

PERCEPÇÃO DA DOENÇA CARDIOVASCULAR E DEPRESSÃO EM IDOSOS NA ENFERMARIA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SÃO PAULO

Claudia Emi Regis¹; Valmari Cristina Aranha²; Cláudia Fernandes Laham³; Alessandra Santiago⁴; Maria Livia Tourinho Moretto⁵; Mara Cristina Souza de Lucia⁶; Wilson Jacob Filho⁷

RESUMO

O presente estudo teve o objetivo de identificar a percepção da doença cardiovascular em idosos internados e a relação com a ocorrência de depressão. Considerando a internação como fator que pode influenciar o estado de humor, foram aplicados: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Roteiro de Entrevista Semiestruturada e Escala de Depressão Geriátrica (GDS). A análise dos resultados foi realizada por meio de frequência de conteúdo e pela Análise Temática do Conteúdo, de Bardin. Os resultados apontaram a dificuldade de relatar aspectos emocionais, com predominância nas respostas em torno das queixas físicas, como a associação entre limitações físicas decorrentes da doença e presença de depressão.

Palavras-chave: Depressão, Idosos, Doença cardiovascular, Percepção.

PERCEPTION OF CARDIOVASCULAR DISEASE AND DEPRESSION IN THE ELDERLY IN HOSPITAL SCHOOL SÃO PAULO

ABSTRACT

This study aimed to identify the cardiovascular disease perception in the elderly and the relation with depression occurrence. Considering that the internment situation may be a mood influencing factor, it was administered: Mini-Mental Screening Test, Interview Script and Geriatric Depression Scale (GDS). The results analysis was undertaken through the content frequency and Bardin's Content Thematic Analysis. The results indicate difficulty of relating emotional aspects, with concentration on physical complains answers, like the association between physical limitations due to disease and presence of depression.

Keywords: Depression, Elderly people, Cardiovascular disease, Perception.

¹ Aprimoranda da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICHC-FMUSP).

² Orientadora, Psicóloga da Divisão de Psicologia do ICHC-FMUSP, desenvolvendo atividades no Serviço de Geriatria.

³ Orientadora, Psicóloga da Divisão de Psicologia do ICHC-FMUSP, desenvolvendo atividades no Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar (NADI).

⁴ Orientadora, Psicóloga da Divisão de Psicologia do ICHC-FMUSP, desenvolvendo atividades no Serviço de Cirurgia Vascular.

⁵ Psicóloga Supervisora da Divisão de Psicologia do ICHC-FMUSP, Supervisora Suplente do Programa de Aprimoramento em Psicologia - Hospital Geral do ICHC-FMUSP.

⁶ Diretora da Divisão de Psicologia do ICHC-FMUSP, Supervisora Titular do Programa de Aprimoramento em Psicologia - Hospital Geral do ICHC-FMUSP.

⁷ Diretor do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, Professor Titular da Disciplina de Geriatria da Faculdade de Medicina da USP.

INTRODUÇÃO

É conhecimento amplamente disseminado que a velhice é a última etapa do ciclo vital, caracterizada por declínio de funções biológicas, resiliência e plasticidade. Sabe-se também que esse declínio não é universal para todos os domínios do organismo, ocorrendo em ritmos diferentes para pessoas e grupos diferentes (Neri & Yassuda, 2008).

O envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma relativamente rápida no Brasil. Essa ocorrência provoca o aparecimento de novas demandas e de novos problemas, assim como fará com que os médicos e profissionais de saúde, independentemente de sua especialidade, lidem cada vez mais com pacientes idosos (Duarte & Rego, 2007; Neri & Yassuda, 2008).

A geriatria, por trabalhar com uma abordagem multidimensional, é possivelmente a especialidade clínica que mais se preocupa com a investigação da sintomatologia depressiva. Infelizmente, trata-se de uma especialidade relativamente jovem, e o número de profissionais com treinamento na área é pequeno se comparado com o contingente de idosos. Na prática, o idoso, que geralmente é acometido por muitas patologias crônicas, é avaliado por diversos especialistas, e estes, focados na sua abordagem, perdem a visão integral do indivíduo, deixando de diagnosticar e tratar doenças que interagem entre si, com efeitos deletérios sobre a saúde e a qualidade de vida dos seus pacientes (Duarte & Rego, 2007).

