

## Qualidade de vida e sintomas de depressão e ansiedade em portadores de insuficiência cardíaca crônica

### *Quality of life and symptoms of depression and anxiety in patients with chronic heart failure*

Elizabeth Rodrigues de Moraes<sup>1,2,3</sup> Carolyn de Sousa Carvalho<sup>4</sup>, Lais Euqeres<sup>2</sup>, Fabiana Pavan Viana<sup>3</sup>, Adriana Márcia Monteiro Fantinati<sup>2,3</sup> & Salvador Rassi<sup>1</sup>

1 Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Medicina – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. R. 235, s/n – Setor Leste Universitário, CEP 74605-050 Goiânia – GO.

2 Universidade Estadual de Goiás. Faculdade de Fisioterapia da Unidade Escola Superior de Educação Física e Fisioterapia de Goiás. Avenida Anhanguera, 3228 – Setor Leste Universitário. CEP 74643-010 – Goiânia – GO.

3 Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Escola de Ciências Sociais e Saúde, Departamento de Fisioterapia. Avenida Universitária, N. 1.440 - Área IV – Setor Universitário, CEP 74605 – 010 Goiânia – GO.

4 Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Escola de Ciências Médicas, Farmacêuticas e Biomédicas. Departamento de Biomedicina. Avenida Universitária, N. 1.440 Setor Universitário, CEP 74605 – 010 Goiânia – GO.

**Resumo:** a presente pesquisa teve por objetivo verificar e correlacionar sintomas de depressão e ansiedade com a qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca crônica (IC). Através de um estudo transversal foram avaliados 81 indivíduos com diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca atendidos em ambulatório de referência em insuficiência cardíaca de um Hospital público de Goiânia. Foram utilizados: escala de ansiedade e depressão de Beck (BAI e BDI) e questionário de qualidade de vida (*Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire – MLHFQ*). A média de idade dos participantes da pesquisa foi de  $56,7 \pm 12,4$ , a maioria era do sexo masculino (65,4%), fração de ejeção de  $33,3 \pm 7,3\%$  e 74,1% eram da classe funcional II segundo a *New York Heart Association* (NYHA). A média da qualidade de vida (QV) total encontrada foi de  $35,4 \pm 21,9$ , dimensão física de  $16,4 \pm 10,4$  e dimensão emocional de  $6,6 \pm 5,5$ . As médias das escalas de Beck foram: BAI:  $16,2 \pm 11,3$  e BDI:  $13,6 \pm 10,4$ . 32% da amostra apresentaram sintomas moderados a graves de ansiedade e 25,9% apresentaram sintomas moderados a grave de depressão. As correlações feitas demonstraram que o BAI correlacionou-se com a QV total ( $r=0,68$ ,  $p<0,01$ ), dimensão física ( $r=0,60$ ,  $p<0,01$ ) e com a dimensão emocional ( $r=0,57$ ,  $p<0,01$ ); o BDI também correlacionou-se com a QV total ( $r=0,76$ ,  $p<0,01$ ), dimensão física ( $r=0,65$ ,  $p<0,01$ ) e com a dimensão emocional ( $r=0,65$ ,  $p<0,01$ ). Diante disso, foram identificados sintomas de depressão e ansiedade na amostra estudada indicando que esses transtornos emocionais impactam na qualidade de vida dos portadores de IC.

**Palavras-chave:** Insuficiência Cardíaca. Depressão. Ansiedade. Qualidade de Vida.

**Abstract:** the present study aimed to verify and correlate the symptoms of depression and anxiety with a quality of life of patients with chronic heart failure (HF). Through a cross-sectional study, 81 clinical diagnoses of heart failure attended at a reference outpatient clinic in heart failure at a Public Hospital in Goiânia. The following were used: Beck's Anxiety and Depression Scale (BAI and BDI) and the Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ). A mean age of the research participants was  $56.7 \pm 12.4$ , the majority were male (65.4%), ejection fraction was  $33.3 \pm 7.3\%$ , and 74.1% were of the class functional II according to the New York Heart Association (NYHA). The mean total quality of life (QOL) found was  $35.4 \pm 21.9$ , physical dimension of  $16.4 \pm 10.4$  and emotional dimension of  $6.6 \pm 5.5$ . As averages of the Beck scales were: BAI:  $16.2 \pm 11.3$  and BDI:  $13.6 \pm 10.4$ . 32% of the sample had moderate to severe anxiety symptoms and 25,9% presented moderate to severe depression symptoms. As correlations, BAI correlated with total QOL ( $r = 0.68$ ,  $p<0,01$ ), physical dimension ( $r = 0.60$ ,  $p<0,01$ ) and with an emotional dimension ( $r = 0.57$ ,  $p<0,01$ ); the BDI also correlated with total QoL ( $r = 0.76$ ,  $p<0,01$ ), physical dimension ( $r = 0.65$ ,  $p<0,01$ ) and with an emotional dimension ( $r = 0.65$ ,  $p<0,01$ ). Therefore, they were identified in an exciting way in the studied sample, indicating that emotional disorders impact the quality of life of patients with HF.

