

ROSALINA CLEMENTINA DA SILVA

**ESTADOS EMOCIONAIS E QUALIDADE DE VIDA
EM DOENTES PORTADORES DO
CARDIODESFIBRILHADOR IMPLANTÁVEL**

Orientador: Nuno Colaço

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2012

ROSALINA CLEMENTINA DA SILVA

**ESTADOS EMOCIONAIS E QUALIDADE DE VIDA
EM DOENTES PORTADORES DO
CARDIODESFIBRILHADOR IMPLANTÁVEL**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia, de Aconselhamento e
Psicoterapia, do Mestrado em Psicologia do
Aconselhamento e Psicoterapia, conferido pela
Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Orientador: Professor Doutor Nuno Colaço

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Psicologia**

**Lisboa
2012**

Epígrafe

*O Sucesso nasce do querer, da determinação
e persistência em se chegar a um objectivo.
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e
vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.*

José Saramago



À minha mãe e aos meus irmãos

Agradecimentos

Muitas são as pessoas que merecem ser mencionadas nesta página, que me ajudaram e apoiaram ao longo desta etapa da minha vida, sem o apoio e ajuda da minha mãe, irmãos, familiares e foram os muitos os colegas e professores, com quem tive a honra de me cruzar e contribuíram para a pessoa que sou hoje.

Ao Professor Doutor Nuno Colaço, meu orientador de mestrado, quero deixar um sincero agradecimento, pela confiança em mim depositada, pela sua disponibilidade, encorajamento, tranquilidade e pelo apoio e contributo valioso que permitiu prosseguir esta investigação.

Gostaria de agradecer ao Serviço de Cardiologia e aos utentes portadores do cardiodesfibrilhador implantável (CDI) do Centro Hospitalar de Setúbal, por ter facultado a realização desta investigação.

Muitas pessoas facilitaram de numerosas e inestimáveis formas a realização do sucesso da investigação, com assistência profissional e de talentos inatos. Pelo aconselhamento académico e apoio, um especial obrigado ao Diretor do serviço de cardiologia, ao Dr. Luís Neves Soares.

Estou extremamente grata a todos, que agiram como silenciosos ajudantes para a realização do meu projecto a Administração e a Comissão de ética para a saúde do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo.

Devo a minha sentida gratidão em especial ao cardiologista Dr. João Madeira pela sua disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, sugestões, apreciação crítica no meu trabalho e, sem a qual esta investigação não teria acontecido, bem como o resto do pessoal da equipa que pertence como os técnicos de cardiopneumologia. E um obrigado especial à Clínica do Coração de Setúbal, aos médicos, técnicos, gerência e recepção.

A todas as pessoas e instituições que contribuíram direta ou indiretamente para o nascimento, evolução, realização do presente estudo, em especial ao Sr. Abel Segunda da Sociedade Promotora da Universidade Óscar Ribas.

Resumo

O objectivo da presente investigação foi o de explorar a relação entre os estados emocionais, como a ansiedade e depressão, a qualidade de vida dos doentes portadores do cardiodesfibrilhador implantável, e as características específicas da doença cardiovascular, como por exemplo o tipo de CDI utilizado, a experiência de choques e as preocupações inerentes à utilização do aparelho. Participaram 76 adultos, 65 do sexo masculino e 11 do sexo feminino, com idades compreendidas entre 26 e 86 anos, ($M=64.24$; $DP=13.50$). Os instrumentos utilizados foram: BDI, HADS, SA-45 e WHOQOL. Os resultados obtidos mostram: que existe um menor ajustamento e menor qualidade de vida do que as pessoas com diagnóstico de doença cardiovascular com CDI; que os participantes com CRT-D se preocupam mais com o que fazer se o CDI disparar do que os participantes com CDI; e que os participantes que relataram ter sentido choques do CDI apresentavam pior ajustamento emocional e menor qualidade de vida. Estes dados remetem para a ideia de que apesar da melhoria da Qualidade de Vida alcançada pela utilização destes aparelhos, a presença e gravidade da doença terão sempre impacto no ajustamento psicológico e na qualidade de vida dos doentes, concluindo-se que alguns pacientes e as suas famílias necessitam de algum apoio psicológico durante e após o uso do CDI.

Palavras-chave: Cardiodesfibrilhador implantável, Terapia de Ressincronização cardíaca, Ansiedade, Depressão, Qualidade de vida.

Abstract

The objective of this research was to explore the relationship between emotional states such as anxiety and depression, the quality of life of patients with cardiovascular disease-specific using CDI, such as the type of CDI used, the shock experience and concerns inherent in the use of the appliance. Participated in 76 adults, 65 males and 11 females, aged between 26 and 86 years, ($M = 64.24$; $SD = 13.50$). The instruments used were: BDI, HADS, SA-45 and WHOQOL. The results obtained showed that there is a minor adjustment and lower quality of life in patients with CRT-D than people with CDI; participants with CRT-D care more about what to do if the CDI shoot than participants with CDI; and that participants who reported having felt CDI shocks had worse emotional adjustment and lower quality of life. These data refer to the idea that despite the improvement of the quality of life achieved by the use of these devices, the presence and severity of the disease will always impact on psychological adjustment and the quality of life of patients, concluding that some patients and their families need some psychological support during and after the use of CDI.

Keywords: Implantable cardioverter, Implantable cardiac resynchronization therapy, Anxiety, Depression, Quality of life.

Abreviaturas

BDI – Beck Depression Inventory

CDI - Cardiodesfibrilhador Implantável

CRT-D – Terapia de Ressincronização Cardíaca com Desfibrilhador

D.P – Desvio Padrão

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG- Electrocardiograma

F.A - Fibrilhação Auricular

F.C- Frequência Cardíaca

F.V – Fibrilhação Ventricular

HADS- Hospital Anxiety and Depression

I.C- Insuficiência Cardíaca

M - Média

M.S. - Morte Súbita

M.S.C- Morte Súbita Cardíaca

MSPC – Morte Súbita Profilaxia Cardíaca

N - Número

NYHA- New York Heart Association

O.M.S. – Organização Mundial de Saúde

QDV – Qualidade de Vida

T.Q - Taquicárdia Ventricular

WHOQOL – World Health Organization Quality of life

Índice Geral

Introdução	11
CAPITULO I – Enquadramento Teórico	13
1.1. Fisiologia Cardíaca e Arritmias Cardíacas	13
1.2. Insuficiência Cardíaca e Cardiopatia	14
1.3. Morte Súbita Cardíaca.....	14
1.4. Intervenções Terapêuticas.....	15
1.4.1. O Cardiodesfibrilhador Implantável (CDI)	15
1.4.2. Terapia de Ressincronização Cardíaca com Desfibrilhador (CRT-D)	16
1.4.3. Prevenção Primária vs Prevenção Secundária para o Risco de MSC	16
1.5. História do Cardiodesfibrilhador Implantável	17
1.6. Risco de Morte Súbita e Ajustamento Psicológico.....	18
1.6.1. Depressão	19
1.6.2. Ansiedade	22
1.6.3. Hostilidade.....	23
1.7. Qualidade de Vida	23
CAPITULO II – Método.....	27
2.1. Participantes	27
2.2. Instrumentos	29
2.3. Procedimento	32
CAPITULO III – RESULTADOS	33
CAPITULO IV – DISCUSSÃO	48
CONCLUSÕES.....	51
BIBLIOGRAFIA	53
ANEXOS	I
Anexos A	II
Anexo B Questionário	III

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização Sócio-demográfica da Amostra	27
Tabela 2. Caracterização Clínica	28
Tabela 3. Normalidade	33
Tabela 4. Diferenças entre com CDI e com CRT-D.....	34
Tabela 5. Diferença entre CDI e CRT-D para as preocupações com CDI	35
Tabela 6. Diferenças entre CDI e CRT-D que sentiram ou não choque do CDI.....	40
Tabela 7. Correlações entre o Número de Choques e as Restantes Dimensões.....	41
Tabela 8. Diferenças entre o modo como os participantes se sentem depois do implantar o CD.....	42
Tabela 9. Correlações entre as Preocupações Diárias e as Restantes Dimensões.....	43
Tabela 10. Correlações entre as Prevenções e as Restantes Dimensões	45
Tabela 11. Diferenças entre os Sexos Portadores de CDIs	46

Introdução

Esta investigação insere-se no âmbito da especialidade de psicologia da saúde na área da cardiologia, onde se identificam consequências psicológicas resultantes das situações induzidas por procedimentos médicos de diagnóstico e tratamento, tais como a doença isquémica do coração e enfarte agudo do miocárdio, a hipertensão arterial, realização de cateterismo cardíaco, implantação do pacemaker e do desfibrilhador, a cirurgia nas quais os sujeitos podem ter necessidades diversas e o transplante cardíaco (León, 2001).

Assim, a pertinência deste tema surge da importância da reação face ao confronto com uma condição clínica grave, adaptação ao diagnóstico, onde é fundamental a identificação das probabilidades de morte súbita, assim como ter em conta o bem-estar psicológico e a qualidade de vida dos doentes portadores do cardiodesfibrilhador implantável (CDI). O aprofundamento desta temática poderá ajudar ao desenvolvimento de programas de prevenção, específicos para estas pessoas, sensibilizando os técnicos de saúde para as necessidades específicas de adaptação e integração das pessoas que são confrontadas com um diagnóstico clínico desta natureza. (Costa, 1999).

A este propósito, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera a depressão e a doença cardiovascular como duas das condições mais debilitantes e dispendiosas no contexto actual da saúde, já estas doenças crónicas são as que têm o maior impacto sobre a qualidade de vida das pessoas (Lemos, Gottschall, Pellanda, & Muller, 2008). Estima-se que a doença cardiovascular causa todos os anos 4 milhões e 350 mil mortes nos 52 estados membros da OMS no continente europeu. Calcula-se esta doença custe à economia europeia 169 mil milhões de euros por ano, ou seja, cerca de 372 euros *per capita*. A perda de produtividade devida à mortalidade e à morbilidade da doença cardiovascular custa à União Europeia mais de 35 mil milhões de euros (Morais, 2010). Em Portugal morrem todos os anos, 40 mil pessoas devido à doença cardiovascular, dos quais 18 mil por acidentes vascular cerebral e 10 mil por enfarte do miocárdio e no seu conjunto as doenças cardiovasculares e disputam entre as principais causas de morbi-mortalidade e invalidez em Portugal, sendo a terceira e a quarta causa de anos potenciais de vida perdidos e a principal causa de morte para em ambos os sexos (Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, 2004).

Sendo assim, pode considerar-se que as emoções, em geral, mas a depressão e a ansiedade, em particular, constituem-se como marcadores importantíssimos quando se pretende avaliar a saúde mental e o bem-estar psicológico numa população (Siegman, 1989).

Ainda mais, sabendo o quanto participam, tanto na eclosão da doença, como na manutenção da saúde humana, sendo muitas vezes parcialmente responsáveis pela variabilidade no prognóstico das doenças físicas e crónicas (Ogden, 1996).

O objectivo da presente investigação foi o de saber se nas pessoas portadoras do cardiodesfibrilhador implantável (CDI) existe alguma relação entre determinados estados emocionais, como a ansiedade e depressão, e dimensões consideradas relevantes relativas às vivências desta condição clínica e, por sua vez, se existe alguma possibilidade de associação com a qualidade de vida. Procurou-se saber, ainda, se tal relação, a existir, é influenciada pela existência ou ausência de terapia de ressincronização cardíaca (CRT-D), pelo envolvimento perante o diagnóstico de risco morte súbita, e finalmente, se é possível alguma associação com as crises pessoais e/ou familiares que se observam nestes pacientes.

O presente estudo é, metodologicamente, um estudo correlacional exploratório. Apresenta-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo foi apresentada uma fundamentação teórica, onde se abordaram a fisiologia cardíaca, as alterações do seu funcionamento como as arritmias cardíacas que incluiremos as principais arritmias perigosas como a taquicardia ventricular e a fibrilhação ventricular, a insuficiência cardíaca, as cardiopatias, que estão na origem da morte súbita cardíaca, as intervenções terapêuticas para evitar o risco de morte súbita: o cardiodesfibrilhador implantável (CDI), a terapia de ressincronização cardíaca (CRT-D), a prevenção primária e secundária, a história do CDI, os riscos de morte súbita e o ajustamento psicológico que incluímos a depressão, ansiedade, hostilidade e a qualidade de vida, e onde foram discriminados os objectivos e hipóteses do presente trabalho. No segundo capítulo foi descrito o método usado, nomeadamente ao nível dos participantes, medidas e procedimentos tomados a cabo. No terceiro capítulo foram apresentados os resultados obtidos através da análise estatística das respostas dadas pelos participantes. Por último, no quarto capítulo os resultados foram descritos à luz da literatura e foram retiradas as principais conclusões.

Finalmente, a conclusão seguida das referências bibliográficas, este trabalho segue as normas de formatação e de referenciação bibliográfica da American Psychiatric Association (APA) adaptadas pela Universidade Lusófona.

CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Fisiologia Cardíaca e Arritmias

O coração, no corpo humano, é o órgão responsável pelo bombeamento de sangue para todo o organismo, de forma a poder responder às necessidades diárias de oxigénio e de nutrientes. Para tal, é necessário que exista um ritmo cardíaco adequado que permita que o músculo contraia e relaxe (aproximadamente 100 mil contracções / 24 horas) e, deste modo, consiga realizar eficazmente a sua função. Em determinadas situações, seja por um funcionamento muito lento (bradicardias ou bradiarritmias) ou, pelo contrário, demasiadamente rápido (taquicardias ou taquiarritmias), o coração deixa de funcionar eficazmente e poderá ocasionar condições de funcionamento graves, e até mesmo a morte (Perdigão, 2000).

