 79 anos, após episódio de Infarto Agudo do Miocárdio, admitidos na Unidade de Cardiologia do Hospital de Base de Bauru - SP/FAMESP para revascularização cirúrgica do miocárdio. Os instrumentos utilizados foram: o Inventário de Depressão de Beck – II; a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD e Entrevista Clínica Estruturada Para Transtornos do Eixo I do DSM IV – SCID IV, buscando avaliar presença e gravidade dos sintomas de ansiedade e depressão, assim como possíveis transtornos. Os instrumentos foram aplicados conforme recomendações técnicas e em sessões individuais. Os dados foram codificados segundo as proposições de cada instrumento. Para a análise procedeu-se à correlação e à associação entre os indicadores emocionais para ansiedade e depressão, e indicadores das características clínico-

demográficas, utilizando os testes não paramétricos de Wilcoxon, Mann Whitney e Friedman para comparação inter e intravariáveis e os testes de Spearman e Qui-quadrado para verificar a correlação e associação entre as variáveis respectivamente, adotando o critério de significância de $p < 0,05$. Participaram da pesquisa em todos os períodos de avaliação, 34 sujeitos com prevalência de idade maior que 60 anos e sexo masculino (70,6%). Os resultados apontaram que pacientes submetidos à revascularização cirúrgica do miocárdio apresentam ansiedade elevada no período pré-operatório ($7,7 \pm 3,5$) e decréscimo significativo no pós-operatório. Considerando os sintomas depressivos, verifica-se prevalência de 55,9% no pré-operatório, 61,8% no pós-operatório imediato e tardio, segundo o BDI-II, e prevalência de 26,5% no pré-operatório; 32,3% no pós-operatório imediato e 20,6% no tardio, de acordo com a HAD-D. A incidência de sintomas depressivos aparece em destaque no período pós-operatório imediato para ambos os instrumentos (15,4%, no BDI-II e 30,8%, na HAD-D). Há presença de sintomas depressivos em 60% dos pacientes no follow-up de 30 a 40 dias após a cirurgia. E tanto ansiedade quanto depressão estão associadas às complicações clínicas, ambas no pós-operatório. Conclui-se que pacientes cardiopatas submetidos à revascularização cirúrgica do miocárdio apresentam prevalência e incidência de ansiedade e sintomatologia depressiva em qualquer fase operatória.

Palavras-chave – Ansiedade; Depressão; Revascularização cirúrgica do miocárdio; Pré e Pós-operatório; Inventários de depressão.

ABSTRACT

The growing association between depression and increase in mortality after coronary bypass graft surgery, combined with life experiences following hospital stay, have motivated us to research about the frequency of depressive and anxiogenic factors in heart disease patients who show the need for such surgery. Therefore, the purpose of this study was to explore emotional characteristics of patients who undergone coronary bypass graft surgery and then to examine anxiety and depression symptoms developed by concepts previously adopted from reports from other patients, from the doctors' positions, from the nurses communications, and other sources. Out of the chronic diseases, depression and cardiovascular disease are considered to have the most impact on the patients' quality of life. The symptoms of anxiety and depression are related to the repeated occurrence of acute myocardial infarction, death by cardiac diseases, prolonged hospitalization and functional loss after acute myocardial infarction. Moreover, they can delay the healing and welfare of the patients, such as, lack of personal interests and social relationships, which can aggravate their clinical diagnosis. There were 34 participants in the research, both sexes and ages, ranging from 36 to 70 years old. All participants had suffered acute myocardial infarction and were admitted to the Cardiology Sector of the Hospital de Base de Bauru - SP/FAMESP for coronary bypass graft surgery. The instruments used during the research were: the Beck Depression Inventory II; the Hospital Anxiety and Depression Scale - HAD and the Structured Clinical Interview for Mental Disorders I of DSM IV - SCID IV, seeking to evaluate the presence and severity of symptoms of anxiety and depression, as well as possible disorders. The instruments were applied accordingly to technical recommendations and in individual sessions. The data were coded according to the proposition of each instrument. For the analyses, the correlation and

association between the emotional indicators of anxiety and depression were considered, as well as the indicators of clinic-demographic characteristics, such as Wilcoxon, Mann Whitney and Friedman's non-parametric tests to compare inter and intro-variables and Spearman's tests and Qui-quadrado tests to verify the correlation and association between the respectively variables, adopting the criteria of significance of $p < 0,05$. Thirty-four male participants older than 60 years old (70,6%) were included in all periods of evaluation. The results pointed that patients undergoing coronary bypass graft surgery showed a high level of anxiety during the pre-surgery stage (7,7+-3,5) and a significant decrease of the level of anxiety during the post-surgery stage. Considering the depressive symptoms, it is verified a prevalence of 55,9% during the pre-surgery stage, 61,8% during the post- surgery stage, both promptly and tardy, accordingly to BDI-II, and prevalence of 26,5% during the pre-surgery stage, 32,3% promptly post-surgery and 20,6% tardy post-surgery, accordingly to HAD-D. The incidence of depressive symptoms is highlighted in the promptly post-surgery stage for both instruments (15,4%, in the BDI-II and 30,8%, in the HAD-D). The presence of symptoms of depression can be found in 60% of the patients during follow-up, 30 to 40 days after surgery. Moreover, both anxiety and depression rates are associated with clinical complications, both in the post-surgery stages. It can be concluded that cardiac patients undergoing coronary bypass graft surgery show prevalence and incidence of anxiety and symptoms of depression in any surgery stage.

Key-words: Anxiety, Depression, Coronary Bypass Graft Surgery, Pre and Post Surgery Stages, Reports of Depression.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	17
2. INTRODUÇÃO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1 DOENÇA ARTERIAL CORONÁRIA E INTERVENÇÃO CIRÚRGICA	20
3.2 CARDIOPATIAS E DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS: ANSIEDADE E DEPRESSÃO	25
3.2.1 ANSIEDADE E DEPRESSÃO NO PERÍODO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	33
3.3 SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES SUBMETIDOS À REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO E COMPLICAÇÕES CLÍNICAS NO PÓS-OPERATÓRIO	39
4. OBJETIVO.....	42
4.1 OBJETIVO GERAL	42
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
5. MÉTODO	43
5.1 PARTICIPANTES	43
5.1.1 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DA AMOSTRA	43
5.2 LOCAL.....	43
5.3 INSTRUMENTOS	44
5.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	46
5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	46
5.6 ANÁLISE DE DADOS	48
6. RESULTADOS.....	50
6.1 DESCRIÇÃO DOS INDICADORES CLÍNICO-DEMOGRÁFICOS DOS PACIENTES SUBMETIDOS À REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MIOCÁRDIO (RCM) (FAIXA ETÁRIA, SEXO, TABAGISMO, ETILISMO, DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA)	52
6.1.1 CORRELAÇÕES E ASSOCIAÇÕES ENTRE OS INDICADORES CLÍNICO-DEMOGRÁFICOS DOS PACIENTES SUBMETIDOS À REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MIOCÁRDIO (RCM) (FAIXA ETÁRIA, SEXO, TABAGISMO, ETILISMO, DIABETES MELLITUS)	54
6.2 DESCRIÇÃO DOS INDICADORES DE ANSIEDADE (HAD) E DE SINTOMAS DEPRESSIVOS (BDI-II E HAD-D) EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE RM.....	55
6.2.1 CORRELAÇÕES ENTRE SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO NAS FASES PRÉ E PÓS-OPERATÓRIAS DE REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MIOCÁRDIO.	59

6.3	DESCRIÇÃO DOS INDICADORES DE DEPRESSÃO SEGUNDO A ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA TRANSTORNOS – SCID.....	60
6.4	CORRELAÇÕES E ASSOCIAÇÕES ENTRE AS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-DEMOGRÁFICAS E A PRESENÇA DE ANSIEDADE E SINTOMAS DEPRESSIVOS NOS PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO	61
6.4.1.	INDICADORES DE ANSIEDADE EM FUNÇÃO DE FATORES CLÍNICO-DEMOGRÁFICOS (SEXO, IDADE, TABAGISMO, ETILISMO, DM).....	61
6.4.2	CORRELAÇÕES E ASSOCIAÇÕES ENTRE OS INDICADORES DE DEPRESSÃO (BDI-II E HAD-D) EM FUNÇÃO DOS FATORES CLÍNICO-DEMOGRÁFICOS (SEXO, IDADE, TABAGISMO, ETILISMO, DIABETES MELLITUS).....	63
6.4.3	ASSOCIAÇÕES ENTRE OS INDICADORES DE DEPRESSÃO (SCID) EM FUNÇÃO DOS FATORES CLÍNICO-DEMOGRÁFICOS (SEXO, IDADE, TABAGISMO, ETILISMO, DIABETES MELLITUS)	66
6.5	CORRELAÇÕES E ASSOCIAÇÕES ENTRE INDICADORES DE ANSIEDADE E SINTOMAS DEPRESSIVOS E POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES CLÍNICAS PRESENTES APÓS A CIRURGIA CARDÍACA E TEMPO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E UTI.	68
7	<u>DISCUSSÃO.....</u>	<u>72</u>
7.1	INDICADORES CLÍNICO-DEMOGRÁFICOS NOS PACIENTES SUBMETIDOS À REVASCULARIZAÇÃO CIRÚRGICA DO MIOCÁRDIO (FAIXA-ETÁRIA, SEXO, TABAGISMO, ETILISMO, DIABETES)	73
7.2	INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE ANSIEDADE E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM PACIENTES NO PRÉ E PÓS-CIRÚRGICO DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO (T1, T2, T3 E T4)	75
7.3	INDICADORES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM FUNÇÃO DOS FATORES CLÍNICOS DEMOGRÁFICOS (SEXO, IDADE, TABAGISMO, ETILISMO, DIABETES MELLITUS).....	82
7.4	INDICADORES DE SINTOMAS DE ANSIEDADE, DEPRESSIVOS (BDI-II, HAD-D, HAD-A E SCID), COMPLICAÇÕES CLÍNICAS E TEMPO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR E UTI.....	84
8	<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	<u>90</u>
	<u>REFERÊNCIAS.....</u>	<u>92</u>
	APÊNDICE I.....	102
	APÊNDICE II	104
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	105

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma do Procedimento de Coleta de dados.....	47
Figura 2. Diagrama de pacientes incluídos neste estudo.....	51
Figura 3. Descrição das médias de pontuação segundo o BDI-II.....	58

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos dados clínico – demográficos.....	53
Tabela 2. Distribuição das médias de tempo de internação e tempo de UTI.....	52
Tabela 3. Correlações entre as variáveis como idade, tabagismo, etilismo e complicações clínicas.....	55
Tabela 4. Distribuição dos dados referentes à ansiedade segundo HAD-A.....	56
Tabela 5. Distribuição dos dados referentes à intensidade de sintomas de depressão segundo BDI-II.....	57
Tabela 6. Distribuição das médias de pontuação segundo BDI-II.....	58
Tabela 7. Distribuição das médias de pontuação segundo HAD-D.....	59
Tabela 8. Correlações entre os resultados obtidos com os instrumentos de avaliação BDI-II e HAD A e D.....	60
Tabela 9. Distribuição dos dados referentes a sintomas de depressão.....	61
Tabela 10. Distribuição de indicadores de Ansiedade em função de fatores clínico-demográficos.....	62
Tabela 11. Distribuição de indicadores de Depressão em função do sexo.....	63
Tabela 12. Distribuição de indicadores de Ansiedade e Depressão em função da idade.....	64
Tabela 13. Correlações entre os resultados obtidos com os instrumentos de avaliação BDI-II e HAD A e D com a idade.....	65
Tabela 14. Associação entre indicadores de sintomas depressivos pelo BDI-II e tabagismo.....	65
Tabela 15. Correlações entre os resultados obtidos com os instrumentos de avaliação BDI-II e HAD A e D com variáveis como tabagismo e etilismo.....	66
Tabela 16. Associação entre indicadores de sintomas depressivos e tabagismo.....	67
Tabela 17. Comparação dos indicadores de sintomas depressivos e idade.....	67
Tabela 18. Distribuição dos indicadores de ansiedade em função das complicações clínicas.....	68
Tabela 19. Distribuição dos indicadores de depressão e Complicações Clínicas.....	69
Tabela 20. Correlações entre os resultados obtidos com os instrumentos de avaliação BDI-II e HAD A e D com complicações clínicas.....	69

Tabela 21. Correlações entre os resultados obtidos com os instrumentos de avaliação BDI-II e HAD A e D com variáveis tempo de internação total e UTI.....70

Tabela 22. Associação entre indicadores de sintomas depressivos e tempo de internação.....71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTH – Hormônio Adrenocorticotrófico

BDI – Inventário de Depressão de Beck

CEC – Circulação Extracorpórea

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças

CRH – Hormônio Corticotrofina

DAC – Doença Arterial Coronária

DCV – Doenças Cardiovasculares

DSM –V – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EDM – Episódio Depressivo Maior

HAD – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

NA - Noradrenalina

OMS – Organização Mundial da Saúde

POI – Pós-Operatório Imediato

POT – Pós-Operatório Tardio

RCM – Revascularização Cirúrgica do Miocárdio

RM – Revascularização Miocárdica

SCID-I – Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

1. APRESENTAÇÃO

O presente trabalho foi gestado a partir de prática clínica durante minha atuação profissional entre 2010 a 2014, voltada à assistência psicológica no setor de Cardiologia do Hospital de Base de Bauru (HBB). O constante contato com pacientes cardiopatas pré e pós-cirúrgico, viabilizou a percepção da prevalência de sintomas depressivos nos períodos que antecediam e procediam à cirurgia cardíaca, levaram-me a questionar a relação da presença de sintomatologia depressiva ou, até mesmo, a permanência dela após a cirurgia com a condição cardíaca. Além disso, a ansiedade também se apresentou constante nos pacientes com indicação cirúrgica, tanto antes quanto no período de vivência na Unidade de Terapia Intensiva.

Por essa época, surgiu a oportunidade de uma coorientação da pesquisa “Transtorno depressivo e cardiopatia: estudo prospectivo em revascularização cirúrgica do miocárdio”, ao Serviço de Psicologia e com um dos estagiários de psicologia do Setor de Cardiologia do referido hospital. Essa pesquisa consistia em investigar a sintomatologia depressiva em sujeitos com cardiopatia isquêmica em fase pré e pós-operatória, de revascularização cirúrgica do miocárdio, cujos resultados apontaram correlação com a literatura e importante consideração a respeito da ocorrência da sintomatologia e complicação pós-cirúrgica. Quando submetidos a uma cirurgia cardíaca, além dos aspectos fisiopatológicos decorrentes do problema cardíaco, os pacientes também sofriam o impacto emocional intenso. Esses pacientes se tornam expostos às mais diversas emoções e sentimentos, entre elas a ansiedade e a depressão.

Entre as patologias psiquiátricas, a depressão está entre as mais comuns. Boa parte da população mundial é atormentada pela depressão, independente de sexo, idade ou etnia e está associada ao declínio do bem-estar no âmbito pessoal, funcional e social, acarretando um

grande impacto na qualidade de vida (DESSOTTI et al, 2013; PINTON et al., 2006). A depressão se torna um problema grave de saúde na medida em que existe a dificuldade de sua detecção (diagnóstico) devido à presença, muitas vezes, de sintomas somáticos.

Há muito tempo vêm-se abordando a relação dos aspectos emocionais nas doenças do coração. Desde a década de 1960, têm-se publicações relatando a associação entre presença de ansiedade e depressão e aumento da morbimortalidade após Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Revascularização Cirúrgica do Miocárdio (RCM). Pesquisas mostram, inclusive, a presença de ansiedade e depressão enquanto fator influenciador no desenvolvimento de lesões cardiovasculares em indivíduos previamente saudáveis (PINTON et al., 2006; PIGNAY-DEMARIA et al., 2003).

De tal forma, a atenção dada às doenças coronarianas tem tido maiores proporções em decorrência, também, do impacto psicoemocional que geralmente causam nos pacientes, principalmente daqueles sujeitos submetidos a alguma cirurgia cardíaca (RIBEIRO; GAGLIANI, 2010). Estudos recentes apontam para a evidência da relação entre os estados emocionais e o funcionamento do coração, com correspondentes bioquímicos bem definidos, que são mediados pelo sistema nervoso autônomo e pelos hormônios que modulam as funções cerebrais, suprarrenais e cardíacas (RIBEIRO; GAGLIANI, 2010).

Dados da literatura indicam o aumento da incidência de episódio depressivo maior em sujeitos com cardiopatias e apontam para associação entre altas taxas de mortalidade, quando combinadas à depressão, com estatísticas superiores às da população geral, em até quatro vezes (PINTON et al., 2006; BLUMENTAL et al., 2003). Além disso, tem-se o consequente aumento do custo e tempo de evolução da doença, tempo de afastamento do trabalho, bem como, o aumento da demanda de procedimentos e exames complementares, gerando alto custo para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o serviço complementar (DESSOTTE et al., 2013). De outro modo, a depressão, quando não tratada de forma correta, torna-se fator de

pior prognóstico, elevando significativamente a morbidade em sujeitos Pós-Infarto Agudo do Miocárdio - IAM (LEMOS, 2006).

Dada a relevância do impacto da depressão e ansiedade sobre o paciente cardiopata, submetido à cirurgia de revascularização do miocárdio, a identificação dos sintomas em fase pré e pós-operatória possibilita a instrumentalização e o planejamento de estratégias multidisciplinares no cuidado após o diagnóstico de IAM, de modo a favorecer o suporte psicológico aos pacientes cardiopatas deprimidos e ansiosos e colaborar com um melhor prognóstico.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, apresenta-se uma sustentação teórica para as questões envolvidas, contextualizando a literatura de apoio para melhor análise e compreensão dos resultados. E para uma abordagem mais adequada a respeito do assunto, propõem-se três tópicos: no primeiro, as considerações a respeito da Doença Arterial Coronária (DAC), as características clínico-demográficas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio e a intervenção cirúrgica adotada. No segundo, os estudos desenvolvidos sobre cardiopatia e doenças psiquiátricas, mais especificamente, a ansiedade e a depressão nessa população em condição pré e pós-cirurgia de revascularização do miocárdio. E finalmente, estudos que abordam sintomas de ansiedade e depressão e complicações clínicas no pós-operatório.

2.1 Doença Arterial Coronária e Intervenção Cirúrgica

A noção de doença arterial coronária foi esclarecida por William Heberden em 1768 e publicada em 1772, no *Medical Transactions of the College*, mas ainda sem explicações a respeito da angina do peito. Somente em 1876, é que essa relação foi feita. Adam Hammer foi o primeiro a considerar que tanto o infarto do miocárdio quanto a angina, poderiam estar atribuídos à diminuição ou interrupção do fluxo sanguíneo coronário, em decorrência da obstrução de, pelo menos, uma das artérias do coração (DALLAN; JATENE, 2013).

A Doença Arterial Coronariana (DAC) é caracterizada pela presença de obstrução arterial causada por placas ateroscleróticas, frequente em aproximadamente 90% dos casos. Vale ainda ressaltar as anormalidades congênitas das coronárias e arterite coronária associada às vasculites e pós-irradiação como fatores menos frequentes no surgimento desta doença (ZORNOFF et al., 2005).

Basicamente, ela apresenta uma fisiopatologia resultante do desequilíbrio entre o suprimento e a demanda de oxigênio para o miocárdio. Diminuindo-se o suprimento e aumentando a demanda, tem-se a isquemia do miocárdio (ZORNOFF et al., 2005). Assim, a DAC caracteriza situações como angina instável, infarto agudo do miocárdio e suas complicações mecânicas agudas (JATENE, MONTEIRO; HUEB, 2005).

O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) refere-se a uma necrose do músculo cardíaco, proveniente da redução do fluxo sanguíneo coronariano de um segmento do miocárdio. Responsável pelo IAM, a lesão coronariana é um estreitamento vascular, frequentemente de leve a moderado, estando presente a trombose à placa rompida, ocasionando a oclusão aguda (LEMOS, 2006). Possui alta incidência na população mundial e juntamente com seus fatores de risco, tais quais, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), tabagismo, etilismo (FERNANDES; ATILI; SOUZA, 2009; ALVES et al., 2008), dislipidemia, incluindo suas complicações como a insuficiência cardíaca (IC), responsável por acarretar significativa diminuição de sobrevida, e por influenciar no surgimento de alterações cerebrovasculares como a aterosclerose, infartos lacunares e acidentes vasculares cerebrais (AVC) (ALVES, et al., 2008).

Dados apontados pela Organização Mundial de Saúde revelam as Doenças Cardiovasculares (DCV), entre elas o infarto agudo do miocárdio, como principal causa de mortalidade e incapacidade em ambos os sexos, tanto no Brasil como no mundo, representando uma das questões de saúde pública mais relevante da atualidade, principalmente nos países em desenvolvimento (DESSOTTE et al., 2013).

