

## Artigo de Revisão

**Diagnóstico, tratamento e impactos dos problemas de saúde mental no pós-infarto: uma revisão sistemática***Diagnosis, treatment and impacts of post-infarction mental health problems: a systematic review***Samantha Tembra<sup>1</sup>, Henrique José Pegorini<sup>2</sup>, Lucimar de Lara Aires Reis<sup>3</sup>**

Tembra S, Pegorini HJ, Reis LLA. Diagnóstico, tratamento e impactos dos problemas de saúde mental no pós-infarto: uma revisão sistemática / *Diagnosis, treatment and impacts of post-infarction mental health problems: a systematic review*. Rev Med (São Paulo). 2022 maio-jun.;101(3):e-185514.

**RESUMO:** Depressão e ansiedade são transtornos prevalentes no período pós-infarto do miocárdio e constituem fatores que acrescem incapacidades e influenciam a morbimortalidade do paciente previamente infartado. No entanto, não há diretrizes nacionais no que diz respeito às repercussões na qualidade de vida, às estratégias para diagnóstico e ao melhor tratamento dessas comorbidades. Além disso, as evidências existentes frequentemente não se encontram reunidas em protocolos específicos internacionalmente aceitos, dificultando a reprodutibilidade da conduta mais adequada. Dessa forma, o objetivo desta revisão sistemática é analisar as repercussões dos problemas de saúde mental para o indivíduo previamente infartado, buscando apresentar opções terapêuticas que possam ser ofertadas pela Saúde Primária. Assim, realizou-se pesquisa nas bases de dados *PubMed*, *Lilacs*, *SciELO* e *BVS* com os *Mesh Terms* “myocardial infarction”, “mental health” e “primary care” e o booleano “AND”. Foram selecionados 30 artigos em língua portuguesa e inglesa que mais adequadamente se relacionavam com os objetivos deste trabalho, utilizando-se os critérios PRISMA. O recorte temporal analisado compreende os anos de 2011 a 2021. Os resultados da pesquisa mostraram associações entre ansiedade, depressão e outros problemas de saúde mental e diminuição da qualidade de vida, como readmissão hospitalar, maiores custos em saúde, dor torácica, e maior risco de desfechos cardiovasculares. As escalas validadas mostraram-se ferramentas úteis no diagnóstico das comorbidades mentais no pós-infarto. Dentre as opções terapêuticas mais eficazes encontradas, estão as de enfoque psicossocial e a Terapia

Cognitivo-Comportamental, havendo grande divergência literária a respeito dos antidepressivos. Dada a grande repercussão na qualidade de vida do indivíduo pós-infartado, mais estudos são necessários para definir melhores abordagens terapêuticas com evidente redução na mortalidade.

**Palavras-chave:** Infarto do miocárdio; Depressão; Ansiedade; Saúde mental; Atenção primária.

**ABSTRACT:** Depression and anxiety are prevalent disorders in the post-myocardial infarction period and constitute factors that add disabilities and influence the morbidity and mortality of previously infarcted patients. However, there are no national guidelines regarding the repercussions on quality of life, diagnostic strategies and the best treatment of these comorbidities. Furthermore, the existing evidence is often not gathered in specific internationally accepted protocols, making it difficult to reproduce the most appropriate conduct. Thus, the aim of this systematic review is to analyze the repercussions of mental health problems for the previously infarcted individual, seeking to present therapeutic options that can be offered by Primary Health Care. Thus, the search was carried out in the *PubMed*, *Lilacs*, *SciELO* and *BVS* databases with the *Mesh Terms* “myocardial infarction”, “mental health” and “primary care” and the Boolean “AND”. Thirty articles in Portuguese and English were selected that more adequately related to the objectives of this work, using the PRISMA criteria. The time frame analyzed comprises the years 2011 to 2021. The survey results showed associations

1. Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT - Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1238-5908>. E-mail: [samathatembra12@gmail.com](mailto:samathatembra12@gmail.com)
2. Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT - Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina. ORCID: 0000-0003-3700-9730. E-mail: [henriquepegorini@hotmail.com](mailto:henriquepegorini@hotmail.com)
3. Universidade do Estado de Mato Grosso - UNEMAT - Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1853-9907>. E-mail: [lucimarlaraires@gmail.com](mailto:lucimarlaraires@gmail.com)

**Endereço para correspondência:** Rua Tiradentes, 833, Centro - Cáceres, MT. CEP: 78210-090. E-mail: [samathatembra12@gmail.com](mailto:samathatembra12@gmail.com)

between anxiety, depression and other mental health problems and decreased quality of life, such as hospital readmission, higher health care costs, chest pain, and increased risk of cardiovascular outcomes. The validated scales proved to be useful tools for diagnosing post-infarction mental comorbidities. Among the most effective therapeutic options found are those with a psychosocial focus and Cognitive-Behavioral Therapy, with great literary

## INTRODUÇÃO

A relação entre saúde mental e eventos cardiovasculares é bem estabelecida. Em se tratando de infarto e depressão/ansiedade, a via de associação é dupla: tanto há evidências da contribuição de depressão e/ou ansiedade para eventos cardiovasculares quanto há ligação entre a ocorrência de um infarto e o subsequente desenvolvimento desses distúrbios<sup>1,2,3,4</sup>. É estimado que ocorra Depressão Maior em cerca de 15-20% dos pacientes hospitalizados com Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)<sup>5</sup>. Ademais, se considerados sinais e sintomas depressivos, a prevalência pode alcançar 30%, enquanto sintomas ansiosos podem estar presentes em até 60% dos casos, havendo frequentemente sobreposição das duas sintomatologias<sup>6</sup>. Além dessas, outras psicopatologias como Esquizofrenia<sup>7</sup>, Transtorno Bipolar<sup>8</sup> e Transtorno Pós-traumático<sup>9</sup> encontram-se associadas ao pós-IAM influenciando na evolução da doença de base.

