



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

RISCO PARA DEPRESSÃO APÓS INFARTO AGUDO DO
MIOCÁRDIO: implicações para o autocuidado

Recife

2015

TATIANE LINS DA SILVA

RISCO PARA DEPRESSÃO APÓS INFARTO AGUDO DO
MIOCÁRDIO: implicações para o autocuidado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Estela Maria Meireles Monteiro

Recife

2015

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S586r

Silva, Tatiane Lins da.

Risco para depressão após infarto agudo do miocárdio: implicações para o autocuidado / Tatiane Lins da Silva. – Recife: O autor, 2015.

111 f.: il.; tab.; quadr.; 30 cm.

Orientadora: Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Infarto do miocárdio. 2. Depressão. 3. Autocuidado. 4. Enfermeiras Clínicas. I. Cavalcanti, Ana Márcia Tenório de Souza (Orientadora). II. Título.

610.736

CDD (22.ed.)

UFPE (CCS2015-077)

TATIANE LINS DA SILVA

RISCO PARA DEPRESSÃO APÓS O INFARTO AGUDO DO
MIOCÁRDIO: implicações para o autocuidado

Dissertação aprovada em 26 de fevereiro de 2015,

Prof^a. Dr^a. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti (Presidente - UFPE)

Prof^a. Dr^a. Iracema de Silva Frazão (UFPE)

Prof^a. Dr^a. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (UFPE)

Prof^a. Dr^a. Simone Maria Bezerra Muniz (UPE)

RECIFE

2015

Dizem que Felicidade é quando o sonho encontra a realidade ...

(Autor desconhecido)

AGRADECIMENTOS

A Deus que me permitiu sonhar, lutar pelos meus sonhos e me deu forças para continuar nesse árduo período de grandes esforços e imensa aprendizagem. Sem ele não teria conseguido.

Aos meus pais, que sempre me estimularam, apoiaram e me ofereceram condições para que pudesse estudar e me aperfeiçoar cada vez mais. Desculpem pelos momentos de estresse e ausência, tantos foram nesses últimos dois anos, serão recompensados.

A minha família pelo apoio incondicional, pelos momentos de descontração, que foram tão necessários.

Aos meus queridos amigos do mestrado, minha segunda família nesses últimos dois anos, obrigada pelo apoio, escuta, companheirismo e momentos inesquecíveis. Vocês fizeram o mestrado ser mais leve.

A minha orientadora Prof. Dr. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti pelo apoio, aprendizado nesta caminhada, tranquilidade e companheirismo para esta orientanda estressada e nervosa. Meus sinceros agradecimentos.

A minha co-orientadora Prof. Dr. Estela Maria Leite Meireles Monteiro pelo apoio incondicional, aprendizado e carinho.

Ao Hospital Pelópidas Silveira pela oportunidade do campo de coleta e acolhimento em todos os momentos.

Aos funcionários do ambulatório de egressos do Hospital Pelópidas Silveira pelo apoio incondicional, auxílio nos momentos difíceis e momentos de alegrias durante os seis meses da coleta de dados.

Aos pacientes, sem vocês este estudo não se concretizaria. Obrigada pela paciência, participação e momentos de intenso aprendizado e troca de experiências.

Aos funcionários do Programa de Pós Graduação de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde pelo apoio e amparo nesta caminhada.

“Se você der a um homem um peixe ele terá uma única refeição; se ensiná-lo a pescar ele terá sempre o que comer.”

(Kuan Tzer)

SILVA, T.L. **Risco para depressão após Infarto Agudo do Miocárdio: implicações para o autocuidado.** 2015.111f. Dissertação (Curso de Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife - PE, 2015.

RESUMO

As doenças do aparelho circulatório representaram a terceira causa de internação hospitalar no ano de 2010 e dentre elas, destacam-se as Síndromes Coronarianas Agudas responsáveis por 29% das mortes. A depressão mostra-se como uma comorbidade comumente vivenciada por pessoas com doenças crônicas, causando incapacidade, afetando a evolução da doença e interferindo na recuperação, sendo considerada um risco potencial para o aumento da morbidade e mortalidade. A associação entre depressão e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é frequente, o que leva ao pior prognóstico tanto da depressão como da doença cardiovascular. Este estudo tem como objetivo avaliar o risco de depressão e sua relação para o desempenho do autocuidado em pacientes que sofreram IAM, à luz da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem. Trata-se de um estudo quantitativo, observacional analítico, de corte transversal, realizado no ambulatório de cardiologia de um hospital na cidade de Recife-Pernambuco. A amostra foi composta pelos 106 pacientes que retornaram ao ambulatório de cardiologia do referido hospital no período de março a agosto de 2014 com diagnóstico de IAM. Como critérios de inclusão o estudo adotou ter o diagnóstico de IAM recente e estar no momento da primeira consulta do ambulatório de egressos. Como critérios de exclusão: relato de antecedente pessoal de depressão com terapêutica medicamentosa; deficiência auditiva e/ou mental que interfira na coleta dos dados; Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Renal Crônica, obesidade mórbida. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um formulário para caracterização socioeconômica e clínica dos pacientes, o Inventário de depressão de Beck e a Escala para Avaliação da Capacidade de Autocuidado ASA-A. Observou-se que 26,4% dos pacientes possuíam risco para o desenvolvimento de depressão/disforia e que os fatores que mais se associavam a prevalência deste risco incluem a situação conjugal (não possuir companheiro), não possuir filhos e ter antecedentes familiares de depressão. O risco para depressão/disforia não mostrou correlação com o desempenho do autocuidado nos pacientes com IAM recente. O rastreamento e diagnóstico precoce do risco para depressão e o desenvolvimento de estratégias de estímulo ao autocuidado mostraram-se fundamentais durante o acompanhamento ambulatorial nos pacientes pós-infarto pelo

enfermeiro preocupado com a atenção holística, desenvolvendo estratégias de promoção à saúde e prevenção de agravos.

DESCRITORES: infarto do miocárdio; depressão; autocuidado; enfermeiras clínicas

SILVA, T.L. **Risk for depression after acute myocardial infarction: implications for self-care** 2015. 111f. Dissertation (Master in Nursing)-Graduate Program in Nursing, Universidade Federal de Pernambuco, Recife - PE, 2015.

ABSTRACT

Diseases of the circulatory system accounted for the third cause of hospitalization in 2010, including the Acute Coronary Syndromes that accounted for 29% of deaths. Depression shows up as comorbidity experienced by people with chronic diseases, causing disability, affecting the disease evolution and interfering with recovery, being considered a potential risk for increased morbidity and mortality. The association between depression and acute myocardial infarction (AMI) is frequent, leading to worse prognosis of both depression and cardiovascular disease. This study aims at evaluating the risk of depression and its relation to performance of self-care in patients who had suffered AMI, according to the Orem's Theory of Self-Care Deficit. This is a quantitative, analytical observational, cross-sectional study developed at the cardiology clinic of a hospital in the city of Recife-Pernambuco. The sample was composed of 106 patients who returned to the aforementioned hospital cardiology clinic from March to August 2014 with a diagnosis of AMI. As inclusion criteria the study adopted having recent AMI diagnostic and being at the first consultation in the graduates' outpatient. Exclusion criteria: reporting personal history of depression with medication therapy; hearing and / or mental disabilities that interfere with data collection; Heart Failure, Chronic Renal Failure, morbid obesity. A form for socioeconomic and clinical characterization of patients, the Beck depression Inventory and the Scale for Assessment of Self Care Capacity ASA-A were used as instruments for data collection. It was observed that 26.4% of patients had risk for developing depression / dysphoria and, the factors most associated to prevalence of such a risk included marital status (not having a partner), not having children and having a family history of depression. The risk for depression / dysphoria showed no correlation with self-care performance in patients with recent myocardial infarction. Screening and early diagnosis of risk for depression and the development of incentive strategies to self-care were also fundamental for the outpatient treatment in post-infarction patients by nurses concerned with the holistic care, developing promotion strategies to health promotion and disease prevention.

KEY WORDS: myocardial infarction; depression; self-care; clinical nurses

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SCA	- Síndromes Coronarianas Agudas
IAM	- Infarto Agudo do Miocárdio
IAM com SST	- Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnívelamento do Segmento ST
SUS	- Sistema Único de Saúde
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	- Diabetes Mellitus
IC	- Insuficiência Cardíaca
OMS	- Organização Mundial de Saúde
DAC	- Doença Arterial Coronariana
DCV	- Doenças Cardiovasculares
IAM sem SST	- Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnívelamento do Segmento ST
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior
CINAHL	- Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
LILACS	- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
BDENF	- Bases de Dados em Enfermagem
SCIELO	- Scientific Eletronic Library Online
PUBMED	- Public/ Publish Medline
DECS	- Descritores em Ciências da Saúde
UFPE	- Universidade Federal de Pernambuco
CASP	- Critical Appraisal Skills Programme
FR	- Fator de Risco
DLP	- Dislipidemia
SCA	- Síndrome Coronariana Aguda
BDI	- Inventário de Depressão de Beck
ASA	- Appraisal of Self-Care Agency
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
IMIP	- Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS E QUADROS

ARTIGO 1

Tabela 1: Artigos encontrados nas referidas bases de dados e seus cruzamentos. Recife, 2013.....	47
Tabela 2: Justificativa para exclusão dos artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Recife, 2013.....	48
Quadro 1 – Síntese dos principais resultados encontrados nos artigos selecionados sobre a influência da depressão no autocuidado do paciente com infarto do miocárdio. Recife, 2013.....	50

ARTIGO 2

Tabela 1: Distribuição dos fatores socioeconômicos e demográficos dos pacientes avaliados. Recife, PE, Brasil, 2014.....	67
Tabela 2: Distribuição das condições de saúde dos pacientes avaliados. Recife, PE, Brasil, 2014.....	69
Tabela 3: Distribuição dos fatores comportamentais dos pacientes avaliados. Recife, PE, Brasil, 2014.....	70
Tabela 4: Análise descritiva do escore BDI. Recife, PE, Brasil, 2014.....	70
Tabela 5: Distribuição do risco para depressão segundo os fatores de perfil dos pacientes avaliados. Recife, PE, Brasil, 2014.....	71
Tabela 6: Distribuição do risco para depressão segundo as condições de saúde dos pacientes avaliados. Recife, PE, Brasil, 2014.....	73
Tabela 7: Ajuste final do modelo de Poisson para o resultado para disforia/risco de depressão. Recife, PE, Brasil, 2014.....	75
Tabela 8: Distribuição do autocuidado segundo o resultado do BDI. Recife, PE, Brasil, 2014.....	75

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Delimitação do Problema	13
1.2	Justificativa	17
2	CAPÍTULO 1 – REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	Infarto do Miocárdio	20
2.2	Depressão	23
2.3	Associação entre Depressão de Infarto do Miocárdio	26
2.4	Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado	28
3	CAPÍTULO 2 - MÉTODO	32
3.1	Primeiro Artigo: Repercussão da depressão no autocuidado do paciente com infarto do miocárdio: uma revisão integrativa	32
3.1.1	Escolha da abordagem	32
3.1.2	Etapas percorridas para a realização da Revisão Integrativa	32
3.2	Segundo Artigo: Risco para depressão após infarto agudo do miocárdio: implicações para o autocuidado	35
3.2.1	Escolha da abordagem	35
3.2.2	Local do estudo	35
3.2.3	População e amostra	36
3.2.4	Critérios de inclusão	37
3.2.5	Critérios de exclusão	37
3.2.6	Estudo piloto	37
3.2.7	Instrumento de coleta de dados	38
3.2.8	Procedimento de coleta de dados	39
3.2.9	Organização e análise de dados	40
3.2.10	Aspectos éticos e legais	41
4	CAPÍTULO 3 – ARTIGO DE REVISÃO	43
5	CAPÍTULO 4 – ARTIGO ORIGINAL	59
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	90
	APÊNDICES	95
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	96
	APÊNDICE B – INFORME SUMÁRIO	99

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	100
APÊNDICE D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	102
ANEXOS	103
ANEXO A – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK	104
ANEXO B – ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO (ASA)	106
ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA	109
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	110

1 INTRODUÇÃO

1.1 Delimitação do problema

As doenças do aparelho circulatório representaram a terceira causa de internação hospitalar no Brasil no ano de 2010^{1,2}. De janeiro a outubro de 2012, as doenças do aparelho circulatório representaram 20,6% de todas as mortes, 24% acometendo adultos entre 20 e 59 anos em plena faixa etária ativa. As mortes por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) representaram 12,1% nesse grupo³.

As SCA (Síndromes Coronariana Aguda) são decorrentes do desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio para o músculo cardíaco. Na SCA a artéria coronariana pode apresentar-se parcialmente ou totalmente obstruída. Quando essa obstrução se mostra de forma parcial sua apresentação clínica é a Angina Instável ou a SCA sem supradesnivelamento do segmento ST. Quando a obstrução acontece de forma total desencadeia o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do segmento ST. O tratamento do IAM objetiva prevenir a morte, aliviar a isquemia e preservar a função do ventrículo esquerdo⁴.

Como o IAM possui elevada incidência, seus fatores de risco como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), tabagismo e dislipidemia, bem como suas complicações, incluindo a Insuficiência Cardíaca (IC), são responsáveis por significativa diminuição da sobrevida⁵. O indivíduo cardiopata apresenta comprometimento geral do seu estado de saúde devido à diminuição da força física e cardíaca. A partir desta perspectiva, a equipe de enfermagem assume função significativa por ter a missão de ajudar as pessoas a enfrentarem as dificuldades em torno da doença, e conseguirem manter a capacidade de cuidar das suas necessidades⁶.

Outra condição que causa incapacidade, podendo afetar a evolução das doenças e interferir na recuperação do indivíduo é a depressão. Esta se mostra como uma comorbidade comumente vivenciada por pessoas com doenças crônicas, sendo considerada como risco potencial para o aumento da morbimortalidade de numerosas condições clínicas⁷. Ela é caracterizada como um transtorno do humor podendo ocorrer redução da atividade e da energia e perda da capacidade de experimentar prazer, acompanhados de queixas ou aparência de tristeza profunda⁸.

O transtorno depressivo pode ser classificado em episódios depressivo leve, moderado e grave. Na depressão leve os indivíduos conseguem manter suas atividades de vida cotidiana, na depressão moderada o indivíduo já apresenta dificuldades em manter as atividades de vida diária e na depressão grave os indivíduos não conseguem manter suas atividades de vida diária. A gravidade do episódio geralmente impossibilita as atividades sociais e ocupacionais, podendo o indivíduo morrer por desidratação, desnutrição ou cometer suicídio⁸.

Em populações com doença crônicas, a depressão interfere negativamente na qualidade de vida. Os distúrbios depressivos interferem no curso de qualquer doença, influenciando na adesão ao tratamento, diminuindo o suporte social e desregulando o sistema humoral e imunológico. Os transtornos depressivos estão associados a graves consequências em termos de morbimortalidade, causando perda da produtividade e interferindo nas relações interpessoais. Os efeitos da depressão em longo prazo são tão graves quanto aqueles observados em diversas condições clínicas, capazes de influenciar de maneira adversa a longevidade e o bem-estar⁷.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lista a depressão e a doença cardiovascular como duas das condições mais debilitantes e onerosas no contexto da saúde, e assinala essas doenças como de alto impacto sobre a qualidade de vida do indivíduo⁹. A depressão, bem como a doença arterial coronariana, apresenta alta prevalência nos dias atuais, tendo seus efeitos refletidos tanto na mortalidade, como na qualidade de vida do homem contemporâneo¹⁰. A OMS estima que a Depressão e a Doença Arterial Coronariana sejam em 2020 as duas principais causas de morte, tornando a associação entre elas um fator preocupante¹¹.

A associação entre transtorno depressivo e doenças cardiovasculares, em especial o IAM, é frequente, o que leva ao pior prognóstico de tais patologias, com maiores taxas de re-infarto e maior morbimortalidade⁵. Os sintomas peculiares dos indivíduos que apresentam humor deprimido, como o desânimo, a apatia, a intolerância, a frustração e a falta de flexibilidade psíquica corroboram a falta de motivação para adesão ao tratamento medicamentoso, de grande importância entre os pacientes que sofreram IAM, bem como a adesão aos hábitos de vida saudáveis. A atenção despendida a esta clientela deve basear-se na capacidade dos mesmos assumirem seu cuidado e serem corresponsáveis pela sua saúde já que suas atitudes justificam risco da reincidência do IAM e mortalidade¹⁰.

A equipe interdisciplinar deve trabalhar este indivíduo para que o mesmo consiga se adaptar as mudanças que ocorrerão em sua vida após o IAM. Mudanças no padrão de vida e ocorrência de eventos negativos que representam uma ruptura do comportamento usual que afetam o bem-estar do indivíduo são apontadas como fator de risco para o desenvolvimento de depressão, apresentando-se como forma de reação ao estresse¹². O IAM pode ser entendido como um evento estressor e negativo corroborando para o desenvolvimento da depressão e limitações na capacidade de autocuidado deste indivíduo.

Os sintomas depressivos após o IAM tendem a desaparecer em torno de 50% dos casos nos seguimentos de médio prazo sugerindo caráter transitório em relação ao IAM. A persistência dos sintomas depressivos por um tempo mais prolongado tem maior significado em relação ao prognóstico cardiovascular¹³.

Embora seja frequente, mesmo em pacientes com doença cardiovascular, o transtorno depressivo continua subdiagnosticado e, conseqüentemente, sem tratamento¹². Já que as manifestações clínicas dos transtornos depressivos em pacientes com cardiopatia diferem dos transtornos depressivos nos pacientes não cardiopatas e podem se confundir com a gravidade da própria doença clínica de base⁵, fatores como a gravidade da doença, os tipos de tratamento e o prognóstico têm frequente impacto significativo no humor do paciente¹².

Independentemente do tempo após a ocorrência da doença, os sintomas depressivos podem persistir por anos, com provável prejuízo da qualidade de vida em todo esse período¹². É de extrema importância a mudança de hábitos de vida e o tratamento medicamentoso após a alta hospitalar de um indivíduo que sofreu IAM. Quando este indivíduo desenvolve a depressão, isso repercute diretamente na sua capacidade em assumir seu autocuidado.

A ação de autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar¹⁴. Mostra-se como um comportamento intrínseco do ser humano, realizado para manter sua integridade estrutural, bem como o funcionamento e desenvolvimento humano. Todos os indivíduos possuem a capacidade de manter ações de autocuidado, mostrando-se como agentes do autocuidado.

O autocuidado pode ser afetado por fatores condicionantes básicos, como idade, sexo e o contexto de saúde, entendendo-se como o estado de saúde bem como as

modalidades de diagnósticos e tratamento¹⁴. A depressão e o infarto agudo do miocárdio mostram-se como fatores condicionantes básicos, influenciando diretamente na capacidade do indivíduo de manter seu autocuidado. A gravidade da isquemia coronariana influenciará diretamente o tratamento do paciente. Manter esse indivíduo como um agente do seu próprio autocuidado mostra-se de vital importância, influenciando diretamente no seu prognóstico.

O indivíduo que vivencia um episódio depressivo após um evento cardiovascular estressor traz consigo transtornos tanto no tratamento, como na aderência a hábitos de vida saudáveis. Os pacientes apresentam maior dificuldade para realização de dietas, percepção distorcida quanto ao seu estado físico, baixa aderência ao tratamento e dificuldade de seguir orientações médicas. Apresentam também dificuldade em mudanças de hábitos e estilo de vida, como realização de atividades físicas e suspensão de tabagismo¹². Portanto, é de extrema importância a detecção precoce do risco para depressão após um evento cardiovascular pela equipe de saúde e seu acompanhamento com mais atenção aos aspectos emocionais, já que este pode repercutir diretamente na capacidade do indivíduo em se cuidar, podendo levar a prognósticos sombrios.

Diante do exposto, é de fundamental importância que o enfermeiro baseie sua assistência nos pressupostos da Teoria Geral de Enfermagem do Déficit do Autocuidado, conduzindo o indivíduo a promover seu autocuidado de modo autônomo ou com a ajuda da enfermagem. Para Dorothea Orem, a enfermagem é conceituada como uma arte prática e didática onde o enfermeiro desempenha assistência especializada as pessoas que não são capazes de fazê-lo, visando o reestabelecimento de seu autocuidado. A enfermagem pode atuar através da assistência a pessoas que não conseguem manter seu cuidado, auxiliando a mesma a alcançá-lo ou ensinando-o a manter seu próprio autocuidado. Faz-se necessário então, reconhecer a capacidade terapêutica de autocuidado do indivíduo¹⁵.

Durante o acompanhamento ambulatorial o enfermeiro pode atuar através de ações de promoção a saúde e prevenção de agravos. Compreende-se a prevenção como pilar fundamental para a diminuição das taxas de morbidade e comorbidade, devendo ser priorizada a indivíduos que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento de SCA³. É de extrema importância que o enfermeiro possa detectar precocemente o risco para o desenvolvimento de depressão e sua repercussão na capacidade de autocuidado do indivíduo. Em pacientes que estão em acompanhamento ambulatorial a assistência

se dá a partir de três métodos: 1. Guiar e orientar; 2. Proporcionar apoio físico e psicológico e 3. Ensinar. É imprescindível que o enfermeiro auxilie o paciente no que se refere à tomada de decisões, ao controle do comportamento e a aquisição de comportamentos e habilidades, portanto é de fundamental importância sensibilizar o mesmo a ser um agente de seu autocuidado¹⁴.

O acompanhamento no âmbito ambulatorial é baseado nas capacidades de autocuidado demonstradas pelo paciente. O sistema de apoio-educação contribui com esse acompanhamento, uma vez que o enfermeiro disponibiliza subsídios para que o paciente possa promover seu autocuidado, como informações em saúde, estímulo a hábitos de vida saudáveis, ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, empoderando o paciente e seus familiares quanto a seu estado físico e emocional, tornando-os corresponsáveis pelo seu tratamento.

Vale ressaltar que o indivíduo tem potencial para aprender e desenvolver-se; a forma como o mesmo realiza as próprias atividades de autocuidado não é instintiva e sim aprendida¹⁴. Os papéis do enfermeiro e do paciente são complementares. Isto é, um determinado comportamento do paciente provoca uma resposta do enfermeiro e vice-versa. Ambos trabalham juntos para atingir a meta de autocuidado.

1.2 Justificativa

A depressão na Doença Arterial Coronariana muitas vezes é pouco reconhecida pelo cardiologista, pois nem sempre apresenta sintomatologia típica como a presença de humor deprimido, perda acentuada de interesse ou de prazer nas atividades habituais, sentimentos de inutilidade ou culpa, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida. Comumente, são mais frequentes os sintomas somáticos, como cansaço, falta de energia, lentidão psicomotora, perda ou aumento de apetite, insônia ou hipersonia, os quais podem ser confundidos com a sintomatologia da cardiopatia. Todas essas características do quadro depressivo na DAC determinam uma tendência a falhas de diagnóstico e tratamento para depressão¹⁰.

O ambiente ambulatorial mostra-se propício para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde onde o enfermeiro pode atuar objetivando a prevenção de agravos. A avaliação do risco para depressão e a promoção do autocuidado mostra-se como estratégias realizadas pelo enfermeiro que realiza o seguimento ambulatorial dos

pacientes cardiopatas, visando diminuir a morbimortalidade destes indivíduos, melhorando sua qualidade de vida e implicando diretamente na qualidade da assistência fornecida a este paciente.