Quando existe um impedimento à normal progressão dos estímulos cardíacos dentro do coração, estamos na presença de um bloqueio que, em certas situações, pode levar à falta de um ou mais batimentos cardíacos. Em qualquer uma destas situações, quando o coração bate de forma irregular, o bombeamento de sangue para as várias partes do corpo, pode não ser eficaz, colocando em perigo órgãos vitais como o cérebro, os pulmões, entre outros. Por outro lado, as arritmias podem estar localizadas nas aurículas ou nos ventrículos do coração (Bornhorst, et al., 2010).

As arritmias cardíacas são perturbações da actividade eléctrica normal do coração. Uma arritmia pode ocorrer sempre que o sinal eléctrico que controla o batimento cardíaco é irregular. Isto acontece, por exemplo, quando o centro de controlo que produz estes sinais não funciona correctamente, ou quando o sinal eléctrico não faz o seu percurso normal. São normalmente os enfartes, a hipertensão, as doenças das artérias coronárias, a diabetes, bem como o hipo e hipertiroidismo, os principais factores de risco das arritmias cardíacas (Morais, 2010). As perturbações do ritmo cardíaco podem ser sintomáticas ou assintomáticas. Estas últimas podem ser detectadas durante a monitorização de rotina. As arritmias assintomáticas não são necessariamente benignas, mas podem ser indicadoras premonitórias de alterações graves (Michael, 1999). As arritmias podem ter origem nas aurículas, e condicionar sensações de taquicardia ou palpitações, mas as mais graves têm origem nos ventrículos, podendo as taquicardias ventriculares, ou fibrilhação ventricular, conduzir à morte (Bornhorst, et al.,

2010). Por outro lado, a taquicardia ventricular caracteriza-se por ser o aumento da frequência cardíaca com 3 ou mais, batimentos com origem ventriculares, enquanto que, a taquicardia ventricular prolongada tem a duração aproximadamente de 30 segundos e como consequências a ocorrência de várias cardiopatias que comprometem ou danificam as funções os ventrículos (Costa, 1999).

A fibrilhação ventricular, ainda, é um ritmo ventricular muito rápido completamente desorganizado e letal, identificado através de técnicas de electrocardiograma por um traçado irregular, de amplitude variada e ondas grosseiras. O prognóstico é grave, já que as contracções dos ventrículos é ineficaz, conduzindo à morte em poucos segundos se não for rapidamente corrigida. É responsável por 90% das paragens cardiorrespiratórias em ambiente extra-hospitalar (Revista Portuguesa de Cardiologia, 2010).

1.2. Insuficiência Cardíaca e Cardiopatia

A insuficiência cardíaca é definida como uma perturbação da função cardíaca que conduz à congestão ou à insuficiência do coração como bomba. A insuficiência cardíaca pode desenvolver-se subitamente em doentes anteriormente assintomáticos, mas também pode estar presente como uma exacerbação aguda de doença cardíaca pré-existente (Michael, 1999). O sistema de classificação funcional da *New York Association* apresenta 4 tipos de classes: a classe I, corresponde a doentes assintomáticos; a classe II, corresponde àqueles que mostram sintomas apenas durante actividades intensas; a classe III, descreve àqueles que manifestam sintomas durante as actividades do dia-a-dia; a classe IV, àqueles que manifestam sintomas em repouso.

A insuficiência cardíaca, não é uma doença epidémica, que já afecta 15 milhões de pessoas na Europa, mas a sua prevalência vai aumentar para 50 % nas próximas duas décadas, e que causa um sofrimento significativo (apenas 35% dos doentes em classe funcional I, segundo dados da *New York Heart Association*, têm uma elevada mortalidade, 75% dos doentes morrem nos primeiros três anos seguir ao diagnóstico).

Por outro lado, o termo cardiopatia abrange várias patologias que acometem o coração, e que aumenta o risco de morte súbita. As cardiopatias dividem-se por quatro tipos: a cardiopatia isquémica, que se caracterizam por alterações do músculo cardíaco provocadas por uma diminuição do aporte de oxigénio e das células miocárdicas, durante um longo período de tempo; as cardiopatias valvulares que registam um funcionamento anormal de uma ou mais das quatro válvulas do coração; as cardiopatias congénitas, onde a anormalidade da

estrutura ou função do coração, que está presente desde o nascimento como síndrome do QT-Longo, síndrome de Brugada; por fim, temos a cardiopatia idiopática, que é uma doença cardíaca que não tem causa definida (Perdigão, 2000).

1.3. Morte Súbita Cardíaca

A morte súbita cardíaca (MSC) refere-se à interrupção abrupta dos sinais vitais, conduzindo à morte, habitualmente causada pela perda do débito cardíaco devido a assistolia ventricular por taquicardia ventricular ou por fibrilhação ventricular (León, 2001). A MSC, definida como uma morte rápida e não esperada, que acontece até uma hora após o início dos sintomas, continua a ter um impacto elevado na população em geral, apesar do desenvolvimento das técnicas e meios de ressuscitação. É responsável por cerca de 550.000 mortes/ano na Europa (Santos & Cunha, 2008), e feita uma extrapolação destes dados para Portugal, acredita-se que esta patologia, do foro cardíaco, mata actualmente 10 mil Portugueses (Agência Lusa, 2010). Segundo a Associação Portuguesa de Arritmologia, em Portugal morrem 27 pessoas por dia vítimas de MSC.

A MSC é responsável por cerca de 20% da mortalidade natural, e continua a assumir o papel de um dos maiores problemas da cardiologia. O arsenal terapêutico utilizado no seu combate inclui os medicamentos antiarrítmicos, a ressecção cirúrgica, a ablação endocárdica por cateter e o implante de dispositivos eléctricos - os cardioversores-desfibrilhadores implantáveis (CDI) (Andrade, et al., 1999).

1.4. Intervenções Terapêuticas

1.4.1. O cardiodesfibrilhador implantável

O cardiodesfibrilhador implantável (CDI) detecta as arritmias cardíacas que ocorrem nos ventrículos, nomeadamente as taquicardias ventriculares ou as fibrilhações ventriculares. Nestes casos, procede a uma descarga energia eléctrica para restabelecer o ritmo normal do coração, a chamada desfibrilhação, e funciona como *pacemaker* cardíaco (Antezevich, et al., 2005; Santos & Cunha, 2008). A sua implantação realiza-se com anestesia local e é muito pouco invasiva. Na maioria das situações, o CDI é implantado subcutaneamente, a nível infraclavicular esquerdo ou direito, e através da veia cefálica ou subclávia os eléctrodos são colocados dentro do coração sem necessidade de cirurgia cardíaca. Desta forma, permite uma

redução importante na mortalidade e morbilidade peri e pós-operatória (Santos & Cunha, 2008).

Na redução da MSC em pacientes com elevada recorrência, é necessário uma terapêutica mais incisiva que permita a sobrevivência da população com cardiopatia e o CDI reduz a incidência de morte súbita cardíaca em pacientes seleccionados, mas a magnitude da redução varia em função das características clínicas do doente (por ex. idade, classe funcional, função renal, duração do QRS) (Saraiva et al., 2010).

1.4.2 Terapia de Ressincronização Cardíaca

Na terapia de ressincronização cardíaca com desfibrilhador (CRT-D), as indicações para sua implantação levam em consideração aspectos clínicos como a observação de grave disfunção contráctil ventricular esquerda, e a presença de dessincronização cardíaca eléctrica ou mecânica. Esta terapia faz com que ambos os ventrículos produzam novamente batimentos de forma sincronizada e tem sido apontada como eficaz no combate á elevada mortalidade provocada por insuficiência cardíaca (Vieira, et al., 2005). O CRT-D, através da estimulação biventricular, regista melhoras significativas nos pacientes de classe funcional e consequentemente, assiste-se a progressos na qualidade de vida dos pacientes beneficiários e portadores do CRT-D, como seja uma redução dos sintomas associados e uma redução de hospitalizações(Fº, S.G., et al., 2002).

1.4.3. Prevenção Primária vs Prevenção Secundária para o risco MSC

A prevenção primária (profilaxia) refere-se ao tratamento de indivíduos de alto risco mas que ainda não sofrem arritmias ventricular que cause risco de vida ou episódio de MSC (Werf et al., 2010). Os familiares de vítimas de MSC que evidenciem um perfil de risco elevado (por mapeamento genético, múltiplas mortes em familiares próximos, ou cardiopatia familiar) podem, igualmente, beneficiar com a colocação de um cardiodesfibrilhador implantável (León, 2001). Os CDIs podem ser utilizados nos casos em que os pacientes tiveram um primeiro episódio de arritmia ventricular grave (com síncope/desmaio ou mesmo paragem cardíaca) - denominado prevenção secundária - ou, cada vez com maior frequência, em situações em que se considera que os pacientes apresentam um elevado risco de vir a desenvolver este tipo de arritmias - prevenção primária (Santos & Cunha, 2008)

A generalização das medidas preventivas em pessoas diagnosticadas com risco de MSC contribui seguramente para o notório declínio de 43% da mortalidade cardiovascular. As medidas de prevenção secundária têm os seguintes objectivos: aumento da possibilidade de

sobrevivência; redução na emergência de episódios agudos por consequência da doença isquémica do coração, de enfarto do miocárdio, de anginas do peito, de arritmias, de contrair a repercussão na qualidade de vida dos pacientes; prevenindo diversas complicações (Costa, 1999).

1.5 História do cardiodesfibrilhador implantável

Na década de 70 surgiu o primeiro dispositivo implantável que tinha como funções monitorizar e analisar o ritmo cardíaco, e aplicar choques de desfibrilhação na presença de arritmias ventriculares malignas (perturbações do ritmo cardíaco que são a principal causa de morte súbita cardíaca). Foi implantado pela primeira vez em 1980 nos EUA e, à data, o dispositivo pesava mais de um quilograma e era implantado a nível abdominal, sendo os eléctrodos ou sondas cardíacas colocados a nível epicárdico (directamente no músculo cardíaco) através de uma cirurgia cardíaca demorada.

Desde essa data o cardiodesfibrilhador implantável (CDI) tem apresentado um desenvolvimento exponencial nas suas capacidades de detecção e de terapêutica de arritmias graves, ao mesmo tempo que as dimensões e peso têm diminuído drasticamente graças à miniaturização dos seus componentes. Na primeira década de existência foram implantados mais de 10.000 dispositivos cardíacos deste tipo. A partir da segunda década, este total subiu para mais de 100.000 implantações (Santos & Cunha, 2008).

Com o avanço das tecnologias nos últimos 30 anos, o CDI tornaram-se num tratamento de primeira linha na monitorização e na terapêutica de arritmias malignas que possam colocar em perigo a vida dos doentes (Santos & Cunha, 2008) Comparadas com o CDI, e apesar da sua maior difusão e da aparente simplicidade do seu uso, as drogas antiarrítmicos têm tido, muitas vezes, o seu valor antiarrítmico contestado, em decorrência dos seus efeitos próarrítmicos (Andrade, et al., 1999).

Além dos fármacos antiarrítmicos, muitos outros agentes com acções diversas têm sido utilizados na indução de taquiarritmias. Entre os fármacos frequentemente utilizados que conduzem à MSC, encontram-se a eritromicina, a tefenadina, o hismanal, a pentamidina, a cisapride, e os fármacos psicotrópicos, tais como os antidepressivos tricíclicos e a cloropromazina, os quais, habitualmente, afectam a repolarização. Demonstrou-se que os inibidores da fosfodiesterase e outros agentes inotrópicos positivos, que aumentam a carga de cálcio intracelular, são próarrítmicos e aumentam o risco de MSC, apesar dos seus efeitos benéficos nos parâmetros hemodinâmicos. (Perdigão, 1999)

No estudo *Cardiac Arrest Study-Hamburg* (Siebels & Kuck, 1994), iniciado em 1987 e concluído em 1993, que comparou o uso de CDI com vários fármacos, o subgrupo que utilizava propafenona foi interrompido, dada a mortalidade excessiva. Por outro lado, alguns fármacos, apesar da efectividade no controlo de taquiarritmias, apresentam efeitos colaterais significativos, que motivaram a sua suspensão em 40% a 42% dos pacientes, respectivamente, dos grupos dos estudos da *European Amiodarone Myocardial Infarction* (Camm, Julian, & Janse, 1993) e *Canadian Amiodarone Myocardial Infarction* (Cairns, Connolly, & Roberts, 1993).

Além do efeito pro-arrítmico, o insucesso da terapêutica medicamentosa pode ocorrer devido à escolha incorrecta do fármaco, à dosagem inadequada ou ao uso irregular por parte do paciente e ultimamente, tem sido contestado o seu valor nos pacientes com comprometimento importante da função ventricular (Andrade, *et al.*, 1999).

Os CDIs têm mostrado ser uma alternativa terapêutica mais eficiente para interromper taquicardias ventriculares sustentadas e fibrilhações ventriculares, sendo responsáveis por uma redução expressiva na incidência de MSC, evidenciada nos estudos (AVID, 1997; Moss & Cannom, 1996; Siebels & Kuck, 1994). O estudo AVID, projectado para 1200 pacientes, também foi interrompido em virtude das taxas de mortalidade muito discrepantes entre os seus diferentes subgrupos, o que levou o comité dirigente a considerar anti-ética a continuidade do grupo de pacientes que recebia tratamento apenas com fármacos (AVID, 1997). Os vários estudos realizados evidenciaram a alta efectividade do CDI na interrupção de taquiarritmias ventriculares letais e a expressiva redução da mortalidade pelo seu uso, mudando, assim, a imagem terapêutica do mesmo, e ao ponto de, hoje, ser a opção inicial de tratamento em muitos dos casos. Para isso muito contribuiu a evolução tecnológica dos CDI, com a redução do seu tamanho, como já referimos, assim como a inclusão da estimulação bicameral, a possibilidade de implante num local peitoral, uma técnica menos agressiva, mais estética e mais económica. Para além disso, a leitura eletrocardiográfica nas aurículas ou nos ventrículos permite, pela discriminação das arritmias auriculares e ventriculares, um diagnóstico mais preciso e um tratamento mais adequado (Andrade, *et al.*, 1999).