**Keywords:** Heart Failure. Depression. Anxiety. Quality of Life.

DOI 10.18224/evs.v45i1.6286

Autor correspondente: [elizabeth.r.morais@hotmail.com](mailto:elizabeth.r.morais@hotmail.com)

Recebido: novembro, 2017 | Aceito: abril, 2018 | Publicado: setembro, 2018



Este artigo está licenciado com uma Licença Creative Commons. Atribuição Sem Derivações 4.0 CC BY-NC-ND.

## Introdução

A insuficiência cardíaca (IC) destaca-se como um problema de saúde pública<sup>1</sup>. Afeta a capacidade do coração de realizar suas funções, como encher e esvaziar de forma adequada. Está associada à baixa qualidade de vida, alta morbidade, mortalidade e readmissões hospitalares gerando altos custos para o sistema de saúde<sup>1,2</sup>.

Trata-se de uma epidemia em crescimento, afeta de 1 a 2% da população adulta, entretanto é prevalente nos idosos, atingindo pelo menos 10% da população acima de 70 anos<sup>3</sup>. Em 2016 foram registrados no Brasil 28.777 óbitos por IC, desses 1.567 ocorreram na região Centro-Oeste<sup>4</sup>.

Os portadores de IC podem apresentar sintomas físicos e emocionais os quais podem afetar negativamente a qualidade de vida dos mesmos<sup>5</sup>. Destaca-se como sintomas físicos a dispneia, fadiga, palpitações, dor precordial, síncope e edema e os principais sintomas emocionais apresentados são o medo e a ansiedade<sup>6,7</sup>.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida (QV) refere-se à percepção que o indivíduo tem da sua vida, considerando seu contexto cultural, valores, sentimentos, expectativas e necessidades. Engloba dimensões amplas, como bem-estar físico, mental e social, e a relação desses aspectos com o ambiente em que se vive<sup>8</sup>.

Dentre os fatores que podem influenciar na pior qualidade de vida dos portadores de IC estão a limitação física para realização das atividades de vida diária e também devido a problemas psicológicos como depressão e ansiedade<sup>7</sup>.

Sabe-se que sintomas de depressão estão presentes em quase metade dos portadores de IC, a associação entre depressão e IC está relacionada a um pior prognóstico, aumento da mortalidade, aumenta da taxa de hospitalizações e maior declínio funcional<sup>5,9</sup>. A associação entre depressão e insuficiência cardíaca aumenta os custos gerais de saúde em 25% a 40%<sup>9</sup>.

A ansiedade é um estado emocional que está relacionado com as experiências do indivíduo, tem sido caracterizada como uma emoção negativa acompanhada ao medo. A ansiedade muitas vezes está presente em simultâneo com a depressão, especialmente nos

idosos<sup>10,11</sup>. A prevalência de ansiedade no portador de IC varia de 11 a 45%<sup>5</sup>.

O tratamento da IC envolve equipe multidisciplinar, sendo ele farmacológico e não farmacológico. A identificação de sintomas emocionais e seu possível impacto na qualidade de vida é de vital importância para que se possam propor medidas de prevenção e intervenção, portanto uma melhor abordagem terapêutica. Além disso, a maioria dos estudos de depressão e ansiedade envolve portadores de IC hospitalizados, necessitando de maiores esclarecimentos quanto a esses sintomas em indivíduos em acompanhamento ambulatorial.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de portadores de IC em seguimento ambulatorial de um hospital terciário, identificar se apresentam sintomas de depressão e ansiedade e correlacionar com a qualidade de vida (QV) dos mesmos.

## Material e Métodos

Esta pesquisa é parte de um estudo intitulado “Preditores de Qualidade de Vida e Capacidade Funcional em portadores de Insuficiência Cardíaca Crônica”. Trata-se de um estudo transversal analítico. Foram avaliados 81 indivíduos com diagnóstico de IC atendidos no Ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital das Clínicas de Goiânia, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. As avaliações ocorreram na Clínica Escola Vida (CEV) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Goiânia, Goiás sob o número: 883281/2014 e Pontifícia Universidade Católica de Goiás (922 826/2014).

