

Estado de saúde e saúde mental de pacientes após intervenção coronária percutânea

Health status and mental health in patients after percutaneous coronary intervention

Estado de salud y salud mental de pacientes tras intervención coronaria percutánea

Vitor Cesar Richter^I, Mariana Coelho^I, Eliana de Cássia Arantes^{II}, Carina Aparecida Marosti Dessotte^{III}, André Schmidt^{IV}, Rosana Aparecida Spadoti Dantas^{III}, Lídia Aparecida Rossi^{III}, Rejane Kiyomi Furuya^V

^I Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Curso de Enfermagem. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^{II} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^{III} Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^{IV} Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^V Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Richter VC, Coelho M, Arantes EC, Dessotte CAM, Schmidt A, Dantas RAS, Rossi LA, Furuya RK. Health status and mental health in patients after percutaneous coronary intervention. Rev Bras Enferm. 2015;68(4):676-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680415i>

Submissão: 08-04-2015 Aprovação: 23-06-2015

RESUMO

Objetivo: avaliar a associação entre o estado de saúde percebido e a saúde mental de pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea, após a alta hospitalar. **Método:** estudo quantitativo, transversal, com 101 participantes. Os instrumentos utilizados foram: caracterização sociodemográfica e clínica, *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Os participantes foram divididos em três grupos: sem ansiedade e sem depressão (G1), com ansiedade ou depressão (G2) e com ambos (G3). Para comparação das médias dos domínios do SF-36 entre os grupos, foi utilizado o teste ANOVA. **Resultados:** houve associação entre o estado de saúde percebido e a saúde mental. Participantes pertencentes ao G1 apresentaram maiores escores em todos os domínios do SF-36 quando comparado àqueles pertencentes ao G2 e G3. **Conclusão:** participantes sem ansiedade e depressão apresentaram melhor estado de saúde percebido que aqueles com ansiedade ou depressão, ou ambos.

Descritores: Qualidade de Vida; Saúde Mental; Angioplastia.

ABSTRACT

Objective: to assess the association between perceived health status and the mental health of patients submitted to percutaneous coronary intervention after hospital discharge. **Method:** a quantitative and cross-sectional study involving 101 participants. The following instruments were used: a sociodemographic and clinical characterization instrument, the *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36), and the *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Participants were divided into three groups: no anxiety and no depression (G1); anxiety or depression (G2); and both (G3). The ANOVA test was used for the intergroup comparison of means on the SF-36 domains. **Results:** There was an association between perceived health status and mental health. The participants in G1 presented higher scores in all SF-36 domains in comparison with participants in G2 and G3. **Conclusion:** Participants with no anxiety and depression presented better-perceived health status in comparison with those with anxiety or depression, or both.

Key words: Quality of Life; Mental Health; Angioplasty.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la asociación entre el estado de salud percibido y la salud mental de pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea tras el alta. **Método:** estudio cuantitativo, transversal, con 101 participantes. Los instrumentos utilizados fueron: instrumento de caracterización sociodemográfica y clínica, *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) y Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Los participantes fueron divididos en tres grupos: sin ansiedad y sin depresión (G1), con ansiedad o con depresión (G2) y con ambos (G3). Para comparar los promedios de los dominios del SF-36 entre los grupos, fue utilizado el test ANOVA. **Resultados:** hubo asociación entre el estado de salud percibido y salud mental. Los participantes en G1 revelaron mayores escores en todos los dominios del SF-36 en comparación con aquellos en G2 y G3. **Conclusión:** los participantes sin ansiedad y sin depresión presentaron mejor estado de salud percibido en comparación con aquellos con ansiedad o con depresión, o con ambos

Palabras clave: Calidad de Vida; Salud Mental; Angioplastia.