Esses distúrbios têm impactos na qualidade de vida, adicionam novas limitações ao cotidiano do indivíduo e associam-se à maior incidência de episódios de angina<sup>1</sup>, bem como à maior procura de serviços de saúde, principalmente hospitalares<sup>1,2,10</sup>. Nesse sentido, alguns estudos buscaram entender os meios fisiopatológicos pelos quais ansiedade e depressão aumentam a mortalidade de pacientes pós-IAM e um provável mecanismo bioquímico que envolve aumento da inflamação foi proposto<sup>1,11</sup>. Sob perspectiva comportamental, o aumento da mortalidade decorre do fato de os sintomas depressivos reduzirem a adesão de pacientes às recomendações medicamentosas e de saúde<sup>2,12,13</sup>, havendo aumento das taxas de morte atribuídas a eventos cardiovasculares<sup>1</sup>. Isso, por sua vez, está ligado à baixa participação desses pacientes em programas de Reabilitação Cardíaca (RC) e à manutenção de estilo de vida sedentário<sup>14,15</sup>.

No entanto, o diagnóstico dessas comorbidades muitas vezes mostra-se dificultoso. Uma das barreiras é a própria existência de uma doença crônica de base, cujos sintomas podem mascarar os de depressão e cujas medicações de controle podem afetar o humor<sup>1,3</sup>. Há ainda insuficiente taxa de triagem médica dos pacientes no pós-infarto<sup>5</sup> e baixa revelação espontânea dos pacientes acerca dessas perturbações<sup>1</sup>. Outros desafios são: a incerteza sobre a melhor intervenção<sup>5,11,16</sup>, a escassez de informações recebidas após o infarto e a fragmentação da continuidade do cuidado após a alta hospitalar<sup>10,13,17,18</sup>. Diante disso, este

divergence regarding antidepressants. Given the great impact on the quality of life of the post-infarcted individual, further studies are needed to define better therapeutic approaches with a clear reduction in mortality.

**Keywords:** Myocardial infarction; Depression, Anxiety, Mental health, Primary care.

estudo busca explorar o período pós-infarto no que diz respeito à saúde mental e às repercussões das comorbidades mentais para o paciente previamente infartado. Busca-se ainda reunir informações sobre a possível condução mais adequada do quadro, com enfoque no acompanhamento a longo termo que pode ser oferecido especialmente pela Saúde Primária.

## OBJETIVO

O objetivo desta revisão sistemática é analisar as repercussões dos problemas de saúde mental para o indivíduo previamente infartado, buscando apresentar opções terapêuticas e estratégias de condução que possam ser ofertadas pela Saúde Primária.

## MÉTODO

Para o desenvolvimento desta revisão sistemática, a pergunta de pesquisa foi elaborada utilizando-se a estratégia PICO. Constituíram a população de estudo os pacientes previamente infartados, buscando-se conhecer as influências de problemas de saúde mental na qualidade de vida dessa população e quais seriam as melhores terapêuticas para a condução desse quadro. Como estratégia de busca, realizou-se pesquisa nas bases de dados *PubMed*, *Lilacs*, *SciELO* e *BVS* com os *MeSH terms* “*myocardial infarction*”, “*mental health*” e “*primary care*” e o boleano “AND”. Foram selecionados textos completos de 2011 a 2021 em Língua Portuguesa e Inglesa. Essa busca resultou em 208 artigos, dos quais foram excluídas 36 duplicatas. Dentre os remanescentes, 75 estudos foram eleitos pela leitura dos títulos e resumos que se associavam a algum dos domínios do tema. Essa busca e seleção dos artigos foi realizada pelo autor principal, sem utilização de outras ferramentas. Para maior adequação ao tema, os critérios de exclusão formulados foram: artigos que, após leitura minuciosa, não se enquadravam no tema do presente estudo; pesquisas cuja população não continha pacientes previamente infartados ou consistia em pacientes com doença coronariana ou doença isquêmica cardíaca com porcentagem não significativa (maioria) de pacientes previamente infartados; artigos nos quais IAM foi analisado somente como desfecho e não como condição já existente; estudos em curso e/ou sem resultados disponíveis; opinião de especialistas. Através da aplicação dos critérios de

exclusão, 44 estudos foram descartados e dos 31 restantes, um estudo secundário foi excluído por apresentar resultados de um estudo maior previamente incluído. Ao todo, 30 artigos foram utilizados no desenvolvimento deste trabalho.

A análise dos dados finais foi feita por dois dos autores, enquanto as revisões críticas, por todos os três.

O resumo da metodologia de seleção de artigos encontra-se na Figura 1.

