



Associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca ambulatoriais e hospitalizados

Association between depressive symptoms and quality of life in outpatients and inpatients with heart failure

Asociación entre síntomas depresivos y calidad de vida en pacientes ambulatorios y hospitalizados con insuficiencia cardíaca

Como citar este artigo:

Tinoco JMVP, Souza BPS, Oliveira SX, Oliveira JA, Mesquita ET, Cavalcanti ACD. Association between depressive symptoms and quality of life in outpatients and inpatients with heart failure. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03686. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019030903686>

 Juliana de Melo Vellozo Pereira Tinoco¹

 Beatriz Paiva e Silva de Souza²

 Samara Xavier de Oliveira²

 Josiana Araujo de Oliveira³

 Evandro Tinoco Mesquita¹

 Ana Carla Dantas Cavalcanti³

¹ Universidade Federal Fluminense, Programa de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares, Niterói, RJ, Brasil.

² Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Niterói, RJ, Brasil.

³ Instituto Nacional de Cardiologia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze sociodemographic and clinical characteristics, depressive symptoms and quality of life of patients with heart failure and associate quality of life with depressive symptoms. **Method:** A cross-sectional study conducted with outpatients and inpatients. Sociodemographic data were collected and questionnaires were applied to assess quality of life (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire) and depressive symptoms (Beck Depression Inventory). **Results:** The sample consisted of 113 patients. Outpatients were retired ($p=0.004$), with better education ($p=0.034$) and higher ventricular ejection fraction ($p=0.001$). The inpatient group had greater depressive symptoms (18.1 ± 10 vs 14.6 ± 1.3 ; $p=0.036$) and lower quality of life (74.1 ± 18.7 vs 40.5 ± 3.4 ; $p<0.001$) than the outpatient group. Outpatients with depressive symptom scores from 18 points had worse quality of life scores in 17 of the 21 questions. **Conclusion:** Inpatients had worse depressive symptoms and quality of life, which was more affected in the physical dimension in those with moderate/severe depressive symptoms. Outpatients with more severe depressive symptoms had worse quality of life in all dimensions.

DESCRIPTORS

Hearth Failure; Quality of Life; Depression; Nursing Care.

Autor correspondente:

Juliana de Melo Vellozo Pereira Tinoco
Av. Marquês do Paraná, 303 – Centro
CEP 24220-000 – Niterói, RJ, Brasil
juvellozo.uff@gmail.com

Recebido: 07/10/2019
Aprovado: 17/09/2020

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma complexa síndrome clínica multissistêmica, levando os pacientes a hospitalizações frequentes⁽¹⁾. Dados no Brasil apontam registros de aproximadamente 200.760 mil internações por IC em 2018, e o número de óbitos de 22.332⁽²⁾. Essa síndrome apresenta sinais e sintomas clínicos caracterizados pela tríade fadiga, dispnéia e edema, que afeta a capacidade física para a realização das atividades da vida diária, além do comprometimento laboral, social e cognitivo, podendo ocasionar depressão, ansiedade e impacto direto na qualidade de vida (QV) desses pacientes⁽³⁾.

Com a missão de melhorar a QV dos indivíduos com IC, as clínicas de IC são destinadas a pacientes (ambulatoriais) que necessitam de monitoramento constante da evolução da doença para promoção da saúde e prevenção de descompensação da IC (hospitalização) através da estratificação por classe funcional (I, II, III e IV) e estágio da doença (A, B, C, D).

A avaliação por classe funcional do paciente é baseada, tradicionalmente, nos sintomas segundo a Classificação da *New York Heart Association* (NYHA), que, apesar do grau de subjetividade, tem boa correlação prognóstica. A classe funcional I se refere ao paciente sem sintomas (dispnéia) durante as atividades cotidianas; a classe II, quando há sintomas desencadeados por atividades cotidianas; a classe III, quando os sintomas são desencadeados aos pequenos esforços; classe IV, quando os sintomas surgem no paciente em repouso⁽⁴⁾.

A estratificação da progressão da doença em estágios avalia a evolução da síndrome, bem como o prognóstico e estabelecimento de prioridades na terapia. O Estágio “A” inclui pacientes com risco de desenvolver IC, mas ainda sem doença estrutural perceptível e sem sintomas; o Estágio “B” inclui pacientes que adquiriram lesão estrutural cardíaca, mas ainda sem sintomas de IC; o Estágio “C” inclui pacientes com lesão cardíaca e sintomas de IC; o Estágio “D” refere-se a pacientes com sintomas refratários ao tratamento convencional, e que requerem intervenções especializadas ou cuidados paliativos⁽⁴⁾.

O acompanhamento da progressão da IC, assim como os sinais e sintomas, são acompanhados por enfermeiros em clínicas especializadas que têm como objetivo a promoção do cuidado holístico, multidisciplinar e focado nas particularidades do paciente e sua família. Portanto, entender a trajetória desses pacientes em relação aos sintomas depressivos (SD) e QV nos contextos da hospitalização e do ambulatório é muito importante para a definição do planejamento de um cuidado personalizado.

É sabido que pacientes com IC apresentam pior QV devido à progressão da síndrome. A QV é definida como a percepção que o indivíduo tem da sua vida e a discrepância entre a expectativa e a realidade vivida⁽⁵⁾. No Brasil, uma análise de 633 pacientes demonstrou que pacientes entre 45 e 59 anos com IC tinham uma QV pior do que idosos sem IC⁽⁶⁾.