Os critérios de inclusão para a pesquisa foram: diagnóstico médico de insuficiência cardíaca mediante ecodopplercardiograma recente, com FE<50%, classe funcional I – III segundo a *New York Heart Association* (NYHA), pois na classe funcional IV o paciente encontra-se descompensado; idade igual ou superior a 18 anos, em uso otimizado da medicação, estabilidade clínica há pelo menos um mês.

Os critérios de exclusão foram: indivíduos que apresentaram infarto agudo do miocárdio recente, angina instável, acidente cerebrovascular, gravidez, al-

terações musculoesqueléticas ou de compreensão que impossibilite de realizar as avaliações, doenças psiquiátricas, neoplasias, doenças pulmonares diagnosticadas, uso medicamentos ou suplementos ergogênicos. Os participantes foram triados mediante ficha própria. A abordagem ocorreu da seguinte forma: foram explicados os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa e após aquiescência e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foram realizadas as avaliações.

Foram utilizados os seguintes questionários: questionário sociodemográfico e clínico, Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck (BAI e BDI) e questionário de qualidade de vida (*Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire* - MLHFQ). O questionário sociodemográfico e clínico foi coletado mediante prontuário e entrevista. Os questionários BAI, BDI e MLHFQ foram aplicados mediante entrevista posicionados dentro do campo visual dos participantes.

O inventário de depressão de Beck (BDI) é um instrumento utilizado para fazer triagem de sintomas de depressão<sup>12</sup>. O BDI é definido como uma escala de auto relato possuindo 21 itens com quatro alternativas com escores de 0 a 3 onde será avaliado o grau de depressão do indivíduo<sup>13</sup>. Os sintomas depressivos segundo o BDI podem ser classificados como mínimo com escores entre 0-11, leve com escores entre 12-19, moderado com escores entre 20-35 e grave com escores entre 36-63<sup>14</sup>.

O inventário de ansiedade de Beck (BAI) é também um instrumento utilizado para fazer triagem, caracterizado como uma escala de auto relato que mensura a intensidade de sintomas de ansiedade, é constituído por 21 itens onde a pontuação de cada item varia de 0 à 3<sup>14</sup>. Os sintomas de ansiedade podem ser classificados segundo o BAI em mínimo com escores entre 0-10, leve com escores entre 11-19, moderado com escores entre 20-30 e grave com escores entre 31-63<sup>14</sup>. Quanto maior a pontuação no BDI e no BAI pior os sintomas de depressão e ansiedade. Considerou-se como ponto de corte para análise de depressão e ansiedade pontuações acima de 10<sup>15</sup>.

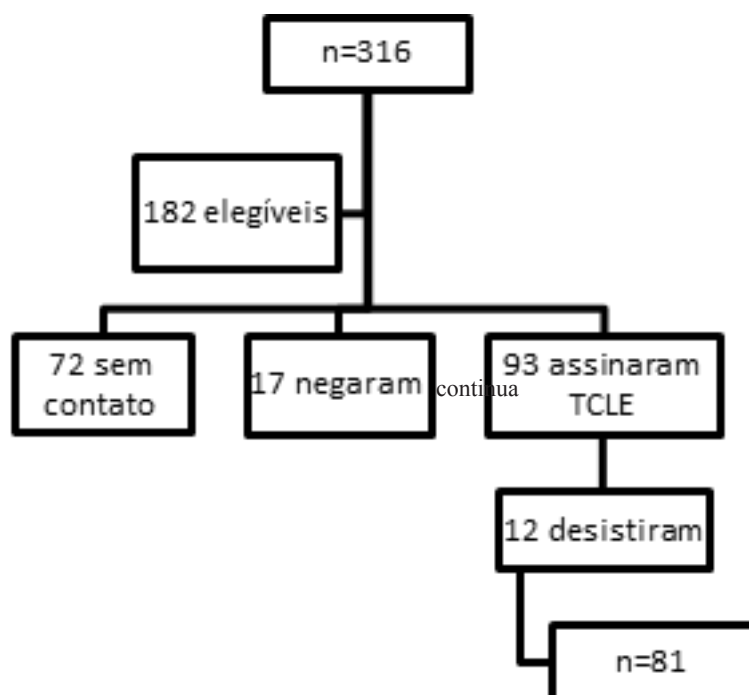
O *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) é um questionário validado e específico para avaliar a qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca, é constituído por 21 itens

onde são avaliadas as condições físicas, socioeconômicas e limitações emocionais dos mesmos. Dos 21 itens do questionário 8 itens possuem relações com sintomas de dispnéia e fadiga, relacionadas com a dimensão física. Outros 5 itens do questionário estão relacionados com a dimensão emocional, e as demais questões estão relacionadas com outros aspectos. Cada item do questionário possui um número de 0 a 5. A pontuação final do MLHFQ pode variar de 0 a 105. O Escore total equivale a 105 pontos, a dimensão física 45 pontos e a emocional 25 pontos, quanto maior a pontuação do MLHFQ pior a qualidade de vida do indivíduo<sup>16</sup>. Escore total do MLHFQ menor que 24 pontos indica boa qualidade de vida, escore de 24 a 45 pontos indica moderada qualidade de vida e escore maior que 45 ruim qualidade de vida<sup>17</sup>.