Pesquisas com esse tema fornecem evidências na relação entre as características clínico-demográficas e o humor deprimido nos pacientes com DAC. Observou-se a predominância do sexo masculino entre os pacientes cardiopatas (CAMPONOVARA; SILVEIRA; CIELO, 2014; ARAÚJO et al., 2013; TULLY; BAKER, 2012; MAIA, 2012;

OLIVEIRA; WESTPHAL; MOSTROENI, 2012, FERNANDES; ALITI; SOUZA, 2009; POZUELO, et al., 2008; PINTON et al., 2006; PEREZ, et al., 2005), média de idade de 61 anos (ARAÚJO et al., 2013; PINTON et al., 2006), alta prevalência de depressão (46,7%) e, além disso, os dados revelaram que as mulheres apresentam depressão com maior frequência e em níveis mais graves comparadas aos homens (DESSOTTE et al., 2013; TULLY; BAKER, 2012; CARDOSO et al., 2008; PEREZ et al., 2005). Entre a amostra masculina, os homens com depressão eram aqueles frequentemente mais jovens (DESSOTTE et al., 2013; TULLY; BAKER, 2012; ANSTEY et al., 2009; PEREZ et al., 2005). Quanto à prevalência da doença coronariana precoce nos países desenvolvidos, esta varia em torno de 10%, enquanto nos países em desenvolvimento, como o Brasil, esse percentual dobra. Tal diferença parece se relacionar com o sedentarismo e as mudanças nos hábitos nutricionais, mais observados nos países em desenvolvimento, além dos fatores de risco clássicos para a aterosclerose. Os principais fatores associados aos eventos isquêmicos, entre os jovens, são a dislipidemia, o tabagismo e o excesso de peso (ARAÚJO et al., 2013).

Anstey et al. (2009) identificaram os fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, sedentarismo, tabagismo, obesidade) como preditores de sintomas depressivos e aumento da vulnerabilidade biológica para a depressão. Nesse mesmo segmento, Pozuelo et al. (2009) apontaram a depressão como possível agravante dos sabidos fatores de risco: tabagismo, diabetes, hipertensão, obesidade, sedentarismo e aumento no consumo de álcool (SERRANO JR et al., 2011) e que o risco de desenvolver IAM persiste por décadas após a primeira hospitalização.

Dentre as alternativas para o tratamento da Doença Aterosclerótica Coronária ou Doença Arterial Coronária, a cirurgia de revascularização do miocárdio é muito realizada, com a qual se pretende principalmente corrigir a isquemia miocárdica provocada pela obstrução das artérias coronárias, além de aliviar a angina do peito, melhorar a qualidade de

vida, evitar o infarto do miocárdio e prolongar a vida (OLIVEIRA; DALLAN; LISBOA, 2005). Com o grande desenvolvimento da circulação extracorpórea, a partir de 1950 a revascularização do miocárdio progressivamente foi sendo utilizada na prática clínica, ganhando grande visibilidade. Considera-se que, dentre as especialidades médicas, o tratamento cirúrgico da doença arterial coronária seja o assunto mais estudado (DALLAN; JANETE, 2013).

Novos procedimentos aparecem como novas perspectivas para os pacientes cardiopatas e por isso têm recebido grande interesse da comunidade científica. Dentre os procedimentos utilizados estão: a Revascularização Miocárdica com enxertos arteriais, a Revascularização miocárdica sem circulação extracorpórea, revascularização Miocárdica minimamente invasiva, Angiogênese e Terapia celular (OLIVEIRA; DALLAN; LISBOA, 2005).

É importante destacar que na revascularização miocárdica, a escolha do enxerto torna-se fundamental no tocante à permeabilidade, podendo influenciar nas taxas de morbidade e mortalidade. Durante anos, o enxerto mais utilizado nos procedimentos cirúrgicos foi a veia safena ocorrendo mudanças importantes em termos técnicos e quanto aos tipos de enxerto (OLIVEIRA; DALLAN; LISBOA, 2005).

Com relação ao tempo de hospitalização, Araújo et al. (2013) desenvolvem um estudo com o objetivo de identificar as complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica. Neste estudo, verificou-se um tempo prolongado de internação no pré e pós-operatório, assim como no tempo total de internação, com média de 28,42 ($\pm 16,77$) dias. Complementando-o, o estudo de Mesquita et al. (2008) constatou baixo EuroSCORE entre os pacientes com permanência hospitalar menos que 8 (± 4) dias, e EuroSCORE moderado e grave naqueles pacientes com 12 (± 10) dias e 15 (± 10) dias, respectivamente.

Outros achados na literatura apontam variação quanto ao período de internação hospitalar para RCM. De acordo com o estudo de Laizo et al. (2012), o tempo de permanência na UTI nas cirurgias cardíacas é, em média, 5,4 a 5,9 dias. Em contrapartida o estudo de Torradi (2009), relata média de 3 dias de internação em UTI. Relacionando tempo de internação em UTI e idade, Almeida et al. (2006), encontraram em seu estudo, tempo de internação maior entre os pacientes com idade superior a 60 anos. Em controvérsia, o estudo de Fernandes, Aliti e Souza (2009) aponta fraca associação entre essas variáveis (idade e tempo de internação na UTI). Entretanto, ressaltam que pacientes mais idosos apresentam mais complicações clínicas no pós-operatório imediato, acarretando em tempo mais prolongado na UTI. Ao desenvolver sua pesquisa, Laizo, Delgado e Rocha (2012) constataram maior dificuldade de oxigenação e, com isso, maior tempo de permanência na UTI, nos casos de pacientes que não cessaram o uso de tabaco por pelo menos quatro semanas antes da cirurgia. Embora este seja um problema multifatorial, tais autores apontam que as complicações por infecções, principalmente a mediastinite (infecção dos tecidos profundos da ferida operatória), podem ocorrer em decorrência de contaminação da ferida operatória, além de relações com a obesidade, DPOC e o diabetes mellitus, tendo incidência de infecção desse tipo neste grupo de pacientes de 5%.

Complementando, o estudo de Rufino et al. (2012) constatou a ocorrência de infecção enquanto maior causa de complicações clínicas na amostra estudada, e que infecções hospitalares em pacientes internados na UTI além de comuns aumentam com o tempo de internação.

2.2 Cardiopatias e Doenças psiquiátricas: Ansiedade e Depressão

Além dos aspectos fisiopatológicos decorrentes do problema cardíaco, os pacientes também sofrem um impacto emocional intenso quando submetidos a uma cirurgia cardíaca. No período perioperatório desse tipo de cirurgia, os pacientes estão expostos às mais diversas emoções e sentimentos, entre elas, à ansiedade e à depressão, relacionadas ao ato anestésico-cirúrgico.

Para Spielberger (1981), a vida é marcada por uma sequência temporal de eventos que são desencadeados ou desencadeiam outros eventos. Um estressor é uma situação que representa um grau de perigo físico ou psicológico percebido pela pessoa. Assim, uma situação tensa pode ser percebida como uma ameaça que levará à ansiedade. A reação a essas situações é influenciada pelo perigo real que ela representa, assim como pelas interpretações que o próprio indivíduo faz.

Quando os sintomas ansiosos são excessivos, ocorrendo em grande parte do dia e por um período de seis meses, a ansiedade pode se transformar no transtorno de ansiedade generalizada, no qual o indivíduo vive tenso, preocupado, irritado ou nervoso. Além da ansiedade generalizada, algumas pessoas podem ter crises intermitentes de ansiedade caracterizada sob a forma de crises do pânico (TORRATI, 2009).

Os transtornos de ansiedade e os sintomas ansiosos, segundo Hicks, Cummins e Epstein (2010) são frequentes na população em geral. Estão associados, frequentemente, a outros problemas de ordem afetiva, principalmente com a depressão (ROY-BYRNE et al., 2008). Embora seja comum a associação com a depressão, nem todas as pessoas ansiosas são deprimidas (FAISAL-CURY; MENEZES, 2006).

A ansiedade é a antecipação de ameaça futura (DSM-V) e se refere a um estado emocional que abrange componentes psicológicos e fisiológicos, condizentes com as

mudanças e as experiências humanas. Em relação aos componentes psicológicos, tem-se a presença dos sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, sensação de medo, pensamentos dominados por ideias catastróficas ou incompetência pessoal, irritabilidade, estado de vigília e alerta aumentados, dificuldade de concentração, esquecimento e falta de atenção. Entre os componentes fisiológicos, destacam-se a sensação de constrição respiratória, aumento da frequência cardíaca, insônia, sudorese e uma variedade de desconfortos somáticos subsequentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo (HICKS; CUMMINGS; EPSTEIN, 2010).

Ao considerar a ansiedade como um estado desagradável de excitação difusa diante da percepção de uma ameaça, entende-se que as situações adversas compostas por indecisão, o conflito e pressões externas geram reações de ansiedade. O organismo, por sua vez, sofre um desequilíbrio, manifestando as reações biológicas e comportamentais ao fator estressante (BIAGGIO, 2000).

Recentemente, tem aumentado o interesse em estudos voltados para a ocorrência de distúrbios de ansiedade em pacientes com DAC. Um exemplo disso é a pesquisa realizada por Sardinha et al. (2011). Com a proposta de identificar a presença de transtornos psiquiátricos e avaliar a ansiedade relacionada à saúde e à ansiedade cardíaca em pacientes com DAC, estes autores perceberam a alta prevalência de transtornos psiquiátricos, por volta de 38%, entre os pacientes com DAC. Em relação à manifestação ansiosa, 24% destes apresentaram pelo menos um transtorno de ansiedade (Agorafobia, Fobia Social, Fobias específicas, Transtornos de Ansiedade Generalizada). Ressalta-se, ainda, que a ansiedade experimentada por esses pacientes tende a estar mais relacionada aos sintomas cardíacos em comparação às outras sensações corporais.

Sardinha et al. (2011) mencionam que o ataque de pânico, enquanto transtorno de ansiedade, está associado a déficits de perfusão miocárdica e a pior prognóstico clínico,

mesmo em pacientes clinicamente estáveis. Além disso, ressaltam que transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade, podem contribuir tanto para déficits funcionais como ser considerado fator de risco adicional.

Em pesquisa realizada com o intuito de investigar diferenças nas características sócio-demográficas e clínicas de pacientes ambulatoriais com transtorno depressivo maior, não psicótico com e sem doença cardíaca, Fráguas et al. (2007) ressaltam a associação entre transtorno de pânico, em pacientes com transtorno depressivo maior e doenças cardíacas, com o aumento da estimulação simpática, sugerindo que altos índices de ansiedade podem estar previamente associados com fatores de risco cardiovascular, com morbidade e mortalidade cardíaca. Neste mesmo segmento, Alves et al. (2009) apontam que a presença de sintomas de ansiedade e/ou depressão após o IAM está relacionada à maior reincidência do IAM, morte por doença cardíaca, internação prolongada e prejuízo funcional pós-infarto.

A presença dos sintomas de ansiedade, embora crucial para o diagnóstico dos transtornos de ansiedade, quando constante pode também ser percebida na depressão e considerada componente de seu quadro clínico (TORRATI, 2009).

O transtorno depressivo (OMS, 1993), denominado também como depressão maior (APA, 2000), tem sido apontado como importante problema de saúde pública (MORENO; MORENO; SOEIRO-DE-SOUZA, 2012) em decorrência, principalmente, de sua alta prevalência comparada aos transtornos psiquiátricos e por estar associado a um declínio do bem-estar físico, comprometendo os vários sistemas de regulação corporal, incluindo seu impacto na evolução de outras doenças clínicas, aumentando a morbimortalidade, bem como os custos com o tratamento (BOTEGA; FURLANETO; FRÁGUAS JR, 2012; ALVES et al., 2009; PINTON et al., 2006; MANICA et al., 1999). Segundo a Organização Mundial da Saúde (2013), 350 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão e estima-se que, em

2020, ela seja a segunda maior causa de morbidade em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento (FLECK et al., 2009).

Utiliza-se o termo depressão para designar a qualidade dos sintomas depressivos isolados, presentes em condições normais ou associados a condições médicas sistêmicas. Nesse sentido, o termo depressão caracteriza uma síndrome clínica, na presença de vários sinais e sintomas depressivos presentes no luto, em depressões associadas a doenças médicas sistêmicas, a outros transtornos psiquiátricos ou a transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A depressão pode ainda ser considerada enquanto manifestação primária do humor, como no episódio depressivo, nas depressões recorrentes, na distímia ou na depressão bipolar (MORENO; MORENO, 1998).

A depressão é caracterizada pela presença de humor depressivo e/ ou falta de interesse, anedonia, diminuição de volição, latência psicomotora, pensamentos e sentimentos negativos, associados a sintomas neurovegetativos, inapetência e disfunções de sono (MORENO; MORENO; SOEIRO-DE-SOUZA, 2012).

As mulheres destacam-se por serem mais suscetíveis ao humor deprimido, numa proporção de duas a três vezes mais na manifestação de depressão quando comparada aos homens, sendo considerado a maior causa de incapacidade sentida pelas mulheres (FLECK et al., 2009).

Fráguas (2001, citado por ANDRÉO, 2010) aponta os tipos depressivos mais comuns encontrados no contexto hospitalar: a reação de ajustamento com humor depressivo - está ligado ao estresse do adoecer, podendo fazer uma relação do surgimento dos sintomas com o diagnóstico proposto; transtorno depressivo secundário à condição médica ou doença orgânica - muitas enfermidades podem desencadear manifestações depressivas, tendo como exemplo a doença arterial coronariana; transtorno depressivo e medicamentos - alguns medicamentos podem interferir no desencadeamento ou agravamento de sintomas depressivos; depressão

maior, depressão menor e distímia desencadeadas ou agravadas por doenças orgânicas – o estado depressivo pode ocorrer após procedimento cirúrgico, sendo frequente no pós-operatório de revascularização do miocárdio; Doenças orgânicas desencadeadas ou agravadas por um transtorno depressivo - em 50% dos pacientes com câncer estão presentes sintomas depressivos e em doenças cardiovasculares, a depressão, ao lado de outros fatores de risco, desencadeiam mecanismos fisiopatológicos.

A literatura aponta que os sintomas depressivos estão associados a maior risco de mortalidade por problemas cardíacos, dificuldades no controle da glicemia e aumento da morbidade em casos de acidente vascular cerebral (AVC) e de infecção pelo HIV (BOTEGA; FURLANETO; FRÁGUAS JR, 2012).

Embora não seja possível designar um determinante causal da depressão na gênese de doenças cardiovasculares, várias são as linhas de evidência revelando a influência significativa da depressão maior no curso e prognóstico de doenças cardiovasculares (ALVES et al., 2009).

Há um consenso na literatura de que a fisiopatologia dos transtornos de humor em pacientes com doença cardiovascular é multifatorial, determinada pela associação de fatores genéticos, sociais e psicológicos (DESSOTTE et al., 2013; LICHTMAN et al., 2012; SERRANO Jr et al., 2011; RIBEIRO; GAGLIANI, 2010; ALVES et al., 2009). Esta associação pode ocorrer em três direções: tanto podem ser desencadeadas pelo estresse psicológico de um evento cardíaco, como pelo impacto cardiovascular negativo, direta ou indiretamente, causado pela depressão ou também pela influência da predisposição genética como risco aumentado da ocorrência de ambas (ALVES et al., 2009).

Lichtman et al. (2012) também ressaltam os mecanismos biológicos e comportamentais enquanto responsáveis por esta relação, justificando os altos índices de biomarcadores encontrados para prognóstico de eventos cardíacos ou para impulsionar

aterosclerose. Dentre os fatores comportamentais relacionados à depressão e o comprometimento do sistema cardiovascular, Alves et al. (2009), Serrano Jr et al. (2011) e Lichtman et al. (2012) salientam que pacientes cardiopatas com depressão apresentam maior dificuldade para aderir a dietas, tratamento e em seguir orientações médicas, possuindo percepção distorcida do seu estado físico, além das dificuldades em relação às mudanças de hábitos e estilo de vida, como realização de atividades físicas e suspensão de tabagismo e uso de álcool.

Corroborando, Dessotte et al. (2013) consideram a vulnerabilidade da saúde cardiovascular em relação às várias formas de emoções, por meio da ativação excessiva do sistema nervoso simpático, causando aumento no seu funcionamento, acarretando em taquicardia ou pressão arterial elevada e fatores que predisõem o evento cardíaco.

Além disso, Alves et al. (2009) também ressaltam os fatores neurobiológicos associados à depressão e o comprometimento do sistema cardiovascular, acrescentando possíveis influências de fatores neuroendocrinológicos sobre eventos cardíacos. Na depressão há a ocorrência da desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, o que pode estar relacionado a maior risco cardíaco. Na presença do estresse, o hipotálamo libera o hormônio liberador de corticotrofina (CRH), o que gera aumento da secreção de hormônio adrenocorticotrófico (ACTH) pela hipófise, beta-endorfina e outros produtos da glândula pituitária. A elevação da secreção de cortisol é responsável pelas alterações tissulares no endotélio e pelo aumento do cortisol matinal e relaciona-se com aterosclerose coronariana. Partindo do olhar neuroquímico, a hipersecreção de noradrenalina presente na depressão, aparece através dos níveis elevados plasmáticos de noradrenalina (NA) e de seus metabolitos, situação também similar na depressão melancólica, cujo nível plasmático de NA apresenta-se maior, se comparada a outros subtipos depressivos (ALVES et al., 2009).

Mediado pelo sistema nervoso autônomo, os estados emocionais, especificamente a depressão, podem acometer o sistema cardiovascular por intermédio da diminuição da função vagal e do aumento relativo da função simpática. As arritmias ventriculares e a morte cardíaca súbita estão associadas ao aumento do tônus simpático ou à diminuição da função vagal. O desenvolvimento da doença coronariana pode se dar com a presença da hiperatividade simpatoadrenal mediante efeitos cardíacos, teciduais e plaquetários das catecolaminas. A depressão também é vista como responsável, na diminuição da taxa de variabilidade de frequência cardíaca e da elevação da frequência cardíaca de repouso (ALVES et al., 2009; PATRON et al., 2013). Corroborando tal afirmação, Serrano Jr et al. (2011) ressaltam a relação de altos níveis de cortisol no sangue como indutores da lesão endotelial que, por sua vez, medeia a hipertensão e aterosclerose. O mesmo estudo sugere haver evidências da influência nas alterações do funcionamento do sistema imunológico e inflamatório, enquanto relação entre depressão e DAC. Entretanto, não é claro que pacientes com DAC tenham maior risco inflamatório se a depressão existe.

É importante ressaltar, porém, que as características clínicas do transtorno depressivo em pacientes cardiopatas, diferem em termos de manifestação em relação aos não cardiopatas, podendo inclusive ser confundidas com a gravidade da própria doença cardíaca (ALVES et al., 2009).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), depressão e doença cardiovascular são consideradas, dentre as doenças crônicas, como as enfermidades de maior impacto na qualidade de vida do indivíduo (LEMOS, 2006). A depressão está associada ao risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, acometendo igualmente tanto o indivíduo saudável, quanto o paciente com DAC. Entre os pacientes com DAC, o risco de mortalidade cardíaca é de duas a quatro vezes maiores naqueles que apresentam depressão (PINTON et al., 2006).

Pinton et al. (2006) referem-se a aumento da prevalência de depressão nos pacientes com DAC. De acordo com o DSM-IV, a prevalência de depressão maior, varia entre 16% e 23% (DESSOTTE et al., 2013; *World Federation for Mental Health*, 2010), e a de altos níveis de sintomas depressivos entre 31,5% e 60%. Em um estudo realizado em ambulatório, com o objetivo de determinar a prevalência e os preditores de ansiedade e depressão em pacientes com insuficiência cardíaca, com uso da entrevista estruturada – SCID-I (HAWORTH et al., 2005), encontrou-se uma prevalência de 28,6% para todos os tipos de depressão.

Ao desenvolver uma revisão de literatura com o propósito de analisar a situação atual da depressão e da doença cardíaca, Pozuelo et al. (2009) apontam alguns estudos prospectivos, envolvendo pessoas saudáveis e pacientes com a doença cardiovascular e depressão, a fim de examinar o impacto da depressão em doença cardíaca coronariana. Esses estudos mostraram que a depressão maior aumenta em quatro vezes a chance do risco de infarto do miocárdio, e que a presença de duas semanas de tristeza ou disforia, aumenta esse risco para duas vezes mais.

