



Ansiedade, estresse e depressão de familiares de pacientes com insuficiência cardíaca*

Anxiety, stress and depression in family members of patients with heart failure

Ansiedad, estrés y depresión de familiares de pacientes con insuficiencia cardíaca

Marianna Sobral Lacerda¹, Melissa Alves Cirelli¹, Alba Lúcia Bottura Leite de Barros¹, Juliana de Lima Lopes¹

Como citar este artigo:

Lacerda MS, Cirelli MA, Barros ALBL, Lopes JL. Anxiety, stress and depression in family members of patients with heart failure. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03211. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016018903211>

* Extraído da dissertação "Ansiedade, estresse e depressão de familiares de pacientes com insuficiência cardíaca", Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, 2015.

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil

ABSTRACT

Objective: Identifying the level of anxiety, stress and depression symptoms in family members of patients with heart failure; identifying the relationship between these feelings with sociodemographic and clinical variables. **Method:** A cross-sectional study carried out with 100 family members. Depression, anxiety, and stress were evaluated by the Beck Depression and Anxiety Inventories and the Perceived Stress Scale - 10. The relationship between feelings and variables was performed through the t-test, Mann-Whitney or Kruskal-Wallis. **Results:** Mean depression was 8.24, anxiety was 77.95, and stress was 17.43. The correlation coefficient between depression and anxiety and depression and stress was 0.53, and it was 0.66 between anxiety and stress. Females ($p=0.002$, $p=0.031$), smoking ($p=0.05$, $p=0.011$) and sedentary lifestyle ($p=0.023$, $p=0.001$) were related to anxiety and stress, respectively. Family income lower than five minimum wages ($p=0.012$) was related to depression, and regular/poor self-perceived health status related to the three feelings. **Conclusion:** Family members did not present high levels of these feelings. The scales were directly correlated with each one another and some variables were related to stress, anxiety and depression.

DESCRIPTORS

Heart Failure; Family; Anxiety; Stress, Psychological; Depression; Cardiovascular Nursing.

Autor correspondente:

Marianna Sobral Lacerda
Escola Paulista de Enfermagem,
Universidade Federal de São Paulo.
Rua Napoleão de Barros 754, 2º andar
CEP 04024-002 - São Paulo, SP, Brasil
sobralmarianna@gmail.com

Recebido: 28/04/2016
Aprovado: 30/10/2016

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é a via final para várias doenças cardíacas e representa um importante problema de saúde pública. De acordo com dados do DataSUS as doenças do aparelho circulatório foram a terceira principal causa de internação hospitalar em 2015⁽¹⁾.

A IC é uma doença crônica e é responsável pelo maior número de internações dentro do grupo das doenças do aparelho circulatório⁽¹⁾. O indivíduo acometido por uma doença crônica, como a IC, vivencia modificações na sua rotina de vida que são decorrentes da própria doença⁽²⁾, como alterações referentes ao uso de medicamentos (início, troca ou aumento do número de medicamentos), consultas frequentes e internações recorrentes.

Essas modificações no estilo de vida dos pacientes influenciam diretamente os hábitos de vida dos familiares, que representam o suporte necessário ao paciente para melhor enfrentamento da doença. Sabe-se que os cuidadores contribuem direta e indiretamente para o monitoramento, a manutenção e a gestão do autocuidado do paciente⁽³⁾. Sendo assim, conhecer os fatores psicossociais (depressão, ansiedade e estresse) que podem estar presentes nos familiares e compreender o contexto em que o paciente e a família estão inseridos torna-se importante.

Sabe-se que os familiares podem vivenciar experiências negativas decorrentes do cuidado, que abrangem aspectos físicos e psicológicos. Estudo mostrou que os familiares cuidadores apresentam, em decorrência do cuidado, distúrbios osteomusculares e do sono, fadiga, aumento dos níveis de estresse, ansiedade e isolamento social⁽²⁾. Pior qualidade de vida⁽⁴⁾, depressão⁽⁵⁾ e aumento da sobrecarga⁽⁶⁾ são outros aspectos negativos encontrados nos familiares.

As experiências negativas associadas ao tempo despendido com o cuidado podem levar o cuidador a negligenciar sua própria saúde. Metanálise composta por 168 estudos mostrou que diferentes impactos são vivenciados por cônjuges, filhos e enteados cuidadores. Cônjuges relatam maior carga financeira e física, mais sintomas de depressão e bem-estar psicológico mais baixo quando comparados a filhos e enteados⁽⁷⁾. Revisão de literatura concluiu que entre os principais fatores geradores de sobrecarga dos familiares cuidadores de adultos e idosos encontravam-se o desgaste físico e psicológico, a falta de apoio de outros familiares, o grau de dependência do paciente e a imposição ao papel de cuidador⁽⁸⁾.