O idoso torna-se mais vulnerável em razão da maior presença de doenças físicas, que são causadas pela redução de reservas funcionais, de mecanismos de homeostase e alterações nos sistemas orgânicos; além disso, a presença de doenças crônicas e o uso de medicações para tratá-las tornam o idoso mais suscetível à depressão (Irigaray, Schneider & Goulart, 2010).

Na maioria das vezes, a depressão pode surgir nos momentos de mudança durante o ciclo vital, tais como passagem à adolescência, aposentadoria, ou numa ruptura desse ciclo de vida, como, por exemplo, o surgimento de uma doença. Alteradas as circunstâncias em que se era o ego ideal¹, as novas condições confrontam a pessoa com a impossibilidade de manter tal identidade, passando então a ser construída uma identificação com o negativo do ego ideal. A depressão se configura numa diferença entre o ideal de ego² e a representação do ego, instâncias que oscilam em função do afeto de ódio ou amor que o sujeito tenha por si a cada momento. O conteúdo do pensamento depressivo é constituído por uma representação de um desejo tido como irrealizável, ao qual se está intensamente fixado. Nesse sentido, a doença física chega ao sujeito como um abalo narcísico. O corpo que antes era “perfeito”, amado, é tomado repentinamente por um mal que o acomete e a autoimagem se distorce, trazendo como consequência, a depressão (Bleichmar, 1983).

A doença passa a ser a marca da impotência, transformando-se em uma ferida narcísica que não cicatriza. Alguns pacientes têm seu sofrimento prolongado, pois se identificam (confundindo-se) com o objeto perdido, não conseguindo elaborar essa situação de perda (Botega, 2005).

A sintomatologia depressiva no idoso é semelhante à sintomatologia em outras faixas etárias. No entanto, o deprimido idoso focaliza sua atenção em sintomas corporais e apresenta mais queixas físicas; às vezes estas são preponderantes, outras vezes caracteriza-se num quadro hipocondríaco. A depressão no idoso também pode se manifestar de forma atípica: pseudodemência, síndromes dolorosas, somatizações, ansiedade, abuso de álcool (Guimarães & Cunha, 2004; Stoppe & Louzã, 1999).

No que se refere à etiopatogenia da depressão em idosos, os fatores psicossociais têm uma importância significativa e já bem estabelecida. Esses fatores compreendem sumariamente a ocorrência de eventos vitais na vida do indivíduo, como por exemplo, aposentadoria, perdas, mortes de pessoas queridas, doenças, e o suporte social que o indivíduo tem à disposição, ou seja, a rede social/familiar de apoio. Com a velhice, é comum algumas pessoas apresentarem a tendência ao isolamento social, ou mesmo não ter esse suporte social porque as pessoas conhecidas já se foram (Stoppe & Louzã, 1999).

Entretanto, não está clara ainda a forma como essa relação entre os fatores psicossociais e a ocorrência de depressão se dá. O idoso pode apresentar quadros depressivos reativos a perdas, tanto físicas como psíquicas, muitas vezes relacionadas com o próprio processo de envelhecimento. Esses quadros depressivos muitas vezes apresentam características clínicas particulares ou aspectos incomuns, em relação ao que é esperado para indivíduos mais jovens. É visto que muitos dos sintomas do espectro afetivo nos idosos não estão abrangidos pelas categorias atuais de diagnóstico (Stoppe & Louzã, 1999).

Gordilho (2002) aponta os fatores que podem ser identificados como predisponentes à depressão na fase tardia da vida, incluindo a fragilidade na saúde, por conta de uma prevalência maior de doenças crônicas, que trazem o risco de morbidade e mortalidade, aumentando as possibilidades de levar os indivíduos a situações de incapacidade e maior dependência. Em relação aos pacientes hospitalizados, ocorre uma prevalência maior de depressão.

Teng, Humes e Demétrio (2005) observaram que é difícil uma avaliação adequada dos sintomas depressivos em pacientes com condições médicas associadas, como muitas vezes ocorre com idosos, pela sobreposição tanto de

sintomas da patologia clínica (ex.: fadiga, inapetência, dor, insônia), como de condições associadas à internação e à percepção das consequências adversas das doenças, tais como desamparo e baixa autoestima.