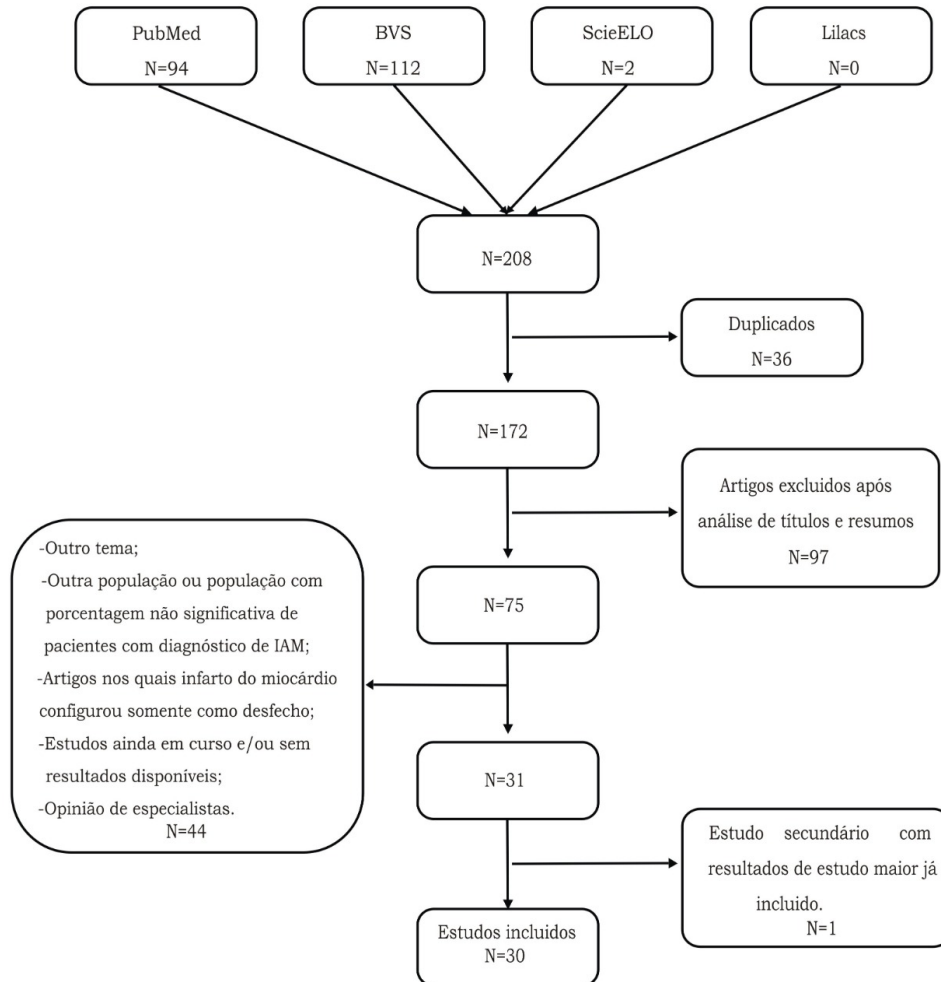


Figura 1- Metodologia

## RESULTADOS

As características e os principais achados dos estudos selecionados encontram-se reunidos na Tabela 1.

Tabela 1- Caracterização dos estudos incluídos.

Autor/ Ano	Qualis	Objetivos	Principais resultados
Gulliksson et al. 2011	A1	Avaliar a influência de terapia cognitivo-comportamental na recorrência de eventos cardiovasculares.	O grupo da intervenção mostrou menor recorrência de infartos e de eventos cardiovasculares durante o período de acompanhamento em comparação ao grupo controle <sup>24</sup> .
Hawkes et al. 2012	B2	Avaliar a eficácia de uma intervenção para pacientes infartados.	O grupo da intervenção apresentou melhor qualidade de vida e saúde emocional pelas escalas <sup>25</sup> .
Mourad et al. 2012	B2	Comparar sintomas depressivos entre admissões por dor torácica não cardíaca e infarto do miocárdio.	Não houve diferenças relevantes a respeito da prevalência ou da intensidade da sintomatologia depressiva entre pacientes admitidos com dor torácica não cardíaca e os pacientes com dor torácica com infarto do miocárdio <sup>26</sup> .
Kurdyak et al. 2012	B2	Analisar diferenças na mortalidade após 30 dias de alta da internação e comparar a atenção pós-IAM em indivíduos com e sem esquizofrenia.	Após 30 dias da alta, pacientes com esquizofrenia apresentaram maior risco de morte em comparação ao grupo sem essa comorbidade no pós-IAM. Além disso, indivíduos com esse problema de saúde obtiveram menores chances de receber procedimento cardíaco <sup>27</sup> .

*continuação***Tabela 1-** Caracterização dos estudos incluídos.

<b>Autor/ Ano</b>	<b>Qualis</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Principais resultados</b>
Shah et al. 2012	B1	Analisar a relação entre uma forma de ansiedade (estresse financeiro) e desfechos a longo prazo após a ocorrência de IAM.	Estresse financeiro autorreportado associou-se à sintomatologia cardiovascular mais intensa, piores desfechos durante a recuperação pós-infarto, maior risco de readmissão hospitalar e risco de morte em relação aos pacientes sem essa forma de estresse <sup>21</sup> .
Turkstra et al. 2013	B2	Avaliar o custo-benefício de uma intervenção para pacientes previamente infartados.	A intervenção não mostrou bom custo-benefício, resultando em maiores gastos para o grupo da intervenção em comparação ao grupo que recebeu o acompanhamento usual <sup>28</sup> .
Zuidersma et al. 2013	B1	Estimar os efeitos cardiovasculares do tratamento antidepressivo em pacientes depressivos no pós-IAM.	Não houve redução significativa na mortalidade e morbidade com a instituição do tratamento <sup>16</sup> .
Larsen et al. 2013	A2	Conhecer os aspectos da triagem para depressão em pacientes previamente infartados.	Apenas 27.3% dos pacientes foram triados para depressão dentro do primeiro ano após primeiro episódio de IAM. Maior quantidade de consultas encontrou-se relacionada à maior taxa de triagem dos pacientes. Quanto à triagem, a maioria dos Médicos generalistas perguntavam sobre sintomas específicos, não utilizando lista de sintomas <sup>5</sup> .
Groenewold et al. 2013	B1	Investigar diferenças sintomatológicas entre pacientes depressivos sem doença cardiovascular e pacientes que sofreram um infarto.	A maioria dos pacientes depressivos no pós-infarto foram homens e tiveram início dos sintomas em idade mais avançada. Não houve diferenças entre os grupos no que diz respeito aos sintomas somáticos, porém sintomas cognitivos estavam menos presentes na população pós-infarto <sup>3</sup> .
A. Fors et al. 2014	A1	Explorar aspectos da experiência vivida pelos pacientes durante hospitalização por isquemia miocárdica.	Os pacientes sentiram-se surpresos, ansiosos e por vezes “injustiçados” frente ao evento cardíaco. Além disso, estimaram a obtenção de explicações para a ocorrência do evento e reportaram desejo de retornar logo a seus trabalhos <sup>17</sup> .
Hunger et al. 2014	A2	Avaliar intervenção individualizada com componente em saúde mental em pacientes mais velhos pós-IAM.	Pacientes que receberam a intervenção mostraram melhores médias de pontuação em relação à depressão durante o período observado <sup>18</sup> .
Iles-Smith et al. 2015*	A1	Investigar fatores psicológicos relacionados à readmissão por dor torácica dentro de 6 meses após Intervenção Coronariana Percutânea (ICP) devido a Infarto Agudo do miocárdio com Supra de ST (IAMST).	Aflicção psicológica/problemas de saúde mental configurou como preditor de readmissão hospitalar <sup>4</sup> .
A. Smith et al. 2015	A2	Entender a visão de pacientes da saúde primária acerca dos efeitos da Doença Arterial Coronariana (DAC) em suas vidas.	Encontrou-se maior incidência de depressão em mulheres. A maioria dos pacientes se mostrou ambivalente sobre sua doença. Cerca de 37% dos participantes relataram piores em suas vidas desde o diagnóstico, explicadas por: restrição do estilo de vida, consciência sobre mortalidade e sentimento de perda. Pacientes com ansiedade e recorrente dor torácica tendiam mais a reportar piora de vida <sup>23</sup> .
Nielsen et al. 2015	B1	Avaliar o uso de Serviços de saúde a longo prazo após primeiro episódio de infarto do miocárdio.	Pacientes com sintomas de ansiedade utilizaram 24% mais consultas com clínicos gerais durante os primeiros 24 meses seguintes ao Infarto. Inversamente, pacientes com sintomas ansiosos tiveram menor contato com hospitais durante os primeiros 6 meses seguintes ao infarto <sup>2</sup> .
Ski et al. 2016	B1	Avaliar a eficácia de intervenções psicossociais para pessoas com depressão e doença coronariana.	Essas intervenções podem relacionar-se a menor sintomatologia depressiva. Não houve evidências sobre a influência dessas intervenções na morbimortalidade <sup>12</sup> .
Amin et al. 2016	A1	Avaliar se a ocorrência de sangramento em pacientes com IAM possui impactos na qualidade de vida.	A ocorrência de sangramentos devido à dupla antiagregação plaquetária associou-se à diminuição dos escores de qualidade de vida, mesmo quando considerados sangramentos mínimos <sup>29</sup> .
Beckman et al. 2016	A1	Avaliar associações entre dificuldades financeiras e saúde em relação ao gênero em previamente infartados.	Homens e mulheres que apresentaram ao menos um tipo de dificuldade financeira expressaram menores status funcional e qualidade de vida, bem como maior sintomatologia depressiva no pós-infarto <sup>19</sup> .