O interesse em ter a família como foco de pesquisa vem crescendo principalmente em âmbito internacional. No Brasil esse interesse envolve, em sua maioria, familiares de pacientes com distúrbios mentais. Até onde se sabe, não existem estudos nacionais que avaliaram especificamente a depressão, a ansiedade ou o estresse em familiares de pacientes com insuficiência cardíaca em atendimento ambulatorial, que em sua maioria encontra-se em classe funcional (CF) I e II, diferindo de pacientes internados que se encontram em CF III e IV. Ressalta-se que para poder realizar uma intervenção em determinada população é necessário primeiramente conhecê-la, uma vez que os aspectos envolvidos no ato de cuidar variam de acordo com o contexto social e cultural destes indivíduos.

Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo geral analisar o nível de ansiedade, estresse e os sintomas de depressão de familiares acompanhantes de pacientes com IC atendidos ambulatorialmente, e como objetivos específicos identificar a relação desses sentimentos entre si e a relação das variáveis sociodemográficas e clínicas com o nível desses sentimentos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e correlacional, realizado no Ambulatório de Miocardiopatias do Hospital São Paulo (HSP).

A amostra foi composta por familiares de pacientes com IC atendidos no Ambulatório de Miocardiopatia. O cálculo amostral foi baseado no desvio-padrão da ansiedade, depressão e estresse de uma amostra piloto de cinco pacientes deste mesmo ambulatório, utilizando o teste de soma de postos de Wilcoxon. Adotando um nível de significância de 5%, poder de 95% e desvio-padrão de 4,73 (desvio-padrão da depressão, visto que foi o maior desvio-padrão encontrado quando comparado ao de estresse e ansiedade), a amostra a ser coletada foi de no mínimo 87 familiares. Considerando-se a possibilidade de perdas, o tamanho da amostra foi aumentado em 10%, o que equivale a pelo menos 96 sujeitos.

Os seguintes critérios de inclusão foram considerados: familiares acompanhantes de pacientes com IC classe funcional I e II, com idade superior a 18 anos, alfabetizados e com pelo menos quatro anos de escolaridade. Os critérios de não inclusão foram: familiares com doenças crônicas, como IC, doença pulmonar obstrutiva crônica ou doenças em estágio terminal, familiares com diagnóstico médico prévio de doenças psíquicas e em uso de ansiolíticos e/ou benzodiazepínicos.

A coleta de dados abrangeu o período de abril de 2014 a fevereiro de 2015. Durante esse período, todos os familiares acompanhantes de pacientes com IC que se apresentaram no dia da consulta médica no Ambulatório e que contemplaram os critérios de inclusão foram avaliados. A coleta de dados foi realizada na sala de espera do ambulatório, no dia do retorno médico, porém antes da consulta para não influenciar a avaliação de ansiedade, estresse e depressão. Para a coleta de dados demográficos e clínicos gerais foi utilizado um instrumento validado para pacientes com Insuficiência Coronariana⁽⁹⁾ e adequado pelas pesquisadoras para o presente estudo. O instrumento de avaliação de depressão, ansiedade e estresse foram, respectivamente, o Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e a Escala de Estresse Percebido (ESP-10). Todos os instrumentos foram autoadministrados, exceto o instrumento referente às informações sociodemográficas, que foi realizado por meio de entrevista. Após a administração dos questionários, foi conferida se todas as questões dos instrumentos haviam sido preenchidas e, caso faltasse alguma resposta, o familiar era orientado a responder a questão.

As variáveis contempladas no instrumento dos dados sociodemográficos e clínicos foram sexo, idade, grau de parentesco com o paciente, raça, escolaridade, estado civil, renda familiar, ocupação profissional, tabagismo, etilismo, atividade física, atividade de lazer, índice de massa corpórea (IMC), antecedentes pessoais (comorbidades) e

autoavaliação do estado de saúde. A escolha das variáveis foi determinada pela sua associação com o estresse, ansiedade e/ou depressão em estudos prévios^(6,10-15).

A autoavaliação do estado de saúde foi determinada pela pergunta: Como é sua saúde em geral? A Organização Mundial da Saúde utiliza como resposta as categorias: 1: muito boa; 2: boa; 3: regular; 4: ruim e 5: muito ruim⁽¹⁶⁾.