Associações entre SD e IC se tornaram um achado crescente e comum na literatura, com relevância na piora clínica, bem como no aumento da taxa de hospitalizações e mortalidade. Além disso, a associação cérebro-corção na IC vem sendo estudada mais recentemente. Novos

achados fisiopatológicos apontam para que, no contexto desta síndrome, alterações inflamatórias do estresse oxidativo, mecanismos neuro-humorais e o baixo fluxo cerebral podem estar envolvidos⁽⁷⁾.

Pacientes mais deprimidos apresentam pior capacidade para o autocuidado, sendo uma barreira para a adesão ao regime terapêutico da IC⁽⁸⁾. Um estudo com 682 pacientes com IC identificou que 36% apresentaram SD, e essa condição tem afetado entre 24% a 85% dos indivíduos⁽⁹⁾. A baixa adesão ao regime terapêutico causa recorrentes reinternações que geram fatores estressantes ao paciente com IC, dificultando a estabilidade em sua vida emocional, mental, social e funcional⁽³⁾.

O fato de um indivíduo estar em acompanhamento fora da hospitalização não sugere que ele apresente bem-estar, conforto e capacidade funcional satisfatórios devido à ausência de sinais de descompensação da doença, pois fatores biológicos, sociais e psicológicos, como a depressão e a QV, podem influenciar na vida desse indivíduo.

Uma vez que a IC está associada ao direto comprometimento biopsicossocial do paciente, questiona-se em quais cenários de cuidado – clínica de IC ou hospital, os indivíduos apresentam piora dos SD e QV. Apesar da importância da compreensão destes dados, há escassez de estudos que discutam essa temática. Deste modo, são necessários estudos que comparem SD e QV em pacientes com IC crônica em ambos os cenários.

Os objetivos deste estudo foram analisar as características sociodemográficas e clínicas, os SD e a QV de pacientes com IC ambulatoriais e hospitalizados e associar a QV com SD em ambos os grupos.

MÉTODO

DESENHO DO ESTUDO

Estudo observacional transversal.

CENÁRIO

Foi realizado em duas instituições hospitalares públicas e uma clínica de IC no Rio de Janeiro, que estimou e associou os SD e a QV de pacientes com IC.

O estudo ocorreu em enfermarias de dois hospitais quaternários. O primeiro é especializado em cardiologia e localizado no município do Rio de Janeiro, RJ. O segundo é um hospital geral e universitário, localizado em Niterói, RJ. Ambas as instituições recebem pacientes das mais diversas complexidades cardiológicas a partir do sistema de referência e contrarreferência do Estado. O estudo foi conduzido, também, na Clínica de IC Crônica do hospital universitário.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Estiveram aptos a participar do estudo os pacientes em tratamento ambulatorial ou hospitalar para IC, com idade a partir de 18 anos e história de IC crônica prévia hospitalizados com quadro de descompensação, independente da etiologia. Como critérios de exclusão, foram considerados os pacientes com comprometimento cognitivo através de

aplicação prévia pelo instrumento Mini Exame do Estado Mental (Mini Mental), que avalia em 11 perguntas as funções de orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. É considerado prejuízo cognitivo escore menor ou igual a 24 pontos; em caso de menos de quatro anos de escolaridade, o ponto de corte é de 17 pontos⁽¹⁰⁾.

DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Neste estudo, foram selecionados, por amostra de conveniência, 55 pacientes hospitalizados com IC descompensada e 58 pacientes acompanhados em clínica de IC, totalizando 113 pacientes, considerando o número mínimo preconizado estatisticamente de 30 indivíduos⁽¹¹⁾.

A seleção da amostra de modo não probabilístico foi realizada através da seleção consecutiva de pacientes hospitalizados com IC crônica descompensada e pacientes em acompanhamento ambulatorial durante o período da coleta de dados.

As variáveis investigadas neste estudo foram os SD e a QV, além das variáveis sociodemográficas e clínicas, que foram idade, sexo, cor autodeclarada, estado civil, fonte de renda, nível de escolaridade, tempo de IC, classe funcional da IC preconizada pela *New York Heart Association*, tabagismo e etilismo.

A QV foi avaliada pela versão traduzida e validada do questionário *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLWHFQ). Tal questionário é composto por 21 questões relativas a limitações apresentadas por pacientes com IC. O último mês deve ser o considerado para responder aos questionamentos. O resumo do escore total (escore global) varia de 0 a 105, sendo os escores mais baixos o reflexo da melhor QV. As questões são divididas em dimensão física (de 1 a 7, 12 e 13), dimensão emocional (de 17 a 21) e outras questões (de número 8, 9, 10, 11, 14, 15 e 16)⁽¹²⁾.

Os SD foram avaliados pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI) através de 21 questões, com respostas cuja pontuação varia entre 0 e 3. Os escores são subdivididos em: pontuação abaixo de 10 (sem depressão ou depressão leve); entre 10 e 18 (depressão leve a moderada); entre 19 e 29 (depressão moderada a grave); entre 30 e 63 (depressão grave)⁽¹³⁾.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre janeiro e dezembro de 2018. Os dados foram coletados com o auxílio de um instrumento previamente elaborado pelos autores, com perguntas fechadas e abertas sobre a história de saúde do paciente, além da consulta ao prontuário e aplicação dos questionários de QV e SD validados no Brasil⁽¹²⁻¹³⁾. Além disso, nos pacientes hospitalizados, a coleta de dados foi realizada 72 horas após a admissão, para garantir que eles tivessem estabilidade clínica suficiente para responder aos questionários.