1.6. Risco de Morte Súbita e Ajustamento Psicológico

A adaptação a viver com cardiodesfibrilhador implantável (CDI) é um processo dinâmico que varia entre os indivíduos (Daunbar, *et al.*, 1999). Neste sentido, sendo a medicina psicossomática, uma área da prática médica voltada à investigação científica,

centrando-se na relação entre os factores psicológicos, os fenómenos fisiológicos em geral e a patogénese de doenças específicas, esta abordagem, torna o paciente um ser biopsicossocial, exercendo uma medicina integrativa e holística (Soares, Costa, & Mesquita, 2006).

Entre diversos factores psicológicos, a ansiedade é um sintoma inevitável, tanto nestes pacientes como nas pessoas mais próximas, pelo que uma intervenção que permita o seu controlo, como a tranquilização ou a explicação da natureza da doença, por exemplo, é de fundamental importância e deve ser realizada tendo em conta a delicadeza da questão. É necessário, ainda, sensibilizar as pessoas para a possibilidade de emergência de outros sintomas psicológicos associados, como a depressão e a irritabilidade, que se manifestam habitualmente aquando do regresso a casa. Deve-se ter em consideração que é comum acontecer um processo de negação, que apesar de este poder ter um efeito protector durante a fase aguda, pode vir a dificultar a subsequente aceitação do diagnóstico.

Estudos significativos (Thombs BD, Jonge P, Coyne, 2008 & Van Melle JP, Jonge P, Spijkerman TA. 2004), sugerem que os factores psicossociais têm um papel muito importante no prognóstico da doença cardiovascular, sendo a depressão um claro factor negativo na recuperação de pacientes pós-enfarte. No entanto, ainda é pouco claro se este factor psicológico se constitui um risco independente dos factores de risco convencionais, assim como actualmente existem poucas evidências sobre quais os factores psicológicos que contribuem para um melhor prognóstico (Werf, et al, 2010). No entanto, actualmente, na associação das patologias cardiovasculares a factores psicológicos, a literatura parece consensual quanto à ansiedade, ao stress, à depressão e à irritabilidade

1.6.1. Depressão

A melhor compreensão da patofisiologia das perturbações depressivas tem vindo a permitir que estas sejam encaradas como doenças multissistémicas, independentemente da sua etiologia ou do seu carácter porquanto a afecção dos conteúdos mentais é preponderante e conspícua por manifestações comportamentais. Os pacientes descrevem a vivência depressiva como um estado para vai além da experiência habitual de tristeza. Acompanhado com um grande sofrimento, os pacientes reportam estar diferentes, não se reconhecerem a si próprios e muitas vezes dizem nunca ter pensado que o sofrimento depressivo poderia assumir as magnitudes que vivenciam, e distinguem, perfeitamente, o estado de luto de uma perturbação depressiva, onde os sintomas cognitivos e somáticos são evidentes (Gusmão, 2005).

A perturbação depressiva pode ser secundária a doenças físicas, a outras doenças psiquiátricas, ao efeito iatrogénico de fármacos e a acontecimentos de vida, dificuldades

adversas e outras fontes de stress (O'Keane, 2000; Ormel, Oldehinkel, & Brilman, 2001). A associação entre depressão e doença não psicológica, é uma associação comum. Os sintomas depressivos associados às doenças orgânicas variam, mas são essencialmente os mesmos da perturbação depressiva. O grau de depressão varia desde uma leve perturbação de ajustamento a uma perturbação depressiva major e severo (Soares, et al., 2006).

Diversas investigações (Aromaa, Raitasalo, & Reunanen, 1994; Barefoot & Schroll, 1996) relatam que a depressão tem um papel na génese e no curso das doenças cardiovasculares. Os sintomas depressivos acentuados têm sido associados a um aumento do risco do enfarte agudo do miocárdio, bem como da mortalidade precoce pós-enfarte agudo do miocárdio (Aromaa, Raitasalo, & Reunanen, 1994; Barefoot & Schroll, 1996; Frasure-Smith, Lesperance, & Talajic, 1995a). Estas investigações têm também mostrado que outros factores psicológicos, como o stress, as preocupações excessivas e o comportamento agressivo, aparecem associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Aromaa, et al., 1994; Barefoot & Schroll, 1996; Frasure-Smith, et al., 1995a).

Os serviços de internamento e as consultas de Cardiologia são comumente descritos como valências onde se encontram taxas elevadas de morbilidade atribuída a causas psicológicas. Efectivamente, a doença cardíaca, uma vez que constitui uma forte ameaça à integridade física e às capacidades do indivíduo, desencadeia frequentemente sofrimento psicológico, que se traduz sob a forma de uma perturbação depressiva (Cardoso, 2005).

Vários estudos (Hance, Carney, Freedland, & Skala, 1996; Strik, Lousberg, Cheriex, & Honiq, 2004), utilizando entrevistas estruturadas em doentes com enfarte agudo do miocárdio recente, verificaram que 15 a 25% preenchem os critérios para o diagnóstico de depressão major, enquanto que 16 a 17% para o diagnóstico de depressão minor (Hance, Carney, Freedland, & Skala, 1996; Strik, Lousberg, Cheriex, & Honiq, 2004), e 17,2% perturbações afectivas em geral (Bush, 2001). Por outro lado, a avaliação dos sintomas depressivos mostrou prevalências de 20 a 42% após um enfarte agudo do miocárdio (Bush, 2001; Lane, Carrol, Ring, Beevers, & Lip, 2001), e de 41,4% após angina instável (Lesperance, Frasure-Smith, & Juneau, 2000). Por outro lado, a prevalência de sintomas ansiosos em doentes que sofreram enfarte agudo do miocárdio e que foram avaliados nas primeiras duas semanas, situou-se entre 26,1% e 70% (Mayou, 2000; Moser & Dracup, 1996). A avaliação de um grupo de doentes submetidos a *by-pass* aorto-coronário, mostrou que 47% apresentavam sintomas depressivos antes da intervenção cirúrgica, subindo para 61% antes da alta (Burker, 1995).

Existem dois tipos de mecanismos que podem explicar a relação entre a depressão e a doença cardiovascular: a) o psicossocial ou comportamental: os pacientes deprimidos tendem a aderir menos ao tratamento medicamentoso, aos exercícios programados, ao abandono do cigarro e a mudanças alimentares, estes factores que podem contribuir de maneira significativa para o aumento da morbimortalidade cardiovascular nos pacientes com sintomas depressivos; b) O fisiopatológico: envolve o aumento da agregação plaquetária, a redução da variabilidade da frequência cardíaca e facilita o desenvolvimento de alterações na regulação do sistema nervoso autónomo e no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (Manica, Leães, Frey, & Juruena, 1999). O desenvolvimento da psicofarmacologia permitiu a descoberta de numerosas alterações neuroquímicas, neuroendócrinas e neuroanatómicas na perturbação depressiva, alterações estas que contribuem para aumentar a vulnerabilidade de um paciente deprimido a uma doença cardiovascular. Entre tais factores incluem-se as alterações no eixo hipotalâmico-pituitário-adrenocortical, a hiperactividade simpático-adrenal, as alterações nos receptores plaquetários e o aumento na secreção de citocinas pró-inflamatórias além da isquémica miocárdica relacionada ao stress. Pacientes com perturbação depressiva major exibem uma desregulação no sistema simpático adrenérgico. A hiperactividade simpática-adrenérgica contribui para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares através dos efeitos das catecolaminas no coração, vasos sanguíneos e plaquetas. A activação simpática modifica as funções das plaquetas induzindo mudanças hemodinâmicas. A inflamação e a secreção de citocinas pró-inflamatórias podem mediar a associação da depressão à progressão aterosclerótica. Sabe-se que a actividade do sistema límbico é regulada por muitos neurotransmissores envolvidos na fisiopatologia e possivelmente na etiologia dos estados afectivos. No caso da depressão, os níveis séricos da hormona cortisol estão aumentados, podendo participar na sua génese. Os estudos recentes (Soares, et al., 2006) sugerem que a depressão é um factor de risco não somente para o desenvolvimento da doença coronária, mas também, para a mortalidade entre os pacientes que tiveram um enfarte do miocárdio (Soares, et al., 2006).

Todavia, a severidade da doença cardíaca não parece estar directamente relacionada a um risco aumentado para depressão pós-enfarte agudo do miocárdio (Schleifer, et al., 1989). O principal problema da depressão no paciente com doença orgânica é a desvalorização do diagnóstico pelos clínicos gerais e especialistas. A depressão não tratada nestas situações tende a ter um curso mais prolongado e/ou recorrente. Os sintomas somáticos da depressão podem ser atribuídos à doença orgânica, especialmente se um médico for um especialista que

se focaliza um determinado sistema do corpo e negligencia os factores psicossociais (Soares, et al., 2006).

1.6.2. Ansiedade

De acordo com Andrade e Gorenstein (1998), a ansiedade consiste num estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que fazem parte do espectro normal das experiências humanas, sendo impulsionadora do desempenho. Ela passa a ser patológica quando é desproporcional à situação que a provoca, ou quando não existe um objecto específico ao qual se direcciona. A ansiedade, como sintoma psicopatológico, é caracterizada por emoções negativas que se tornam excessivas e persistentes. As pessoas com ansiedade usam mais a supressão explicar e têm uma tendência maior para julgar as suas emoções negativas como inaceitáveis (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006). O stress, tornado sintoma e, conseqüentemente, emoção negativa, exterioriza-se por sensações desagradáveis, principalmente pela presença de uma grande tensão quando se antecipa um acontecimento que, mesmo vago, é percebido subjectivamente como uma ameaça pelo que é desencadeador de inquietação, apreensão e sentimentos de preocupação excessivos (Gouveia, 2000).

Os sintomas da perturbação de stress podem ser divididos em cognitivos e afectivos, que implica uma busca imediata da ameaça potencial, e resultando em sentimentos subjectivos de apreensão e nervosíssimo, assim como de pensamentos de incompetência ou inadequação. Ao nível fisiológico, implica a activação do sistema nervoso simpático através da qual se produzem importantes efeitos químicos e físicos que incluem a elevação do ritmo cardíaco, a boca seca e a sudação. Ao nível comportamental, o stress pode ser caracterizado pela fuga da situação ou comportamento evitante (Gray & McNaughton, 2003).

As respostas de fuga ou evitamento, e a hipervigilância, alguns exemplos de sintomas de evitamento, são representados por comportamentos como o de roer as unhas, tremor nos lábios, e dependem largamente de uma estrutura existente na memória, o *protótipo emocional*, no qual esta estrutura funciona comumente ameaçadora e desencadeadora, tendo em conta o seu significado, activam as respostas, de ataque ou de fuga, protegendo assim a pessoa de lesão ou perigo, controlando o desenvolvimento e modificação da resposta ansiosa ao longo do tempo (Baptista, 2000).

O stress é, desde há muito, encarado como um potencial factor precipitante de episódios cardíacos agudos. À semelhança da depressão, como atrás foi referido, pode surgir em conjunto ou após uma doença cardíaca. A perturbação de stress parece ser uma constante

em doentes com arritmias sistemáticas, em particular naqueles que apresentam risco de diagnóstico de morte súbita e, especialmente nos portadores de cardiodesfibrilhador implantável, e, igualmente, em doentes com cardiomiopatia. a ansiedade contribui, com frequência, para atrasar a procura de cuidados médicos para sintomas cardíacos agudos, para a negação da doença e para a incapacidade funcional e a invalidez (Levenson, 2001). No stress é frequente constatar-se uma forte associação com a sintomatologia depressiva (Ribeiro, et. al., 2004).

1.6.3. Hostilidade

A hostilidade é considerada uma das tres dimensoes da agressividade física, sendo que se destaca das restantes dimesoes por remeter para a componente cognitiva dos comportamentos agressivos (Sousa, Baúto, Rodrigues, Soeiro, & Almeida (2010). Existem concomitantemente evidências de que as emoções negativas, como é o caso da hostilidade, poderá indicar maior propensão para doenças relacionadas com comportamentos de saúde negativos que aumentam o risco de enfarte, em especial quando relacionadas a outros factores de risco (Mittleman, et al., 1995).

Outros estudos (Trigo, Rocha, & Coelho, 2000; Williams, 1994) corroboram a existência de uma correlação positiva entre a ira e a hostilidade, e a gravidade das doenças das artérias coronárias. Num estudo exploratório com humanos (Frasure-Smith, Lesperance, & Talajic, 1995b), onde as doenças cardíacas foram classificadas em função de dois grupos patofisiológicos, separando aquelas que se devem a mecanismos tromboogénicos (angina instável, enfarte do miocárdio), das que advêm de um mecanismo de arritmia ventricular, os autores concluíram existir padrões diferentes, para cada uma das classes. Enquanto a depressão e a contenção da ira mostraram capacidade de predizer eventos relacionados com arritmia, a ansiedade pareceu ser mais relevante nas síndromas coronárias agudas (angina instável, enfarte do miocárdio).

1.7. Qualidade de Vida

A Qualidade de Vida (QVD), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é definida como sendo “a *percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*” (WHOQOL Group, 1994, p. 28), sendo esta uma definição abrangente e complexa que engloba o estado psicológico, saúde física,

nível de independência, crenças pessoais, relações pessoais e as relações que o indivíduo desenvolve no meio em que se insere (WHOQOL Group, 1995). Constata-se assim que a definição de saúde influencia fortemente a definição de QDV (Levi & Drotar, 1998), as variáveis mentais, físicas e sociais mencionadas pela OMS aquando da definição de saúde continuam a ser o foco da definição de QDV, bem como, as seguintes dimensões: sintomas físicos, estado de doença, estado funcional e funcionamento psicológico e social (Spieth & Harris, 1996, cit. por Levi & Drotar, 1998; Bucuvalas & Britto, 2003,, (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985). Estreitamente ligado ao conceito de satisfação com a vida, que consiste na avaliação que cada pessoa faz das suas condições de vida em geral, da sua qualidade de vida como um todo, mais do que em relação a dimensões específicas (Seco, Casimiro, Pereira, Dias, & Custódio, 2005). No fundo, é uma avaliação cognitiva do desenvolvimento pessoal diante objectivos e expectativas globais, e leva a uma avaliação da congruência entre as circunstâncias de vida reais e ideais, de acordo com critérios estabelecidos pelo próprio (Diener, 2000).