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) é um instrumento autoadministrado, composto por 21 itens, cada um contendo quatro alternativas que expressam níveis de gravidade dos sintomas depressivos, podendo variar de 0 a 63. O escore para cada categoria varia de zero a três, onde zero representa a ausência de sintomas depressivos e três a presença de sintomas intensos, em que o indivíduo assinala apenas uma das alternativas. Os sintomas são avaliados em relação à última semana. A escala em português apresenta consistência interna de 0,81 na amostra de estudantes e de 0,88 na amostra de pacientes deprimidos⁽¹⁷⁾. Foi utilizada a seguinte categorização para avaliar os sintomas de depressão: Escores de 0 a 14 – sem sintomas de depressão; Escores de 15 a 19 – sintomas de disforia; Escores 20 ou mais – sintomas de depressão⁽¹⁸⁾.

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) é um instrumento de avaliação de sintomas característicos de ansiedade e foi desenvolvido para atender às necessidades de um instrumento que discrimine de forma confiável a ansiedade da depressão⁽¹⁹⁾. A escala é composta por 21 itens que refletem manifestações somáticas, cognitivas e afetivas características de ansiedade e refere-se aos sintomas que incomodaram o indivíduo na última semana, podendo variar de 0 a 63. Para cada questão, o indivíduo deve escolher um entre quatro níveis de ansiedade em uma escala Likert que varia de 0 a 3. O nível de ansiedade é classificado em ansiedade normal quando o escore total varia entre 0 e 9 pontos, ansiedade leve a moderada quando se obtém escore total entre 10 e 18 pontos, ansiedade moderada a severa quando varia de 19 a 29 pontos e ansiedade severa de 30 a 63 pontos⁽²⁰⁾. A avaliação das propriedades psicométricas foi realizada em amostras de pacientes psiquiátricos, médico-clínicas e não clínicas. O alfa de Cronbach variou de 0,71 a 0,92 na amostra não clínica e de 0,75 a 0,92 na amostra médico-clínica⁽²¹⁾.

O nível de estresse, por sua vez, foi avaliado por meio da Escala de Estresse Percebido – 10 (EPS-10). A Escala de Estresse Percebido composta por 10 questões foi validada no Brasil em 2010⁽²²⁾. O ESP-10 é composto por 10 questões que correlacionam acontecimentos e situações ocorridos nos últimos 30 dias com escore de 0 (nunca) a 4 (muito frequente), em que o indivíduo assinala apenas uma das alternativas. O escore total varia de 0 a 40, sendo que quanto maior a pontuação, maior a percepção do estresse⁽²³⁾. Na sua versão em português, a EPS-10 foi testada em amostras de adultos e idosos, demonstrando dados satisfatórios de fidedignidade e validade. A escala obteve coeficiente de consistência interna de 0,86⁽²²⁾ e 0,83⁽²³⁾, respectivamente.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob o número 521.916/2014. Este projeto foi conduzido de acordo com as recomendações das Boas Práticas Clínicas e da Resolução nº 466 de 2012 do

Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Antes da inclusão, os sujeitos foram devidamente informados quanto aos objetivos do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram garantidos o sigilo e a possibilidade de retirada de consentimento a qualquer momento, se desejado.

Para descrever a caracterização da amostra foram utilizadas frequências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas e média, desvio-padrão (DP), erro padrão (EP), mediana, intervalo interquartil (IQ), máximo e mínimo para as variáveis quantitativas. A fim de analisar a correlação entre as três escalas (Depressão, Estresse e Ansiedade) foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman. Para a classificação da força da correlação foram considerados os seguintes valores de r: 0,00-0,19 (muito fraco), 0,20-0,39 (fraco), 0,40-0,59 (moderado), 0,60-0,79 (forte) e 0,80-1,0 (muito forte)⁽²⁴⁾.

A relação das escalas com as variáveis qualitativas com apenas duas categorias foi testada por meio do teste t bicaudal ou Mann-Whitney. A relação entre as escalas e as variáveis qualitativas com três ou mais categorias foi verificada pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis e, nos casos em que houve relação significativa, foram realizadas comparações múltiplas das categorias duas a duas pelo teste não paramétrico de Tukey. A relação das variáveis quantitativas com as escalas foi testada por meio do Coeficiente de Correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi de 0,05 e para a realização das análises estatísticas utilizou-se do *software* livre R 3.1.2.

RESULTADOS

A amostra do estudo consistiu em 100 familiares de paciente com insuficiência cardíaca, com média de idade de 45,43±13,53 anos. A maior parte dos familiares era do sexo feminino (81%), branca (63%) e casada (61%). Quanto ao grau de parentesco com o paciente, 40% eram esposo(a), 36% filho(a) e 24% abrangiam outros graus de parentescos, como irmão(a) e nora/genro. Apresentavam média de 9,99±3,91 anos de escolaridade, com mínimo de 4 e máximo de 19 anos, sendo que 62% apresentavam-se economicamente ativos no momento da coleta e 50% sobreviviam com menos de três salários mínimos como renda familiar.