Com o intuito de reduzir o risco de viés, foi realizado um treinamento com carga horária de 20 horas sobre a aplicação dos questionários pela orientadora do estudo. Foi realizada avaliação de concordância entre avaliadores pelo teste *Kappa*, com resultado de 0,8 ($p=0,003$). Além disso, aos pacientes, foi solicitado que respondessem aos questionários de SD e QV sem auxílio do cuidador ou familiar. Os pacientes

eram orientados a solicitar esclarecimento de dúvidas aos pesquisadores sobre o preenchimento dos questionários ou o entendimento de alguma pergunta, se fosse o caso.

ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

As variáveis contínuas escores dos SD e QV, idade, fração de ejeção do ventrículo esquerdo e tempo de doença foram descritas por medidas de média e desvio padrão ou mediana (intervalo interquartil). As variáveis categóricas sexo, cor autodeclarada, estado civil, fonte de renda, nível de escolaridade, classe funcional, tabagismo e etilismo foram descritas com frequências simples e percentual.

A organização dos dados foi realizada através da construção e síntese do banco de dados pelo programa Microsoft Excel, 2016. Os dados coletados a partir dos instrumentos de pesquisa foram tabulados e analisados pelo programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.0.

A análise de variáveis contínuas sociodemográficas e clínicas entre pacientes hospitalizados e de clínica de IC (Tabela 1) foi realizada através do Teste t de *Student*, uma vez confirmada hipótese de distribuição normal pelo teste de Shapiro-Wilk. Quando rejeitada a hipótese de distribuição normal, utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney.

Os mesmos testes (*Student* ou Mann-Whitney) foram aplicados para correlacionar os escores de SD e QV entre os pacientes ambulatoriais e hospitalizados (Tabela 2) e para associar as perguntas do questionário de QV em pacientes com os escores de SD subdivididos entre valores menores ou iguais a 18 pontos e maiores que 18 pontos nos cenários de clínica de IC e na hospitalização (Tabela 3).

A correlação entre os grupos estudados para as variáveis categóricas sociodemográficas e clínicas (Tabela 1) e a estratificação dos SD (Tabela 2) ocorreu pelo Teste Qui-Quadrado. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado para todas as análises.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Antônio Pedro da Universidade Federal Fluminense, sob o Parecer 1.934.792, aprovado em 2017. Foram respeitados todos os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os pacientes foram convidados a participar do estudo e, após leitura junto ao pesquisador, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A amostra selecionada foi composta por 135 pacientes potencialmente elegíveis para participação da pesquisa. Houve perda de 22 pacientes por descontinuidade de acompanhamento. A amostra final foi constituída por 113 sujeitos, sendo 55 hospitalizados (51,3%) e 58 de clínica de IC (48,6%).

A Tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas e clínicas dos grupos estudados, bem como os escores finais de QV e SD. Fonte de renda ($p=0,004$), escolaridade ($p=0,034$) e fração de ejeção do ventrículo esquerdo ($p=0,001$) apresentaram diferenças estatísticas entre os grupos.

Tabela 1 – Correlação das características sociodemográficas e clínicas da amostra de pacientes hospitalizados e em acompanhamento em clínica de IC – Niterói, RJ, Brasil, 2018.

Variáveis	Grupo hospitalizado GH (N=55)	Grupo clínica de IC GC (N=58)	Total (N=113)	Valor de p
Idade	52,1±10,4	70,4±15,0	55,8±13,2	0,156*
Sexo				
Feminino	17 (30,9)	28 (48,3)	45 (39,8)	0,083**
Masculino	38 (69,1)	30 (51,7)	68 (60,2)	
Estado civil				
Solteiro/viúvo/divorciado	26 (47,2)	30 (51,7)	56 (49,6)	0,708**
Casado/amasiado	29 (52,7)	28 (48,3)	57 (50,4)	
Fonte de renda				
Desempregado	13 (23,6)	5 (8,6)	18 (15,9)	0,004**
Trabalhador formal/informal	8 (14,5)	7 (12,1)	15 (13,3)	
Pensionista/aposentado	34 (61,8)	46 (79,3)	80 (70,8)	
Escolaridade				
Analfabeto	-	1 (1,7)	1 (0,8)	0,034**
Ensino fundamental	28 (50,9)	18 (31,0)	46 (40,7)	
Ensino médio	25 (45,4)	27 (46,6)	52 (46,0)	
Ensino superior	2 (3,6)	12 (20,7)	14 (12,3)	
Fração de ejeção do ventrículo esquerdo, %	38,8±17,1	54,4±16,9	47,2±18,3	0,001
Classe Funcional, NYHA^{II}				
I	-	18 (31,0)	18 (15,9)	-
II	-	33 (56,8)	33 (29,2)	
III	41 (74,5)	6 (10,3)	47 (41,6)	
IV	14 (25,5)	1 (1,7)	15 (13,3)	
Comorbidades				
Hipertensão arterial	44 (80)	47 (81,0)	91 (80,5)	0,539
Diabetes Mellitus	16 (29)	20 (34,4)	36 (31,9)	0,552
Doença arterial-coronariana	20 (36,3)	14 (24,1)	34 (30,1)	0,218
Tabagismo	10 (18,2)	10 (17,2)	20 (17,7)	0,417**
Etilismo	8 (14,5)	15 (25,9)	23 (20,4)	0,517**

Legenda: *Teste t de Student; ** Teste Qui-Quadrado; †Teste U de Mann-Whitney; ‡Teste de comparação não realizado entre os grupos, pois a classe funcional é afetada em episódios de descompensação da IC.
Nota: N=113.

A Tabela 2 apresenta a caracterização da QV e dos SD na amostra total e nos referidos grupos. A prevalência de SD na amostra total foi de 37,2 %, e o escore de QV foi de 69,8±23,3. O escore de QV do grupo de pacientes hospitalizados demonstrou ser pior do que do grupo de pacientes da clínica de IC ($p<0,001$), bem como na avaliação dos SD ($p=0,036$).

