

DEPRESSÃO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESCOMPENSADA

DEPRESSION IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED HEART FAILURE

Bianca Falcão do Nascimento¹
José Arthur Guimarães dos Santos²
Kalyne Araújo Bezerra³
Pollyana Jorge Canuto⁴
Andrey Vieira de Queiroga⁵

RESUMO

Objetivo: Evidenciar a prevalência de depressão em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, de abordagem quantitativa. Foram entrevistados 133 pacientes com diagnósticos de insuficiência cardíaca descompensada, por meio do Inventário de Depressão de Beck, obtendo os dados sociodemográficos através das entrevistas e consultas a prontuários pessoais. Para a análise quantitativa das variáveis entre os escores de depressão e os fatores sociodemográficos, utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** O estudo evidenciou que a maioria dos entrevistados pontuaram para depressão mínima (42,1%) e quando comparados nível de depressão com as variáveis sociodemográficas e clínicas, houve significância com a condição econômica ($p=0,002$), presença de comorbidades, ($p=0,036$) e diagnóstico prévio de depressão ($p=0,032$). **Conclusão:** Foram encontrados dados significativos de sintomas depressivos em pacientes que não possuíam diagnóstico prévio de depressão, impulsionando a necessidade da detecção precoce e a implementação de ferramentas de rastreamento da doença nos pacientes com insuficiência cardíaca.

Palavras-chave: Cardiopatia. Doença Psiquiátrica. Hospitalização.

¹Especialista em Cardiologia na modalidade Residência. Universidade de Pernambuco - UPE. Recife. Pernambuco. Brasil. E-mail: biancafalcao@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8264-8262>.

²Residente em Cardiologia. Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE. João Pessoa. Paraíba. Brasil. E-mail: arthurguimaraes60@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8451-8055>.

³Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Natal. Rio Grande do Norte. Brasil. E-mail: kalynearaujo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8108-9980>.

⁴Doutoranda em Enfermagem e Saúde. Universidade Federal da Bahia - UFBA. Salvador. Bahia. Brasil. E-mail: pollyannacanuto@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0617-9008>.

⁵Mestre em promoção da Saúde. Universidade de Pernambuco - UPE. Recife. Pernambuco. Brasil. E-mail: enf.andreyvq@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8047-7508>.

ABSTRACT

Objective: To show the prevalence of depression in patients with decompensated heart. **Method:** This is an observational, cross-sectional study with a quantitative approach. A total of 133 patients diagnosed with decompensated cardiac behavior were treated using the Beck Depression Inventory, obtaining sociodemographic data through interviews and personal medical records. For the quantitative analysis of variables between depression scores and sociodemographic factors, Pearson's chi-square test was used. **Results:** The study showed that most symptoms scored for minimal depression (42.1%) and when comparing the level of depression with sociodemographic and clinical variables, there was significance with economic status ($p=0.002$), presence of comorbidities, ($p=0.036$) and previous diagnosis of depression ($p=0.032$). **Conclusion:** Data on depressive symptoms were found in patients who did not have a previous diagnosis of depression, driving the need for early detection and the implementation of screening tools for the disease in patients with heart disease.

Key words: Heart Disease. Psychiatric illness. Hospitalization.

Artigo recebido em: 20/01/2023

Artigo aprovado em: 11/09/2023

Artigo publicado em: 29/09/2023

1 INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica crônica, na qual o coração torna-se incapaz de bombear sangue de forma que atenda às necessidades metabólicas e tissulares do corpo. A IC afeta mais de 23 milhões de pessoas no mundo, sendo o Brasil um dos países com maior taxa de admissões hospitalares por IC, gerando impactos econômicos significativos para o país^{1,2}.

Entre os indivíduos internados por complicações decorrentes da IC, 50% deles são readmitidos em cerca de 90 dias após a alta hospitalar, podendo relacionar as internações frequentes, com aumento de chances de infecções hospitalares, um dos principais fatores de risco para o aumento da mortalidade³. Estudo recente, Silva e colaboradores (2020), mostra que a probabilidade de sobrevida geral acumulada em 12 meses foi de 48,2%, e esse dado pode ser justificado pelas manifestações clínicas dos pacientes serem de maior gravidade na admissão e pela maior taxa de mortalidade durante a evolução¹.