Para a análise estatística utilizou-se o pacote estatístico SPSS (v.18.0), para *Windows* os dados foram apresentados em média, desvio padrão, frequência e proporção. Para avaliar normalidade foi utilizado o *Kolmogorov Smirnov*, para comparação de médias o Teste t simples para amostras independentes e para correlação de variáveis o teste de *Pearson*. Utilizou-se nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

## Resultados

Um total de 316 portadores de IC foi triado no ambulatório de IC, 81 compuseram a amostra final (figura 1).

**Figura 1.** Fluxograma da amostra

A média de idade da amostra foi de  $56,7 \pm 12,4$  anos, 53 (69,7%) eram do sexo masculino a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) apresentou média de  $33,3 \pm 7,3\%$ . As características sociodemográficas e clínicas encontram-se na tabela 1.

**Tabela 1.** Características Clínicas e Sociodemográficas da Amostra

VARIÁVEIS	n (%) ou Média±dp
Classe Funcional (NYHA)	
I	15 (18,5)
II	60 (74,1)
III	6 (7,4)
Internações	
0	57 (70,4)
1	17 (21)
2	5(6,2)
4	2(2,5)
Etiologia	
Chagásica	35 (43,2)
Isquêmica	10 (12,3)
Idiopática	24 (29,6)

VARIÁVEIS	n (%) ou Média±dp
Alcoólica	5 (6,2)
Hipertensiva	5 (6,2)
Medicamentos	
BB	71 (87,7)
Diurético	54 (66,7)
IECA	46 (56,8)
Espironalactona	45 (55,6)
Digitálico	21 (25,9)
HCTZ	14 (21,0)
Renda	
< 3 salários	77 (95,1)
≥ 3 salários	4 (4,9%)
Escolaridade	
Não alfabetizado	10 (12,3)
EFI	38 (46,9)
EFC	7 (8,6)
EMI	8 (9,9)
EMC	15 (18,5)
ESC	3(3,7)

Legenda: NYHA – New York Heart Association; BB – Betabloqueador; IECA – Inibidor da enzima conversora de angiotensina; HCTZ – Hidroclorotiazida, EFI – Ensino fundamental incompleto; EFC – Ensino fundamental completo; EMI – Ensino médio incompleto; EMC – Ensino médio completo; ESC – Ensino superior completo.

continua...

A média de qualidade de vida encontrada corresponde à qualidade de vida moderada. A dimensão física encontrou-se mais afetada que a dimensão emocional. 53 participantes (65,4%) foram classificados com qualidade de vida moderada a ruim (Tabela 2).

**Tabela 2.** Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (MLHFQ)

MLHFQ	Média±dp	% do Escore total das dimensões
Escore total	35,4±21,9	33,7
Dimensão física	16,4±10,4	36,4
Dimensão emocional	6,6±5,5	26,4
Classificação da QV	n	%
<24	28	34,6
24-45	27	33,4
>45	26	32,0

Legenda: MLHFQ – Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire

O escore médio de ansiedade dos participantes foi de 16,2±11,3 e de depressão foi de 13,6±10,4. Quanto à classificação 26 indivíduos (32%), foram classificados com ansiedade moderada e grave. Em relação à classificação da depressão, 21 (25,9%) foram classificados com depressão moderada e grave (Tabela 3).

**Tabela 3.** Ansiedade (BAI), depressão (BDI) e classificação da amostra

BAI e BDI	n (%)
Classificação	
Ansiedade mínima	32 (39,5)
Ansiedade Leve	23 (28,4)
Ansiedade moderada	13 (16,0)
Ansiedade Grave	13 (16,0)
Pontuação	
Pontuação ≥10	50 (61,7)
Pontuação ≥20	27 (33,3)
Depressão	
Depressão mínima	33 (40,7)
Depressão Leve	27 (33,3)
Depressão moderada	14 (17,3)
Depressão Grave	7 (8,6)
Pontuação	
Pontuação ≥10	41 (50,6)
Pontuação ≥20	18 (22,2)

Legenda: BAI – Inventário de ansiedade de Beck; BDI: Inventário de depressão de Beck.