Com relação às informações clínicas, 66% dos entrevistados não apresentavam comorbidades, 88% não fumavam e 82% negaram fazer uso de bebidas alcoólicas mesmo que socialmente. Quanto ao IMC, 2% encontravam-se em baixo peso, 34% encontravam-se na variação normal, 39% na faixa de sobrepeso e 25% na de obesidade. Apenas 32% referiram prática de atividade física e 47% a prática de atividades de lazer. Quando questionados a respeito de como classificariam sua saúde em geral, 67% a classificaram como muito boa/boa, e 33% como regular/ruim.

O escore de depressão apresentou média de 8,24±7,14, com mínimo de 0 e máximo de 32 pontos (85% não apresentaram sintomas depressivos, 8% apresentaram sintomas de disforia e 7% sintomas de depressão). Já o escore de ansiedade apresentou média de 7,95±7,61, com mínimo de 0 e máximo de 36 pontos (68% apresentaram nível de ansiedade normal, 23% ansiedade leve a moderada, 8% ansiedade moderada a

severa e 1% ansiedade severa). E a escala de estresse apresentou média de 17,43±7,15, com mínimo de 2 e máximo de 35 pontos (65% apresentaram níveis mais baixos de estresse

e 35% níveis mais altos). Observou-se correlação moderada entre depressão e ansiedade e entre depressão e estresse, e forte correlação entre ansiedade e estresse (Tabela 1).

Tabela 1 – Avaliação de depressão, ansiedade, estresse e correlação entre as escalas – São Paulo, SP, Brasil, 2014/2015.

Escala	Escala	Média/DP	Mínimo	Máximo	Correlação	p-valor
Depressão	–	8,24/7,14	0	32	–	–
Ansiedade	–	7,95/7,61	0	36	–	–
Estresse	–	17,43/7,15	2	35	–	–
Depressão	Ansiedade				0,53	< 0,001
Depressão	Estresse				0,53	< 0,001
Ansiedade	Estresse				0,66	< 0,001

DP: desvio-padrão. Nota: (n=100).

A depressão apresentou relação significativa com a autoavaliação da saúde e a renda familiar, enquanto que ansiedade

e estresse apresentaram relação significativa com sexo, tabagismo, atividade física e autoavaliação da saúde (Tabelas 2 e 3).

Tabela 2 – Relação entre depressão, ansiedade e estresse e as variáveis sociodemográficas e clínicas – São Paulo, SP, Brasil, 2014/2015.

Variáveis sociodemográficas e clínicas	Média da depressão	p-valor (Depressão)	Média da ansiedade	p-valor (Ansiedade)	Média do estresse	p-valor (Estresse)
Sexo						
Feminino (n= 81)	8,54	0,182*	8,88	0,002*	18,2	0,031†
Masculino (n= 19)	6,95		4,00		14,16	
Estado Civil						
Casado (n= 61)	7,36	0,181*	7,26	0,205*	16,70	0,212†
Não casado (n= 39)	9,62		9,03		18,56	
Ocupação profissional						
Ativo (n= 62)	7,79	0,338*	6,97	0,086*	17,16	0,624†
Não ativo (n= 38)	8,97		9,55		17,87	
Comorbidades						
Presença (n= 34)	9,03	0,664*	8,24	0,418*	16,50	0,34†
Ausência (n= 66)	7,83		7,80		17,91	
Tabagismo						
Fuma (n= 12)	8,58	0,79*	12,67	0,05*	20,92	0,011†
Não Fuma (n= 88)	8,19		7,31		16,95	
Atividade Física						
Realiza (n= 32)	6,59	0,254*	5,81	0,023*	13,91	0,001†
Não realiza (n= 68)	9,01		8,96		19,09	
Etilismo						
Bebe (n= 18)	10,61	0,235*	10,44	0,378*	17,72	0,853†
Não bebe (n= 82)	7,72		7,40		17,37	
Atividade de Lazer						
Presença (n= 47)	7,09	0,422*	7,91	0,515*	16,49	0,222†
Ausência (n= 53)	9,26		7,98		18,26	
Grau de parentesco						
Espos(a) (n= 40)	8,18	0,795‡	7,90	0,875‡	16,98	0,953‡
Filho(a) (n= 36)	9,25		7,92		17,53	
Outros (n= 24)	6,83		8,08		18,04	
Raça						
Amarela (n= 2)	2,50	0,182‡	3,50	0,735‡	15,00	0,803‡
Branca (n= 63)	7,68		7,75		17,38	
Negra/parda (n= 35)	9,57		8,57		17,66	
IMC						
Baixo peso (n= 2)	10,50	0,635‡	4,00	0,849‡	18,50	0,275‡
Normal (n= 34)	7,76		9,00		18,29	
Obesidade (n= 25)	7,72		7,04		15,28	
Sobrepeso (n= 39)	8,87		7,82		18,00	
Autoavaliação da saúde						
Boa (n= 53)	6,91	0,004‡	7,66	0,02‡	16,94	0,008‡
Muito boa (n= 14)	5,21		3,43		13,64	
Regular (n= 31)	11,71		10,61		20,29	
Ruim (n= 2)	11,00		6,00		12,50	

continua...