AUTOR CORRESPONDENTE Rejane Kiyomi Furuya E-mail: rejane.furuya@ifpr.edu.br

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morte, considerando-se os dados de mortalidade geral, tanto no Brasil quanto no mundo. No ano de 2011, as doenças do aparelho circulatório (Capítulo IX da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde [CID-10]) corresponderam a 28,6% dos óbitos segundo dados do Ministério da Saúde, totalizando 335.213 óbitos⁽¹⁾. Desses óbitos, 103.486 foram devido à Doença Arterial Coronariana (DAC), correspondendo a 8,8% dos óbitos no país em 2011⁽¹⁾.

A DAC é caracterizada pela insuficiência da irrigação sanguínea no miocárdio decorrente do processo aterosclerótico nas artérias coronárias e está diretamente relacionada ao grau de obstrução. Com a obstrução, há redução do fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, do aporte de oxigênio ao miocárdio. As principais manifestações da DAC são a angina e o infarto do miocárdio⁽²⁾.

A intervenção coronária percutânea (ICP) é uma eficiente opção terapêutica para DAC, podendo-se ser equiparada ao tratamento clínico e à cirurgia cardíaca. No ano de 2006, foram realizados mais de 60 mil procedimentos de ICP no Brasil⁽³⁾.

A ICP é um método para restabelecer o fluxo sanguíneo no miocárdio, no qual se introduz um cateter que possui um balonete na extremidade. No local onde está a obstrução, o balonete é inflado para desobstruir a artéria. O uso de *stents*, pequenas molas de aço inoxidável trançado e expansível, no local em que o balão é insuflado, com a finalidade de estabilizar o local dilatado, tornou-se crescente e consistente⁽³⁻⁴⁾. Dessa forma, a ICP inclui a angioplastia com balão (angioplastia coronária transluminal percutânea), implante de *stents* intracoronários e outras intervenções com o uso de cateteres para o tratamento da aterosclerose coronariana⁽³⁻⁴⁾.

O sucesso clínico da ICP é definido como o alívio de sinais e sintomas de isquemia miocárdica, com consequente melhora da qualidade de vida (QV)⁽⁴⁾. QV é um termo cuja definição não é clara, pois possui várias dimensões e inclui diferentes aspectos da vida humana, como componentes físicos, emocionais, mentais, sociais e comportamentais⁽⁵⁾. Um termo que é frequentemente utilizado na literatura na área da saúde é a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) ou estado de

saúde percebido, construto que avalia o quanto um problema de saúde ou doença afeta a vida de uma pessoa⁽⁶⁾.

Para avaliar a QVRS, utilizam-se instrumentos genéricos ou específicos para determinada patologia. Em pacientes com DAC observa-se que são utilizados predominantemente o instrumento genérico *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) e o instrumento específico *Seattle Angina Questionnaire* (SAQ)⁽⁶⁾.

A depressão é comum em pacientes com DAC, sendo um importante fator de risco para o desenvolvimento e maior gravidade da doença. A presença de depressão está relacionada ao maior risco de complicações cardíacas como infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e morte⁽⁷⁾. Além disso, a depressão contribui para um estilo de vida não saudável e menor adesão ao tratamento, que podem contribuir para um pior estado de saúde percebido⁽⁷⁾.

Os transtornos de ansiedade constituem outro fator de risco importante para pacientes com DAC. Em uma revisão de literatura sobre o impacto de fatores psicológicos na patogênese da doença cardiovascular, foram constatadas crescentes evidências que relacionam os transtornos de ansiedade com o desenvolvimento de eventos cardíacos. Além disso, estudos incluídos na revisão, indicaram que indivíduos com transtornos de ansiedade são propensos a estilos de vida não saudáveis⁽⁸⁾.

Estudos internacionais evidenciaram que a ansiedade e a depressão são variáveis preditivas da QVRS em pacientes com DAC⁽⁹⁻¹⁰⁾. Entretanto, estudos realizados em países em desenvolvimento são escassos⁽¹¹⁾. Avaliar se, no Brasil, a QVRS e a saúde mental de pacientes com DAC estão associadas é importante para o planejamento e a implementação de intervenções culturalmente relevantes e adaptadas para esse grupo de pacientes.