Os participantes que faziam uso de medicamentos antidepressivos (n=10) apresentaram maiores escores de depressão (21,4± 11,9) comparado com os 71 indivíduos que não faziam uso de antidepressivo (12,4± 9,7) (p=0,01).

Conforme observado na Tabela 4, a qualidade de vida em todas as sub-escalas correlacionaram com a depressão e ansiedade, (p<0,01). Depressão correlacionou-se mais fortemente com a QV escore total.

	QV total	Dimensão física	Dimensão emocional
Ansiedade (BAI)	r=0,68 p=0,000*	r=0,60 p=0,000*	r=0,57 p=0,000*
Depressão (BDI)	r=0,76 p=0,000*	r=0,65 p=0,000*	r=0,65 p=0,000*

Legenda: BAI – Inventário de ansiedade de Beck; BDI: Inventário de depressão de Beck; QV: Qualidade de vida; r= Índice de correlação; p= Nível de significância; \* significativo (p<0,01).

### Discussão

Verificou-se na presente pesquisa que os participantes apresentaram moderada qualidade de vida. Isso pode ser explicado, pois predominou a classe funcional II, que são indivíduos com poucos sintomas, estavam em acompanhamento ambulatorial regular, ou seja, tendem a apresentar uma maior adesão terapêutica. Além disso, a maioria não internou no último ano, indicando estabilidade da doença.

Lima & Morais (2014)<sup>18</sup> avaliaram 32 portadores de IC com idade média de 53,56 anos com predomínio de mulheres encontraram escore total do MLHFQ de 38,0 pontos, dimensão física 16,7 pontos e dimensão emocional 7,8 pontos. Conceição (2015)<sup>19</sup> avaliou 409 portadores de IC com idade média de 57,9 anos a maioria masculina, encontrou escore total de 34,95 pontos, dimensão física 15,89 pontos e dimensão emocional 7,89 pontos. Pelegrino et al. (2011)<sup>20</sup> avaliaram 130 portadores de IC com idade média de 55,1 anos, com predomínio masculino encontraram escore total de 34,9 pontos, nesse estudo não houve relato das dimensões separadamente. Esses achados são semelhantes ao encontrado pela presente pesquisa. Já estudo realizado por Almeida Neto (2015)<sup>21</sup> realizado com 258 portadores de IC com idade média de 63 anos, sendo a maioria masculina, encontrou pior qualidade de vida, sendo 50,54 pontos no escore total, na dimensão física 23,53 pontos e 11,89 na dimensão emocional.

A dimensão física encontrou-se mais afetada que a emocional, assim como nos estudos de Lima & Mo-

rais (2014)<sup>18</sup> e Conceição (2015)<sup>19</sup>. Isso significa que os sintomas físicos como dispneia, fadiga, edema, palpitação afetam mais na qualidade de vida, provavelmente por impactarem na capacidade de realização das atividades de vida diária<sup>7</sup>. Os fatores que podem explicar porque a dimensão emocional apresentou-se afetada pode ser devido aos sintomas de ansiedade e depressão. Os portadores de IC tendem a permanecer mais tempo no ambiente domiciliar, reduz suas atividades cotidianas, altera as relações sociais e familiares repercutindo negativamente na saúde mental desses indivíduos<sup>22</sup>. Esses resultados são também mencionados no estudo de Soares et al. (2008)<sup>7</sup>.

A depressão é uma doença crônica que afeta as funções físicas e sociais<sup>22</sup>. Estima-se uma prevalência na população geral de 3% a 5%. A associação entre depressão e doença crônica é frequente, porém na maioria das vezes é subdiagnosticada e subtratada, levando a uma pior evolução e menor aderência as orientações terapêuticas. A presença de comorbidades clínicas com transtornos depressivos-ansiosos aumenta mais os dias de incapacitação do que a soma dos efeitos individuais das doenças<sup>23</sup>. É mais comum nos portadores de doença cardiovascular, principalmente no portador de IC. Estima-se uma prevalência média de 30%, nos portadores de IC hospitalizados e ambulatoriais<sup>22</sup>, podendo variar de 10% a 60% dependendo da metodologia utilizada<sup>5</sup>.

