

NÍVEIS DE DEPRESSÃO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA E/OU DISFUNÇÃO DIASTÓLICA

DEPRESSION LEVELS IN HEART FAILURE PATIENTS AND/OR DIASTOLIC DYSFUNCTION

Juan Breno Braga dos Santos¹, Patrick Marcelo Reis¹, Thaíse Weber Cabral^{2*}, Verônica Oliveira Theodoro², Vitória Lourenço Barbosa Nogueira³, Vania Cristina dos Reis Miranda

¹Aluno do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário FUNVIC, Pindamonhangaba-SP, Brasil.

²Fisioterapeutas, graduadas pelo Centro Universitário FUNVIC, Pindamonhangaba-SP, Brasil.

³Doutora, Docente do Curso de Fisioterapia do Centro Universitário FUNVIC, Pindamonhangaba-SP, Brasil.

*Correspondência: prof.vaniamiranda.pinda@unifunvic.edu.br

RECEBIMENTO: 17/10/21 - ACEITE: 22/04/22

Resumo

Em pacientes com Insuficiência Cardíaca, os aspectos físicos e psicológicos podem afetar o autocuidado, o que pode desencadear transtornos psicológicos desenvolvendo alterações emocionais. Assim, este estudo tem por objetivo avaliar a incidência da depressão em pacientes diagnosticados com Insuficiência Cardíaca e/ou disfunção diastólica, assim como o perfil de saúde e os fatores associáveis a esta doença. Utilizou-se como método um estudo observacional de pacientes com Insuficiência Cardíaca atendidos em Estratégias de Saúde da Família do município de Pindamonhangaba-SP. As variáveis foram apresentadas de maneira descritiva, com porcentagem, média e desvio padrão. Os sujeitos da pesquisa foram submetidos à coleta dos dados pessoais, antropométricos e parâmetros emocionais por meio do Inventário de Depressão de Beck. Os resultados foram obtidos a partir de nove pacientes de ambos os sexos, sendo 55,6% do sexo masculino, com média de idade de 62,4 anos (DP=5,1), Índice de Massa Corporal médio de 27,8 kg/cm² (DP=4,2) e média de circunferência abdominal de 96,2 cm (DP=10,6). Dentre a amostra, 66,7% possuíam Hipertensão Arterial Sistêmica e 33,3% Diabetes Mellitus. Dos voluntários com algum nível de depressão, 44,4% eram homens e 33,3% mulheres, no entanto somente as mulheres apresentaram sintomas de depressão grave, sendo 22,2% delas, e dentre os homens, 60% apresentaram sintomas leves. Conclui-se que os indivíduos com IC possuem algum nível de depressão e apresentam Hipertensão Arterial Sistêmica e diabetes como comorbidades mais comuns, assim como altos valores de Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca. Depressão. Comorbidade.

Abstract

In patients with Heart Failure, physical and psychological aspects can affect self-care, which can trigger psychological disorders, developing emotional changes. Thus, this study aims to assess the incidence of depression in patients diagnosed with Heart Failure and/or diastolic dysfunction, as well as the health profile and factors associated with this disease. An observational study of patients with Heart Failure treated in Family Health Strategies in the city of Pindamonhangaba-SP was used as a method. The variables were presented in a descriptive way, with percentage, mean and standard deviation. The research subjects were submitted to the collection of personal, anthropometric and emotional parameters through the Beck Depression Inventory. The results were obtained from nine patients of both sexes, being 55.6% male, with a mean age of 62.4 years (SD=5.1), mean Body Mass Index of 27.8 kg /cm² (SD=4.2) and mean abdominal circumference of 96.2 cm (SD=10.6). Among the sample, 66.7% had Systemic Arterial Hypertension and 33.3% had Diabetes Mellitus. Of the volunteers with some level of depression, 44.4% were men and 33.3% women, however only women had symptoms of severe depression, 22.2% of them, and among men, 60% had mild symptoms. It is concluded that individuals with HF have some level of depression and have Systemic Arterial Hypertension and diabetes as the most common comorbidities, as well as high values of Body Mass Index and Abdominal Circumference.

Keywords: Heart Failure. Depression. Comorbidity.