Diante dessas considerações, o presente estudo teve como objetivo avaliar a associação entre o estado de saúde percebido e a saúde mental de pacientes após ICP, de dois a sete meses após a alta hospitalar.

MÉTODOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Processo

HCRP 7333/2010). O objetivo do estudo foi apresentado por escrito e verbalmente aos participantes e, após a concordância, foi realizada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo participante e pesquisador em duas vias, conforme regulamenta os dispositivos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Trata-se de estudo observacional, de delineamento transversal. A coleta de dados foi realizada nos ambulatórios de cardiologia e angioplastia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Constituiu-se uma amostra representativa, estabelecendo-se para coleta de dados o período de maio de 2011 a julho de 2012.

Fizeram parte da amostra 101 pacientes que foram submetidos à ICP e que tiveram retorno ambulatorial de dois a sete meses após a alta hospitalar. O período escolhido de dois a sete meses justifica-se pela expectativa de que nesse período os pacientes já teriam retornado às atividades rotineiras e laborais prévias ao evento cardíaco⁽³⁾.

Os critérios de inclusão usados para seleção dos participantes foram: 18 anos de idade ou mais, ter retorno ambulatorial no período de dois a sete meses após a ICP, capacidade de comunicar-se verbalmente ou por escrito e compreensão dos itens dos instrumentos de coleta de dados. O critério de exclusão foi: presença de deficiência motora (por exemplo, uso de cadeiras de rodas), devido à influência em questões relacionadas à atividade física.

Os dados foram coletados por meio de aplicação dos instrumentos de coletas de dados e análise de prontuário, com duração média de uma hora. Os itens dos instrumentos foram lidos pelo pesquisador para serem respondidos pelos participantes do estudo.

Para esse estudo, foram utilizados os seguintes instrumentos para coleta de dados:

- Instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica que compreendeu os seguintes itens: número de registro no hospital, data de nascimento, da entrevista e da ICP, sexo, anos de estudo, estado civil, situação de trabalho, diagnóstico de internação, número de locais da ICP, tratamento prévio de doenças cardíacas, presença de comorbidades (hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e obesidade). Além desses aspectos, era perguntado aos participantes se consideravam possuir uma vida estressante.

- *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*: instrumento multidimensional, que avalia o estado de saúde percebido ou a QVRS, validado para o português⁽¹²⁾. O SF-36 contém 36 itens agrupados em oito domínios ou componentes: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental. O escore varia de zero a 100 pontos no qual zero indica pior estado de saúde percebido e 100 melhor estado de saúde percebido⁽¹²⁾. Os valores do coeficiente do alfa de Cronbach para o instrumento SF-36, obtidos em um recente estudo brasileiro, realizado com pacientes com DAC, variaram de 0,71 (Estado Geral de Saúde) a 0,97 (Aspectos Emocionais), indicando uma boa consistência interna para esta população⁽⁶⁾.

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS): é uma escala que possui 14 itens sendo sete para avaliar a depressão e sete para avaliar a ansiedade, validada e adaptada para o português⁽¹³⁾. Cada item tem uma pontuação que varia de zero a três e o intervalo global em cada subescala varia de zero a 21 pontos⁽¹³⁾. Quanto maior o valor, maiores os sinais de ansiedade e depressão. Os pacientes foram agrupados em dois grupos: não caso (0-7) e caso (8-21) em cada subescala⁽¹⁴⁾. Posteriormente, os participantes foram divididos em três grupos: sem ansiedade e sem depressão (G1), com ansiedade ou com depressão (G2) e com ansiedade e depressão (G3). Na validação para o português, obteve-se alfa de Cronbach de 0,68 para a subescala de ansiedade e de 0,77 para a subescala de depressão, indicando boa consistência interna⁽¹³⁾.