Ao longo da sua vida, o indivíduo vê-se confrontado com todo um conjunto de fenómenos que o afectam, como é o caso das doenças crónicas. O aparecimento de estados de ansiedade e depressão são as reacções mais comuns, que afectam a qualidade de vida dos indivíduos e podem constituir o elemento incentivador de doenças (WHO, 2001). As transições que ocorrem no ciclo de vida representam momentos de crise aos quais a pessoa atribui um significado, de acordo com os seus processos subjectivos de avaliação. A doença física e a realização de uma cirurgia cardíaca constituem experiências bastante críticas para a pessoa; ameaçam a sua integridade e podem traduzir-se em desorganização das rotinas, das funções e das relações familiares, e das auto-percepções. As características individuais parecem condicionar a atribuição de um sentido aos acontecimentos de vida, assim como o modo como os sintomas são percebidos pelo indivíduo e as estratégias que este mobiliza para reagir à doença, favorecendo ou não o ajustamento e o seu bem-estar (Gomes & Ribeiro, 2001).

A QVD abrange, para além dos aspectos circunstanciais ambientais, dimensões internas relativas a cada indivíduo, que correspondem ao bem-estar psicológico e ao bem-estar subjectivo. O bem-estar subjectivo consiste numa felicidade subjectiva, uma procura de experiências de prazer ou equilíbrio entre a afectividade positiva e negativa, integra uma componente cognitiva relativa aos juízos sobre a satisfação com a sua vida e uma componente afectiva que remete para as reacções emocionais, sejam elas positivas ou negativas face a esses juízos (Diener, 2000). Por outro lado, a satisfação com a vida refere-se à avaliação que a

pessoa realiza das suas condições de vida em geral, da sua qualidade de vida como um todo, mais do que em relação a dimensões específicas (Seco, Casimiro, Pereira, Dias, & Custódio, 2005). Tratando-se, essencialmente, de uma avaliação cognitiva do desenvolvimento pessoal face a objectivos e expectativas globais, a satisfação com a vida remete para uma avaliação da congruência entre as circunstâncias de vida reais e ideais, de acordo com critérios estabelecidos pelo próprio indivíduo (Diener, 2000).

Assim, o modo como a pessoa se vê a si própria em termos de aceitação social, eficácia, maturidade psicológica e actividade ou iniciativa poderá exercer influência sobre o bem-estar: mais concretamente na situação pós cirúrgica cardíaca, este aumento de bem-estar poderá contribuir para uma melhor e mais rápida reabilitação (Gomes & Ribeiro, 2001). Os domínios considerados para a qualidade de vida são muito amplos, mas especificamente no sistema dos cuidados de saúde, Ribeiro (1994).

A este propósito, num estudo com pacientes com cardioversor desfibrilhador implantável, com o intuito de explorar qualidade de vida dos receptores com aplicação de choques do CDI (Kamphuis, et al., 2003) os autores concluíram que a alta prevalência da depressão e da ansiedade pode ser interpretada como uma resposta à percepção física. Os dados indicam que os pacientes que sofreram choques do CDI, e que não se adaptam bem a viver com um CID, apresentam mais ansiedade que os portadores do CDI, do que os não sofreram choques e do que nunca sofreram choques. No estudo paquistanês já referido anteriormente (Dogar, et al., 2008), realizado com doentes coronários, os resultados apontaram para o facto da qualidade de vida e ser bastante inferior no caso dos participantes com depressão e ansiedade do que nos sem sintomatologia psicológica, mostrando assim haver uma relação entre a qualidade de vida e o ajustamento emocional nas pessoas com diagnóstico de doença coronária.

O objectivo da presente investigação foi o de explorar a possibilidade da existência de uma relação entre estados emocionais, como a ansiedade, o stress e a hostilidade e a depressão, e a qualidade de vida das pessoas diagnosticadas com doença cardiovascular e portadores do cardiodesfibrilhador implantável. Ao verificar-se tal relação, pretendeu-se averiguar se esta seria influenciada pela existência ou ausência de terapia de ressincronização cardíaca (CRT-D), pelo envolvimento perante o diagnóstico de risco morte súbita, e, finalmente, se seria possível alguma associação com as crises pessoais e/ou familiares.

As hipóteses em estudo foram:

É esperado que nas pessoas com diagnóstico de doença cardiovascular com CRT-D existisse um menor ajustamento emocional (maior nível de ansiedade e maior nível de depressão) e menor qualidade de vida do que as pessoas com diagnóstico de doença cardiovascular com CDI;

É esperado que existam diferenças ao nível das preocupações acerca da terapêutica, nas pessoas com diagnóstico de doença cardiovascular em termos do tipo de aparelho;

É esperado que nas pessoas com diagnóstico de doença cardiovascular o menor ajustamento emocional e a menor qualidade de vida estejam mais presentes nas pessoas que referem ter sentido choques do CDI.

CAPITULO II – MÉTODO

2.1. Participantes

Foi recolhida uma amostra composta por 76 adultos com doença cardíaca, 65 do sexo masculino e 11 do sexo feminino. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 26 e os 86 anos e apresentavam uma média de idades de 64.24 anos (DP=13.50). Na maioria tinham escolaridade ao nível do primeiro ciclo (85.5%), não trabalhavam (70.7%), eram reformados (56.1%), portugueses (96.1%), de etnia branca (96.1%), pertenciam à classe média (31.6%), média/baixa (35.5%) e residiam numa área urbana (62.7%) (Tabela 1).

Na tabela 1 apresenta-se a caracterização sócio-demográfica da amostra

Tabela 1
Caracterização Sócio-demográfica da Amostra

	N	%
Sexo		
Masculino	65	85.5
Feminino	11	14.5
Habilitações literárias		
Sem instrução	6	7.9
1º Ciclo	42	55.3
2º Ciclo	16	21.1
3º Ciclo	7	9.2
Superior	5	6.6
Trabalha		
Não	53	70.7
Sim	22	29.3
Profissão		
Reformado	32	56.1
Desempregado	3	5.3
Técnico Superior	5	8.8
Profissão especializada	11	19.3
Profissão não especializada	6	10.5
Nacionalidade		
Portuguesa	73	96.1
Angolana	1	1.3
Brasileira	2	2.6

Tabela 1 (Cont.)

	N	%
Etnia		
Negra/Negróide	3	3.9
Branca/Caucasiana	73	96.1
Nível Sócio-económico		
Classe média alta	2	2.6
Classe média	24	31.6
Classe média baixa	27	35.5
Classe baixa	23	30.3
Área		
Rural	20	26.7
Urbana	47	62.7
Sub-urbana	8	10.7

Na Tabela 2 apresentam-se as frequências e as percentagens relativas às características relativas à presença de doença.

Tabela 2

Caracterização Clínica

	N	%
Prevenção primária em pacientes sem cardiopatia-estrutural	4	5.3
Prevenção secundária em pacientes sem cardiopatia-estrutural	1	1.3
Prevenção primária em pacientes com cardiopatia-estrutural	55	72.4
Prevenção secundária em pacientes com cardiopatia-estrutural	17	22.4
Tem Aparelho		
CDI	45	59.2
CRT-D	31	40.8
Como se sentia antes de colocar CDI		
Assintomático	9	11.8
Cansaço/Dificuldades respiratórias	47	61.8
Síncope/desmaios	7	9.2
Sintomas inespecíficos	50	65.8
Como se sente agora depois de implantar o CDI		
Melhor	63	84.0
Igual	8	10.7
Pior	4	5.3
Já sentiu algum choque do CDI		
Sim	46	60.5
Não	30	39.5

Como se pode observar, a quase totalidade dos participantes tinham diagnóstico de com cardiopatia-estrutural (93.4%), com 72.4% que fizeram prevenção primária e 22.4% prevenção secundária. No que concerne ao aparelho, 59.2% dos participantes referiram ter CDI e 40.8% CRT-D. Mais de metade dos participantes referiram ter sentido cansaço e dificuldades respiratórias (61.8%) e sintomas inespecíficos (65.8%), sendo estas as queixas mais frequentes antes de terem colocado o CDI. A maior parte dos participantes (84.0%) referiu sentir-se melhor após ter colocado o CDI e 60.5% dos participantes referiram já ter sentido choque do CDI, com uma média de 2.17 choques (DP = 3.88). A idade média da ocorrência da lesão foi 60.61 anos (DP = 13.67) e o número médio de meses que os participantes tinham o CDI foi 47.556 (DP = 29.57).

2.2 Instrumentos

Os dados demográficos foram recolhidos através de um questionário constituído por 8 itens: sexo, idade, habilitações literárias, profissão, nacionalidade, etnia, nível sócio-económico actual e o tipo de área de residência.

Foi também construído um questionário sobre algumas preocupações diárias comuns dos doentes portadores do CDI, com 21 itens de afirmações sobre adaptação psicossocial, a importância do CDI nas suas vidas, a adaptação, perda da independência, a incerteza do futuro, a reacção da família, a participação em actividades do dia-a-dia. Em cada item existem 5 possibilidades de respostas, devendo o respondente escolher aquela que melhor expressa a sua opinião.

Depressão. Avaliada através do *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Steer, & Garbin, 1988), questionário constituído por 21 itens. Foi utilizada a versão traduzida e aferida para a população portuguesa por V. Serra e Abreu, (Serra, Firmino, Mira, Silva, & Fernandes, 1989). É um instrumento de auto-relato apresentado sob o formato de escolha múltipla, que se propõe medir a presença e severidade da depressão em jovens e adultos. Cada item corresponde a uma categoria que descreve um sintoma ou comportamento específico da depressão, sendo constituído por séries de 4 afirmações de auto-avaliação, com ordem crescente de severidade, que vai desde o neutro (0) a uma severidade máxima (3). A amplitude dos resultados varia entre 0 e 63: uma pontuação menor a 10, revela estado sem depressão ou com depressão mínima; entre 10 e 18, é indicador de depressão leve a moderada; entre 19 e

29, depressão moderada a grave; e entre 30 e 63, depressão grave. Resultados mais elevados correspondem a uma maior severidade dos sintomas. A consistência interna do BDI tem coeficientes que variam entre .73 e .92, com uma média de .86. Apresenta um coeficiente de split-half de .93. Nas formas alternadas de fidelidade obtém valores de correlação de .89. Apresenta validade de conteúdo elevada e validade concorrente, com valores de correlação de .77 (Beck, Steer, & Garbin, 1988). No estudo das características psicométricas para a população portuguesa, os quadros leves, moderados e graves apresentam médias que se aproximam bastante das referidas por outros autores, tanto americanos como ingleses (Serra & Abreu, 1973).

Depressão e Ansiedade. Avaliadas através do *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond & Snaith, 1983). Esta medida permite avaliar de uma forma breve, os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologias físicas e em tratamento ambulatorio. A escala tem como características o facto de poder ser realizada por auto-administração, demorando o seu preenchimento cerca de 10 minutos. Contém 14 itens que se dividem em duas sub-escalas: ansiedade (7 itens) e depressão (7 itens). Os itens da ansiedade reflectem um estado de ansiedade generalizado e os itens da depressão encontram-se associados a um estado de anedonia (Zigmond & Snaith, 1983).

A forma de resposta dos 14 itens da escala varia entre zero (0 – Baixo) a três (3 – Elevado), numa escala de Likert de 4 pontos. Os resultados finais de cada sub-escala variam de 0 a 21, e resultam da soma dos valores dos itens de cada sub-escala. Os valores entre 8 e 10 para cada sub-escala indicam uma possível perturbação clínica, e entre 11 e 21, uma provável perturbação clínica. Neste sentido, os autores sugerem o valor 8 como ponto de corte, considerando os valores inferiores como ausência de ansiedade e de depressão. Consideram também que a severidade da ansiedade e da depressão podem ser classificadas como “normal” (0-7), leve (8-10), moderada (11-15) e severa 16-21) (Snaith & Zigmond, 1993). Referem também que pode ser usada uma pontuação total (HADS-Total) como um indicador clínico, desde que seja analisado como um índice de perturbação emocional, onde os elevados indicam níveis mais altos de ansiedade e depressão. A consistência interna das subescalas foi analisada tendo sido obtidos valores de .70 para a subescala da depressão e .74 para a sub escala da ansiedade (Zigmond & Snaith, 1983).

Ajustamento Emocional. Avaliado pelo questionário *Symptom Assessment-45* (SA-45: SAI, 2000). Trata-se de uma medida composta por 45 itens, baseada na medida original SCL-90, em que o formato de resposta é dado por uma escala de Likert, com cinco posições que variam entre zero (*nunca*) e quatro (*extremamente*). Os itens agrupam-se em nove dimensões:

ansiedade, depressão, hostilidade, sensibilidade interpessoal, obsessivo-compulsivo, paranóia, ansiedade fóbica, psicoticismo, somatização. Esta medida permite obter resultados que variam entre 0 e 180 e em sentido directo, dados pelo somatório das respostas aos itens relevantes para cada dimensão, sendo que o valor mais elevado indica que o indivíduo faz uma avaliação negativa a todos os itens desta escala, enquanto a pontuação mínima revela que não se encontra afectado por nenhum dos problemas apresentados. A medida ainda permite obter um Índice de Severidade Global (GSI), que tem o valor máximo de 225 e a pontuação mínima de 45, e um Índice de Sintomas Positivos Totais (PST) que varia entre 0 e 45 quando todos os problemas o afectam de alguma forma. A avaliação da consistência interna das nove escalas apresentadas foi efectuada através do coeficiente alpha de Cronbach. Para a amostra de adultos os valores deste indicador variaram entre os 0.71 da escala de psicoticismo a 0.92 para a escala de depressão. Na generalidade das amostras, os coeficientes mais baixos foram obtidos nas escalas de paranóia e psicoticismo, com valores não ultrapassam os 0.79. Quando o autor comparou a consistência interna destas sub-escalas com as que foram obtidas em escalas de outros inquéritos, a escala SA-45 tem uma menor consistência interna que a escala SCL-90, resultado que vai de encontro ao que era esperado dado que esta segunda escala tem quase o dobro dos itens da SA-45 e a consistência aumento com o aumento da extensão do inquérito. No que concerne à validade desta medida, para uma amostra de adultos, os coeficientes de correlação variaram entre 0.38 (correlação entre Ansiedade e Hostilidade) e 0.75 (Sensibilidade interpessoal e Depressão). Estes valores indicam um grau substancial de concordância e uma clara falta de independência entre estas nove escalas (Multi-Health Systems, 2000, p.51). Existe também uma forte correlação entre correlação entre as escalas desta medida e as escalas do SCL-90, de onde deriva o SA-45, com valores superiores a 0.95. A suportar a validade da SA-45 encontra-se o facto de as dimensões e seus dois índices apresentarem elevadas correlações com as medidas SCL-90 e BSI.