De modo a contribuir com a detecção segura de acometimentos psicológicos, além do tratamento com enfoque nos distúrbios baseados nas sintomatologias fisiopatológica e clínica e consequentemente, reorientar as ações de educação em saúde pelo enfermeiro comprometido com uma assistência integral embasada na reabilitação biopsicosociocultural, surgiu a inquietação em investigar qual a prevalência de risco de depressão após o IAM e sua relação para o desempenho do autocuidado.

Nesta perspectiva, o objetivo geral deste estudo foi: Avaliar o risco de depressão e sua relação com o desempenho do autocuidado em pacientes pós IAM à luz da Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem. Os objetivos específicos foram: Investigar a prevalência de risco para depressão em pacientes pós IAM; Verificar os fatores associados ao risco de depressão entre os pacientes pós IAM; Avaliar o autocuidado do paciente pós o IAM; Verificar a relação entre o risco para depressão e o desempenho do autocuidado em pacientes pós IAM.

Em atenção ao formato da Dissertação preconizada pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), esta dissertação foi confeccionada e subdividida em quatro capítulos, com apresentação de dois artigos, sendo o primeiro uma revisão integrativa de literatura a qual foi submetida a publicação numa periódico qualis B2 e o segundo, um artigo original que foi submetido a um periódico qualis A1.

O Capítulo I corresponde à revisão de literatura sobre o fenômeno da depressão em indivíduos pós IAM e sua relação com o desempenho do autocuidado. Nesse contexto destacam-se os aspectos epidemiológicos do IAM, do transtorno depressivo, bem como a associação destes dois fenômenos e a influência da depressão para o desempenho do autocuidado no pós IAM. Destaca-se também a importância do rastreamento do risco de desenvolvimento da depressão no pós-infarto bem como a importância da enfermagem neste rastreamento e estímulo a mudanças de hábitos de vida.

O capítulo II refere-se aos aspectos metodológicos da pesquisa. Neste capítulo estarão dispostos de forma descritiva e detalhada o percurso metodológico dos artigos a serem apresentados e que compõem a dissertação.

No capítulo III é apresentada a revisão integrativa de literatura intitulada “Repercussões da depressão no autocuidado do paciente com infarto do miocárdio: uma revisão integrativa”.

O capítulo IV refere-se ao artigo original: “Risco para depressão após o infarto agudo do miocárdio: implicações para o autocuidado”.

2 CAPÍTULO 1 - REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Infarto do Miocárdio

As doenças cardiovasculares (DCVs) são as principais causas de morte e, também de morbidade e incapacitação entre os países ocidentais desenvolvidos. No âmbito das DCVs, a aterosclerose, tanto a das artérias coronárias como a cerebral, constituem-se nesses países como sério problema de saúde pública, assumindo contornos de verdadeira epidemia¹⁶. As DCVs são responsáveis pelo crescente aumento da permanência hospitalar como também pela elevação do ônus com a saúde¹⁷.

Dentre as doenças cardiovasculares ateroscleróticas existem as Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) que englobam um grupo de entidades que incluem Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com Supradesnível do segmento ST (SST), IAM sem SST e angina instável¹⁸. As SCA são causadas por um desequilíbrio súbito entre a oferta e a demanda de oxigênio para o músculo cardíaco. Quando esta interrupção mostra-se de forma parcial tem-se como diagnóstico o IAM sem SST ou a angina instável. Quando esta interrupção acontece de forma total tem-se como diagnóstico o IAM com SST⁴.

As SCAs mostram-se como causas comuns de atendimentos e admissões nos Setores de Emergências, assim como causas de morbidade e de mortalidade no mundo¹⁸. Dentre as SCAs, o infarto do miocárdio constitui um problema de saúde de relevância mundial, configurando-se como a enfermidade mais frequente em países industrializados, como também um problema cada vez mais importante nos países em desenvolvimento^{19,20}. Estima-se que em 2020, na América Latina, a cada 10 mortes, seteirão dever-se a enfermidades não transmissíveis e as coronariopatias serão as principais causas¹⁹.

O Brasil vem demonstrando progressiva redução das doenças infecciosas e degenerativas nos últimos anos e acentuado aumento das doenças cardiovasculares²¹. Em 2012, um total de 84.121 mortes decorrentes do infarto do miocárdio foram notificados no Brasil, 22.818 destes óbitos ocorreram na região nordeste que ocupa a segunda colocação em número de óbitos, estando apenas atrás da região sudeste que englobou um total de 39.257 número de mortes em decorrência desta patologia. No estado de Pernambuco foram notificados 5.690 óbitos decorrentes do IAM em 2014, 972 destas mortes ocorreram no município do Recife²².

O infarto do miocárdio configura-se como a enfermidade mais frequente na idade adulta caracterizando-se como necrose miocárdica aguda de origem isquêmica secundária geralmente a uma lesão trombótica ou espástica da artéria coronária, levando a morte da célula miocárdica em consequência de isquemia prolongada^{19,20}. Para critérios diagnósticos do infarto do miocárdio são necessários que pelo menos dois dos seguintes elementos estejam presentes: uma história de desconforto torácico do tipo isquêmico, alterações evolutivas nos traçados de eletrocardiograma obtidos de forma seriada e uma evolução e queda nos marcadores séricos cardíacos²⁰.

Cabe a equipe interdisciplinar dispendir uma maior atenção no momento da coleta da história clínica do paciente, atentar para os pequenos detalhes na fala do indivíduo, valorizando suas queixas. A história clínica ainda mostra-se como o principal parâmetro para o diagnóstico das SCA⁴. No momento da coleta da história clínica mostra-se indispensável buscar informações sobre a presença de fatores de risco para coronariopatia isquêmica, dentre eles o tabagismo, a hipertensão arterial sistêmica, a presença de história familiar de doença coronária isquêmica, sedentarismo e diabetes¹⁵. Os antecedentes pessoais e familiares, assim como o levantamento completo para a presença de fatores de risco para doença aterosclerótica podem contribuir para a valorização da dor torácica como manifestação de isquemia miocárdica na avaliação inicial²¹.

Durante a realização da coleta da história clínica faz-se necessário questionar o paciente sobre sua sintomatologia, já que esta se mostra muito peculiar na evolução do Infarto Agudo do Miocárdio. O indivíduo geralmente apresentará dor torácica com duração de 30 minutos até várias horas, de caráter em aperto ou compressiva, com localização retroesternal podendo irradiar-se para o membro superior esquerdo, mandíbula, região inter-escapular tendo sempre predileção para o lado esquerdo do corpo⁴. Muitas vezes a irradiação para o braço se caracteriza por dor ou formigamento no punho, na mão ou restrita a região ulnar e ao quinto quirodáctilo²³. Todavia, tais manifestações muitas vezes são confundidas com manifestações clínicas de doenças do trato digestivo alto levando a um retardo da procura ao serviço hospitalar, corroborando para o atraso no diagnóstico e do início do tratamento²³.

A avaliação dos sinais apresentados pelos indivíduos que estão sofrendo um IAM é de vital importância contudo, os sinais são inespecíficos. Os indivíduos podem apresentar algum grau de ansiedade e inquietude, fáceis de dor, sudorese fria e palidez

cutânea. O sinal que apresenta uma maior especificidade é o de Levine, onde o paciente coloca o punho cerrado na face anterior do tórax demonstrando fáceis de dor^{4,23}.

Após a coleta da história clínica faz-se necessária a realização de exames complementares, dentre eles o eletrocardiograma, que se mostra o método mais importante para o diagnóstico das SCA. Os exames laboratoriais se voltarão para a pesquisa de marcadores enzimáticos de lesão miocárdica, mostrando-se atualmente como o melhor parâmetro para diagnóstico e avaliação prognóstica das SCA. Dentre os marcadores de necrose miocárdica pesquisados, estarão a creatinoquinase total e sua fração MB e as troponinas I e T⁴.

O tratamento do infarto agudo do miocárdio objetiva o reestabelecimento do fluxo sanguíneo coronariano, prevenindo o aumento da área miocárdica afetada⁴. Um dos importantes obstáculos para o sucesso do tratamento, dentre eles a terapia de reperfusão, continua sendo o atraso na sua instituição. Observa-se que 60% dos indivíduos que sofrem IAM apresentam sinais e sintomas prodrômicos, em contrapartida poucos são os que procuram atendimento médico de imediato, retardando o atendimento em média de três a quatro horas do início dos sintomas²⁴.

Sabe-se que indivíduos tratados na primeira hora de evolução dos sintomas experimentam redução significativa da mortalidade hospitalar. Portanto, a procura imediata por um serviço de saúde e a qualidade do atendimento mostra-se essencial no aumento da sobrevida, reduzindo incapacidades²⁵. Os principais fatores que contribuem para o atraso do início da terapia de reperfusão incluem o tempo decorrido até que o indivíduo reconheça a gravidade do problema e procure atenção médica, a avaliação pré-hospitalar, o tratamento e o transporte, o tempo para o diagnóstico e o início do tratamento no hospital²⁰.

São relatados na literatura alguns motivos pelos quais os indivíduos retardam a busca a um serviço de saúde, apontando-se a influência de variáveis cognitivas e emocionais. Alguns dos achados apontados como influentes na decisão da busca a um serviço hospitalar incluem a percepção do indivíduo face aos sintomas, as mensagens sociais da doença, a avaliação de suas causas, gravidade e consequências, assim como os comportamentos que devem ser adquiridos para que a doença possa ser controlada ou curada²⁵.

Neste ínterim, as atividades de educação em saúde mostram-se imprescindíveis visto que a mensagem social da doença implicará diretamente na busca pelo seu

tratamento. Cabe à equipe interdisciplinar oferecer subsídios para que os indivíduos conheçam sobre esta patologia, tornando-os corresponsáveis pelo seu tratamento e compartilhando suas responsabilidades para o autocuidado. Mostra-se importante desenvolver estratégias para aumentar a prática do autocuidado, minimizando as complicações cardiovasculares e favorecendo a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos¹⁷.

2.2 Depressão

Nos últimos anos, os transtornos afetivos vêm se apresentando como uma questão relevante de saúde pública. São assim designados já que, uma das suas principais características, é a anormalidade do humor²⁶. São mais bem designados como síndromes já que consiste um conjunto de sinais e sintomas persistentes por semanas ou meses, representando um desvio marcante no comportamento usual do indivíduo²⁷. Dentre os transtornos afetivos existem os transtornos unipolares (depressão e a distímia) e os transtornos bipolares²⁸.

A Organização Mundial de Saúde classifica a depressão como a quarta condição médica mais comum no mundo, estimando que em 2020 ela ocupe o segundo lugar entre as doenças de maior prevalência, logo depois das doenças cardíacas^{28,29}. Caracteriza-se como uma síndrome psiquiátrica altamente prevalente na população em geral, acometendo 3 a 5% desta³⁰. Quando se trata de populações clínicas essa incidência mostra-se ainda mais preocupante acometendo 5 a 10% dos pacientes ambulatoriais e 9 a 16% dos internados³⁰.

No Brasil, em dezembro de 2013 foram notificados 3.419 casos de internação em consequência da depressão. Destes 1.396 foram da região Sul do país, 1.176 da região Sudeste, 411 da região Nordeste, 339 do Centro-oeste e 97 da região Norte. No estado de Pernambuco foram notificadas 68 internações em consequência da depressão em dezembro de 2013, destas 55 foram no município do Recife²².

Apesar da alta prevalência de indivíduos com diagnóstico de depressão, essa morbidade continua subdiagnosticada, aumentando cada vez mais o risco de morte pela associação da depressão com outras patologias clínicas. Associam-se ao maior risco de mortalidade por problemas cardíacos, a dificuldade no controle da glicemia e aumento da morbidade em casos de acidente vascular cerebral³¹. Como se mostra pouco

reconhecida e pouco valorizada, os pacientes só recebem tratamento para suas queixas físicas, passando despercebida a depressão. Esta lacuna na detecção do transtorno depressivo estimula sua cronificação e o sofrimento, os quais poderiam ser evitados pela detecção precoce e início do tratamento³². Neste ínterim, o rastreamento do risco para o desenvolvimento da depressão mostra-se imprescindível; dispender maior atenção aos aspectos psicológicos apresentados pelo indivíduo faz parte de uma assistência integral, melhorando assim a qualidade de vida do mesmo.

De acordo com o CID-10, faz-se necessário para o diagnóstico de depressão a presença de humor deprimido, pensamentos negativos, ausência de prazer, redução da energia e lentidão. Eles deverão ter duração de pelo menos duas semanas, não possuindo associação com sintomas maníacos e hipomaníacos e não estarem relacionados ao uso de substâncias psicoativas^{26,8}. O episódio depressivo pode ser classificado em episódio depressivo leve, moderado e grave de acordo com o CID-10²⁶.

No episódio depressivo leve o indivíduo apresentará como característica dois ou três dos sintomas descritos anteriormente, mantendo suas atividades de vida diária. Em contrapartida, no episódio depressivo moderado, o indivíduo apresentará quatro ou mais dos sintomas descritos anteriormente e já experimenta dificuldades em manter as atividades cotidianas. Quando se fala em episódio depressivo grave é recorrente a presença de ideias ou atos suicidas, assim como o indivíduo não tem a capacidade de realizar as atividades de vida diária. Este pode ser subdividido em episódio depressivo grave com sintomas psicóticos ou sem sintomas psicóticos⁸.

O transtorno depressivo pode associar-se a outras doenças graves não psiquiátricas como a doenças cardíaca (17 a 27%), doenças cerebrovascular (14 a 19%), doença de Alzheimer (30 a 50%), doença de Parkinson (4 a 75%), epilepsia (20 a 55%), diabetes (9 a 26%), câncer (22 a 29%) e HIV/AIDS (5 a 20%)³¹. Tal associação torna o prognóstico muitas vezes sombrio já que piora diversos fatores relacionados à saúde em pacientes clínicos³⁰.

A presença da depressão em associação com outras comorbidades pode induzir a erros de diagnóstico pelo profissional de saúde já que é comum a crença de que sintomas depressivos são uma resposta normal às doenças físicas que ameaçam ou alteram drasticamente a vida. Outro erro bastante recorrente é diagnosticar depressão em pacientes com tristeza ou com sintomas físicos causados apenas pela doença de

base³¹. O enfoque do cuidado a esse indivíduo deve basear-se numa assistência holística, dando ênfase nos aspectos psicológicos e emocionais destes indivíduos.

O enfermeiro pode lançar mão da utilização de escalas, como o Inventário de Depressão de Beck, para avaliar o risco de desenvolvimento de depressão, estimulando ações de promoção da saúde. O Inventário de Depressão de Beck avalia a presença de sintomas corporais ou vegetativos da depressão. Tal fato pode superestimar a frequência de transtornos afetivos em pacientes que não estão mentalmente enfermos, todavia a utilização de escalas mostra-se útil para detectar depressão em pacientes clínicos³¹. A utilização de escalas permite de modo rápido, prático e confiável sensibilizar a equipe de saúde, bem como o paciente, para a presença de sintomas depressivos, os quais de outro modo não seriam valorizados³¹.

A partir do diagnóstico de depressão faz-se necessária a implementação do tratamento. O objetivo do tratamento é melhorar a qualidade de vida, o funcionamento do sistema corporal, a remissão dos sintomas e prevenir as recaídas e recorrências. Na atualidade existem três tipos de tratamento para depressão: a farmacoterapia, a psicoterapia e a terapia eletroconvulsiva. Neste contexto, os psicofármacos se constituem como o pilar do tratamento da depressão moderada a grave podendo ser acompanhada ou não da psicoterapia³³.

O tratamento da depressão pode ser dividido em quatro fases: fase inicial, fase aguda, fase de continuação e fase de manutenção. A fase inicial é considerada como o período de latência, podendo durar de 1 a 2 semanas. Nesta fase os indivíduos irão apresentar inúmeros efeitos colaterais, cabendo à equipe de saúde objetivar na sua assistência contornar esses efeitos, estimulando a aderência ao tratamento como também detectar a ideação suicida. A fase aguda, também chamado período de resposta, pode durar de 2 semanas a 3 meses, e faz-se necessário a equipe de saúde dispender maior atenção ao ajustar a dosagem dos medicamentos com o objetivo da remissão dos sintomas não apenas uma melhora parcial. Já na fase de continuação ou prevenção de recaídas que pode durar no mínimo 6 meses mostra-se de importância ímpar convencer o paciente da importância da continuação do tratamento minimizando assim o risco de recaídas. Na última fase ou fase de manutenção, também chamada de prevenção de recorrências, que pode durar vários anos cabe a equipe intervir na avaliação da necessidade da permanência do tratamento³¹.

O trabalho interdisciplinar enriquecerá a assistência fornecida a este paciente, a atuação do enfermeiro na prevenção de agravos, trabalhando com ações de educação em saúde, tornará o indivíduo um ser crítico sob sua condição, tornando-o corresponsável pelo seu tratamento. A atenção dispendida na orientação ao tratamento torna-se bastante peculiar. Dispende uma maior atenção à associação de medicamentos antidepressivos com medicações para o tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica ou Infarto Agudo do Miocárdio mostram-se de importância ímpar, já que os antidepressivos podem interferir nos efeitos antiagregantes ou hipotensores destes fármacos³¹.

2.3 Associação entre depressão e Infarto do Miocárdio

A associação entre depressão e infarto do miocárdio esta firmemente estabelecida na atualidade¹³. Ambas representam grande impacto na saúde já que apresentam alta prevalência nos dias atuais e tem seus efeitos refletidos tanto na mortalidade como na qualidade de vida na contemporaneidade¹⁰.

A depressão é evidenciada como um fator de risco associado a maior incidência de patologia coronariana como também representa um fator de mal prognóstico nos pacientes com patologia cardíaca²⁹. Estima-se que em torno de 18 a 20% dos pacientes que sofreram infarto do miocárdio ou com doença arterial coronariana desenvolvam transtorno depressivo⁵. A depressão e a doença arterial coronariana serão em 2020 as duas principais causas de morte, mostrando a associação entre elas preocupante⁹.

Acredita-se que a depressão pode se mostrar decorrente de alterações fisiológicas de diversas condições clínicas, dentre as patologias listadas encontra-se o infarto agudo do miocárdio³¹. A fisiopatologia do transtorno do humor nos pacientes com patologia cardíaca mostra-se multifatorial determinada pela associação de fatores genéticos, psicológicos e socioculturais⁵. A depressão pode ser desencadeada pelo estresse psicológico de um evento cardíaco como também pode influenciar negativamente no prognóstico cardiovascular⁵. Diversos mecanismos fisiopatológicos vem explicar a relação entre depressão e a enfermidade coronariana. Dentre eles pode-se destacar o efeito sobre a reperfusão miocárdica, a desregulação autonômica, a ativação plaquetária, a ativação do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal e processos inflamatórios¹³.

Os indivíduos que apresentam SCA associada ao transtorno depressivo, o risco de morte por causas cardiovasculares é maior, já que o transtorno depressivo está

associado a menores índices de autocuidado, interferindo na adesão ao tratamento e a hábitos de vida saudáveis; comportamentos imprescindíveis entre os indivíduos que sofreram IAM^{12,31,34}. Esta relação está associada a maior reincidência de infartos, aumento do número de mortes por doenças cardíacas, internações prolongadas e prejuízos funcionais pós-infarto⁵. A partir desta associação, a American Heart Association em conjunto com a American Psychiatric Association recomendam desde 2008 que os cardiologistas rastreiem os casos de depressão viabilizando o tratamento e acompanhamento adequado³¹. Independente do tempo de ocorrência do infarto, os sintomas depressivos podem persistir por anos, levando a prováveis prejuízos na qualidade de vida em todo esse período¹².

Mudanças no padrão de vida bem como a ocorrência de eventos negativos que representam uma ruptura no comportamento usual afetam diretamente o bem estar do indivíduo, podendo ser apontado como fator de risco para o desenvolvimento de transtorno depressivo¹². Inúmeras teorias confirmam a influência de fatores psicossociais como predisponentes para o desenvolvimento de depressão. É relatado que acontecimentos estressantes da vida mais frequentemente precedem o primeiro episódio de transtorno do humor, mostrando assim seu papel primário e principal no desenvolvimento da depressão²⁷. O IAM pode ser entendido como um evento estressor negativo, influenciando diretamente na qualidade de vida do indivíduo.

Pacientes com doenças clínicas e depressão têm maior risco de não aderirem às recomendações médicas. A avaliação adequada dos sintomas depressivos em pacientes com condições clínicas associadas é dificultada pela superposição dos sintomas da patologia clínica (fadiga, inapetência, dor, insônia, lentificação), bem como de condições associadas à internação e à percepção das consequências adversas das doenças (desalento e baixa autoestima). Critérios intuitivos como a intensidade de sintomas desproporcional ao esperado pelo quadro clínico e a relação temporal entre o início dos sintomas depressivos e da patologia clínica podem induzir a erros, como a possibilidade de postergar o diagnóstico de depressão³⁰.

Alguns fatores corroboram para o insucesso no tratamento como o contexto social desfavorável associado à falta de acompanhamento psicológico, de terapêuticas individualizadas, de programas de prevenção primária e secundária e de centros de reabilitação¹². É de fundamental importância a detecção precoce destes sintomas depressivos no período pós-infarto bem como seu manejo adequado³⁵, visto que pode

repercutir no tratamento e qualidade de vida deste indivíduo. O fato de subestimar a depressão pode ser explicado pela ausência de atenção aos sintomas depressivos, muitas vezes considerados como naturais ao quadro clínico do infarto. Remete-se também ao precário conhecimento dos fatores de risco relacionados ao desenvolvimento da depressão após o infarto do miocárdio⁹.

Neste momento, a avaliação do risco para o desenvolvimento de depressão nos paciente com comorbidades clínicas, dentre elas o infarto do miocárdio, mostra-se de importância ímpar. A identificação de sua prevalência em pacientes que sofreram infarto do miocárdio pode fornecer elementos para um melhor planejamento do atendimento do indivíduo, enfatizando a importância do diagnóstico adequado⁹. Lança-se mão de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, diminuindo assim a mortalidade decorrente da associação destas duas patologias, oferecendo melhor qualidade de vida para esses indivíduos.

O cuidado integral deve inserir a família no contexto do tratamento e recuperação deste indivíduo, auxiliando o paciente na manutenção dos cuidados necessários, oferecendo apoio sempre que necessário¹². A equipe interdisciplinar deve acompanhar as mudanças de hábitos estimuladas pela família como a cessação do tabagismo, hábitos alimentares e a prática de atividades físicas. Vale ressaltar que reconhecer e tratar o estresse psicossocial em pacientes com doença arterial coronariana pode reduzir a mortalidade decorrente desta associação³⁵, e estimular estratégias de desenvolvimento e manutenção de ações de autocuidado mostra-se fundamental na perspectiva do cuidado holístico.

2.4 Teoria Geral de Enfermagem do Déficit do Autocuidado

Dorothea Orem nasceu em Baltimore, Maryland. Graduiu-se em enfermagem pela Catholic University nos anos 30. Ao desenvolver sua teoria, Orem estabeleceu alguns conceitos essenciais como *ser humano*, *saúde*, *sociedade/ambiente* e *enfermagem*³⁶.