...continuação

Variáveis sociodemográficas e clínicas	Média da depressão	p-valor (Depressão)	Média da ansiedade	p-valor (Ansiedade)	Média do estresse	p-valor (Estresse)
Renda Familiar						
3 a 5 SM (n= 30)	9,07	0,012‡	8,87	0,138‡	18,97	0,15‡
Mais de 5 SM (n= 20)	4,40		5,25		15,10	
Menos de 3 SM (n= 50)	9,28		8,48		17,44	
	Correlação		Correlação		Correlação	
Idade	0,01	0,933	0,09	0,355	-0,09	0,352
Anos de escolaridade	-0,09	0,398	0	0,992	-0,06	0,526

Legenda: IMC – Índice de Massa Corporal; SM – Salário Mínimo; *Teste de Mann-Whitney bicaudal; †teste t bicaudal; ‡ Kruskal-Wallis. Nota: (n=100).

Tabela 3 – Comparações múltiplas (Tukey não paramétrico) para as variáveis com mais de três categorias que tiveram relação significativa entre as escalas – São Paulo, SP, Brasil, 2014/ 2015.

Escala	Variável	Categoria 1 vs Categoria 2	p-valor
Depressão	Renda Familiar	mais de 5 SM vs 3 a 5 SM	0,019
		menos de 3 SM vs 3 a 5 SM	0,996
		menos de 3 SM vs mais de 5 SM	0,007
Depressão	Autoavaliação da Saúde	muito boa vs boa	0,693
		regular vs boa	0,115
		ruim vs boa	0,067
		regular vs muito boa	0,095
		ruim vs muito boa	0,019
Ansiedade	Autoavaliação da Saúde	ruim vs regular	1
		muito boa vs boa	0,202
		regular vs boa	0,235
		ruim vs boa	0,968
		regular vs muito boa	0,006
Estresse	Autoavaliação da Saúde	ruim vs muito boa	0,061
		ruim vs regular	0,598
		muito boa vs boa	0,382
		regular vs boa	0,12
		ruim vs boa	0,015
		regular vs muito boa	0,023
		ruim vs muito boa	0,983
		ruim vs regular	0

Legenda: SM – salário mínimo. Nota: (n=100).

Observou-se que indivíduos do sexo feminino, sedentários e fumantes apresentaram mais ansiedade e estresse, enquanto indivíduos com renda familiar menor que cinco salários mínimos apresentaram maior nível de depressão. Quanto à autoavaliação da saúde, os que a classificaram como ruim são mais depressivos do que aqueles que a relataram como muito boa e menos estressados dos que a classificaram como boa ou regular. Aqueles que a referiram como regular são mais ansiosos e estressados do que os que a classificaram como muito boa.

DISCUSSÃO

Os familiares avaliados no presente estudo apresentaram, em sua maioria, ausência de sintomas depressivos e ansiedade normal. Este mesmo resultado não foi encontrado em

outro estudo em que se observou que 56,9% dos familiares apresentavam sintomas depressivos e 46,6% apresentavam ansiedade⁽²⁵⁾, níveis altos quando comparados ao estudo atual. Entretanto, esses sintomas foram avaliados apenas em cônjuges, considerados pelos pacientes como sendo seus cuidadores principais. A maior proximidade afetiva e o excesso de responsabilidade por se tratar de cuidadores principais podem justificar os níveis de depressão e ansiedade. A média dos níveis de estresse encontrada no presente estudo foi de 17,43, resultado próximo ao encontrado em cuidadores de idosos dependentes (18,5±9,9) que referiram associação dos níveis de estresse com a autopercepção da saúde pobre e muito pobre, dificuldade no sono, níveis elevados de sobrecarga relacionados ao cuidado, entre outros⁽²⁶⁾.

O baixo escore de depressão, ansiedade e estresse encontrados na maioria dos familiares avaliados no presente estudo pode ser justificado pelo fato dos pacientes não estarem internados e por apresentarem IC de CF I e II, não sendo dependentes do familiar para a realização das suas atividades. Estudo mostrou que familiares de pacientes com IC CF III/IV reportaram níveis mais altos de ansiedade, mais tempo gasto nas atividades do cuidado, mais dificuldade com essas atividades e pior qualidade de vida quando comparados aos cuidadores de pacientes que apresentavam baixos sintomas decorrentes da doença (CF I/II)⁽¹⁰⁾.