Ao analisar os níveis de depressão e ansiedade dos participantes do presente estudo foi verificado níveis maiores que o encontrado na população geral. Ao classificar os participantes com sintomas de depressão e ansiedade utilizando como ponto de corte a pontuação 10, verificou-se altos índices de sintomas de depressão e ansiedade. Esses resultados foram similares aos encontrados no estudo de Andréo<sup>24</sup>, que avaliou 100 indivíduos, sendo 50 portadores de IC e 50 do grupo controle. Este estudo também utilizou as escalas de Beck para depressão e ansiedade, as médias encontradas para depressão foram de  $18,50 \pm 10,14$  (grupo de estudo) e  $10,28 \pm 7,62$  (grupo controle) e para ansiedade  $20,46 \pm 13,43$  (grupo de estudo) e  $8,26 \pm 7,61$  (grupo controle). Neste estudo ficou constatado que portadores de IC possuem maiores níveis de depressão e ansiedade quando comparado a uma população sem insuficiência cardíaca, o autor atribuiu esse resultado a idade já avançada dos portadores de IC (média de 64 anos), o pouco lazer por conta da debilidade física causada pela doença e a baixa escolaridade.

Estudo realizado por Gottlieb et al. (2004)<sup>25</sup> avaliou 155 portadores de IC em seguimento ambulatorial utilizando também o BDI e o mesmo ponto de corte para classificação, encontrou uma prevalência de depressão de 48% nos portadores de IC, a média de idade foi de 64 anos, classe funcional II e com predomínio do sexo masculino, assim como a presente pesquisa. De acordo com Cardoso et al. (2008)<sup>9</sup> portadores de IC possuem prevalência de depressão podendo chegar a 48% a 48,5% em pacientes ambulatoriais utilizando 10 como ponto de corte do BDI. Na presente pesquisa foi encontrado prevalência de 50,6%. Conceição (2015)<sup>19</sup> encontrou uma prevalência de 42% de depressão na amostra de 409 portadores de IC, porém não foi utilizado o BDI. Segundo Yohannes et al. (2010)<sup>5</sup> a prevalência de ansiedade pode variar de 11 a 45%, na presente pesquisa encontrou-se uma prevalência maior (61,7%), fato que necessita de esclarecimentos.

A maioria dos estudos relacionando depressão, ansiedade e insuficiência cardíaca são de pacientes hospitalizados, onde se espera uma prevalência maior. Há uma escassez de estudos em portadores de IC em acompanhamento ambulatorial, além disso, nos estudos há uma diversidade de instrumentos pontos de corte para classificação de depressão e ansiedade, dificultando comparações.

Sabe-se que a depressão pode acelerar o aparecimento da IC ou agravar o quadro já existente. O aparecimento da depressão no portador de IC pode estar relacionado a fatores inerentes à própria IC e ao seu tratamento e a fatores comportamentais e sociais. O tratamento da IC envolve medidas comportamentais e farmacológicas como modificação da dieta e restrição de sódio e álcool, a privação desses prazeres pode levar a baixa auto-estima, isolamento familiar e social. Alguns medicamentos usados para o tratamento da IC pode gerar também isolamento social e gerar constrangimentos como o aumento da frequência de micção provocada pelos diuréticos, outros medicamentos podem gerar ginecomastia, insônia, fadiga, alteração da função sexual por disfunção erétil e disfunção tireoideana. Além disso, a polifarmácia para o tratamento da IC e depressão gera impacto financeiro importante<sup>22</sup>.

Os mecanismos fisiopatológicos exatos da associação da IC e depressão ainda não estão esclarecidos. A depressão talvez influencie na função cardiovascular por desregulação autonômica e imunomodulatória. No depressivo ocorre a hiperatividade do eixo hipotálamo-hipo-

fisário-adrenérgico levando a uma hipertatividade simpática gerando distúrbios da condução, aumento da frequência cardíaca (FC) e redução da variabilidade da FC, esses fatores tanto podem acelerar o aparecimento da IC quanto piorar o estado já existente. No depressivo ocorre também aumento das citocinas pró-inflamatórias, também relacionada ao aparecimento ou agravamento da IC<sup>22</sup>.

Dentre as consequências negativas da associação entre depressão e IC estão a baixa qualidade de vida, redução da tolerância ao exercício, ansiedade, isolamento social, dependência nas atividades de vida diária, redução da imunidade, aumento das arritmias, além de ser preditora de mortalidade<sup>5</sup>.

Os portadores de IC usuários de antidepressivos na presente pesquisa apresentaram mais sintomas de depressão e ansiedade que os que não faziam uso desses medicamentos. Esse resultado está de acordo com os achados de Sherwood et al. (2007)<sup>26</sup> Isso demonstra que mesmo quando diagnosticada e tratada, a doença psiquiátrica ainda encontra-se subtratada, o que é comum nesse grupo populacional<sup>25</sup>.