Segundo Jacob Filho e Gorzoni (2008), o motivo mais frequente de internação na enfermaria do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP é o tratamento de condição aguda ou controle da exacerbação de afecção crônica, representando cerca de 70% das internações; do ponto de vista psicológico, observa-se que a internação frequentemente evidencia para o paciente um estado de fragilidade, determinando uma privação social e profissional e, em muitos casos, provoca sensação de incerteza e desesperança em relação ao futuro, com maior prevalência de transtornos de humor e ansiedade.

Ainda sobre internação, Botega (2005) afirma que nesse período são observadas as mesmas fases de um processo de luto normal: passado o impacto da doença e da hospitalização, espera-se que a pessoa vá retomando a esperança e o comando de sua vida. Mas isso não configura uma regra, os sintomas depressivos podem aparecer posteriormente na internação, depois de passada a fase do impacto ou da ansiedade diante de um diagnóstico. É importante ressaltar a importância de se pesquisar a imagem que o paciente faz da doença e de seu tratamento em seus elementos concretos e subjetivos.

Toniolo, Pintarelli Neto e Yamatto (2007) apontam que a hospitalização pode ampliar de forma significativa o risco de desenvolvimento de alterações psicológicas. Nos casos de doenças crônicas, por vezes se observa uma supervalorização das limitações dessas doenças construída pelo paciente idoso, fazendo com que ele possa adquirir uma percepção irreal dos seus sintomas físicos, podendo interferir no enfrentamento das consequências reais e funcionais dos quadros orgânicos.

Dentre as principais doenças crônicas, a ocorrência de hipertensão arterial em idosos brasileiros alcança o percentual de 65%, com a maioria apresentando elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares (Brito, Araújo, Galvão, Moreira & Lopes, 2008). A doença coronariana é uma enfermidade crônica comum que demanda frequentes consultas médicas e está associada a comorbidades médicas diversas e altas taxas de depressão (Schenker, Stewart, Na & Whooley, 2009).

Brito et al. (2008) observaram que quando há percepções inadequadas da doença, elas podem levar a um diagnóstico incerto, fato habitual entre médicos e entre os próprios pacientes. Especificamente em relação à doença hipertensiva, seu estudo apontou o hábito das pessoas de darem à doença o rótulo de "emocional" e "nervosa", evidenciando uma explicação reducionista da mesma. Com essa atitude, os pacientes parecem se isentar da responsabilidade de buscar o controle da pressão, mantendo a crença de que o seu estado emocional depende dos outros.

Lespérance et al. (2007) demonstraram, em seu estudo, a diferença entre o manejo clínico de pacientes com doença cardiovascular apenas com medicação e o manejo clínico associado com alguma forma de psicoterapia, revelando que ainda é necessário se demonstrar a eficácia desta última em relação à primeira na redução dos sintomas depressivos nessa população.

Dela Coleta (1995), avaliando crenças e percepção da gravidade da doença cardiovascular, observou que esta última sofre alterações decorrentes do grau de perturbação emocional criada ao se pensar na doença e nas consequências que ela pode acarretar, sendo influenciada por variáveis psicossociais e estruturais do indivíduo.

A comunicação médico-paciente é particularmente importante no manejo de doenças crônicas. Estes pacientes frequentemente apresentam múltiplas comorbidades médicas e doenças severas, apresentando desafios clínicos para a equipe, podendo resultar em uma atenção menor aos aspectos sócio-psicológicos da interação médico-paciente (Schenker et al., 2009).

Uma linguagem comum entre profissionais e pacientes seria ideal, assim como a abordagem da equipe poderia ser aprimorada se houvesse um conhecimento melhor sobre o paciente, os seus valores, crenças e estilo de vida, identificando sua percepção em relação ao processo saúde-doença e estimulando a adesão à terapêutica, conseqüentemente desenvolvendo uma melhor qualidade de vida (Brito et al., 2008).

Segundo Jacob Filho e Gorzoni (2008), evidências sugerem que fatores psicossociais estão relacionados a alterações, inclusive de marcadores biológicos, como alteração da frequência cardíaca, da pressão arterial e dos sistemas imunológico e hematológico, diretamente relacionados ao processo de envelhecimento. Apesar de a capacidade de lidar com essas perdas inerentes ao envelhecimento ser variável entre as pessoas, o seu acúmulo pode acarretar maior dificuldade no idoso para apreendê-las de forma adequada.