Outro resultado encontrado foi a correlação entre a ansiedade, o estresse e a depressão. Essa relação tem sido estudada por diferentes áreas, podendo ser explicada pela alteração que ocorre no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HHA) decorrente do estresse, o que implicaria a fisiologia da depressão⁽²⁷⁾ e ansiedade⁽²⁸⁾. Além do eixo HHA, essa relação também pode ser determinada por outros fatores, como pela ocorrência de eventos estressantes no início da vida e por fatores genéticos⁽²⁷⁾.

No presente estudo, observou-se que a depressão se relacionou com menor renda familiar. Embora não tenham sido encontrados estudos que avaliem essa relação em familiares de pacientes com IC, a associação da ansiedade e dos sintomas de depressão com a baixa renda familiar foi encontrada em indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crônica⁽¹¹⁾. A depressão foi relacionada com a autoavaliação da saúde, relação também encontrada com a ansiedade e o estresse. Familiares que reportaram sua saúde como regular ou ruim apresentaram mais sintomas de depressão e maiores níveis de ansiedade e estresse. Revisão sistemática com 11 artigos nacionais identificou variação da prevalência negativa da autoavaliação da saúde entre 12,6% e 51,9% e constatou

que, entre as variáveis dependentes associadas com a auto-avaliação da saúde negativa, encontravam-se, entre outros, a renda familiar, as dificuldades ou incapacidade para atividades de vida diária e a presença de sintomas depressivos e ansiosos⁽¹²⁾.

No estudo observou-se que indivíduos do sexo feminino apresentam maiores níveis de ansiedade e estresse. A presença de estresse e transtornos psiquiátricos em mulheres tem sido reportada na literatura, podendo estar relacionada com hormônios femininos, fase do ciclo reprodutivo⁽²⁹⁾ e atividades domésticas⁽¹³⁾. Outro fator que deve ser considerado na análise é o acúmulo de tarefas realizadas pela mulher, o que pode aumentar os níveis de estresse.

Ansiedade e estresse, assim como determinado na literatura, apresentaram relação com o tabagismo. Um estudo mostrou que a cessação do tabagismo está associada à redução de depressão, ansiedade e estresse quando comparado a indivíduos fumantes⁽¹⁴⁾. A relação de causalidade entre ansiedade, estresse e tabagismo ainda não se encontra bem definida, porém se sabe que substâncias existentes no cigarro, como a nicotina, podem promover alterações no organismo que envolvem desde o sistema de neurotransmissores até a disfunção mitocondrial. Essas alterações predisporiam ao desenvolvimento e aumento da ansiedade⁽³⁰⁾. Quanto à atividade física, estudo com jovens europeus identificou que a frequência da realização dos exercícios está associada aos níveis de depressão, ansiedade e bem-estar, sendo que quanto maior a frequência da atividade física, menor os sintomas depressivos, os níveis de ansiedade e maior o bem-estar⁽¹⁵⁾.

Ressalta-se que a amostra dos familiares não apresentou altos níveis de estresse, ansiedade e depressão, sendo assim, os resultados da relação com as variáveis avaliadas não podem ser expandidos para familiares com graus muito elevados desses sentimentos, o que torna necessária a realização de novos estudos sobre o tema.

Considerando-se que os familiares contribuem para o autocuidado dos pacientes⁽³⁾ e que a ansiedade, a depressão e o estresse destes familiares influenciam no cuidado destes indivíduos, sugere-se que o enfermeiro inclua a avaliação desses sentimentos no planejamento de suas intervenções. Embora não tenham sido evidenciados altos níveis de

ansiedade, estresse e depressão acredita-se que esta avaliação poderá contribuir para a detecção dos familiares que necessitem de intervenções para redução desses sentimentos, com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida e identificar os pacientes que necessitem de outro suporte além do familiar.