A principal causa das internações frequentes dos pacientes com IC é a descompensação clínica, sendo este transtorno muitas vezes evitável, pois está relacionada a fatores como a baixa adesão medicamentosa, a ingestão exagerada de sódio, a falta de orientação adequada sobre a doença e o tratamento, além do déficit no autocuidado, o autocuidado muitas vezes prejudicado em indivíduos com depressão, que é o transtorno psicológico mais frequente em pacientes com IC⁴.

Apesar da depressão ser considerada a alteração de humor mais comum nos indivíduos com IC, representando um percentual de 17% a 27% em pacientes

ambulatoriais e, 40% a 70% em pacientes hospitalizados⁵, os pacientes nem sempre são diagnosticados e tratados, o que influencia negativamente nas condutas terapêuticas da IC, pois a depressão se associa à diminuição do autocuidado e da qualidade de vida, refletindo negativamente no número de reinternações e na taxa de mortalidade⁶.

O diagnóstico da depressão é realizado mediante da história clínica do paciente, dos sinais e sintomas apresentados, além do uso de questionários específicos para identificar a depressão e a sua classificação, sendo o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI II) considerado como padrão-ouro na identificação de sintomas depressivos⁷.

Diante destas premissas, vale questionar se existe associação entre depressão e insuficiência cardíaca? Sabe-se que, este estudo parte da importância da identificação precoce dos sintomas depressivos, já que o subdiagnóstico de depressão, concomitante a falta de tratamento, acarretam em prejuízos para o paciente, principalmente no autocuidado, piorando o prognóstico da IC. Sendo assim, o objetivo desse estudo é evidenciar a prevalência de depressão em pacientes com insuficiência cardíaca descompensada.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e de abordagem quantitativa, por consolidar-se em uma investigação da natureza a ser estudada no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado, utilizando o conhecimento de uma doença, ou agravamento à saúde, e sua distribuição no tempo, no espaço e conforme peculiaridades individuais⁸.

A coleta foi realizada no setor de emergências e nas enfermarias cardiológicas de um hospital público de referência em Cardiologia. A escolha do local da pesquisa se deve por ser uma instituição de referência voltada para o ensino-pesquisa na área da saúde, com ênfase em cardiologia, no estado de Pernambuco.

Foi identificada uma população total de 188 pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca, que corresponde ao número de pacientes internados no período de janeiro a março de 2020. O cálculo do tamanho amostral foi definido utilizando a estimativa para populações finitas, com intervalo de confiança de 95% ($\alpha=0,05$, que fornece $Z_{0,05/2}=1,96$), prevalência estimada de 50% ($p=0,50$) e margem de erro de 5% ($\text{erro}=0,05$), o que corresponde a 127 participantes. Porém, para efeitos de análise, foi considerado os dados de 133 participantes.

Foram incluídos no estudo os indivíduos maiores de 18 anos, alfabetizados, com disponibilidade de participar da pesquisa, com diagnóstico de insuficiência cardíaca e internados no setor de emergências ou nas enfermarias cardiológicas. Foram excluídos do estudo pacientes que não apresentaram condições clínicas para responder a entrevista e aqueles indivíduos que não apresentaram habilidade mínima de entendimento dos itens circunscritos nos instrumentos de coleta dos dados.

Para coleta de dados foram utilizados dois instrumentos de medida: um questionário sociodemográfico e clínico e o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). No questionário sociodemográfico e clínico, foram construídas 14 perguntas sobre o participante, categorizadas em variáveis qualitativas (ordinais e nominais) e quantitativas (numéricas). São exemplos de variáveis qualitativas ordinais a situação econômica autodeclarada (má, média e boa) e o estado civil. Como variáveis qualitativas nominais, o gênero e a cor ou raça. Em relação às variáveis quantitativas, apenas foi questionado o número de filhos. Além das características sociais, haviam perguntas de aspectos clínicos.

Sobre o Inventário de Depressão de Beck, para análise dos resultados alcançados no BDI-II, o valor de 0 a 3 foi determinado para cada resposta, sendo este teste constituído por 21 questões. A classificação dos resultados foram: 0-13 depressão mínima, 14-19 depressão leve, 20-28 depressão moderada e 29-63 depressão severa⁹.