Dessotte et al. (2013) realizaram um estudo em que objetivaram investigar as possíveis diferenças em relação à presença de sintomas depressivos, em uma amostra de 253 pacientes com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio e Angina Instável. Na primeira semana antes da internação, com o auxílio do Inventário de Depressão de Beck, puderam verificar a prevalência de 43,5% de depressão na amostra estudada. Constataram-se valores equivalentes a 19,4% dos pacientes classificados com disforia; 7,9% com depressão leve; 9,9% com depressão moderada e 6,3% com depressão grave. Entretanto, esses dados diferem de outros estudos (MATTOS et al., 2005; PEREZ et al., 2005), os quais apontam maior frequência de pacientes classificados com algum grau de depressão e maior prevalência em depressão moderada. Considerando esses dados, Dessotte et al. (2013) sugerem, portanto, que pacientes internados devido ao primeiro episódio de Síndrome Coronariana Aguda, apresentam alta

prevalência de depressão e, deduz-se, portanto, que a depressão tende a aumentar com o tempo, o que, por sua vez, justifica a importância do seu diagnóstico e tratamento precoce.

No mesmo segmento, Lemos (2006), ao pesquisar a prevalência de depressão nos pacientes infartados, apreendeu que um a cada três pacientes internados em hospitais em decorrência de doença cardiovascular é acometido por depressão após infarto do miocárdio e angina instável. Em um estudo prospectivo com pacientes hospitalizados por depressão, Janszky (2007) aponta 2,9 maior a chance destes desenvolverem infarto agudo do miocárdio, mantendo esse risco por décadas até mesmo após a hospitalização inicial.

Surtees et al. (2008) desenvolveram um estudo prospectivo de coorte, o qual revelou a associação da depressão com maior taxa de mortalidade, por doença isquêmica do coração. De modo que os pacientes diagnosticados com depressão, mesmo que nos últimos 12 meses, apresentaram 2,7 vezes do risco de morrer comparado aos que nunca tiveram depressão.

Utilizando o Inventário de Depressão de Beck com pacientes que tiveram infarto agudo do miocárdio durante o período de internação, Lesperance et al. (2002) verificaram que quanto maior a pontuação no Inventário, maior a taxa de mortalidade relativa a cinco anos.

Lemos et al. (2008) sugerem que a depressão, quando não tratada de forma correta, torna-se fator de risco para o surgimento do IAM, fator de pior prognóstico, elevando significativamente a morbidade e a mortalidade.

2.2.1 Ansiedade e depressão no período pré e pós-operatório de Revascularização do Miocárdio

Os pacientes que são submetidos a alguma cirurgia do coração estão expostos às diversas emoções e sentimentos no período de ocorrência do procedimento que podem, por sua vez, interferir diretamente na recuperação do paciente.

Alguns estudos têm correlacionado episódios depressivos e quadros de ansiedade (BOING et al., 2012; QUINTANA; KALIL, 2012; ANDRÉO, 2010; ALVES et al., 2009; CARNEIRO et al., 2009; FRÁGUAS, et al., 2007; BOIZONAVE, 2003). Essa relação se conjectura na sobreposição dos critérios para avaliação de sintomas ansiosos e depressivos nas diversas escalas de mensuração da gravidade de ambos os transtornos. Tal sobreposição torna difícil a mensuração dos sintomas separadamente. De acordo com Lemos et al. (2008) e Quintana e Kallil (2012), nessa relação, a ansiedade é discutida como preditor para desencadeamento da sintomatologia depressiva em pacientes hospitalizados.

Ansiedade e depressão estão presentes no comportamento de todo indivíduo em ambiente hospitalar, sobretudo em condição pré-cirúrgica. Além disso, tanto a depressão quanto a ansiedade, independente da gravidade, podem dificultar o processo de tratamento e cura (CARNEIRO et al., 2009).

A ansiedade está entre os diagnósticos psicológicos mais comuns realizados no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. Além de ser um fenômeno universal, é considerada realidade emocional vivenciada por quase todos os pacientes cirúrgicos (QUINTANA; KALLIL, 2012).

Considerando o momento em que antecede a cirurgia, Tully e Backer (2012) entendem que a ansiedade está presente em elevados níveis naqueles pacientes que aguardam para procedimento cirúrgico de RM, indiferente da definição ou não da data da cirurgia. O medo de morrer antes que aconteça a cirurgia é a fonte da grande preocupação e que nutre esse comportamento ansioso. Considerada como sintoma autonômico, a ansiedade pode agravar os sintomas da DAC e mesmo que a ansiedade diminua após a cirurgia, ao menos abaixo do nível pré-operatório, a gravidade ainda existe, já que os níveis subclínicos não são rebaixados após sua diminuição.

O estudo de Torrati (2009) evidenciou-se que o tempo de internação pré-operatória foi também associado à maior ansiedade ($p= 0,03$) e apresentou uma diminuição no estado de ansiedade no pós-operatório em relação ao período anterior.

Achados na literatura apontam que os níveis altos de ansiedade nesse momento da internação podem estar relacionados em conjunto com as sensações de medo do desconhecido, o sentimento de que a cirurgia é uma situação limítrofe, e fantasias em relação à anestesia e à recuperação (CAMPONOVARA; SILVEIRA; CIELO, 2014; QUINTANA; KALIL, 2012; VARGAS; MAIA; DANTAS, 2006; FIGHERA; VIERO, 2005).

Com o objetivo de conhecer as percepções dos pacientes em período pós-operatório de cirurgia cardiovascular, Camponogara, Silveira e Cielo (2014) perceberam que esses pacientes vivenciam o choque emocional ao receber a notícia da intervenção cirúrgica enquanto possibilidade de vida e como consequência podem ter apresentado sentimentos de medo de morrer. O momento em que sabe da necessidade da realização da cirurgia de RM é vista como uma explosão de sentimentos e o paciente se sente numa situação dicotômica: entre a vida e a morte, tendo como reações principais, o nervosismo, a insegurança e a ansiedade.

Bachion et al. (2004) ressaltam em sua pesquisa que o medo da cirurgia e da consequência desta enquanto causa de aumento da ansiedade, sinaliza a necessidade de elaboração de intervenção específica para esse grupo de pacientes.

Em uma pesquisa realizada sobre a hospitalização, Boizonave (2003) descreve a internação como uma quebra de atividades diárias, em conjunto com as sensações de medo e expectativas sobre a situação vivenciada, assim como orientações e explicações plausíveis sobre a doença, salientando a resposta emocional frente ao enfrentamento da condição atual. Quintana e Kalil (2012) consideram importante a identificação do modo como paciente enfrenta e lida com a situação de estar aguardando uma cirurgia cardíaca. Conhecer sobre as

alterações emocionais e como o paciente responde à situação são importantes tanto no pré como no pós-operatório. A expressão de sintomas depressivos pode ser uma reação aguda ao estresse relacionado ao evento e pode estar relacionada à gravidade da doença, ao tipo de tratamento e prognóstico. Nesse ínterim, o desenvolvimento do quadro depressivo pode estar atrelado à reação emocional do indivíduo diante de tais circunstâncias (MELLO; CARVALHO; HIGA, 2011).

Quanto a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes com DAC, foi realizado estudo por Carneiro et al. (2009) com objetivo de comparar o nível e a prevalência de ansiedade e depressão em pacientes a serem submetidos a procedimentos invasivos e/ou cirúrgicos, utilizando a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (*Hospital Anxiety and depression Scale – HAD*). Os dados apontaram prevalência de ansiedade e depressão elevada nos pacientes submetidos à RM, sendo 34,4% referentes a sintomas de ansiedade e sintomas depressivos com frequência observada de 28,1%. O alto índice de ansiedade e depressão observado no período que antecede a cirurgia em comparação aos demais tempos posteriores à mesma, revela a necessidade desses pacientes serem submetidos a uma avaliação mais detalhada de seu estado emocional antes da realização da intervenção cirúrgica. O que reforça a importância da aplicação de questionário de avaliação da ansiedade e depressão em todos os pacientes cirúrgicos durante a avaliação pré-operatória.

No estudo de Pinton et al. (2006), cujo objetivo foi avaliar a presença de sintomas de depressão no pré-operatório, no pós-operatório imediato e no pós-operatório tardio de paciente com indicação de cirurgia de revascularização do miocárdio e seu impacto na morbidade pós-operatória imediata e tardia, 12 (20,7%) pacientes obtiveram escore de depressão (10 em grau leve e dois em grau moderado) na fase pré-cirúrgica; 13 (23,6%) pacientes no momento antes da alta hospitalar (8 em grau leve e 5 grau moderado) e 4 (9,8%)

pacientes apresentaram sintomas de depressão (3 em grau leve e um grave), três meses após a alta.

Comparada à população geral, a prevalência de depressão é significativamente maior em pacientes de cirurgia de revascularização do miocárdio (TULLY; BAKER, 2012; SERRANO JR et al., 2011). Tem-se na população geral 5 a 9% para o sexo feminino e 2 a 3% entre os homens. Esse número sobe para 15 a 20 % entre pacientes cardíacos de cirurgia de revascularização do miocárdio. Considerando a estimativa de 408 mil procedimentos cirúrgicos de revascularização do miocárdio, nos Estados Unidos, entre 30% a 40% dos pacientes que são submetidos a esta cirurgia vivenciam alguma forma de depressão imediatamente antes e após o procedimento cirúrgico (TULLY; BAKER, 2012).

Em estudo de revisão bibliográfica, Tully e Baker (2012) apontam que a presença de nível menor de sintomas depressivos no pós-operatório de RM, pode refletir o aumento do humor associado à boa recuperação física. Entretanto, não exclui a possibilidade de alguns pacientes desenvolverem novos sintomas depressivos ao longo da recuperação cirúrgica.

Considerando os fatores que predisõem ao aparecimento de depressão no pré e pós-operatório de RM, o estudo de Torrati (2009) identificou fatores como: em pré-operatório, pouco apoio social, pelo menos um fator estressante e dispneia moderada a grave; e no pós, estadia em UTI e pouco ou nenhum apoio social. Com relação à permanência em UTI, o estudo de Caiuby et al. (2010) evidencia que pacientes internados em UTI passam por uma experiência de grande potencial traumático e que muitos deles desenvolvem quadros emocionais graves, incluindo o transtorno de estresse pós-traumático. Estas experiências são caracterizadas por grande sofrimento psicológico e acabam por repercutir de forma prejudicial na reabilitação do paciente.

Considerando a etiologia do quadro depressivo em sujeitos cardiopatas, estudos como o de Pinton et al. (2006) inferem que a condição cirúrgica vulnerabiliza o paciente quanto ao

desenvolvimento da psicopatologia e, ainda, que as prevalências desse quadro mantêm-se em até três meses após o procedimento cirúrgico.

Por outro lado, Peterson et al. (2002) consideram os sintomas depressivos desenvolvidos recentemente, após a cirurgia de RM, como resultante do estresse provocado pela mesma, o que pode produzir uma depressão de tipo reativo. Identificar depressão em pacientes de cirurgia de RM, segundo ele, é complicado em qualquer caso, devido à grande quantidade de sintomas apresentados na DAC e ao estresse físico da cirurgia.

Com relação à avaliação dos pacientes submetidos à RCM após período de alta hospitalar, Dantas e Aguillar (2001) desenvolveram um estudo com a finalidade de identificar os problemas apresentados pelos pacientes submetidos à cirurgia de RM. Perceberam, portanto, a presença de sensação de cansaço, distúrbios do padrão de sono, mudanças no apetite foram citadas por pacientes revascularizados nas três primeiras semanas após alta. Em seus estudos, esses problemas foram observados durante o primeiro mês de recuperação. Também foi relatado por esse grupo estudado alterações do humor como tristeza, depressão e desânimo. Com relação a isso, os autores referem que no período pós-operatório do paciente revascularizado são comuns crises de choro e momentos de tristeza, considerando este o tempo de reflexão para o doente que costuma analisar sua vida anterior. Podem estar presentes a sensação de culpa e de ter provocado a sua doença cardíaca com comportamentos e hábitos pouco saudáveis, atormentando o paciente neste período. Além disso, apontaram em seus estudos os prejuízos dos pacientes submetidos à RCM e constataram que pelo menos 20% das dificuldades, quanto ao enfrentamento, aceitação do tratamento e controle da ansiedade estavam relacionadas a alterações no quadro de humor dos sujeitos.

No estudo de Blumenthal et al. (2003) verificou-se que a depressão persistia no paciente cardiopata após a revascularização cirúrgica do miocárdio, até seis meses depois do procedimento, com evolução da psicopatologia no quadro clínico. Lemos et al. (2008)

também constataram em seus estudos a presença de sintomatologia depressiva, assim como a persistência da mesma, no paciente cardiopata.

2.3 Sintomas de ansiedade e depressão em pacientes submetidos à Revascularização do miocárdio e complicações clínicas no pós-operatório

Num estudo realizado por Blumenthal et al. (2003), com 817 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (RM), o qual pretendeu avaliar a presença de sintomas de depressão, no pré e pós operatório imediato e tardio de RCM, foi constatada a depressão enquanto comorbidade e preditor independente de morte, que deve ser cuidadosamente tratada a fim de estabelecer melhorias ao prognóstico do sujeito.

Outra pesquisa a ser destacado sobre a presença de sintomas depressivos e o prognóstico de pacientes com DAC submetidos à RM, é a de Pinton et al. (2006), em que constataram a associação entre sintomas depressivos e complicações no pós-operatório. Os pacientes que apresentaram sintomas de depressão na fase pré-operatória tiveram mais complicações no pós-operatório imediato (cardiológicas, infecciosas e renais), enquanto que aqueles com sintomas no pós-operatório (antes da alta hospitalar) tiveram mais complicações no pós-operatório tardio (cardíacas, infecciosas, renais, neurológicas, entre outras). Nesse mesmo estudo, os autores apontaram a recuperação física em pior evolução quando relacionado ao critério idade.

No estudo de Quintana e Kallil (2012), foi identificada a influência da ansiedade na resposta do paciente frente ao tratamento cirúrgico e por originar efeitos nocivos sobre a recuperação pós-operatória. Além disso, esses autores apontam a depressão, recuperação precária e aumento de dor como consequentes complicações clínicas das altas taxas de ansiedade antes da cirurgia de revascularização do miocárdio.

Nesse mesmo segmento, Prado (2009) constata que, em média, 20% dos sujeitos cardiopatas submetidos a um procedimento cirúrgico cardíaco, tendo a depressão como comorbidade, evoluem desfavoravelmente com quadros de complicações clínicas.

Nesse ínterim, levando em conta os dados apontados nesse estudo, sugere-se que sintomas ansiosos e/ou depressão pré-cirurgia cardíaca podem estar associadas a agravamento do prognóstico pós-cirúrgico (QUINTANA; KALLIL, 2012).

Considerando as estratégias de enfrentamento, Torradi (2009), em seu estudo, aponta que a capacidade de enfrentamento aos problemas está ligada à recuperação dos pacientes após a cirurgia cardíaca, pois o modo de enfrentar as situações estressantes pelas quais está passando poderá levar a um aumento do tempo de internação decorrente de complicações clínicas.

No que tange às complicações pós-operatórias, o estudo desenvolvido por Dijk et al. (2000) aponta por meio dos achados na literatura consultada, a disfunção cognitiva, enquanto complicação frequente após a revascularização do miocárdio, presente em 22,5% dos pacientes dois meses após a cirurgia.

Outro trabalho a ser destacado sobre a sucessão de declínio cognitivo após revascularização do miocárdio, é o de Kok et al. (2014), que desenvolveram um estudo com o propósito de identificar a associação entre oxigenação do tecido cerebral e disfunção cognitiva pós-operatória de RM, com ou sem circulação extracorpórea. Para isso, estudaram a dessaturação cerebral, no que diz respeito ao desempenho cognitivo nos quatro primeiros dias e três meses de pós-operatório, em comparação com a linha de base, utilizando uma bateria de testes cognitivos computadorizada. Foram avaliados 60 pacientes, com a média de idade de 62,8 anos, encaminhados para operação eletiva de revascularização do miocárdio, distribuídos aleatoriamente, para cirurgia com ou sem circulação extracorpórea. Perceberam, portanto, que o uso de circulação extracorpórea é identificado como fator de risco independente para o

desenvolvimento de disfunção cognitiva e que, embora a dessaturação de oxigênio cerebral não seja comum nesta população, o declínio cognitivo pós-operatório é frequente nos dois grupos.

Mu et al. (2013), após investigar a associação entre o nível de cortisol sérico pós-operatório e a ocorrência de disfunção cognitiva precoce em 166 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio por meio de testes neuropsicológicos, observaram que a disfunção cognitiva está presente em 39,8% (66 de 166) dos pacientes, sete dias após a cirurgia e, que o aumento do risco de disfunção cognitiva está relacionado com o alto nível de cortisol sérico.

3. OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Identificar a incidência e prevalência de sintomas de ansiedade e depressão, associados ao Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e à Revascularização Cirúrgica do Miocárdio.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características clínico-demográficas dos pacientes submetidos à Revascularização Cirúrgica do Miocárdio (RCM) associada à depressão e ansiedade.

- Buscar relações e correlacionar os sintomas de ansiedade e depressão nas fases pré e pós-operatórias de revascularização cirúrgica do miocárdio com possíveis complicações clínicas.

- Verificar a presença de sinais clínicos de depressão nos pacientes após a alta hospitalar.

4. MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, de coorte transversal de sujeitos em situação de pré e pós Revascularização Cirúrgica do Miocárdio.

4.1 Participantes

Participaram do estudo 43 sujeitos adultos, de ambos os sexos, faixa etária entre 36 a 79 anos, após episódio de Infarto Agudo do Miocárdio, admitidos na Unidade de Cardiologia do Hospital de Base de Bauru/FAMESP para Revascularização Cirúrgica do Miocárdio, conforme caracterização na Tabela 2.

4.1.1 Critérios de Seleção da Amostra

Os critérios utilizados para inclusão da presente amostra foram os seguintes: 1. Idade superior a 18 anos; 2. Apresentação de infarto agudo do miocárdio, atendendo aos critérios médicos para revascularização cirúrgica do miocárdio; 3. Consentimento formal na participação do estudo (sujeito); 4. Neste estudo foram realizadas cirurgias de revascularização miocárdica com enxertos arteriais.

5.2 Local

A coleta de dados ocorreu na Unidade de Cardiologia e no Ambulatório de Psicologia do Hospital de Base/ FAMESP, situado na cidade de Bauru, no estado de São Paulo.

5.3 Instrumentos

Protocolo de Entrevista – Foi utilizado um protocolo de entrevista desenvolvido para este estudo, que consistiu em uma pergunta aberta e cinco fechadas, com informações referentes à identificação do paciente.

Inventário de Depressão de Beck – BDI-II – Este instrumento foi originalmente criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh, em 1961, e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery, em 1979/1982 (CUNHA, 2011). O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) – Segunda edição, é um instrumento de autoaplicação constituído por 21 (vinte e um) grupos de afirmações, contendo, em cada grupo, quatro alternativas com conteúdo relativo a graus crescentes de gravidade de depressão, com escores que variam de zero a três. A segunda edição da adaptação brasileira foi feita por Gorenstein et al. (2011). O conteúdo dos itens refere-se a: tristeza; pessimismo; fracasso passado; perda de prazer; sentimentos de culpa; sentimentos de punição; autoestima; autocrítica; pensamentos ou desejos suicidas; choro; agitação; perda de interesse; indecisão; desvalorização; falta de energia; alterações no padrão de sono; irritabilidade; alterações de apetite; dificuldade de concentração; cansaço ou fadiga; perda de interesse por sexo. O objetivo deste inventário é medir a intensidade da depressão em adultos e adolescentes a partir de treze anos de idade. Esta nova versão foi desenvolvida como um indicador do grau e presença de sintomas depressivos de acordo com o DSM-IV (GORENSTEIN et al., 2011). A classificação da intensidade da depressão, de acordo com os escores da BDI-II é: Mínimo – 0 a 13; Leve – 14 a 19; Moderado – 20 a 28; Grave – 29 a 63 (GORENSTEIN et al., 2011). Foram consideradas neste estudo, como presença de sintomas depressivos, pontuações ≥ 14 pontos. Os estudos de Salle et al. (2012) sugerem que a escala de depressão BDI pode ser útil como ferramenta auxiliar no rastreamento de episódios de depressão maior, com sensibilidade de 0,72 na identificação de depressão.