Ambos os grupos foram classificados com SD “de leve a moderado”, ou seja, entre 10 e 18 pontos. No entanto, quando houve comparação por grupos a partir da estratificação da escala dos SD, verificou-se que os pacientes da clínica de IC apresentam, majoritariamente, sintomas considerados “de leve a moderado”, enquanto os pacientes hospitalizados tiveram sintomas “de moderado a grave” ($p=0,024$).

A Tabela 3 apresenta os pacientes hospitalizados e de clínica de IC divididos em dois grupos: um que incluiu pacientes com escore do BDI < 18 pontos (sem SD ou com sintomas leves/moderados) e outro com SD moderados a graves/severos (escore BDI ≥ 18 pontos). Ao correlacionar as perguntas do questionário de QV com os respectivos

grupos, nos pacientes atendidos em clínica de IC, as perguntas de números 2 a 13, 17 a 21 e o escore total de QV foram mais afetados no grupo com escore BDI ≥ 18 pontos. Já nos pacientes hospitalizados, as perguntas 3, 4, 9 e 21 também foram mais afetadas no grupo com SD moderados a graves/severos.

Tabela 2 – Qualidade de vida e sintomas depressivos dos pacientes com IC – Niterói, RJ, Brasil, 2018.

Variáveis	Grupo hospitalizado GH (N=55)	Grupo clínica de IC GC (N=58)	Valor de p
Escore total da QV	74,1±18,7	40,5±3,4	p<0,001 ^l
Pacientes com sintomas depressivos (escore ≥18 pontos)	23 (39,6)	19 (32,7)	0,337
Escore total dos SD	18,1±10,5	14,6±1,3	0,036 ^l
Estratificação dos SD			
Sem depressão ou depressão leve	7 (12,7)	22 (37,9)	
Depressão leve a moderada	26 (45,5)	19 (32,7)	0,024**
Depressão moderada a grave	15 (27,2)	12 (20,7)	
Depressão grave	7 (12,7)	5 (8,6)	

Legenda: ** Teste Qui-Quadrado; ^lTeste Mann-Whitney.
Nota: N=113.

Tabela 3 – Correlação entre a qualidade de vida e escores de sintomas depressivos de pacientes hospitalizados e em acompanhamento em clínica de IC – Niterói, RJ, Brasil, 2018.

Perguntas – Questionário QV	Grupo hospitalizado GH (N=55)			Grupo clínica de IC GC (N=58)		Valor de p ^l
	BDI < 18 (N=32)	BDI ≥ 18 (N=23)	Valor de p*	BDI < 18 (N=39)	BDI ≥ 18 (N=19)	
1. Causou inchaço em seus tornozelos e pernas	0 (0-3,0)	3,0 (0-5,0)	0,083 ^l	0 (0-3,0)	0 (3,0-5,0)	0,60
2. Obrigando você a sentar ou deitar para descansar durante o dia	3,9±1,3	4,4±0,8	0,73	1,0 (0-3,0)	3,5 (2,75-5,0)	p>0,001
3. Tornando sua caminhada e subida de escadas difícil	4,2±1,2	4,8±0,9	0,016	2,0 (0-3,0)	4,0 (3,0-5,0)	p>0,001
4. Tornando seu trabalho doméstico difícil	3,5±1,7	4,3±0,9	0,027	1,0 (0-3,0)	4,0 (3,0-5,0)	p>0,001
5. Tornando suas saídas de casa difícil	4,0±1,3	4,3±1,3	0,408	1,0 (0-3,0)	3,5 (2,0-5,0)	0,001
6. Tornando difícil dormir bem à noite	3,9±1,5	4,2±1,1	0,463	0 (0-2,0)	3,0 (2,0-4,25)	0,003
7. Tornando seus relacionamentos ou atividades com familiares e amigos difícil	3,2±2,1	3,3±2,1	0,475	0	3,0 (0-4,0)	p>0,001
8. Tornando seu trabalho para ganhar a vida difícil	3,3±2,1	3,9±1,9	0,310	0 (0-3,0)	2,0 (0-5,0)	0,087
9. Tornando seus passatempos, esportes e diversão difícil	3,0±2,1	4,1±1,4	0,027	0 (0-3,0)	4,0 (0,75-5,0)	0,006
10. Tornando sua atividade sexual difícil	3,0±2,0	3,5±2,0	0,319	1,0 (0-3,0)	4,0 (0-5,0)	0,138
11. Fazendo você comer menos as comidas de que gosta	4,1±1,3	3,3±1,9	0,082	0 (2,0-5,0)	4,5 (1,0-5,0)	0,022
12. Causando falta de ar	4,5±0,9	4,5±0,8	0,991	1,0 (0-3,0)	4,0 (3,0-5,0)	p>0,001
13. Deixando você cansado, fatigado ou com pouca energia	4,4±1,1	4,6±1,1	0,592	2,0 (0-3,0)	4,5 (3,0-5,0)	p>0,001
14. Obrigando você a ficar hospitalizado	4,2±1,3	4,2±1,4	0,977	0	0 (0-0,25)	0,093

continua...