O estudo apresentou limitações que se referem a aspectos do ambiente da coleta e do próprio sujeito de pesquisa. A coleta de dados foi realizada na sala de espera do ambulatório enquanto o paciente e seu familiar aguardavam para serem atendidos pelo médico. A utilização de um local de uso comum entre todos os pacientes pode ter influenciado na concentração do sujeito, visto que na sala de espera encontravam-se outros pacientes. Além disso, a realização do estudo em um único centro pode comprometer a generalização dos resultados. No que se refere aos sujeitos, não se determinou se eles eram apenas acompanhantes ou também cuidadores desses pacientes, podendo os resultados terem sido influenciados pelo fato dos familiares serem somente acompanhantes e não necessariamente cuidadores. Ainda com relação ao familiar, não foi avaliado seu estado cognitivo e nível de compreensão, o que pode ter influenciado no preenchimento dos questionários.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu concluir que os familiares de pacientes com IC atendidos ambulatorialmente não apresentam níveis elevados de estresse, ansiedade e depressão. As escalas foram diretamente correlacionadas entre si e as de estresse e ansiedade foram as mais correlacionadas. Autoavaliação da saúde, atividade física, tabagismo e sexo foram os fatores que se relacionaram com o estresse e ansiedade, e renda familiar e autoavaliação de saúde foram os fatores relacionados com os sintomas de depressão. Embora o presente estudo possibilite identificar o perfil dos familiares de pacientes com IC CF I e II e facilite possíveis intervenções nessa população, quando pertinentes novos estudos mostram-se necessários a fim de avaliar prospectivamente os níveis de ansiedade, estresse e depressão e identificar se ao longo do tempo os níveis desses sentimentos são alterados nessa população. A realização de novos estudos que avaliem esses sentimentos em familiares de pacientes com insuficiência cardíaca com classes funcionais III e IV também se mostra necessária.

RESUMO

Objetivo: Identificar o nível de ansiedade, estresse e sintomas de depressão de familiares de pacientes com insuficiência cardíaca; identificar a relação entre esses sentimentos com as variáveis sociodemográficas e clínicas. **Método:** Estudo transversal composto por 100 familiares. A depressão, a ansiedade e o estresse foram avaliados pelos Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck e pela Escala de Estresse Percebido - 10. A relação dos sentimentos com as variáveis foi realizada pelo teste t, Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis. **Resultados:** A média de depressão foi de 8,24, ansiedade, 7,95 e estresse, 17,43. O coeficiente de correlação entre depressão e ansiedade e depressão e estresse foi de 0,53 e de 0,66 entre ansiedade e estresse. Sexo feminino ($p=0,002$; $p=0,031$), tabagismo ($p=0,05$; $p=0,011$) e sedentarismo ($p=0,023$; $p=0,001$) se relacionaram com a ansiedade e estresse respectivamente. Renda familiar menor que cinco salários mínimos ($p=0,012$) se relacionou com a depressão, e autoavaliação de saúde regular/ruim se relacionou com os três sentimentos. **Conclusão:** Os familiares não apresentaram níveis elevados desses sentimentos. As escalas foram diretamente correlacionadas entre si e algumas variáveis se relacionaram com estresse, ansiedade e depressão.

DESCRITORES

Insuficiência Cardíaca; Família; Ansiedade; Estresse Psicológico; Depressão; Enfermagem Cardiovascular.

RESUMEN

Objetivo: Identificar el nivel de ansiedad, estrés y síntomas de depresión de familiares de pacientes con insuficiencia cardíaca; identificar la relación entre dichos sentimientos con las variables sociodemográficas y clínicas. **Método:** Estudio transversal compuesto de 100 familiares. La depresión, la ansiedad y el estrés fueron evaluados por los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck y la Escala de Estrés Percibido - 10. La relación de los sentimientos con las variables fue realizada por la prueba t, Mann-Whitney o Kruskal-Wallis. **Resultados:** El promedio de depresión fue de 8,24, ansiedad, 7,95 y estrés, 17,43. El coeficiente de correlación entre depresión y ansiedad y depresión y estrés fue de 0,53 y de 0,66 entre ansiedad y estrés. Sexo femenino ($p=0,002$; $p=0,031$), tabaquismo ($p=0,05$; $p=0,011$) y sedentarismo ($p=0,023$; $p=0,001$) se relacionaron con ansiedad y estrés respectivamente. Renta familiar menor que cinco salarios mínimos ($p=0,012$) se relacionó con depresión, y autoevaluación de salud regular/mal se relacionó con los tres sentimientos. **Conclusión:** Los familiares no presentaron niveles elevados de esos sentimientos. Las escalas estuvieron directamente correlacionadas entre sí y algunas variables se relacionaron con estrés, ansiedad y depresión.