Os dados foram processados e analisados usando o programa *Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 20.0. Foram realizadas análises descritivas de frequência simples, de posição e dispersão. Para comparação das médias dos domínios do SF-36 entre os grupos, foi utilizado o teste análise de variância (ANOVA), com nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Considerando-se a saúde mental, a maioria dos participantes pertenceu ao grupo sem ansiedade e depressão (G1 = 52,5%). O grupo com ansiedade ou depressão foi o segundo mais prevalente (G2 = 31,7%); 15,8% dos participantes tinham a presença de ambos (G3).

Nos grupos G1 e G2, 50,9% e 71,9% dos participantes eram do sexo masculino, respectivamente. Porém, no G3, a maioria era do sexo feminino. Em todos os grupos, a maioria estava casada ou vivendo em união consensual. A média de idade entre os grupos variou de 58,5 a 60,3 anos e a média de anos de estudo de quatro a cinco anos (Tabela 1).

Em relação aos fatores de risco, em todos os grupos, a maioria tinha hipertensão arterial e dislipidemia. Houve maior frequência de diabetes no G3 quando comparado aos G1 e G2 e maior frequência de obesidade em G2 e G3 quando comparados ao G1 (Tabela 1).

A frequência de pacientes que relataram tratamento prévio de doenças cardíacas (infarto do miocárdio, angina, arritmia e insuficiência cardíaca) foi maior no G2 e no G3. Nos três grupos, a maioria dos pacientes teve uma ou duas coronárias abordadas pela ICP, com predomínio de uso de *stents* (Tabela 1).

Em todos os grupos a maioria relatou que considerava possuir uma vida estressante. Porém, houve maior frequência de pacientes que relataram possuir uma vida estressante no G2 e no G3 quando comparados ao G1 (Tabela 1).

Em relação à avaliação da associação entre o estado de saúde percebido e a saúde mental, indivíduos pertencentes ao G1 apresentaram maiores escores em todos os domínios do SF-36 quando comparado àqueles pertencentes aos G2 e G3. Assim, houve melhor estado de saúde percebido nos indivíduos sem sintomas de ansiedade e depressão. As diferenças nas medidas de todos os domínios do SF-36 entre os três grupos foram estatisticamente significantes (Tabela 2).

Tabela 1 - Análise descritiva das características sociodemográficas e clínicas dos participantes (N=101) de acordo com a saúde mental, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2011-2012

| Variável | G1* (n=53) | | G2† (n=32) | | G3‡ (n=16) | |
|--|------------|-------------|------------|-------------|------------|------------|
| | n (%) | Média (DP) | n (%) | Média (DP) | n (%) | Média (DP) |
| Sexo | | | | | | |
| Masculino | 27 (50,9) | | 23 (71,9) | | 4 (25,0) | |
| Feminino | 26 (49,1) | | 9 (28,1) | | 12 (75,0) | |
| Estado civil | | | | | | |
| Casado/união consensual | 40 (75,5) | | 26 (81,3) | | 13 (81,3) | |
| Viúvo | 6 (11,3) | | 2 (6,3) | | 1 (6,3) | |
| Divorciado | 3 (5,7) | | 2 (6,3) | | 1 (6,3) | |
| Solteiro | 4 (7,5) | | 2 (6,3) | | 1 (6,3) | |
| Situação de trabalho | | | | | | |
| Inativo | 40 (75,5) | | 24 (75,0) | | 14 (87,5) | |
| Ativo | 13 (24,5) | | 8 (25,0) | | 2 (12,5) | |
| Idade (em anos) | | 60,3 (10,0) | | 58,5 (12,2) | | 58,5 (6,3) |
| Anos de estudo | | 4,6 (4,1) | | 4,2 (2,9) | | 5,2 (4,4) |
| Presença de comorbidades (sim) | | | | | | |
| Hipertensão | 48 (90,6) | | 31 (96,6) | | 16 (100,0) | |
| Dislipidemia | 40 (75,5) | | 30 (93,8) | | 15 (93,8) | |
| Obesidade | 7 (13,2) | | 14 (43,8) | | 7 (43,8) | |
| Diabetes | 19 (35,8) | | 11 (34,4) | | 9 (56,3) | |
| Tratamento prévio de doenças cardíacas | | | | | | |
| Não | 43 (81,1) | | 17 (53,1) | | 8 (50,0) | |
| Sim | 10 (18,9) | | 15 (46,9) | | 8 (50,0) | |
| Número de locais de ICP | | | | | | |
| 1 | 29 (54,7) | | 17 (53,1) | | 7 (43,8) | |
| 2 | 16 (30,2) | | 10 (31,3) | | 8 (50,0) | |
| 3 ou mais | 8 (15,1) | | 5 (15,7) | | 1 (6,3) | |
| Tipo de ICP | | | | | | |
| Stent | 48 (90,6) | | 28 (87,5) | | 11 (68,8) | |
| Stent e balão | 5 (9,4) | | 4 (12,5) | | 4 (25,5) | |
| Balão | 0 (0) | | 0 (0) | | 1 (6,3) | |
| Vida estressante (sim) | 29 (54,7) | | 24 (75,0) | | 13 (81,3) | |