...continuação

Perguntas – Questionário QV	Grupo hospitalizado GH (N=55)			Grupo clínica de IC GC (N=58)		
	BDI < 18 (N=32)	BDI ≥ 18 (N=23)	Valor de p*	BDI < 18 (N=39)	BDI ≥ 18 (N=19)	Valor de p [†]
15. Fazendo você gastar dinheiro com cuidados médicos	3,4±1,8	3,5±1,7	0,819	3,0 (0-4,0)	4,5 (2,0-5,0)	0,071
16. Causando a você efeitos colaterais das medicações	2,0 (0-3,0)	1,0 (0-4,0)	0,859 [†]	0 (0-2,0)	0 (0-1,0)	0,564
17. Fazendo você sentir-se um peso para familiares e amigos	3,0 (0-5,0)	3,0 (0-5,0)	0,804 [†]	0	1,0 (0-5,0)	0,002
18. Fazendo você sentir uma falta de autocontrole na sua vida	5,0 (4,0-5,0)	5,0 (3,0-5,0)	0,552 [†]	0	3,0 (0-4,25)	p>0,001
19. Fazendo você se preocupar	4,1±1,3	4,1±1,5	0,885	2,0 (0-3,0)	5,0 (3,0-5,0)	0,001
20. Tornando difícil você concentrar-se ou lembrar-se das coisas	1,0 (0-3,0)	3,0 (1,0-5,0)	0,952 [†]	1,0 (0-3,0)	4,0 (0-5,0)	0,017
21. Fazendo você sentir-se deprimido	2,0(0-3,0)	4,0(1,0-5,0)	0,011 [†]	0 (0-1,0)	3,5 (0-5,0)	0,001
Escore total de QV	73,4±18,4	79,6±18,5	0,106	26 (12,0-46,0)	65,5 (54,7-75,2)	p>0,001

Legenda: *Teste t de Student; †Teste U de Mann-Whitney.

Nota: N=113.

DISCUSSÃO

O presente estudo estimou, pela primeira vez, populações de pacientes com SD, associando-os com diferentes dimensões da QV de pacientes com IC provenientes do Sistema Único de Saúde na hospitalização e em clínica especializada.

Em relação às características sociodemográficas e clínicas com diferenças significativas entre os grupos, a condição econômica de aposentado ou pensionista foi mais prevalente nos pacientes de clínica de IC (p=0,004). A escolaridade dos pacientes ambulatoriais esteve mais elevada (p=0,034), bem como a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (p=0,001). Quanto a essa última variável, era esperado encontrar pacientes hospitalizados com fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida, uma vez que estavam em situação de descompensação. Esse dado condiz com um estudo brasileiro epidemiológico prévio sobre os aspectos clínicos da IC na hospitalização (fração de ejeção do ventrículo esquerdo=38,8±16,5)⁽¹⁴⁾.

Quanto à escolaridade, um estudo transversal brasileiro em amostra de 84 pacientes com IC seguidos ambulatorialmente mostrou que o perfil educacional predominante é o ensino fundamental (56%), corroborando a amostra dos pacientes hospitalizados deste estudo⁽¹⁵⁾. Outro estudo nacional com amostra de 91 pacientes apresentou que indivíduos em tratamento com IC ambulatoriais apresentam as mesmas características (83,5% aposentados e com escolaridade concluída em até quatro anos)⁽¹⁶⁾.

Pacientes com baixa escolaridade tendem a apresentar aumento no número de reinternações, uma vez que, quanto maior o nível de instrução, supõe-se que há melhor entendimento aos cuidados prescritos pós-alta hospitalar⁽¹⁶⁾. Neste sentido, a presença do cuidador é importante para que haja melhor esclarecimento sobre o tratamento farmacológico e não farmacológico.

Em relação à fonte de renda, a condição de aposentado ou pensionista é uma realidade do paciente com IC que, progressivamente, é prejudicado em relação à capacidade funcional, mesmo estando em idade economicamente ativa. A inatividade laboral é um fator importante para o aumento do risco de depressão, por isso, atualmente, é recomendado que o retorno ao trabalho, dentro das condições de saúde favoráveis apresentadas pelo paciente, ocorra o mais precocemente possível⁽¹⁷⁾.

Os pacientes hospitalizados tiveram maior prevalência de SD. Desses, aqueles que tiveram SD a partir de 18 pontos, apresentaram QV afetada em relação à caminhada/subidas de escadas, trabalho doméstico, atividades de lazer e sentir-se deprimido. Já os pacientes da clínica de IC com SD na mesma condição (≥ 18 pontos) tiveram a QV mais afetada em todas as dimensões e piores escores totais.

Identificar, de forma objetiva, os SD a partir da aplicação de questionários em pacientes com IC é uma boa prática pelos profissionais de saúde. O Inventário de Depressão de Beck, utilizado neste estudo, é considerado padrão ouro para avaliação⁽¹⁸⁾. Os estudos envolvendo tratamento farmacológico em pacientes com IC e depressão demonstram a ausência de impacto e, portanto, são necessárias abordagens não medicamentosas, assim como o entendimento da origem e prevalência dos SD em diferentes cenários da IC, bem como os mecanismos envolvidos⁽⁸⁾.

Um estudo brasileiro que avaliou uma população de 76 pacientes atendidos em uma clínica especializada de IC constatou que 67,1% apresentavam SD⁽¹⁸⁾. Outro estudo nacional verificou em 81 pacientes com IC na atenção primária que a média de escore de SD foi de 13,6±10,4 e que 32% da amostra apresentaram sintomas moderados a graves⁽¹⁹⁾. Um estudo internacional evidenciou que o escore dos SD de pacientes hospitalizados apresentou média de 19,4 (leve a moderado)⁽²⁰⁾.

Tais achados demonstram variabilidade de prevalência desses escores em estudos prévios em pacientes mais idosos, sendo a maioria do sexo feminino. No presente estudo, a prevalência dos SD foi semelhante ao demonstrado na literatura, porém mais evidente em pacientes hospitalizados e sem associação com sexo e idade.