Os sintomas de depressão e ansiedade na IC vêm sendo pesquisados na tentativa de auxiliar no direcionamento terapêutico a fim de melhorar a qualidade de vida que pode ser afetada e a gravidade da IC, pois esses sintomas podem agravar a doença<sup>24</sup>. As correlações feitas no presente estudo confirmaram que a depressão e a ansiedade impactam na qualidade de vida dos portadores de IC, visto que tanto depressão quanto ansiedade correlacionaram com a qualidade de vida dos portadores de IC, sendo a depressão a variável que apresentou mais forte correlação com a QV. Hallas et al. (2011)<sup>27</sup> também concluíram que depressão e ansiedade impactam na QV de portadores de IC.

Sabendo do impacto da depressão na morbidade, mortalidade e o quanto que os sintomas emocionais como a ansiedade impactam na qualidade de vida dos portadores de IC identificar precocemente e iniciar uma terapêutica otimizada torna-se importante. Mesmo que a literatura ainda não evidencie que o tratamento da depressão impacte positivamente no prognóstico do paciente com IC, tratar essas doenças psicológicas poderá impactar po-

sitivamente na qualidade de vida dos mesmos.

## Conclusões

Pode-se concluir que a qualidade de vida encontrou-se moderadamente afetada. foram identificados sintomas de depressão e ansiedade nos portadores de insuficiência cardíaca do Ambulatório de Insuficiência Cardíaca do Hospital das Clínicas de Goiânia. Os escores de ansiedade correlacionaram-se fortemente com a qualidade de vida em todas as dimensões, os escores de depressão correlacionaram-se mais fortemente com a qualidade de vida na dimensão emocional. Isso indica que sintomas de depressão e ansiedade impactam diretamente na qualidade de vida dos portadores de IC.

A utilização de instrumentos que facilitem o rastreamento de sintomas de depressão e ansiedade em portadores de IC é de extrema importância uma vez que a detecção e o tratamento adequado desses transtornos psíquicos talvez possa melhorar a qualidade de vida dos portadores de insuficiência cardíaca.

Este estudo teve como limitações, estudo transversal não permite relacionar causalidade, o perfil da amostra foi composto por indivíduos mais jovens e com classe funcional I a III, a classe IV não foi avaliada por se tratar de indivíduos em descompensação da IC. Talvez ao incluir indivíduos mais idosos e com classes funcionais mais elevadas os resultados possam ser mais elucidativos. Utilizou-se nesse estudo instrumentos (BAI e BDI) que são somente para triagem de sintomas e não para diagnóstico.

Necessita-se de estudos longitudinais para melhor acompanhar a evolução da depressão e da ansiedade na população de IC. Os possíveis motivos pelos quais os participantes deste estudo apresentaram depressão e ansiedade não foram considerados, necessitando de esclarecimentos para melhor abordar. Algumas lacunas ainda existem não se sabe se o tratamento adequado da ansiedade e sobretudo da depressão impacta na sobrevida e na qualidade de vida dos mesmos, necessitando também de estudos futuros.

## Referências

1. ARAÚJO, A. A., SOUSA, M. M., SILVA, E. P., SANTOS, S. R., COSTA, M. M. L & SILVA FILHO, I. G. 2014. Perfil epidemiológico e clínico de pacientes acometidos por insuficiência cardíaca. *Revista de Enfermagem UFPE on line*. 8(3): 509-513.