Nota:

*sem ansiedade e sem depressão;

†com ansiedade ou com depressão;

‡ com ambos.

Tabela 2 - Valores médios dos oito domínios do SF-36 segundo a saúde mental e valores de probabilidade (p) associada ao teste ANOVA, Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2011-2012

| SF-36 Domínios | G1* (n=53) Média (D.P) | G2† (n=32) Média (D.P) | G3‡ (n=16) Média (D.P) | Valor de p |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|------------|
| Aspectos Sociais | 88,2 (20,7) | 64,0 (28,5) | 41,4 (28,0) | <0,001 |
| Saúde Mental | 78,7 (15,8) | 52,7 (19,6) | 38,0 (17,0) | <0,001 |
| Capacidade Funcional | 77,5 (22,5) | 57,9 (27,1) | 46,5 (19,2) | <0,001 |
| Estado Geral de Saúde | 74,0 (15,7) | 53,8 (18,5) | 49,3 (20,2) | <0,001 |
| Vitalidade | 72,7 (19,1) | 52,8 (21,9) | 35,6 (26,6) | <0,001 |
| Dor | 72,0 (26,0) | 45,0 (18,9) | 51,6 (27,6) | <0,001 |
| Aspectos Emocionais | 70,4 (37,3) | 42,7 (39,0) | 35,4 (35,4) | <0,001 |
| Aspectos Físicos | 53,3 (42,4) | 26,6 (34,7) | 29,7 (41,0) | 0,007 |

Nota:

*sem ansiedade e sem depressão;

†com ansiedade ou com depressão;

‡ com ambos.

DISCUSSÃO

No presente estudo, o grupo de pacientes sem ansiedade e sem depressão apresentou melhor avaliação do estado de saúde percebido, quando comparado com o grupo de pacientes com ansiedade ou depressão, ou ainda com o grupo com ansiedade e depressão, no período de dois a sete meses após a alta hospitalar decorrente da ICP. Dessa forma, os resultados mostraram associação entre o estado de saúde percebido e a saúde mental de pacientes submetidos à ICP. Resultados similares foram encontrados em outros estudos realizados com pacientes com DAC⁽⁹⁻¹¹⁾.

Em um estudo realizado na Holanda, com pacientes submetidos à ICP, foi evidenciado que, 12 meses após o procedimento, pacientes com sintomas de ansiedade e de depressão tinham maior risco de ter pior estado de saúde percebido quando comparados aos pacientes sem esses sintomas. Além disso, em seis dos oito domínios do SF-36, o risco de pacientes com ambos os sintomas (ansiedade e depressão) de ter pior estado de saúde percebido foi maior quando comparado aos pacientes que apresentaram somente sintomas de depressão⁽⁹⁾.