Para a teórica, o *ser humano* mostra-se como um conjunto de pessoas que evoluem em busca do amadurecimento e do potencial humano, capazes de refletir sobre si mesmo e sobre o ambiente. A partir deste conceito, o ser humano representa a referência central para os enfermeiros ou para os que prestam assistência direta^{36,15}.

O cuidado em *saúde* pode ser dividido em primário, secundário e terciário. Os cuidados primários se configuram com a prevenção, promoção e manutenção da saúde. Em contrapartida, os cuidados secundários baseiam-se no tratamento das doenças, enquanto os terciários são responsáveis pela reabilitação das complicações¹⁵. Este conceito deve englobar tanto a saúde dos indivíduos quanto a saúde dos grupos, mostrando-se como a capacidade de refletir sobre si mesmo e comunicar-se com outros³⁶.

O *ambiente* configura-se como o lugar onde o ser humano esta inserido, onde cada indivíduo apresenta-se como único, sendo necessárias condições para que este desenvolva suas potencialidades, podendo sofrer influências por condições internas ou externas³⁷.

A *enfermagem* configura-se como uma arte prática por meio da qual o profissional enfermeiro presta assistência especializada as pessoas incapacitadas, tendo como objetivo propiciar condições para que os mesmos possam atingir seu autocuidado³⁶. Orem defendia a premissa de que o enfermeiro seria o outro eu, já que quando são capazes, os indivíduos cuidam de si, e quando são incapazes o enfermeiro propicia os cuidados necessários¹⁴.

Ao desenvolver sua Teoria Geral de Enfermagem do Déficit do Autocuidado, a teórica se baseou em seis conceitos centrais e um periférico. Entende-se como conceitos centrais o de autocuidado, ação de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, déficit de autocuidado, serviço de enfermagem e sistema de enfermagem. Citam-se como conceito periférico os fatores condicionantes básicos¹⁴.

Um dos pressupostos básicos da teoria é o conceito de autocuidado que é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. Todos os indivíduos devem ser capazes de realizar *ações de autocuidado*, que é a capacidade humana de engajar-se no autocuidado. Esta capacidade pode ser afetada por fatores condicionantes básicos como a idade, o sexo, o estado de saúde ou a modalidade de diagnóstico e tratamento¹⁴. A capacidade de autocuidado pode ser comprometida pela associação entre depressão e infarto do miocárdio.

Indivíduos que apresentam quadros depressivos após o infarto do miocárdio tem um risco aumentado de mortalidade por todas as causas, risco aumentado de mortalidade cardiovascular e um aumento do risco de sofrer novos eventos cardíacos³⁸.

Desse modo, a presença de eventos depressivos após o infarto do miocárdio mostra um impacto negativo na capacidade do indivíduo em desenvolver ações de autocuidado uma vez que, as mudanças com relação aos hábitos de vida e a adequação a novas condições de saúde não acontecem³⁴.

Para atingir a meta do autocuidado, é necessário que cada indivíduo desenvolva sua capacidade terapêutica que se entende pela habilidade de cada pessoa para desenvolver as atividades de autocuidado. Orem evidencia que o autocuidado é uma atividade que se aprende através da comunicação e das relações interpessoais, sendo um direito inerente ao indivíduo. Para atingir o autocuidado é necessária a satisfação de alguns requisitos como os de autocuidado universais, relativos ao desenvolvimento e aos desvios de saúde³⁷.

Dentre os requisitos de autocuidado nos desvios de saúde enquadram-se os indivíduos portadores de patologias que foram submetidos a diagnósticos e tratamentos médicos como o que sofre de infarto do miocárdio e apresentam risco de desenvolver depressão. Tais alterações podem desenvolver no indivíduo sentimentos de incapacidade, podendo exercer limitações das possibilidades de enfrentamento do indivíduo³⁷.

O indivíduo que apresenta risco para depressão após o infarto do miocárdio necessita atingir algumas ações de autocuidado dentro dos desvios de saúde, as quais segundo Orem, requer buscar e garantir assistência médica apropriada; estar consciente e levar em conta os efeitos e os resultados das condições e dos estados patológicos; realizar efetivamente as medidas diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas prescritas; aprender a viver com os efeitos de condições e estados patológicos e com as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida, promovendo o desenvolvimento pessoal continuado³⁶. Cabe o enfermeiro, dentro de uma equipe interdisciplinar, conduzir o indivíduo a promover seu autocuidado.

O cuidado é intrínseco ao ser humano, estando presente em todos os momentos da vida. Durante o processo de adoecimento, o desenvolvimento de ações de autocuidado para manutenção da vida e recuperação da saúde se faz necessário. Apesar de existir cuidado sem cura, não existe cura sem cuidado³⁹. O enfermeiro no ambiente ambulatorial necessita do envolvimento ativo de paciente e família para promover o cuidado. Para tanto, pode lançar mão do sistema de enfermagem de apoio-educação que se baseia nas necessidades de autocuidado apresentadas pelo indivíduo e na capacidade

do mesmo em desempenhar as ações de autocuidado¹⁴. No sistema de enfermagem de apoio-educação o indivíduo é capaz de desempenhar e deve ser orientado para aprender a desempenhar as medidas exigidas pelo autocuidado terapêutico¹⁴.

O sistema de apoio-educação mostra-se muito coerente dentro de um ambiente ambulatorial, onde o estímulo a responsabilidade do indivíduo com sua saúde está muito presente. O enfermeiro pode utilizar-se da consulta de enfermagem para a identificação das demandas ou necessidades de autocuidado bem como para avaliar a capacidade do cliente em desenvolver as atividades de autocuidado⁴⁰. No sistema de apoio-educação, o papel do enfermeiro é principalmente de educador e consultor.

O enfermeiro, dentro do sistema de apoio-educação, estimula o cliente a desempenhar ações de autocuidado como tomar decisões, adquirir comportamentos saudáveis e habilidades para assumir seu cuidado. Para tanto, cabe ao mesmo utilizar alguns métodos de ajuda como guiar e orientar, proporcionar apoio físico e psicológico e ensinar^{14,41}.

Para o enfermeiro atuar como educador transformador necessita apreender a bagagem cultural do cliente, favorecendo o estabelecimento de uma relação de confiança interpessoal enfermeiro-cliente-família para a aquisição de habilidades necessárias para o autocuidado, objetivando promover, manter e restaurar a saúde⁴⁰. Os indivíduos têm o potencial para aprender a desenvolver-se. As formas como o indivíduo preenchem as necessidades de autocuidado nos desvios de saúde não é instintiva e sim apreendida. O papel do enfermeiro é promover o cliente como um agente do autocuidado¹⁴.

A importância do uso da Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem no que se refere aos pacientes portadores de alguma cardiopatia isquêmica contribui para individualização, humanização e qualificação das ações de enfermagem, além de promover o autoconhecimento, o autocontrole e a participação dos pacientes no próprio cuidado⁴².

A Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado pode ser entendida como um exemplo válido de descrição da enfermagem como uma ciência voltada para a prática e favorável à aplicação em pacientes portadores de cardiopatia isquêmica. Seu potencial para influenciar ações de enfermagem é notoriamente percebido, em especial quanto às ações de educação para o autocuidado dessa clientela⁴².

3 CAPÍTULO 2 - MÉTODO

Neste capítulo será descrita a metodologia utilizada na elaboração de dois artigos, oriundos da dissertação. O primeiro constitui um estudo de revisão integrativa de literatura e o segundo se trata de uma pesquisa original.

3.1 Primeiro artigo: Repercussão da depressão no autocuidado do paciente com infarto do miocárdio: uma revisão integrativa

3.1.1 Escolha da abordagem

O primeiro artigo produzido trata-se de uma revisão integrativa de literatura que tem como finalidade a análise das pesquisas relevantes sobre determinado assunto, dando suporte para a prática clínica. Sintetiza múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo⁴³.

3.1.2 Etapas percorridas para a realização da Revisão Integrativa

Para a realização desta revisão, adotou-se o seguimento de seis etapas: 1) Estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa; 2) Determinação dos critérios de inclusão e exclusão e seleção dos estudos que irão compor a amostra; 3) Categorização dos estudos onde serão definidas as informações extraídas dos estudos selecionados; 4) Avaliação dos estudos inclusos; 5) Interpretação dos resultados e 6) Apresentação da revisão⁴³.

A elaboração desta revisão integrativa partiu da seguinte questão norteadora: Quais as evidências científicas sobre as repercussões da depressão na capacidade de autocuidado dos pacientes após o Infarto Agudo do Miocárdio?

A busca dos estudos aconteceu em setembro e outubro de 2013, por meio do acesso online através do endereço do portal periódicos CAPES às seguintes bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados em Enfermagem (BDENF), biblioteca Cochrane, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Public/Publish Medline (PubMed), a partir dos descritores, indexados no

Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Depressão, Autocuidado e Infarto do Miocárdio e suas respectivas traduções padronizadas em inglês e em espanhol no Medical Subject Heading (MESH): “Depressive disorder”, “Self Care” e “Myocardial Infarction”; “Trastorno Depresivo”, “Autocuidado” e “Infarto del Miocardio”. Optou-se inicialmente pela busca dos artigos cruzando os descritores aos pares, sendo também realizada a busca cruzando os três descritores supracitados concomitantemente (Tabela 1).

Tabela 1. Artigos encontrados nas referidas bases de dados e seus cruzamentos. Recife, 2013.

Descritores Utilizados	LILACS	SCIELO	BDENF	PUBMED	CINAHL	COCHRANE
Depressão and infarto do miocárdio and autocuidado	00	00	00	01	00	00
Depressão and infarto do miocárdio	17	01	01	45	13	31
Depressão and autocuidado	02	01	00	57	19	42
Infarto do miocárdio and autocuidado	02	00	01	08	138	22
TOTAL	21	02	02	111	170	95

Os critérios de inclusão que nortearam a coleta de dados foram: artigos científicos nos idiomas inglês, português ou espanhol, publicados entre 2003 a 2012, disponíveis na íntegra, eletronicamente ou acessível por meio do COMUTE/UFPE, que abordassem a depressão após o IAM. Os critérios de exclusão foram: capítulos de livros, dissertações, teses, reportagens, notícias, anais de congressos, editoriais, manuais e artigos não condizentes com o questionamento do estudo. Destaca-se que não houve restrição quanto ao nível de evidência do artigo e os artigos científicos repetidos em mais de um banco de dados foram contabilizados apenas uma vez (Tabela 2).

Tabela 2. Justificativas para a exclusão dos artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Recife, 2013.

Justificativa	LILACS	SCIELO	BDENF	PUBMED	CINAHL	COCHRANE	Total
Período de publicação após os últimos 10 anos	10	00	00	10	53	20	93
Resumos sem relevância por não atingirem o objetivo do estudo	07	01	01	99	100	73	281
Capítulos de livros, dissertações, teses, reportagens, notícias, anais de congressos, editoriais, manuais	00	00	00	00	15	01	16
Repetidos	00	01	01	00	00	00	02
Qualidade metodológica insatisfatória	01	00	00	00	00	00	01
Total excluído	18	02	02	109	168	94	393
Total incluído	03	00	00	02	02	01	08

Para operacionalizar a coleta de dados foi utilizado um instrumento proposto por Ursi, contendo título do artigo, os autores, o periódico de publicação, o ano de publicação, a amostragem, o nível de evidência e os resultados. Com o objetivo de extrair os dados dos artigos selecionados utilizou-se um instrumento capaz de assegurar que os dados relevantes fossem extraídos, minimizasse o risco de erros na transcrição, garantisse precisão na checagem das informações e servisse como registro⁴⁴.

Para avaliar a qualidade metodológica dos estudos selecionados foi utilizado um instrumento adaptado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP) – Programa de ensino de leitura crítica. Este instrumento é composto por 10 questões, com respostas que variam entre sim (pontuado com 1) ou não (pontuado com 0), contemplando os seguintes conteúdos: clareza na identificação dos objetivos, adequação da metodologia empregada com o tipo de estudo, coerência do desenho metodológico e da estratégia de recrutamento dos participantes, conformidade na coleta de dados e na relação entre

pesquisador e participantes, cumprimento das considerações éticas, rigor na análise dos dados, clareza na declaração dos resultados e importância da pesquisa. Os estudos que atingirem uma pontuação de 6 a 10 apresentam boa qualidade metodológica com viés reduzido e os que apresentarem pontuação inferior a 6 são estudos com qualidade metodológica satisfatória mas com potencial de viés aumentado⁴⁵.

3.2 Segundo artigo: Risco para depressão após o infarto agudo do miocárdio: implicações para o autocuidado

3.2.1 Escolha da abordagem

Tratou-se de um estudo quantitativo, observacional analítico, de corte transversal, que visou identificar a prevalência do risco para depressão e sua repercussão para o autocuidado nos pacientes pós IAM, caracterizando os resultados sob a ótica da Teoria de Enfermagem do Déficit do Autocuidado.

Nas pesquisas quantitativas o pesquisador utiliza a coleta de dados para testar hipóteses, baseia-se na medição numérica e na análise estatística para estabelecer padrões e comprovar teorias⁴⁶. Eles objetivam generalizar os resultados encontrados em um grupo para uma coletividade maior. Os estudos quantitativos tentam explicar e prever os fenômenos pesquisados, buscando regularidades e relações causais entre os elementos em estudo⁴⁶.

Os delineamentos transversais são úteis para descrever variáveis e seus padrões de distribuição. As medições são feitas em um único momento, sem período de seguimento. São estudos para avaliar prevalência, objetivando conhecer o número de pessoas que tem determinada doença, viabilizando os gestores alocar maiores recursos para o cuidado dessas pessoas⁴⁷.

3.2.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no ambulatório de cardiologia do Hospital Pelópidas Silveira-IMIP/SES/SUS. Trata-se de um hospital de nível terciário, referência nas especialidades de cardiologia e neurologia clínica e cirúrgica na cidade do Recife,

incluindo emergência cardiológica, unidade de hemodinâmica, unidade coronária, unidade de internação em cardiologia e serviço ambulatorial. O ambulatório de egressos atende a clientela com o apoio de uma equipe interdisciplinar composta por enfermeiros, técnicos em enfermagem, assistentes administrativos, médicos cardiologistas, médicos neurologistas, fisioterapeuta, assistente social e nutricionista. O ambulatório de cardiologia atende diariamente os pacientes egressos do hospital no horário diurno, possuindo uma média de atendimento mensal de 671 clientes.

3.2.3 População e Amostra

A população do estudo foi composta por todos os pacientes atendidos no Hospital Pelópidas Silveira no período de março a agosto de 2014 com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio e estavam em acompanhamento ambulatorial. Para a determinação do tamanho da amostra foi utilizada a equação de cálculo de amostra para variável nominal em população finita dada por:

$$n = \frac{z^2 pq N}{d^2 (N - 1) + z^2 pq}$$

Em que

z = quartil da normal padrão (1,96, quando considerado um coeficiente de confiança de 95%);

p = proporção de pacientes que apresentam risco para depressão (p = 0,35*);

q = proporção de pacientes sem risco para depressão (q = 1 – p = 0,65);

d = erro amostral (d = 0,05);

N = número esperado de pacientes atendidos no Hospital Pelópidas Silveira no período de Março de 2014 a agosto de 2014 com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio e que estão em acompanhamento ambulatorial (N = 132).

*Bezerra SMMS, Figueiredo TR, Gurgel MA, Araújo EC, Barbosa HSC. Depressão em pacientes com infarto agudo do miocárdio: subsídios para o planejamento da assistência de enfermagem. Rev Nursing 2012; 15(170): 389-394.

Considerando nível de confiança de 95%, erro amostral de 5% e $N = 132$, tem-se que o tamanho amostral necessário é de 96 pacientes. Considerando a perda de 10%, o tamanho da amostra passa a ser de 106 pacientes. A coleta de dados foi realizada através da amostra aleatória simples em que a aleatoriedade foi feita através da própria ordem de marcação da consulta dos pacientes no ambulatório.

3.2.4 Critérios de Inclusão

- Ter o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio recente (até 90 dias);
- Estar no momento da primeira consulta do ambulatório de egressos.

3.2.5 Critérios de exclusão

- Possuir relato de antecedente pessoal de diagnóstico de Depressão com terapêutica medicamentosa;
- Possuir deficiência auditiva e/ou mental que interfira na coleta dos dados;
- Apresentar outras comorbidades como Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Renal Crônica, obesidade mórbida;

3.2.6 Estudo Piloto

Realizou-se um estudo piloto no mês de março de 2014 com o objetivo de avaliar a compreensão e aplicabilidade dos instrumentos de pesquisa junto à clientela em foco. O número de pacientes entrevistados no estudo piloto foi utilizado para o cálculo do N (número esperado de pacientes atendidos no Hospital Pelópidas Silveira no período de março a agosto de 2014 com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio e que estão em acompanhamento ambulatorial) no cálculo de amostra para variável nominal em população.

3.2.7 Instrumentos de coleta de dados

Foram utilizados três instrumentos de coleta de dados. O primeiro instrumento aplicado foi um formulário composto pelas variáveis relacionadas à caracterização socioeconômica e demográfica, antecedentes de saúde, hábitos de vida e caracterização clínica quanto ao diagnóstico do IAM (APÊNDICE A). Para o levantamento de alguns dados relacionados à caracterização clínica, foi solicitado o laudo da cinecoronarioangiografia e, caso o paciente não estivesse com o laudo do respectivo exame no momento da entrevista, o mesmo foi consultado nos arquivos da hemodinâmica.

O segundo instrumento utilizado foi o Inventário de Depressão de Beck (BDI) (ANEXO B). Elaborado em 1961, para auto avaliação de depressão. O referido inventário é o mais utilizado tanto para a pesquisa quanto para a clínica. Validado por Gorestein e Andrade em 1998 para cultura brasileira, apresenta 21 itens que incluem sintomas e atitudes. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido, os quais são avaliados através de um escore variando de 0 a 3⁴⁸.

Existem várias propostas de pontos de corte para distinguir os níveis de depressão utilizando o BDI, dependendo da natureza da amostra e dos objetivos do estudo. Não constitui propósito deste estudo a utilização do escore para classificação diagnóstica dos níveis de depressão e sim, para identificação deste risco. A classificação consistiu na apreciação da pontuação apresentada, sendo considerada a ausência de transtorno do humor, nos clientes com escores menores que 15 pontos, caso a pontuação estivesse entre 15 e 20 pontos ele seria classificado como disfórico e apresentando escore maior que 20 ele foi classificado como em risco para o desenvolvimento de depressão⁴⁸.

O terceiro instrumento utilizado foi uma escala para avaliação da capacidade para o autocuidado, a Appraisal of Self-Care Agency; Escala de Avaliação para competência do Autocuidado (ASA-A) (ANEXO C). Trata-se de uma escala desenvolvida por Isenberg, Evers e Phillips em 1993, tendo como marco conceitual a

Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem e o conceito de competência para o autocuidado. Esta mede o poder para desempenho de operações produtivas de autocuidado⁴⁸. Os itens construídos tiveram como base os traços capacitantes (dez componentes do poder) e os traços operacionais, tendo como objetivo mensurar o poder da pessoa em executar operações produtivas de autocuidado. Essas operações incluem investigar, decidir e executar ações psicomotoras específicas, tendo por finalidade encontrar os requisitos ou necessidades gerais de autocuidado (ar, água, alimento, interação social, descanso ou atividade, prevenção de riscos, entre outros) ou relacionadas ao estado de saúde e ao tratamento (monitorização dos sinais e sintomas, uso de medicamentos, entre outros)⁴⁹. Foi traduzida, validada e adaptada para cultura brasileira por Silva em 2013⁵⁰.

A escala é formada por 24 itens, tendo como opção de resposta os seguintes reativos: discordo totalmente (1 ponto); discordo (2 pontos) nem concordo nem discordo (3 pontos); concordo (4 pontos) e concordo totalmente (5 pontos). A pontuação mínima é de 24 e a máxima de 120 pontos. Quanto mais próximo de 120 pontos, melhores as capacidades de autocuidado e quanto mais próximo de 24, piores as mencionadas capacidades. Para se facilitar a avaliação, utilizamos a proposta de ponto de corte de Silva em 2013 no qual o indivíduo que obter escores entre 24 a 40 pontos (péssima), 40 a 56 pontos (ruim), 56 a 72 pontos (regular), 72 a 88 pontos (boa), 88 a 104 pontos (muito boa) e de 104 a 120 pontos (ótima)⁵⁰.

O Inventário de Depressão de Beck e a Appraisal of Self-Care Agency são instrumentos autoaplicáveis; entretanto, com o objetivo de promover a inclusão social, os dois foram aplicados pela pesquisadora utilizando a técnica da entrevista com todos os participantes do estudo, evitando a exclusão de clientes com pouca escolaridade.

3.2.8 Procedimento de Coleta de dados

Para início da coleta de dados, foi entregue um informe sumário (APÊNDICE B) nos setores do Hospital Pelópidas Silveira, contendo dados sobre a realização da pesquisa, o período do estudo e o pesquisador responsável. Foi realizado um contato prévio com o ambulatório de cardiologia do referido hospital onde foi definido o

calendário semanal de coleta de dados. Os dados foram coletados no horário de funcionamento do referido ambulatório, nos turnos da manhã e tarde.

Os clientes foram abordados pela pesquisadora na sala de espera do ambulatório, onde foram convidados a participar do estudo, através de explicação detalhada dos objetivos do mesmo, bem como seus riscos e benefícios. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista pessoal individual, em uma sala reservada, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C). O tempo transcorrido para a realização de cada entrevista foi de aproximadamente 30 minutos.

Nas entrevistas pessoais, o local de sua realização mostra-se de extrema importância; deve ser discreto, silencioso e o mais privativo possível. Neste tipo de coleta o contexto social não é considerado, apenas o ambiental⁴⁶. Optou-se por utilizar a modalidade de entrevista pessoal objetivando aumentar a inclusão social visto que o entrevistador procura adequar o padrão de comunicação, utilizando uma linguagem compatível com o entendimento do entrevistado⁴⁶.

O primeiro instrumento aplicado foi o formulário com a caracterização socioeconômica e clínica do paciente, seguido pela aplicação do Inventário de Depressão de Beck e da Escala de Avaliação da Capacidade de Autocuidado (ASA-A).

3.2.9 Organização e Análise de Dados

Para análise dos dados foi construído um banco de dados no programa EPI INFO, versão 3.5.2, o qual foi exportado para o software SPSS, versão 18, onde foi realizada a análise. Para avaliar o perfil socioeconômico, o perfil demográfico, as condições de saúde, caracterização clínica e comportamental dos pacientes do estudo, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência. Na avaliação do grau de depressão dos pacientes em estudo foi aplicado o BDI e os pacientes foram classificados de acordo com o escore alcançado em: ausência de transtorno (0 a 14 pontos), disfórico (15 a 20 pontos), e risco para depressão (acima de 20 pontos). Para comparar as prevalências encontradas foi aplicado o teste Qui-quadrado para comparação de proporção. Ainda, para avaliar os fatores socioeconômicos, fatores demográficos, condições de saúde, caracterização clínica e comportamental que podem influenciar no grau de depressão, foram construídas as tabelas de contingência e aplicado o teste Qui-quadrado para independência. Nos casos

em que as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfeitas, foi aplicado o teste Exato de Fisher. Ainda, para os fatores que apresentaram significância na classificação da depressão foi calculada a razão de prevalência a fim de comparar o risco para depressão entre os níveis destes fatores. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%.