Introdução

Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome na qual o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades fisiológicas do corpo, assim apresentando uma alteração da função cardíaca, acarretando sinais e sintomas típicos que resultam da redução no débito cardíaco e/ou das elevadas pressões de enchimento no repouso ou no esforço.^{1,2} Pode ser determinada de acordo com a fração de ejeção (preservada, intermediária e reduzida).³

A partir do diagnóstico é possível determinar o tipo de IC, e dentre estes tipos destacam-se a IC com Fração de Ejeção Reduzida (ICFER) e a IC com Fração de Ejeção Preservada (ICFEP).⁴ Segundo as diretrizes da Sociedade de Cardiologia Europeia de 2021⁵ existe um terceiro fenótipo de IC baseado na fração de ejeção, a IC com Fração de Ejeção Levemente Reduzida com Fração de Ejeção entre 41% e 49%.

Sabe-se que a doença cardíaca permanece a principal causa de morte em todo o mundo nos últimos 20 anos. O número de mortes por doenças deste tipo aumentou em mais de dois milhões desde o ano 2000 para quase nove milhões em 2019.⁶ Esses dados refletem que a IC é uma síndrome pouco reconhecida pela população e pelo poder político, afetando 1% a 2% da população mundial e com estimativa de crescimento de 25% até 2030.⁷ Assim, a IC continua sendo uma das principais causas de mortalidade, morbidade, principalmente hospitalizações e baixa qualidade de vida.⁸

A IC possui comorbidades que afetam a qualidade de vida como é o caso da depressão.³ Os transtornos psiquiátricos fazem parte das patologias com elevada e crescente prevalência na população geral, acometendo muitos pacientes que possuem limitações decorrentes de uma doença.⁹

Em pacientes com IC, aspectos clínicos, físicos e psicológicos podem afetar o manejo do autocuidado, impondo ao paciente alterações no seu comportamento para lidar com a doença e o tratamento, o que pode desencadear transtornos psicológicos.¹⁰ A depressão, considerada como a alteração de humor mais comum em pacientes com IC, apresenta alta prevalência em ambos sexos, sendo 65,3% com sintomas depressivos leves a grave. Apesar disso, ela ainda é pouco diagnosticada e tratada.^{11,12} Além de influenciar negativamente a evolução da IC por estar associada a não adesão dos pacientes às recomendações para o autocuidado, contribui para o aumento das taxas de reinternações e de mortalidade.¹³

Assim, este estudo tem por objetivo avaliar a presença de sintomas de depressão em pacientes diagnosticados com IC e/ou disfunção diastólica,

assim como o perfil de saúde e os fatores associáveis a esta doença.

Método

Trata-se de uma pesquisa observacional de natureza quantitativa de corte transversal. As variáveis de desfecho analisadas foram obtidas como resultado da avaliação de sintomas de depressão em indivíduos com insuficiência cardíaca e/ou disfunção diastólica.

O estudo foi realizado no município de Pindamonhangaba, em dois postos do Programa de Atenção Básica da Estratégia de Saúde da Família (ESF), composto por uma amostra de pacientes que realizavam acompanhamento com cardiologista, portadores de IC e/ou disfunção diastólica observada nos prontuários, e que se enquadraram nos critérios de inclusão deste estudo, caracterizando assim, uma amostra não probabilística.

Compuseram a amostra indivíduos de ambos os sexos, portadores de IC e/ou disfunção diastólica. Foram observados os critérios de inclusão: idade entre 50 e 75 anos, moradores da cidade de Pindamonhangaba usuários da rede pública de saúde, com diagnóstico de IC e/ou disfunção diastólica em tratamento e acompanhamento com cardiologista. E como critérios de exclusão: pacientes instáveis hemodinamicamente e com sintomas de descompensação cardiovascular, déficit cognitivo, e com limitações ortopédicas ou neurológicas graves que impossibilitassem o ortostatismo.

Antes do início da pesquisa o projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa por intermédio da Plataforma Brasil, sendo aprovado sob protocolo CAAE 66549317.6.0000.8116).

Os pacientes que realizavam acompanhamento com cardiologista da rede pública de saúde e que eram atendidos nas ESF inicialmente foram convidados pelos pesquisadores. Aqueles que se enquadraram nos critérios de inclusão e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido participaram efetivamente do estudo.

Foram coletados dados pessoais, antropométricos e avaliação cardiovascular com parâmetros de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) e frequência cardíaca de repouso (FCrep).

Posteriormente foram avaliados os níveis de depressão por meio da aplicação do Inventário de Depressão de Beck (BDI) validado em português em 1996 por Gorenstein e Andrade.¹⁴ Esse instrumento contém 21 questões relacionadas a sintomas e atitudes depressivas, cada uma possui quatro alternativas, com intensidade que varia de 0 a 3. A

pontuação de 0 a 9 representa sintomas mínimos ou ausência, de 10 a 18 sugere depressão leve, de 19 a 29 depressão moderada e 30 ou mais pontos, depressão grave ou severa.