Neste estudo, os SD identificados em ambos os grupos como “de leve a moderado” podem estar relacionados ao incômodo dos pacientes em responder perguntas relacionadas a sentimentos negativos⁽²¹⁾, ou ainda com o estigma da palavra “depressão”, que propicia uma compreensão negativa, ou pejorativa desta condição, levando o indivíduo a se sentir temeroso em ser desacreditado, incompreendido, desvalorizado e estigmatizado⁽²²⁾. A interação cérebro/mente e o coração têm sido reconhecidos e melhor compreendidos nas últimas duas décadas. Os aspectos inflamatórios, o baixo débito cardíaco e as múltiplas comorbidades no paciente com IC acometem não apenas os aspectos cognitivos, mas também interferem nos aspectos mentais, sendo os SD uma das manifestações. Ao lado disso, medicamentos usados para tratar a IC e as comorbidades presentes nesse grupo de pacientes, além de provocar *delirium* no contexto das internações, podem ocasionar ou agravar os SD. Todos esses fatores podem estar associados às maiores taxas de SD encontrados nos pacientes com IC hospitalizados, que são submetidos a um maior número de medicamentos e expostos a fatores ambientais e psicemocionais que ocasionam depressão na IC.

Há uma interação complexa entre IC, a limitação cognitiva e depressão. Pacientes com IC apresentam comprometimento cognitivo pior tanto em pessoas jovens quanto as de idade avançada, quando comparados com indivíduos sem comorbidades significativas⁽⁷⁾. No entanto, uma vez que o paciente é hospitalizado, podem ocorrer, também, sintomas de *delirium* hipoativo mediante alterações na rotina do indivíduo, confinamento por tempo prolongado e alterações no esquema medicamentoso. Pacientes nessa condição podem ser diagnosticados, de modo equivocado, com depressão⁽⁷⁾. Deste modo, a investigação de SD nesses pacientes deve ser valorizada e pormenorizada, no intuito de viabilizar o correto tratamento com equipe multiprofissional.

As atuais diretrizes europeias de IC apontam os SD como um sintoma da IC e também como uma comorbidade⁽²³⁾. As diretrizes americanas mostram os SD como uma das dez condições crônicas mais comuns da IC, porém sem direcionamento de abordagem ao paciente⁽²⁴⁾. A diretriz atual brasileira de IC recomenda, para melhorar a QV, tratamento farmacológico específico, terapia cognitivo-comportamental e atividade física⁽⁸⁾. Nota-se que não há evidência científica sobre a redução de eventos cardiovasculares na IC e SD com terapia farmacológica específica, sendo que a sertralina e citalopram, medicamentos considerados seguros, devem ser prescritos pelo profissional especializado⁽⁸⁾. Também não há abordagem diferenciada entre pacientes hospitalizados e acompanhamento em clínicas de IC.

A partir da correlação da QV por estratificação dos SD, foram observadas duas situações distintas. Nos pacientes hospitalizados, a dimensão física da QV ficou mais afetada naqueles com SD mais severos. No cenário da clínica de

IC, todas as dimensões da QV foram afetadas nos mais deprimidos.

Pacientes com IC hospitalizados mais deprimidos exacerbam a piora dos seus sintomas, principalmente o estado de fadiga e dispneia. Como fatores colaborativos, estão o medo de morrer, o isolamento social, a alteração da rotina e procedimentos invasivos. Neste contexto, sugere-se desenvolver um plano de cuidados para pacientes que estejam desenvolvendo SD na internação, bem como evitar a interrupção do tratamento farmacológico daqueles já diagnosticados clinicamente com depressão. Em relação ao aspecto funcional, intervenções com o intuito de evitar agravamento da sarcopenia, melhorar a função motora e respiratória, com treinamento respiratório, estimulação da deambulação precoce e promoção da independência do autocuidado devem ser consideradas.

Além disso, intervenções em pacientes hospitalizados com IC que incluam participação do paciente e família na tomada de decisão frente ao tratamento hospitalar, suporte emocional personalizado, identificação de pensamentos negativos e distorções cognitivas e compreensão e reconhecimento de prontidão para resiliência parecem que melhor capacitam o indivíduo no desafio frente aos SD⁽²⁵⁻²⁶⁾. Em relação à prática clínica multiprofissional na clínica de IC, personalizar o cuidado é um ponto de apoio para iniciar uma abordagem colaborativa em que o paciente participe ativamente, com o estabelecimento conjunto de metas para sua vida. Entender, de forma individualizada, as questões psicossociais e estabelecer pontes entre os profissionais, a família e o cuidador são centrais para a construção da abordagem personalizada nos indivíduos identificados com piores SD nas dimensões mais afetadas da QV. Um estudo brasileiro conduzido em pacientes com IC ambulatoriais identificou que as dimensões de QV mais afetadas por este grupo foram a física, a emocional e a social, respectivamente. E 60% dos pacientes consideraram seus estados de saúde piores quando comparados há um ano⁽²⁷⁾. Estudos prévios apontam associações entre SD e QV. Uma análise prospectiva com 117 pacientes com IC revelou que os SD estiveram associados à piora da QV e maior risco de comprometimento cognitivo⁽²⁸⁾. Outro estudo avaliou, em 147 pacientes com IC, uma correlação positiva entre os escores dos questionários do SD e QV, indicando que pacientes com mais SD apresentaram baixa QV⁽²⁹⁾. Outra pesquisa realizada em 200 pacientes com IC acompanhados ambulatorialmente estimou que, aqueles com piores taxas de ansiedade e depressão, foram preditores dos piores escores de QV nas dimensões física e mental⁽³⁰⁾. No entanto, o questionário de QV utilizado no presente estudo apresenta perguntas relacionadas a situações psicológicas e afetivas, que estão interligadas com SD. Deste modo, ainda é questionável se a piora da QV leva a maior intensidade de SD e vice-versa. Os resultados deste estudo refletem a necessidade de questionamento da equipe multiprofissional, em que pode estar a falha em relação ao cuidado ao paciente com IC para que ele tenha escores elevados de QV e SD, visto que os mesmos podem influenciar em piora na adesão ao tratamento e reinternação. Deste modo, uma possibilidade para promover bem-estar biopsicossocial em ambos os cenários pode estar na transição do cuidado do hospital