A análise multivariada foi feita através da aplicação do modelo de Poisson com variância robusta para investigar os fatores que conjuntamente influenciam na disforia/risco de depressão. Foram utilizados no modelo final todos os fatores que apresentaram significância de até 0,20 na análise bivariada. Para permanência no modelo era necessário que o fator avaliado apresentasse significância estatística de no máximo 0,05. A significância estatística foi determinada pelo teste de Wald e o processamento da análise foi feito através do programa SPSS versão 18. A discussão da análise dos dados foi realizada a luz da Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem.

3.2.10 Aspectos Éticos e Legais

O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, em consonância com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que versa sobre os aspectos éticos das pesquisas que envolvem seres humanos apresentando número de registro 523.704, CAAE: 26578314.0.0000.5208⁵¹. Foram respeitados os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, comprometendo-se ainda em assegurar o sigilo e a privacidade das informações obtidas durante a pesquisa⁵¹.

Em observação à resolução, os sujeitos que fizeram parte deste estudo foram previamente convidados a participar e informados sobre os objetivos do mesmo, bem como seus riscos e benefícios, após o qual assinaram o TCLE, declarando anuência em participar da pesquisa. Na redação do referido termo constou a garantia de sigilo das informações relacionadas à identidade pessoal e ainda a garantia de retirar-se do estudo a qualquer momento, se assim julgar necessário.

Destaca-se ainda que todos os documentos oriundos desta pesquisa, como questionários e termos de consentimentos livre e esclarecido assinados, serão

arquivados por cinco anos com a orientadora da pesquisano Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco.

A pesquisa expôs os participantes a umrisco mínimorelacionado a um possível constrangimento diante de algum questionamento durante a aplicação dos instrumentos. Este foi minimizado, uma vez que lhes fora garantida à liberdade de se recusar a participar, bem como solicitar novos esclarecimentos ou se retirar em qualquer fase da pesquisa. Foi garantido o sigilo das informações colhidas no estudo e informado aos participantes que todos os dados deste estudo serão destinados a publicações científicas.

Como benefício direto esperado do estudo está inclusa a identificação da frequência de risco de depressão nos pacientes que sofreram IAM, avaliando quais as repercussões prováveis no autocuidado. Os indivíduos que a partir da aplicação do Inventário de Depressão de Beck obtiveram escores acima de 20 foram encaminhados ao cardiologista responsável pelo seu acompanhamento ambulatorial. Os participantes também foram auxiliados no que tange ao estímulo no desenvolvimento de estratégias para realização de seu cuidado, através de ações educativas em saúde, promovendo assim a prevenção de agravos.

Como benefício indireto, este estudo poderá oferecer subsídios para a equipe de enfermagem sistematizar e promover estratégias de prevenção à depressão pós IAM, enfatizando uma assistência integral aos pacientes em acompanhamento a nível ambulatorial. As informações obtidas subsidiarão intervenções de enfermagem junto a esse grupo populacional com ênfase na realização da consulta de enfermagem utilizando o processo de educação em saúde baseados na Teoria Geral de Enfermagem do Déficit do Autocuidado de Orem.

Os resultados oriundos do referido estudo terão uma devolutiva para a equipe de saúde, os quais serão apresentados durante a reunião clínica que acontece semanalmente. Os mesmos dados também serão apresentados para os pacientes que estão em acompanhamento ambulatorial, enfatizando a importância de atuarem como protagonistas no processo do cuidar. Ambas as exposições serão realizadas após a defesa da dissertação.

4 CAPÍTULO 3 – ARTIGO DE REVISÃO

Repercussões da depressão no autocuidado do paciente com infarto do miocárdio: uma revisão integrativa

Repercussion of depression on self-care of patients with myocardial infarction: an integrative review

Repercusión de la depresión sobre el autocuidado de los pacientes con infarto de miocardio: una revisión integradora

RESUMO

A depressão e o infarto do miocárdio são duas condições debilitantes e onerosas no contexto da saúde sendo a associação entre elas preocupante. Este estudo busca identificar evidências científicas sobre as repercussões da depressão no autocuidado do paciente com infarto do miocárdio. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura constituída por artigos publicados em português, inglês e espanhol entre 2003 e 2012, disponíveis nas bases de dados LILACS, BDENF, PubMed, CINAHL, COCHRANE e na biblioteca virtual SciELO. Os artigos evidenciaram que a depressão influencia diretamente na capacidade de autocuidado do paciente com infarto do miocárdio, mostrando-se de suma importância à assistência pela equipe de enfermagem durante a hospitalização e o acompanhamento na consulta de enfermagem, iniciando duas semanas a 30 dias após a alta hospitalar, visto que neste período os indivíduos mostram maior risco de desenvolver o déficit do autocuidado.

Descritores: depressão; autocuidado; infarto do miocárdio; enfermeiras clínicas

ABSTRACT

Depression and myocardial infarction are two debilitating and costly in the context of health and the association between them worrying. This study seeks to identify scientific evidence on the repercussion of depression on self-care of patients with myocardial infarction. It is an integrative review of the literature consists of articles published in Portuguese, English and Spanish between 2003 and 2012, available in the

databases LILACS, BDENF, PubMed, CINAHL, Cochrane Library and Virtual SciELO. The articles showed that depression directly influences the ability to self-care of patients with myocardial infarction, being of paramount importance to support the nursing staff during hospitalization and follow-up consultation in nursing, starting from two weeks to 30 days discharge, since during this period the subjects showed a greater risk of developing self-care deficit.

Descriptors: depression; self-care; myocardial infarction; nurse clinicians

RESUMEN

La depresión y el infarto de miocardio son dos debilitante y costosa, en el contexto de la salud y la asociación entre ellas preocupante. Este estudio busca identificar la evidencia científica sobre la repercusión de la depresión sobre el autocuidado de los pacientes con infarto de miocardio. Se trata de una revisión integradora de la literatura consiste en artículos publicados en Portugués, Inglés y español entre 2003 y 2012, disponibles en las bases de datos LILACS, BDENF, PubMed, CINAHL, Cochrane Library y Virtual SciELO. Los artículos mostraron que la depresión influye directamente en la capacidad de autocuidado de los pacientes con infarto de miocardio, siendo de vital importancia para apoyar al personal de enfermería durante la hospitalización y el seguimiento de la consulta de enfermería, a partir de dos semanas a 30 días descargar, ya que durante este período los sujetos mostraron un mayor riesgo de desarrollar déficit de autocuidado.

Descritores: depresión; auto care; infarto de miocárdio; enfermeras clínicas

INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares mostram-se como as principais causas de morbimortalidade nos países ocidentais desenvolvidos⁽¹⁾. Dentre as doenças cardiovasculares, encontram-se as Síndromes Coronarianas Agudas (SCA), que englobam um grupo de entidades como o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) com supradesnivelamento do ST, Infarto Agudo do Miocárdio sem supradesnivelamento do ST e angina instável⁽²⁾. No Brasil, o IAM possui um relevante impacto em termos de morbimortalidade e no número de internações hospitalares⁽³⁾, possuindo crescimento

acelerado em países em desenvolvimento e representando uma das questões de saúde pública mais relevante na atualidade⁽⁴⁾.

Neste mesmo cenário encontra-se um problema de saúde pública de grande magnitude que é a depressão. A depressão apresenta-se como uma patologia frequente e com um impacto significativo na funcionalidade da saúde da população mundial, tendo prevalência mundial estimada entre 12 e 17%^(5,6).

Aproximadamente 15 a 25% dos pacientes hospitalizados por IAM sofrem de depressão, sendo a taxa de mortalidade deste grupo duas vezes maior do que os pacientes sem depressão⁽⁶⁾. Em um estudo realizado na Holanda, 22,7% dos pacientes desenvolveram transtorno depressivo após o infarto do miocárdio durante a hospitalização, o que pode interferir diretamente no prognóstico cardiovascular dos mesmos⁽⁷⁾. A depressão mostra-se como um sintoma frequente em pacientes com infarto agudo do miocárdio e constitui um fator de risco cardiovascular importante⁽⁶⁾.

A partir do exposto, torna-se importante o reconhecimento e a detecção precoce dos sintomas depressivos nos pacientes pós-infarto do miocárdio pela equipe interdisciplinar, sobretudo pelo enfermeiro, já que pode implicar diretamente no prognóstico cardíaco⁽⁷⁾. Fatores, como pior aderência aos programas de reabilitação cardiovascular e medicamentos, foram implicados no mecanismo da depressão, podendo levar à piora do prognóstico cardiovascular⁽⁸⁾. Além disso, indivíduos com depressão mostram uma pior aderência a mudanças de estilo de vida e manutenção de hábitos saudáveis, sendo estas de extrema importância no paciente infartado. Manter o indivíduo como um agente de seu autocuidado mostra-se como um desafio para o enfermeiro comprometido com a assistência integral, torná-lo corresponsável pelo seu tratamento implica diretamente na sua qualidade de vida.

Neste âmbito, o autocuidado, segundo a Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem, mostra-se como a capacidade humana de poder engajar-se na prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. Essa capacidade do indivíduo de manter o autocuidado pode ser influenciada por fatores condicionantes como o infarto do miocárdio e a depressão concomitantemente⁽⁹⁾. Indivíduos depressivos podem demonstrar capacidade diminuída no desempenho do seu autocuidado, em especial, os pacientes acometidos com problemas cardiovasculares, esse déficit pode mostrar-se catastrófico, já que eles necessitam se adaptar a uma nova condição de vida⁽¹⁰⁾.

Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo buscar as evidências científicas sobre as repercussões da depressão no autocuidado do paciente infartado, oferecendo subsídios para a equipe de enfermagem sistematizar seu cuidado para esta clientela.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura que tem como finalidade a análise das pesquisas relevantes sobre determinado assunto, dando suporte para a prática clínica. Sintetiza múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo⁽¹¹⁾.

Para a realização desta revisão, adotou-se o seguimento de seis etapas: 1) Estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa; 2) Determinação dos critérios de inclusão e exclusão e seleção dos estudos que irão compor a amostra; 3) Categorização dos estudos onde serão definidas as informações extraídas dos estudos selecionados; 4) Avaliação dos estudos inclusos; 5) Interpretação dos resultados e 6) Apresentação da revisão⁽¹¹⁾.

A elaboração desta revisão integrativa partiu da seguinte questão norteadora: Quais as evidências científicas sobre as repercussões da depressão na capacidade de autocuidado dos pacientes após o Infarto Agudo do Miocárdio?

A busca dos estudos aconteceu em setembro e outubro de 2013 por meio do acesso online através do endereço do portal periódicos CAPES às seguintes bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados em Enfermagem (BDENF), Cochrane, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Public/Publish Medline (PubMed), a partir dos descritores, indexados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Depressão, Autocuidado e Infarto do Miocárdio e suas respectivas traduções padronizadas em inglês e em espanhol no Medical Subject Heading (MESH): “Depressive disorder”, “Self Care” e “Myocardial Infarction”; “Trastorno Depresivo”, “Autocuidado” e “Infarto del Miocardio”. Optou-se inicialmente pela busca dos artigos cruzando os descritores aos pares, sendo também realizada a busca cruzando os três descritores supracitados concomitantemente (Tabela 1).

Tabela 1. Artigos encontrados nas referidas bases de dados e seus cruzamentos. Recife, 2013.

Descritores Utilizados	LILACS	SCIELO	BDENF	PUBMED	CINAHL	COCHRANE
Depressão and infarto do miocárdio and autocuidado	00	00	00	01	00	00
Depressão and infarto do miocárdio	17	01	01	45	13	31
Depressão and autocuidado	02	01	00	57	19	42
Infarto do miocárdio and autocuidado	02	00	01	08	138	22
TOTAL	21	02	02	111	170	95

Os critérios de inclusão que nortearam a coleta de dados foram: artigos científicos nos idiomas inglês, português ou espanhol, publicados no período entre 2003 a 2012, disponíveis na íntegra, eletronicamente ou acessível por meio do COMUTE/UFPE, que abordassem a depressão após o IAM. Os critérios de exclusão foram: capítulos de livros, dissertações, teses, reportagens, notícias, anais de congressos, editoriais, manuais e artigos não condizentes com o questionamento do estudo. Destaca-se que não houve restrição quanto ao nível de evidência do artigo e os artigos científicos repetidos em mais de um banco de dados foram contabilizados apenas uma vez (Tabela 2).

Tabela 2. Justificativas para a exclusão dos artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Recife, 2013.

Justificativa	LILACS	SCIELO	BDENF	PUBMED	CINAHL	COCHRANE	Total
Período de publicação após os últimos 10 anos	10	00	00	10	53	20	93
Resumos sem relevância por não atingirem o objetivo do estudo	07	01	01	99	100	73	281
Capítulos de livros, dissertações, teses, reportagens, notícias, anais de congressos, editoriais, manuais	00	00	00	00	15	01	16
Duplicados	00	01	01	00	00	00	02
Qualidade metodológica insatisfatória	01	00	00	00	00	00	01
Total excluído	18	02	02	109	168	94	393
Total incluído	03	00	00	02	02	01	08

Para operacionalizar a coleta de dados foi utilizado um instrumento proposto por Ursi, contendo o título do artigo, os autores, o periódico de publicação, o ano de publicação, a amostragem, o nível de evidência e os resultados. Com o objetivo de extrair os dados dos artigos selecionados utilizou-se um instrumento capaz de assegurar que os dados relevantes fossem extraídos, minimizando o risco de erros na transcrição, garantindo precisão na checagem das informações e servindo como registro⁽¹²⁾.

Para avaliar a qualidade metodológica dos estudos selecionados foi utilizado um instrumento adaptado do Critical Appraisal Skills Programme (CASP) – Programa de ensino de leitura crítica. Este instrumento é composto por 10 questões, com respostas que variam entre sim (pontuado com 1) ou não (pontuado com 0), que contemplam os seguintes conteúdos: clareza na identificação dos objetivos, adequação da metodologia empregada com o tipo de estudo, coerência do desenho metodológico e da estratégia de

recrutamento dos participantes, conformidade na coleta de dados e na relação entre pesquisador e participantes, cumprimento das considerações éticas, rigor na análise dos dados, clareza na declaração dos resultados e importância da pesquisa. Os estudos que atingiram pontuação de 6 a 10 apresentam boa qualidade metodológica com viés reduzido e os que apresentaram pontuação inferior a seis são estudos com qualidade metodológica satisfatória, mas com potencial de viés aumentado⁽¹³⁾. Apenas foram incluídos nesta revisão os estudos com pontuação superior a 6.

RESULTADOS

Foram selecionados oito artigos para compor a amostra deste estudo, dos quais dois eram artigos em português, um em espanhol e cinco em inglês. Em relação ao tipo de delineamento de pesquisa, evidenciou-se um estudo com delineamento qualitativo e sete estudos quantitativos, sendo estes: dois de coorte, quatro descritivos transversais e uma revisão sistemática. Quanto à força das evidências obtidas na amostra, todos foram identificados com nível de evidência IV⁽¹⁴⁾. O Quadro 1 apresenta síntese com as especificações de cada artigo selecionado.

Quadro 1 Síntese dos principais resultados encontrados nos artigos selecionados sobre a influência da depressão no autocuidado do paciente com infarto agudo do miocárdio Recife, 2013.

Autores, local, ano do estudo e referência do artigo	Objetivo do estudo	Sujeitos do estudo	Tipo de estudo e nível de evidência	Resultados
Buitrago, L.A. ⁽¹⁵⁾ COLOMBIA 2011	Descobrir a experiência de homens na etapa pós-infarto agudo do miocárdio durante os seis primeiros meses de ocorrência do evento, para identificar a presença de sintomatologia que pode sugerir estados depressivos.	Oito homens com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio nos seis meses antes da realização da entrevista	Qualitativo, descritivo. Nível IV	O infarto agudo do miocárdio traz consigo baixa autoestima e limitações sociais, gerando sentimentos de frustração e irritabilidade o que influencia diretamente nas mudanças do estilo de vida. O autor constrói diagnósticos de enfermagem relacionados ao déficit do autocuidado para os pacientes com infarto agudo do miocárdio relacionado diretamente com os sintomas depressivos
Jonge, P.; Ormel, J.; Brink, R.H.S.V.D.; Melle, J.P.V.; Spijkerman, T.A.; Kuijper, A.; <i>et al.</i> ⁽¹⁶⁾ HOLANDA 2006	Estudar a relação entre os sintomas depressivos e sua dimensão após o infarto do miocárdio, o estado de saúde e o prognóstico cardiovascular.	2177 indivíduos com mais de 18 anos de idade que tenham sofrido infarto do miocárdio entre setembro de 1999 e março de 2003 e foram admitidos em algum dos 10 hospitais participantes do estudo	Quantitativo, coortepropectivo Nível IV	Utilizou-se o inventário de depressão de Beck e as características cardiovasculares para realizar correlações. Observou-se que a depressão somática e afetiva são prevalentes após o infarto agudo do miocárdio e interfere diretamente na situação de saúde e no prognóstico cardiovascular.
Jonge, P.; Spijkerman, T.A.; Brink, R.H.S.V.D.; Ormel, J. ⁽¹⁷⁾ HOLANDA 2006	Estudar os efeitos da depressão após o infarto do miocárdio no status de saúde, incluindo a auto avaliação dos sintomas cardíacos, das habilidades e da qualidade de vida relatada por 12 meses após o infarto do miocárdio controlando as condições cardíacas e o estado de saúde 3 meses após o evento	421 pacientes que possuíam 2 ou 3 critérios dos listados abaixo: dor precordial por até 20 minutos, CK com valores acima de 100% do normal, CKMB com valores acima de 10% do normal ou presença de nova onda Q patológica no ECG	Quantitativo, coorte prospectivo Nível IV	Como instrumento de medida utilizou-se o inventário de depressão de Beck, o RAND36 e o Health Complaints Scale. Observou-se que pacientes com sintomas depressivos tem apresentado decréscimo na qualidade de vida durante um ano após o evento estressor. A depressão após o infarto do miocárdio tem um profundo efeito sob o estado de saúde do indivíduo

(continuação)

Autores, local, ano do estudo e referência do artigo	Objetivo do estudo	Sujeitos do estudo	Tipo de estudo e nível de evidência	Resultados
Coyle, M.K. ⁽¹⁸⁾ EUA 2012	Determinar se os sintomas depressivos tem impacto no autocuidado	62 indivíduos maiores de 18 anos que falassem e entendessem a língua inglesa, que demonstrassem interesse em participar do estudo, estivessem hospitalizados com diagnóstico de infarto do miocárdio e fossem atentos as determinações da enfermagem	Quantitativo descritivo transversal Nível IV	O Infarto do miocárdio tem impacto negativo para a manutenção do autocuidado após 30 dias do evento cardíaco. Recomenda-se que as enfermeiras realizem rastreamento dos sintomas depressivos nos pacientes pós-infarto do miocárdio durante a hospitalização e 30 dias após a alta hospitalar. Se realize uma detecção precoce quanto a presença de irritabilidade e agitação nos pacientes pós-infarto; a equipe de enfermagem ofereça orientações antecipadas nos pacientes pós infarto melhorando seu desempenho no autocuidado
Holzapfel, N.; Löwe, B.; Wild, B.; Schellberg, D.; Zugck, C.; Remppis, A.; <i>et al.</i> ⁽¹⁹⁾ ALEMANHA 2009	Investigar o autocuidado em pacientes com falência cardíaca crônica e seus diferentes graus de depressão	287 pacientes com 18 anos de idade ou mais com diagnóstico de falência cardíaca crônica documentada com classe funcional entre II a IV	Quantitativo, transversal Nível IV	Observou-se que pacientes com depressão menor possuem um risco aumentado de desenvolver déficit do autocuidado comparado com pacientes com depressão moderada e depressão grave. Os indivíduos com depressão menor tem um risco aumentado para desenvolver autocuidado insuficiente em contrapartida pacientes com depressão maior tem o risco similar aos que não possuem depressão.
Thombs, B.D.; Bass, E. B.; Ford, D.E.; Stewart, K.J.; Tsilidis, K.K.; Patel, U.; <i>et al.</i> ⁽²⁰⁾ EUA 2006	Avaliar a prevalência e persistência de depressão em pacientes com infarto agudo do miocárdio e a relação entre a modalidade de avaliação e prevalência	Foram selecionados 24 artigos publicados entre 1980 e março de 2004	Quantitativo, revisão sistemática de literatura Nível IV	Observou-se que a prevalência de depressão após o infarto agudo do miocárdio é grande, podendo influenciar no autocuidado do paciente aumentando o risco de morbimortalidade. Eles recomendam utilizar o Inventário de Depressão de Beck para rastreamento da depressão durante a hospitalização; o resultado sendo maior que 10 aplicar o mesmo instrumento 2 semanas após a alta hospitalar. Enfatiza a importância das orientações e acompanhamento desta clientela já que eles possuem um risco aumentado de deficiência no autocuidado.

(continuação)

Autores, local, ano do estudo e referência do artigo	Objetivo do estudo	Sujeitos do estudo	Tipo de estudo e nível de evidência	Resultados
Mello, A.P.; Carvalho, A.C.C.; Higa, E.M.S. ⁽²¹⁾ BRASIL 2011	Traçar o perfil epidemiológico da amostra, verificar a presença de sintomas de depressão em pacientes com diagnóstico prévio de Síndrome Coronariana Aguda e identificar os fatores contribuintes para manutenção dos sinais e sintomas de depressão após o diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda	200 pacientes atendidos no ambulatório de cardiologia da Universidade Federal de São Paulo com 18 anos ou mais, diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com e sem SST, capacidade de compreensão/ cognição preservada e ausência de diagnóstico de depressão anteriormente a ocorrência de Síndrome Coronariana Aguda	Quantitativo, corte transversal Nível IV	Utilizou-se como instrumento de medida o Inventário de Depressão de Beck. Observou-se que os sintomas depressivos podem persistir por anos, independentemente do tempo após a ocorrência da doença, levando a prováveis prejuízos na qualidade de vida. A depressão pode ser considerada como fator de risco para um segundo evento isquêmico já que piora a adesão ao tratamento e às mudanças dos hábitos de vida.
Bezerra, S.M.M.S.; Figueiredo, T.R.; Gurgel, M.A.; Araújo, E.C.; Barbosa, H.S.C. ⁽²²⁾ BRASIL 2012	Avaliar a presença de sintomas sugestivos de depressão, através do inventário de depressão de Beck, em pacientes internados com infarto do miocárdio investigando a associação entre depressão e fatores de risco para DAC	Foram investigados 85 pacientes internados no Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco com diagnóstico de infarto do miocárdio	Quantitativo, corte transversal Nível IV	Observou-se que 35,2% dos pacientes possuíam depressão demonstrando que transtornos depressivos constituem um fator de comorbidade muito frequente entre coronariopatas agudos, merecendo uma rotina de investigação e tratamento adequados. Cabe à enfermagem observar os sinais e sintomas sugestivos de depressão e a orientação do paciente quanto ao tratamento adequado.

DISCUSSÃO

A análise dos artigos encontrados evidenciou apenas dois estudos brasileiros, predominando estudos holandeses e americanos abordando a temática proposta. O Brasil carece de produção científica que aborde aspectos psicológicos nos pacientes com infarto do miocárdio, mesmo mostrando-se de suma importância esta investigação pela equipe interdisciplinar. A associação entre depressão e infarto do miocárdio está firmemente estabelecida na atualidade, sendo esta associação catastrófica já que torna os indivíduos mais vulneráveis podendo tornar seu prognóstico cardiovascular sombrio⁽⁶⁾.