Em outro estudo, realizado na Áustria, com pacientes com DAC, os autores concluíram que as mudanças na QVRS avaliada um e três meses após o tratamento parecem ser mais fortemente influenciadas pela saúde mental (ansiedade e depressão) que pelo tipo de tratamento ao qual o paciente foi submetido (medicamentoso, ICP ou cirúrgico)⁽¹⁰⁾.

Estudo⁽¹¹⁾ realizado no Brasil, com pacientes com condições crônicas (pacientes com DAC ou em hemodiálise) mostrou que a presença de sintomas de depressão foi preditiva de pior QVRS em todos os domínios do SF-36. Na análise de regressão linear múltipla, entre todas as variáveis estudadas (sociais e clínicas), a depressão foi a variável independente com maior importância relativa para pior QVRS⁽¹¹⁾.

Em estudos com pacientes com outras condições crônicas, a associação entre o estado de saúde percebido e a saúde mental também foi encontrada⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Em pacientes com artrite reumatoide, a depressão e a ansiedade apresentaram correlação significativa com a QVRS, avaliada por meio de instrumentos genéricos (SF-36 e *Nottingham Health Profile*) e específico (*Rheumatoid Arthritis Quality of Life - RAQoL*)⁽¹⁵⁾. Após o ajuste de covariáveis, a depressão e a ansiedade levaram à piores medidas de QVRS, com valores de razão de chances (OR) estatisticamente significantes⁽¹⁵⁾.

Em um estudo realizado no Brasil, com pacientes com doença de Parkinson, o estado de saúde percebido, avaliado por meio de instrumentos genérico (SF-36) e específico (*Parkinson's disease Questionnaire - PDQ-39* e *Scales for Outcomes in Parkinson's Disease-Psychosocial Questionnaire - SCOPA-PS*), foi pior em pacientes com depressão, comparado àqueles sem depressão, sendo os resultados estatisticamente significantes ($p < 0,05$). Resultados similares foram encontrados na comparação de pacientes com ou sem ansiedade⁽¹⁶⁾.

Em um estudo com pacientes em hemodiálise crônica, houve associação entre estado de saúde percebido e comorbidades físicas e psiquiátricas, particularmente, depressão e ansiedade. Na análise de regressão múltipla, as variáveis preditivas dos escores de estado de saúde percebido foram: comorbidades,

depressão, ansiedade e locus de controle da saúde⁽¹⁷⁾.

Em relação às características sociodemográficas e clínicas dos participantes, o maior número de mulheres com sintomas de ansiedade e depressão (G3) em pacientes com DAC corroboram com dados da literatura⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Em um estudo, o instrumento *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CESD) foi utilizado para avaliar a depressão em pacientes submetidos à ICP, sendo que mais mulheres (43%) relataram ter sintomas depressivos que homens (29%; $p < 0,01$)⁽¹⁸⁾. Em outro estudo, os escores de ansiedade e depressão, avaliados pela HADS, também foram maiores em mulheres com DAC quando comparados aos homens. O valor médio de ansiedade foi 5,3 (DP = 3,5) entre as mulheres e 3,3 (DP = 3,1) entre os homens ($p = 0,03$). Em relação à depressão, a média das mulheres foi 3,8 (DP = 3,2) e dos homens 2,5 (DP = 2,4) ($p = 0,07$)⁽¹⁹⁾.

No nosso estudo, houve maior frequência de diabetes no grupo com ansiedade e depressão. Diversos estudos mostraram a associação entre depressão e diabetes⁽²⁰⁾. Essas duas variáveis influenciam nos resultados em longo prazo, incluindo maior risco de mortalidade de pacientes submetidos à ICP⁽⁴⁾.

A maior frequência de obesidade nos grupos com ansiedade ou depressão, ou ambos, corrobora dados da literatura. A associação entre essas variáveis pode estar relacionada aos aspectos sociais (menos atividades sociais) e à pouca atividade física⁽²¹⁾. A associação entre saúde mental e obesidade, aumenta o risco de síndrome metabólica com consequente aumento do risco cardiovascular global⁽²²⁾.