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD – Foi traduzida e validada no Brasil por Botega et al. (1998), possui características psicométricas adequadas, tais como validade discriminante e confiabilidade e consistência interna (BOTEGA et al., 1995; BOTEGA et al., 1998). Desenvolvida por Zigmound e Snaith em 1983, na Inglaterra, tinha como pretensão proporcionar um protocolo prático de validade a fim de identificar e quantificar a ansiedade e depressão, ambos muito comuns em pacientes hospitalizados (Carneiro, 2008). Nesse sentido, foi primariamente desenvolvida para ser aplicada a pacientes de serviços não psiquiátricos em hospital geral (BOTEGA et al., 1995) e especificamente para rastreamento de sintomas de ansiedade e depressão entre os pacientes com condições orgânicas (CAMPOS; GUIMARÃES; REMIEN, 2010). Suas principais características são: sintomas vegetativos que podem ocorrer em doenças físicas foram evitados; os conceitos de depressão e ansiedade encontram-se separados; o conceito de depressão encontra-se centrado na noção de anedonia; destina-se a detectar graus leves de transtornos afetivos em ambientes não psiquiátricos. Tem sido utilizada tanto para rastreamento diagnóstico como para medir a gravidade do transtorno. Carneiro (2008) ressalta o alto grau de aceitabilidade da escala, chegando à taxa de 100% (HERRMANN 1997, citado por CARNEIRO, 2008). Contém 14 questões do tipo múltipla escolha. Compõe-se de duas subescalas, para ansiedade (HAD-A) e depressão (HAD-D), contudo sendo sete itens cada. A pontuação global em cada escala varia de 0 a 21, sendo pontuado de zero a três pontos por item. Os dados da HAD foram codificados, seguindo os pontos de corte apontados por Zigmound e Snaith (1983) e recomendados para ambas as subescalas: HAD-A – sem ansiedade, de 0 a 8; com ansiedade, >9; e HAD-D – sem depressão, de 0 a 8; com depressão,>9.

Entrevista Clínica Estruturada Para Transtornos do Eixo I do DSM IV – SCID IV - (FIRST et al., 1997 , adaptado e validado para o Brasil por DEL BEN et al., 2001) – trata-se de um instrumento que auxilia na elaboração de diagnósticos psiquiátricos de acordo com a

quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (APA, 1994). A SCID é utilizada para avaliação clínica de transtorno depressivo maior. Sua pontuação é baseada nas respostas dadas pelo sujeito e pela análise clínica do entrevistador, deste modo é aplicada por pesquisador treinado.

5.4 Aspectos éticos

Primeiramente, foi solicitada a anuência da Instituição Hospitalar para a coleta de dados no campo. De acordo com a resolução 466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde, anterior ao início da avaliação, os participantes foram convidados a comporem a amostra da pesquisa e, em concordância, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II), formalizando a participação no estudo, e considerando a liberdade de escolha para participação espontânea. Em concordância, deu-se a assinatura do termo.

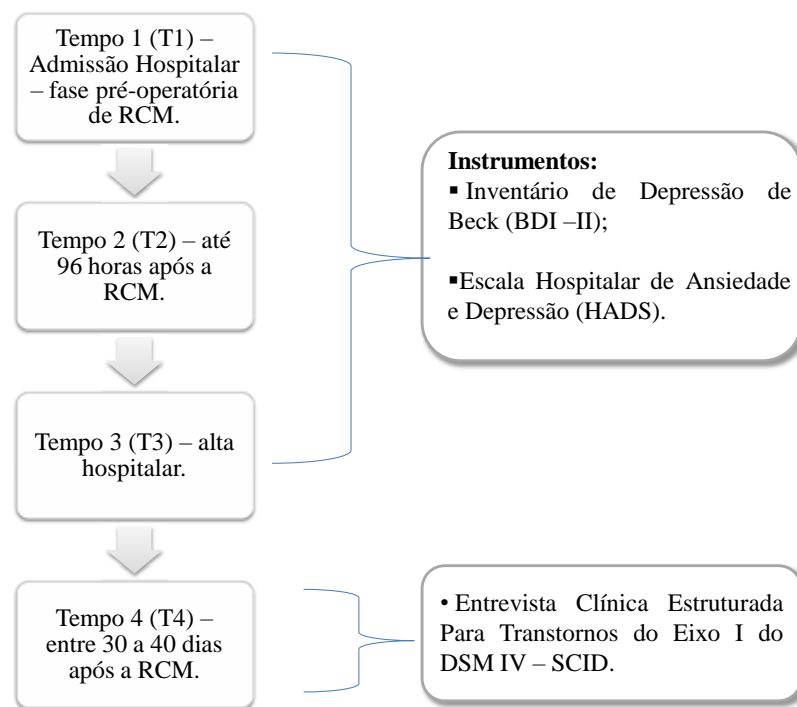
Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências de Bauru – UNESP (Parecer CEP 534750) (Anexo D).

5.5 Procedimentos de coleta de dados

A seleção dos participantes foi feita a partir da admissão dos mesmos, em Unidade de Cardiologia do Hospital de Base de Bauru, de acordo com os critérios de elegibilidade do estudo. Os sujeitos foram submetidos a quatro tempos (T) de avaliação, a saber: na admissão hospitalar, em condição pré-operatória de RCM (T1); no tempo 2 (T2) até 96 horas pós RCM; no momento da alta hospitalar (T3); entre 30-40 dias pós RCM (T4).

Para os tempos 1, 2 e 3 de avaliação foram utilizados o Protocolo de Entrevista, o Inventário de Depressão de Beck - II e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD; e para T4 foi utilizada a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM IV – SCID, conforme tabela 1. As avaliações em T1, T2 e T3 foram realizadas em condição de internação hospitalar, e o T4 ocorreu no Ambulatório de Psicologia da Instituição, agendado previamente, após 30 a 40 dias da data da cirurgia, sendo os sujeitos submetidos aos instrumentos de forma individual (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do Procedimento de Coleta de dados



Primeiramente, foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II). Os participantes foram informados que o questionário consistia em 21 grupos de afirmações. O participante deveria ler cuidadosamente cada grupo e, depois, assinalar em torno do número

(0,1,2, ou 3), que melhor descreveria a maneira como se sentia nos últimos 15 dias, incluindo o dia presente. A pesquisadora foi acompanhando a leitura juntamente com o participante, a fim de ir ampliando as respostas para melhor compreensão destas. Quando o paciente apontava duas ou mais afirmações como apropriada, em relação ao modo como se sentia, era pedido a registrar a mais alta delas. Em caso de dúvidas entre as informações, a orientação pautou-se na escolha daquela que lhe causou uma primeira impressão. O tempo de aplicação levou cerca de 15 a 30 minutos.

Na sequência foi aplicado a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD. Foi informado aos participantes que este instrumento consistia em um questionário com 14 questões do tipo múltipla escolha. O participante, após leitura atenta, deveria assinalar em torno do número (0,1,2, ou 3), que melhor descreveria a maneira como se sentia na última semana. Quando o paciente apontava duas ou mais afirmações como apropriada em relação ao modo como se sentia, era pedido que registrasse a mais alta delas.

Para complementação do protocolo de entrevista, foi consultada a base de dados dos prontuários (sexo, idade, comorbidades como Diabetes Mellitus, HAS, tabagismo e etilismo, tempos de permanência na UTI e evolução para alta ou óbito hospitalar) (Apêndice I).

5.6 Análise de dados

Os dados de cada participante, referentes às variáveis clínico-demográficas, junto dos dados obtidos com os instrumentos de avaliação – BDI-II, HAD e SCID, foram inicialmente digitados no programa Excel.

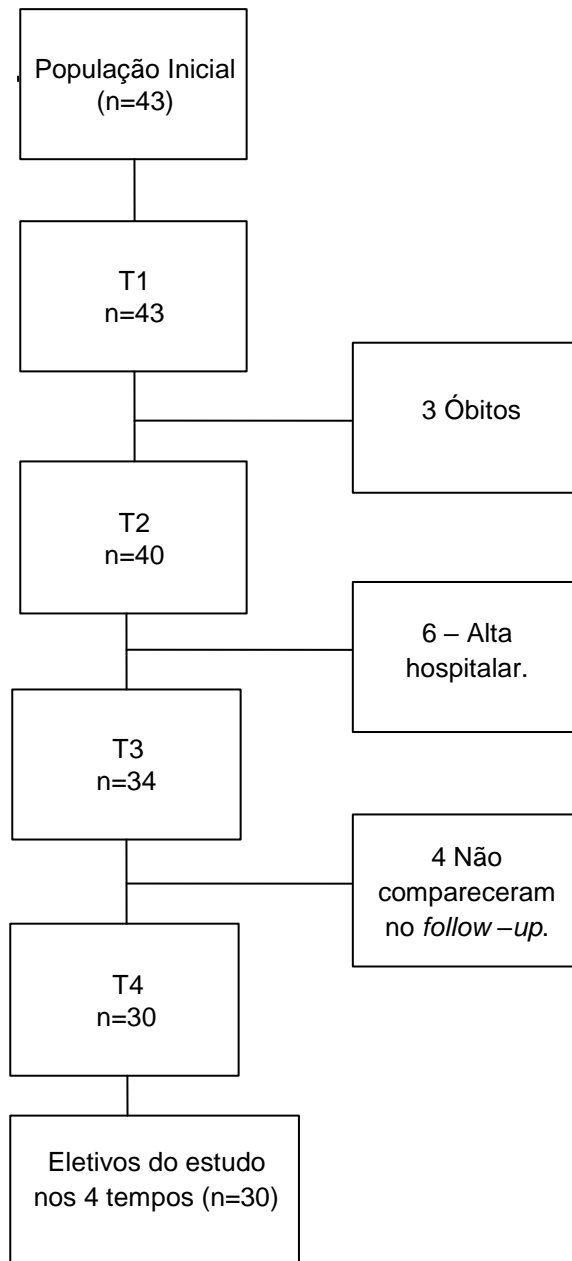
Foi empreendida uma análise descritiva exploratória com checagem de consistência dos dados, sendo realizadas as correlações quando necessárias. Para as variáveis categóricas foram calculadas as estimativas de incidência e prevalência de sintomas depressivos (BDI-II e

HAD-D), sintomas de ansiedade (HAD-A) e critérios diagnósticos de depressão (SCID), incluindo informações, em porcentagem, de outras variáveis. No caso das variáveis ordinais, foram calculadas as médias e medianas das pontuações obtidas com esses instrumentos, com os respectivos desvios-padrão. Para comparação inter e intra variáveis foram utilizados os testes não paramétricos de Wilcoxon, Mann Whitney e Friedman. Para verificar a correlação e associação entre as variáveis, utilizaram-se os testes de Spearman e Qui-quadrado, respectivamente. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos para todas as análises.

5. RESULTADOS

Foram recrutados neste estudo 43 pacientes que se internaram para realização de revascularização do miocárdio no Hospital de Base de Bauru entre novembro de 2013 a junho de 2014. Destes, não houve nenhuma exclusão de pacientes no Tempo 1 (T1); o Tempo 2 (T2) foi marcado pela ocorrência de três óbitos; no Tempo 3 (T3), seis pacientes receberam alta médica sem participar da pesquisa; e no Tempo 4 (T4), quatro participantes não compareceram para a consulta. Foram considerados aqueles sujeitos que participaram dos três tempos de avaliação (T1, T2 e T3) durante o período de hospitalização (n=34) e n=30 para a avaliação realizada no *follow-up* de 30 a 40 dias da cirurgia (Figura 2).

Figura 2. Diagrama de pacientes incluídos neste estudo



5.1 Descrição dos indicadores clínico-demográficos

Observando os dados referentes aos 34 pacientes estudados nos tempos de internação hospitalar, a faixa etária variou entre 36 a 79 anos, sendo que 55,9% apresentaram idade superior a 60 anos. Para esse estudo a faixa etária dos participantes foi dividida entre idosos (60 a 79 anos; n=19) e não idosos (36 a 59 anos; n=15). Quanto ao sexo, a amostra foi composta por mais homens (70,6%) do que mulheres (29,4%). Em relação aos fatores de risco para a doença coronariana, observou-se que 19 (55,8%) pacientes da amostra eram tabagistas, 7 (20,5%) deles se consideravam etilistas, 33 (97%) possuíam Hipertensão Arterial e 10 (29,4%) pacientes apresentaram Diabetes Mellitus. Os dados clínico-demográficos dos pacientes estudados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos dados clínico – demográficos

VARIÁVEIS	N (34)	%
Sexo		
Masculino	24	70,5%
Feminino	10	29,4%
Faixa Etária		
36 - 59 anos	15	44,1%
< 60 anos	19	55,9%
Tabagismo		
Sim	19	55,8%
Não	15	44,1%
Etilismo		
Sim	7	20,5%
Não	27	79,4%
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)		
Sim	33	97%
Não	1	2,9%
Diabetes Mellitus (DM)		
Sim	10	29,4%
Não	24	70,5%
Complicação Clínica		
Sim	28	55,9%
Não	6	17,6%
Tipo de Complicação Clínica		
Infecciosa	15	44,1%
Respiratória	12	35,3%
Neurológica	1	2,9%

O tempo médio de internação foi 13,9 dias (DP 6,1; Mediana: 13), com mínimo de 7 dias e máximo de 35, sendo que na UTI (pós-operatório imediato), o tempo médio foi de 3,8 dias (DP: 1,1; Mediana: 3), com tempo máximo de 8 dias, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das médias de tempo de internação e tempo de UTI

	Média	DP	Mediana	Mínimo (dias)	Máximo (dias)
Tempo de Internação	13,9	6,1	13	7	35
Tempo de UTI	3,8	1,1	3	3	8

5.1.1 Correlações e Associações entre os indicadores clínico-demográficos

Em função da idade, o tempo maior de internação foi dos indivíduos com mais de 60 anos (média de 15,2 dias), contra média de 12,3 dias para os demais. Associação esta que demonstrou correlação linear positiva, quando relacionados idade e tempo de internação ($r=0,375$; $p=0,029$). Em termos de UTI, embora não tenha havido variação da quantidade de dias em vista da idade (3,8 dias para as duas faixas etárias), os dados apontam correlação positiva linear entre essas variáveis ($r=0,468$; $p=0,005$). Portanto, constatou-se que quanto maior a idade do paciente, maior o tempo de internação hospitalar e maior o tempo de permanência na UTI.

Os fumantes tiveram tempo maior de UTI. Em média 4,1 dias contra 3,4 dos não fumantes. Quanto aos que consumiam regularmente bebidas alcoólicas, permaneceram, em média, menos tempo internados (10,7 contra 14,7 dias).

Em termos de complicações clínicas após a cirurgia, foi verificado que 82,3% dos pacientes evoluíram com algum tipo de complicação clínica: 15 complicações infecciosas, 12 respiratórias e uma neurológica. Correlacionada à idade, os dados demonstram correlação quanto à idade do paciente e as complicações clínicas apresentadas ($r=0,521$; $p=0,002$), evidenciando que quanto mais velho o paciente, maior a possibilidade para apresentar complicações clínicas. A Tabela 3 mostra ainda que, embora não tenha atingido significância estatística positiva ($p>0,05$), encontra-se valor-p de 0,053 entre complicações clínicas e tempo de internação e, neste nível, pode-se afirmar que os indivíduos que apresentaram

complicações clínicas também apresentaram maior tempo de internação. Os demais dados de correlação podem ser visualizados na Tabela 3.

Tabela 3. Correlações entre as variáveis como idade, tabagismo, etilismo e complicações clínicas

CORRELAÇÃO DOS INDICADORES	Rho	P
Idade X Tempo de Internação UTI	0,468	0,005*
Idade X Tempo de Internação	0,375	0,029*
Idade X Tabagismo	-0,551	0,001*
Idade X Etilismo	0,013	0,942
Idade X Complicações Clínicas	0,521	0,002*
Tabagismo X Tempo de Internação UTI	0,256	0,144
Tabagismo X Tempo de Internação	-0,027	0,878
Tabagismo X Etilismo	0,013	0,942
Tabagismo X Complicações Clínicas	-0,256	0,144
Etilismo X Tempo de Internação UTI	-0,236	0,18
Etilismo X Tempo de Internação	-0,286	0,101
Etilismo X Complicações Clínicas	0,045	0,801
Compl Clín X Tempo de Internação UTI	0,012	0,947
Compl Clín X Tempo de Internação	0,335	0,053

*p<0,05.

6.2 Descrição dos indicadores de ansiedade (HAD) e de sintomas depressivos (BDI-II e HAD-D) em pacientes no pré e pós-operatório de RM

Quanto aos sintomas de ansiedade, medidos pela HAD, obteve-se média de 7,7 (DP: 3,5; Mediana: 7) em T1; 5,5 (DP: 3; Mediana: 6) em T2 e 4,5 (DP:2,2; Mediana: 4,5) em T3. A Tabela 4 mostra que há diferença estatística significativa (valor p=0,001). Observa-se,

portanto, um decréscimo dos escores de T1 para T3. De tal forma, os dados mostram que os pacientes estão mais ansiosos no momento que antecede a cirurgia e que a ansiedade tende a diminuir após o evento cirúrgico.

Tabela 4. Distribuição dos dados referentes à ansiedade segundo HAD-A

HAD –A	N	Média/DP	Mediana
T1	14	7,7±3,5	7
T2	3	5,5±3	6
T3	1	4,5±2,2	4,5

Teste Friedman p=0,001

Os sintomas depressivos foram avaliados em termos de presença, ausência (por ambos os instrumentos) e intensidade dos sintomas (pelo BDI-II).

Considerando o instrumento BDI-II e os tempos de avaliação, observa-se prevalência de sintomas de depressão de 55,9% no T1. A incidência desses sintomas entre o T1 e T2 é de 15,4%. No T2, tem-se prevalência de 61,8% e nenhuma ocorrência de novos casos de depressão entre T2 e T3. E finalmente, em T3 obteve-se prevalência de 61,8%.

Em relação à HAD-D e os tempos de avaliação, observa-se prevalência de sintomas de depressão de 26,5% no T1 e a incidência desses sintomas entre o T1 e T2 é de 30,8%. Já em T2, encontra-se prevalência 32,3% e incidência entre T2 e T3 de 5%. Em T3 a prevalência é de 20,6%.

Em ambos as variáveis, nota-se a alta incidência de pacientes com sintomas depressivos do momento pré-cirúrgico (T1) para o pós-cirúrgico imediato (T2), e prevalência maior de sintomas depressivos após a cirurgia (T2 e T3). Os dados ilustram a prevalência dos sintomas depressivos durante fases recentes, que antecedem ou sucedem a cirurgia de revascularização do miocárdio. Evidenciando, portanto, quantitativamente, a vulnerabilidade do indivíduo cirúrgico cardiopata ao episódio depressivo maior.

As tabelas 5 e 6 mostram indicadores de Depressão BDI-II em função das categorias (X) e dos escores (Y) nos três momentos. Para o escores são apresentadas medidas descritivas (média, desvio padrão, máximo, mínimo e mediana). No BDI-II, os sintomas depressivos apresentaram média de 14 (com desvio padrão = 6,3) em T1; 15,5 (com desvio padrão = 6,7) em T2 e 14,2 (com desvio padrão = 6,5) em T3.

Tabela 5. Distribuição dos dados referentes à intensidade de sintomas de depressão segundo BDI-II

BDI-II Sintomas	T1		T2		T3	
	N	%	N	%	N	%
Normal	15	44,1	13	38,2	13	38,2
Leve	4	11,8	7	20,6	11	32,4
Moderado /Grave	15	44,1	14	41,2	10	29,4
Total	34	100	34	100	34	100

P = 0,053

Os dados obtidos do BDI-II estão conforme a intensidade dos sintomas da depressão, considerando todos os três tempos do estudo (durante internação). De acordo com os tempos de avaliação, verificou-se que em T1 (pré-cirúrgico), 14% (n=19) dos pacientes apresentaram algum grau de depressão, sendo 11,8% (04) depressão leve e 44,1% (15) depressão moderada/grave. No T2 (pós-operatório imediato), 15,5% (21) dos pacientes apresentaram depressão; 20,6% (07) com depressão leve; 41,2% (14) depressão moderada/grave. No T3, (antes da alta hospitalar), 14,2% (21) dos pacientes apresentaram depressão em algum grau, sendo 32,4% (11) em grau leve e 29,4% (10) em grau moderado/grave.

Em relação à gravidade da sintomatologia depressiva, o que se observa é um número maior de pacientes com sintomas depressivos moderado/grave em todos os tempos de

avaliação, sendo que entre os pacientes com sintomas moderado/grave, apenas um deles apresentou sintomas depressivos graves no T2.

Tabela 6. Distribuição das médias de pontuação segundo BDI-II

BDI-II	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
T1	19	14,0	6,3	0,0	14,0	24,0
T2	21	15,5	6,7	0,0	15,0	29,0
T3	21	14,2	6,5	0,0	14,0	26,0

Por meio do Teste de Friedman, observa-se diferença estatisticamente significativa ($p = 0,041$) entre os momentos. No caso, as pontuações de BDI-II em T2 superam em média aquelas em T1 e T3, sugerindo, portanto, que o momento pós-operatório imediato da cirurgia foi aquele em que os pacientes mais apresentaram sintomas depressivos (Figura 3).