A possibilidade da relação entre depressão e prognóstico cardíaco ser confundida pela gravidade da doença cardíaca é uma contínua fonte de controvérsias. Para Lett, Ali e Whooley (2008), deve haver um elo fisiológico direto entre a gravidade da doença cardíaca e depressão, e/ou a gravidade de doença cardíaca estar relacionada com depressão através das percepções da doença do paciente (ex., pela piora dos sintomas ou *feedback* diagnóstico).

Há consenso sobre a relação entre a presença de uma patologia orgânica e a presença de um transtorno psiquiátrico. Tal associação pode ser entendida de duas maneiras: a depressão precipitando doenças crônicas e as doenças crônicas realçando os sintomas depressivos. A comorbidade entre condições físicas crônicas e depressão é comum, e pessoas com doenças crônicas apresentam uma probabilidade significativamente maior de sofrer depressão do que as pessoas que não têm doenças. Essa complexa relação apresenta implicações importantes, tanto para o manejo como para o tratamento das doenças (Duarte & Rego, 2007; Moussavi et al., 2007).

Registros publicados por Scalco, Scalco, Azul e Lotufo Neto (2005) descrevem níveis de pressão sanguínea elevados, maiores incidentes de hipertensão, hipotensão e anormalidades na variação circadiana em pacientes depressivos. A relevância clínica desse tema é clara, já que a sintomatologia depressiva está associada com um controle precário da pressão sanguínea em pacientes hipertensos, e também associada com o desenvolvimento de complicações da hipertensão.

Segundo Karpansalo et al. (2005), vários estudos têm demonstrado que a depressão tem grande influência na habilidade funcional dos pacientes, causando-lhes um rebaixamento nessa área. É observada uma associação entre depressão e incapacidade física e social, assim como dificuldades nos mecanismos de enfrentamento e motivação.

Lett et al. (2008) publicaram um estudo em que os resultados obtidos apresentaram pouca evidência para uma associação entre depressão e gravidade de doença cardíaca em pacientes com doença coronariana estável. O fato sugere que é improvável que a depressão seja confundida com gravidade de doença. Se a

depressão não serve como um marcador para gravidade da doença cardíaca, então é importante identificar os mecanismos que ligam a depressão com eventos da doença cardiovascular subsequentes.

Segundo Murray e Lopez (1996), projeções indicam que, depois da doença cardiovascular, se espera que a depressão se torne a segunda maior causa de agravo de doença no ano de 2020.

As pesquisas que examinam a associação entre transtornos depressivos e doença crônica, como por exemplo, a doença cardiovascular, sugerem que o diagnóstico e o tratamento em tempo hábil de transtornos psiquiátricos poderiam afetar de forma significativa o impacto da doença crônica. (Chapman, Perry & Strine, 2005). Para tanto, a realização do presente estudo poderá fornecer a visão de aspectos emocionais do paciente envolvidos no processo saúde-doença, principalmente em momentos de crise, como configurado numa internação hospitalar, e contribuir para uma melhor atuação da equipe de saúde, possibilitando assistência ao paciente idoso num foco multidisciplinar, considerando seus aspectos físicos, psíquicos e sociais no período de internação.

OBJETIVO

Identificar a percepção da doença cardiovascular em idosos internados e a relação com a ocorrência de depressão.

MÉTODO

Participaram do estudo 15 idosos (maiores de 60 anos) portadores de doenças cardiovasculares³, atendidos num hospital universitário de grande porte do

município de São Paulo, durante internação na enfermaria do Serviço de Geriatria do local. A amostra se formou por conveniência.

- *Crêterios de exclusão*: impossibilidade de estabelecimento de comunica o; quadros de psicose ou outros que envolvam delírios e/ou alucina es de acordo com os cr terios do DSM IV - TR (2002); rebaixamento cognitivo, indicado pela aplica o do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci & Okamoto, 2003).