Os pacientes foram orientados quanto à aceitação ou não de participar da pesquisa após elucidação dos objetivos do estudo, estando aptos aqueles que concordaram participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados referentes às variáveis categóricas foram descritos pela contagem absoluta e percentual, e analisados por meio do teste qui-quadrado de Pearson, sendo relacionados às variáveis contínuas, descritos com média e desvio padrão. Em todos os testes utilizados foi considerado o nível de significância estatística para $p < 0,05$. Os dados foram armazenados e processados pelo *software Statistical Package for Social Science*® (SPSS) versão 22.0.

A pesquisa foi realizada após apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães (HAM), sob CAAE nº 38443620.8.0000.5197 e parecer nº 4.309.728, respeitando os aspectos éticos de estudos com seres humanos, normatizados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), pela resolução 466 de 12 de dezembro de 2012¹⁰.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo um total de 133 pacientes, sendo 72 (54,1%) do sexo masculino, 64 (48,1%) com idade maior ou igual a 60 anos, e apenas dois pacientes (1,5%), com idade entre 18-24 anos; 52 (39,1%) eram brancos(as), 74 (55,6%) eram casados ou união estável, 66 (49,6%) tinham 3 ou mais filhos, 47 (35,3%) possuíam apenas o ensino fundamental completo, 74 (70,7%) afirmaram que são inativos, ou seja sobrevivem da aposentadorias, auxílio-doença, entre outros, e 76 (57,1%) consideram que possuem uma situação econômica média ou regular (Tabela 1).

Com relação às situações clínicas, 70 (52,6%) dos pacientes estavam internados há um período menor que 7 dias, 118 (88,7%) apresentam uma ou mais comorbidades, e apenas 10 (7,5%) pacientes possuíam diagnóstico de depressão, conforme os dados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Frequência relativa das variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas dos portadores de insuficiência cardíaca (n=133). Recife, PE, Brasil, 2020.

Variáveis	Categoria	n (%)
Sexo	Feminino	61(45,9)
	Masculino	72(54,1)
Idade (em anos)	18 a 24 anos	2(1,5)
	25 a 39 anos	9(6,8)
	40 a 59 anos	58(43,6)
	60 anos ou mais	64(48,1)
Estado conjugal	Solteiro(a) ou nunca foi casado(a)	21(15,8)
	Casado(a) ou União estável	74(55,6)
	Separado(a) ou divorciado(a)	23(17,3)
	Viúvo(a)	15(11,3)
Filhos	Nenhum	12(9,0)
	1 filho	23(17,3)
	2 filhos	32(24,1)
	3 filhos	66(49,6)
Escolaridade	Alfabetizado	11(8,3)
	Fundamental incompleto	39(29,3)
	Fundamental completo	47(35,3)
	Ensino médio completo	23(17,3)
	Superior ou mais	13(9,8)
Cor/Raça	Branca	52(39,1)
	Preta	30(22,5)
	Amarela	3(2,3)
	Parda	48(36,1)
Trabalho	Trabalha e em atividade atualmente	14(10,5)
	Trabalha, mas não em atividade atualmente	13(9,8)
	Já trabalhou, mas não trabalha mais	94(70,7)
	Nunca trabalhou	12(9,0)
Situação econômica	Má	33(24,8)
	Média	76(57,1)
	Boa	24(18,0)
Comorbidades	Não	15(11,3)
	Sim	118(88,7)
Diagnóstico de depressão	Não	123(92,5)
	Sim	10(7,5)
	< 7 dias	70(52,6)
Tempo de internamento	7-14 dias	28(21,1)
	15-30 dias	22(16,6)
	>30 dias	13(9,8)

Em relação às principais comorbidades apresentadas pelos pacientes entrevistados, 118 (88,7%) pacientes apresentam ao menos uma comorbidade e apenas 15 (11,3%) não possuem, sendo a principal a hipertensão arterial sistêmica (HAS) com 116 (87,2%) do total de pacientes, seguido pela diabetes mellitus, com 72(54,1%) dos pacientes acometidos.

Tabela 2 – Distribuição das comorbidades dos entrevistados de acordo com as frequências absolutas e percentuais (n=133). Recife, PE, Brasil, 2020.

Comorbidades	N	%
Hipertensão	116	87,2
Diabetes	72	54,1
Arritmia	55	41,4
DRC*	14	10,5
Outros**	68	51,9
Total	133	100

Nota: *DRC: doença renal crônica; **Outras comorbidades

A análise da média, desvio padrão e pontuação mínima e máxima da BDI-II encontra-se na Tabela 3. Na BDI-II, a média obtida foi de 15,83 pontos, equivalente a classificação de depressão leve. O desvio padrão (DP) foi de $\pm 8,8$, e o menor e o maior valor pontuado foi de 0 e 49 pontos, respectivamente.