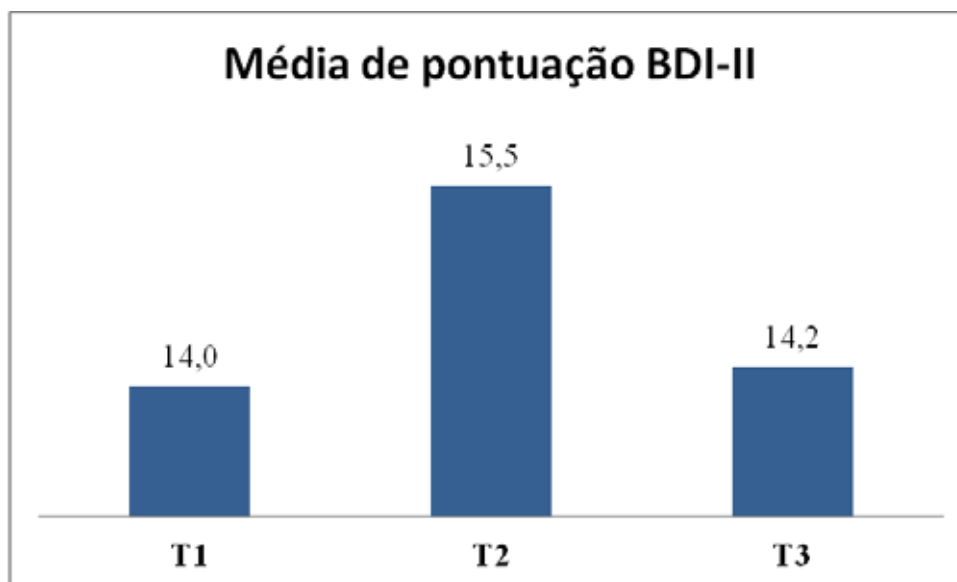


Figura 3: Descrição das médias de pontuação segundo o BDI-II.

Em relação à HAD-D, a média de sintomas depressivos foi de 6,3 (com desvio padrão = 3,5) no T1; 7 (com desvio padrão = 3,9) no T2 e 6 (com desvio padrão = 3,5) no T3. Não foi detectada diferença estatística significativa em vista dos três momentos T1 T2 e T3 ($p < 0,05$). Quando comparado com os valores de BDI-II (5.2.1), seguem a mesma ordem de valores. Tal como no BDI-II, no HAD-D, o escore de T2 supera os demais, conforme mostra a Tabela 7.

Tabela 7. Distribuição das médias de pontuação segundo HAD-D

HAD-D	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
T1	9	6,3	3,5	0	7	13
T2	11	7	3,9	0	7,5	14
T3	7	6	3,5	0	7	13

6.2.1 Correlações entre sintomas de ansiedade e depressão nas fases pré e pós-operatórias de revascularização cirúrgica do miocárdio.

Quando correlacionados os indicadores de ansiedade e depressão, os dados obtidos apontam que os instrumentos que avaliam sintomas de depressão se correlacionam nos três tempos de avaliação, conforme ilustra a Tabela 8. Embora o BDI-II apresente prevalência maior de sintomatologia depressiva, tanto BDI-II quanto HAD-D mostram sintomas depressivos correlacionados nos três tempos de avaliação, a saber, no pré e pós-operatório imediato e tardio de RM.

Além disso, a Tabela 8 demonstra que ter ansiedade no T2 está relacionado a ter depressão no T2 e T3 do BDI-II, ou seja, o paciente que se apresentou mais ansioso no pós-operatório imediato de RM, tendeu a evoluir com sintomas de depressão nos pós-operatórios imediato e tardio. O mesmo ocorreu quando houve presença de ansiedade no T3. Assim

sendo, o estudo demonstrou que a ansiedade elevada está relacionada ao aumento de sintomas depressivos.

Tabela 8. Correlações entre os resultados obtidos com os instrumentos de avaliação BDI-II e HAD A e D

		BDI-II T1	BDI-II T2	BDI-II T3
BDI-II T1	<i>Rho</i>		0,708	0,492
	P		0*	0,003*
BDI-II T2	<i>Rho</i>	0,748		0,788
	P	0*		0*
BDI-II T3	<i>Rho</i>	0,547	0,788	
	P	0,001*	0*	
HAD-A T1	<i>Rho</i>	0,057	-0,105	-0,175
	P	0,75	0,553	0,322
HAD-A T2	<i>Rho</i>	0,233	0,486	0,39
	P	0,185	0,004*	0,023*
HAD-A T3	<i>Rho</i>	0,254	0,459	0,472
	P	0,147	0,006*	0,005*
HAD-D T1	<i>Rho</i>	0,651	0,482	0,42
	P	0*	0,004*	0,013*
HAD-D T2	<i>Rho</i>	0,58	0,763	0,731
	P	0*	0*	0*
HAD-D T3	<i>Rho</i>	0,482	0,649	0,772
	P	0,004*	0*	0*

*p<0,05

6.3 Descrição dos indicadores de depressão segundo a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos – SCID

Outro conjunto de dados se refere à prevalência de sintomas depressivos, segundo a SCID, após 30-40 dias depois da cirurgia de revascularização do miocárdio (Tabela 9). Vale

destacar que nem todos os pacientes participaram desse momento da avaliação, pois não compareceram ao atendimento previamente agendado (n=30). Nesse período de avaliação, a prevalência de sintomatologia depressiva foi de 60% nos pacientes desta amostra, sendo que destes, 40% atingiram critérios para episódio depressivo maior (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição dos dados referentes a sintomas de depressão

PRESENÇA/AUSÊNCIA	FREQUÊNCIA	
	N	%
Sim	18	60
Não	12	40
SINTOMAS PRESENTES		
Sintomas presentes sem Critério Diagnóstico	6	20
Com diagnóstico de Episódio Depressivo Maior	12	40

6.4 Correlações e Associações entre as características clínico-demográficas e a presença de ansiedade e sintomas depressivos

6.4.1. Indicadores de Ansiedade em função de fatores clínico-demográficos

Considerando a comparação entre os indicadores de ansiedade e os fatores clínico-demográficos como: sexo, idade, tabagismo, etilismo, DM, não se observou diferença estatística significativa, conforme mostra a Tabela 10.

Tabela 10. Distribuição de indicadores de Ansiedade em função de fatores clínico-demográficos

HAD-A	SEXO	N	Média	DP	P
T1	Masculino	24	7,6	3,5	0,908
	Feminino	10	8,1	3,7	
T2	Masculino	24	4,9	2,3	0,142
	Feminino	10	7,1	3,9	
T3	Masculino	24	4,4	2	0,504
	Feminino	10	4,9	2,7	
	Idade	N	Média	DP	P
T1	36-59 anos	15	5,6	3,4	0,986
	< 60 anos	19	7	3,5	
T2	36-59 anos	15	5,3	3,2	0,074
	< 60 anos	19	8,4	3,7	
T3	36-59 anos	15	4,8	3,5	0,713
	< 60 anos	19	7	3,1	
	Tabagismo	N	Média	DP	P
T1	Sim	15	8,2	3	0,408
	Não	19	7,4	3,9	
T2	Sim	15	6,8	2,7	0,080
	Não	19	4,6	2,9	
T3	Sim	15	4	1,8	0,233
	Não	19	5	2,4	
	Etilismo	N	Média	DP	P
T1	Sim	27	8	3,4	0,681
	Não	7	7	4,2	
T2	Sim	27	6	3	0,111
	Não	7	4	2,5	
T3	Sim	27	4,9	2,2	0,093
	Não	7	3,2	1,7	
	DM	N	Média	DP	P
T1	Sim	24	7,8	3,5	0,673
	Não	10	7,7	3,8	
T2	Sim	24	5,8	3,1	0,647
	Não	24	5	2,5	
T3	Sim	10	4,6	2,2	0,819
	Não	24	4,5	2,3	

p<0,05

6.4.2 Correlações e Associações entre os indicadores de depressão (BDI-II e HAD-D) em função dos fatores clínico-demográficos

Foram comparadas as variáveis BDI-II e HAD-D, considerando fatores que possivelmente poderiam influenciar nas pontuações. A seguir são apresentados os resultados relativos à importância desses fatores.

a) BDI-II E HAD-D em relação ao Sexo

Analisando o BDI-II e a HAD-D em relação ao sexo, verifica-se em T1 que os homens apresentam sintomas depressivos em pontuação menor (média); ambos os sexos deprimem mais em T2. Os homens, ainda assim, mantiveram pontuação menor. Em T3, ocorreu o inverso. Os homens deprimiram mais enquanto as mulheres diminuíram a pontuação de sintomas depressivos para 13,9, o que sugeriu melhora do humor nas mulheres e piora nos homens. Porém, essas diferenças não foram estatisticamente significativas ($p < 0,05$).

Tabela 11. Distribuição de indicadores de Depressão em função do sexo

		SEXO	N	Média	DP	P
BDI-II	T1	Masculino	24	13,5	6,3	0,383
		Feminino	10	15,1	6,6	
	T2	Masculino	24	15,1	6,9	0,532
		Feminino	10	16,4	6,3	
	T3	Masculino	24	14,2	6,7	0,864
		Feminino	10	13,9	6,4	
		SEXO	N	Média	DP	P
HAD-D	T1	Masculino	24	6,4	3,4	0,804
		Feminino	10	6,3	3,5	
	T2	Masculino	24	7,1	3,9	0,955
		Feminino	10	7	3,7	
	T3	Masculino	24	6,3	3,5	0,703
		Feminino	10	5,4	3,4	

$p < 0,05$

b) BDI-II e HAD-D em relação à Idade

Analisando o BDI-II em relação à idade, verificou-se a não ocorrência de diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Porém destaque-se que em T2 o valor-p foi de 0,056 e, neste nível, pode-se afirmar que os indivíduos com mais de 60 anos tiveram, em média, escores maiores de depressão (17,5 contra 13,1).

Tal relação pode ser confirmada pela HAD-D, na qual verificou-se diferença estatística significativa ($p = 0,015$) em T2. Em média, os maiores de 60 anos têm escores superiores aos demais. Assim, logo após a cirurgia, os pacientes acima de 60 anos deprimiram mais, se comparados àqueles mais novos. Esses dados podem ser vistos na Tabela 12.

Tabela 12. Distribuição de indicadores de Ansiedade e Depressão em função da idade

		IDADE	N	Média	DP	Mediana	P
BDI-II	T1	36-59 anos	15	13,5	6,3	13	0,216
		>60 anos	19	15,1	6,6	18	
	T2	36-59 anos	15	15,1	6,9	13	0,056
		>60 anos	19	16,4	6,3	19	
	T3	36-59 anos	15	14,2	6,7	2	0,113
		>60 anos	19	13,9	6,4	3	
		IDADE	N	Média	DP	Mediana	P
HAD-D	T1	36-59 anos	15	5,6	3,4	7	0,392
		>60 anos	19	7	3,5	7	
	T2	36-59 anos	15	5,3	3,2	6	0,015*
		>60 anos	19	8,4	3,7	8	
	T3	36-59 anos	15	4,8	3,5	7	0,136
		>60 anos	19	7	3,1	7	

* $p < 0,05$

Com relação às análises correlacionais quanto aos indicadores de depressão e a idade, não se observou correlações positivas significantes, conforme mostra a Tabela 13.

Tabela 13. Correlações entre os resultados obtidos com os instrumentos de avaliação BDI-II e HAD A e D com a idade

CORRELAÇÃO DOS INDICADORES	R	P
Idade X BDI-II T1	0,252	0,15
Idade X BDI-II T2	0,295	0,09
Idade X BDI-II T3	0,125	0,481

p>0,05

c) BDI-II e HAD-D em relação ao Tabagismo

Considerando o BDI-II quanto ao tabagismo, observou-se em T1 e T2 diferenças estatísticas significantes. Em todos os momentos, os não fumantes tiveram escores maiores de sintomas de depressão, porém em T3 essa diferença não foi estatisticamente significativas (p= 0,169). Esses resultados são demonstrados na Tabela 14. Esta associação demonstrou correlação estatística significativa quando relacionados sinais depressivos e tabagismo em T1(r= -0,378; p=0,027) e T2 (r= - 0,370; p=0,031). Esses dados podem ser vistos na Tabela 15. O fator negativo apresentado no estudo deu-se pelo critério de que quanto menor o uso de tabaco pelo sujeito, maior o escore para sintomas depressivos. Comparando e relacionando tabagismo e HAD-D, não ocorre diferença estatística significativa.

Tabela 14. Associação entre indicadores de sintomas depressivos pelo BDI-II e tabagismo

BDI-II	Tabagismo			
	N	Média	DP	P
T1	19	11,8	6,5	0,047*
T2	19	13,1	6,3	0,027*
T3	19	12,7	6,6	0,169

*p<0,05

Tabela 15. Correlações entre os resultados obtidos com os instrumentos de avaliação BDI-II e HAD A e D com variáveis como tabagismo e etilismo

CORRELAÇÃO DOS INDICADORES	R	P
Tabagismo X BDI-II T1	-0,378	0,027*
Tabagismo X BDI-II T2	-0,37	0,031*
Tabagismo X BDI-II T3	-0,173	0,327
Etilismo X BDI-II T1	-0,115	0,382
Etilismo X BDI-II T2	-0,179	0,31
Etilismo X BDI-II T3	-0,47	0,791

*p<0,05

d) BDI-II e HAD-D em relação a Etilismo

Comparando os dados referentes ao etilismo e à presença de sintomatologia depressiva, tanto em BDI-II quanto na HAD-D, verifica-se que os não etilistas deprimem mais, comparados aos etilistas; porém as diferenças não são estatisticamente significativas (p< 0,05%)

Com relação às análises correlacionais quanto aos indicadores de depressão e etilismo, não se observou correlações positivas significativas, conforme mostra a Tabela 15.

6.4.3 Associações entre os indicadores de depressão (SCID) em função dos fatores clínico-demográficos

Foi utilizado o teste estatístico qui-quadrado para verificar possíveis associações entre os indicadores de depressão no T4 (SCID) e os dados clínico-demográficos (sexo, idade, tabagismo, etilismo, DM, Complicações clínicas). Conforme descritos na Tabela 16, observou-se que pacientes que não fumavam apresentaram maior ocorrência de sintomas

depressivos ($p=0,022$), confirmando os dados obtidos neste estudo em relação ao tabagismo e sintomas depressivos indicados pelo instrumento BDI-II ($p=0,047$ em T1 e $p=0,027$ em T2).

Tabela 16. Associação entre indicadores de sintomas depressivos e tabagismo

SCID-T4				
Tabagismo	Sintomas Ausentes	Sintomas Presentes Sem Critério para Depressão	Sintomas + Critério para Depressão	Total
Não	2 15,3%	5 38,5%	6 46,2%	13 100%
Sim	10 58,8%	1 5,9%	6 35,3%	17 100%

$p<0,022$

Considerando as possíveis associações entre sintomas depressivos, segundo a SCID e a idade dos pacientes deste estudo, observou-se diferença estatística significativa ($p=0,05$) para sintomas depressivos e idade superior a 60 anos. O que possibilita dizer que pacientes mais idosos tenderam a deprimir mais, mesmo 30 a 40 dias após a alta hospitalar (Tabela 17).

Tabela 17. Comparação dos indicadores de sintomas depressivos e idade

SCID-T4				
Idade	Sintomas Ausentes	Sintomas Presentes Sem Critério para Depressão	Sintomas + Critério para Depressão	Total
Até 59 anos	9 60%	3 20%	3 20%	15 100%
> 60 anos	3 20%	3 20%	9 60%	15 100%

$p<0,050$

6.5 Correlações e Associações entre indicadores de ansiedade e sintomas depressivos e possíveis complicações clínicas presentes após a cirurgia cardíaca e tempo de internação hospitalar e UTI.

a) Ansiedade (HAD-A) em função das complicações clínicas e tempo de internação em UTI.

Com relação à ansiedade em função das complicações clínicas, os dados demonstraram diferença estatística significativa em T2 ($p= 0,042$). Pode-se destacar que a presença de ansiedade corresponde à ocorrência de complicações clínicas (Tabela 18).

Tabela 18. Distribuição dos indicadores de ansiedade em função das complicações clínicas

COMPLICAÇÕES CLÍNICAS							
HAD-A	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	P
T1	6	8,1	6,4	0	7,5	17	0,963
	28	7,7	2,7	5	7	15	
T2	6	3,1	3	0	2,5	8	0,042*
	28	6,1	2,8	0	6	14	
T3	6	4	2,5	1	4	8	0,438
	28	4,7	2,2	1	5	10	

* $p<0,05$

Os dados apresentam diferença estatística significativa quando o tempo de permanência de UTI foi comparado à ansiedade em T2 ($p<0,047$).

b) Sintomas depressivos (BDI-II e HAD-D) em função das complicações clínicas e tempo de internação hospitalar e UTI.

Em relação aos sintomas de depressão associados às complicações clínicas, ocorrem diferenças estatísticas significantes nos momentos T2 ($p=0,037$) e T3 ($p=0,002$), sendo que nos dois casos, em média, os escores dos que tem alguma complicação superam de forma

significativa os demais. A associação em T3 demonstra correlação linear positiva quando relacionada entre si ($r=0,426$; $p=0,012$). A Tabela 19 retrata as associações entre estas variáveis e a Tabela 20 as correlações.

Conforme descrito na Tabela 19, quanto à análise da HAD-D em relação às complicações clínicas, verifica-se diferença estatística significativa em T2 ($p=0,023$) e T3 ($p=0,012$).

Tabela 19. Distribuição dos indicadores de depressão e Complicações Clínicas

COMPLICAÇÕES CLÍNICAS							
BDI-II	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	P
T1	6	11,5	9	0	12,5	22	0,571
	28	14,5	5,6	5	15,5	24	
T2	6	10	6,7	0	11	19	0,037**
	28	16,7	6,1	7	17	29	
T3	6	6,6	4,4	7	7	13	0,002*
	28	15,7	5,7	2	14,5	26	

HAD-D	N	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo	P
T1	6	4,8	3,9	0	6	9	0,327
	28	6,7	3,3	0	7	13	
T2	6	3,6	3,2	0	3	8	0,023*
	28	7,7	3,5	0	8	14	
T3	6	2,1	3	0	1	8	0,012*
	28	6,9	2,9	0	7	13	

* $p<0,05$

Tabela 20. Correlações entre os resultados obtidos com os instrumentos de avaliação BDI-II e HAD A e D com complicações clínicas

CORRELAÇÃO DOS INDICADORES	R	P
Compl Clín X BDI-II T1	0,164	0,353
Compl Clín X BDI-II T2	0,275	0,116
Compl Clín X BDI-II T3	0,426	0,012*

* $p=0,05$

Com relação ao tempo de internação, verificou-se correlação linear positiva entre escore de sintomas de ansiedade no T3 (HAD-A) ($r=0,531$; $p<0,001$) e tempo maior de internação na UTI. O que significou que quanto maior o tempo de internação na UTI, maior a ansiedade em T3. Tal qual o tempo de internação em UTI, o tempo de hospitalização também apontou correlação positiva linear entre escore de depressão nos tempos 1 e 3 e período de internação ($r=0,203$; $p<0,005$). O que sugeriu que quanto maior o tempo de internação, maior os indicadores de depressão em T3. Esses dados são demonstrados na Tabela 21.

Tabela 21. Correlações entre os resultados obtidos com os instrumentos de avaliação BDI-II e HAD A e D com variáveis tempo de internação total e UTI

		Tempo de internação em UTI	Tempo de internação
BDI-II T1	r	0,073	-0,083
	p	0,681	0,643
BDI-II T2	r	0,08	0,069
	p	0,651	0,698
BDI-II T3	r	0,22	0,167
	p	0,211	0,345
HAD-A T1	r	0,297	0,28
	p	0,088	0,109
HAD-A T2	r	0,071	0,198
	p	0,69	0,262
HAD-A T3	r	0,531	0,254
	p	0,001*	0,147
HAD-D T1	r	0,112	0,046
	p	0,527	0,798
HAD-D T2	r	0,138	0,199
	p	0,435	0,258
HAD-D T3	r	0,106	0,203
	p	0,550	0,005*

*Correlação $p<0,05$

c) Sintomas depressivos (SCID) em função das complicações clínicas e tempo de internação hospitalar e UTI.

Com relação ao tempo de internação, descrito na Tabela 22, observou-se que o tempo de internação superior a 12 dias está relacionado à presença de sintomas depressivos após 30-40 dias depois da cirurgia ($p=0,016$). Portanto, entende-se que o tempo maior de internação pode favorecer a presença de sintomas deprimidos mesmo após a alta hospitalar.