para a casa e vice-versa, com apoio adequado e personalizado de reinserção do paciente à sua vida diária após a alta, conforme é preconizado pela atual diretriz brasileira de IC⁽⁴⁾. Podemos citar como limitação deste estudo o fato de apresentar uma amostra de conveniência de tamanho reduzido (n=113 pacientes), o caráter transversal, que não permite verificar relação entre causa e efeito, bem como o fato de os pacientes não terem sido os mesmos tanto na hospitalização quanto na clínica de IC.

CONCLUSÃO

O presente estudo, ao comparar amostras de pacientes com IC, identificou prevalência mais elevada de SD particularmente na hospitalização. A QV se mostrou mais afetada na dimensão física nos pacientes hospitalizados com SD moderados a graves/severos. Em pacientes acompanhados

na clínica de IC, os indivíduos mais deprimidos tiveram pior QV em todas as dimensões estudadas.

Sugerimos estudos de coorte prospectiva em pacientes com IC, com amostras maiores, para análise dos fatores que predizem a piora da QV e dos SD nesta clientela no decorrer do tempo.

O rastreamento sistemático com auxílio de questionários validados na IC em relação aos SD e QV é importante para identificar este grupo de pacientes e para se buscar uma melhor estratégia para abordagem precoce dos aspectos funcionais e psicoemocionais, com promoção da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da IC. Estimar a prevalência de SD e QV é fundamental para que os efeitos sobre intervenções sejam medidos e que sejam encaminhados a uma abordagem especializada aqueles indivíduos que não respondem às abordagens multifacetadas propostas no tratamento para IC.

RESUMO

Objetivo: Analisar as características sociodemográficas e clínicas, sintomas depressivos e qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca e associar a qualidade de vida com os sintomas depressivos. **Método:** Estudo transversal, realizado com pacientes ambulatoriais e hospitalizados. Foram coletados dados sociodemográficos e aplicados questionários para avaliação da qualidade de vida (*Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*) e sintomas depressivos (Inventário de Depressão de Beck). **Resultados:** A amostra foi composta por 113 pacientes. Os ambulatoriais são aposentados (p=0,004), com melhor escolaridade (p=0,034) e maior fração de ejeção ventricular (p=0,001). O grupo hospitalizado teve maiores sintomas depressivos (18,1±10 vs 14,6±1,3; p=0,036) e menor qualidade de vida (74,1±18,7 vs 40,5±3,4; p<0,001) do que o grupo ambulatorial. Pacientes ambulatoriais com escores de sintomas depressivos a partir de 18 pontos apresentaram piores escores de qualidade de vida em 17 das 21 questões. **Conclusão:** Pacientes hospitalizados tiveram piores sintomas depressivos e qualidade de vida, sendo esta mais afetada na dimensão física naqueles com sintomas depressivos moderados/graves. Pacientes ambulatoriais com sintomas depressivos mais severos tiveram pior qualidade de vida em todas as dimensões.

DESCRITORES

Insuficiência Cardíaca; Qualidade de vida; Depressão; Cuidados de Enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Analizar las características sociodemográficas y clínicas, los síntomas depresivos y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca y asociar la calidad de vida con los síntomas depresivos. **Método:** Estudio transversal, realizado con pacientes ambulatorios y hospitalizados. Se recolectaron datos sociodemográficos y se aplicaron cuestionarios para evaluar la calidad de vida (*Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*) y síntomas depresivos (Inventario de Depresión de Beck). **Resultados:** La muestra estuvo conformada por 113 pacientes. Los pacientes ambulatorios son jubilados (p=0,004), con mejor escolaridad (p=0,034) y mayor fracción de eyección ventricular (p=0,001). El grupo hospitalizado presentó mayores síntomas depresivos (18,1±10 vs 14,6±1,3; p=0,036) y menor calidad de vida (74,1±18,7 vs 40,5±3,4; p<0,001) que el grupo ambulatorio. Los pacientes ambulatorios con puntuaciones de síntomas depresivos de 18 puntos tuvieron las peores puntuaciones de calidad de vida en 17 de las 21 preguntas. **Conclusión:** Los pacientes hospitalizados presentaron peor sintomatología depresiva y calidad de vida, la cual fue más afectada en la dimensión física en aquellos con sintomatología depresiva moderada/severa. Los pacientes ambulatorios con síntomas depresivos más graves tenían peor calidad de vida en todas las dimensiones.

DESCRIPTORES

Insuficiencia Cardíaca; Calidad de Vida; Depresión; Atención de Enfermería.