Em seguida os dados foram analisados segundo estatística descritiva com média e desvio padrão no programa *Excel*[®] da *Microsoft*[®], sendo avaliadas características antropométricas e variáveis como pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) e frequência cardíaca de repouso (FCrep). Realizou-se também a descrição da amostra segundo a variável de desfecho (depressão) e variáveis independentes (gênero e outras comorbidades) através de porcentagens.

Resultados

Na pesquisa foram analisados 137 prontuários de indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 50 a 71 anos, que realizavam acompanhamento com médico cardiologista em duas unidades de ESF da cidade de Pindamonhangaba do Estado de São Paulo. Destes, 32 indivíduos foram convidados a participar do estudo, sendo que apenas nove responderam os questionários e realizaram a avaliação, e os outros 23 participantes (71,9%) se

recusaram contrapondo carência de tempo. Sendo assim, a amostra foi totalizada em nove participantes, e os demais (93,4%) foram considerados como perda.

Dos nove sujeitos da pesquisa dois apresentavam diagnóstico clínico de IC e os demais foram selecionados pelos dados nos prontuários com disfunção diastólica.

A média de idade dos participantes foi de 62,4 anos (DP= 5,1), sendo que 55,6% da amostra (5 indivíduos) apresentava faixa etária entre 60 e 69 anos. O gênero predominante foi o masculino com 55,6% (5 indivíduos). Em relação ao estado civil da amostra, 77,8% (7 indivíduos) era composta de casados e a respeito da etnia, 66,7% (6 indivíduos) intitularam-se brancos. Referente à educação regular, todos os voluntários cursaram a escola, com tempo médio de 5,3 anos (DP=4,24). Acerca da ocupação, 66,7% (6 indivíduos) eram aposentados ou pensionistas, 22,2% (2 indivíduos) realizavam serviços domésticos em casa e 11,1% (1 indivíduo) trabalhava fora de casa.

Quanto a porcentagem de sintomas depressivos foi observado que 77,8% (7 indivíduos) apresentavam sintomas classificados como leve a grave, de acordo com o BDI (Figura 1).

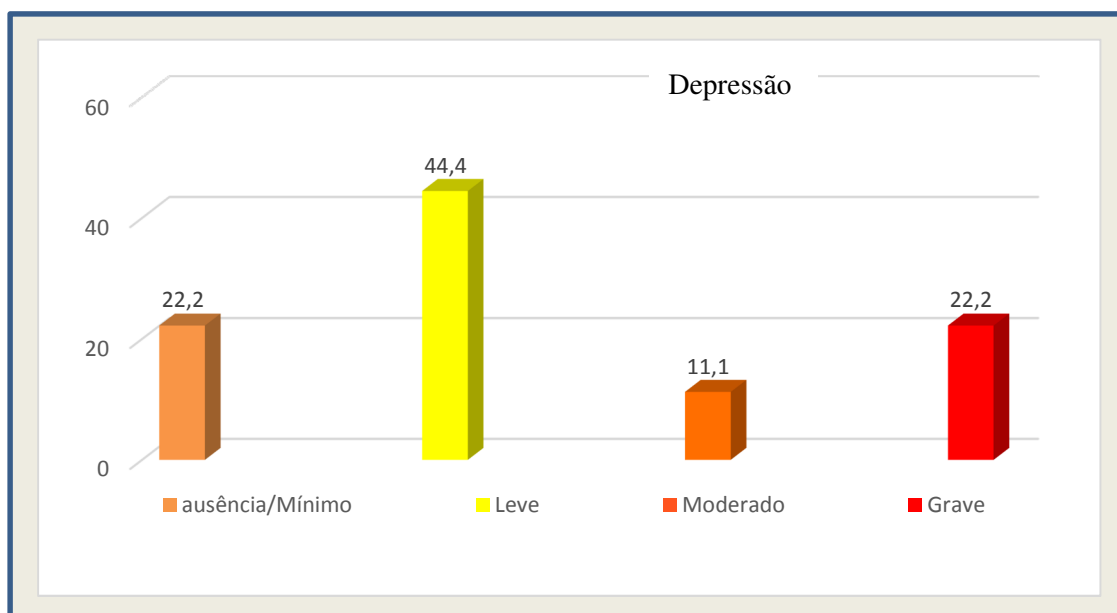


Figura 1- Níveis de Depressão segundo BDI

Dos voluntários com algum nível de depressão (n=7), 57,1% (n=4) eram homens e 42,9% (n=3) mulheres, sendo que somente as mulheres apresentaram sintomas de depressão grave (n=2) e dos homens, 60% (n=3) apresentaram sintomas leves.