Além do número reduzido de publicações, os artigos selecionados não apresentaram altos níveis de evidência, refletindo uma lacuna no conhecimento em

relação a dados publicados que pudessem avaliar a repercussão da depressão no autocuidado do paciente infartado. Tal fato demonstra a necessidade de realização de pesquisas do tipo quase experimentais ou experimentais de forma a consolidar práticas de prevenção a alterações do humor no paciente infartado eficazes, baseadas em estudos com maior nível de evidência científica.

Evidenciou-se a utilização do Inventário de Depressão de Beck em seis dos estudos em questão^(16-18,20-22) para rastrear o risco de depressão em pacientes pós infarto do miocárdio. O Inventário de Depressão de Beck trata-se de um instrumento para auto avaliação da depressão mais utilizado atualmente tanto na pesquisa quanto na prática clínica⁽²³⁾, possuindo confiabilidade detecção rápida e precoce da depressão⁽²⁴⁾. É relevante ressaltar que o Inventário de Depressão de Beck não confere diagnóstico clínico de depressão, e sim detecta os pacientes em risco para desenvolver depressão, sendo necessário o diagnóstico médico concomitante⁽²³⁾.

A avaliação do risco para depressão através da aplicação de instrumentos pela enfermeira durante a consulta de enfermagem a nível ambulatorial mostra-se de extrema importância no que tange a prevenção de agravos. A detecção precoce deste risco em pacientes pós-infarto remete a promoção da saúde diminuindo assim o risco de desenvolvimento de déficit do autocuidado, estimulando estratégias de estímulo de desenvolvimento do autocuidado pelo enfermeiro engajado com a assistência integral.

Esta revisão integrativa fundamenta-se na preocupante relação existente entre depressão e infarto agudo do miocárdio e sua repercussão no autocuidado como adesão a hábitos saudáveis e tratamento medicamentoso. A depressão após o infarto do miocárdio interfere diretamente na situação de saúde, no prognóstico cardiovascular, na qualidade de vida do indivíduo como também é considerada um fator de risco para um segundo evento isquêmico cardíaco^(16-17,21).

Pacientes com doenças clínicas e depressão tem maior risco de não adesão a hábitos saudáveis e ao tratamento medicamentoso⁽⁸⁾. Indivíduos com depressão apresentam maior dificuldade para realização de dietas, percepção distorcida sobre sua saúde bem como baixa aderência ao tratamento de suma importância entre os pacientes que sofreram infarto⁽²⁵⁾. Mostra-se de extrema importância a detecção precoce do risco para depressão entre os pacientes que sofreram infarto do miocárdio, promovendo estratégias de prevenção do déficit do autocuidado, estimulando ações de educação em saúde pela equipe interdisciplinar.

Outro aspecto a ser ressaltado é o fato de que pacientes com depressão menor possuem risco aumentado para o desenvolvimento de déficit do autocuidado quando comparado aos pacientes com depressão maior, que possuem risco similar àqueles sem depressão⁽¹⁹⁾. Os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes com depressão menor podem ser confundidos com a doença clínica de base, passando despercebidos pela equipe interdisciplinar, levando ao subdiagnóstico. O diagnóstico precoce poderia diminuir o risco de cronificação do transtorno do humor, influenciando diretamente na capacidade de autocuidado do indivíduo. Portanto, se faz necessário observar os sinais e sintomas sugestivos de depressão, contribuindo para o diagnóstico precoce e a orientação do paciente quanto ao tratamento adequado⁽²²⁾.

A relação entre depressão e infarto do miocárdio muitas vezes é subdiagnosticada, permanecendo sem tratamento. Fatores socioculturais e demográficos podem estar presentes no desenvolvimento da depressão, fatores estes como a baixa renda, morar sozinho, hospitalização, dentre outros⁽²⁵⁾.

Além desses fatores, os fatores psicológicos também devem ser investigados pela equipe de saúde que necessita dispendar maior atenção ao indivíduo que sofreu um episódio isquêmico cardíaco, não apenas atentar para a doença física, mas perceber as necessidades de aspectos psicológicos, oferecer instrumentos para que possa desenvolver sua capacidade de autocuidado, tornando-o corresponsável pelo seu tratamento e empoderando-o quanto ao seu estado de saúde⁽⁸⁾. Assim, percebe-se que a saúde e a educação são inseparáveis e interdependentes, pois para se tenha educação, precisa-se da saúde, ao mesmo tempo em que a saúde só é alcançável quando se tem uma boa educação⁽²⁶⁾.

Nesta perspectiva, a análise dos artigos fomentou a importância da equipe de saúde, em especial a enfermeira, realizar o acompanhamento dos pacientes com infarto agudo do miocárdio com mais atenção aos aspectos psicológicos e diagnosticar precocemente aqueles em risco para desenvolvimento de transtornos do humor^(18,22).

A partir daí questiona-se qual seria o período após o infarto do miocárdio que existe maior predisposição para desenvolvimento da depressão e consequentemente, falha no autocuidado e quais são as estratégias mais adotadas para a prevenção? Os estudos em questão evidenciaram que o infarto do miocárdio tem impacto negativo para a manutenção do autocuidado após 30 dias do evento cardíaco. Assim, recomenda-se que as enfermeiras realizem rastreamento dos sintomas depressivos nos pacientes pós-infarto do miocárdio durante a hospitalização e 30 dias após a alta hospitalar. Mostra-se

também imprescindível que se realize detecção precoce quanto a presença de irritabilidade e agitação nesses pacientes e que a equipe de enfermagem ofereça orientações antecipadas aos pacientes pós-infarto, melhorando seu desempenho no autocuidado^(18,20).

Diante do exposto, enfatiza-se a importância da atuação da equipe interdisciplinar na detecção precoce dos pacientes em risco para o desenvolvimento de depressão mostrando-se de suma importância a atuação desses profissionais, como educadores em saúde, estimulando os indivíduos no desenvolvimento do seu autocuidado e oferecendo subsídios aos mesmos para serem corresponsáveis pelo seu estado de saúde. Baixos níveis de educação e aumento das comorbidades dificultam as estratégias de prevenção de complicações e a segurança do cliente⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

Diante da análise dos artigos selecionados, percebeu-se que eles apresentaram um baixo nível de evidência científica, o que enfatiza a necessidade da realização de pesquisas experimentais ou quase experimentais que investiguem as repercussões da depressão no autocuidado do paciente com infarto do miocárdio e que fomentem estratégias de prevenção e educação em saúde a esta clientela.

Observou-se também que poucos foram os estudos realizados com esta temática por pesquisadores brasileiros que abordassem a repercussão da depressão no autocuidado do paciente após infarto agudo do miocárdio. O Brasil necessita aumentar sua produção científica no que tange a essa temática, oferecendo subsídios para que os profissionais de saúde atuem com base em evidências científicas dentro do contexto nacional.

Evidenciou-se que a ocorrência do transtorno do humor após o evento cardíaco isquêmico aumenta o risco de morbimortalidade desta clientela, o que incita maior atenção aos pacientes que apresentarem sintomatologia de depressão leve, já que os mesmos denotam maior risco para o desenvolvimento de déficit do autocuidado comparado aos pacientes com depressão grave que apresentam o risco similar aos que não possuem depressão. Advém daí a importância do diagnóstico precoce e o rastreamento do risco para depressão pela equipe interdisciplinar.

Os resultados vislumbram que os profissionais de saúde devem dispender mais atenção às alterações psíquicas dos pacientes com infarto agudo do miocárdio, acompanhando os pacientes durante a hospitalização e duas semanas até 30 dias após a

alta hospitalar, promovendo estratégias preventivas para o déficit do autocuidado e estimulando os mesmos a empoderar-se sobre seu cuidado, tornando-os corresponsáveis pelo seu tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Silva MAD, Sousa AGMR, Schargodsky H. Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio no Brasil: Estudo FRICAS. *Arq Bras Cardiol* 1998; 71 (5).
2. Santos ES, Minuzzo L, Pereira MP, Castillo MTC, Palácio MAG, Ramos RF, Timerman A, Piegas LS. Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergência em cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87: 597-602.
3. Guimarães HP, Avezum A, Piegas LS. Epidemiologia do infarto agudo do miocárdio. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 2006; 1: 1-7.
4. Avezum A, Guimarães HP, Berwanger O, Piegas L. Aspectos epidemiológicos do infarto agudo do miocárdio no Brasil. *Topic em Epidemiol* 2005: 93-96.
5. Anderson L, Lewis G, Araya R, Elgie R, Harrison G, Proudfoot J, Schmidt U, Sharp D, Weightman A, Williams C. Self-help books for depression: how can practitioners and patients make the right choice? *Britis Jour of Gener Pract* 2005 may; 55: 387-392.
6. Calderón J, Gabrielli L, González M, Villarroel L, Castro P, Corbalán R. Prevalencia y evolución de síntomas depresivos en pacientes hospitalizados por infarto agudo al miocardio y su relación con procedimientos de revascularización. *Rev Med Chile* 2010; 138: 701-706.
7. Kaptein KI, Jonge P, Brink RHSVD, Korf J. Course of depressive symptoms after myocardial infarction and cardiac prognosis: a latent class analysis. *Psych Med* 2006; 68: 662-668.
8. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clín* 2005; 32(3): 149-159.
9. George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
10. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoria do Déficit de Autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc Anna Nery* (impr.) 2010 jul-set; 14(3): 611-616.

11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis 2008 out-dez; 17(4): 758-764.
12. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e com fazer. *Einstein* 2010; 8(1 Pt 1): 102-106.
13. Toledo MM, Takahashi RF, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 mar-abr; 64(2): -abr; 64(2): 370-5.
14. Pompeu DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnósticos de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(4):434-8.
15. Buitrago LA. Experiencias de los hombres durante la etapa posinfarto de miocárdio y presencia de estados depresivos. *Rev Cult del Cuidado Enferm* 2011 jun; 8(1): 42-50.
16. Jonge P, Ormel J, Brink RHSVD, Melle JPV, Spijkerman TA, Kuijper A, Veldhuisen DJV, Berg MPVD, Honig A, Crijns HJGM, Schene AH. Symptom dimensions of depression following myocardial infarction and their relationship with somatic health status and cardiovascular prognosis. *Am J Psyc* 2006; 163: 138-144.
17. Jonge P, Spijkerman TA, Brink RHSVD, Ormel J. Depression after myocardial infarction is a risk factor for declining health related quality of life and increased disability and cardiac complaints at 12 months. *Heart* 2006; 92: 32-39.
18. Coyle MK. Depressive symptoms after a myocardial infarction and self-care. *Arch of Psyc Nursing* 2012 april; 26(2): 127-134.
19. Holzapfel N, Löwe B, Wild B, Schellberg D, Zugck C, Remppis A, Katus HA, Haass M, Rauch B, Jünger J, Herzog W, Müller-Tasch T. Sel-care and depression in patients with chronic heart failure. *Heart & Lung* 2009 set-out; 38: 392-397.
20. Thombs BD, Bass EB, Ford DE, Stewart KJ, Tsilidis KK, Patel U, Fauerbach JA, Bush DE, Ziegelstein RC. Prevalence os depression in survivors of acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 30-38.
21. Mello AP, Carvalho ACC, Higa EMS. Sintomas depressivos em pacientes com síndrome coronariana aguda. *Einstein* 2011; 9(3 Pt 1): 326-331.
22. Bezerra SMMS, Figueiredo TR, Gurgel MA, Araújo EC, Barbosa HSC. Depressão em pacientes cominfarto agudo do miocárdio: subsídios para o planejamento da assistência de enfermagem. *Rev Nursing* 2012; 15(170): 389-394.

23. Gorestein C, Andrade L. Inventário de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psi Clin* 1998; 25(5): 245-250.
24. Huffman JC, Smith FA, Blais MA, Beiser ME, Januzzi JL, Frichione GL. Rapid screening for major depression in post-myocardial infarction patients: an investigation using Beck Depression Inventory II items. *Heart* 2006; 92: 1656-1660
25. Alves TCTF, Fráguas R, Wajngarten M. Depressão e infarto agudo do miocárdio. *Rev Psiq Clín* 2009; 36(3): 88-92.
26. Rodríguez CA, Kolling MG, Mesquida P. Educação e saúde: um binômio que merece ser resgatado. *Rev Bras de Edu Med* 2007; 31(1): 60-66.

5 CAPÍTULO 4 – ARTIGO ORIGINAL

RISCO PARA DEPRESSÃO APÓS O INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO

RESUMO

Objetivos: Identificar a prevalência do risco para depressão em pacientes após o infarto agudo do miocárdio, os fatores de risco associados e a sua relação para o desempenho do autocuidado nestes indivíduos. Método: estudo quantitativo, observacional analítico, de corte transversal. A população do estudo foi composta por 106 dos pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio em acompanhamento ambulatorial. Para coleta de dados utilizou-se três instrumentos, o primeiro para caracterização socioeconômica, clínica e comportamentos de saúde; o segundo foi o Inventário de Depressão de Beck; o terceiro foi a Escala para Avaliação da Capacidade do Autocuidado (ASA-A). Foi construído um banco de dados no programa EPI INFO e exportado para o SPSS para realizar a análise. Na análise univariada aplicou-se o teste qui-quadrado e exato de Fischer. Na análise multivariada aplicou-se o Modelo de Poisson com variância robusta. A significância estatística foi determinada pelo teste de Wald e o processamento da análise foi feito através do programa SPSS versão 18. Resultados: Observou-se uma prevalência de 26,4% de risco para depressão, sendo os fatores associados de maior prevalência a situação conjugal (ser solteiro), não ter filhos e ter antecedentes familiares de depressão. O risco para depressão não influenciou no desenvolvimento do autocuidado. Conclusão: O rastreamento e diagnóstico precoce do risco para depressão mostra-se de importância ímpar na prevenção de agravos e promoção a saúde no ambiente ambulatorial, estimular estratégias de desenvolvimento de ações de autocuidado nos pacientes pós-infarto pode melhorar o prognóstico das patologias cardíacas.

Descritores: Depressão; Autocuidado; Infarto do miocárdio; Enfermeiras Clínicas

Descriptors: Depression; Self Care; Myocardial Infarction; Nurse Clinicians

Descriptores: Depresión; Auto Care; Infarto de Miocárdio; Enfermeras Clínicas

Introdução

As doenças cardiovasculares, que incluem o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), estão entre as maiores causas de mortalidade no mundo⁽¹⁾. No Brasil, no ano de 2012, 7,1% dos óbitos notificados foram decorrentes do IAM, na região Nordeste do país, 7,5% dos óbitos foram decorrentes desta patologia, ocupando o segundo lugar em número de óbitos decorrentes desta patologia. No estado de Pernambuco, em 2012, 10% dos óbitos foram decorrentes do IAM, na cidade do Recife, 9% dos óbitos foram decorrentes desta enfermidade⁽²⁾.

Como o IAM possui elevada incidência, seus fatores de risco como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), tabagismo e dislipidemia, bem como suas complicações, incluindo a Insuficiência Cardíaca (IC), são responsáveis por significativa diminuição da sobrevida⁽³⁾, ceifando milhares de vidas em plena idade produtiva e acarretando inúmeros prejuízos à sociedade.

Outra condição que causa incapacidade, podendo afetar na evolução das doenças e interferir na recuperação do indivíduo é a depressão. Esta se mostra como uma condição comum vivenciada por pessoas com doenças crônicas, sendo considerada como risco potencial para o aumento da morbimortalidade de numerosas condições clínicas⁽⁴⁾.

A depressão mostra-se como um fator de risco associado a maior incidência de patologia coronariana, sendo um fator de mal prognóstico para os pacientes com

patologia cardíaca. A associação de patologia cardíaca e depressão representa uma maior probabilidade de hospitalização, remetendo a prognósticos sombrios⁽⁵⁾.

Em populações com doença crônicas, a depressão interfere negativamente na qualidade de vida. Os distúrbios depressivos interferem no curso de qualquer doença, influenciando na adesão ao tratamento, diminuindo o suporte social e desregulando o sistema humoral e imunológico. Os transtornos depressivos estão associados a graves consequências em termos de morbimortalidade, causando perda da produtividade e interferindo nas relações interpessoais. Os efeitos em longo prazo da depressão são tão graves quanto aqueles observados em diversas condições clínicas gerais, capazes de influenciar, de maneira adversa, a longevidade e o bem-estar⁽⁴⁾.

A presença da depressão em associação com outras comorbidades pode induzir a erros de diagnóstico pelo profissional de saúde já que é comum a crença de que sintomas depressivos são uma resposta normal a doenças físicas que ameaçam ou alteram drasticamente a vida. Outro erro bastante recorrente é diagnosticar depressão em pacientes com tristeza ou com sintomas físicos causados apenas pela doença de base⁽⁶⁾. O enfoque do cuidado a esse indivíduo deve basear-se numa assistência holística, dando ênfase nos aspectos psicológicos e emocionais destes indivíduos.

O enfermeiro pode lançar mão da utilização de escalas, como o Inventário de Depressão de Beck, para avaliar o risco de desenvolvimento de depressão, estimulando ações de promoção da saúde. A avaliação do risco para o desenvolvimento de depressão nos paciente com comorbidades clínicas, dentre elas o infarto do miocárdio, mostra-se de importância ímpar. A identificação de sua prevalência em pacientes que sofreram um infarto do miocárdio pode fornecer elementos para um melhor planejamento do atendimento do indivíduo, enfatizando a importância do diagnóstico adequado⁽⁷⁾. Lança-se mão de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, diminuindo assim a

mortalidade decorrente da associação destas duas patologias, oferecendo melhor qualidade de vida para esses indivíduos.

A partir desta perspectiva, a enfermidade depressiva mostra-se como um problema de saúde pública de primeira ordem na atenção integral a um indivíduo que sofre de problemas cardíacos⁽⁵⁾. O trabalho interdisciplinar enriquecerá a assistência fornecida a este paciente, a atuação do enfermeiro na prevenção de agravos, trabalhando com ações de educação em saúde tornará o indivíduo um ser crítico sob sua condição, tornando-o corresponsável pelo seu tratamento.

O cuidado integral deve inserir a família no contexto do tratamento e recuperação deste indivíduo, encorajá-los a auxiliar o paciente na manutenção dos cuidados necessários, oferecendo apoio sempre que necessário⁽⁸⁾. A equipe interdisciplinar deve acompanhar as mudanças de hábitos estimuladas pela família como a cessação do tabagismo, hábitos alimentares e a prática de atividades físicas. Vale ressaltar que reconhecer e tratar o estresse psicossocial em pacientes com doença arterial coronariana pode reduzir a mortalidade decorrente desta associação⁽⁹⁾, melhorando a qualidade de vida do indivíduo.

Como a depressão se mostra pouco reconhecida e pouco valorizada, os pacientes só recebem tratamento para suas queixas físicas fazendo com que esta passe despercebida. Esta lacuna na detecção do transtorno depressivo estimula sua cronificação e o sofrimento que poderiam ser evitados pela detecção precoce e início do tratamento⁽¹⁰⁾. Neste ínterim, o rastreamento do risco para o desenvolvimento da depressão, bem como conhecer seus fatores associados de maior prevalência, mostra-se imprescindível; e dispendar maior atenção aos aspectos psicológicos apresentados pelo indivíduo fazem parte de uma assistência integral, melhorando assim a qualidade de vida do mesmo. A qualidade de vida do indivíduo que sofreu IAM depende de sua

aderência ao tratamento, evidenciando-se como o engajamento no autocuidado. A ocorrência deste engajamento está relacionada à relação enfermeiro-paciente e ao apoio familiar⁽¹¹⁾.

A falta de aderência ao tratamento mostrasse como uma condição que pode causar prejuízo à evolução de um paciente que sofreu IAM⁽¹¹⁾. Para atingir o melhor nível de saúde e de bem-estar, é imprescindível que este indivíduo seja acompanhado por uma equipe multiprofissional, atuando em caráter interdisciplinar. A partir desta perspectiva, a equipe de enfermagem assume função significativa por ter a missão de ajudar as pessoas a enfrentarem as dificuldades em torno da doença, e conseguirem manter a capacidade de cuidar das suas necessidades⁽¹²⁾.

Desse modo, este estudo objetivou identificar a prevalência do risco para depressão em pacientes após o Infarto Agudo do Miocárdio, os fatores de risco associados ao desenvolvimento de depressão e a sua relação com o exercício do autocuidado nestes indivíduos.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional analítico, de corte transversal que foi realizado no ambulatório de cardiologia de um hospital público de referência em cardiologia e neurologia clínica na cidade do Recife – Pernambuco. A população do estudo foi composta por todos os pacientes atendidos no referido hospital no período de março a agosto de 2014 com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio e que estavam em acompanhamento ambulatorial.

Para a determinação do tamanho da amostra foi utilizada a equação de cálculo de amostra para variável nominal em população finita. Considerando o nível de confiança de 95%, erro amostral de 5% e $N = 132$, tem-se que o tamanho amostral necessário é de

96 pacientes. Considerando a perda de 10%, o tamanho da amostra foi de 106 pacientes. A coleta de dados foi realizada através da amostra aleatória simples em que a aleatoriedade foi feita através da própria ordem de marcação da consulta dos pacientes no ambulatório. Como critérios de inclusão o estudo adotou ter o diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio recente (até 90 dias) e estar no momento da primeira consulta do ambulatório de egressos. Como critérios de exclusão o estudo adotou possuir relato de antecedente pessoal de diagnóstico de Depressão com terapêutica medicamentosa, possuir deficiência auditiva e/ou mental que interferisse na coleta dos dados e apresentar outras comorbidades como Insuficiência Cardíaca, Insuficiência Renal Crônica e obesidade mórbida.

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos, o primeiro foi um formulário composto pelas variáveis relacionadas à caracterização socioeconômica e demográfica, antecedentes de saúde, hábitos de vida e caracterização clínica quanto ao diagnóstico do IAM. Para o levantamento de algum dos dados relacionados à caracterização clínica, foi solicitado o laudo da cinecoronarioangiografia e caso o paciente não estivesse com o laudo do respectivo exame no momento da entrevista, o mesmo foi consultado nos arquivos da hemodinâmica.

O segundo instrumento utilizado foi o Inventário de Depressão de Beck (BDI), ele apresenta 21 itens que incluem sintomas e atitudes. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática, diminuição de libido, os quais são avaliados através de um escore variando de 0 a 3. É considerada a ausência de transtorno do humor, nos clientes com escores menores que

15 pontos, caso a pontuação estivesse entre 15 a 20 é classificado como disfórico e apresentando escore maior que 20 ele é classificado como em risco para o desenvolvimento de depressão, já que o diagnóstico de depressão só pode ser dado com um diagnóstico médico concomitante⁽¹³⁾.

O terceiro instrumento utilizado foi uma escala para avaliação da capacidade para o autocuidado, a Appraisal of Self-Care Agency; Escala de Avaliação para competência do Autocuidado (ASA-A). Os itens construídos tiveram como base os traços capacitantes (dez componentes do poder) e os traços operacionais, tendo como objetivo mensurar o poder da pessoa em executar operações produtivas de autocuidado. Essas operações incluem investigar, decidir e executar ações psicomotoras específicas, tendo por finalidade encontrar os requisitos ou necessidades gerais de autocuidado (ar, água, alimento, interação social, descanso ou atividade, prevenção de riscos, entre outros) ou relacionadas ao estado de saúde e ao tratamento (monitorização dos sinais e sintomas, o uso de medicamentos, entre outros). Utilizamos a proposta de ponto de corte de Silva em 2013 no qual o indivíduo que obtiver escores entre 24 a 40 pontos (péssima), 40 a 56 pontos (ruim), 56 a 72 pontos (regular), 72 a 88 pontos (boa), 88 a 104 pontos (muito boa) e de 104 a 120 pontos (ótima)⁽¹⁴⁾.