Tabela 22. Associação entre indicadores de sintomas depressivos e tempo de internação

Tempo de Internação	SCID-T4			Total
	Sintomas Ausentes	Sintomas Presentes Sem Critério para Depressão	Sintomas + Critério para Depressão	
Até 12 dias	10 62,5%	3 18,7%	3 18,8%	16 100%
> 12 dias	2 14,2%	3 21,5%	9 64,3%	14 100%

$p < 0,016$

7 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo identificar a incidência e prevalência de ansiedade e sintomatologia depressiva, associadas ao Infarto Agudo do Miocárdio e à revascularização cirúrgica do miocárdio e possíveis relações de influências desses sintomas nas fases pré e pós-operatória, assim como, descrever as características clínico-demográficas dos pacientes submetidos a esta cirurgia associados à ansiedade e depressão, além de verificar a presença de sinais clínicos depressivos após o período de internação.

Dessa maneira, tinha-se por hipótese que os pacientes cardiopatas submetidos à RCM apresentassem forte tendência para o desenvolvimento de sintomas de ansiedade e depressão antes e após a cirurgia cardíaca e que os mesmos poderiam estar associados a desfecho clínico negativo.

Os dados da discussão foram apresentados em quatro partes, seguindo os tópicos expostos nos resultados. Tais tópicos são apresentados de forma que contemplem os objetivos referentes à descrição dos indicadores de ansiedade e depressão nos períodos pré e pós-operatório de revascularização do miocárdio, bem como, as correlações e associações desses constructos. Primeiramente, foi apresentada uma breve discussão sobre os dados clínico-demográficos pesquisados, assim como as correlações e associações desses constructos. Em seguida, foi apresentada uma discussão sobre os sintomas de ansiedade e depressão presentes nesses pacientes nos momentos pré e pós-cirúrgico imediato e tardio e *follow-up* de 30 a 40 dias. Igualmente, as correlações e associações desses constructos. Foi agregado neste segundo tópico o terceiro objetivo referente aos indicadores de depressão segundo a SCID, por contemplar dados relacionados à presença de sinais clínicos de depressão após a alta hospitalar (T4). Num terceiro tópico, foram apresentadas as correlações e associações de indicadores de ansiedade e depressão em função dos fatores clínicos demográficos.

Finalmente, foram apresentadas as correlações e associações entre sintomas de ansiedade e depressão, complicações clínicas.

7.1 Indicadores clínico-demográficos nos pacientes submetidos à Revascularização Cirúrgica do Miocárdio (faixa-etária, sexo, tabagismo, etilismo, diabetes)

Este estudo teve como primeiro objetivo descrever as características clínico-demográficas nos pacientes submetidos à Revascularização Cirúrgica do Miocárdio (RCM).

A análise das condições de saúde indica que os dados obtidos também são compatíveis com a literatura ao apontar porcentagens similares na presença de tabagismo (55,8%), hipertensos (97%), diabéticos (29,4%) e etilistas (20,5%) (FERNANDES et al., 2009). As condições identificadas em parte dos pacientes da amostra, ou seja, diabetes, tabagismo, depressão, hipertensão arterial sistêmica, estão associadas à doença arterial coronariana.

Em relação à idade e ao sexo da amostra, os dados obtidos foram compatíveis com a literatura, isto é, houve predominância de pacientes mais idosos (> 60 anos, 55,9%) e do sexo masculino submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (CAMPONOGARA; SILVEIRA; CIELO, 2014; ARAÚJO et al., 2012; DESSOTTE, et al., 2013; TULLY; BAKER, 2012; MAIA, 2012; OLIVEIRA; WESTPHAL; MASTROENI, 2012; FERNANDES; ALITI; SOUZA, 2009; POZUELO, et al., 2008; PINTON et al., 2006; PEREZ, et al., 2005).

Um fato que chama a atenção é que, apesar da elevada faixa etária, foi encontrada idade mínima de 36 anos entre os pacientes desta amostra, indicando que embora rara em adultos jovens, a DAC ocorre de forma agressiva e pode levar os jovens à realização de procedimentos de alto risco, como a CRM. Isso pode ser justificado pela prevalência em torno de 10% da doença coronariana precoce nos países desenvolvidos, enquanto nos países em

desenvolvimento, como o Brasil, esse percentual dobre. Tal diferença parece se relacionar com o sedentarismo e as mudanças nos hábitos nutricionais, mais observados nos países em desenvolvimento, além dos fatores de risco clássicos para a aterosclerose. Os principais fatores associados aos eventos isquêmicos, entre os jovens, são a dislipidemia, o tabagismo e o excesso de peso (ARAÚJO et al., 2013).

No que se refere ao tempo médio de internação hospitalar e em UTI, os dados apontaram médias (13,9 dias e 3,8 dias, respectivamente) inferiores quando comparados à literatura (ARAÚJO et al., 2013). Em outro estudo, de Mesquita et al. (2008), foi constatado baixo EuroSCORE (classificação adotada pela Sociedade Europeia de Cardiologia, escore do risco operatório) entre os pacientes com permanência hospitalar menor que 8 (\pm 4) dias, e EuroSCORE moderado e grave naqueles pacientes com 12 (\pm 10) dias e 15 (\pm 10) dias, respectivamente. A partir dos estudos é possível considerar risco grave de complicação operatória entre os pacientes desse estudo, visto que a média foi de 28,4 dias.

Quanto ao tempo de internação em UTI, segundo Laizo, Delgado e Higa (2012), o tempo de permanência na UTI nas cirurgias cardíacas é, em média, 5,4 a 5,9 dias. Em contrapartida, o estudo de Torradi (2009) relata média de 3 dias de internação em UTI. De tal forma, os dados desse estudo mostram-se aceitáveis comparados à literatura.

O estudo também verificou possíveis associações entre indicadores de idade e tempo de internação. Em função da idade, o tempo maior de internação foi dos pacientes com mais de 60 anos (15,2 dias). Esse achado é apoiado pelo estudo de Almeida et al. (2006), que encontrou tempo de internação maior entre os pacientes com idade superior a 60 anos. Sugere-se, portanto, que os pacientes idosos necessitam de maior ênfase e atenção nos cuidados, já que neste grupo verificou-se relevância estatística significativa ($p=0,015$) em tempo 2 (T2) e complicações clínicas (ALMEIDA, et al., 2006). Em controvérsia, o estudo de Fernandes, Aliti e Souza (2009), aponta fraca associação entre essas variáveis (idade e tempo

de internação na UTI), entretanto, ressalta que pacientes mais idosos apresentam mais complicações clínicas no pós-operatório imediato, acarretando em tempo mais prolongado na UTI.

Em relação às associações entre o tempo de internação na UTI e o hábito de fumar, evidenciou-se que os fumantes permaneceram um tempo maior na UTI, em média 4,1 dias. Esses dados corroboram os achados de Laizo, Delgado e Rocha (2010), que constataram maior dificuldade de oxigenação e, com isso, maior tempo de permanência na UTI, nos casos de pacientes que não cessaram o uso de tabaco por pelo menos quatro semanas antes da cirurgia.

Em termos de complicações clínicas após a cirurgia, foi verificado que 82,3% dos pacientes evoluíram com algum tipo de complicação: 15 complicações infecciosas, 12 respiratórias e uma neurológica. As complicações infecciosas ganham destaque pela grande ocorrência na amostra estudada. Embora este seja um problema multifatorial, Laizo, Delgado e Rocha (2012) apontam que as complicações por infecções, principalmente a mediastinite (infecção dos tecidos profundos da ferida operatória), podem ocorrer em decorrência de contaminação da ferida operatória, além de relações com a obesidade, DPOC e o diabetes mellitus, tendo incidência de infecção desse tipo, neste grupo de pacientes, de 5%. Na amostra deste estudo, não se buscou relações entre as complicações e condições clínicas.

7.2 Incidência e Prevalência de ansiedade e sintomas depressivos em pacientes no pré e pós-cirúrgico de revascularização do miocárdio (T1, T2, T3 e T4)

Com referência ao segundo e terceiro objetivo proposto neste estudo: buscar relações e correlacionar os sintomas de ansiedade e depressão nas fases pré e pós-operatórias de revascularização cirúrgica do miocárdio com possíveis complicações clínicas, observou-se a

prevalência e incidência desses sintomas na maioria da amostra. Buscou-se também verificar a presença de sinais clínicos de depressão nos pacientes após a alta hospitalar.

No que diz respeito à ansiedade nos tempos de avaliação, verificou-se a prevalência de ansiedade de 41,2% em T1; 8,8% em T2 e 2,9 em T3. Observa-se o alto índice de ansiedade no momento pré-cirúrgico, com acentuada queda no pós-operatório imediato e pós-operatório tardio, consecutivamente. A ansiedade está entre os diagnósticos psicológicos mais comuns realizados no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. Além de ser um fenômeno universal, é considerada realidade emocional vivenciada por quase todos os pacientes cirúrgicos (QUINTANA; KALLIL, 2012). Os dados desse estudo vão ao encontro dos resultados da pesquisa de Carneiro et al. (2009), que identificaram prevalência de 34,4% de ansiedade em pacientes a serem submetidos à RM, utilizando também a HAD. Dados também compatíveis com o estudo de Tully e Backer (2012), que constataram a presença de elevados níveis de ansiedade naqueles pacientes que aguardavam procedimento cirúrgico de RM. No estudo de Torрати (2009), o tempo de internação pré-operatória foi também associado à maior ansiedade ($p= 0,03$) e apresentaram uma diminuição no estado de ansiedade no pós-operatório em relação ao período anterior. Os níveis altos de ansiedade nesse momento da internação podem estar relacionados à quebra de atividades diárias causadas pela hospitalização, em conjunto com as sensações de medo do desconhecido, o sentimento de que a cirurgia é uma situação limítrofe e fantasias em relação à anestesia e à recuperação, assim como às orientações e explicações plausíveis sobre a doença (CAMPONOGARA; SILVEIRA; CIELO, 2014; QUINTANA; KALLIL, 2012; VARGAS; MAIA; DANTAS, 2006; BOIZONAVE, 2003; FIGHERA; VIERO, 2005).

Embora no presente estudo não se possa afirmar, é possível que os pacientes da amostra tenham vivenciado um choque emocional ao receber a notícia da intervenção cirúrgica enquanto possibilidade de vida e como consequência podem ter apresentado

sentimentos de medo de morrer. Este pensamento está fundamentado nas evidências da literatura, que considera o momento em que se sabe da necessidade de realização da cirurgia de RM como uma explosão de sentimentos, sentindo-se numa situação dicotômica: entre a vida e a morte e tendo como reações principais, o nervosismo, a insegurança e a ansiedade (CAMPONOGARA; SILVEIRA; CIELO, 2014).

O alto índice de ansiedade observada no período que antecede a cirurgia em comparação aos demais tempos posteriores à mesma, revela a necessidade desses pacientes serem submetidos a uma avaliação mais detalhada de seu estado emocional antes da realização da intervenção cirúrgica. O que reforça a importância da aplicação de questionário de avaliação da ansiedade em todos os pacientes cirúrgicos durante a avaliação pré-operatória (CARNEIRO, et al., 2009). Além disso, o medo da cirurgia e da consequência desta enquanto causa de aumento da ansiedade, sinaliza a necessidade de elaboração de intervenção específica para esse grupo de pacientes (BACHION, et al., 2004). Dessa forma, considera-se importante a identificação do modo como o paciente enfrenta e lida com a situação de estar aguardando uma cirurgia cardíaca. Conhecer sobre as alterações emocionais e como o paciente responde à situação é importante tanto no pré como no pós-operatório (QUINTANA; KALIL, 2012).

Analisando as ocorrências de indicadores clínicos para depressão, observou-se em todos os tempos da internação a presença de sintomatologia depressiva nos pacientes submetidos à revascularização cirúrgica do miocárdio, valor considerado consistente com dados encontrados em outros estudos considerando a mesma população (TULLY; BAKER, 2012; PINTON et al., 2006; BLUMENTHAL et al., 2003). Tully e Baker (2012) em seus estudos notam que 30 a 40% dos pacientes submetidos à cirurgia de RM, vivenciam alguma forma de depressão imediatamente antes e após o procedimento cirúrgico. Considerando o instrumento BDI-II e HAD-D, respectivamente, e os tempos de avaliação, nota-se a presença

de sinais de depressão em fase pré-operatória, 55,9% e 29,4%, condição apontada como fator de impacto negativo em sujeitos submetidos à revascularização cirúrgica do miocárdio, uma vez que essa pode ser uma condição predisponente às complicações clínicas pós-operatórias (BLUMENTHAL et al., 2003). Lemos et al. (2008) e Pinton et al. (2006) reforçam que a presença de depressão em fase pré-operatória é um fator de risco para o indivíduo, tornando-o mais vulnerável à evolução clínica desfavorável. Corroborando, no presente estudo foi constatada alta incidência de pacientes com sintomas depressivos do momento pré-cirúrgico (T1) para o pós-cirúrgico imediato (T2) (15,4%), e prevalência maior de sintomas depressivos após a cirurgia (T2 e T3), ambos 61,8%. Dados esses compatíveis ao estudo de Pinton et al. (2006), no qual observam prevalência maior de depressão após a cirurgia, 38% contra 20 a 25%. Considerando os fatores que predisõem ao aparecimento de depressão no pré e pós-operatório de RM, o estudo de Torрати (2009) identificou fatores como: em pré-operatório, pouco apoio social, pelo menos um fator estressante e dispneia moderada a grave; e no pós, estadia em UTI e pouco ou nenhum apoio social.

Em relação à intensidade dos sintomas da depressão nos três tempos do estudo (durante internação), levando em consideração os indicadores de depressão obtidos pelo BDI-II, verificou-se nível mais baixo de sintomas depressivos em T1 (pré-cirúrgico), ocorrendo um aumento em T2 e mantendo esse mesmo nível em T3. Esses dados divergem dos estudos de Pinton et al. (2006), nos quais constataram presença maior de sintomas depressivos em T2, tendo uma queda acentuada em T3, sendo justificada pelos autores a perda de alguns pacientes na fase III do referido estudo.

Com relação à gravidade dos sintomas, observa-se um número maior de pacientes com sintomas depressivos moderado/grave em todos os tempos de avaliação. Tais dados divergem do estudo desenvolvido por Pinton et al. (2006) que, utilizando o BDI, encontraram predomínio de sintomas depressivos leves no paciente cirúrgico cardiopata antes e após RCM.

Entretanto, é convergente a achados da literatura que mostram maior prevalência de depressão moderada entre os pacientes cardiopatas (MATTOS et al.,2005; PEREZ et al.,2005). Nesse mesmo sentido, a pesquisa realizada por Dessotte et al. (2013), constata valores equivalentes à 7,9% com depressão leve; 9,9% com depressão moderada e 6,3% com depressão grave, sendo 19,4% dos pacientes classificados com disforia. Em todo caso, constata-se que poucos são os estudos que retratam o fenômeno da ansiedade e depressão e a gravidade destes em pacientes cardiopatas submetidos à cirurgia de RM.

Os indicadores emocionais como depressão e ansiedade foram correlacionados entre si. Observou-se correlação linear positiva entre ansiedade no T2 (pós-operatório imediato) e sintomas de depressão no T2 e T3, indicando que a ansiedade pode aumentar a ocorrência de sintomas depressivos. O mesmo ocorre com ansiedade no T3. Esse achado é apoiado pelos estudos de Boing et al. (2012), Quintana e Kallil (2012), Andréo (2010), Carneiro et al. (2009), Lemos et al. (2008), Perez et al. (2005), Boizonave (2003), os quais têm correlacionado episódios depressivos e quadros de ansiedade. De acordo com Lemos et al. (2008) e Quintana e Kallil (2012), nessa relação, a ansiedade é discutida como preditor para desencadeamento da sintomatologia depressiva, em pacientes hospitalizados. Perez et al. (2005) também apontaram maiores chances da depressão se apresentar entre os pacientes ansiosos. Além disso, Dantas e Aguillar (2001) apontaram em seus estudos os prejuízos dos pacientes submetidos à RCM e constataram que pelo menos 20% das dificuldades, quanto ao enfrentamento, aceitação do tratamento e controle da ansiedade estavam relacionados a alterações no quadro de humor dos sujeitos. Por outro lado, Boizonave e Barros (2003) consideram que a hospitalização associada a um procedimento cirúrgico, pode ser responsável pela presença de quadros ansiosos e depressivos, cuja tendência é a remissão em poucos dias, após a intervenção cirúrgica. Uma possível explicação para a manutenção dos sintomas depressivos é a relação existente entre essa variável e as complicações clínicas (BDI-II: T2,

p=0,037 e T3, p=0,002; HAD-D: T2, p=0,023 e T3, p= 0,012), enquanto reação emocional diante das complicações experienciadas pela maioria dos pacientes (n=28). Desse modo, entende-se importante a avaliação do estado emocional no período pré-operatório por identificar riscos de desordens de humor no pós-operatório (TORRATI, 2009).

Outro item a ser ressaltado na interpretação dos dados, refere-se aos diferentes instrumentos utilizados nesta pesquisa. Embora BDI-II e HAD-D avaliem a sintomatologia depressiva, houve variação dos resultados. Observam-se níveis maiores de sintomas depressivos de acordo com o BDI-II em todos os tempos de avaliação. Entretanto, a análise de correlação entre os instrumentos apontam que ambos mostram-se eficazes e caminham juntos nos três tempos de avaliação. Os estudos de Salle et al. (2012), por sua vez, sugerem que a escala de depressão BDI pode ser útil como ferramenta auxiliar no rastreamento de episódios de depressão maior, com sensibilidade de 0,72 na identificação de depressão. Essa afirmação é apoiada em Marcolino et al. (2007), que destacam índices de consistência interna recomendáveis para instrumentos de triagem apresentados pelas subescalas HADS. Além disso, os autores apontam correlação positiva entre os itens da HADS e a pontuação total das subescalas (tanto ansiedade quanto depressão) e que, a relação de moderada para forte entre a HADS-A e a HADS-D pode estar relacionada com a comorbidade entre ansiedade e depressão. Quanto à sensibilidade e a especificidade dos instrumentos HADS E BDI-II no que se refere à depressão, estes variam de 69,6% a 90,9% respectivamente. A utilização desses instrumentos, segundo os autores, pode revelar casos de transtornos do humor, que muitas vezes passam despercebidos pela equipe de saúde.

Pautado no terceiro objetivo, o qual foi verificar a presença de sinais clínicos de depressão nos pacientes após a alta hospitalar, observou-se que no follow-up de 30 a 40 dias após a cirurgia (T4), a prevalência dos sintomas depressivos foi de 60% da amostra estudada, sendo que destes, 40% atingiram critérios para episódio depressivo maior, segundo a SCID.

De acordo com Dantas e Aguillar (2001), a presença de sensação de cansaço, distúrbios do padrão de sono e mudanças no apetite também foram citadas por pacientes revascularizados nas três primeiras semanas após alta. Em seus estudos, esses problemas foram observados durante o primeiro mês de recuperação. Também foi relatado por esse grupo estudado alterações do humor como tristeza, depressão e desânimo. Com relação a isso, os autores referem que no período pós-operatório do paciente revascularizado são comuns crises de choro e momentos de tristeza, considerando este o tempo de reflexão para o doente que costuma analisar sua vida anterior. Além disso, podem estar presentes a sensação de culpa e de ter provocado a sua doença cardíaca com comportamentos e hábitos pouco saudáveis, atormentando o paciente neste período.

Ao que se refere à etiologia do quadro depressivo, em sujeitos cardiopatas, estudos como o de Pinton et al. (2006) inferem que a condição cirúrgica vulnerabiliza o paciente para o desenvolvimento da psicopatologia e, ainda que as prevalências desse quadro mantenham-se até três meses após o procedimento cirúrgico. Para este estudo, tendo sido estabelecido o tempo de *follow-up* entre 30 e 40 dias, também foi constatada a prevalência dos sintomas depressivos (60%), com efetivos critérios clínicos para diagnóstico de episódio depressivo maior (40%). Quanto à persistência do quadro psicopatológico, Blumenthal et al. (2003), em seus estudos apontaram que a depressão persistia no paciente cardiopata após a revascularização cirúrgica do miocárdio, até seis meses depois do procedimento, com evolução da psicopatologia no quadro clínico. No mesmo seguimento, Lemos et al. (2008) desenvolveram um estudo em que foram constatadas a presença de sintomatologia depressiva, assim como a persistência da mesma no paciente cardiopata. Contudo, a discussão acerca do disparo da psicopatologia apontou associações com o quadro ansioso do sujeito, bem como histórico familiar como, por exemplo, o fator genético.

Alguns pontos devem ser salientados para interpretação adequada dos resultados. Ao verificar as diferenças entre as prevalências de depressão encontradas no presente estudo e na literatura, deve-se considerar que a variação desses resultados pode ser devida aos diferentes instrumentos de mensuração utilizados pelas pesquisas.