Qualidade de Vida. Avaliada pela World Health Organization Quality of life (WHOQOL; WHOQOL Group, 1998). O WHOQOL-BREF encontra-se validado internacionalmente (Skevington, Sartorius, Amir, & WHOQOL, 2004). A medida apresenta 24 itens correspondentes a 24 facetas e dois itens gerais. Estes 26 itens abrangem quatro domínios, incluindo a saúde física, estado psicológico, relações sociais e meio ambiente. Esses quatro pontos de domínio foram utilizados para indicar a qualidade de vida de um indivíduo (Skevington, Lotfy, O'Connell & WHOQOL, 2003). A WHOQOL-BREF é bastante utilizado em diversas culturas, apresentando valores de consistência interna com α de Cronbach que variam entre .68 e .87 para as suas sub-escalas (Fleck, et al., 2000; Hawthorne,

Herrman, & Murphy, 2006; Li, et al., 2009; Yao, Wu, & Yang, 2008). No estudo de validação para Portugal, a WHOQOL-bref revelou boas características psicométricas, revelando valores de consistência interna entre .61 e .89 (Vaz Serra, et al., 2006).

2.3 Procedimento

Os protocolos foram recolhidos no Hospital de São Bernardo em Setúbal, na consulta externa de seguimento de doentes portadores de CDI, num gabinete adequado para o efeito. Foi ainda explicado o objectivo da investigação, onde se informava os participantes acerca do carácter confidencial e anonimato das respostas e a voluntariedade da participação (anexo carta de consentimento informado).

Os dados relativos ao diagnóstico dos utentes que concordaram em participar no estudo, foram preparados pelo médico especialista em arritmologia de acordo com a terapêutica: indivíduos com implante do CDI normal e indivíduos com CRT-D.

A informação recolhida através de um protocolo de investigação (em anexo), com três medidas descritas para avaliar ansiedade, depressão e qualidade de vida (preocupações diárias que podem estar associadas aos portadores de CDI).

Os dados foram recolhidos entre Agosto de 2009 e Julho de 2010 e preenchimento do protocolo demorou, em média 35 a 40 minutos a ser respondido.

Depois de recolhidos os dados, estes foram introduzidos numa base de dados informatizados e submetida a tratamento estatístico efectuado a partir do *Statistical Package for Social Science* (SPSS 17). O estudo é de natureza comparativa e de correlação.

CAPITULO III – RESULTADOS

A Tabela 3 apresenta os resultados obtidos no estudo da normalidade das dimensões em estudo, efectuada através do teste kolmogorov-smirnov.

Tabela 3

Estudo da Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov	P
Depressão BDI	1.130	.155
HADS		
Ansiedade	4.474	.000
Depressão	4.400	.000
SA-45		
Ansiedade	4.266	.000
Depressão	4.226	.000
Hostilidade	4.417	.000
Sensibilidade interpessoal	4.448	.000
Obsessivo-Compulsivo	4.384	.000
Ideação paranóide	4.294	.000
Ansiedade fóbica	2.654	.000
Psicoticismo	2.003	.001
Somatização	4.470	.000
Qualidade de vida		
Físico	.906	.384
Psicológico	4.404	.000
Relações sociais	4.472	.000
Ambientes	4.466	.000

Como só apenas duas das dimensões seguem a distribuição normal, optou-se pela utilização de testes não paramétrico.

A Tabela 4 apresenta as diferenças entre as participantes com CDI e com CRT-D ao nível das dimensões em estudo, analisadas através do teste Mann-Whitney.

Tabela 4

Diferenças entre com CDI e com CRT-D

	CDI (N=45) M Rank	CRT-D (N=31) M Rank	Z
Depressão BDI	34.19	44.76	-2.052*
HADS			
Ansiedade	34.32	43.23	-1.749
Depressão	33.23	45.15	-2.327*
SA-45			
Ansiedade	37.06	39.42	-.466
Depressão	35.16	40.93	-1.138
Hostilidade	36.07	39.60	-.708
Sensibilidade interpessoal	33.73	43.34	-1.890
Obsessivo-Compulsivo	34.55	42.90	-1.641
Ideação paranóide	33.55	44.47	2.112*
Ansiedade fóbica	37.20	37.93	-.150
Psicoticismo	33.58	44.63	-2.237*
Somatização	34.76	41.31	-1.297
Qualidade de vida			
Físico	41.02	34.84	-1.203
Psicológico	42.88	32.15	-2.091*
Relações sociais	38.46	38.56	-.021
Ambientes	40.22	36.00	-.822

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para a Depressão medida pela BDI com $Z = -2.052$; $p = .040$, para a ansiedade da HADS com $Z = -2.327$; $p = .020$, para a ideação paranoide com $Z = -2.112$; $p = .035$, para o psicoticismo com $Z = -2.237$; $p = .025$ e para a qualidade de vida em termos psicológicos com $Z = -2.091$; $p = .036$. Os resultados mostram que os participantes com CRT-D apresentam em termos gerais mais depressão, mais ansiedade, mais sintomas de ideação paranoide e psicoticismo e que os participantes com CDI são os que apresentam maior qualidade de vida em termos psicológicos.

A Tabela 5 mostra as diferenças entre as participantes com CDI e CRT-D ao nível das preocupações diárias com o CDI, analisadas através do teste Qui-quadrado.

Tabela 5

Diferenças entre com CDI e CRT-D para as Preocupações diárias com o CDI

	CDI		CRT-D		X ²
	N	%	N	%	
Se o meu CDI disparar					2.414
Quase nunca	13	28.9	12	38.7	
Um pouco	11	24.4	6	19.4	
Algumas vezes	9	20.0	3	9.7	
Muitas vezes	5	11.1	5	16.1	
Quase sempre	6	13.3	4	12.9	
Não respondeu	1	2.2	1	3.2	
Se o meu CDI não trabalhar quando preciso dele					13834*
Quase nunca	17	37.8	15	48.4	
Um pouco	9	20.0	3	9.7	
Algumas vezes	7	15.6			
Muitas vezes	3	6.7	9	29.0	
Quase sempre	7	15.6	4	12.9	
Não respondeu	2	4.4			
Com o que fazer se o meu CDI disparar					4.465
Quase nunca	16		16	51.6	
Um pouco	8		5	16.1	
Algumas vezes	12		4	12.9	
Muitas vezes	2		3	9.7	
Quase sempre	6		3	9.7	
Não respondeu	1	2.2			

Tabela 5 (Cont.)

	CDI		CRT-D		X ²
	N	%	N	%	
Se a prática de exercício físico poderá levar à paragem do CDI					1.213
Quase nunca	26	57.8	21	67.7	
Um pouco	9	20.0	6	19.4	
Algumas vezes	3	6.7	1	3.2	
Muitas vezes	5	11.1	2	6.5	
Quase sempre	2	4.4	1	3.2	
Se a realização de determinadas actividades/hobbies poderá levar à paragem do CDI					.404
Quase nunca	20	44.4	15	48.4	
Um pouco	14	31.1	8	25.8	
Algumas vezes	8	17.8	6	19.4	
Muitas vezes	2	4.4	1	3.2	
Quase sempre	1	2.2	1	3.2	
A minha frequência cardíaca piora se o meu CDI disparar					2.266
Quase nunca	19	42.2	15	48.4	
Um pouco	7	15.6	2	6.5	
Algumas vezes	4	8.9	3	9.7	
Muitas vezes	6	13.3	5	16.1	
Quase sempre	8	17.8	6	19.4	
Não respondeu	1	2.2			
Pela quantidade de tempo gasto a pensar no meu coração e na utilização do meu CDI					3.273
Quase nunca	19	43.2	15	48.4	
Um pouco	9	20.5	4	12.9	
Algumas vezes	1	2.3	3	9.7	
Muitas vezes	9	20.5	4	12.9	
Quase sempre	5	11.	4	12.9	
Não respondeu	1	2.3	1	3.2	
Pela quantidade de tempo gasto a pensar nas descargas do meu CDI					.905
Quase nunca	24	53.3	16	51.6	
Um pouco	7	15.6	4	12.9	
Algumas vezes	3	6.7	4	12.9	
Muitas vezes	8	17.8	5	16.1	
Quase sempre	3	6.7	2	6.5	

Tabela 5 (Cont.)

	CDI		CRT-D		X ²
	N	%	N	%	
Se a bateria do meu CDI descarregar					5.960
Quase nunca	17	37.8	16	53.3	
Um pouco	11	24.4	4	13.3	
Algumas vezes	5	11.1	1	3.3	
Muitas vezes	5	11.5	6	20.0	
Quase sempre	5	11.5	1	3.3	
Não respondeu	2	4.4	2	6.7	
Se o trabalho é muito duro e/ou descargas violentas podem fazer disparar o meu CDI					7.229
Quase nunca	26	57.8	10	32.3	
Um pouco	5	11.1	6	19.4	
Algumas vezes	4	8.9	7	22.6	
Muitas vezes	6	13.3	4	12.9	
Quase sempre	4	8.9	3	9.7	
Não respondeu			1	3.2	
Se durante as relações sexuais poderá parar o meu CDI					1.741
Quase nunca	25	55.6	15	48.4	
Um pouco	9	20.0	7	22.6	
Algumas vezes	4	8.9	5	16.1	
Muitas vezes	3	6.7	2	6.5	
Quase sempre	3	6.7	2	6.5	
Não respondeu	1	2.2			
Sem qualquer aviso o meu CDI disparar					7.377
Quase nunca	15	33.3	11	35.5	
Um pouco	16	35.6	9	29.0	
Algumas vezes	8	17.8	3	9.7	
Muitas vezes	1	2.2	6	19.4	
Quase sempre	5	11.1	2	6.5	
Os sintomas e dor associada às descargas do meu CDI					6.448
Quase nunca	20	44.4	10	33.3	
Um pouco	10	22.2	4	13.3	
Algumas vezes	8	17.8	8	26.7	
Muitas vezes	2	4.4	6	20.0	
Quase sempre	5	11.1	2	6.7	

Tabela 5 (Cont.)

	CDI		CRT-D		X ²
	N	%	N	%	
Ser um “fardo” para a minha família					3.897
Quase nunca	23	51.1	12	40.0	
Um pouco	5	11.1	3	10.0	
Algumas vezes	8	17.8	3	10.0	
Muitas vezes	4	8.9	6	20.0	
Quase sempre	4	8.9	5	16.7	
Não respondeu	1	2.2	1	3.3	
Não ser capaz de prevenir as descargas do meu CDI					1.854
Quase nunca	26	57.8	16	53.3	
Um pouco	9	20.0	4	13.3	
Algumas vezes	5	11.1	5	16.7	
Muitas vezes	1	2.2	2	6.7	
Quase sempre	4	8.9	3	10.0	
O futuro agora que tenho o CDI					8.303
Quase nunca	22	48.9	10	32.3	
Um pouco	12	26.7	6	19.4	
Algumas vezes	3	6.7	7	22.7	
Muitas vezes	5	11.1	3	9.7	
Quase sempre	3	6.7	3	9.7	
Não respondeu			2	6.5	
Os problemas ocorridos com o meu CDI, por ex. falta de bateria					1.559
Quase nunca	24	53.3	20	66.7	
Um pouco	8	17.8	4	13.3	
Algumas vezes	7	15.6	3	10.0	
Muitas vezes	3	6.7	2	6.7	
Quase sempre	3	6.7	1	3.3	
Que determinados acontecimentos stressantes possam fazer disparar o meu CDI					2.467
Quase nunca	22	48.9	13	43.3	
Um pouco	7	15.6	9	30.0	
Algumas vezes	11	24.4	6	20.0	
Muitas vezes	3	6.7	1	3.3	
Quase sempre	2	4.4	1	3.3	

Tabela 5 (Cont.)

	CDI		CRT-D		X^2
	N	%	N	%	
Não ser capaz de participar em actividades, passatempos e outros por ter um CDI					1.438
Quase nunca	25	55.6	13	43.3	
Um pouco	6	13.3	5	16.7	
Algumas vezes	5	11.1	5	16.7	
Muitas vezes	5	11.1	3	10.0	
Quase sempre	4	8.9	4	13.3	
Se a prática de exercícios duros poderá fazer disparar o meu CDI					7.973
Quase nunca	22	48.9	10	33.3	
Um pouco	6	13.3	7	23.3	
Algumas vezes	7	15.6	6	20.0	
Muitas vezes	7	15.6	1	3.3	
Quase sempre	3	6.7	5	16.7	
Não respondeu			1	3.3	
Se enquanto conduzo disparar o meu CDI					5.915
Quase nunca	19	44.2	15	51.7	
Um pouco	9	20.9	5	17.2	
Algumas vezes	8	18.6	4	13.8	
Muitas vezes	5	11.6	1	3.4	
Quase sempre	1	2.3	4	13.8	
Não respondeu	1	2.3	1	3.2	

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos apenas para a preocupação com o que fazer se o CDI disparar, com $X^2 (5) = 13.834$; $p = .017$. Os resultados mostram que os participantes com CRT-D preocupam-se mais com o que fazer se o CDI disparar do que os participantes com CDI.