*continua*

Tabela 1- Caracterização dos estudos incluídos.

continuação

Autor/ Ano	Qualis	Objetivos	Principais resultados
Wachelder et al. 2016	A1	Descrever as associações entre as maneiras de lidar e a qualidade de vida de pacientes que sofreram parada cardíaca e pacientes que sofreram infarto.	O grupo constituído por pacientes com infarto do miocárdio apresentou maior expressão de sintomas depressivos/ansiosos pela escala HADS comparativamente ao grupo constituído por pacientes com parada cardíaca <sup>22</sup> .
Tylee et al. 2016	*	Criar e avaliar uma intervenção guiada por enfermeiras quanto à aceitação, à viabilidade e os custos, testando os métodos para um ensaio definitivo. A intervenção proporciona que os pacientes especifiquem objetivos a serem modificados.	A intervenção mostrou-se aceitável e viável para a saúde primária. Tanto o grupo controle quanto o grupo da intervenção obtiveram melhorias nos sintomas depressivos, porém aquele visitou menos vezes o serviço de emergência do que este. A autoeficácia em 12 meses melhorou em média de 2.5 para o grupo recebendo a intervenção em comparação a 0.9 de melhoria média para o grupo controle, não havendo, contudo, diferenças ao longo do tempo pelo modelo de efeito mistos <sup>1</sup> .
Tylee et al. 2016	*	Identificar nos pacientes percepções acerca da ligação entre sua saúde mental e física, explorar suas experiências com doença coronariana e suas formas de lidar com ela e com depressão como comorbidade.	Ir à academia, estudar questões de saúde, meditar, manter relacionamento próximo com a religião e com o ambiente natural foram estratégias referidas para lidar com a saúde e o emocional. Os pacientes aparentaram não serem muito afetados com a doença coronariana. A não procura por ajuda em saúde mental associou-se a: percepções culturais e religiosas, falta de conhecimento sobre depressão, desconforto em falar sobre questões emocionais principalmente com a comunidade, subestimação dos problemas e medo acerca do assunto. Na visão dos pacientes, as seguintes coisas contribuíram para a deterioração de sua saúde mental: medo de morrer, tédio, relações interpessoais infelizes, dor crônica e limitações, alcoolismo em excesso, baixa autoconfiança e sentimento de luto/invalidez. Sentimento de perda e falta de apoio social foram comumente relatados <sup>1</sup> .
Tylee et al. 2016	*	Compreender a relação entre Doença coronariana e depressão em pacientes da saúde primária.	Encontrou-se que 44% da amostra apresentava persistência de dor torácica, a qual se encontrou associada à depressão, ansiedade e aspectos sociais. Esses pacientes obtiveram menores pontuações em escore de qualidade de vida. O maior preditor de depressão foi a existência prévia de um infarto do miocárdio. Não houve diferença na utilização de serviços de saúde entre depressivos e não depressivos, porém, os depressivos internaram-se mais e por mais tempo. Em quase todos os domínios analisados, pacientes depressivos geraram maiores custos comparativamente <sup>1</sup> .
Bucholz et al. 2017	A2	Entender as diferenças de gênero no momento do infarto em relação a fatores sociodemográficos e clínicos.	Mulheres associaram-se a mais diagnósticos de depressão e reportaram maiores níveis de estresse, além de limitações devido à angina e menor qualidade de vida <sup>20</sup> .
Norlund et al. 2018	A1	Avaliar a efetividade de Terapia cognitivo-comportamental ofertada pela internet para sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com infarto recente.	Não houve diferença ou benefício em relação ao grupo controle tratado pelo serviço de saúde local (tratamento usual) e o grupo da intervenção que recebeu a intervenção de forma digital <sup>6</sup> .
von Kanel et al. 2018	A1	Testar a eficácia de uma sessão de terapia contra a ocorrência de Transtorno de Estresse pós-traumático após IAM.	A intervenção não mostrou benefício em relação ao grupo controle <sup>9</sup> .
Resurrección et al. 2019	A1	Avaliar fatores associados ao não comparecimento de pacientes com Doença cardiovascular, incluindo previamente infartados, à Reabilitação cardíaca.	Pacientes depressivos participaram do programa de Reabilitação Cardíaca cerca de 4 vezes menos e abandonaram o programa supracitado cerca de 7 vezes mais em relação aos não depressivos <sup>14</sup> .
Mohamed et al. 2019	B1	Definir a prevalência de Doenças Mentais Severas em pacientes com infarto e analisar suas associações e desfechos.	Encontrou-se que a presença de esquizofrenia e de outras psicoses não orgânicas guardou relação com eventos adversos cardiovasculares e cerebrais. Depressão Maior esteve associada a maior risco de sangramentos <sup>8</sup> .
Pristipino et al. 2019	A1	Verificar a eficácia de Psicoterapia de curto-prazo em melhorar os desfechos em pacientes com infarto recente.	O grupo da intervenção mostrou melhoras segundo a classificação de NYHA no período todo analisado. Esse grupo apresentou benefício no primeiro ano de intervenção no que diz respeito a eventos cardiovasculares e comorbidades não cardiovasculares, enquanto o grupo controle obteve benefício quando analisados os cinco anos de acompanhamento <sup>30</sup> .
Herawati et al. 2019	A2	Entender acerca das percepções dos pacientes que foram submetidos a ICP devido a IAMST em relação ao autocuidado após o evento.	Encontrou-se que ansiedade e depressão ocorreram no primeiro dia após o infarto, seus níveis decresceram após isso e voltaram a aumentar durante o terceiro e sexto mês. Tais problemas encontraram-se relacionados a limitações físicas <sup>15</sup> .