Tabela 3 – Distribuição da BDI-II segundo média, desvio padrão e pontuação mínima e máxima (n=133). Recife, PE, Brasil, 2020.

Escalas	M	DP	P.MÍN/MÁX
BDI-II	15,83	8,860	0/ 49

M: média; DP: desvio-padrão; P. MÍN/MÁX: pontuação mínima e máxima

Na Tabela 4, apresenta-se o nível de depressão a partir da aplicação do instrumento BDI-II, onde 56 (42,1%) encontrava-se com depressão mínima, 37 (27,8%) depressão leve, 25 (18,8%) depressão moderada e 15 (11,3%) com depressão severa.

Tabela 4 – Distribuição do nível de depressão dos entrevistados a partir do Inventário de Depressão de Beck (n=133). Recife, PE, Brasil, 2020.

Nível de Depressão (BDI-II)	N	%
Mínima	56	42,1
Leve	37	27,8
Moderada	25	18,8
Severa	15	11,3
Total	133	100,0

A depressão mínima e leve associou-se à situação econômica média a boa, bem como a presença ou ausência de comorbidades e não ter diagnóstico de depressão. Enquanto que a depressão moderada e severa relacionou-se à má situação econômica e possuir diagnóstico de depressão, conforme a tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição da associação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com o nível de depressão de acordo com o BDI-II (n=133). Recife, PE, Brasil, 2020

Variáveis	Categoria	Depressão		Valor de p
		Mínima a leve	Moderada a severa	
Sexo	Feminino	43	18	0,896
	Masculino	50	22	
Idade (em anos)	18 a 24 anos	2	0	0,287
	25 a 39 anos	7	2	
	40 a 59 anos	44	14	
	60 anos ou mais	40	24	
Estado conjugal	Solteiro(a) ou nunca foi casado(a)	16	5	0,127
	Casado(a) ou União estável	56	18	
	Separado(a) ou divorciado(a)	12	11	
	Viúvo(a)	9	6	
Filhos	Nenhum	10	2	0,252
	1 filho	18	5	
	2 filhos	24	8	
	3 filhos	41	25	
Escolaridade	Alfabetizado	9	2	0,459
	Fundamental incompleto	24	15	
	Fundamental completo	32	15	
	Ensino médio completo	17	6	
Cor/Raça	Superior ou mais	11	2	0,447
	Branca	40	12	
	Preta	18	12	
	Amarela	2	1	
Trabalho	Parda	33	15	0,219
	Trabalha e em atividade atualmente	13	1	
	Trabalha, mas não em atividade atualmente	9	4	
	Já trabalhou, mas não trabalha mais	64	30	
Situação econômica	Nunca trabalhou	7	5	0,002
	Má	16	17	
	Média	55	21	
Comorbidades	Boa	22	2	0,036
	Não	14	1	
Diagnóstico de depressão	Sim	79	39	0,032
	Não	89	34	
Tempo de internamento	Sim	4	6	0,282
	< 7 dias	54	16	
	7-14 dias	18	10	
	15-30 dias	13	9	
	>30 dias	8	5	

4 DISCUSSÃO

Dos pacientes entrevistados, encontrou-se predomínio de IC para o sexo masculino, estando de acordo com a literatura corrente⁵. Visto que a saúde está diretamente relacionada aos hábitos e costumes individuais, seja em relação à alimentação, realização periódica de consultas médicas, exames de rotina e a prática de exercícios físicos, os prejuízos à saúde podem estar relacionados ao fato de que

os homens não fazem parte das populações usualmente mais assistidas nos serviços de saúde¹¹. O uso dos serviços pelos homens concentra-se principalmente na assistência a doenças e agravos, na qual buscam por atendimento, em geral, acontecendo em situações extremas de emergência e/ou nível especializado ou de urgência¹².

No que diz respeito à variável cor ou raça, a maioria dos pacientes eram brancos, porém, não houve associação significativa entre a raça e a depressão. Foi observado em um estudo retrospectivo de pacientes com IC, que sobreviveram ou não à internação hospitalar, que houve maior prevalência de indivíduos brancos, principalmente no grupo de pacientes não sobreviventes, todavia o efeito da raça no prognóstico da IC é incerto, uma vez que diferentes estudos têm revelado resultados divergentes, principalmente pelas diferenças demográficas do Brasil¹³.