A Tabela 6 mostra as diferenças entre os participantes que sentiram ou não choque do CDI ao nível das dimensões em estudo, analisadas através do teste Man-Whitney.

Tabela 6

Diferenças entre os participantes que sentiram ou não choque do CDI

	Sim (N=41) M Rank	Não (N=35) M Rank	Z
Depressão BDI	44.49	31.49	-2.560**
HADS			
Ansiedade	44.54	30.53	-2.787**
Depressão	42.30	32.81	-1.884
SA-45			
Ansiedade	44.43	30.25	-2.840**
Depressão	44.23	29.59	-2.927**
Hostilidade	43.16	30.84	-2.508*
Sensibilidade interpessoal	43.28	30.32	-2.596**
Obsessivo-compulsivo	43.86	31.30	-2.498*
Ideação paranóide	42.59	32.47	-2.015*
Ansiedade fóbica	40.84	33.35	-1.556
Psicoticismo	40.30	35.22	-1.045
Somatização	45.50	28.59	-3.390***
Qualidade de vida			
Físico	33.76	44.06	-2.033*
Psicológico	34.52	43.16	-1.706
Relações sociais	30.83	47.49	-3.310***
Ambientes	38.16	38.90	-.146

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que sentiram ou não choque do CDI ao nível das dimensões Depressão medida pela BDI com $z = -2.560$; $p = .010$, Ansiedade medida pela HADS com $z = -2.787$; $p = .005$, das dimensões da SA-45 Ansiedade com $z = -2.840$; $p = .005$, Depressão com $z = -2.927$; $p = .003$, Hostilidade com $z = -2.508$; $p = .012$, Sensibilidade interpessoal com $z = -2.596$; $p = .009$, Obsessivo-compulsivo com $z = -2.498$; $p = .012$, Ideação paranoide com $z = -2.015$; $p = .044$ e Somatização com $z = -3.390$; $p = .001$, e das dimensões da Qualidade de vida Físico com $z = -2.033$; $p = .042$ e Relações sociais = -3.310 ; $p = .001$. Os resultados mostram que em todas estas dimensões os participantes que já sentiram choques apresentaram valores superiores, exceto nas dimensões da qualidade de vida onde apresentaram valores inferiores.

Foi usado o coeficiente de Pearson para avaliar as correlações entre o número de choques e as restantes dimensões em estudo. Os resultados são apresentados na Tabela 7.

Tabela 7

Correlações entre o Número de Choques e as Restantes Dimensões

	Número de Choques
Depressão BDI	.28*
HADS	
Ansiedade	-.08
Depressão	-.07
SA-45	
Ansiedade	-.06
Depressão	-.05
Hostilidade	.36**
Sensibilidade interpessoal	-.09
Obsessivo-compulsivo	-.08
Ideação paranóide	-.03
Ansiedade fóbica	.27*
Psicoticismo	.21
Somatização	-.07
Qualidade de vida	
Físico	-.24*
Psicológico	-.07
Relações sociais	-.04
Ambientes	-.03

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

O número de choques correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a depressão da BDI, com os sintomas de hostilidade e ansiedade fóbica, com valores de correlação que variam entre $r = .27$; $p = .018$ (ansiedade fóbica) e $r = .36$; $p = .002$ (hostilidade) e de forma negativa e estatisticamente significativa com a qualidade de vida em termos físicos, com um valor de correlação de $r = -.24$; $p = .036$. Os resultados mostram que quantos mais choques os participantes tinham sentido maior era a depressão, a hostilidade e a ansiedade fóbica e menor era a qualidade de vida em termos físicos.

A Tabela 8 mostra as diferenças entre o modo como os participantes se sentem depois de implantar o CDI ao nível das dimensões em estudo, analisadas através do teste Kruskal-Wallis.

Tabela 8

Diferenças entre o modo como os participantes se sentem depois de implantar o CDI

	Melhor (N=63) M Rank	Igual (N=8) M Rank	Pior (N=4) M Rank	X ²
Depressão BDI	39.00	29.75	38.75	1.286
HADS				
Ansiedade	37.62	35.44	39.75	.120
Depressão	38.03	34.69	34.88	.236
SA-45				
Ansiedade	36.55	37.00	53.25	2.332
Depressão	37.06	33.25	43.63	.645
Hostilidade	37.17	28.69	51.00	3.098
Sensibilidade interpessoal	37.08	33.00	53.00	2.487
Obsessivo-compulsivo	37.23	33.94	48.88	1.358
Ideação paranóide	37.05	38.00	43.50	.348
Ansiedade fóbica	37.05	33.13	44.00	.770
Psicoticismo	38.51	32.63	31.63	.916
Somatização	37.35	30.81	44.00	1.141
Qualidade de vida				
Físico	39.24	38.00	18.50	3.428
Psicológico	38.36	36.69	35.00	.123
Relações sociais	36.79	53.63	25.88	5.661
Ambientes	37.58	45.56	29.50	1.607

p > .05.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o modo como os participantes se sentem depois de implantar o CDI ao nível das dimensões em estudo (p > .05).

Foi usado o coeficiente de Spearman para avaliar as correlações entre as preocupações e as restantes dimensões em estudo. Os resultados são apresentados na Tabela 9. Devido à extensão da tabela foram retiradas as dimensões que não apresentavam correlações significativas.

Tabela 9

Correlações entre as Preocupações diárias com CDI e as Restantes Dimensões

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O
1	0.12	0.22	0.1	.33**	.34**	.37**	.30*	.25*	0.19	.46***	0.13	.36**	-0.1	-0.03	-0.11
2	0.01	.25*	0.16	.28*	0.15	0.11	0.21	0.15	.24*	.27*	.32**	.25*	-0.05	-0.05	-0.21
3	0.1	0.16	0.04	.30**	0.14	0.17	.31**	0.18	0.16	0.2	0.16	0.09	0.01	-0.08	-0.1
4	.29*	.26*	.31**	.30**	.27*	0.15	0.17	.27*	.26*	.27*	-0	.44***	-.33**	-0.12	-.26*
5	.33**	.40***	.40**	.28*	.32**	0.15	0.21	.38**	.29*	.33**	0.19	.33**	-.40**	-.43***	-.33**
6	.37**	.37**	.39**	.39**	.42***	.31**	.38**	.36**	.39**	.33**	.23*	.47**	-.24*	-.38**	-.35**
7	0.08	0.17	0.12	0.23	0.14	0.06	0.11	0.09	0.15	0.21	0.14	.26*	0.03	0.02	-0.04
8	0.13	.21*	0.06	.39**	0.22	0.2	.36**	0.22	.34**	.25*	0.21	0.06	0.02	-0.1	-0.02
9	.27*	.33**	0.21	.53**	.41***	.36**	.39**	.39**	.40***	.37**	.26*	.33**	-0.16	-0.13	-0.05
10	0.06	0.08	0.16	.27*	0.13	.23*	0.14	0.13	.24*	0.22	0.13	0.14	-0.1	0.12	-0.06
11	0.22	.34**	0.22	.35**	.32**	.23*	.37**	0.2	.35**	.26*	0.13	.37**	-0.21	-0.2	-0.14
12	0.22	.30**	0.22	.36**	.28*	.25*	.35**	.34**	.33**	.44***	0.11	.41**	-.33**	-0.06	-0.09
13	0	0.12	0.16	.30**	0.13	0.16	.25*	0.12	.27*	.26*	0.05	0.17	-0.02	0.02	0.01
14	0.21	.24*	0.2	.35**	.34**	.40***	.33**	.29*	.31**	.40***	.35**	.30**	-0.08	-0.09	-0.04
15	0.12	.29*	0.13	.45***	.34**	.34**	.34**	.25*	.37**	.37**	.26*	.25*	0.06	-0.03	-0.04
16	.29*	.43***	0.15	.52***	.47***	.31**	.34**	.38**	.37**	.33**	.28*	.32**	-0.1	-0.23	-0.07
17	.26*	.44***	0.18	.51**	.46***	.27*	.47***	.43***	.50***	.33**	.36**	.38**	-0.08	-.25*	-0.17
18	-0.01	.32**	0.12	.30**	0.21	0.15	.27*	0.12	.28*	0.13	0.22	0.14	0.04	-0.07	0
19	-0.11	0.19	0.02	.29*	0.03	0.05	.25*	0.04	.28*	-0.01	0.09	0.19	0.06	0.1	0

Nota: 1 - Se o meu CDI disparar; 2 - Se o meu CDI não trabalhar quando preciso dele; 3 - Se a realização de determinadas actividades/hobbies poderá levar à paragem do CDI; 4 - A minha frequência cardíaca piora se o meu CDI disparar; 5 - Pela quantidade de tempo gasto a pensar no meu coração e na utilização do meu CDI; 6 - Pela quantidade de tempo gasto a pensar nas descargas do meu CDI; 7 - Se a bateria do meu CDI descarregar; 8- Se o trabalho é muito duro e/ou descargas violentos podem fazer disparar o meu CDI; 9 - Se durante as relações sexuais poderá levar à paragem do meu CDI; 10 - Se sem qualquer aviso o meu CDI disparar; 11 - Os sintomas e dor associada às descargas do meu CDI; 12 - Ser um “fardo” para a minha família; 13 - Não ser capaz de prevenir as descargas do meu CDI; 14 - O futuro agora que tenho o CDI; 15 - Os problemas ocorridos com o meu CDI, por ex. falta de bateria; 16 - Que determinados acontecimentos stressantes possam fazer disparar o meu CDI; 17 - Não ser capaz de participar em actividades passatempos e outros por ter um CDI; 18 - Se a prática de exercícios duros poderá fazer disparar o meu CDI; 19 - Se enquanto conduzo disparar o meu CDI; A – Depressão BDI; B – Ansiedade HADS; C – Depressão HADS; D - Ansiedade SA-45; E - Depressão SA-45; F – Hostilidade; G – Sensibilidade Interpessoal; H – Obsessões-Compulsões; I – Ideação paranóide; J – Ansiedade fóbica; K – Psicoticismo; L – Somatização; M – Físico; N – Psicológica e O – Relações Sociais.

Em termos gerais, a sintomatologia associou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com as preocupações: 1 - Se o meu CDI disparar; 2 - Se o meu CDI não trabalhar quando preciso dele; 3 - Se a realização de determinadas actividades/hobbies poderá levar à paragem do CDI; 4 - A minha frequência cardíaca piora se o meu CDI disparar; 5 - Pela quantidade de tempo gasto a pensar no meu coração e na utilização do meu CDI; 6 - Pela quantidade de tempo gasto a pensar nas descargas do meu CDI; 7 - Se a bateria do meu CDI descarregar; 8- Se o trabalho é muito duro e/ou descargas violentos podem fazer disparar o meu CDI; 9 - Se durante as relações sexuais poderá levar à paragem do meu CDI; 10 - Se sem

qualquer aviso o meu CDI disparar; 11 - Os sintomas e dor associada às descargas do meu CDI; 12 - Ser um “fardo” para a minha família; 13 - Não ser capaz de prevenir as descargas do meu CDI; 14 - O futuro agora que tenho o CDI; 15 - Os problemas ocorridos com o meu CDI, por ex. falta de bateria; 16 - Que determinados acontecimentos stressantes possam fazer disparar o meu CDI; 17 - Não ser capaz de participar em actividades/ passatempos e outros por ter um CDI; 18 - Se a prática de exercício duro poderá fazer disparar o meu CDI; 19 - Se enquanto conduzo disparar o meu CDI, com valores de correlação que variaram entre $Rho = .23$; $p = .048$ (hostilidade; Se sem qualquer aviso o meu CDI disparar) a $Rho = .53$; $p < .000$ (ansiedade da SA-45; Se durante as relações sexuais poderá levar à paragem do meu CDI), sendo os participantes com mais sintomatologia a se preocupar mais com estas questões.

Em termos globais, a qualidade de vida (Físico, Psicológico e Relações Sociais) correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com as preocupações: 4 - A minha frequência cardíaca piora se o meu CDI disparar; 5 - Pela quantidade de tempo gasto a pensar no meu coração e na utilização do meu CDI; 6 - Pela quantidade de tempo gasto a pensar nas descargas do meu CDI; 12 - Ser um “fardo” para a minha família; 17 - Não ser capaz de participar em actividades/ passatempos e outros por ter um CDI, com valores de correlação que variaram entre $Rho = -.25$; $p = .028$ (psicológico; Não ser capaz de participar em actividades/ passatempos e outros por ter um CDI) a $Rho = -.43$; $p < .000$ (psicológico; Pela quantidade de tempo gasto a pensar no meu coração e na utilização do meu CDI), sendo os participantes com mais qualidade de vida a nível físico, psicológico e das relações sociais a se preocupar mais com estas questões.

Foi usado o coeficiente de Kendall para avaliar as correlações entre a existência de Prevenções e as restantes dimensões em estudo. Os resultados são apresentados na Tabela 10.

Tabela 10

Correlações entre as Prevenções e as Restantes Dimensões

	Prevenção Primária	Prevenção Secundária
Depressão BDI	.21*	-.17
HADS		
Ansiedade	.29**	-.25*
Depressão	.26**	-.26**
SA-45		
Ansiedade	.28**	-.24*
Depressão	.26**	-.25*
Hostilidade	.13	-.10
Sensibilidade interpessoal	.26*	-.21*
Obsessivo-compulsivo	.24*	-.19
Ideação paranóide	.24*	-.19
Ansiedade fóbica	.28**	-.24*
Psicoticismo	.296**	-.24*
Somatização	.25*	-.21*
Qualidade de vida		
Físico	-.28**	.29**
Psicológico	-.18	.14
Relações sociais	-.05	.06
Ambientes	-.12	.10

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$.