7.3 Indicadores de ansiedade e depressão em função dos fatores clínicos demográficos (sexo, idade, tabagismo, etilismo, diabetes mellitus)

Considerando o objetivo desse estudo, o qual abrange a associação e correlação entre as características clínico-demográficas e a presença de ansiedade e sintomas depressivos nos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio, entre indicadores depressivos e sexo, constatou-se que os homens deprimem menos do que as mulheres no pré e pós-operatório imediato. Entretanto, no pós-operatório tardio ocorre uma inversão, os homens deprimem mais enquanto as mulheres diminuem a pontuação de sintomas depressivos. Nessa mesma direção, o estudo de Torrati (2009) constatou que embora as mulheres apresentem mais sintomas depressivos do que os homens, elas, entretanto, apresentam sinais de melhora destes sintomas no pós-operatório de RM, pois apresentam maiores índices de diminuição dos sintomas do que os homens.

A maior frequência e níveis mais graves de sintomas depressivos entre as mulheres desta amostra é também um dado compatível com a literatura, que indica maior ocorrência entre as mulheres (DESSOTTE, et al., 2013; TULLY; BAKER, 2012; TORRATI; 2009; POZUELO, et al., 2008; PINTON, et al., 2006; PEREZ, et al., 2005; MANICA, et al., 1999). No estudo de Fleck et al. (2009), as mulheres destacam-se por serem mais suscetíveis ao humor deprimido, numa proporção de duas a três vezes mais na manifestação de depressão

quando comparada aos homens, sendo considerado a maior causa de incapacidade sentida pelas mulheres.

As explicações sugeridas para uma maior prevalência de sintomas depressivos em mulheres compreendem desde a maior facilidade em reportar aspectos emocionais e a tendência de busca por atendimento, até aspectos biológicos e psicossociais particulares. No que se refere a aspectos biológicos, incluem-se os fatores hormonais, transmissão genética e diferença de estrutura e funcionamento cerebral. Os aspectos psicossociais abarcam o estilo e mecanismos psicológicos diferentes, o papel social e familiar exercido pela mulher, as mudanças sociais e o aumento das exigências profissionais (PEREZ et al., 2005).

Em relação à associação entre ansiedade e a idade dos pacientes, os resultados desse estudo não foram estatisticamente significativos, corroborando com o resultado encontrado por Torratsi (2009).

Também foi observada associação significativa entre pacientes mais velhos ($p=0,056$) e humor deprimido no pós-operatório imediato, logo após a internação em UTI. Tal sentimento, nesse momento, pode mostrar-se vinculado ao risco elevado de complicações e ou possibilidade de morte presentes ainda no pós-operatório imediato (CAMPONOGARA; SILVEIRA; CIELO, 2014). Ainda com relação à idade, os dados apontam correlação linear positiva entre essa variável e complicações clínicas ($r=0,521$; $p=0,002$). Dado esse condizente com os achados de Pinton et al. (2006), que apontaram a recuperação física em pior evolução quando relacionada ao critério idade, ou seja, quanto maior a idade, maiores complicações no quadro clínico.

Levando em conta o hábito de fumar, apreende-se que os sintomas depressivos foram vivenciados mais entre os pacientes não-fumantes. O que converge com a literatura (Anstey et al., 2009) ao apontar que o tabagismo em pacientes acima de 60 anos aumenta o risco de sintomas depressivos no *follow-up*. Vale destacar que possa ter ocorrido viés dos dados, à

medida que muitos pacientes se sentem receosos em afirmar o uso do cigarro, visto que é solicitado pelo médico o cessar desse hábito.

Comparando etilismo com função da presença de sintomas depressivos, embora não tenha ocorrido significância estatística, verifica-se que os pacientes que fazem uso de álcool deprimem menos do que aqueles que não o fazem. Embora o presente estudo não possa afirmar, é possível que o comportamento de consumir álcool possa atuar como fator de proteção psíquica e emocional diante da situação vivida.

Por outro lado, a depressão é apontada por Pozuelo et al. (2009) e Serrano Jr et al. (2011) como possível agravante de fatores de risco como tabagismo, diabetes, hipertensão, obesidade, sedentarismo e aumento no consumo de álcool.

Entretanto, ao considerar-se a magnitude dos coeficientes de correlação da amostra, constatou-se valores baixos e moderados, indicando haver outros fatores não mensurados no trabalho que podem estar associados aos indicadores emocionais nesta população. Portanto, para futuras pesquisas, sugere-se a análise associativa de outras variáveis, como uso de psicotrópico, diagnóstico anterior de qualquer transtorno psíquico, tratamento psicológico anterior, nível socioeconômico e educacional, estado civil, quantidades de eventos cardíacos, fatores estes que podem aumentar a vulnerabilidade do paciente e prejudicar seu estado emocional, conforme ilustra a literatura.

7.4 Indicadores de sintomas de ansiedade, depressivos (BDI-II, HAD-D, HAD-A e SCID), complicações clínicas

Em função do segundo objetivo do presente estudo, buscar relações entre os sintomas de ansiedade e depressão nas fases pré e pós-operatórias de revascularização cirúrgica do miocárdio com possíveis complicações clínicas, a presença de complicações pós-operatórias,

foi observada em 82,3% dos pacientes da amostra estudada, o que destaca a necessidade de cuidados especiais em relação a estes pacientes, embora algumas complicações possam de fato ocorrer. Dentre as complicações, a infecção chama atenção pela alta prevalência (n=15) nesta amostra, seguida pela respiratória (n=12). Um entre aqueles que apresentaram complicação infecciosa foi submetido à reinternação após 30 a 40 dias da alta hospitalar.

Os dados mostram que, embora não tenha atingido significância estatística positiva entre complicações clínicas e tempo de internação, encontra-se valor-p aproximado ($p=0,053$). Da mesma forma, em seu estudo, Araújo et al. (2013) defendem que todas as complicações clínicas retardam a recuperação da saúde e aumentam o tempo de permanência hospitalar. Dentre as complicações que aumentam o tempo de internação destacam-se, principalmente, aquelas relacionadas à função respiratória, DPOC e tabagismo, tempo prolongado de ventilação mecânica, infecções, insuficiência renal, AVE e instabilidade hemodinâmica, como hipertensão arterial, arritmias e IAM.

O índice de ansiedade dos pacientes cardiopatas submetidos à RCM pode estar associado às complicações clínicas apresentadas no pós-operatório (T_2 , $p=0,042$). Essa inferência remete aos manuscritos de Quintana e Kallil (2012), que apontam a influência da ansiedade na resposta do paciente frente ao tratamento cirúrgico e por originar efeitos nocivos sobre a recuperação pós-operatória. Além disso, esses autores apontam a depressão, recuperação precária e aumento de dor como consequente complicação clínica das altas taxas de ansiedade antes da cirurgia de revascularização do miocárdio. Complementando, os estudos de Tully e Backer (2012) ressaltam que a ansiedade pode agravar os sintomas da DAC, já que os níveis subclínicos não são rebaixados mesmo que há diminuição da ansiedade após a cirurgia. Logo, ansiedade pré-operatória em níveis moderados podem auxiliar os pacientes a se prepararem para cirurgia e reduzir o estresse da situação (VARGAS et al., 2006). Corroborando, o estudo de Rufino et al. (2012) constata a ocorrência de infecção

enquanto maior causa de complicações clínicas na amostra estudada, e que infecções hospitalares em pacientes internados na UTI, além de comuns, aumentam com o tempo de internação.

Quanto à associação entre ansiedade e tempo de internação na UTI, os dados apresentam diferença estatística significativa quando o tempo de permanência lá é comparado à ansiedade em T2 ($p=0,047$). Maior tempo de UTI = mais ansiedade. Infere-se que a ansiedade esteja diretamente relacionada à dor pós-operatória, considerando o segundo dia após a intervenção cirúrgica (TORRATI, 2009), momento este em que o paciente está na UTI. Esse pensamento é baseado no estudo de Caiuby et al. (2010), o qual evidencia que pacientes internados em UTI passam por uma experiência de grande potencial traumático e que muitos deles desenvolvem quadros emocionais graves, incluindo o transtorno de estresse pós-traumático. Essas experiências são caracterizadas por grande sofrimento psicológico e podem, ainda, repercutir de forma prejudicial na reabilitação do paciente.

Os dados desse estudo apontam correlação linear positiva entre sintomas depressivos no pós-operatório (T3) e complicações clínicas ($r=0,426$; $p=0,012$), ou seja, quanto maior o nível de sintomas depressivos, maior a chance desse paciente complicar clinicamente. Infere-se, portanto, que sintomas depressivos podem favorecer o desenvolvimento de complicações clínicas. Na direção de tais achados, Prado (2009) constata que, em média, 20% dos sujeitos cardiopatas submetidos a um procedimento cirúrgico cardíaco, tendo a depressão como comorbidade, evoluem desfavoravelmente com quadros de complicações clínicas. Pinton et al. (2006), por sua vez, demonstram que 31% dos sujeitos cardiopatas, submetidos a RCM, apresentavam associações entre sintomatologia depressiva e complicações clínicas. Corroborando, Serrano et al. (2011) sugerem a existência de evidência da influência nas alterações do funcionamento do sistema imunológico e inflamatório enquanto relação entre depressão e DAC. Entretanto, não é claro que pacientes com DAC têm maior risco

inflamatório se a depressão existe. A depressão é apontada pela literatura como importante preditor independente de morte após a RCM (MALLIK et al., 2005; BLUMENTHAL et al., 2003). Além disso, levando em conta os dados apontados nesse estudo, sugere-se que sintomas ansiosos e/ou depressão pré-cirurgia cardíaca podem estar associadas a agravamento do prognóstico pós-cirúrgico (QUINTANA; KALLIL, 2012). Ainda que não relacionado ao procedimento cirúrgico, achados na literatura apontam que a depressão no paciente cardíaco, quando não tratada corretamente, torna-se fator de risco para (re) surgimento de IAM, fator de pior prognóstico, elevando significativamente a morbidade e a mortalidade (POZUELO et al., 2009; LEMOS et al., 2008; SURTEES et al., 2008; JANSZKY, 2007). Além de que, a depressão pode acarretar a diminuição da aderência à medicação, o risco aumentado do tratamento médico, a redução dos fatores de risco para evento cardíaco, participação na reabilitação e aumento dos hábitos de cuidados à saúde (LICHTMAN et al., 2012; SERRANO JR et al., 2011; ALVES et al., 2009).

No que se refere ao tempo de internação, identificou-se que o tempo de internação superior a 12 dias corresponde à presença de sintomas depressivos após 30-40 dias depois da cirurgia ($p=0,016$). Portanto, entende-se que o tempo maior de internação pode favorecer o surgimento de sintomas depressivos mesmo após a alta hospitalar.

Vale a ressalva que, dos sujeitos que participaram deste estudo, nenhum deles apresentava antecedentes clínicos para depressão em qualquer fase da vida. E, embora ainda seja pauta de muitas discussões científicas, estudos de Lemos et al. (2010) e Pinton et al. (2006) apontam a Revascularização Cirúrgica Miocárdica, como fator de risco para o desenvolvimento da depressão, partindo do pressuposto de que alterações fisiológicas, dentre elas procedimentos com circulação extracorpórea, possam estar relacionadas ao desfecho do quadro psicopatológico. Do mais, não se pode excluir a hipótese da significativa participação das estratégias de enfrentamento desadaptativas, na base desse transtorno. A expressão de

sintomas depressivos pode ser uma reação aguda ao estresse relacionado ao evento e pode estar relacionada à gravidade da doença, ao tipo de tratamento e prognóstico. Nesse ínterim, o desenvolvimento do quadro depressivo pode estar atrelado à reação emocional do indivíduo diante de tais circunstâncias (MELLO; CARVALHO; HIGA, 2011). Entende-se que a capacidade de enfrentamento dos problemas está ligada à recuperação dos pacientes após a cirurgia cardíaca, pois o modo de enfrentar as situações estressantes pelas quais está passando, poderá levar a um aumento do tempo de internação decorrente de complicações clínicas (TORRATI, 2009). Fráguas (2001, citado por ANDRÉO, 2010) aponta os tipos depressivos mais comuns encontrados no contexto hospitalar: a reação de ajustamento com humor depressivo - está ligada ao estresse do adoecer, podendo fazer uma relação do surgimento dos sintomas com o diagnóstico proposto. Entretanto, a fisiopatologia da depressão, em pacientes cardiopatas, não se constituiu objetivo deste estudo, ainda que essa seja uma pergunta de pesquisa para futuros delineamentos metodológicos.

Houve impossibilidade de avaliar nove pacientes durante o período de internação (Tempos 2 e 3) em decorrência dos óbitos ocorridos e pela ausência do contato da equipe de saúde quando o paciente estava de alta hospitalar. Além disso, quatro pacientes também não foram avaliados no tempo 4, uma vez que estes não compareceram para o atendimento ambulatorial na instituição. O fato de grande parte dos pacientes atendidos na instituição serem provenientes de outras cidades faz com que estes realizem o acompanhamento médico pós-cirúrgico em sua cidade de origem.

As limitações desse estudo são, em parte, inerentes ao seu delineamento, visto que estudos retrospectivos estão sujeitos a apresentar vieses associados à qualidade na coleta dos dados originais. Entre tais limitações, destacam-se o tamanho reduzido da amostra, o curto tempo de seguimento dos pacientes, a ausência da discriminação do uso de psicotrópico, a dificuldade em reavaliar o seguimento de todos os pacientes. Além disso, outra limitação

encontrada foi a ausência de estratificação de risco cirúrgico por escores específicos, visto que a gravidade dos casos pode influenciar a mortalidade, o prognóstico clínico e favorecer ao desequilíbrio emocional do paciente.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do presente estudo confirmam que pacientes cardiopatas submetidos à revascularização cirúrgica do miocárdio apresentam prevalência e incidência de sintomatologia depressiva em qualquer fase operatória, e prevalência alta de sintomas ansiosos exclusivamente na fase pré-cirurgia.

Em relação à sintomatologia depressiva e a ansiedade, conclui-se que sintomas de ansiedade e depressão e complicações clínicas estão fortemente relacionados em fase pós-operatória imediata e tardia de revascularização cirúrgica do miocárdio.

Os dados obtidos no presente estudo reforçam a importância da avaliação psicológica do paciente a ser submetido à revascularização do miocárdio, a fim de avaliar sua condição emocional, uma vez que sua prevalência e incidência são elevadas.

Conforme exposto ao longo deste trabalho, a doença arterial coronariana e seu tratamento cirúrgico geram forte impacto emocional na pessoa que vivencia tal doença. Em função do adoecimento e, por vezes, do tratamento, há comprometimentos nas esferas física, emocional e social, podendo essa pessoa apresentar ansiedade e depressão diante de sua condição de saúde, prejudicando o enfrentamento e adesão terapêutica. Cada fase do adoecimento e tratamento traz implicações psicológicas diferenciadas para a pessoa acometida pela doença arterial coronariana, de tal forma, faz-se necessário o conhecimento das mesmas e a inclusão dos aspectos psicossociais no cuidado com esses pacientes.

Tais resultados colaboram para a compreensão sobre reações emocionais dos pacientes infartados submetidos a esse procedimento cirúrgico, pois permitem a reflexão e busca de estratégias que permitam efetivo planejamento da assistência a esse paciente por toda equipe de saúde. O reconhecimento das necessidades dos pacientes cardíacos, pela equipe, favorece

um contato sistêmico, baseado na singularidade. A especial atenção a esses sintomas será essencial em programas de tratamento e pesquisas com foco em depressão e doença cardíaca.

Além disso, tais resultados apontam a importância em termos de saúde pública para planejamento de atenção à saúde do paciente cardiopata submetido à cirurgia cardíaca, permitindo elaboração de estratégias para sua melhor e mais rápida recuperação e reintegração à sociedade.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. P.; JUNIOR, R. G.; GASPARINO, R. C. Dúvidas dos pacientes em pós-operatório de revascularização do miocárdio. **Cogitare Enferm.** 14 (4): 675-81. Out/dez 2009.

ALVES, T. C. T. F.; FRÁGUAS, R.; WAINGARTEN, M. Depressão e infarto agudo do miocárdio. **Rev. Psiquiatria Clínica.** 2009; 36 (3): 88-92. Acesso em: 16/03/2013; Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36s3/04.pdf>>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** DSM-IV-TR. 4ª Ed ver. Porto Alegre: ArtMed, 2002.

ANDRÉO, J. S. **Sintomas de ansiedade e depressão: a remodelação psíquica na Insuficiência Cardíaca.** Dissertação (Mestrado em Ciência da Saúde) – Universidade Federal de Uberlândia – 2010. [Acesso em 14/04/2013]; Disponível em: <<http://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/2697/1/SintomasAnsiedadeDepress%C3%A3o.pdf>>

ANSTEY, K. J.; BURNS, R.; BUTTERWORTH, P.; WINDSOR, T. D.; CHRISTENSEN, H.; SACHDEV, P. Cardiovascular Risk Factors and Life Events as Antecedents of Depressive Symptoms in Middle and Early-Old Age: Path Through Life Study. **Psychosomatic Medicine** 71:937–943, 2009.

ARAÚJO, N. R.; ARAÚJO, R. A.; OLIVEIRA, R. C.; BEZERRA, S. M. M. S. Complicações pós-operatórias em pacientes submetidos a cirurgia de revascularização miocárdica. **Rev Enferm UFPE**, Recife, 7(5): 1301-10, maio., 2013.

BACHION, M. L.; MAGALHÃES, F. G. S.; MUNARI, D. B.; ALMEIDA, S. P. de; LIMA, M. L. de. Identificação do "medo" no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem**, 17, 298-304. 2004.

BIAGGIO, A. M. B. A ansiedade do dia-a-dia. IN: **O stress está dentro de você.** LIPP. M. E. N. 3 ed. São Paulo: Contexto, 2000.

BLUMENTHAL, J.A.; LETT, H.S.; BABYAK, M.A.; WHITE, W.; SMITH, P.K.; MARK, D.B.; JONES, R.; MATHEW, J.P.; NEWMAN, M.F. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. **Lancet.** vol. 362, p. 604-609, 2003.

BOING, A. F.; MELO, G. R.; BOING, A. C.; MORETTI-PIRES, R. O.; PERES, K. G.; PERES, M. A. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. **Rev. Saúde Pública**. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. 2012.

BOIZONAVE, L. F.; BARROS, T. M. de. Ansiedade e depressão: reações psicológicas em pacientes hospitalizados. Red de **Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal**. [Acesso em 04/05/2013]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115013455013>

BOTEGA, N. J.; FURLANETTO, L. M.; FRÁGUAS JR, R. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA JR, C.; PEREIRA, W. A. B. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**. 29(5): 355-63, 1995.

BOTEGA, N. J.; PONDÉ, M. P.; MEDEIROS, P.; LIMA M.G.; GUERREIRO, C. A. M. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria** 47: 285–289; 1998.

BRAILE, D. M.; GODOY, M. F. História da cirurgia cardíaca no mundo. **Rev. Bras. Cardiovasc** 27 (1): 125-34; 2012.

CAIUBY, A. V. S. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. 22(1):77-84; 2010.

CALLEGARO, G. D.; KOERICH, C.; LANZOI, G. M. M.; BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. Significando o processo de viver a cirurgia de revascularização miocárdica: mudanças no estilo de vida. **Rev Gaúcha Enferm**. 33(4):149-156; 2012.

CAMPONOGARA, S.; SILVEIRA, M.; CIELO, C. Percepções de pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular sobre o adoecimento. **R. Enferm. Cent. O. Min.** jan/abr; 4(1): 993-1003. 2014.

CAMPOS, L. N.; GUIMARÃES, M. D. C.; REMIEN, R. H. Anxiety and depression symptoms as risk factors for nonadherence to antiretroviral therapy in Brazil. **AIDS Behav.** 14(2): 289–299; April, 2010.

CARDOSO, G.; TRANCAS, B.; LUENGO, A.; REIS, D. Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com relevância clínica. **Rev Port Cardiologia**; 27 (1): 91-109. 2008.

CARNEIRO, A. F.; MATHIAS, L. A. S. T.; JÚNIOR, A. R.; MORAIS, N. S de; GOZZANI, J. L.; MIRANDA, A. P de. Avaliação da Ansiedade e Depressão no Período Pré-Operatório em Pacientes Submetidos a Procedimentos Cardíacos Invasivos. **Revista Brasileira de Anestesiologia** Vol. 59, n. 4, Julho-Agosto, 2009.

CUNHA, R.V.; BASTOS, G. A. N.; DUCA, D. F. G.; Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Epidemiol.** , São Paulo, v.15, n.2, p. 346-354, 2012.

DALLAN, L. A. O.; JATENE, F. B.; Revascularização miocárdica no século XXI. **Rev Bras Cardiovasc** 28 (1): 137-44; 2013.

DANTAS, R. A. S.; AGUILLAR, O. M. Problemas na recuperação de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: o acompanhamento pelo enfermeiro durante o primeiro mês após a alta hospitalar. **Rev. Latino-Americana de Enferm.**, vol. 9, no. 6, p. 31-36, nov./dez. 2001.