Tabela 1- Caracterização dos estudos incluídos.

Autor/ Ano	Qualis	Objetivos	Principais resultados
R. Sweda et al. 2020	A1	Analisar o efeito da terapia com antidepressivos acerca de eventos cardiovasculares e mortalidade em pacientes com doença isquêmica cardíaca.	Não houve diferença em relação à morte por todas as causas entre os grupos. Foi encontrado, contudo, que antidepressivos diminuíram o risco de readmissões hospitalares. Outro achado consiste na diminuição das recorrências de infarto nos pacientes em terapia medicamentosa em relação aos grupos controle <sup>11</sup> .
Valaker et al. 2020	B2	Estabelecer aspectos da continuidade do cuidado de pacientes pós-intervenção coronariana percutânea.	Houve correlação entre qualidade de vida e continuidade do cuidado. Pacientes que tiveram maior continuidade do cuidado sentiram-se “mais felizes” e expressaram menor sintomatologia. O componente mental também mostrou melhoras auto reportadas após o acompanhamento <sup>10</sup> .
Hauck et al. 2020	B1	Entender a influência da revascularização miocárdica na mortalidade dos pacientes com esquizofrenia e infarto.	A esquizofrenia em indivíduos conferiu maior chance de morte após um infarto do miocárdio e um tratamento menos efetivo durante e após o evento cardíaco <sup>7</sup> .
Soldati S, et al. 2021	B1	Avaliar a adesão medicamentosa da prevenção secundária de IAM.	Distúrbios mentais foram fortemente associados com a baixa adesão terapêutica <sup>13</sup> .

\*Não possui Qualis no quadriênio 2013-2016.

## DISCUSSÃO

Muitos são os significados e as repercussões da ocorrência de um infarto na vida de um indivíduo. O evento, muitas vezes, surpreende a vítima que tão logo busca por explicações e causalidades e, a partir daí, tenta entender seu futuro. Nesse sentido, o período logo após o evento cardiovascular agudo é entremeadado de incertezas, questionamentos, medos, ansiedades e elaboração de estratégias para superar o ocorrido e prevenir a recorrência<sup>17</sup>. Uma parcela de pacientes com IAM apresenta sinais de depressão, ansiedade e outras angústias quando ainda hospitalizados, recebendo, nesse ambiente, alguma orientação acerca dessas perturbações. No entanto, o grande avanço no diagnóstico e condução do quadro diminuíram a permanência hospitalar pós-infarto, reduzindo também o tempo para o repasse de informações. Assim, no que diz respeito à integralidade da atenção à saúde, a alta hospitalar é *Divortium aquarum* (divisor de águas): representa o momento de maior fragilidade e pode significar a descontinuidade do cuidado, expondo o indivíduo, muitas vezes sozinho, aos desafios de sua nova condição<sup>10,13,18</sup>.

Dentre os desafios surgidos em algum momento após o evento isquêmico, Tylee et al. enfatiza os comumente observados: dor crônica e incapacidades, solidão, medo de morrer, abuso alcoólico, sentimentos de tédio, perda da autovalorização, frustração frente à sensação de invalidez, disfunção erétil e perda de intimidade sexual<sup>1</sup>. Além disso, foi encontrada relação entre Depressão Maior no paciente infartado e maior risco de sangramentos devido à terapia de antiagregação plaquetária comum à prevenção secundária<sup>8</sup>. Esses novos obstáculos podem desestabilizar o paciente previamente infartado, fazendo-o vulnerável à ansiedade, depressão e outros transtornos de humor<sup>3</sup>. Contudo, alguns indivíduos parecem possuir maior risco para a ocorrência

dessas comorbidades no pós-infarto. A maioria dos estudos têm sido consistentes em mostrar que o sexo do indivíduo pode configurar como fator de risco, uma vez que mulheres vivenciam desordens depressivas associadas a maiores desfechos cardíacos indesejáveis e maior mortalidade após um IAM<sup>5,19,20</sup>, apesar de o estudo MIND-IT reportar maior incidência de depressão em homens após o evento cardíaco em sua amostra<sup>3</sup>. Adicionalmente, a existência de muitos fatores de risco em comum entre doenças cardiovasculares e doenças psiquiátricas pode também contribuir para suas frequentes ocorrências simultâneas.

No âmbito econômico, um estudo sueco mostrou dados de que, a despeito da licença médica por Síndrome Coronariana Aguda (SCA) ser recomendada em seu país por 4 semanas, cerca de 40% dos pacientes continuam afastados por, pelo menos, o dobro desse tempo. Contudo, nessa mesma pesquisa, os pacientes entrevistados expressaram interesse em retornar à ocupação profissional tão cedo quanto possível. Isso indica que no decorrer dos dias em recuperação domiciliar, fatores se contrapõem ao retorno ao trabalho como antes planejado, como o surgimento de perturbações psicológicas e a percepção negativa dos indivíduos sobre sua doença<sup>17</sup>. Shah et al.<sup>21</sup>, por sua vez, traz a associação entre estresse financeiro autorreportado após infarto e maior sintomatologia cardiovascular com piores desfechos durante a recuperação.