A prevenção primária correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a depressão da BDI, a ansiedade e depressão da HADS, a ansiedade e depressão da SA-45, com os sintomas de sensibilidade interpessoal, obsessões-compulsões, ideação paranóide, ansiedade fóbica, psicoticismo e somatização, com valores de correlação que variam entre $r = .21$; $p = .033$ (Depressão da BDI) e $r = .30$; $p = .004$ (psicoticismo) e de forma negativa e estatisticamente significativa com a qualidade de vida em termos físicos, com um valor de correlação de $r = -.29$; $p = .003$. Os resultados mostram que os participantes com prevenção primária apresentavam mais ansiedade, depressão, sensibilidade interpessoal, obsessões-compulsões, ideação paranóide, ansiedade fóbica, psicoticismo e somatização e menor qualidade de vida a nível físico.

A prevenção secundária correlacionou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com a ansiedade e depressão da HADS, a ansiedade e depressão da SA-45, com os sintomas de sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, psicoticismo e somatização, com

valores de correlação que variam entre $r = -.21$; $p = .035$ (somatização) e $r = -.26$; $p = .008$ (depressão da HADS) e de forma positiva e estatisticamente significativa com a qualidade de vida em termos físicos, com um valor de correlação de $r = .29$; $p = .003$. Os resultados mostram que os participantes com prevenção secundária apresentavam menos ansiedade, depressão, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, psicoticismo e somatização e maior qualidade de vida a nível físico.

A Tabela 11 mostra as diferenças entre sexos ao nível das dimensões em estudo, analisadas através do teste Mann-Whitney.

Tabela 11

Diferenças entre Sexos Portadores de CDI

	Sexo Masculino (N=65) M Rank	Sexo Feminino (N=11) M Rank	Z
Depressão BDI	36.68	49.23	-1.743
HADS			
Ansiedade	37.06	43.45	.902
Depressão	36.78	45.09	-1.172
SA-45			
Ansiedade	36.49	46.77	-1.464
Depressão	35.89	46.73	-1.547
Hostilidade	36.77	41.68	-.713
Sensibilidade interpessoal	35.63	49.50	-1.911
Obsessivo-compulsivo	36.41	47.27	-1.532
Ideação paranóide	37.19	42.73	-.784
Ansiedade fóbica	35.30	50.09	-2.199*
Psicoticismo	35.52	52.45	-2.475*
Somatização	36.53	43.05	-.930
Qualidade de vida			
Físico	38.30	39.68	-.193
Psicológico	40.12	28.95	-1.557
Relações sociais	38.57	38.04	-.067
Ambientes	38.17	40.45	-.319

* $p \leq .05$.

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os sexos para a ansiedade fóbica com $Z = -2.199$; $p = .028$ e para o psicoticismo com $Z = -2.475$; $p = .013$. Os

resultados mostram que as mulheres apresentaram mais ansiedade fóbica e psicoticismo que os homens.

CAPITULO IV – DISCUSSÃO

Foi objectivo da presente investigação explorar a relação entre os estados emocionais, como a ansiedade e depressão, a qualidade de vida dos doentes portadores do cardiodesfibrilhador implantável e as características específicas da doença cardiovascular, como por exemplo o tipo de CDI utilizado, a experiência de choques e as preocupações inerentes à utilização do aparelho. Os objectivos específicos do presente estudo eram perceber: (1) como se sentem os participantes antes e depois de colocarem o aparelho para o grupo de CDI e CRT-D em termos de estados emocionais e qualidade de vida, (2) quais as preocupações com o CDI mais associadas ao ajustamento emocional e à qualidade de vida.

Neste sentido era esperado que nas pessoas com diagnóstico de doença cardiovascular com CRT-D existisse um menor ajustamento emocional (maior nível de ansiedade e maior nível de depressão) e menor qualidade de vida do que as pessoas com diagnóstico de doença cardiovascular com CDI; que existissem diferenças ao nível das preocupações acerca da terapêutica, nas pessoas com diagnóstico de doença cardiovascular em termos do tipo de aparelho; e que nas pessoas com diagnóstico de doença cardiovascular, o menor ajustamento emocional e a menor qualidade de vida estivessem mais presentes nas pessoas que referem ter sentido choques do CDI.

Relativamente à primeira hipótese em que era esperado que nas pessoas com diagnóstico de doença cardiovascular com CRT-D existisse um menor ajustamento emocional (maior nível de ansiedade e maior nível de depressão) e menor qualidade de vida do que as pessoas com diagnóstico de doença cardiovascular portadores de com CDI, os resultados mostraram que os participantes com CRT-D apresentam em termos gerais mais depressão, mais ansiedade, mais sintomas de ideação paranoide e psicoticismo do que os participantes com CDI normal, que são os que apresentam maior qualidade de vida em termos psicológicos. Estes resultados confirmam a hipótese, contudo podem ser justificados, igualmente, pela maior gravidade da doença no caso dos participantes com CRT-D.

Era também esperado que existissem diferenças ao nível das preocupações acerca da terapêutica, nas pessoas com diagnóstico de doença cardiovascular em termos do tipo de aparelho. Os resultados mostraram que os participantes com CRT-D se preocupam mais com o

que fazer se o CDI disparar do que os participantes com CDI. É possível que este resultado se justifique pela gravidade da doença, pois os participantes com CRT-D encontram-se numa classe diferente, com maior gravidade, e ser assim, mais assustadora a paragem do aparelho. Os resultados confirmam assim a segunda hipótese, embora não existam diferenças entre os participantes que utilizam CRT-D ou CDI simples nas outras preocupações estudadas.

Ao nível da terceira hipótese era esperado que nas pessoas com diagnóstico de doença cardiovascular, o menor ajustamento emocional e a menor qualidade de vida estivessem mais presentes nas pessoas que referem ter sentido choques do CDI. Os resultados confirmam também a hipótese, estando de acordo com os estudos anteriores (Kamphuis, et al., 2003). Os resultados mostraram que os participantes que relataram ter sentido choques do CDI apresentavam pior ajustamento emocional e menor qualidade de vida. Os resultados mostraram, concomitantemente, que quantos mais choques os participantes tinham sentido maior era a depressão, a hostilidade e a ansiedade fóbica e menor era a qualidade de vida em termos físicos. Contudo não foi avaliada a diferenciação entre choques apropriados ou inapropriados relatados pelos portadores do cardiodesfibrilhador. A este propósito, Baurmets e colaboradores (2006) constataram que o stress emocional e a depressão podem desencadear as arritmias que poderão potenciar uma descarga do CDI, no entanto é fácil perceber que a experiência passada de choques possa ter um impacto negativo na depressão, ansiedade fóbica e qualidade de vida e fazer aumentar, consequentemente, a hostilidade, pois é natural que estas pessoas tenham mais presente o medo de que o choque se volte a repetir.

As descargas podem, assim, ser vistas como um efeito colateral e adverso que poderá agravar a terapia e como consequência podem levar a uma diminuição substancial da qualidade de vida dos pacientes.

Da mesma forma, num outro estudo (Kamphuis, *et al.*, 2003) os autores concluíram que a alta prevalência da depressão e da ansiedade pode ser interpretada como uma resposta à percepção física e os problemas mentais a respeito das actividades diárias e referiram que os dados obtidos neste estudo indicam que os pacientes que sofreram choques do CDI não se adaptam bem a viver com um CID, apresentam mais ansiedade que os portadores do CDI que os que nunca sofreram choques.

Importa ainda discutir alguns resultados, não diretamente relacionados com as hipóteses, mas que parecem igualmente relevantes.

Mais de metade dos participantes referiram ter sentido cansaço e dificuldades respiratórias e sintomas inespecíficos, sendo estas as queixas mais frequentes antes de terem colocado o CDI. Contudo, a maior parte dos participantes referiu sentir-se melhor após ter

colocado o CDI, o que pode justificar-se pelo efeito placebo ou por consequência inerente à aplicação do aparelho, pelo facto de o paciente ter um maior conhecimento acerca dos comportamentos de saúde a adoptar ou extinguir, pelo contacto com o médico e subsequentemente maior apoio e percepção de suporte, podendo estes factos ter influenciado os resultados. No entanto, quando comparados os participantes que relataram sentir-se melhor, estar na mesma ou sentir-se pior, ao nível do ajustamento emocional e da qualidade de vida, não foram encontradas diferenças significativas. Este resultado pode levar a questionar a hipótese de não ser a melhoria a influenciar o ajustamento emocional e a qualidade de vida, mas sim o facto de estarem doentes, independentemente de pequenas melhoras ou retrocessos da doença.

Assim e de acordo com a literatura (Carrol, *et al*; 2010) os resultados mostraram que existiam melhorias nos pacientes após o implante do aparelho do CDI, verificando-se melhorias no estado de saúde, qualidade de vida e estado psicológico.

Contudo, muitas preocupações advêm da utilização do aparelho. A preocupação se durante as relações sexuais poderia ocorrer a descarga do CDI encontrou-se relacionada com o ajustamento emocional, sendo os participantes com mais sintomatologia a se preocuparem mais com esta questão. Este resultado pode justificar-se facilmente devido às características da sintomatologia estudada. Por exemplo, é natural que as pessoas com mais ansiedade apresentem maior preocupação, pois a preocupação faz parte dos sintomas comuns da Perturbação Ansiosa.

No sentido oposto, a preocupação pela quantidade de tempo gasto a pensar no seu coração e na utilização do CDI relacionou-se com a qualidade de vida, sendo os participantes com mais qualidade de vida a nível físico, psicológico e das relações sociais a se preocupar mais com esta questão. É provável que esta preocupação se sinta mais nestes pacientes pois se são os que estão em melhor estado físico, é possível que sejam os que estão doentes há menos tempo (por terem menos gravidade da doença cardíaca) e a falta de habituação à doença os faça pensar sobre ela, mais tempo.

Relativamente às diferenças entre sexos, as mulheres apresentaram mais ansiedade fóbica e psicoticismo que os homens. Os dados evidenciam que os participantes com prevenção secundária apresentavam menos ansiedade, depressão, sensibilidade interpessoal, ansiedade fóbica, psicoticismo e somatização e maior qualidade de vida a nível físico. Relativamente à ansiedade existem vários autores que defendem que as mulheres apresentam maiores níveis de ansiedade que os homens (Ginsburg & Silverman, 2000; Mackinaw-Koons & Vasey, 2000; Dell’Osso, *et al.*, 2003; Alansari, 2006). Estas diferenças entre géneros

verificam-se de forma generalizada em diferentes culturas, o que leva a pensar na existência de uma base biológica (Kessler, et. al, 1994; Altemus, 2006). No que concerne ao Psicoticismo, não foram encontrados estudos que confirmassem esta diferença entre géneros.

Conclusões

Como limitações a este estudo pode ser apontada a reduzida dimensão da amostra e o facto de ser de conveniência, apesar da dificuldade em encontrar participantes, pois todos tinham que ser portadores do CDI ou CRT-D e tendo em conta a escassez de estudos neste âmbito. Aconteceu a perda de participantes tendo em conta a idade avançada; a sua iliteracia dificultou a disponibilidade e muitos estavam impossibilitados de participar devido ao estado de saúde débil para avançar no estudo no estudo.

Por outro lado, outra limitação que poderá ser apontada no presente estudo prende-se com a metodologia de avaliação utilizada, ou seja, a auto-avaliação, sendo que a forma como o participante se percebe pode ser não a real, havendo também a questão da desejabilidade social, apesar de a investigação ser anónima.

É difícil comparar os resultados com outros estudos devido às diferenças metodológicas do estudo, sendo a maioria dos estudos longitudinais, incluindo uma avaliação antes do implante do CDI e depois e dispõem de uma amostra superior utilizada nesta investigação.

Como sugestões para estudos futuros podemos referir o interesse na replicação deste estudo, com um grupo de controlo de pacientes com problemas cardíacos mas sem necessidade de CDI, para se compararem os resultados.

Os dados obtidos neste estudo permitem-nos concluir que a maior parte dos participantes referiu sentir-se melhor após o implante do CDI, o que vai no sentido de apoiar como opção terapêutica a utilização deste tipo de aparelhos para prevenção de risco de morte súbita cardíaca.

Contudo, os participantes com CRT-D apresentam em termos gerais mais depressão, mais ansiedade, mais sintomas de ideação paranoide e psicoticismo do que os portadores de CDI. Verificou-se, de igual modo, que os portadores de CDI são os que apresentam maior qualidade de vida em termos psicológicos. Estes dados fazem pensar que apesar da melhoria

de vida alcançada pela utilização destes aparelhos, a presença e gravidade da doença terão sempre impacto no ajustamento psicológico e na qualidade de vida dos pacientes.

Confrontando os resultados obtidos, com a bibliográfica consultada, especificamente, o estudo Elisabeth Chapaman e colaboradores (2007), conclui-se que alguns pacientes e as suas famílias necessitam de algum apoio psicológico durante e após o uso do dispositivo de assistência ventricular (CRT-D). A avaliação antes da implantação do dispositivo pode revelar por vezes esta necessidade, mas esta avaliação poderá não ser possível em procedimento de emergência.

Neste sentido, conclui-se que este estudo veio contribuir com mais conhecimento para o estado da arte, sendo que existem poucos estudos nesta área, sobretudo em Portugal.

Estes resultados terão, certamente, impacto se utilizados para melhorar o suporte dado aos doentes, por parte dos cuidados de saúde, sendo muito útil a referência de todos os doentes com CDI e CRT-D para as consultas de Psicologia/Psiquiatria.