REFERÊNCIAS

1. Souza MC, Santos SR, Holmes ES, Pereira WDF, Arruda AJCG, Fonseca LCT, et al. Contributions of nurses in health education of patients with heart failure. *Int Arch Med*. 2016;9(387):1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.3823/2258>
2. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Epidemiológicas e morbidade [Internet]. Brasília; 2019 [citado 2019 jul. 17]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>
3. Saccomann ICRS, Cintra FA, Gallani MCBJ. Factors associated with beliefs about adherence to non pharmacological treatment of patients with heart failure. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(1):18-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100002>
4. Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol*. 2018;111(3):436-539. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180190>
5. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9. doi: [10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
6. Jorge AJL, Rosa MLG, Correia DMS, Martins WA, Ceron DMM, Coelho LCF, et al. Evaluation of quality of life in patients with and without heart failure in primary care. *Arq Bras Cardiol*. 2017;109(3):248-52. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20170123>
7. Havakuk O, King KS, Grazette L, Yoon AJ, Fong M, Bregman N, et al. Heart failure-induced brain injury. *J Am Coll Cardiol*. 2017;69(12):1609-16. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.01.022>

8. Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Steinmeyer BC, Rubin EH. Cognitive behavior therapy for depression and self-care in heart failure patients: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2015;175(11):1773-82. doi: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.5220>
9. Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Steinmeyer BC, Skala JA, Dávila Román VG. Depression and multiple rehospitalizations in patients with heart failure. *Clin Cardiol.* 2016;39(5):257-62. doi: <https://doi.org/10.1002/clc.22520>
10. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública.* 2006 40(4):712-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000500023>
11. Miot HA. Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *J Vasc Bras.* 2011;10(4):275-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492011000400001>
12. Carvalho VO, Guimarães GV, Carrara D, Bacal F, Bocchi EA. Validação da versão em português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(1):39-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2009000700008>
13. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(4):389-94. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>
14. Albuquerque DC, Souza Neto JD, Bacal F, Rohde LEP, Bernardes-Pereira S, Berwanger O, et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – Aspectos Clínicos, Qualidade Assistencial e Desfechos Hospitalares. *Arq Bras Cardiol.* 2015;104(6):433-442. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20150031>
15. Cavalcante LM, Lima FET, Custódio IL, Oliveira SKP, Meneses LST, Oliveira ASS, et al. Influência de características sociodemográficas no autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca. *Rev Bras Enferm.* 2018 ;71 Supl. 6:2604-11. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0480>
16. Almeida GAS, Teixeira JBA, Barichello E, Barbosa MH. Perfil de saúde de pacientes acometidos por insuficiência cardíaca. *Esc Anna Nery.* 2013;17(2):328-35. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200018>
17. Sousa MM, Oliveira JS, Soares MJGO, Bezerra SMMS, Araújo AA, Oliveira SHS. Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017;38(2):e65885. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.65885>
18. Guerra TRB, Venancio ICD, Pinheiro DMM, Mendlowicz MV, Cavalcanti ACD, Mesquita ET. Methods of screening for depression in outpatients with heart failure. *Int J Cardiovasc Sci.* 2018;31(4):414-21. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/2359-4802.20180037>
19. Moraes ER, Carvalho CS, Euqeres L, Viana FP, Fantinati AM, Rassi S. Qualidade de vida e sintomas de depressão e ansiedade em portadores de insuficiência cardíaca crônica. *Rev EVS (Goiânia).* 2018;45(1):71-9. doi: 10.18224/evs.v45i1.6286
20. Chen TY, Kao CW, Cheng SM, Chang YC. Uncertainty and depressive symptoms as mediators of quality of life in patients with heart failure. *PLoS One.* 2018. 14;13(11):e0205953. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205953>
21. Sokoreli I, de Vries JJ, Riistama JM, Pauws SC, Steyerberg EW, Tesanovic A, et al. Depression as an independent prognostic factor for all-cause mortality after a hospital admission for worsening heart failure. *Int J Cardiol.* 2016;220:202-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.06.068>
22. Pena FM, Amorim A, Fassbender C, Oliveira RFJ, Faria CAC. Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com desfechos negativos. *Insuf Card [Internet].* 2011 [citado 2019 jul. 17];6(4):170-8. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-38622011000400004
23. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Eur Heart J.* 2016;37(27):2129-200. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
24. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey Jr DE, Colvin MM, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA Focused Update of the 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Failure Society of America. *Circulation.* 2017;136(6):e137-61. doi: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000509>
25. Mendes AMOC, Eufrásio MLP. Análise compreensiva de uma intervenção na ansiedade e depressão em doentes hospitalizados com insuficiência cardíaca. *Rev Enf Ref.* 2013;serIII(11):29-35. doi: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1305>
26. Queiroz MEG, Nelsen MLFN. Atenção integrada à pessoa com insuficiência cardíaca na perspectiva terapêutico ocupacional e psicológica: um relato de experiência. *REFACS Online.* 2018;6(1):123-9. doi: <https://doi.org/10.18554/refacs.v6i1.2374>
27. Soares DA, Toledo JAS, Santos LF, Lima RMB, Galdeano LE. Qualidade de vida de portadores de insuficiência cardíaca. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(2):243-8. doi: <http://doi.org/10.1590/S0103-21002008000200002>
28. Loo DWY, Jiang Y, Koh KWL, Lim FP, Wang W. Self-efficacy and depression predicting health-related quality of life of outpatients with chronic heart failure in Singapore. *Appl Nurs Res.* 2016;32:148-55. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.07.007>
29. Kim J, Hwang SY, Heo S, Shin MS, Kim SH. Predicted relationships between cognitive function, depressive symptoms, self-care adequacy, and health related quality of life and major events among patients with heart failure. *Eur J Cardio Vasc Nurs.* 2019;18(5):418-26. doi: <https://doi.org/10.1177/1474515119840877>
30. AbuRuz ME. Anxiety and depression predicted quality of life among patients with heart failure. *J Multidiscip Healthc.* 2018;11:367-73. doi: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S170327>