Ainda em relação às variáveis sociodemográficas, a maioria dos participantes desse estudo encontram-se na faixa etária de 60 anos ou mais, são casados ou vivem em uma união estável e já trabalharam, mas não trabalham mais. Resultados semelhantes foram identificados em outro estudo que também avaliou a depressão em pacientes hospitalizados por IC, no qual a maioria dos pacientes também eram homens, casados e aposentados¹⁴.

Tendo em vista que a doença se manifesta mais comumente na população de idosos, assim como, a maioria das doenças que acometem o sistema cardiovascular, a IC é considerada, no âmbito global, uma das principais causas de hospitalização e de procura por serviços de emergência pelo segmento populacional de idosos¹⁵.

Do ponto de vista clínico, a maioria dos pacientes apresenta comorbidades associadas à IC, sendo a HAS a mais frequente, seguida pela diabetes *mellitus* e arritmia cardíaca. Esses achados refutam os resultados de um estudo que identificou as valvopatias, além da HAS e da diabetes mellitus, como as comorbidades mais frequentes¹⁶. Além disso, as comorbidades como obesidade, dislipidemia, fibrilação atrial, anemia e insuficiência renal foram associadas a IC¹⁷.

O papel da hipertensão arterial como causa da insuficiência cardíaca está bem ilustrado nos estudos epidemiológicos e nos grandes ensaios clínicos. Dados do estudo de Framingham, já haviam revelado que a HAS e a doença arterial coronariana (DAC) são os dois principais fatores de risco para o desenvolvimento da IC¹². Devido à magnitude do problema, tem sido constante a preocupação mundial em ampliar e aperfeiçoar os métodos para o diagnóstico e tratamento da HAS, de modo a evitar o estabelecimento do curso clínico da IC, em graus variados.

Sobre a depressão, não foram encontradas associações significativas com o sexo, idade ou estado civil, porém um estudo realizado no Brasil, observou que as mulheres com IC descompensada apresentaram mais sintomas de depressão que os homens⁵. Foi encontrada associação significativa entre depressão e a presença de comorbidades associadas à IC, com p-valor ($\leq 0,036$), sendo observado que os pacientes que possuem pelo menos uma comorbidade possuem mais sintomas depressivos, porém não foram encontrados outros estudos que avaliaram esse aspecto.

Ao associar a situação econômica com o nível de depressão, foi verificada significância estatística, com p-valor ($\leq 0,002$), onde pacientes que declararam “má” situação econômica, obtiveram pontuações maiores no BDI-II, apresentando mais sintomas depressivos entre moderado a severo, quando comparados aos pacientes que declararam “média” e “boa” situação econômica, sendo a situação econômica uma variável qualitativa. Esses achados condizem com outros estudos que relatam que fatores como pobreza, baixa escolaridade e desemprego podem ser condicionantes no aparecimento da depressão, pois levam a um estado de desesperança que favorece a incapacidade de lidar com situações de estresse^{18,19}.

Um estudo recente aplicou o BDI-II em pacientes com IC crônica e não hospitalizados, obtendo pontuações ligeiramente menores de sintomas depressivos, com média de $13,6 \pm 10,4$, onde 25,9% possuíam sintomas moderados a grave de depressão. Essa diferença pode estar relacionada ao perfil dos pacientes, onde pacientes hospitalizados apresentam mais sintomas depressivos²⁰.

Apesar de um número de pacientes ter relatado possuir diagnóstico prévio de depressão, isso não foi encontrado nos prontuários médicos. Foi observada significância estatística entre os pacientes que afirmaram possuir diagnóstico prévio de depressão e os que tiveram maiores pontuações no BDI-II ($p < 0,032$). Tendo em vista que a depressão é um importante fator de risco para readmissões hospitalares por descompensação da IC, os pacientes entrevistados possuem perfil de risco elevado para readmissões, devido ao subdiagnóstico¹⁹.

A coexistência entre a IC e a depressão pode acarretar alguns prejuízos, entre eles a má adesão medicamentosa e, conseqüentemente, ao aumento das hospitalizações e a maior taxa de mortalidade. Além da má adesão medicamentosa, a depressão traz prejuízos ao autocuidado, podendo aumentar a tendência ao tabagismo, a obesidade, a inatividade física, a aterosclerose, contribuindo para o surgimento de doenças cardiovasculares e piora clínica da IC^{21,22}.