INSTRUMENTOS

- *Análise de Prontuário*: foi utilizado para obter dados acerca do diagnóstico, medicamentos prescritos, tratamentos e procedimentos indicados.
- *Mini Exame do Estado Mental (MEEM)*:   um teste de 30 pontos que avalia orienta o, memória imediata e de evoca o, concentra o, cálculo, linguagem e domínio espacial. Ajustes foram feitos para a idade e grau de educa o, alcançando assim uma sensibilidade de 82% e especificidade de 99%. Para os analfabetos considerou-se o corte de 19 pontos; com 1 a 3 anos de escolaridade, 23 pontos; 4 a 7 anos de escolaridade, 24 pontos e acima de 7 anos, 28 pontos. Pacientes que apresentaram valores iguais ou acima do ponto de corte foram considerados normais cognitivamente. Aqueles que apresentaram valores abaixo do ponto de corte foram considerados como portadores de provável déficit cognitivo, sendo necessários outros testes diagnósticos (Brucki et al., 2003).
- *Entrevista*: a assimetria da entrevista semidirigida torna possível aos entrevistados configurar o campo da pesquisa de acordo com sua particular estrutura psicológica, modulando-a em conformidade com o que lhes acontece e não em conformidade com um questionário previamente organizado e fechado que lhes

tenha sido mostrado. Compreender a modulação, assim como permitir a livre manifestação dos entrevistados, é papel do entrevistador. Isto não implica uma atitude passiva frente àqueles primeiros, mas ao contrário, o entrevistador deve usar tanto seu conhecimento técnico como o conhecimento do universo cultural dos entrevistados. O entrevistador deve aplicar sua habilidade ao problema sob investigação, deve usar técnicas de exploração e, finalmente, deve modular a diretividade da entrevista. Cada conduta tomada durante a entrevista é usada na exploração daquilo a que se propôs (Turato, 2003).

- Escala de Depressão Geriátrica – (GDS): foi validada para o Brasil por Sousa, Medeiros, Moura, Souza e Moreira (2007) que constataram consistência interna e validade da GDS-30, indicando boa performance na detecção de casos de depressão em idosos. O escore total da GDS-30 é um indicador relativamente estável do humor do entrevistado, e pode ser utilizado clinicamente para a detecção de casos de depressão no idoso e monitoramento da gravidade dos sintomas ao longo do tempo.

PROCEDIMENTO

Para a coleta de dados, foram abordados os pacientes preferencialmente no início de sua internação. Primeiramente, era apresentado ao paciente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, após sua concordância, foram aplicados os instrumentos na seguinte ordem: Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Roteiro de Entrevista e Escala de Depressão Geriátrica (GDS).

ANÁLISE DOS DADOS

A entrevista aberta foi compilada por frequência de conteúdo e analisada com a técnica de Análise de Conteúdo, também denominada Análise Temática. Trata-se de uma avaliação qualitativa que pressupõe a análise quantitativa dos resultados, possibilitando interpretar a comunicação de forma objetiva e sistemática do conteúdo manifesto nas entrevistas. É um instrumento que visa descrever, interpretar e compreender os dados. Essa técnica permite acessar os significados atribuídos aos sentimentos mais intensos e profundos vivenciados em dada situação. Revela o modo do indivíduo ser e agir, possibilitando reflexão acerca dos eventos e de seus significados. A experiência é apresentada da forma como o indivíduo a percebeu. Essa técnica amplia a liberdade de expressão e cabe ao narrador escolher o que contar sobre sua vivência, atribuindo seus próprios significados. A unidade de análise é o discurso, o relato (Bardin, 1979). Os dados quantitativos foram avaliados através da análise de frequência de conteúdo.

RESULTADOS

Dos 15 idosos entrevistados, 10 foram do gênero feminino. As idades variaram de 68 a 93 anos, com média de 80 anos; chama a atenção que a amostra constituiu-se, quase que em sua totalidade, de idosos acima da faixa etária de 75 anos (n = 12/15).

Do total, apenas 1 dos entrevistados havia concluído ensino superior e os anos de escolaridade da amostra foram, em média, 4,8 anos. A média na pontuação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) foi de 26 pontos. Todos eram aposentados e a renda familiar média foi de 2,2 salários mínimos. Em relação à esfera social, praticamente a metade dos idosos moravam sozinhos (n=6/15), e a minoria era casada (n=3/15).

No que concerne à religião, notou-se que 9/15 da amostra era adepta da religião católica, e 5/15, de outras religiões. Apenas um paciente referiu não ter crença religiosa, conforme Tabela 1.