Na tabela 1 pode-se observar os sintomas de depressão de acordo com o BDI, no qual a irritabilidade mostrou-se como o sintoma

psicológico mais relatado (77,8%). Quanto aos sintomas físicos, a fadiga esteve presente em 77,8% da amostra.

Tabela 1- Presença de sintomas de depressão, segundo o BDI, dos pacientes cadastrados nas ESF de Pindamonhangaba-SP

PRESENÇA DE SINTOMAS DE DEPRESSÃO	n	%
Ideias Suicidas	0	-
Sensação de Punição	1	11,1
Autoacusação e Retração Social	2	22,2
Pessimismo, Auto-depressão, Sentimento de fracasso, perda de apetite, perda de peso,	3	33,3
Sensação de Culpa, insatisfação, crise de choro, perda de libido	4	44,4
Indecisão	5	55,6
Mudança na Imagem Corporal, insônia, tristeza, preocupação somática	6	66,7
Fadiga, dificuldade no trabalho, irritabilidade	7	77,8

Foi observado também que a maior parte da amostra apresentava dificuldade no trabalho (77,8%) e que 66,7% dos pacientes (n=6) apresentavam insônia, tristeza, preocupação somática e mudança na imagem corporal.

Quanto ao perfil antropométrico dos voluntários verificou-se que 40% dos homens possuíam valor maior ou igual a 94 cm, e as mulheres possuíam CA maior ou igual a 80 cm, com uma média de 96,2 cm (DP=10,6). Esses valores são considerados fator de risco cardiovascular.

Também foi possível observar que o peso médio dos voluntários foi de 77,9 kg (DP=9,0), a estatura média foi de 1,68 cm (DP=0,1), e com relação ao IMC da amostra obteve-se uma média de 27,8 kg/m² (DP=4,2).

A porcentagem de obesos, segundo o IMC, foi de 22,2% (2 indivíduos), sendo estes classificados com obesidade grau I (≥ 30 kg/m²), e 44,4% (4 indivíduos) com sobrepeso.

Entre os indivíduos que foram classificados como obesos foi possível observar algum sintoma de depressão sendo que um deles demonstrou sintomas leves de depressão e o outro apresentou sintomas graves.

Em relação aos parâmetros cardiovasculares em repouso, que podem ser observados na Tabela 2, 11,1% (1 indivíduo) apresentou PA acima de 140x90 mmHg, sendo a PAS média de 122,2 mmHg (DP=15,6) e PAD média de 82,2 mmHg (DP=9,7).

Das morbidades observadas, a HAS foi relatada como a predominante, e confirmada pelos prontuários médicos, presente em 66,7% (6 indivíduos) dos pacientes, seguida de Diabetes Mellitus (DM), com 33,3% (3 indivíduos).

Das morbidades familiares presentes em indivíduos com parentesco em primeiro grau, a DM foi a de maior número de relatos, correspondendo a 88,9 % (8 indivíduos), seguida da HAS e do

Acidente Vascular Cerebral (AVC), ambos com porcentagem de 77,8% (7 indivíduos).

Tabela 2- Exame físico (média \pm DP) dos sujeitos da pesquisa, Pindamonhangaba-SP (n=9)

Exame físico	Total (n=9)
FCrepouso	68,1 \pm 9,3
FRrepouso	18,4 \pm 2,7
PAS	122,2 \pm 15,6
PAD	82,22 \pm 9,7
TC6'	338,8 \pm 128,4
Fração de ejeção (ECG)	60,0 \pm 4,9

FCrepouso: Frequência Cardíaca de repouso; FRrepouso: Frequência Respiratória de repouso; PAS: Pressão Arterial Sistólica; PAD: Pressão Arterial Diastólica; TC6': Teste de Caminhada de 6 minutos.

Discussão

A IC é uma condição patológica que se origina de várias alterações estruturais e funcionais do coração, sejam adquiridas ou hereditárias, que irão comprometer a capacidade de enchimento e ejeção ventricular.¹⁵ Seu diagnóstico depende de uma abordagem complexa que avalia desde a etiologia da IC, história clínica e exame físico, fatores precipitantes, modelos fisiopatológico e hemodinâmico, estimar prognóstico e identificar os pacientes que podem se beneficiar de tratamentos específicos, além de exames complementares como eletrocardiograma, radiografia de tórax, EcoDoppler, entre outros.¹⁶

Desta forma, torna-se importante, além do correto diagnóstico da IC, a ação de uma equipe multiprofissional com o objetivo de identificar, prevenir e tratar os sintomas de depressão e outros

transtornos de humor para minimizar os efeitos negativos trazidos pelos mesmos no tratamento dos pacientes com IC e em reabilitação cardíaca.