Em relação ao tratamento da depressão aos pacientes com IC, foi observado que a maioria dos pacientes não tinha diagnóstico e nem tratavam a depressão. Um estudo identificou que a terapia comportamental, seguida da terapia farmacológica e da terapia através de exercícios físicos, são importantes aliados no controle dos sintomas depressivos em pacientes com IC¹⁹. Outro estudo recente, randomizado, realizado nos Estados Unidos, comparou a terapia comportamental, uma psicoterapia centrada no paciente, com acompanhamento regular dos pacientes, através da telemedicina, ao tratamento apenas com antidepressivos. Foi observado que ambos os tratamentos possuíam benefícios na qualidade de vida e na diminuição da mortalidade, porém a terapia comportamental teve maior impacto²³.

Como limitações deste estudo, a maioria dos pacientes entrevistados estavam internados na emergência cardiológica com diagnóstico de IC descompensada, em um período de pandemia da COVID-19, onde os hospitais adotaram restrições a presença de acompanhantes e visitantes, sendo permitido acompanhantes apenas aos idosos com limitações, o que pode ter influenciado no aumento expressivo de sintomas depressivos nos pacientes com IC.

5 CONCLUSÃO

A insuficiência cardíaca é uma das principais doenças crônicas no Brasil e no mundo, afetando a qualidade de vida de forma importante, sendo a depressão uma condição bastante prevalente nessa população e que piora ainda mais o prognóstico dos pacientes. Este estudo identificou que a maioria dos pacientes entrevistados, internados por descompensação clínica da IC, relataram não ter diagnóstico de depressão, porém após a aplicação do BDI-II, a pontuação média geral foi de aproximadamente 15,8 pontos, o que equivale a depressão leve, além disso, 30,1% dos pacientes pontuaram entre depressão moderada e severa.

Foram encontradas relações estatisticamente significantes entre a situação econômica ruim e maiores escores de depressão, com p-valor ($\leq 0,002$), o que pode ser explicado devido a situação de pobreza ter relação com estado de desesperança e de tristeza, além de outras dificuldades. Além disso, encontrou-se associação significativa entre depressão e a presença pelo menos uma comorbidade associada a IC, com p-valor ($\leq 0,036$), e com o diagnóstico prévio de depressão, com p-valor ($< 0,032$) entre os pacientes que afirmaram possuir diagnóstico prévio de depressão e os que tiveram maiores pontuações no BDI-II. Não foram encontradas associações com outras variáveis sociodemográficas avaliadas.

Concluimos que foi observado um percentual significativo de pacientes com sintomas depressivos e a maioria dos pacientes não possuíam diagnóstico de depressão prévio. Evidenciamos a necessidade da detecção precoce da depressão, e a importância do uso das ferramentas de rastreamento para esses pacientes. Salientamos também a necessidade de uma diretriz mais detalhada para o auxílio no rastreamento de depressão em pacientes com IC no Brasil. Além disso, são necessários mais estudos que demonstrem evidências de medicamentos antidepressivos de escolha para esses pacientes, e que abordem terapias como a terapia comportamental, desenvolvida para estes pacientes, de forma que facilitem o desenvolvimento de protocolos de tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Silva WT, Tyll MG, Miranda ACCS, Moura GP, Veríssimo AOL. Características clínicas e comorbidades associadas à mortalidade por insuficiência cardíaca em um hospital de alta complexidade na Região Amazônica do Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2020;11:e202000449. doi: <http://dx.doi.org/10.5123/s2176-6223202000449>.
2. Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, Albuquerque DC, Rassi S, Colafranceschi AS, Freitas Junior AF, Ferraz AS, Biolo A. *Arq Bras Cardiol*, 2018; 111(3):436-539. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180190>.