Para análise dos dados foi construído um banco de dados no programa EPI INFO, versão 3.5.2, o qual foi exportado para o software SPSS, versão 18, onde foi realizada a análise. Para avaliar o perfil socioeconômico, o perfil demográfico, as condições de saúde, caracterização clínica e comportamentais dos pacientes do estudo, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as respectivas distribuições de frequência. Na avaliação do grau de depressão dos pacientes em estudo foi aplicado o BDI e os pacientes foram classificados de acordo com o escore alcançado em: ausência de transtorno (0 a 14 pontos), disfórico (15 a 20 pontos), e risco para depressão (acima

de 20 pontos). Para comparar as prevalências encontradas foi aplicado o teste Qui-quadrado para comparação de proporção. Ainda, para avaliar os fatores socioeconômicos, fatores demográficos, das condições de saúde, caracterização clínica e comportamentais que podem influenciar no grau de depressão, foram construídas as tabelas de contingência e aplicado o teste Qui-quadrado para independência. Nos casos em que as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfeitas, foi aplicado o teste Exato de Fisher. Ainda, para os fatores que apresentaram significância na classificação da depressão, foi calculada a razão de prevalência a fim de comparar o risco para depressão entre os níveis destes fatores. Todas as conclusões foram tiradas considerando o nível de significância de 5%.

A análise multivariada foi feita através da aplicação do modelo de Poisson com variância robusta para investigar os fatores que conjuntamente influenciam na disforia/risco de depressão. Foram utilizados no modelo final todos os fatores que apresentaram significância de até 0,20 na análise bivariada. Para permanência no modelo era necessário que o fator avaliado apresentasse significância estatística de no máximo 0,05. A significância estatística foi determinada pelo teste de Wald e o processamento da análise foi feito através do programa SPSS versão 18.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o registro 523.704, CAAE: 26578314.0.0000.5208. Além disso, houve a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes do estudo.

Resultados

A tabela 1 apresenta a distribuição do perfil socioeconômico e demográfico dos pacientes avaliados. Através dela verifica-se que a maioria dos pacientes é do sexo

masculino (56,6%), da cor branca (41,5%), possui idade igual ou maior que 60 anos (54,7%), mora com esposo (a) ou companheiro (a) (61,4%), possui filhos (98,1%) - normalmente mais de 2 filhos (76,9%) – estudou até o primário (37,7%), tem rendimento mensal de 1 a 2 SM (64,2%) e sustenta a família de forma integral (48,1%). Além disso, verifica-se que o teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores socioeconômicos e demográficos avaliados, exceto no fator sexo (p-valor = 0,174) indicando que as proporções de pacientes do sexo masculino e feminino participantes do estudo são idênticas. Ainda, observa-se que o paciente mais novo possui 22 anos e o mais velho tem 87 anos. A média de idade do grupo avaliado é de 61,6 anos com desvio padrão de 11,8 anos.

Tabela 1. Distribuição dos fatores socioeconômicos e demográficos dos pacientes avaliados. Recife, PE, Brasil, 2014.

Fator avaliado	n	%	p-valor¹
Sexo			
Masculino	60	56,6	0,174
Feminino	46	43,4	
Cor/raça			
Branca	44	41,5	<0,001
Parda	38	35,8	
Preta	16	15,1	
Amarela	4	3,8	
Indígena	4	3,8	
Idade			
20 a 39 anos	3	2,8	<0,001
40 a 59 anos	45	42,5	
60 ou mais	58	54,7	
Mínimo		22	-
Máximo		87	-
Média±desvio padrão		61,6±11,8	-
Situação conjugal			
Mora com esposo/companheiro	65	61,4	<0,001
Viúvo ou sem companheiro atual	31	29,2	
Nunca se casou ou morou com companheiro	8	7,5	
Separado ou divorciado	2	1,9	
Possui filho			
Não	2	1,9	<0,001
Sim	104	98,1	
Número de filhos			
Até 2 filhos	24	23,1	<0,001

Mais de 2 filhos	80	76,9	
Escolaridade			
Nenhuma	24	22,6	
Primário	40	37,7	
Fundamental	18	17,0	<0,001
Médio	18	17,0	
Superior	6	5,7	
Rendimento mensal familiar			
Sem renda/Menos de 1 SM	18	16,9	
De1 a 2 SM	68	64,2	<0,001
Mais de 2SM	20	18,9	
Sustento familiar			
Sim, totalmente	51	48,1	
Sim, parcialmente	44	41,5	<0,001
Não contribui	11	10,4	

¹p-valor do teste de comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente).

A tabela 2 apresenta a distribuição das condições de saúde dos pacientes avaliados. Através dela verifica-se que a maioria dos pacientes não possui diabetes (56,6%), possui hipertensão arterial sistêmica (83,0%), possui histórico familiar de diabetes (55,7%), possui histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica (82,9%), não apresentam antecedente familiar de depressão (67,0%) e possui hipercolesterolemia (65,1%). Mesmo sendo observada a maior prevalência no perfil descrito acima, o teste de comparação de proporção foi significativo para os fatores: possui hipertensão arterial (p-valor < 0,001), histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica (p-valor < 0,001), antecedente familiar de depressão (p-valor <0,001) e possui hipercolesterolemia (p-valor = 0,002), indicando que a hipertensão arterial sistêmica, o histórico familiar de hipertensão arterial sistêmica e a presença de hipercolesterolemias são significativamente mais frequentes do que o grupo de pacientes que não possui e, ainda, que o histórico familiar de depressão nestes pacientes não é tão frequente.

Tabela 2. Distribuição das condições de saúde dos pacientes avaliados. Recife, PE, Brasil, 2014.

pacientes avaliados: Reiche, F.E., Brash, 2017.			
Fator avaliado	n	%	p-valor ¹
Possui diabetes			
Não	60	56,6	0,174
Sim	46	43,4	
Possui Hipertensão Arterial Sistêmica?			
Não	18	17,0	<0,001
Sim	88	83,0	
Histórico familiar de diabetes			
Não	47	44,3	0,244
Sim	59	55,7	
Histórico familiar de Hipertensão arterial sistêmica			
Não	18	17,1	<0,001
Sim	87	82,9	
Antecedente familiar de depressão			
Não	71	67,0	<0,001
Sim	35	33,0	
Possui Hipercolesterolemia			
Não	37	34,9	0,002
Sim	69	65,1	

¹p-valor do teste de comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente).

A tabela 3 apresenta a distribuição dos fatores comportamentais dos pacientes avaliados. Através dela verifica-se que a maioria não faz uso de bebida alcoólica ou bebeu e parou de beber (94,3%), não possui o hábito de fumar ou fumou e parou de fumar (59,4%) e dos que são fumantes/ex-fumantes 49,1% possui mais de 30 anos de experiência com o fumo. O teste de comparação de proporção foi significativo em todos os fatores comportamentais avaliados, indicando que o perfil descrito é significativamente o mais frequente na população em estudo.

Tabela 3. Distribuição dos fatores comportamentais dos pacientes avaliados. Recife, PE, Brasil, 2014.

avaliados. Recife, PE, Brasil, 2014.			
Fator avaliado	n	%	p-valor ¹
Faz uso de bebida alcoólica			
Nunca bebeu	49	46,2	<0,001
Sim	6	5,7	
Bebeu e parou	51	48,1	
Com que frequência o Sr(a) ingere bebida alcoólica			
Não ingere bebida alcoólica	100	94,4	<0,001
(3) 1 a 2 dias/semana	4	3,8	
(4) 2 a 3 dias/mês	1	0,9	
(5) 1 vez/mês	1	0,9	
Fuma			
Sim	37	34,9	<0,001
Nunca fumou	6	5,7	
Fumou e parou	63	59,4	
Tempo de experiência com o fumo			
Nunca fumou	6	5,7	<0,001
Menos de 1 ano	31	29,2	
1 a 15 anos	9	8,5	
16 a 30 anos	8	7,5	
Acima de 30 anos	52	49,1	

¹p-valor do teste de comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente).

A tabela 4 apresenta a análise descritiva do escore BDI avaliada. Através dela verifica-se que 26,4% dos pacientes avaliados apresentaram risco para depressão ou distímia (15 ou mais pontos). Ainda, verifica-se que o teste de comparação de proporção foi significativo indicando que a proporção de pacientes sem transtorno é significativamente maior.

Tabela 4. Análise descritiva do escore BDI. Recife, PE, Brasil, 2014.

Escore do BDI	Estatística	p-valor¹
Ausência de transtorno (0 a 14 pontos)	78(73,6%)	<0,001
Disfórico/Risco (15 ou mais pontos)	28(26,4%)	
Mínimo	0,00	-
Máximo	36,00	-
Média±Desvio padrão	10,57±6,79	-

¹p-valor do teste Qui-quadrado para comparação de proporção (se p-valor < 0,05 as proporções diferem significativamente).

A tabela 5 apresenta a distribuição do risco para depressão segundo os fatores de perfil dos pacientes avaliados. Através dela verifica-se que o grupo que possui maior risco para a depressão são os pacientes do sexo masculino (26,7%), indígenas (50,0%), com idade de 20 a 39 anos (66,7%), que nunca se casou ou morou com companheiro (a) (62,5%), estudou até o ensino superior (50,0%), não possui renda ou tem menos de 1 SM (44,4%) e que não contribui para o sustento familiar (45,5%). Ainda, mesmo sendo observada essa maior prevalência de pessoas disfóricas ou de risco para depressão nestes grupos descritos, o teste de independência foi significativo apenas para o fator situação conjugal (p -valor = 0,019), indicando que a experiência ou não do convívio com outra pessoa é um fator determinante para a disforia/risco de depressão. Ainda, observa-se o grupo de pacientes viúvos ou sem companheiro atual é o que apresentou menor prevalência da disforia/risco de depressão. Ao comparar a depressão entre os níveis da situação conjugal observa-se que o grupo que mora com esposo(a)/companheiro(a) possui 2,14 vezes a chance de desenvolver disforia/risco para depressão do que grupo de pacientes viúvos ou sem companheiro atual. Já os pacientes que nunca se casou ou morou com companheiro a razão é de 4,84 vezes. Para o grupo separado divorciado a razão encontra da foi de 3,88 vezes.

Tabela 5. Distribuição do risco para depressão segundo os fatores de perfil dos pacientes avaliados. Recife, PE, Brasil, 2014.

Fator avaliado	Resultado do BDI		p-valor
	Disfórico/ Risco N = 28	Ausência de transtorno	
Sexo			
Masculino	16(26,7%)	44(73,3%)	0,947 ¹
Feminino	12(26,1%)	34(73,9%)	
Cor/raça			
Branca	15(34,1%)	29(65,9%)	0,249 ²
Preta	4(25,0%)	12(75,0%)	
Parda	6(15,8%)	32(84,2%)	
Amarela	1(25,0%)	3(75,0%)	
Indígena	2(50,0%)	2(50,0%)	

Idade			
20 a 39 anos	2(66,7%)	1(33,3%)	0,055 ²
40 a 59 anos	15(33,3%)	30(66,7%)	
60 ou mais	11(19,0%)	47(81,0%)	
Situação conjugal			
Mora com esposo/companheiro	18(27,7%)	47(72,3%)	0,019²
Nunca se casou ou morou com companheiro	5(62,5%)	3(37,5%)	
Viúvo ou sem companheiro atual	4(12,9%)	27(87,1%)	
Separado ou divorciado	1(50,0%)	1(50,0%)	
Possui filho			
Não	2(100,0%)	0(0,0%)	0,068 ²
Sim	26(25,0%)	78(75,0%)	
Número de filhos			
Até 2 filhos	6(25,0%)	18(75,0%)	1,000 ¹
Mais de 2 filhos	20(25,0%)	60(75,0%)	
Escolaridade			
Nenhuma	8(33,3%)	16(66,7%)	0,493 ²
Primário	8(20,0%)	32(80,0%)	
Fundamental	5(27,8%)	13(72,2%)	
Médio	4(22,2%)	14(77,8%)	
Superior	3(50,0%)	3(50,0%)	
Rendimento mensal familiar			
Sem renda/Menos de 1 SM	8(44,4%)	10(55,6%)	0,115 ¹
De 1 a 2 SM	14(20,6%)	54(79,4%)	
Mais de 2 SM	6(30,0%)	14(70,0%)	
Sustento familiar			
Sim, totalmente	11(21,6%)	40(78,4%)	0,261 ¹
Sim, parcialmente	12(27,3%)	32(72,7%)	
Não contribui	5(45,5%)	6(54,5%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 o fator avaliado influencia significativamente no disforia/risco para depressão). ²p-valor do teste Exato de Fisher.

A tabela 6 apresenta a distribuição do risco para depressão segundo as condições de saúde do paciente avaliado. Através dela verifica-se que o paciente com maior prevalência de disforia/risco para depressão é o que possui diabetes (32,6%), não tem HAS (33,3%), não possui histórico familiar de diabetes (34,0%), não possui histórico familiar de HAS (33,3%), tem antecedente familiar de depressão (42,9%) e que possui Hipercolesterolemia (30,4%). Ainda, observa-se que o teste de independência foi significativo apenas no fator antecedente familiar de depressão (p-valor = 0,007), indicando que, das condições de saúde do paciente, apenas esse fator é determinante

para caracterizar a disforia/risco para depressão. Além disso, verifica-se que o grupo que possui tal antecedente familiar de depressão apresenta 2,3 vezes a chance de desenvolver a disforia/risco para depressão que o grupo de pacientes que o paciente que não possui antecedente familiar de depressão.

Tabela 6. Distribuição do risco para depressão segundo as condições de saúde dos pacientes avaliados. Recife, PE, Brasil, 2014.

Fator avaliado	Resultado do BDI		p-valor
	Disfórico/ Risco N = 28	Ausência de transtorno	
Possui diabetes			
Não	13(21,7%)	47(78,3%)	0,205 ¹
Sim	15(32,6%)	31(67,4%)	
Possui Hipertensão Arterial Sistêmica?			
Não	6(33,3%)	12(66,7%)	0,558 ²
Sim	22(25,0%)	66(75,0%)	
Histórico familiar de diabetes			
Não	16(34,0%)	31(66,0%)	0,112 ¹
Sim	12(20,3%)	47(79,7%)	
Histórico familiar de Hipertensão arterial sistêmica			
Não	6(33,3%)	12(66,7%)	0,560 ²
Sim	22(25,3%)	65(74,7%)	
Antecedente familiar de depressão			
Não	13(18,3%)	58(81,7%)	0,007¹
Sim	15(42,9%)	20(57,1%)	
Possui Hipercolesterolemia			
Não	7(18,9%)	30(81,1%)	0,200 ¹
Sim	21(30,4%)	48(69,6%)	

¹p-valor do teste Qui-quadrado para independência (se p-valor < 0,05 o fator avaliado influencia significativamente no disforia/risco para depressão). ²p-valor do teste Exato de Fisher.

A tabela 7 apresenta o ajuste final do modelo de Poisson para disforia/risco de depressão. Foram incluídas no modelo todas as variáveis que apresentaram significância até 0,20 na análise bivariada: idade (p-valor = 0,055), situação conjugal (p-valor = 0,019), possui filhos (p-valor = 0,068), rendimento mensal (p-valor = 0,115), histórico familiar de diabetes (p-valor = 0,112), antecedentes familiar de depressão (p-valor =

0,007) e possui hipercolesterolemia (p -valor = 0,200). Através dela verifica-se que apenas as variáveis: situação conjugal, possuir filho e antecedente familiar de depressão foram significativos para a disforia/risco de depressão. Ainda, observa-se que o grupo de pacientes que mora com o esposo/companheiro apresenta 1,07 chances a mais de desenvolver a disforia/risco de depressão do que o grupo de pacientes que é viúvo ou sem companheiro, porém, observa-se que o intervalo de confiança contém o valor unitário indicando que a chance de desenvolver a disforia/risco de depressão é idêntica nestes dois grupos avaliados. Quem nunca se casou ou morou com companheiro e quem está separado ou divorciado apresentam, respectivamente, 2,83 e 5,17 mais chances de desenvolver a disforia/risco para depressão do que os pacientes que são viúvos ou sem companheiro atual. Nestes dois últimos grupos a diferença foi significativa.

Quanto à possuir filhos, o grupo de pacientes que não possui filho apresenta 2,22 chances a mais de desenvolver a disforia/risco para depressão do que os pacientes que possui. Ainda, observa-se que o intervalo de confiança não contém a unidade o que indica diferença significativa para disforia/risco de depressão entre os que possuem e os que não possuem filhos.

Acerca da influência de antecedentes familiares de depressão na situação do paciente, verificou-se que o grupo que possui antecedente apresenta 1,83 mais chances de desenvolver a disforia/risco para depressão do que o grupo de pacientes que não possui histórico familiar. O intervalo de confiança não contém a unidade o que indica que tal diferença do risco entre os dois grupos é significativa.

Tabela 7. Ajuste final do modelo de Poisson para o resultado para disforia/risco de depressão. Recife, PE, Brasil, 2014.

Fator avaliado	RP	IC(RP)	p-valor
Situação conjugal			
Mora com esposo/companheiro	2,07	0,80 – 5,36	0,133
Nunca se casou ou morou com companheiro	3,83	1,35 – 10,89	0,012
Viúvo ou sem companheiro atual ²	1,00	-	-
Separado ou divorciado	6,17	1,17 – 32,43	0,032
Possui filho			
Não	3,22	1,48 – 7,01	0,003
Sim ²	1,00	-	-
Antecedente familiar de depressão			
Não ²	1,00	-	-
Sim	2,83	1,44 – 5,56	0,002

¹p-valor da estatística de Wald (se p-valor < 0,05 existe diferença significativa para a disforia/risco de depressão quando comparado com o grupo de referência). ²Grupo de referência.

Na tabela 8 temos a distribuição do autocuidado segundo o resultado do BDI. Através dela verifica-se que tanto no grupo disfórico/risco para depressão como no grupo com ausência de transtorno houve maior prevalência de pacientes com muito bom/ótimo autocuidado (85,8% e 92,3%, respectivamente). Ainda, o teste de homogeneidade foi significativo (p-valor = 0,324) indicando que a distribuição do autocuidado é idêntica nos grupos de BDI avaliados.

Tabela 8. Distribuição do autocuidado segundo o resultado do BDI. Recife, PE, Brasil, 2014

Grau de autocuidado	Resultado do BDI		p-valor¹
	Disfórico/ Risco n = 28	Ausência de transtorno n = 78	
Péssimo	2(7,1%)	1(1,3%)	0,324
Bom	2(7,1%)	5(6,4%)	
Muito bom/ótimo	24(85,8%)	72(92,3%)	

¹p-valor do teste Exato de Fisher (se p-valor < 0,05 a distribuição do grau de autocuidado é idêntica nos dois grupos de BDI avaliados).

Discussão

O atendimento a pacientes com múltiplas doenças crônicas representa grandes custos com a saúde, o desenvolvimento de abordagens eficazes para gerir esses

cuidados complexos é necessário especialmente quando a coexistência entre distúrbios psicológicos e físicos está presente⁽¹⁵⁾.

Uma possível abordagem de organização de serviços é a identificação de grupos de coexistência de doenças⁽¹⁵⁾. Para tanto, faz-se necessário identificar quais os pacientes que apresentam maiores fatores de risco para o desenvolvimento de patologia coronariana, visto que a depressão mostra-se mais prevalente em pacientes com comorbidades clínicas mostrando-se como um fator de mal prognóstico para o desenvolvimento do autocuidado concorrendo para complicações e morte⁽¹⁵⁾.

O termo “fator de risco” (FR) surgiu pela primeira vez em 1961, quando foram divulgados os achados do *Framingham Heart Study*. Esse estudo pioneiro objetivou identificar FR para DAC ao se comparar indivíduos doentes com aqueles que não tinham a doença. Mais tarde, estes fatores foram relacionados com uma maior incidência de doença, sendo denominados fatores de risco, isto é, fator que desempenha um papel no desenvolvimento de determinada patologia, podendo ser classificados como modificáveis e não modificáveis⁽¹⁶⁾. Dentre os fatores de risco não modificáveis, associados ao desenvolvimento das DCVs, podem ser citados a idade acima de 55 anos e história familiar de DCV. Figuram-se entre os fatores de risco modificáveis a dislipidemia (DLP), tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), inatividade física, obesidade, diabetes mellitus (DM), dietas não saudáveis e estresse psicossocial⁽¹⁷⁾.

Estudo realizado na Venezuela, corrobora os dados encontrados neste estudo em que a idade entre 60 anos ou mais é vista como a de maior prevalência no desenvolvimento do infarto⁽¹⁸⁾. Estudos revelam que a faixa etária predominantemente acometida é o reflexo do processo de desenvolvimento da placa aterosclerótica na parede arterial coronariana uma vez que o fibroateroma precoce inicia-se em adolescentes e nos adultos jovens, continuando ao longo da vida. O

ateroma avançado ocorre em pessoas com mais de 55 anos de idade. Nesse estágio, desenvolve-se uma capa fibrosa fina por ação enzimática proteolítica, que pode se romper, expondo a parede arterial trombogênica e produzindo trombose⁽¹⁷⁾. Quanto ao estado civil, os casados são os que apresentam maiores riscos para o desenvolvimento da doença arterial coronariana⁽¹⁹⁾, corroborando os dados encontrados no estudo em questão.

Com relação ao grau de instrução, observou-se que houve predominância do ensino primário, o que também foi observado pelo estudo FRICAS⁽¹⁹⁾. É destacada uma associação entre o baixo nível socioeconômico e a precariedade na saúde da população ao longo dos séculos. Com relação às DCVs, estudos prospectivos e um considerável corpo de evidências relativamente novas têm apontado para a constatação de que uma baixa condição socioeconômica constitui-se em fator independente de risco para o desenvolvimento dessas doenças. Há, portanto, uma relação inversa, de sorte que, quanto mais alto o nível socioeconômico, mais baixa a ocorrência das DCVs⁽¹⁹⁾.

O estudo caso-controle AFIRMAR conduzido no Brasil para avaliar fatores de risco para IAM, concluiu que nível de educação e renda familiar estiveram inversamente relacionados com o desenvolvimento de DCV, o que apoia a existência de associação entre baixa escolaridade e risco de desenvolvimento de Síndromes Coronarianas Agudas (SCA)⁽²⁰⁾. O grau de instrução mostra-se como um fator determinante na prevenção secundária. Quanto maiores os níveis instrucionais, melhor será a adesão a ações de autocuidado como deixar de fumar, ficar ativo e frequentar ações de reabilitação cardíaca. A aquisição de ações e práticas de promoção à saúde estão diretamente ligadas a melhores prognósticos no curso desta doença⁽²¹⁾.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares dentre elas o infarto agudo do miocárdio são inúmeros, fazendo-se necessário o controle e

acompanhamento desses indivíduos com mais afinco na prevenção de comorbidades e promoção da saúde. O estudo FRICAS, corroborando com os dados deste estudo em questão, observou que a presença de hipertensão arterial sistêmica, da hipercolesterolemia e o tabagismo são fatores de risco significativos no desenvolvimento do infarto agudo do miocárdio⁽¹⁹⁾. O estudo INTERHEART mostrou que o tabagismo, com um consumo de um a cinco cigarros/dia aumenta o risco de IAM em 40%. Isto poderia cancelar os efeitos benéficos da prevenção secundária, como ácido acetilsalicílico, que reduz o risco em 20%; também eliminaria até 75% do benefício de ingerir estatinas, sendo que este risco aumenta com uma maior quantidade de tabaco/dia⁽²²⁾.