Na amostra analisada neste estudo apenas dois indivíduos possuíam diagnóstico clínico de ICFER e os demais continham diagnósticos subclínicos sugestivos de ICFEP sendo estes assintomáticos.

O reconhecimento clínico para a disfunção sistólica assintomática é dado a partir de uma avaliação simples, que pode ser realizada por um médico clínico geral, através de um exame da imagem cardíaca (EcoDoppler), correspondente a FEVE menor que 50%.¹⁷ Já para que haja a designação da disfunção diastólica assintomática é imprescindível que seja feito o levantamento da tríade composta por: ausência de sintomas de IC, evidências de disfunção diastólica e FEVE \geq 50%, podendo observar também o déficit de relaxamento, rigidez ventricular e pressões de enchimento elevadas e alterações estruturais cardíacas.^{17,18} Isso representa uma grande dificuldade dos médicos em identificar a presença de ICFEP, o que está correlacionado a alta complexidade da doença e a ausência de um método padrão em sua ratificação ou eliminação, na prática clínica.¹⁹

Estudos mostram que grande parte dos pacientes com IC possuem fração de ejeção preservada, porém com disfunção diastólica, sendo esta a forma mais comum de demonstração de IC, tendo um prognóstico análogo ao de ICFER. Estes com ICFEP, são precursores da ICFER, podendo tornar-se sintomáticos.^{17,18}

Sobre o perfil dos pacientes investigados observou-se uma média de idade de 62,4 anos e predominância do sexo masculino, como também apontado por Rubim et al.,²⁰ porém, a média de idade observada por eles foi de 58,3 anos. Mas no estudo de Nogueira et al.,²¹ que investigou o perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da IC, foi relatada uma média de idade semelhante a encontrada no presente estudo, assim como a predominância no sexo masculino. Os homens relatam os sintomas depressivos principalmente quando são mais jovens, apresentam uma pior condição de saúde e mais sintomas de IC.²²

No presente estudo foram observadas maiores porcentagens de sintomas de depressão associadas ao gênero masculino, entretanto a amostra do mesmo não foi igualitária em relação ao gênero dos pacientes. Porém, quanto aos sintomas, os níveis mais graves foram observados no gênero feminino, embora elas tenham representado o menor percentual.

Segundo a World Health Organization (WHO),²³ as mulheres tendem a apresentar maiores índices de distúrbios emocionais. Isso ocorre pois

elas percebem mais dificuldades em suas atividades domésticas, no cuidado da família e sentem-se como um fardo para a família.²⁴

Sabe-se que os indivíduos com diagnóstico de IC apresentam comorbidades associadas, como a depressão,²⁵ que é um distúrbio emocional negativo, especialmente em pacientes com idades avançadas. Representa alto fator de risco para o desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares (DCV), preditando maiores índices de óbitos e hospitalizações.²⁶ Dados presentes na literatura indicam que, em pacientes que apresentam IC, a presença deste distúrbio assim como da ansiedade tende a repercutir em contínua progressão da doença.²⁷ Sabe-se também que 20% dos pacientes com IC apresentam depressão e que em metade deles se manifesta de forma grave.²⁸

No presente estudo 77,8% dos indivíduos apresentavam algum sintoma de depressão, sendo 22,2% na forma grave, que foi observada somente em mulheres.

A prevalência de sintomas depressivos, assim como sua gravidade podem ser encontrados nos estudos de forma variável. Rutledge et al.,²⁹ ao pesquisar a respeito de taxas de prevalência significativas de depressão, encontraram valores entre 11-25%. Sherwood et al.,³⁰ em pesquisa realizada com 204 pacientes a respeito das relações entre a depressão e índices de morte e hospitalizações, identificaram os sintomas depressivos em 53,9% de sua amostra, ao passo que Yohannes et al.³¹ apontaram valores de prevalência de 8-80% em seus estudos, justificando tais diferenças com a utilização de questionários variáveis, assim como na avaliação dos sintomas de ansiedade. Esta variação na prevalência de depressão nesta população e da gravidade dos sintomas não permite fazer uma comparação significativa entre os estudos, mas apresenta por diferentes meios de investigação a presença da depressão em pacientes com IC.