Este estudo apresenta como limitação o delineamento transversal em que não é possível avaliar as percepções sobre o estado de saúde percebido e a saúde mental em diferentes momentos da vida do indivíduo e de sua trajetória em relação à condição crônica.

Consideramos importante que na prática clínica seja realizada a avaliação da ansiedade e depressão em pacientes com DAC e implementadas medidas de tratamento relacionadas à saúde mental dos pacientes.

Estudos futuros serão necessários para explorar a associação entre o estado de saúde percebido e a saúde mental em pacientes com condições crônicas, incluindo a DAC. Consideramos importante a avaliação da influência da saúde mental na gravidade da doença cardíaca, incluindo aumento dos sinais e sintomas como angina e de complicações como a restenose e o infarto do miocárdio. Assim como a relação entre a saúde mental e a adesão ao tratamento. Estudos qualitativos também podem ser realizados para explorar a compreensão do construto estado de saúde percebido ou QVRS e das variáveis que podem estar associadas à avaliação deste construto pelos pacientes com condições crônicas, incluindo a DAC.

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram associação entre o estado de saúde percebido e saúde mental. Os participantes do grupo sem sintomas de ansiedade e depressão apresentaram melhor estado de saúde percebido em todos os domínios do SF-36 quando comparados àqueles pertencentes ao grupo com sintomas de ansiedade ou depressão, ou ambos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [updated 2015 Jul 13; cited 2013 Jun 23]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhtmx.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
2. Araújo RD, Marques IR. [Understanding the meanings of ischemic chest pain of patients admitted in the emergency room]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2007 Nov-Dec [cited 2013 Jun 23];60(6):676-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000600011 Portuguese.
3. Mattos LA, Lemos Neto PA, Júnior Rassi A, Marin-Neto JA, Sousa AGMR, Devito FS, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia: Intervenção Coronária Percutânea e Métodos Adjuntos Diagnósticos em Cardiologia Intervencionista (II Edição - 2008). *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2008 [cited 2013 Jun 23];91(6 Suppl 1):1-58. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2008/diretriz_INTERVENCAO_PERCUTANEA-9106.pdf
4. Levine GN, Bates ER, Blankenship JC, Bailey SR, Bittl JA, Cercek B, et al. 2011 ACCF/AHA/SCAI guideline for percutaneous coronary intervention: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. *Circulation* [Internet]. 2011 Nov [cited 2013 Jun 23];124(23):e574-e651. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/124/23/e574.full.pdf+html>
5. Moridi H, Ghasemi P, Nikrang M, Ghajari S. A systematic review on the concept of quality of life. *Journal of Social Issues & Humanities* [Internet]. 2015 Mar [updated 2015 Jul 13; cited 2013 Jun 23];3(3):172-8. Available from: <http://www.journalsih.com/Research%20Articles/Vol%203/Issue%203/A%20Systematic%20Review%20on%20the%20Concept%20of%20Quality%20of%20Life.pdf>
6. Dessotte CAM, Dantas RAS, Schmidt A, Rossi LA. Health-related quality of life in patients admitted after a first episode of acute coronary syndrome. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 Sep-Oct [cited 2013 Jun 23];19(5):1106-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/07.pdf>
7. Khawaja IS, Westermeyer JJ, Gajwani P, Feinstein RE. Depression and coronary artery disease: the association, mechanisms, and therapeutic implications. *Psychiatry (Edgmont)* [Internet]. 2009 Jan [cited 2013 Jun 23];6(1):38-51. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719442/pdf/PE_6_1_38.pdf
8. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* [Internet]. 1999 Apr [cited 2013 Jun 23];99(16):2192-217. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/99/16/2192.full.pdf+html>
9. Pedersen SS, Denollet J, Spindler H, Ong AT, Serruys PW, Erdman RA, et al. Anxiety enhances the detrimental effect of depressive symptoms on health status following percutaneous coronary intervention. *J Psychosom Res* [Internet]. 2006 Dec [cited 2013 Jun 23];61(6):783-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399906003370?np=y>
10. Höfer S, Doering S, Rumpold G, Oldridge N, Benzer W. Determinants of health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* [Internet]. 2006 Jun [cited 2013 Jun 23];13(3):398-406. Available from: <http://cpr.sagepub.com/content/13/3/398.full.pdf+html>
11. Cruz LN, Fleck MP, Polanczyk CA. Depression as a determinant of quality of life in patients with chronic disease: data from Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2010 Oct [cited 2013 Jun 23];45(10):953-61. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-009-0141-2>
12. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. [Brazilian-Portuguese version of the SF-36: a reliable and valid quality of life outcome measure]. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 1999 May-Jun [cited 2013 Jun 23];39(3):143-50. Available from: http://www.ufff.br/renato_nunes/files/2014/03/Valida%C3%A7%C3%A3o-do-Question%C3%A1rio-de-qualidade-de-Vida-SF-36.pdf Portuguese.
13. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Júnior C, Pereira WAB. [Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD)]. *Rev Saude Publica* [Internet]. 1995 Oct [cited 2013 Jun 23];29(5):355-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n5/04.pdf> Portuguese.
14. Botega NJ, Pondé MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM. [Validation of hospital scale of anxiety and depression (HAD) in epileptic ambulatory patients]. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 1998 Jun [cited 2013 Jun 23];47(6):285-9. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=306881&indexSearch=ID&lang=p> Portuguese.
15. Nas K, Sarac AJ, Gur A, Cevik R, Altay Z, Erdal A, et al. Psychological status is associated with health related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *J Back Musculoskelet Rehabil* [Internet]. 2011 [cited 2013 Jun 23];24(2):95-100. Available from: <http://content.iospress.com/articles/journal-of-back-and-musculoskeletal-rehabilitation/bmr00281>
16. Carod-Artal FJ, Vargas AP, Martinez-Martin P. Determinants of quality of life in Brazilian patients with Parkinson's disease. *Mov Disord* [Internet]. 2007 Jul [cited 2013 Jun 23];22(10):1408-15. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mds.21408/epdf>
17. Birmelé B, Le Gall A, Sautenet B, Aguerre C, Camus V. Clinical, sociodemographic, and psychological correlates of health-related quality of life in chronic hemodialysis patients. *Psychosomatics* [Internet]. 2012 Jan-Feb [cited 2013 Jun 23];53(1):30-7. Available from: [http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182\(11\)00252-0/abstract](http://www.psychosomaticsjournal.com/article/S0033-3182(11)00252-0/abstract)