2. BOCCHI E. A., BRAGA F. G. M., FERREIRA, S. M. A., ROHDE, L. E. P., OLIVEIRA, W. A. & ALMEIDA, D. R. 2009. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 93 (1 supl.1): 1-71.
3. MCMURRAY, J. J., ADAMOPOULOS, S., ANKER, S. D., AURICCHIO, A., BÖHM, M., DICKSTEIN K., FALK, V., FILIPPATOS, G., FONSECA, C., GOMEZ-SANCHEZ, M. A., JAARSMA, T., KOBER, L., LIP, G. Y., MAGGION, A. P., PARKHOMENKO, A., PIESKE, B. M., POPESCU, B. A., RONNEVIK, P. K., RUTTEN, F. H., SCHWITTER, J., SEFEROVIC, P., STEPINSKA, J., TRINDADE, P. T., VOORS, A. A., ZANNAD, F. & ZEIHNER, A. 2012. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart. *Europe Journal of Heart Failure*. 14 (8): 803-69.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (DATASUS). Óbitos p/ocorrência por capítulo CID-10 segundo Região. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 31 maio 2018.
5. YOHANNES, A. M., WILLGOSS, T. G., BALDWIN, R. C & CONNOLLY, M. J. 2010. Depression and anxiety in heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: relevance, clinical implications and management principles. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 25 (12): 1209-1221.
6. ROSSI NETO, J. M. 2004. A dimensão do problema da insuficiência cardíaca do Brasil e do mundo. *Revista da Sociedade Paulista de Cardiologia* 14(1): 1-8
7. SOARES, D.A., TOLEDO, J. A. S., SANTOS, L. F., LIMA, R. M. B. & GALDEANO, L. E. 2008. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta paulista de Enfermagem* 21(2):243-8.
8. THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. 1995. *Social Science e Medicine* 41 (10): 1403-1409.
9. CARDOSO, G., TRANCAS, B., LUENGO, A. & REIS, D. 2008. Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com relevância clínica. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 27(1): 91-109.
10. GORESTEIN, C. & ANDRADE, L. 1998. Inventário de depressão de beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Archives of Clinical Psychiatry* 25(5): 245-250.
11. JIANG, W., KUCHIBHATLA, M., CUFFE, M. S., CHRISTOPHER, E. J., ALEXANDER, J. D., CLARY, G. L., BLAZING, M. A., GAULDEN, L. H., CALIFF, R. M., KRISHNAN, R. R. & O'CONNOR, C. M. 2004. Prognostic value of anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Circulation* 110 (22): 3452-6.
12. KENDALL, P. C., HOLLON, S. D., BECK, A. T., HAMMEN, C. L. & INGRAM, R. E. 1987. Issues and recommendations regarding use of the beck depression inventory. *Cognitive Therapy and Research* 11(3): 289-299.
13. WILLIAMS, J. G., BARLOW, D. H. & AGRAS, W. S. 1972. Behavioral measurement of severe depression. *Archives of General Psychiatry* 27(3): 330-3.
14. CUNHA, J. A. 2001. *Manual da versão em português das escalas de beck*. São Paulo: Casa do psicólogo.
15. GORENSTEIN, C. & ANDRADE, L. 2000. Questionário de Depressão de Beck - Propriedades Psicométricas da Versão em Português. In: Andrade HSGL, Waldo A. (Ed.). *Escala de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial.
16. CARVALHO, V. O., GUIMARAES, G. V., CARRARA, D., BACAL, D. & BOCCHI E. 2009. Validação da versão portuguesa do Minnesota Living with heart failure questionnaire. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 93(1): 39-44.
17. BEHLOULI, H., FELDMAN, D. E., DUCHARME, A., FRENETTE, M., GIANNETTI, N., GRONDIN, F. MICHEL, C., SHEPPARD, R. & PILOTE, L. 2009. Identifying relative cut-off scores with neural networks for interpretation of the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire. *Conference Proceedings of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society* 2009: 6242-6.
18. LIMA, P. B. & MORAIS, E. R. 2014. Qualidade de vida e nível de atividade física de pacientes portadores de insuficiência cardíaca crônica. *ASSOBRAFIR Ciência* 5(1): 27-39.



19. CONCEIÇÃO, A. P. 2015. *Preditores da qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes portadores de insuficiência cardíaca*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo. 145p.
20. PELEGRINO, V. M., DANTAS, R. A. S. & CLARK, A. M. 2011. Determinantes da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes ambulatoriais com insuficiência cardíaca. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 19(3): 1-7.
21. ALMEIDA NETO, O. P. 2015. *Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com insuficiência cardíaca*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Triângulo Mineiro. 120p.
22. PENA, F. M., AMORIM, A., FASSBENDER, C., OLIVEIRA, R. F. J. & FARIA, C. A. C. 2011. Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com desfechos negativos. *Insuficiência Cardíaca*. 6(4): 170-178.
23. TENG, C. T., HUMES, E. C. & DEMETRIO, F. N. 2005. Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 32(3): 149-159.
24. ANDREO, J. S. 2010. *Sintomas de ansiedade e depressão: a remodelação psíquica na insuficiência cardíaca*. Dissertação de Mestrado, Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia. 174p.
25. GOTTLIEB, S. S., KHATTA, M., FRIEDMANN, E., EINBINDER, L., KATZEN, S., BAKER, B., MARSHALL, J., MINSHALL, S., ROBINSON, S., FISHER, M. L., POTENZA, M., SIGLER, B., BALDWIN, C. & THOMAS, S. A. 2004. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *Journal of the American College Cardiology*. 43(9): 1542-9.
26. SHERWOOD, A., BLUMENTHAL, J. A., TRIVEDI, R., JOHNSON, K. S., O'CONNOR, C. M., ADAMS, K.F. Jr, DUPREE C. S. , WAUGH, R. A. , BENSIMHON, D. R. , GAULDEN, L. CHRISTENSON, R. H. , KOCH, G. G. & HINDERLITER, A. L. 2007. Relationship of depression to death or hospitalization in patients with heart failure. *Archives of Internal Medicine* 167(4): 367-73.
27. HALLAS, C. N., WRAY, J., ANDREOU, P. & BANNER, N. R. 2011. Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart & Lung*. 40(2), 111-121.