DESCRIPTORES

Insuficiencia Cardíaca; Familia; Ansiedad; Estrés Psicológico; Depresión; Enfermería Cardiovascular.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Morbidade hospitalar do SUS [Internet]. Brasília; 2015 [citado 2016 mar. 1]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/niuf.def>
2. Bahrami M, Etemadifar S, Shahriari M, Farsani AK. Caregiver burden among Iranian heart failure Family caregivers: A descriptive, exploratory, qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2014;19(1):56-63.
3. Buck HG, Harkness K, Wion R, Carroll SL, Cosman T, Kaasalainen S, et al. Caregivers' contributions to heart failure self-care: a systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2014;14(1):79-89.
4. Hu X, Hu X, Su Y, Qu M. Quality of life among primary family caregivers of patients with heart failure in Southwest China. *Rehabil Nurs.* 2016 Jun 28. [Epub ahead of print]
5. Grigorovich A, Lee A, Ross H, Woodend AK, Forde S, Cameron JL. A longitudinal view of factors that influence the emotional wellbeing of family caregivers of individuals with heart failure. *Aging Ment Health.* 2016 Apr 14:1-7. [Epub ahead of print]
6. Zincir SB, Sunbul M, Zincir S, Sunbul EA, Oguz M, Cengiz FF, et al. Burden and depressive symptoms associated with adult-child caregiving for individuals with heart failure. *Scientific World J.* 2014;2014:641817.
7. Pinquart M, Sörensen S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychol Aging.* 2011;26(1):1-14.
8. Baptista BO, Beuter M, Girardon-Perlini NMO, Brondani CM, Budó MLD, Santos NO. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm [Internet].* 2012 [citado 2016 abr. 12];33(1):147-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a20v33n1.pdf>
9. Brunori EHFR, Cavalcante AMRZ, Lopes CT, Lopes JL, Barros ALBL. Tabagismo, consumo de álcool e atividade física: associações na síndrome coronariana aguda. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(2):165-72.
10. Pressler SJ, Gradus-Pizlo I, Chubinski SD, Smith G, Wheeler S, Sloan R, et al. Family caregivers of patients with heart failure. A longitudinal study. *J Cardiovasc Nurs.* 2013;28(5):417-28.
11. Lou P, Zhu Y, Chen P, Zhang P, Yu J, Zhang N, et al. Prevalence and correlations with depression, anxiety, and other features in outpatients with chronic obstructive pulmonary disease in China: a cross-sectional case control study. *BMC Pulm Med.* 2012;12:53.
12. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Públ.* 2013;33(4):302-10.
13. Hoshino A, Amano S, Suzuki K, Suwa M. Relationship between depression and stress factors in housework and paid work among Japanese women. *Hong Kong J Occup Ther.* 2016;27:35-41.
14. Taylor G, McNeil A, Girling A, Farley A, Lindson-Hawley N, Aveyard P. Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014;348:g1151.
15. McMahon EM, Corcoran P, O'Regan G, Keeley H, Cannon M, Carli V, et al. Physical activity in European adolescents and associations with anxiety, depression and well-being. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017;26(1):111-22.
16. Bruin A, Picavest HSJ, Nossikov A, editors. Health interview surveys: toward international harmonization of methods and instruments. Geneva: WHO; 1996.
17. 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(2):453-7.
18. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory: manual. San Antonio: Harcourt Brace; 1996.
19. Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56(6):893-7.
20. Creamer M, Foran J, Bell R. The Beck anxiety inventory in a non-clinical sample. *Behav Res Ther.* 1995;33(4):477-85.
21. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
22. Reis RS, Hino AAF, Añez CRR. Perceived Stress Scale: reliability and validity study in Brazil. *J Health Psychol.* 2010;15(1):107-14.

23. Luft CDB, Sanches SO, Mazo GZ, Andrade A. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Rev Saude Publica*. 2007;41(4):606-15.
24. Evans JD. *Straight forward statistics for the behavioral sciences*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole; 1996.
25. Chung ML, Moser DK, Lennie TA, Rayens MK. The effects of depressive symptoms and anxiety on quality of life in patients with heart failure and their spouses: Testing dyadic dynamics using Actor-Partner Interdependence Model. *J Psychosom Res*. 2009;67(1):29-35.
26. Luchesi BM, Souza EN, Gratão AC, Gomes GA, Inouye K, Alexandre TS, et al. The evaluation of perceived stress and associated factors in elderly caregivers. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;67:7-13.
27. Mello AF, Juruena MF, Pariente CM, Tyrka AR, Price LH, Carpenter LL, et al. Depressão e estresse: existe um endofenótipo? *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):S13-8.
28. Graeff FG. Ansiedade, pânico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):S3-6.
29. Ter Horst JP, de Kloet ER, Schachinger H, Oitzl MS. Relevance of stress and female sex hormones for emotion and cognition. *Cell Mol Neurobiol*. 2012;32(5):725-35.
30. Moylan S, Jacka FN, Pasco JA, Berk M. How cigarette smoking may increase the risk of anxiety symptoms and anxiety disorders: a critical review of biological pathways. *Brain Behav*. 2013;3(3):302-26.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.