A persistência de dor torácica foi outra manifestação comumente encontrada em ligação à existência de perturbações psíquicas pós-IAM, e provavelmente responde por grande parte do aumento no número de consultas nesse período pelos ansiosos<sup>1,2</sup> e o maior risco de readmissões hospitalares pelos depressivos<sup>4,22</sup>. De maneira geral, todos os distúrbios emocionais e problemas sociais apresentaram-se associados à diminuição da qualidade de vida. É nesse momento que o estabelecimento de um acompanhamento contínuo no pós-IAM faz-se necessário, uma vez que,

possibilita maior contato com o sistema de saúde, o qual aumenta as chances do reconhecimento de problemas de saúde mental e torna possível seus manejos. Dessa forma, o cuidado primário pode oferecer acompanhamento pela mesma equipe da saúde familiar com a história do paciente, como também proporcionar assistência multidisciplinar através das redes de atenção, envolvendo outros profissionais como psiquiatras e psicólogos.

Em se tratando do diagnóstico dessas comorbidades, foi encontrado que os profissionais da saúde rotineiramente perguntam aos pacientes a respeito de sintomas específicos. A literatura coloca, no entanto, que os questionários desenvolvidos para triagem de depressão e ansiedade não só têm altas sensibilidade e especificidade<sup>5</sup> como também são vistos de forma positiva pelos pacientes, como uma evidência de que o médico sistematicamente leva o seu problema mental em consideração<sup>1</sup>. Dentre os habitualmente empregados, está o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), que foi comumente encontrado no acompanhamento de pacientes algum tempo depois do infarto<sup>2,4,5,6,22</sup>. Outra enquête popular entre as pesquisas foi a *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9)<sup>1,19</sup>, juntamente com outras menos específicas sobre qualidade de vida, mas que possuem componentes que podem sinalizar baixo status de saúde mental.

Um tema recorrente entre os estudos foi a incerteza sobre quando fazer uso das escalas e qual o melhor momento para realizar a intervenção. Segundo Herawati et al.<sup>15</sup> os níveis de ansiedade encontram-se altos no primeiro dia após o infarto, decrescem a partir desse momento e voltam a aumentar durante o terceiro ao sexto mês. A intervenção diagnóstica e terapêutica pode ser necessária a longo prazo, devido ao acúmulo de várias limitações não só decorrentes do evento cardiovascular, mas também advindas do envelhecimento em si. Por outro lado, um diagnóstico e manejo precoce do quadro poderia evitar a progressão dos sintomas que podem surgir logo após a alta hospitalar.

A abordagem profilática, no entanto, parece não ser adequada, dado que grande parte das pesquisas encontradas consideraram as angústias e estresses imediatos ao evento agudo como normais, tornando-se passíveis de tratamento apenas quando perpetuadas<sup>1,12,23</sup>. Corroboram com tal concepção, os resultados de uma intervenção à beira leito com o objetivo de atenuar as chances de Estresse Pós-traumático nos pacientes ainda agudamente hospitalizados por infarto. Nessa intervenção<sup>9</sup> realizada em uma única sessão, o grupo que recebeu o aconselhamento específico logo após o infarto mostrou nenhum benefício em relação ao grupo controle, apresentando comparativamente mais sintomas de estresse pós-traumático autorrelatados. Assim, dada a incerteza sobre momento ideal para a instituição do diagnóstico e da terapêutica pós-hospitalar, o acompanhamento contínuo e a conduta individualizada fazem-se a melhor opção disponível.

Essa atenção permanente ao paciente, possibilita maiores opções de tratamento. Isso é importante principalmente frente à comum relutância dos pós-infartados em aceitar a terapia medicamentosa para depressão e/ou ansiedade<sup>1</sup>. Essa oposição à medicalização decorre possivelmente da tentativa de retomar o sentimento de controle sobre suas vidas, a partir da escolha de qual medicação aderir ou não. Além desse fator particular, os benefícios do uso de antidepressivos nesse grupo são controversos na literatura, sobretudo quando se trata dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS). Tais medicamentos parecem acrescer o risco de síndrome metabólica, por entrarem em contato com os receptores 5-hidroxitriptamina constituintes do processo de metabolismo do peso e da glicose<sup>8</sup>. Outra obra cita que os ISRS podem ser prejudiciais por interagirem com certas classes de medicamentos cardíacos, como betabloqueadores<sup>11</sup>. Adicionalmente, um estudo holandês<sup>16</sup> que acompanhou a evolução dos pacientes infartados até 8 anos após a instituição do tratamento antidepressivo mostrou ausência de efeitos benéficos acerca de desfechos cardiovasculares. Em contrapartida, uma pesquisa aponta para ligação entre antidepressivos e a redução das chances de readmissões hospitalares. Outro achado consiste na diminuição das recorrências de infarto do miocárdio nos pacientes em terapia medicamentosa em relação aos grupos controle<sup>11</sup>.

Em posse dessas informações e da escolha sobre o uso de antidepressivos, o médico que realiza o acompanhamento pode individualizar a terapêutica, utilizá-los com parcimônia, acompanhar o surgimento de efeitos adversos e analisar os resultados da terapia adotada. Há ainda outras opções terapêuticas que mostraram dados benéficos consistentes, como intervenções psicossociais ou do tipo Terapia Cognitivo-comportamental, essa última explorada pelo estudo randomizado SUPRIM<sup>24</sup> que mostrou resultados favoráveis ao grupo da intervenção no que tange à recorrência de infarto do miocárdio e outras doenças cardiovasculares. Outra intervenção realizada com enfoque na participação dos próprios pacientes na criação de objetivos a serem melhorados, mostrou viabilidade de implementação e bons resultados na construção de melhor saúde mental<sup>1</sup>.

Complementarmente, o profissional da saúde deve exercer o tratamento holístico do indivíduo, o que foi chamado por um estudo<sup>1</sup> de “Prescrição Social”. Esse método constitui-se na recomendação adicional de médicos acerca de serviços disponíveis fora do âmbito da saúde, na comunidade em geral, como aconselhamento de finanças e encontros/ grupos de apoio sociais. Entra no domínio da prescrição social, o estímulo a frequentar academias, uma vez que os indivíduos depressivos com DAC avaliam a participação em academias como benéficas para seus sintomas mentais, e, no entanto, mostram-se ativos fisicamente menor quantidade de dias por semana em

relação aos não depressivos. Há, assim, uma necessidade latente por maior integração entre a saúde e a atenção social nesses pacientes com condições crônicas.