DEL-BEM, C. M.; VILELA, J. A. A.; CRIPPA, J. A. de S.; HALLAKA, J. E. C.; LABATEC, C. M.; ZUARDIA, A. W. Confiabilidade da “Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica” traduzida para o português. **Revista Brasileira de Psiquiatria** 23 (3): 156-9; 2001. [Acesso em 10/05/2013]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n3/a08v23n3.pdf>>

DESSOTTE, C. A. M.; SILVA, F. S.; BOLELA, F., ROSSI, L.A., DANTAS, R. A. S. Presença de sintomas depressivos em pacientes com primeiro episódio de síndrome coronariana aguda. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 21 (1): [07 telas]. Jan-fev. 2013. [acesso em: 16/05/2013]; Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a06.pdf>

DIJK D. V.; KEIZER, A. M. A.; DIEPHUIS, J. C.; DURAND, C.; VOS, L. J.; HIJMAN, R.

Neurocognitive dysfunction after coronary artery bypass surgery: a systematic review. **J Thorac Cardiovasc Surg.** 120(4):632-9.Oct, 2000. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11003741> Acessado dia: 06/10/2013.

DSM-V. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.** 5ª edição. Brasil: Artmed, abril de 2014.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, 23 (3): 691-700, março, 2007.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P.R. Ansiedade no puerpério: prevalência e fatores de risco. **Rev. Bras. Genecol. Obstet.** Rio de Janeiro v.28, n.3, p. 171-178- mar., 2006.

FERNANDES, M. V. B.; ALITI, G.; SOUZA, E. M. Perfil dos pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio: implicações para o cuidado de enfermagem. **Rev Eletr Enf.** 11(4): 993-9. out/dez; 2009.

FIGHERA, J.; VIERO, E. V. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. **Revista SBPH,** v.8, n.2 Rio de Janeiro, dez, 2005.

FIRST, M. B. (traduzido por Del Ben, C. M. et al., 2001). Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Transtornos do Eixo I. SCID. Versão Clínica. Departamento de Psiquiatria, Nova Iorque. 1997.

FLECK, M.P; BERLIM, M. T.; LAFER, B.; SOUGEY, E. B.; DEL PORTO, J. A.; BRASIL, M. A.; JURUENA, M. F.; HETEM, L. A. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento de Depressão. **Rev Bras. Psiquiatria,** Porto Alegre, v.31. supl. I, p. 717, 2009.

FRÁGUAS Jr, R.; IOSIFESCU, D. V.; ALPERT, J.; WISNIEWSKI, S. R.; BARKIN, J. L.; TRIVEDI, M. H.; RUSH, A. J.; FAVA, M. Major Depressive Disorder and Comorbid Cardiac Disease: Is There a Depressive Subtype With Greater Cardiovascular Morbidity? Results from the STAR*D Study. **Psychosomatics** 48:5, September-October 2007. Acessado dia: 12/07/2013. Disponível em: <<http://psy.psychiatryonline.org>>

GOLD, K. J.; SPANGENBERG, K.; WOBIL, P.; SCHWENK, T. L. Depression and risk factors for depression among mothers of sick infants in Kumasi, Ghana. **Int. J. Gynaecol. Obstet.,** Baltimore, v.120, n.3, p.228-231, March, 2013.

GORENSTEIN, C.; WANG, Y. P.; ARGIMON, I.; WERLANG, B. **BDI-II: Inventário de depressão de Beck II** / adaptação para o português. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

HAWORTH, J. E.; MONIZ-COOK, E.; CLARK, A.L.; WANG, M.; WADDINGTON, R.; CLELAND, J. C. F.; Prevalence and predictors of anxiety and depression in a sample of chronic heart failure patients with left ventricular systolic dysfunction. **Eur j heart fail** 7:803-8; 2005.

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

JANSZKY, I.; AHLBOM A, HALLQVIST J, AHNVE S. Hospitalization for depression is associated with an increased risk for myocardial infarction not explained by lifestyle, lipids, coagulation, and inflammation: The SHEEP Study. **Biol Psychiatry** 62:25–32; 2007.

JATENE, F. B.; MONTEIRO, R., HUEB, A. C. Intervenções Cirúrgicas na Doença Arterial Coronária Aguda. In: NOBRE, F.; SERRANO Jr, C. V. (org) **Tratado de Cardiologia** SOCESP, p. 719-725; 2005.

KOK, W. F.; VAN HARTEN, A. E.; KOENE STAFF, B. M. J. A.; MARIANI, M. A.; KOERTS, J.; TUCHA, O.; ABSALOM, A. R. A pilot study of cerebral tissue oxygenation and postoperative cognitive dysfunction among patients undergoing coronary artery bypass grafting randomised to surgery with or without cardiopulmonary bypass. **Anaesthesia**. 69 (6): 613-22, jun. 2014. Acessado em: 06/10/2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24750013>>

LAIZO, A.; DELGADO, F. E. F.; ROCHA, G. M. Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca. **Rev. Bras Cir Cardiovasc**. 25 (2): 166-171; 2010.

LEMO, C. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida em pacientes que apresentam quadro de pós infarto do miocárdio. Porto Alegre: Fundação Universitária de Cardiologia, 2006. 79 f. **Dissertação de Mestrado**. Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul /Fundação Universitária de Cardiologia – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Cardiologia).

LEMOS, K. F.; DAVIS, R.; MORAES, M. A.; AZZOLIN, K. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. Porto Alegre. **Rev. Gaúcha Enferm.**, vol. 31, no. 1, p. 129-135, Mar. 2010.

LESPÉRANCE, F.; FRASURE-SMITH N, TALAJIC M, BOURASSA MG. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. **Circulation** 105:1049–1053; 2002.

LICHTMAN, J. H; BIGGER JR, J. T.; BLUMENTHAL, J. A.; FRASURE-SMITH, N.; KAUFMANN, P. G.; LESPÉRANCE, F.; MARK, D.B.; SHEPS, D. S.; TAYLOR, C. B. FROELICHER, E. S. Depression and Coronary Heart Disease. **Circulation**. 2008; 118. [Acesso em: 26/01/2013]; Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/118/17/1768>

MAIA, L. F. S. Infarto Agudo do Miocárdio: o perfil de pacientes atendidos de um hospital público de São Paulo. **Rev. Cient de ENf.** 1(4): 10-15. 2012.

MALLIK, S.; KRUMHOLZ, H. M.; LIN, Z. Q.; KASL, S. V.; MATTERA, J. A.; ROUMAINS, S. A.; VACCARINO, V. Coronary artery bypass surgery patients with depressive symptoms have lower health status benefits after. **Circulation**, v. 111, p. 271-277, jan. 2005.

MANICA, A. L. L.; LEÃES, C. G. S.; FREY, B. N., JURUENA, M. F. O Papel da Depressão na doença coronária. **Arq Bras Cardiol**, v. 73, n.2, Porto Alegre, 1999. [Acesso dia 26/01/2013]; Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/1999/7302/73020012.pdf>>

MARCOLINO, J. A. M.; MATHIAS L. A. da S. T.; PICCININI FILHO, L.; GRARATINI, A. A.; SUZUKI, F. M.; ALLI, L. A. C. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo de Validade de Critério e da confiabilidade com Pacientes no Pré-operatório. **Rev Bras Anesthesiol.** 57: 1: 52-62; 2007.

MATTOS, M.A.; LOUGON, M.; TURA, B. R.; PEREIRA, B. B. Depressão e Síndrome Isquêmica Coronariana Aguda **Rev. SOCERJ**. [periódico da internet] 2005 18(4): 288-94. Acesso em: 6 setembro de 2013. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2005_04/a2005_v18_n04_art02.pdf>

MELLO, A. P. de; CARVALHO, A. C. de C.; HIGA, E. M. S. Sintomas depressivos em pacientes com síndrome coronariana aguda. **Einstein**; 9 (3 Pt 1): 326-31. 2011.

MESQUITA E. T.; RIBEIRO, A.; ARAÚJO, M. P. de; CAMPOS, L. A. de A.; FERNANDES, M. A.; COLFRANCESCHI, A, S.; SILVEIRA, C. G. da; NUNES, E.; ROCHA, A. S. C. da. Indicators of healthcare quality in isolated coronary artery bypass graft surgery performed at a tertiary cardiology center. **Arq Bras Cardiol.** 90(5):350-4. 2008.

MORENO, D. H.; MORENO, R. A.; SOEIRO-DE-SOUZA, M. G. Transtorno depressivo ao longo da vida. In: FORLENZA, Or V.; MIGUEL, E. C. **Compêndio de Clínica Psiquiátrica.** [S.l.]: Manole, cap. 18, p. 298-314. v. 24x17; 2012.

MORENO, D. H.; MORENO, R. A. Escalas de Depressão de Montgomery & Åsberg (MADRS) e de Hamilton (HAM-D). **Rev. psiquiatr. clín.** São Paulo, 1998; 25 (5): 262-72. [Acesso em 20 de maio 2013; Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=228053&indexSearch=ID&lang=p>]

MU, D.L.; LI, L.; WANG, D.; LI, N; SHAN, G.; LI, J.; YU, Q.; SHI, C. High postoperative serum cortisol level is associated with increased risk of **cognitive dysfunction** early after coronary artery bypass graft surgery: a prospective cohort study. *Plos One.* v. 8. 2013. Disponível em: www.plosone.org

OLIVEIRA, E. L.; WESTPHAL, G. A.; MASTROENI, M. F. Características clínico-demográficas de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio e sua relação com a mortalidade. **Revista Cirurgia Cardiovascular.** 27 (1): 52-60, 2012.

OLIVEIRA, S. A.; DALLAN, L. A. O.; LISBOA, L. A. F. Intervenções cirúrgicas na Doença Arterial Coronária Crônica. In: NOBRE, F.; SERRANO Jr, C. V. (org) **Tratado de Cardiologia SOCESP,** p. 571-621; 2005.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment. 2013. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/index.html. Acessado dia 19/06/2014>

PATRON, E.; BENVENUTI, S. M.; FAVRETTO, G.; GASPAROTTO, R.; PALOMBA, D. Depression and reduced heart rate variability after cardiac surgery: the mediating role of emotion regulation. **Auton Neurosci.** 180:53-8. Febr, 2013.

PÊGO-FERNANDES, P. M.; GAIOTTO, F. A.; GUIMARÃES-FERNANDES, F. Estado atual da cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev. Med.** (São Paulo). abr.-jun.;87(2):92-8. 2008

PEREZ, G.H.; NICOLAU, J. C.; ROMANO, B.W.; LARANJEIRA, R. Depression and Acute Coronary Syndromes: gender-related differences. **Arq. Bras. Cardiologia** [periódico na Internet]. 85(5): 319-26; 2005. Acesso em: 06 setembro 2013. Disponível em: [HTTP://www.scielo.br/pdf/abc/v85n5/26925.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/v85n5/26925.pdf).

PETERSON, J.C; CHARLSON, M.E.; WILLIAMS-RUSSO, P. New postoperative depressive symptoms and long-term cardiac outcomes after coronary artery bypass surgery. **Am J Geriatr Psychiatry** 10: 192–198; 2002.

PIGNAY-DEMARIA, V.; LESPÉRANCE, F.; DEMARIA, R. G.; FRASURE-SMITH, N.; PERRAULT, L.P. Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. **Ann Thorac Surg**, 75: 314-321; 2003. [Acesso em: 04/05/2013]; Disponível em:<<http://ats.ctsnetjournals.org/cgi/content/full/75/1/314>>

PINTON, F. A.; CARVALHO, C. F.; MIYAZAKI, M. C. de O. S.; GODOY, M. F. de. Depressão como fator de risco de morbidade imediata e tardia pós-revascularização cirúrgica do miocárdio. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular** vol.21 no.1 São José do Rio Preto Jan./Mar. 2006. [Acesso em 16/05/2013]; Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v21n1/a13v21n1.pdf>>.

POLSKY, D; DOSHI, J.A.; MARCUS, S. OSLIN, D.; ROTHBARD, A.; THOMAS, N.; THOMPSON, C. L. Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. **Arch Intern Med** 165:1260–1266; 2005.

POZUELO, L.; TESAR, G.; ZHANG, J.; PENN, M.; FRANCO, K.; JIANG, W. Depression and heart disease: What do we know, and where are we headed? **Cleveland Clinic Journal of Medicine**. Volume 76, n.1, Jan, 2009. Acessado em: 12 julh 2013.

PRADO, S. G.; A Relação entre Depressão e Cardiopatias: um estudo bibliográfico. **Dissertação para Bacharel**. Centro de Ciências da Saúde. Universidade do Vale do Itajai. SC. 2009.

QUINTANA, J. F.; KALIL, R. A. K. Cirurgia cardíaca: manifestações psicológicas do paciente no pré e pós-operatório. **Psicologia Hospitalar**, 10 (2), 16-32. 2012.

RIBEIRO, A. L. A.; GAGLIANI, M. L. **Psicologia e Cardiologia: Um Desafio que deu Certo**. São Paulo: ATHENEU, 2010.

ROY-BYRNE, P.P.; DAVIDSON, K. W.; KESSLER, R. C.; ASMUNDSON, G. J. G.; GOODWIN, R. D.; KUBZANSKY, L.; LYDIARD, R. B.; MASSIE, M. J.; KATON, W.; LADEN, S. K.; STEIN, M. B. Anxiety disorders and comorbid medical illness. **Gen. Hosp. Psychiatr.** New York, v.30, p. 208-225, 2008.

RUFINO, G. P.; GURGEL, M. G.; PONTES, T. deC.; FREIRE, E. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínicas médicas. **Rev. Bras Clin Med.** São Paulo. 10(4): 291-7. 2 jul-ago, 2012.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. [S.l.]: Artmed p.1584 v.28, 4X21, 3; 2007.

SARDINHA, A.; ARAÚJO, C. G. S.; OLIVEIRA E SILVA, A. C. NARDI, A. E. Prevalência de transtornos psiquiátricos e ansiedade relacionada à saúde em coronariopatas participantes de um programa de exercício supervisionado. **Revista Psiquiatria Clínica**. 38(2): 61; 2011.

SERRANO Jr, C. V.; SETANI, K. T.; SAKAMOTO, E.; ANDREI, A. M.; FRAGUAS, R. Association between depression and development of coronary artery disease: pathophysiologic and diagnostic implications. **Vascular Health and Risk Management** p. 159-164; 2011.

SPIELBERGER, C. D. **Tensão e ansiedade**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1981. 128

p.

SURTEES, P. G.; WAINWRIGHT, N. W. J., LUBEN, R. N., WAREHAM, N. J., BINGHAM, S. A., KHAW, K. T. Depression and ischemic heart disease mortality: evidence from the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. **Am J Psychiatry** 165:515–523; 2008.

TERRONI, L. M. N.; FRAGUAS, R.; TINONE, G.; MATTOS, P.; IOSIFESCU, D. V.; SCAF, M. Importance of retardation and fatigue/interest domains for the diagnosis of major depressive episode after stroke: a four months prospective study. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.31 no.3 São Paulo Set, 2009.

TORRATI, F. G. **Ansiedade, depressão, senso de coerência e estressores nos períodos pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. p. 110.

TULLY P. J.; BAKER, R. Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. **Journal of Geriatric Cardiology**. 9: 197–208. 2012.

VARGAS, T. V. P.; MAIA, E. M.; DANTAS, R. A. S. Sentimentos de pacientes no pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Latino-am Enfermagem**. 14 (3): 383-88; 2006.

WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH. Mental health and chronic physical illnesses: the need for continued and integrated care. *Mental Health and Chronic Physical Illnesses* Woodbridge, VA: **World Federation for Mental Health**, 2010.

ZENDER, R.; OLSHANSKY, E. Women`s Mental Health: Depression and anxiety. **Nurs. Clin. North America**, Philadelphia, v.44, n.3, p.355-364, 2009.

ZIGMOND, A.S.; SNAITH, R.P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 67: 370–376; 1983.

ZORNOFF, L. A.M.; MOLINA, R. B. G.; SIMÕES, E. F.; CICOGNA, A. C. Doença Arterial Coronária. In: NOBRE, F.; SERRANO Jr, C. V. (org) **Tratado de Cardiologia SOCESP**. p. 565-570, 2005.

APÊNDICE I
PROTOCOLO DE ENTREVISTA

Dados Iniciais

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Cidade: _____ Telefone (s): (____) _____

(____) _____

Dados da Internação

Diagnóstico: _____

Data de Internação: ____/____/____

Histórico do Paciente

Tabagismo ()	Tempo de Uso:	
Diabetes Mellitus ()	Tempo de Tratamento:	
Hipertensão ()	Tempo de Tratamento:	
Etilismo ()	Tempo de Uso:	
Outras Cirurgias ()	Qual?:	Qual?:

Data da Cirurgia: ____/____/____

Data da Alta: ____/____/____

Data de Retorno (ambulatorio): ____/____/____

Paciente compareceu ao atendimento ambulatorial?

Sim () Não ()

Dados do Período Cirúrgico

Houve complicações clínicas para o paciente?

Sim () Não ()

Em qual período?

Pré Operatório () Pós Operatório () Pós Operatório Tardio ()

Qual complicação?

Total de Dias na UTI (ROP): _____

Observações sobre o paciente durante a internação

APÊNDICE II
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de pesquisa: **DEPRESSÃO EM CARDIOPATAS: AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO.**

Local de desenvolvimento da pesquisa: Hospital de Base de Bauru/ FAMESP.

O presente estudo pretende avaliar o episódio depressivo maior em condição pré e pós-revascularização cirúrgica do miocárdio. Todos os instrumentos serão aplicados individualmente no Hospital de Base, em quatro tempos de avaliação, no pré e pós-operatório de Revascularização Cirúrgica do Miocárdio, a saber: T1 - condição pré-operatória de RCM; T2 - até 96 horas pós RCM; T3 - no momento da alta hospitalar; T4 - entre 30-40 dias pós RCM. Os valores obtidos nas avaliações serão registrados no prontuário e mantidos em sigilo profissional.

Esta pesquisa está de acordo com os procedimentos éticos estabelecidos pelo Conselho Federal de Psicologia e não apresenta riscos a saúde do participante. Ressalta-se que os benefícios estão relacionados ao diagnóstico de pacientes portadores de comprometimentos cardíacos e que não existirão encargos adicionais associados à participação do sujeito de pesquisa neste estudo.

A participação na pesquisa é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento, sem causar prejuízos à continuidade do tratamento na Instituição.

Entendo que qualquer informação obtida será confidencial e que os registros de pesquisa estão disponíveis para revisão dos pesquisadores. Esclareceram-me que haverá privacidade de identidade, não sendo revelada em nenhuma publicação desta pesquisa; por conseguinte, consinto na publicação para propósitos científicos.

Eu, _____, RG nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do participante: _____ Data: _____

Eu certifico que expliquei a(o) Sr.(a) _____, acima, a natureza, propósito, benefícios e possíveis riscos associados à sua participação nesta pesquisa, que respondi todas as questões que me foram feitas e testemunhei assinatura acima.

Assinatura do Pesquisador Responsável: _____

Data: _____

Pesquisador responsável: Camila Pereira

Rua Narciso José Craveiro, 1-45, Residencial Buganvilla, apto 21 Bloco C

CEP: 17045-005 Bauru/SP

Telefone: (14)981481938

e-mail: ca.pereira23@gmail.com

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

"FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -
"JÚLIO DE MESQUITA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: DEPRESSÃO EM CARDIOPATAS: AVALIAÇÃO PRÉ E PÓS OPERATÓRIA DE REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Pesquisador: Camila Pereira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20978513.0.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 534.750

Data da Relatoria: 05/02/2014

Apresentação do Projeto:

projeto tem apresentação clara e detalhada, explicitando todas as etapas do processo.

Objetivo da Pesquisa:

objetivo é pertinente e tem relevância na área de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há nenhum risco envolvido na pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

projeto é apresentado cumprindo as exigências tanto científicas quanto éticas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram adequados e são apresentados adequadamente.

Recomendações:

Sou favorável a aprovação do projeto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sou favorável a aprovação do projeto

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01

Bairro: CEP: 17.033-360

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (143)103-6087 **Fax:** (143)103-6087 **E-mail:** arimaia@fc.unesp.br

"FACULDADE DE CIÊNCIAS
CAMPUS DE BAURU/ UNESP -
"JÚLIO DE MESQUITA



Continuação do Parecer: 534.750

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto está elaborado adequadamente tanto metodológica quanto eticamente. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está elaborado em acordo com a resolução 466/12 e respeita os direitos dos participantes da pesquisa.

BAURU, 19 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Ari Fernando Maia
(Coordenador)

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrão Coube, nº 14-01
Bairro: CEP: 17.033-360
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (143)103-6087 **Fax:** (143)103-6087 **E-mail:** arimaia@fc.unesp.br