As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia enfatizam a importância do controle dos fatores modificáveis, como HAS, DM e DLP, além de destacá-los como marcadores independentes de pior prognóstico entre indivíduos com DCV. Compreende-se a prevenção como pilar fundamental para a diminuição das taxas de morbidade e comorbidade, a qual deve ser priorizada a indivíduos que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento de SCA⁽¹⁷⁾.

A maneira mais eficaz de reduzir o impacto das doenças cardiovasculares, em nível populacional, é o desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento dos seus FR. A enfermagem deve conhecer os fatores de risco implicados no desencadeamento de SCA, e quais as mais presentes na sua área de atuação, a fim de atuar de forma mais incisiva no desenvolvimento de programas capazes de reduzir a morbidade e mortalidade por DCV⁽¹⁶⁾. O estímulo ao desenvolvimento de estratégias de promoção a saúde na interface do sistema de enfermagem apoio-educação, onde o enfermeiro, assumindo seu papel de educador transformador pode lançar mão do desenvolvimento

de estratégias de prevenção aos fatores de risco modificáveis, através de ações de educação em saúde junto ao paciente e família.

Os transtornos do humor, dentre eles a depressão e a disforia, quando se desenvolvem no curso de outras doenças como o infarto do miocárdio, podem interferir diretamente no desenvolvimento de ações de autocuidado que é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar^(23,24). Neste estudo, o risco para depressão e disforia mostrou prevalência de 26,4%, revelando-se como um alerta para os profissionais de saúde. Estudo realizado na cidade do Recife constatou prevalência de 35,2% de risco para depressão ou disforia. É relatado na literatura prevalência deste risco entre 15 – 30%.^(9,21).

A depressão interfere no prognóstico de pacientes com doença arterial coronariana, em especial nos pacientes pós-infarto agudo do miocárdio, aumentando os riscos de efeitos adversos e o aumento dos custos com a saúde⁽²¹⁾. Obinômio depressão e infarto do miocárdio esta relacionada ao aumento da mortalidade, desenvolvimento de incapacidades e diminuição da qualidade de vida⁽¹⁵⁾.

A depressão esta associada a não adesão a hábitos e estilo de vida saudáveis bem como a baixa adesão as medicações prescritas, de grande importância entre os pacientes com infarto do miocárdio⁽²³⁾. Mostra-se essencial o desenvolvimento de ações de autocuidado pelos indivíduos acometidos por patologias cardíacas. Este autocuidado pode ser influenciado por alguns fatores condicionantes básicos como depressão⁽²⁴⁾. Deste modo, rastrear o risco de desenvolvimento desta enfermidade, mostra-se determinante na atenção a saúde dos pacientes com patologias cardíacas, já que os sintomas depressivos tem um forte efeito adverso em pacientes coronariopata^(23,25).

Para rastrear o risco de desenvolvimento de depressão nos pacientes com infarto do miocárdio mostra-se fundamental identificar os fatores predisponentes para o desenvolvimento deste risco. O estado civil constituiu-se um fator de risco, sendo evidenciado no estudo que o indivíduo separado ou divorciado detém o maior risco para o desenvolvimento de depressão pós-infarto, bem como os pacientes que não possuem filhos e que tem histórico familiar de depressão. Estes achados são corroborados por alguns estudos como os realizados na Europa, onde os indivíduos que não possuem relações afetivas possuem o maior risco para o desenvolvimento da depressão^(23,26). Estudo realizado na Califórnia constatou que o histórico familiar de depressão constitui um fator de risco significativo para o desenvolvimento de depressão pós-infarto do miocárdio⁽²⁷⁾.

As relações sociais podem de várias formas, promover melhores condições de saúde. Indivíduos que não compartilham de redes de apoio podem apresentarseveros efeitos negativos na capacidade cognitiva geral além da depressão. Pessoas que possuem condutas interpessoais efetivas são capazes de desenvolver redes sociais de apoio, que operam como um dos fatores mais relevantes na recuperação e prevenção dos problemas de saúde mental⁽²⁸⁾, diminuindo a ocorrência de desenvolvimento de risco para depressão.

Grupos de seres humanos com relações estruturadas delegam tarefas e dividem as responsabilidades da prestação de cuidados aos seus pares que vivenciam alguma dificuldade quanto autocuidado. Neste aspecto, as redes de apoio, tanto emocional quanto funcional, podem intervir no déficit de autocuidado desses pacientes mediante sentimentos de solidariedade, confiança, valorização e melhor adequação do indivíduo às situações difíceis, a exemplo dos problemas cardiovasculares. Evidencia-se o valor do papel dos familiares como agentes

colaboradores em face da possibilidade de influenciar diretamente no tratamento, nos comportamentos de autocuidado e na mudança do estilo de vida⁽²⁹⁾.

A partir desta perspectiva o enfermeiro, enquanto membro de uma equipe interdisciplinar pode trabalhar com estes indivíduos de maior risco, estimulando o desenvolvimento de seu autocuidado através do sistema de apoio-educação no ambiente ambulatorial⁽²⁴⁾. O enfermeiro pode lançar mão de estratégias de desenvolvimento do autocuidado guiando e orientando os pacientes de maior risco e seus familiares, proporcionando apoio físico e psicológico e ensinando os indivíduos a se cuidarem⁽²⁴⁾. O organismo humano é estimulado a descobrir, desenvolver meios e transmitir aos outros suas necessidades de insumos. Assim, a escuta ativa do profissional ou mesmo de pessoas amigas torna-se fundamental ao auxiliar o paciente a se autodescobrir e comunicar suas necessidades. Isso pode fornecer uma sensação de alívio e bem-estar ao indivíduo em tratamento de cardiopatia isquêmica⁽²⁹⁾.

Este estudo observou que o risco para depressão bem como a disforia não se relacionam com o desenvolvimento do déficit do autocuidado nos pacientes após 30 a 60 dias de evolução da doença. Mostra-se necessário nos indivíduos que possuem risco para depressão após o infarto agudo do miocárdio o desenvolvimento dos requisitos de autocuidado nos desvios de saúde. Para tanto, faz-se necessária a busca pela assistência a saúde apropriada, a realização efetiva das medidas diagnósticas, terapêuticas e reabilitativas prescritas bem como aprender a viver com os efeitos de condições e estados patológicos e com as consequências do IAM e das medidas de tratamento no estilo de vida⁽²⁴⁾.

Como os indivíduos do estudo foram diagnosticados com infarto do miocárdio recente, possivelmente não percebem o efeito do transtorno do humor

na sua nova condição de saúde e na capacidade dos mesmos desenvolverem ações de autocuidado. Entretanto, com a evolução da doença esses dados podem mostrar diferenças significativas como observado em estudo norte americano, onde os pacientes apresentaram redução significativa no desempenho do autocuidado 30 dias após a alta hospitalar⁽³⁰⁾.

Outro estudo norte americano observou que após 12 meses de evolução da doença, os indivíduos apresentavam redução no desempenho do autocuidado⁽¹⁵⁾. Com o acompanhamento ambulatorial, a enfermagem pode rastrear os pacientes em risco para o desenvolvimento da depressão⁽³⁰⁾ e trabalhar com estes indivíduos o desenvolvimento do autocuidado na perspectiva do sistema de apoio-educação, guiando e orientando, proporcionando apoio físico e psicológico e ensinando as necessidades e adaptações à nova condição de saúde^(15,24).

O sistema de enfermagem de apoio-educação remete aos pensamentos de educação de Paulo Freire. A prática educativa requer uma relação dialógica do enfermeiro com o paciente e família. No contexto da educação popular em saúde é enfatizado um discurso transformador, mediado pela participação do sujeito de forma ativa, crítica e questionadora e não por uma participação por extensão. A prática do ensinar deve ser realizada de forma aberta, humana, ouvindo o outro, abrindo portas para a participação do paciente, para que ele possa optar no seu tratamento. Essa prática deve se realizar de forma horizontal, onde o enfermeiro é o educador, mas também é o educando, pois escuta, apreende e valoriza o saber popular do paciente.

Surge, a partir desta perspectiva, uma nova oportunidade de realizar o trabalho da enfermagem, através de uma prática modificada pela troca de conhecimentos, baseada na atuação do indivíduo em todo processo de cuidado⁽³¹⁾. O

essencial é ajudar o ser humano a ajudar-se, é assegurar conhecimentos e habilidades para que ele possa atuar como agente de sua transformação, contribuindo para estimular e encorajar o paciente quanto a tomada de decisão e mudanças de hábitos de vida. Ressalta-se ainda que os seres humanos conseguem raciocinar e orientar seus esforços para fazerem coisas que são benéficas para si⁽²⁴⁾.

Cabe ao enfermeiro assumir seu papel social enquanto agente facilitador no processo de educação em saúde, tendo como meta que os indivíduos avancem da consciência ingênua para a consciência crítica. Para verificar o despertar da consciência crítica no indivíduo que experiência processos educativos participativos é essencial perceber marcas de transformação do seu saber, pois representam processos contínuos, na confluência de saberes, onde não será mais o saber profissional e o saber do cliente, mas a construção de um novo saber capaz de gerar mudanças de comportamentos e assumir hábitos saudáveis. O enfermeiro deve refletir juntamente com o paciente qual o seu papel no processo do autocuidado na tentativa de não direcionar a prática sem a participação do mesmo. É importante reforçar ainda seu engajamento no planejamento da assistência de enfermagem, considerando-o como um ser com capacidade criativa e reflexiva que pode optar e decidir o que é melhor para si⁽³¹⁾.

Conclusão

A prevalência do risco para depressão ou disforia foi similar à prevalência nacional, variando de 15 a 30%, o que incita como um alerta para os profissionais de saúde dispenderem maior atenção ao rastreamento do risco de desenvolvimento de depressão nos pacientes pós-infarto agudo do miocárdio.

Para realizar o rastreamento dos pacientes em risco para depressão pós-infarto faz-se necessário o conhecimento dos fatores associados ao desenvolvimento deste transtorno do humor como os antecedentes familiares de depressão, ser divorciado e não possuir filhos. Na assistência de enfermagem aos indivíduos pós-infarto em acompanhamento ambulatorial, com o maior risco para o desenvolvimento de depressão, faz-se necessário maior estímulo às ações de autocuidado, através de uma relação de vínculo enfermeiro-paciente-família, na perspectiva do cuidado holístico.

O risco para depressão/disforia não mostrou relação com o desenvolvimento do déficit do autocuidado nos pacientes com infarto do miocárdio recente. Acompanhar esses pacientes no âmbito ambulatorial mostra-se como uma estratégia de promoção do autocuidado inserido nos requisitos de apoio-educação.

A premissa de autocuidado de Orem é contemporânea com o conceito de promoção e de manutenção da saúde, por promover o protagonismo do indivíduo no planejamento e cuidado de sua saúde, fomentado por ações de educação em saúde que assegurem conhecimentos e habilidades capazes de propiciar aos indivíduos segurança para tomada de decisões e desenvolvimento de hábitos saudáveis.

Referências

- 1Mussi FC, Pereira A. Tolerância a dor no infarto do miocárdio. Acta Paul Enferm 2010;23(1):80-7.
- 2Ministério da Saúde [homepage]. Secretaria Executiva. Datasus. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011 [citado 2014 outubro 14]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
- 3 Alves TCTF, Fráguas F, Wajngarden M. Depressão e Infarto do Miocárdio. Rev Psiq Clín 2009;36(3):88-92.

4 Reis RK, Haas VJ, Santos CB, Teles AS, Galvão MTG, Gir E. Sintomas de depressão e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Rev. Latino-Am. Enferm 2011 jul-ago; 19(4):[08 telas].

5 Prechac PM, Rocha PA, Silveira A, Ormaechea G, Perez GS. Prevalencia de depresión em la cohorte de pacientes de uma unidade de insuficiência cardíaca crónica. Rev Méd Urug 2013; 29(3):174-180.

6 Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral. Interconsulta e emergência. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.

7 Lemos C, Gottschall CAM, Pellanda LC, Muller M. Associação entre Depressão, Ansiedade e Qualidade de vida após Infarto do Miocárdio. Psic TeorPesq2008 out-dez; 24(4): 471-476.

8 Mello AP, Carvalho ACC, Higa EMS. Sintomas depressivos em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. Einstein2011; 9(3 Pt 1):326-31.

9 Bezerra SMMS, Figueiredo TR, Gurgel MA, Araújo EC, Barbosa HSC. Depressão em pacientes com infarto agudo do miocárdio: subsídios para o planejamento da assistência de enfermagem. Rev Nursing 2012; 15(170): 389-394.

10 Candido MCFS, Furegato ARF. Transtornos depressivos: um material didático para educação a distância. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 set; 12 (3): 473-78.

11 Santos ZMSA, Oliveira VLM. Consulta de enfermagem ao cliente transplantado cardíaco- impacto das ações educativas em saúde.Rev Bras Enferm. 2004 nov/dez; 57(6): 654-7.

12 Ponte KMA, Silva LF, Aragão AEA, Guedes MVC, Zagonel IPS. Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual de mulheres com infarto agudo do miocárdio. Esc Anna Nery 2012 out -dez; 16 (4):666 – 673.

13Gorestein C, Andrade L. Inventário de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. RevPsiq Clín 1998;25(5): 245-50.

14Silva JV. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. Rev Elet Acervo Saude 2013; 5(2): 426-447.

15 Katon WJ, Lin EHB, Korff MV, Ciechanowski P, Ludman EJ, Young B, Peterson D, Rutter CM, McGregor M, McCulloch D. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med*. 2010 December 30; 363(27): 2611–2620.

16 Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm*. Porto Alegre (RS) 2010 mar;31(1):129-35.

17 Brunori EHFR, Lopes CT, Cavalcante AMRZ, Santos VB, Lopes JL, Barros ALBL. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014 jul.-ago.;22(4):538-46.

18 Ramírez ML, Moreno AJQ, Ramírez DL. Caracterización del infarto agudo del miocárdio em la clínica popular “Simón Bolívar”. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2009 oct-dic; 25(4).

19SilvaMAD, Sousa AGMR, Schargodsky H. Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio no Brasil: Estudo FRICAS. *Arq Bras Cardiol* 1998; 71 (5).

20Piegas LS, Avezum A, Pereira JCR, Neto JMR, Hoepfner C, Farran JA, et al. Risk factors for myocardial infarction in Brazil. *Am Heart J* 2003;146(2):331-8.

21 Myers V, Gerber Y, Benyamini Y, Goldbourt U, Drory Y. Post-myocardial infarction depression: Increased hospital admissions and reduced adoption of secondary prevention measures — A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research* 2012;72: 5–10.

22 Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937-52.

23 Zellweger MJ, Osterwalder RH, Langerwits W, Pfisterer ME. Coronary artery disease and depression. *European Heart Journal* 2004; 25: 3–9.

24Orem DE, *Nursing: concepts of practice*. 5. ed. New York: St. Louis: Mosby-Year Book; 1995.

25 Barth J, Shumacher M, Herrmann-Linger C. Depression as a Risk Factor for Mortality in Patients With Coronary HeartDisease: A Meta-analysis. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66: 802–813.

26 Kroemeke A. Dynamics of depression symptoms after myocardial infarction: the importance of changes in hope. *Psychiatr. Pol.* 2013; 47(5): 799–810.

27 Rutledge T, Kenkre TS, Thompson DV, Bittner VA, Whittaker K, Eastwood JA, Eteiba W, Cornell CE, Krantz DS, Pepine CJ, Johnson D, Handberg EM, Merz NB. Depression, Dietary Habits, and Cardiovascular Events Among Women with Suspected Myocardial Ischemia. *The American Journal of Medicine* 2014; 127: 840-847.

28 Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Prette ZT, Prette AD. Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2007; 20 (2): 229-237.

29 Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoria do Déficit de Autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem. *Esc Anna Nery(impr.)* 2010 jul-set; 14 (3): 611-616.

30 Coyle MK. Depressive symptoms after a myocardial infarction and self-care. *Arch of Psyc Nursing* 2012 april; 26(2): 127-134.

31 Neves PS, Santo FHE, Chibante CLP. Saberes do cliente sobre os fatores de risco para doença coronariana: ações educativas do enfermeiro. *Rev. Enf. Profissional* 2014. jan/abr, 1(1):222-235.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças cardiovasculares, em especial o infarto agudo do miocárdio, constituem um sério problema de saúde pública, incapacitando milhares de vidas em plena idade produtiva. A associação desta comorbidade clínica com a depressão leva a diminuição da qualidade de vida, aumentando a morbimortalidade decorrente do infarto do miocárdio.

Segundo as evidências científicas internacionais, a depressão influencia diretamente na capacidade de autocuidado dos pacientes com infarto agudo do miocárdio. Observou-se também que mostra-se necessário dispender maior atenção aos pacientes que apresentam depressão leve mostra-se de fundamental importância já que quando comparados aos pacientes com depressão grave ou sem depressão possuem o maior risco de desenvolvimento do déficit do autocuidado, já que os sintomas peculiares ao transtorno depressivo leve podem se confundir com a patologia clínica de base, levando ao subdiagnóstico. O rastreamento do risco para depressão através de utilização de escalas pelo enfermeiro comprometido com a assistência integral mostra-se como estratégia de prevenção de agravos e promoção da saúde.

A prevalência do risco para depressão/disforia mostrou-se similar à prevalência nacional que varia entre 15-30%, contribuindo como um alerta para os profissionais de saúde. Identificar os indivíduos de maior risco para o desenvolvimento de depressão como os divorciados, que não possuem filhos e os que possuem antecedentes familiares de depressão mostra-se benéfico, quando utilizado no auxílio ao diagnóstico precoce. Lança-se mão da utilização pela equipe interdisciplinar, de escalar para detecção precoce do risco para depressão como o inventário de depressão de Beck.

No presente estudo, o risco para depressão/disforia não mostrou influência no desempenho do autocuidado nos pacientes com infarto do miocárdio recente; contudo, a evolução da doença pode trazer resultados sóbrios como descrito em diversos estudos na literatura. Neste ínterim, a atuação da enfermeira no ambiente ambulatorial, desenvolvendo estratégias de promoção da saúde, no estímulo a ações de autocuidado através do sistema de apoio-educação, faz com que o indivíduo seja corresponsável pelo seu cuidado, desenvolvendo autonomia sob sua vida e seu bem estar.

Os papéis da enfermeira e do paciente são complementares, rememorando a ideia de a enfermeira ser o “outro eu”. A ação da enfermagem é análoga à ação de autocuidado, no entanto elas diferem no sentido que a ação de enfermagem é exercida

para o bem estar dos outros e a ação de autocuidado é desenvolvida e exercida em benefício próprio. Cabe à enfermeira estimular o autocuidado no âmbito de estratégias educativas em saúde. Enfermeiro e paciente trabalhando juntos para atingir a meta do autocuidado.

O estudo teve algumas limitações como o baixo nível instrucional dos participantes, o que influenciou diretamente no entendimento de alguns questionamentos durante as entrevistas, exigindo da pesquisadora um maior tempo para aplicações das escalas e questionários, muitas vezes esclarecendo o significado de alguns termos e palavras a fim de obter resultados mais precisos. Como se tratou de um estudo de corte transversal, o tempo de coleta de dados mostra-se como um aspecto limitante, sendo necessário o desenvolvimento de estudos de coorte para estabelecer o período exato do desenvolvimento do déficit do autocuidado em pacientes com risco para depressão após infarto do miocárdio.

Como houve uma elevada prevalência de risco para depressão em pacientes após o infarto, recomenda-se que o enfermeiro cardiologista dispenda uma maior atenção aos aspectos psicológicos durante o acompanhamento ambulatorial a estes pacientes. A utilização do Inventário de Depressão de Beck durante o internamento e o tratamento ambulatorial constitui uma ferramenta que instrumentaliza o profissional no rastreamento precoce do risco de desenvolvimento de depressão e no desenvolvimento de estratégias de apoio e educação para o autocuidado com ênfase na promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Piegas LS, Avezum A, Guimarães HP, Muniz AJ, Reis HJL, Santos ES, Knobel M, Souza R. Comportamento da Síndrome Coronariana Aguda: resultados de um registro brasileiro. *Arq Bras Cardiol* 2013;100(6):502-510.

2. Marcolino MS, Brant LCC, Araújo JG, Araújo JG, Nascimento BR, Castro LRA, Martins P, Lodi-Junqueira L, Ribeiro AL. Implantação da linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio no município de Belo Horizonte. *Arq Bras Cardiol* 2013;100(4):307-314.

3. Brunori EHFR, Lopes CT, Cavalcante AMRZ, Santos VB, Lopes JL, Barros ALBL. Associação de fatores de risco cardiovasculares com as diferentes apresentações da síndrome coronariana aguda. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2014 jul.-ago;22(4):538-46.

4. Pedrosa LC, Oliveira WOJ. Doenças do Coração: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Revinter; 2011.

5. Alves TCTF, Fráguas F, Wajngarden M. Depressão e Infarto do Miocárdio. *Rev Psiquiatr* 2009;36(3):88-92.

6. Ponte KMA, Silva LF, Aragão AEA, Guedes MVC, Zagonel IPS. Contribuição do cuidado clínico de enfermagem para o conforto psicoespiritual de mulheres com infarto agudo do miocárdio. *Esc Anna Nery* 2012 out -dez; 16 (4):666 – 673.

7. Reis RK, Haas VJ, Santos CB, Teles AS, Galvão MTG, Gir E. Sintomas de depressão e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev. Latino-Am. Enferm* 2011 jul-ago; 19(4):[08 telas].

8. Stefanelli MC, Fukuda IMK, Arantes EC. Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. São Paulo: Manole; 2011.

9. Lemos C, Gottschall CAM, Pellanda LC, Muller M. Associação entre Depressão, Ansiedade e Qualidade de vida após Infarto do Miocárdio. *Psic Teor Pesq* 2008 out-dez; 24(4): 471-476.

10. Perez GH, Nicolau JC, Romano BW, Laranjeira R. Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis: diferença entre homens e mulheres. *Arq Bras Card* 2005 nov; 85(5).