Bibliografia

- Alansari, B. M. (2006). Gender differences in anxiety among undergraduates from sixteen islamic countries. *Social Behavior and Personality*, 34, 651-659.
- Altemus, M. (2006). Sex differences in depression and anxiety disorders: Potencial biological determinants. *Hormones and Behavior*, 50, 534-538.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revision), Washington, DC, Author. Ed. Port.: DSM_IV TR, Manual de Diagnostico e Estatistica das Perturbações Mentais, 4.^a ed., Texto Revisto, Lisboa, Climpso Editores, 2000.
- Andrade, L. H. S. G., & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 67, 285-290.
- Anderson, E. (1993). The hospital anxiety and depression scale: homogeneity of the prevalence of multiple sclerosis in the united state. *Annual Neurology*, 31, 333-336.
- Andrade, J. C. S., Neto, V. A., Braile, D. M., Brofman, P. R. S., Costa, A. R. B., Costa, R., et al. (1999). Directrizes para o implante de Cardioversor Desfibrilador Implantável. *Relampa*, 1, 11-12.
- Aromaa, A., Raitasalo, R., Reunanen, A., Impivaara, O., Heliovaara, M., Knerkt, P., Lehtinen, et al. (1994). Depression and cardiovascular diseases. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377, 77-82.
- Baptista, A.(2000). Perturbações do medo e da ansiedade. Uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do desenvolvimento. Trajectorias (in)adaptativas ao longo da vida*, 91-129. Coimbra: Quarteto.
- Barefoot, J. C., Schroll, M. (1996). Symptoms of depression, acute mycardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation*, 93, 1976-80.
- Baumert, J., Schimtt C., Landwig, K. H.(2006). Psychophysiologic and Affective Parameteres Associated With pain Intesity of cardiac Cardiovert Defilliator Shock Discharges. *American Psychosomatic Society*, 68, 591-597.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8,

- Bildick, K.C., Kamath, S., DiMarco, J. P., Stukenborg, G.J. (2010) Blunde-Branch block morphology and other predictors of outcome after cardiac resynchronization therapy in Medicare patients. *Revista Portuguesa de Cardiologia* Vol. 29 (10), 1643-1645.
- Bonhorst, D. , Mendes, M., Adragão, P., Sousa, J., Leiria, E., Rocha (2010) Prevalência de fibrilhação auricular na População Portuguesa com 40 anos ou mais anos. Estudo fama. *Revista Portuguesa de cardiologia*. Vol 29 (3) 1-20
- Burker, E. J. (1995). Depression in male and female patients undergoing cardiac surgery. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 119-128.
- Bush, D. E. (2001). Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 88, 337-314.
- Cairns, J. A., Connolly, S. J., & Roberts, R. (1993). Canadian amiodarone myocardial infarction arrhythmia trial (CAMIAT): rationale and protocol CAMIAT investigators. *American Journal of Cardiology*, 72, 87-94.
- Camm, A. L., Julian, D., & Janse, G. (1993). The european myocardial infarct amiodarone trial (EMIAT). EMIAT investigators. *American Journal of Cardiology*, 72, 95-98.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6, 587-595.
- Cardoso, G. (2005). Perturbações psiquiátricas no hospital geral. *Psilogos*, 2, 48-56.
- Carol, D. L., & Hamilton G. A.(2008). Long-term Effects of Implanted Cardiovert-Defibrillators on Health Status, Quality of life, and Psychological State. *American journal of Critical Care*. Vol.17, (3).
- Champan, E. Parameshwar, J. Mphil, FRCP, Jenkins, D. Grande, S., Tsui, S. (2007). Psychosocial issues for patients with ventricular assist devices: a qualitative pilot study. *American journal of critical care*, 16, 72-81.
- Costa, J.T.S.(1999). Cardiopatia Isquémica (Parte III). *Permanyer Portugal* Vol.5
- Dell'Osso, L., Rucci, P., Ducci, F., Ciapparelli, A., Vivarelli, L., Carlini, M., et al. (2003). Social anxiety spectrum. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 286-291.

- Derogatis, L. R., & Lazarus, L. (1994). SCL-90-R, Brief symptom inventory, and matching clinical rating scales. In M. E. Marnish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. UK: Erlbaum.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Dogar, I. A., Khawaja, I. S., Azeem, M. W., Awan, H., Ayub, A., Iqbal, J., et al. (2008). Prevalence and risk factors from depression and anxiety in hospitalized cardiac patients in Pakistan. *Psychiatry*, 2, 38-41.
- Fº, S.G., Barcellos, C.M., Vasconcelos, J. T. M., Arnez, J.G.M., Couceiro, K. N., (2002). Ressincronização Ventricular através de Estimulação Cardíaca Biventricular no Tratamento da Insuficiência Cardíaca Refractária da Miocardiopatia Dilatada. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, Vol. 78; 39-44.
- Fleck, M. P., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G, Santos, L., & Pinzon, V. (2000). A aplicação da versão em português do instrumento abreviado da avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-Bref”. *Revista de Saúde Pública*, 2, 178-183.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., & Talajic, M. (1995a). Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91, 999-1005.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., & Talajic, M. (1995b). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression?. *Health Psychology*, 14, 388-398.
- Ginsburg, G. S., & Silverman, W. K. (2000). Gender role orientation and fearfulness in children with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 57-67.
- Gomes, M. C., & Ribeiro, J. (2001). Relação entre o auto-conceito e bem-estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, 35-45.
- Gouveia, J.P. (2000). Conceito, critérios de diagnósticos e Epidemiologia. In J.P. Gouveia (eds.) *A ansiedade social: Da timidez à fobia social*. Coimbra: Quarteto Editora
- Gray, J. A., & McNaughton, N. (2003). *The neuropsychology of anxiety*. Oxford: Oxford University Press.

- Gusmão, R. D. M. (2005). *Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento*. Tese de Doutoramento em Medicina na especialidade de Psiquiatria e Saúde Mental apresentada na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Hance, M., Carney, R. M., Freedland, K., & Skala, J. (1996). Depression in patients with coronary heart disease. A 12-month follow-up. *General Hospital Psychiatry*, 1, 61-65.
- Hawthorne, G., Herrman, H., & Murphy, B. (2006). Interpreting the WHOQOL-BREF: preliminary population norms and effect sizes. *Social Indicators Research*, 77, 37-59.
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, N., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Life-time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Lane, D., Carrol, D., Ring, C., Beevers, D. G., & Lip, G. Y. H. (2001). Mortality and quality-of-life twelve months after myocardial infarction: Effects of depression and anxiety. *Psychomatic Medicine*, 63, 221-230.
- Lemos, C., Gottschall, C. A. M., Pellanda, L. C., & Muller, M. (2008). Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 4, 471-476.
- León, A. R. (2001). *Cardiologia Em cuidados Primários*. Tradução da Edição Portuguesa Rabaçal C., Fontes, *Morte súbita cardíaca*. Euromédice, Edições Médicas, Lda. pag 557
- Lespérance, F., Frasure-Smith, N., & Juneaux, M. (2000). Depression and 1-year prognosis in unstable angina. *Archives of Internal Medicine*, 160, 1354-1360.
- Li, k., Kay, N. S., & Nokkaew, N. (2009). The performance of the world health organization's WHOQOL-Brief in assessing the quality of life of thai college students. *Social Indicators Research*, 90, 489-501.
- Mackinaw-Koons, B., & Vasey, M. W. (2000). Considering sex differences in anxiety and its disorders across the life span: a construct-validation approach. *Applied and Preventive Psychology*, 9, 191-209.
- Manica, A. L. L., Leães, C. G. S., Frey, B. N., & Juruena, M. F. (1999). O papel da depressão na doença coronária. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2, 237-243.
- Mayou, R. A. (2000). Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 62, 212-219.

- Michael, T. A. D., (1999). *Auscultação do Coração: uma abordagem Cadiofonética*. McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde (2010). *Plano Nacional de Saúde: orientações estratégicas para 2004-2010*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Mittleman, M., MaClure, M., Sherwood, J., Mulry, R., Tofler, G., Jacobs, S., et al. (1995). Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. Determinants of myocardial infarction onset study investigators. *Circulation*, 92, 1720-1725.
- Morais, C. (sem data). *Tudo o que deve saber sobre arritmias*. Fundação Portuguesa de Cardiologia. de Cardiologia. Retirado a 26, Janeiro, 2010, de www.fpcardiologia.pt.
- Moser, D. K., & Dracup, K. (1996). Is anxiety after MI associated with subsequent ischemic arrhythmic events? *Psychosomatic Medicine*, 5, 395-401.
- Moss, A. H., & Cannom, D. (1996). MADIT investigators improved survival with na implanted defibrillator in patients with coronary artery disease at high risk of ventricular arrhythmias. *The New England Journal of Medicine*, 335, 1933-1940.
- Ogden, J. (1996). *Health psychology: a textbook*. Buckingham: Open University Press.
- O'Keane, V. (2000). Evolving model of depression as an expression of multiple interacting risk factors. *British Journal of Psychiatry*, 177, 482-483.
- Ormel, J., Oldehinkel, A. J., & Brilman, E. I. (2001). The interplay & etiological continuity of neuroticism, difficulties, & life events in the etiology of major & subsyndromal, first & recurrent depressive episodes in later life. *American Journal of Psychiatry*, 158, 885-891.
- Ormel, J., Oldehinkel, A. J., & Brilman, E. I. (2001). The interplay & etiological continuity of neuroticism, difficulties, & life events in the etiology of major & subsyndromal, first & recurrent depressive episodes in later life. *American Journal of Psychiatry*, 158, 885-891.
- Perdigão, C.(2000) *HURST'S O Coração*. Nona Edição Compêndio. Editora McGraw-Hill de Lisboa -Portugal, pag. 107
- Ribeiro, J. L. P. (1994). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 12, 179-91.

- Ribeiro, P., Honrado, J., A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (2), 229-239.
- Santos, S. A., & Cunha, P. S. (2008). Cardioversores-desfibrilhadores implantáveis. *Boletim Informativo da Associação Portuguesa de Portadores de Pacemakers e CDI's*, 6, 1-8.
- Schleifer, S. J., Macari-Hinson, M. M., Coyle, D. A., Slater, W. R., Kahn, M., Gorlin, M., et al. (1989). The nature and course of depression following myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 149, 1785-1789.
- Seco, G. B. S., Casimiro, M. M., Pereira, M. I., Dias, M. I., & Custódio, S. M. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o ensino superior: pontes e alçapões*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Siebels, J., & Kuck, K. H. (1994). Implanted cardioverter defibrillator compared with antiarrhythmic drug treatment in cardiac arrest survivors (the cardiac arrested study Hamburg). *American Heart Journal*, 127, 1139-1144.
- Serra, A. S. V., & Abreu, J. L. P. (1973). Aferição dos quadros depressivos: I. Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.
- Serra, A. V., Firmino, H., Mira, M., Silva, M., & Fernandes, M. (1989). Estados de tensão emocional, solidão e sentimentos depressivos na população em geral. *Psiquiatria Clínica*, 3, 149-155.
- Siegmán, A. (1989). The role of hostility, neuroticism, and speech style in coronary-artery disease. In A. Siegmán & T. Dembroski (Eds.). *In search of coronary-prone behavior: beyond type A*. Hillsdale: Lawrence Earlbaum Associates.
- Soares, H. L. R., Costa, R. A., & Mesquita, E. T. (2006). Depressão e as doenças cardiovasculares. *Revista do Departamento de Psicologia UFF*, 2, 197-204.
- Sousa, O. S., Baúto, R. V., Rodrigues, T. P., Soeiro, C., & Almeida, I. (2010). Estudo comparativo de agressividade entre participantes e não praticantes de desportos de combate- karate. *Actas do Simpósio Nacional de Investigação na Psicologia*, Universidade do Minho.

- Strik, J.M. H., Lousberg, R., Cheriex, E. C., & Honiq, A (2004). One year cumulative incidence of depression following myocardial infarction and impact on cardiac outcome. *Journal of Psychosomatic Research*, 1, 59-66.~
- Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K., & WHOQOL Group. (2003). The World health organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, 13, 299–310.
- Skevington, S. M., Sartorius, N., Amir, M., & WHOQOL Group. (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings: The history of the WHOQOL instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1–8.
- Yao, G., Wu, C., & Yang, C. (2008). Examining the content validity of the WHOQOL-BREF from respondents' perspective by quantitative methods. *Social Indicators Research*, 85, 483-498.
- The Antiarrhythmics versus Implantable Defibrillators (AVID) Investigators. (1997). A comparison of Antiarrhythmic-drug therapy withh implantable defibrillators in patients resuscitated from near-fatal ventricular arrhythmias. *The New England Journal of Medicine*, 22, 1576-1584.
- Thombs BD, Jonge P, Coyne, et al (2008). Depression and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *Jama*, 300(18):2161-71
- Trigo, M., Rocha, E. C., & Coelho, R. (2000). Factores psicossociais de risco na doença das artérias coronárias: Revisão crítica da literatura. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2, 149-199.
- Williams, R. (1994). Basic biological mechanisms. In A. Siegman, & T. Smith (Eds.). *Anger, hostility, and the heart*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- World Health Report (WHO). 2001. Retirado em 14, Janeiro, 2009 de <http://www.who.int/whr/2001>.
- <http://www.cebp.nl/media/m149.pdf> The New York Heart Association (NYHA) Functional Classification in a Patient with Heart Disease
- <http://expresso.sapo.pt/morte-subita-mata-mais-que-cancro-avc-e-sida-juntos=f564792>
- [www.hospitaldaluz.pt/upload/5/fckeditor_files/file/Hluz_cardiologia arritmologia Prim2008.pdf](http://www.hospitaldaluz.pt/upload/5/fckeditor_files/file/Hluz_cardiologia_arritmologia_Prim2008.pdf)

- Van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA. (2004) Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom. Med*, 66 (6): 814-22
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Quartilho, M., Rijo, D., et al. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 2, 41-49.
- Vieira, L. C.V., Maddukuri, P.V., Phang, R. S., Pandian, N. G., Júnior, W. M., Ramires, J. A. F., (2005). Mecanismo do Mecanismo da Terapia de Ressincronização Ventricular com Ecocardiografia em Tempo Real em Pacientes com Insuficiência Cardíaca. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*, Vol.85 (5), 333-336
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand*, 67, 361-370.

ANEXOS