Não foi encontrado consenso no que diz respeito às melhores associações terapêuticas, ao momento correto para a intervenção, ou mesmo quanto ao uso de antidepressivos e se alguma das formas de tratamento teria influência direta na mortalidade. No entanto, as intervenções de cunho cognitivo-comportamental e social mostraram-se as mais promissoras. Embora no campo teórico as frentes terapêuticas sejam vastas, muito ainda é necessário para a construção de protocolos nacionais, bem como para o estabelecimento de resultados que reflitam evidente diminuição da mortalidade. Dado a comum percepção de perda de controle sentido por esses indivíduos, ressalta-se como uma possível estratégia de intervenção participar as opiniões e objetivos dos próprios pacientes, combinando-os a um frequente acompanhamento dos resultados e a uma contínua readequação do esquema terapêutico.

Por fim, vale destacar os resultados da pesquisa de E.M. Wachelder et al.<sup>22</sup> que comparou indivíduos que sofreram parada cardíaca e indivíduos que tiveram episódio de infarto do miocárdio. Ao contrário da hipótese inicial de que a parada cardíaca resultaria maior intensidade de manifestações mentais adversas, os sintomas depressivos e ansiosos foram encontrados mais presentes nos pacientes que passaram por episódio de IAM. Isso evidencia que muitos dos problemas de saúde mental nos pacientes com infarto do miocárdio não derivam puramente da pontualidade do estresse sofrido no evento cardiovascular, mas decorrem da junção de muitas variáveis. O reconhecimento de tal fato e o entendimento dessas variáveis, por sua vez, abre espaço para vários alvos de intervenção e para que muito possa ser feito a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente.

Uma limitação deste presente estudo foi a relativa escassez de informação específica sobre distúrbios psíquicos após infarto do miocárdio. Dessa forma, alguns

dos dados encontraram-se associados mais amplamente à doença isquêmica ou à doença coronariana em ligação com esses distúrbios mentais. Pontua-se, contudo, que dentre essas associações mais amplas, somente as pesquisas cujos pacientes com infarto do miocárdio compreendiam porcentagem significativa da população estudada, foram incluídas neste estudo. Outra limitação diz respeito a grande parte dos estudos relacionarem ao pós-infarto somente depressão e ansiedade como problemas de saúde mental, havendo escassas informações acerca de outros distúrbios mentais nesse período.

## CONCLUSÃO

Na pesquisa para este projeto, fica claro que mais atenção precisa ser direcionada aos problemas de saúde mental no pós-infarto, considerando-se os benefícios que um acompanhamento a longo prazo desses pacientes pode gerar. Destaca-se a carência de pesquisas brasileiras acerca do assunto, muito embora o alto potencial de resolubilidade da Atenção Primária no Brasil e o papel da Unidade Básica de Saúde (UBS) no acompanhamento da história da doença abram grande espaço para maiores avanços nesse campo.

É evidente que muitas ainda são as incertezas sobre a conduta adequada para essas comorbidades. No entanto, em virtude das repercussões na qualidade de vida e na mortalidade do indivíduo previamente infartado, é de grande importância que mais pesquisas de campo sejam realizadas com o objetivo de embasar políticas públicas direcionadas a esses pacientes. Dadas as evidências encontradas, uma possível associação entre terapia cognitivo-comportamental e terapia psicossocial, permeada pela coparticipação dos pacientes no planejamento terapêutico, constituem combinação potencialmente benéfica. Acrescenta-se a isso, o acompanhamento contínuo, a utilização individualizada de antidepressivos e a abordagem holística utilizando-se de serviços secundários do eixo saúde-doença como academias e grupos de apoio social e de educação financeira.

**Contribuição dos autores:** *Samantha Tempra*: elaboração do tema e objetivo, pesquisa, escrita do projeto, análise dos dados e revisão crítica. *Henrique José Pegorini*: escrita do projeto, análise dos dados e revisão crítica. *Lucimar de Lara Aires Reis*: orientação e revisão crítica.

## REFERÊNCIAS

1. Tylee A, Barley EA, Walters P, Achilla E, Borschmann R, Leese M, et al. UPBEAT-UK: a programme of research into the relationship between coronary heart disease and depression in primary care patients. *Programme Grants Appl Res* 2016;4(8). doi:10.3310/pgfar04080
2. Nielsen TJ, Vestergaard M, Fenger-Grøn M, Christensen B, Larsen KK. Healthcare contacts after myocardial infarction according to mental health and socioeconomic position: a population-based cohort study. *PLOS ONE*. 2015;10(7):e0134557. doi: 10.1371/journal.pone.0134557
3. Groenewold NA, Doornbos B, Zuidersma M, Vogelzangs N, Penninx BWJH, Aleman A, et al. Comparing cognitive and somatic symptoms of depression in myocardial infarction patients and depressed patients in primary and mental health care. *PLoS ONE*. 2013;8(1):e53859. doi: 10.1371/journal.pone.0053859
4. Iles-Smith H, McGowan L, Campbell M, Mercer C, Deaton C. A prospective cohort study investigating readmission, symptom attribution and psychological health within six months of primary percutaneous coronary intervention. *Eur J Cardiovasc Nurs J Work Group Cardiovasc Nurs Eur Soc Cardiol*. 2015;14(6):506-15. doi: 10.1177/1474515114543227