Existem evidências atuais que sugerem a interação de mecanismos fisiopatológicos das comorbidades cardiovasculares e psicológicas, envolvendo o sistema nervoso central e o sistema cardiovascular, que contribuem na explicação da crescente prevalência dos transtornos de humor nesses pacientes cardiopatas. Este fato ajuda a explicar a menor responsividade a tratamentos farmacoterápicos e a necessidade de tratamentos com abordagem multidisciplinar e participação ativa do paciente.²⁸

No presente estudo cerca de 66,6% (n=6) dos indivíduos com IC ou disfunção diastólica apresentaram um IMC elevado, contendo indivíduos com obesidade. Sabe-se que a obesidade é um fator de risco para inúmeras doenças cardiovasculares,

dentre elas destaca-se a IC.³ Em um estudo com pacientes de Aterosclerose de Riscos em Comunidades (ARIC), foram acompanhados 13.730 indivíduos que apresentaram IMC $\geq 18,5$ kg/m², e sem DCV inicialmente. Foi comparado a associação de IMC elevado e a IC antes e depois, por meio dos fatores de riscos clássicos como PAS, DM e medidas lipídicas. A amostra foi acompanhada ao longo de aproximadamente 23 anos, obtendo como resultado 2.235 casos de IC. Após a comparação realizada por meio de dados demográficos, tabagismo, sedentarismo e etilismo, o IMC elevado, caracterizando obesidade severa (IMC ≥ 35 Kg m²) obteve maior ligação com IC, em relação a outras DCV, sendo assim a mais incidente neste estudo.³² Estes dados podem embasar a associação da diminuição de peso como uma maneira de prevenir a IC, já que a obesidade pode causar dispneia, intolerância ao exercício e edema no tornozelo e imagens ecocardiográficas de baixa qualidade.^{3,33}

Em outro estudo, com uma amostra de 118 pacientes ambulatoriais, foram avaliadas as principais comorbidades em pacientes com IC, dentre elas: obesidade, DM e HAS. A HAS foi a comorbidade mais prevalente na amostra (89,9%) seguida por obesidade (37,3%), sendo que a média do IMC estava acima do normal no grupo de recém inseridos no programa de RC e nos já participantes do programa, e DM (31,4%). Essas comorbidades também cooperam para predispor distúrbios emocionais, dentre eles a depressão.³⁴

A HAS tem sido encontrada como patologia mais frequente entre os indivíduos com IC,²¹ e é considerada um dos principais fatores de risco para a IC, com cerca de dois terços dos pacientes com diagnóstico de IC e quadro de hipertensão arterial progressa.³⁵ Esses dados condizem com os achados no presente estudo, no qual houve maior porcentagem de pacientes com HAS (66,7%), seguido por DM (33,3%).

A presença de DM é considerada também um fator precursor para o desenvolvimento da IC, no qual os tratamentos desses pacientes ainda são muito controversos, uma vez que são associados a fármacos.³⁴ Outra comorbidade prevalente é a HAS, a qual estudos apontam que pacientes com esta patologia, quando sofrem hospitalizações, apresentam maiores índices de mortalidade.³⁶ Sendo assim, as comorbidades impactam diretamente no tratamento da IC.³

Ainda em relação a obesidade, quando se utiliza o IMC para caracterizar a obesidade, este não leva em consideração a composição corporal. Assim a CA, a qual mede a obesidade visceral, pode ter uma relação mais forte nos resultados de obesidade, principalmente em pacientes do sexo feminino.³⁷ No presente estudo, encontramos pacientes com valores

de CA acima ou igual ao limite de normalidade do preconizado pelo Manual de Prevenção Cardiovascular,³⁸ assim como no estudo de Rycenbel et al.,³⁹ que ao avaliar 155 pacientes, a fim de aliviar as diferenças antropométricas e comorbidades entre pacientes com IC, obteve a média geral de 99,2 cm (DP=13,7), sendo 49,7% da amostra composta pelo gênero feminino.

Sendo assim, os pacientes que aderem a um protocolo de reabilitação cardiopulmonar e metabólica (RCPM) apresentam um melhor desempenho funcional e emocional,⁴⁰ o que torna importante a atuação da fisioterapia no tratamento e acompanhamento desses pacientes.

Porém, como limitação do estudo, a pequena amostra dificulta uma observação mais profunda dos parâmetros analisados, mas os dados sugerem a necessidade de uma maior atenção a esses pacientes e um rastreamento dos sintomas depressivos para permitir um tratamento mais direcionado e multidisciplinar.