3. Vale BF, Freitas IB, Franco IE, Caldas JL. Epidemiologia das Internações Hospitalares por Insuficiência Cardíaca no Estado de Goiás [Trabalho de Conclusão de Curso]. Anápolis(GO): Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA; 2020.
4. Linn AC, Azzolin K, Souza EN. Associação entre autocuidado e reinternação hospitalar de pacientes com insuficiência cardíaca. *Ver Bras Enferm.* 2016; 69(3):500-6. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690312i>.
5. Guerra TRB, Mesquita ET. Metabolic view involving depression and heart failure: a reflective analysis. *RSD* 2020;9(8):e455986035. doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6035>.
6. Santos JBB, Reis PM, Cabral TW, Theodoro VO, Nogueira VLB, Miranda VC. Depression levels in heart failure patients and/or diastolic dysfunction. *Rev Ciên Saúde.* 2022;7(1):22-9.
7. Guerra TRB, Venancio ICD, Pinheiro DMM, Mendlowich MV, Cavalcanti ACD, Mesquita ET. Methods of Screening for Depression in Outpatients with Heart Failure. *Int. J. Cardiovasc. Sci.* 2018;31(4):414-21. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/2359-4802.20180037>.
8. Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. *Acta Cir. Bras.* 2005;20(suppl. 2):2-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502005000800002>.
9. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II: Beck Depression Inventory Manual. Nova Iorque: Psychological Corporation; 1996.
10. Brasil. Portaria Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012.
11. Lima DF, Lima LA, Luiz OC. Daily physical activity of Brazilian carriers of arterial hypertension: a transversal analysis. *Colombia Médica.* 2017;48(2): 82-7.
12. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Men's health care in the scope of the Family Health Strategy. *Ciênc. Saúde coletiva.* 2014;19(02):429-38. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>.
13. Poffo MR, Assis AV, Fracasso M, Londero Filho OM, Alves SMM, Bald AP, et al. Profile of Patients Hospitalized for Heart Failure in Tertiary Care Hospital. *Int. J. Cardiovasc. Sci.* 2017;30(3):189-98. doi: <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170044>.
14. Tran NN, Bui VS, Nguyen VH, Hoang TPN, Vo HL, Nguyen HT, et al. Prevalence of depression among heart failure. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences.* 2022;26:879-87.

15. Asfor MRT, Feitosa EFB, Medeiro JÁ, Medeiro MR, Alves NP, Cestari VRF, et al. Epidemiological aspects of cases of heart failure notified in the state of Ceará. *Rev. Tendên. Da Enferm. Profis.* 2016;8(4):2014-18.
16. Cavalcante LM, Lima FET, Custódio IL, Oliveira SKP, Meneses LST, Oliveira ASS, et al. Influence of socio-demographic characteristics in the self-care of people with heart failure. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71(Suppl 6):2604-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0480>.
17. Reis MF, Alves GS, Nogueira IRA, Gouvea TCC, Vaz VHFM, Bezerra ES, et al. The clinical status of patients affected by Heart Failure: a semiological approach. *Brazilian Journal of Health Review*. 2022;5(4):12864-72. doi: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv5n4-073>.
18. Gonçalves AMC, Teixeira MTB, Gama JRA, Lopes CS, Silva GA, Gamarra CJ, et al. Prevalence of depression and associated factors in women covered by Family Health Strategy. *J. bras. psiquiatr.* 2018;67(2):101-9. doi: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000192>.
19. Chobufo MD, Khan S, Agbor VN, Rahman E, Foryoung JB, Jolayemi A, et al. 10-Year trend in the prevalence and predictors of depression among patients with heart failure in the USA from 2007-2016. *Int J Cardiol.* 2019;301:123-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.09.028>.
20. De Moraes E, Carvalho C, Euqeres L, Viana F, Fantinati A, Rassi S, et al. Qualidade de vida e sintomas de depressão e ansiedade em portadores de insuficiência cardíaca crônica. *Revista EVS - Revista de Ciências Ambientais e Saúde.* 2018;45(1):71-9. doi: <http://dx.doi.org/10.18224/evs.v45i1.6286>.
21. Silva MP, Fontana F, Campos JG, Mazzardo O, Lima DF, Paludo AC, et al. Time trends of physical inactivity in Brazilian adults from 2009 to 2017. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2021;67(5):681-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20201077>.
22. Ghosh RK, Ball S, Prasad V, Gupta A. Depression in heart failure: Intricate relationship, pathophysiology and most up date devidence of interventions from recent clinical studies. *Int J Cardiol.* 2016;224:170–7. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2016.09.063>.
23. Ishak WW, Korouri S, Darwish T, Vanle B, Dang J, Edwards G, et al. Personalized treatments for depressive symptoms in patients with advanced heart failure: A pragmatic randomized controlled trial. *PLoS ONE.* 2021;16(1):e0244453. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244453>.