5. Larsen KK, Vestergaard M, Søndergaard J, Christensen B. Screening for depression in patients with myocardial infarction by general practitioners. *Eur J Prev Cardiol.* 2013;20(5):800-6. <https://doi.org/10.1177/2047487312444994>
6. Norlund F, Wallin E, Olsson EMG, Wallert J, Burell G, Essen L von, et al. Internet-based cognitive behavioral therapy for symptoms of depression and anxiety among patients with a recent myocardial infarction: the U-CARE Heart Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res.* 2018;20(3):e9710. doi: 10.2196/jmir.9710
7. Hauck TS, Liu N, Wijeyesundera HC, Kurdyak P. Mortality and revascularization among myocardial infarction patients with schizophrenia: a population-based cohort study. *Can J Psychiatry.* 2020;65(7):454-62. doi: 10.1177/0706743720904845
8. Mohamed MO, Rashid M, Farooq S, Siddiqui N, Parwani P, Shiers D, et al. Acute myocardial infarction in severe mental illness: prevalence, clinical outcomes, and process of care in U.S. hospitalizations. *Can J Cardiol.* 2019;35(7):821-30. doi: 10.1177/0706743720904845
9. von Känel R, Barth J, Princip M, Meister-Langraf RE, Schmid J-P, Znoj H, et al. Early psychological counseling for the prevention of posttraumatic stress induced by acute coronary syndrome: the MI-SPRINT Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom.* 2018;87(2):75-84. doi: 10.1159/000486099
10. Valaker I, Fridlund B, Wentzel-Larsen T, Nordrehaug JE, Rotevatn S, Råholm M-B, et al. Continuity of care and its associations with self-reported health, clinical characteristics and follow-up services after percutaneous coronary intervention. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):71. doi:10.1186/s12913-020-4908-1
11. Sweda R, Siontis GCM, Nikolakopoulou A, Windecker S, Pilgrim T. Antidepressant treatment in patients following acute coronary syndromes: a systematic review and Bayesian meta-analysis. *ESC Heart Fail.* 2020;7:3610-20. doi: 10.1002/ehf2.12861
12. Ski CF, Jelinek M, Jackson AC, Murphy BM, Thompson DR. Psychosocial interventions for patients with coronary heart disease and depression: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2016;15(5):305-16. doi: 10.1177/1474515115613204
13. Soldati S, Di Martino M, Castagno D, et al. In-hospital myocardial infarction and adherence to evidence-based drug therapies: a real-world evaluation. *BMJ Open.* 2021;11:e042878. doi: 10.1136/bmjopen-2020-042878
14. Resurrección DM, Moreno-Peral P, Gómez-Herranz M, Rubio-Valera M, Pastor L, Caldas de Almeida JM, et al. Factors associated with non-participation in and dropout from cardiac rehabilitation programmes: a systematic review of prospective cohort studies. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2019;18(1):38-47. doi: 10.1177/1474515118783157
15. Herawati T, Keliat BA, Waluyo A. Perceptions of self-care readiness among STEMI patients following primary PCI. *Enferm Clínica.* 2019;29:820-5. doi: 10.1016/j.enfcli.2019.04.123
16. Zuidersma M, Conradi HJ, van Melle JP, Ormel J, de Jonge P. Depression treatment after myocardial infarction and long-term risk of subsequent cardiovascular events and mortality: a randomized controlled trial. *J Psychosom Res.* 2013;74(1):25-30. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.08.015
17. Fors A, Dudas K, Ekman I. Life is lived forwards and understood backwards – Experiences of being affected by acute coronary syndrome: a narrative analysis. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(3):430-7. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.06.012
18. Hunger M, Kirchberger I, Holle R, Seidl H, Kuch B, Wende R, et al. Does nurse-based case management for aged myocardial infarction patients improve risk factors, physical functioning and mental health? the KORINNA trial. *Eur J Prev Cardiol.* 2015;22(4):442-50. doi: 10.1177/2047487314524682
19. Beckman AL, Bucholz EM, Zhang W, Xu X, Dreyer RP, Strait KM, et al. Sex differences in financial barriers and the relationship to recovery after acute myocardial infarction. *J Am Heart Assoc.* 2016;5(10). doi: 10.1161/JAHA.116.003923
20. Bucholz EM, Strait KM, Dreyer RP, Lindau ST, D'Onofrio G, Geda M, et al. Sex differences in young patients with acute myocardial infarction: a VIRGO Study Analysis. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* 2017;6(7):610-22. doi: 10.1177/2048872616661847
21. Shah SJ, Krumholz HM, Reid KJ, Rathore SS, Mandawat A, et al. Financial stress and outcomes after acute myocardial infarction. *PLoS ONE.* 2012;7(10):e47420. doi: 10.1371/journal.pone.0047420
22. Wachelder EM, Moulart VRMP, Heugten C van, Gorgels T, Wade DT, Verbunt JA. Dealing with a life changing event: The influence of spirituality and coping style on quality of life after survival of a cardiac arrest or myocardial infarction. *Resuscitation.* 2016;109:81-6. doi: 10.1016/j.resuscitation.2016.09.025
23. Smith A, Fortune Z, Phillips R, Walters P, Lee GA, Mann A, et al. UPBEAT study patients' perceptions of the effect of coronary heart disease on their lives: a cross-sectional sub-study. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(11):1500-6. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.04.006
24. Gulliksson M, Burell G, Vessby B, Lundin L, Toss H, Svärdsudd K. Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care Project (SUPRIM). *Arch Intern Med.* 2011;171(2). doi: 10.1001/archinternmed.2010.510
25. Hawkes AL, Patrao TA, Atherton J, Ware RS, Taylor CB, O'Neil A, et al. Effect of a Telephone-Delivered Coronary Heart Disease Secondary Prevention Program (ProActive Heart) on Quality of Life and Health Behaviours: Primary Outcomes of a Randomised Controlled Trial. *Int J Behav Med.* 2013;20(3):413-24. <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9250-5>

26. Ghassan Mourad, Tiny Jaarsma, Claes Hallert and Anna Strömberg, Depressive symptoms and healthcare utilization in patients with noncardiac chest pain compared to patients with ischemic heart disease. *Heart Amp Lung*. 2012;41(5):446-55. doi: 10.1016/j.hrtlng.2012.04.002
27. Kurdyak P, Vigod S, Calzavara A, Wodehis WP. High mortality and low access to care following incident acute myocardial infarction in individuals with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2012;142(1):52-7. doi: 10.1016/j.schres.2012.09.003
28. Turkstra E, Hawkes AL, Oldenburg B, Scuffham PA. Cost-effectiveness of a coronary heart disease secondary prevention program in patients with myocardial infarction: results from a randomised controlled trial (ProActive Heart). *BMC Cardiovasc Disord*. 2013;13:33. doi: 10.1186/1471-2261-13-33
29. Amin AP, Wang TY, McCoy L, Bach RG, Effron MB, Peterson ED, et al. Impact of bleeding on quality of life in patients on DAPT: insights from translate-ACS. *J Am Coll Cardiol*. 2016;67(1):59-65. doi: 10.1016/j.jacc.2015.10.034
30. Pristipino C, Roncella A, Pasceri V, Speciale G. Short-TERM Psychotherapy in acute myocardial infarction (STEP-IN-AMI) trial: final results. *Am J Med*. 2019;132(5):639-46. e5. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.12.025

Recebido: 07.05.2021

Aceito: 07.03.2022