Conclusão

Conclui-se com o presente estudo que os sintomas de depressão estão presentes em pacientes com Insuficiência Cardíaca e/ou disfunção diastólica, principalmente entre os homens e mais grave entre as mulheres, assim como as comorbidades mais comuns entre eles é a HAS e DM. E foi possível observar também valores de IMC e CA elevados nesta amostra. O n amostral pequeno sugere a necessidade de novos trabalhos.

Referências

1. Mann DL, Zipes DP, Libby P, Bonow RO. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2015.
2. Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. Arq Bras Cardiol. 2018;111(3):436-539. DOI: 10.5935/abc.20180190
3. Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JG, Coats AJ, et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2016;37(27):2129-200. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw128
4. Heart.org [Internet]. American Heart Association [Acesso em: 07 outubro 2021]. Disponível em:

http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Types-of-Heart-Failure_UCM_306323_Article.jsp#.Wf8TltSw2x

5. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. ESC Scientific Document Group, 2021. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC, Eur Heart J. 2021;42(36):3599–726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). Principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019; <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e-2019#:~:text=Doen%C3%A7a%20card%C3%ADaca%2C%20diabetes%2C%20AVC%2C,2019%20em%20compara%C3%A7%C3%A3o%20com%202000;2020>.
7. Fonseca C, Brito D, Cernadas R, Ferreira J, Franco F, Rodrigues T, et al. Pela melhoria do tratamento da insuficiência cardíaca em Portugal - documento de consenso. Rev Port Cardiol. 2017;36(1):1-8. DOI: 10.1016/j.repc.2016.10.006
8. Tomasoni D, Adamo M, Lombardi CM, Metra M. Highlights in heart failure. Wiley Online Library. 2019;(6):1105-27. DOI: 10.1002/ehf2.12555
9. Bahls SC. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. J Pediatr. 2002;78(5):359-66. DOI: 0021-7557/02/78-05/359
10. Riegel B, Lee CS, Dickson VV. Self-care with chronic heart failure. Nat Rev Cardiol. 2011;8(11):644-54. DOI: 10.1038/nrcardio.2011.95
11. Wallenborn J, Angermann CE. Comorbid depression in heart failure. Herz. 2013;38(6):587-96. DOI: 10.1007/s00059-013-3886-z
12. Kao CW, Chen TY, Cheng SM, Lin WS, Friedmann E, Thomas SA. Gender differences in the predictors of depression among patients with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2013;13(4):320-8. DOI: 10.1177/1474515113496493.
13. Montes Pena F, Amorim A, Fassbender C, Oliveira RFJ, Faria CAC. Insuficiência cardíaca e depressão: uma associação com desfechos negativos. Insuf Card. 2011;6(4):170-8.
14. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian Subjects. Braz J Med Biol Res. 1996;29(4):453-7.
15. Hess OM, Carroll JD. Clinical assessment of heart failure. In: Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP, Braunwald E, editores. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 8th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier. 2008;561-81.
16. Bocchi EA, Marcondes-Braga FG, Ayub-Ferreira SM, Rohde LE, Oliveira WA, Almeida DR, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. Arq Bras Cardiol. 2009;93(1 supl.1):1-71.
17. Mesquita ET, Jorge AJL. Insuficiência cardíaca com fração de ejeção normal. Novas expectativas no diagnóstico e terapêutica. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2015;25(2):75-84.
18. Mesquita ET, Jorge AJL. Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Normal Novos Critérios Diagnósticos e Avanços Fisiopatológicos. Arq Bras Cardiol. 2009;93(2):180-7. DOI: 10.1590/S0066-782X2009000800018
19. Jorge AJL, Rosa MLG, Faria CAC, Fernandes LCM, Ribeiro ML, Lima RD, et al. Aplicabilidade da Diretriz da Sociedade Europeia de Cardiologia para Diagnóstico e Exclusão de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Normal em Pacientes Ambulatoriais (Estudo APLICA): delineamento do estudo e metodologia. Rev SOCERJ. 2008;21(4):232-8
20. Rubim VSM, Drumond NC, Romeo JLM, Montera MW. Valor prognóstico do teste de caminhada de seis minutos na insuficiência cardíaca. Arq Bras Cardiol. 2006;86(2):120-5. DOI: 10.1590/S0066-782X2006000200007
21. Nogueira PR, Rassi S, Corrêa KS. Perfil epidemiológico, clínico e terapêutico da insuficiência cardíaca em hospital terciário. Arq Bras Cardiol. 2010;95(3):392-8. DOI: 10.1590/S0066-782X2010005000102
22. Lesman-Leegte I, Jaarsma T, Sanderman R, Hillege HL, van Veldhuisen DJ. Determinants of depressive symptoms in hospitalised men and women with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2008;7(2):121-6. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2007.07.002.
23. World Health Organization [Internet]. Gender and women's mental health [Acesso em: 28 set 2021]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/gender_women/en/
24. Mårtensson J, Karlsson JE, Fridlund B. Pacientes do sexo feminino com insuficiência cardíaca congestiva: como concebem sua situação de vida. J Adv