18. Boutin-Foster C, Charlson ME. Do recent life events and social support explain gender differences in depressive symptoms in patients who had percutaneous transluminal coronary angioplasty?. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2007 Jan-Feb [cited 2013 Jun 23];16(1):114-23. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/jwh.2006.M075>
 19. Norris CM, Ljubska A, Hegadoren KM. Gender as a determinant of responses to a self-screening questionnaire on anxiety and depression by patients with coronary artery disease. *Gend Med* [Internet]. 2009 Sep [cited 2013 Jun 23];6(3):479-87. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S155085790900093X>
 20. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* [Internet]. 2001 Jun [cited 2013 Jun 23];24(6):1069-78. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/24/6/1069.full>
 21. Wit LM, Fokkema M, Van Straten A, Lamers F, Cuijpers P, Penninx BW. Depressive and anxiety disorders and the association with obesity, physical, and social activities. *Depress Anxiety* [Internet]. 2010 Nov [cited 2013 Jun 23];27(11):1057-65. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.20738/pdf>
 22. Dunbar JA, Reddy P, Davis-Lameloise N, Philpot B, Laatikainen T, Kilkkinen A, et al. Depression: an important comorbidity with metabolic syndrome in a general population. *Diabetes Care* [Internet]. 2008 Dec [cited 2013 Jun 23];31(12):2368-73. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/31/12/2368.full>
-