11. World Health Organization - WHO (2001). World Health Report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope, 2, 29-30.
12. Mello AP, Carvalho ACC, Higa EMS. Sintomas depressivos em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda. *Einstein* 2011; 9(3 Pt 1):326-31.
13. Calderón J, Gabrielli L, González M, Villarroel L, Castro P, Corbalán R. Prevalencia y evolución de síntomas depresivos en pacientes hospitalizados por infarto agudo al miocardio y su relación con procedimientos de revascularización. *Rev Med Chile* 2010; 138: 701-706.
14. George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Artmed; 2000.
15. Monteiro EMLM. Autocuidado e o adulto portador de asma: sistematização da assistência de enfermagem [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2001.
16. Silva MAD, Sousa AGMR, Schargodsky H. Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio no Brasil: Estudo FRICAS. *Arq Bras Cardiol* 1998; 71 (5).
17. Lima FET, Araújo TL, Serafim ECG, Custódio IL. Protocolo de consulta de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão. *Rev. Latino- Am. Enfermagem* 2010 mai-jun; 18(3): [08 telas].
18. Santos ES, Minuzzo L, Pereira MP, Castillo MTC, Palácio MAG, Ramos RF, Timerman A, Piegas LS. Registro de Síndrome Coronariana Aguda em um centro de emergência em cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2006; 87: 597-602.
19. Ramírez ML, Moreno AJQ, Ramírez DL. Caracterización del infarto agudo del miocárdio en la clínica popular “Simón Bolívar”. *Ver Cubana Med Gen Integr* 2009 oct-dic; 25(4).
20. Braunwald E. Tratado de doenças cardiovasculares. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
21. Avezum A, Guimarães HP, Berwanger O, Piegas L. Aspectos epidemiológicos do infarto agudo do miocárdio no Brasil. *Topic em Epidemiol* 2005: 93-96.

22. Ministério da Saúde [homepage]. Secretaria Executiva. Datasus. Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Consolidação da base de dados de 2011 [citado 2014 outubro 14]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
23. Serrano CVJ, Timerman A, Stefanini E. Tratado de Cardiologia – SOCESP. 2.ed. São Paulo: Manole; 2009.
24. Mussi FC, Pereira A. Tolerância a dor no infarto do miocárdio. Acta Paul Enferm 2010;23(1):80-7.
25. Damasceno CA, Queiroz TL, Santos CAST, Mussi FC. Fatores associados à decisão para procura de serviços de saúde no infarto do miocárdio: diferenças entre gêneros. Rev Esc Enferm USP 2012; 46(6): 1362-70.
26. Gelder M, Mayou R, Cowen P. Tratado de psiquiatria. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
27. Sadock BJ, Sadock VA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. São Paulo: Artmed; 2007.
28. Fernandes CS, Falcone EMO, Sardinha A. Deficiências em habilidades sociais na depressão: estudo comparativo. Psicologia: Teoria e Prática 2012; 14(1): 183-196.
29. Prechac PM, Rocha PA, Silveira A, Ormaechea G, Perez GS. Prevalencia de depresión em la cohorte de pacientes de uma unidad de insuficiência cardíaca crónica. Rev Méd Urug 2013; 29(3):174-180.
30. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. Rev Psiquiatr 2005; 32(3): 149-159.
31. Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral. Interconsulta e emergência. 3.ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
32. Candido MCFS, Furegato ARF. Transtornos depressivos: um material didático para educação a distância. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 set; 12 (3): 473-78.

33. Penã-Solano DM, Herazo-Dilson MI, Calvo-Gómez JM. Depresión em ancianos. *Rev Fac Med* 2009; 57: 347-355.
34. Coyle MK. Depressive symptoms after a myocardial infarction and self-care. *Arch of Psyc Nursing* 2012 april; 26(2): 127-134.
35. Bezerra SMMS, Figueiredo TR, Gurgel MA, Araújo EC, Barbosa HSC. Depressão em pacientes com infarto agudo do miocárdio: subsídios para o planejamento da assistência de enfermagem. *Rev Nursing* 2012; 15(170): 389-394.
36. McEwen M, Wills EM. *Theoretical basis for nursing*. 2. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
37. Orem DE, *Nursing: concepts of practice*. 5. ed. New York: St. Louis: Mosby-Year Book; 1995.
38. Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, Thombs BD, Melle JPV, Jonge P. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis of 25 years of research. *General Hospital Psychiatry*. 2011; 33: 203-216.
39. Matos E, Pires DEP. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(2):338-46.
40. Santos ZMSA, Oliveira VLM. Consulta de enfermagem ao cliente transplantado cardíaco- impacto das ações educativas em saúde. *Rev Bras Enferm*. 2004 nov/dez; 57(6): 654-7.
41. Santos I, Sarat CNF. Modalidades de aplicação da teoria do autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira. *Rev Enferm UERJ*. 2008 jul/set; 16(3): 313-8.
42. Vitor AF, Lopes MVO, Araujo TL. Teoria Déficit de autocuidado: análise de importância. *Esc Anna Nery(impr.)* 2010 jul-set; 14 (3):611-616.

43. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis 2008 out-dez; 17(4): 758-764.
44. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e com fazer. *Einstein* 2010; 8(1 Pt 1): 102-106.
45. Toledo MM. Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: revisão integrativa [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.
46. Sampieri RH, Collado CF, Lucio MPB. Metodologia de Pesquisa. 3. ed. São Paulo: Penso; 2013.
47. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. São Paulo: Artmed; 2008.
48. Gorestein C, Andrade L. Inventário de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín* 1998;25(5): 245-50.
49. Evers GCM, Isemberg MA, Philipsen H, Senten M, Brouns G. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the selfcare agency A.S.A.-scale. *J Nurs Stud* 1993; 30(4): 331-342.
50. Silva JV. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. *Rev Elet Acervo Saude* 2013; 5(2): 426-447.
51. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n 466/2012 Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO

01 N° Questionário: _____	NQUEST: _____	N do prontuário: _____	NPRONT: _____
02 Data da entrevista: ____/____/____			

B) FATORES SÓCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

03. Sexo (0) Masculino (1) Feminino	SEXO: _____	04. Cor/Raça (0) Branca (3) Amarela (1) Preta (4) Indígena (2) Parda (9) Ignorado	COR: _____
05. Idade (anos comple.)		IDADE: _____	
06. Situação Conjugal (0) Mora com o esposo (a) ou companheiro (a) (1) Nunca se casou ou morou com companheiro (a) (2) Viúvo (a) ou sem companheiro (a) atual (3) Separado (a) ou divorciado (a) (9) Ignorado ESTADOCONJ: _____		07. O Sr(a) tem/teve filhos? FILHOS: _____ (0) Não (1) Sim (9) Ignorado	
08. Número de filhos (Se sim na questão anterior). (1) 1 filho (2) 2 filhos (3) 3 filhos (4) 4 filhos (5) > 4 filhos (8) Não se Aplica (9) Ignorado NFILHO: _____		9. Qual sua escolaridade? (anos de estudo com aprovação) (0) Superior completo (1) Superior incompleto (2) 2º grau completo (3) 2º grau incompleto (4) 1º grau completo (5) 1º grau incompleto (6) Primário completo (7) Primário incompleto (8) Nenhum (9) Ignorado ESCOLARIDADE: _____	
10. Fonte de renda: SITUPREV: _____ (0) Aposentado(a) (1) Pensionista (2) Benefício de prestação continuada (3) Trabalho assalariado (4) Trabalhador Autônomo (5) Bolsa família (9) Ignorado		11. Rendimento mensal familiar: RENDA: _____ (0) Menos de 1 salário mínimo (Até R\$ 545,00) (1) De 1-2 salários mínimos (De R\$545,00 a R\$1.090,00) (2) De 2-4 salários (De R\$ 1.090,00 a R\$ 2.180) (3) Mais de 4 salários (Mais de R\$ 2.180,00) (4) Sem renda (9) Ignorado	
12. Contribuição para o sustento da casa (0) Sim, totalmente (1) Sim, parcialmente (2) Não contribui (9) Ignorado SUSTFAM: _____			

C) CONDIÇÃO DE SAÚDE

13. Possui diabetes? (0) Não (1) Sim (9) Ignorado DIABTES _____	14. Possui Hipertensão Arterial Sistêmica? (0) Não (1) Sim (9) Ignorado HAS _____
15. Histórico familiar de diabetes? (0) Não (1) Sim (9) Ignorado HD _____	16. Histórico familiar de Hipertensão arterial sistêmica? (0) Não (1) Sim (9) Ignorado HHAS _____
17. Doença prévias; (0) Não (1) Hipotireoidismo (2) Doença reumática (3) AVC prévio DP _____ (4) Doença congênita (5) Câncer (6) Outros (9) Ignorado -----	18. Antecedente familiar de depressão? (0) Não (1) Sim (9) Ignorado AFD _____

D) CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

19. Realizou Cinecoronarioangiografia? (0) Não CATE _____ (1) Sim (9) Ignorado	
20. Possui Hipercolesterolemia (quantidade de colesterol acima da faixa de normalidade (acima de 200 mg/dL) no sangue.)? (0) Não (1) Sim (9) Ignorado HICOL _____	21. Artéria coronariana lesionada: (0) Descendente anterior esquerda (1) Circunflexa (2) Marginal (3) Diagonal PERDAFAM _____ (4) Coronária direita (5) Tronco de Coronária Esquerda (6) Ventricular Posterior (7) Descendente posterior (8) Não se Aplica (9) Ignorado
22. Grau de obstrução coronariana (0) Leve (1) Moderado OBSCOR _____ (2) Grave (8) Não se Aplica (9) Ignorado	23. Realizou angioplastia coronariana transluminal percutânea (ATCP)? (0) Não RACPT _____ (1) Sim (8) Não se Aplica (9) Ignorado

E) FATORES COMPORTAMENTAIS RELACIONADOS À SAÚDE

Hábito de Ingerir Bebida Alcoólica (cerveja, vinho, cachaça ou qualquer outro tipo)	
24. O Sr (a) faz ou já fez uso de bebida alcoólica? (0) Não (1) Sim (2) Bebeu e parou (9) Ignorado	BEBALCOOL: _____
25. Com que frequência o Sr (a) ingere bebida alcoólica? (0) Não ingere bebida alcoólica (1) Quase todos os dias (2) 3 a 4 dias/semana (3) 1 a 2 dias/semana (4) 2 a 3 dias/mês (5) 1 vez/mês (6) Todos os dias (9) Ignorado	FREQBEBALCO: _____
26. O Sr (a) começou a beber com quantos anos? (0) não bebe (1) Anos _____ (9) Ignorado	IDADEBEBE: _____
27. O Sr (a) parou de beber a quanto tempo? (0) Não bebe (1) Anos: _____; Meses: _____ (2) ainda bebe (9) Ignorado	TEMPPAROU: _____

Hábito de Fumar	
28. O Sr (a) fuma ou já fumou tabaco ou derivados? (0) Não (1) Sim (2) Fumou e parou (9) Ignorado	FUMA: _____
29. O que o Sr (a) fuma? (0) Não fuma (1) tabaco (2) cachimbo (3) maconha (4) crack (9) Ignorado	OQUEFUMA: _____
30. O Sr (a) fuma quantos cigarros por dia? (0) Não fuma (1) 1 a 10 cigarros ou derivados/semana (2) 1 a 10 cigarros ou derivados (até meio maço/dia) (3) 11 a 20 cigarros ou derivados (meio a 1 maço/dia) (4) Mais de 20 cigarros ou derivados (mais de 1 maço/dia) (9) Ignorado	QUANTOCIGAR: _____
31. O Sr (a) começou a fumar com quantos anos? (0) não fuma (1) Anos _____ (9) Ignorado	IDADEFUMA: _____
32. O Sr (a) parou de fumar a quanto tempo? (0) Não fuma (1) Anos: _____; Meses: _____ (2) ainda fuma (9) Ignorado	TEMPPAROU: _____

APÊNDICE B
INFORME SUMÁRIO

RISCO PARA DEPRESSÃO APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO

No período de março à junho de 2014 ocorrerá a coleta de dados da pesquisa acima intitulada. Esse procedimento é responsabilidade exclusiva da enfermeira Tatiane Lins da Silva do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPE. A pesquisa, matriculada no DEP-HPS e aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 26578314.0.0000.5208) inclui apenas pacientes que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio e estão no momento da primeira consulta no ambulatório de cardiologia - HPS. Favor observar o calendário semanal abaixo para envio de pacientes:

HORÁRIOS	SEGUNDA- FEIRA	TERÇA- FEIRA	QUARTA- FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA- FEIRA
07:00 ÀS 09:30		COLETA DE DADOS	COLETA DE DADOS	COLETA DE DADOS	COLETA DE DADOS
09:30 ÀS 12:00		COLETA DE DADOS	COLETA DE DADOS	COLETA DE DADOS	COLETA DE DADOS
12:00 ÀS 14:30	COLETA DE DADOS	COLETA DE DADOS			COLETA DE DADOS
14:30 ÀS 17:00	COLETA DE DADOS	COLETA DE DADOS			COLETA DE DADOS

Para outras informações favor contactar a DEP-HPS ou a pesquisadora no ambulatório-HPS (830451).

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título: Risco para depressão após infarto agudo do miocárdio: implicações para o autocuidado

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Tatiane Lins da Silva

telefone da autora: **(81)97705872**

e-mail: **tatianelinssilva@gmail.com**

Orientadora: Dr Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa Risco para depressão após o Infarto Agudo do Miocárdio: implicações para o autocuidado, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Tatiane Lins da Silva que poderá ser encontrada no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco localizado na Avenida Professor Moraes Rêgo. S/N. Anexo ao Hospital das Clínicas – 1 andar. Cidade Universitária. Recife/PE. CEP: 50.670-901. Como também pelo telefone (81) 97705872 para contato do pesquisador responsável (inclusive ligações a cobrar) e está sob a orientação da Dr Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti.

Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr.(a) não será punido (a) de forma alguma. O (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo, sem qualquer punição.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

O presente estudo tem por objetivo avaliar como o Infarto Agudo do Miocárdio pode alterar o humor e a capacidade das pessoas em se cuidarem. Sua participação nesse estudo é voluntária. Nenhum pagamento ou prejuízo para o (a) senhor (a), nem para o hospital resultará deste estudo. Contudo, ele pode contribuir para entender melhor sua doença e como os pacientes se sentem após um infarto. Será garantido o segredo das informações fornecidas aos pesquisadores, sendo também garantido que ninguém conheça o nome dos participantes da pesquisa.

Caso aceite participar, algumas perguntas sobre sua vida e seus hábitos lhe serão feitas e a pesquisadora poderá necessitar anotar o resultado de seus exames cardiológicos. Caso o (a) senhor (a) não se sinta a vontade em participar poderá recusar ou desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem que isso cause prejuízo para seu acompanhamento no Hospital Pelópidas Silveira.

A pesquisa ocasionará pouco risco, o senhor (a) poderá se sentir envergonhado ao responder algumas perguntas de cunho pessoal e este será minimizado ou anulado uma vez que o senhor poderá se ausentar da pesquisa a qualquer momento bem como solicitar novos esclarecimentos. Como benefícios diretos desse estudo poderemos identificar qual a prevalência de risco de depressão após o infarto agudo do miocárdio e como ele pode afetar a capacidade da pessoa em se cuidar. Caso seja identificado, a partir da aplicação dos questionários, o risco para depressão será comunicado ao cardiologista que irá acompanhar o senhor. Como benefícios indiretos ofereceremos informações para a equipe de enfermagem melhor planejar o cuidado aos pacientes infartados com risco para depressão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o segredo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa como os questionários e TCLE assinados ficarão armazenados no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco sob a responsabilidade do orientador, no endereço acima informado, pelo período de 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Tatiane Lins da Silva
Pesquisador responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO:

Eu,

—,

CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“Risco para Depressão após Infarto Agudo do Miocárdio: implicações para o autocuidado”**, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela autora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

Recife, _____ de _____ de 2014.

Nome do Participante

Assinatura

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Nome Testemunha 1

Assinatura

APÊNDICE D**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do Projeto de Pesquisa: **“Risco para Depressão após Infarto Agudo do Miocárdio: implicações para o autocuidado”**.

Pesquisadora responsável: Tatiane Lins da Silva

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Pernambuco / Departamento de Enfermagem

Contato: Tatiane Lins da Silva

Telefone: (81) 97705872

E-mail: tatianelinssilva@gmail.com

Local da coleta de dados: Ambulatório de Cardiologia do Hospital Pelópidas Silveira-IMIP/SES/SUS

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes do estudo, cujos dados serão coletados através da aplicação de um questionário estruturado ao pacientes de primeira consulta após alta hospital no ambulatório de egressos em cardiologia com diagnóstico no momento da alta hospitalar de Infarto Agudo do Miocárdio. As informações provenientes do questionário serão utilizadas para execução deste projeto e composição de um banco de dados.

As informações só poderão ser divulgadas de forma anônima e os formulários de coleta de dados bem como os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido serão guardados por cinco anos pelo pesquisador responsável. Após esse período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE em 07/02/2014, com o número do CAAE 26578314.0.0000.5208

Recife, 26 de fevereiro de 2015.

Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti

Orientadora

Tatiane Lins da Silva

Pesquisadora Responsável

COREN: 253.440

ANEXOS

ANEXO A

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK – BDI

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

01. (0) Não me sinto triste. (1) Sinto-me triste. (2) Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo. (3) Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.	02. (0) Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro. (1) Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro. (2) Sinto que não tenho nada a esperar. (3) Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.
03. (0) Não me sinto fracassado(a). (1) Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio. (2) Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos. (3) Sinto que sou um completo fracasso.	04. (0) Eu tenho tanta satisfação nas coisas, como antes. (1) Não tenho satisfações com as coisas, como costumava ter. (2) Não consigo sentir verdadeira satisfação com alguma coisa. (3) Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo
05. (0) Não me sinto particularmente culpado(a). (1) Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo. (2) Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo. (3) Sinto-me culpado(a) durante o tempo todo.	06. (0) Não me sinto que esteja a ser punido(a). (1) Sinto que posso ser punido(a). (2) Sinto que mereço ser punido(a). (3) Sinto que estou a ser punido(a).
07. (0) Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a). (1) Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a). (2) Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a). (3) Eu odeio-me.	08. (0) Não me sinto que seja pior que qualquer outra pessoa. (1) Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros. (2) Culpo-me constantemente pelas minhas faltas. (3) Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.
09. (0) Não tenho qualquer ideia de me matar. (1) Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar. (2) Gostaria de me matar. (3) Matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.	10. (0) Não costumo chorar mais do que o habitual. (1) Choro mais agora do que costumava fazer. (2) Actualmente, choro o tempo todo. (3) Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
11. (0) Não me irrita mais do que costumava. (1) Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava. (2) Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a). (3) Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.	12. (0) Não perdi o interesse nas outras pessoas. (1) Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas. (2) Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas. (3) Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. (0) Tomo decisões como antes. (1) Adio as minhas decisões mais do que costumava. (2) Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que	14. (0) Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser. (1) Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada

antes. (3) Já não consigo tomar qualquer decisão.	atraente. (2) Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente. (3) Considero-me feio(a).
15. (0) Não sou capaz de trabalhar tão bem como antes. (1) Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa. (2) Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa. (3) Não consigo fazer nenhum trabalho.	16. (0) Durmo tão bem como habitualmente. (1) Não durmo tão bem como costumava. (2) Acordo 1 ou 2 horas antes que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer. (3) Acordo várias vezes mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. (0) Não fico mais cansado(a) do que o habitual. (1) Fico cansado(a) com mais dificuldade do que antes. (2) Fico cansado(a) ao fazer quase tudo. (3) Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.	18. (0) O meu apetite é o mesmo de sempre. (1) Não tenho tanto apetite como costumava ter. (2) O meu apetite, agora, está muito pior. (3) Perdi completamente o apetite
19. (0) Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente. (1) Perdi mais de 2,5 kg. (2) Perdi mais de 5 kg. (3) Perdi mais de 7,5 kg. Estou propositadamente a tentar perder peso, comendo menos. Sim _____ Não _____	
20. (0) A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual. (1) Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago, ou prisão de ventre. (2) Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa. (3) Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa	
21. (0) Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual. (1) Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava. (2) Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual. (3) Perdi completamente o interesse na vida sexual.	
Total: _____ Classificação: _____	

ANEXO B

ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO (ASA-A).

Itens	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1- Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
2- Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	1	2	3	4	5
3- Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	1	2	3	4	5
4- Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	1	2	3	4	5
5- Quando necessário, tomo novas providências para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
6- Sempre que posso, cuido de mim.	1	2	3	4	5
7- Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim.	1	2	3	4	5
8- Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	1	2	3	4	5
9- Procuro alimentar-me de maneira	1	2	3	4	5

a manter meu peso certo.					
10- Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	1	2	3	4	5
11- Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia-a-dia.	1	2	3	4	5
12- Com o passar dos anos, fiz amigos com quem posso contar.	1	2	3	4	5
13- Geralmente durmo o suficiente para me sentir descansado.	1	2	3	4	5
14- Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	1	2	3	4	5
15- De tempos em tempos examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	1	2	3	4	5
16- Antes de tomar um remédio novo procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	1	2	3	4	5
17- No passado, mudei alguns dos meus antigos costumes para melhorar minha saúde.	1	2	3	4	5
18- Normalmente tomo providências para manter minha segurança e a de minha família.	1	2	3	4	5

19- Costumo avaliar se as coisas que faço para manter-me saudável têm dado bom resultado.	1	2	3	4	5
20- No meu dia-a-dia, geralmente encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
21- Se tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.	1	2	3	4	5
22- Procuro ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
23- Sempre acho tempo para mim mesmo.	1	2	3	4	5
24- Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo cuidar-me como gostaria.	1	2	3	4	5

ANEXO C
CARTA DE ANUÊNCIA



Ao Comitê de Ética em Pesquisa,

O Projeto de Pesquisa DEPRESSÃO APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO da pesquisadora TATIANE LINS DA SILVA está registrado nessa Diretoria de Ensino e Pesquisa sob o número 1-02&04/2013. Observadas as recomendações das Chefias de Cardiologia e Enfermagem-HPS (29-05-2013), autorizamos a apresentação do Projeto contendo o nome da Instituição Hospital Metropolitano Oeste Pelópidas Silveira – IMIP à apreciação desse comitê.

Recife, 22 de julho de 2013.

Carolina Martins
Carolina Martins

Diretoria de Ensino e Pesquisa HPS-IMIP/SES/SUS

ANEXO D

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos

CEP-CCS-UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RISCO PARA DEPRESSÃO APÓS INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO:
IMPLICAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO

Pesquisador: Tatiane Lins da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26578314.0.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa: Encaminhamento relatório final ao CEP para término da pesquisa

Data do Envio: 03/01/2015

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 930.675

Data da Relatoria: 11/01/2015

Apresentação da Notificação:

Trata o presente, do relatório final do protocolo em epígrafe cuja pesquisa foi desenvolvida para a elaboração de dissertação do Mestrado em do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE.

O estudo quantitativo, observacional, analítico, de corte transversal, visou identificar a prevalência do risco para depressão e suas repercussões para o autocuidado nos pacientes pós IAM, tendo por objetivo avaliar o risco de depressão e sua relação para o desempenho do autocuidado em pacientes que sofreram Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) acompanhamento ambulatorial, à luz da Teoria de Orem, caracterizando a amostra sob a ótica da teoria do autocuidado, tendo sido desenvolvido no ambulatório de cardiologia do Hospital Pelópidas Silveira - IMIP/SES/SUS.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

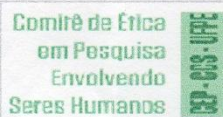
CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 930.675

Objetivo da Notificação:

A notificação apresentada teve por objetivo apresentar relatório final da pesquisa em epígrafe.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conteúdo analisado anteriormente pelo CEP, sendo considerado aprovado.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A notificação foi devidamente apresentada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conteúdo analisado anteriormente pelo CEP, sendo considerado aprovado.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Notificação aprovada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RECIFE, 09 de Janeiro de 2015

Assinado por:
GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br