- Enfermeiros 1998;28:1216–24. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1998.00827.x
25. Cruz LN, Fleck MP, Polanczyk CA. Depression as a determinant of quality of life in patients with chronic disease: data from Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(10):953-61. DOI: 10.1007/s00127-009-0141-2
 26. Jiang W, Kuchibhatla M, Cuffe MS, Christopher EJ, Alexander JD, Clary GL, et al. Prognostic value of anxiety and depression in patients with chronic heart failure. *Circulation.* 2004;110:3452-6. DOI: 10.1161/01.CIR.0000148138.25157.F9
 27. Chapa DW, Akintade B, Son H, Woltz P, Hunt D, Friedmann E, et al. Pathophysiological relationships between heart failure and depression and anxiety care nurse. *Crit Care Nurse.* 2014;34(2):14-25. DOI: 10.4037/ccn2014938
 28. Angermann CE, Ertl G. Depression, anxiety, and cognitive impairment: comorbid mental health disorders in heart failure. *Curr Heart Fail Rep* 2018;15:398-410. DOI: 10.1007/s11897-018-0414-8
 29. Rutledge T, Reis VA, Linke S, Greenberg B, Mills P. Depression in heart failure: a meta-analytic review of prevalence, intervention effects and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol.* 2006;48:1527-37. DOI: 10.1016/j.jacc.2006.06.055
 30. Sherwood A, Blumenthal JA, Trivedi R, Johnson KS, O'Connor CM, et al. Relationship of depression to death or hospitalization in patients with heart failure. *Arch Intern Med.* 2007;167:367-73. DOI: 10.1001/archinte.167.4.367
 31. Yohannes A, Willgoss T, Baldwin R, Connolly M. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010;25(12):1209-21. DOI: 10.1002/gps.2463
 32. Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B, et al. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol.* 2004;43(9):1542-9. DOI: 10.1016/j.jacc.2003.10.064
 33. Ndumele CE, Matsushita K, Lazo M, Bello N, Blumenthal RS. Obesity and Subtypes of Incident Cardiovascular Disease. *Am Heart J.* 2016;5:1-10. DOI: 10.1161/JAHA.116.003921
 34. Jorge AJL, Mesquita ET, Ribeiro ML, Fernandes LCM, Licio FV. Prevalência de Comorbidades em Pacientes com Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Normal. *Rev SOCERJ.* 2009;22(5):294-302.
 35. Crespo-Leiro MG, Anker SD, Maggioni AP, Coats AJ, Filippatos G, Ruschitzka F, et al. Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry (ESC-HF-LT): 1-year follow-up outcomes and differences across regions. *Eur J Heart Fail* 2016;18:613–25. DOI: 10.1002/ejhf.566
 36. Santos JJA, Plewka JEA, Brofman PRS. Qualidade de Vida e Indicadores Clínicos na Insuficiência Cardíaca: Análise multivariada. *Arq Bras Cardiol* 2009;93(2):159-166. DOI: 10.1590/S0066-782X2009000800015
 37. Streng KW, Voors AA, Hillege HL, Anker SD, Cleland JG, Dickstein K, et al. Waist-to-hip ratio and mortality in heart failure. *Eur J Heart Fail* 2018;20:1269-77. DOI: 10.1002/ejhf.1244
 38. Rocha RM, Martins WA. Manual de Prevenção Cardiovascular (SOCERJ). Rio de Janeiro: Planmark, 2017.
 39. Rycembel CM, Velasco HF, Sauer D, Savaris FE, Oliveira EB, Danzmann LC, et al. Estudo das diferenças antropométricas e de comorbidades entre pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada e reduzida. *Rev AMRIGS.* 2013;57(1):21-5.
 40. Ulbrich AZ, Netto AS, Angarten VG, Marques T, Sties SW, Carvalho T. Capacidade funcional como preditor de qualidade de vida na insuficiência cardíaca. *Fisioter Mov.* 2013;26(4):845-53. DOI: 10.1590/S0103-51502013000400013