Tabela1

Características sociodemográficas dos 15 pacientes participantes do estudo

Variáveis		Sujeitos
Gênero	Feminino	10
	Masculino	5
Idade	65-75 anos	3
	76-85 anos	9
	>85 anos	3
Escolaridade	Analfabetos	1
	1-4 anos	10
	5-8 anos	2
	>8 anos	2
Renda familiar	1-2 salários	10
	3-4 salários	4
	>5 salários	1
Estado Civil	Casado	3
	Solteiro	3
	Divorciado	2
	Viúvo	7
Reside com	Cônjuge	3
	Familiares	5
	Sozinho	6
	Outros	1
Religião	Católica	9
	Espírita	3
	Outras	2
	Nenhuma	1

Sobre a internação, 10/15 dos idosos já tinha passado por três internações ou mais, sendo que, destes, 8/15 especificamente por problemas cardiovasculares, passando anteriormente em Pronto-Socorro. Na amostra, a doença cardiovascular mais frequente foi Hipertensão Arterial Sistêmica (9/15). Na Tabela 2 são listadas ocorrências de doenças cardiovasculares e principais comorbidades.

Tabela 2

Quantidade de internações, presença de doenças cardiovasculares e comorbidades dos 15 sujeitos da amostra

Variáveis	Sujeitos
Internações	
1-2	5
3-5	9
>5	1
Doenças cardiovasculares	
Hipertensão Arterial Sistêmica	9
Insuficiência cardíaca	4
Fibrilação atrial	3
Bloqueio do ramo esquerdo	2
Trombose venal profunda	2
Dislipidemia	2
Outras doenças cardiovasculares	5
Principais comorbidades	
Diabetes Mellitus	7
Depressão	5
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	4
Osteoartrose	3
Anemia	2
Trombo Embolismo Pulmonar	2
Hipertensão pulmonar	2

Em relação à ocorrência de depressão, 5/15 dos pacientes apresentavam o diagnóstico, sendo elas: depressão, depressão eutímica e depressão com sintomas ansiosos, segundo as informações obtidas dos prontuários. Na questão sobre o diagnóstico prévio de depressão, foram obtidas 8 respostas afirmativas, consideradas como autorreferidas. O mesmo número de pacientes fazia uso de antidepressivos prescritos anteriormente à internação.

A pontuação obtida a partir da aplicação do GDS demonstrou que 10/15 dos entrevistados não pontuaram para classificar depressão; apenas um paciente

pontuou depressão grave e quatro pacientes pontuaram para depressão leve. A nota de corte para depressão do instrumento é acima de 10 pontos, porém, a média da amostra foi de 9,33 pontos, apresentando um estado limítrofe para a depressão. Ainda em relação ao instrumento, observou-se uma concentração de respostas afirmativas nas seguintes questões: “Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer?”, “Sente-se frequentemente intranquilo?”, “Preocupa-se muito com o futuro?” e “Para você é difícil começar novos projetos?”.

Apenas 2/15 dos sujeitos não tinham cuidador ou acompanhante durante a internação, sendo que os mesmos moravam sozinhos e eram completamente independentes da família, inclusive financeiramente. Nenhum pontuou para depressão leve e não referiram diagnóstico prévio de depressão. O restante dos pacientes (13/15) tinha acompanhante durante o dia e/ou recebiam visitas de familiares. Possuíam dificuldade de locomoção 3/15 dos sujeitos, sendo totalmente dependentes para atividades básicas, pontuando depressão leve no GDS e referindo uso de medicação antidepressiva anterior à internação.

Em relação às respostas dos sujeitos sobre o impacto da doença cardiovascular, foi possível criar categorias para percepção de vida antes da doença cardiovascular (DC): boa/indiferente/ruim e para percepção de vida depois da DC: boa/indiferente/ruim. Na Tabela 3 é apresentada a lista com as percepções e pontuações na GDS.

Tabela 3

Pontuação na GDS: estado normal, depressão leve, depressão grave e percepções do impacto da doença cardiovascular discriminada entre os sujeitos

GDS			Percepção antes da doença CV			Percepção depois da doença CV		
Normal	D.	D.	Ruim	Indiferente	Boa	Ruim	Indiferente	Boa

		Leve	Grave					
S1	X				X			X
S2		X				X		X
S3	X					X	X	
S4		X				X		X
S5	X					X		X
S6	X				X		X	
S7	X					X	X	
S8	X					X		X
S9	X					X	X	
S10		X				X	X	
S11	X				X		X	
S12		X				X	X	
S13	X					X		X
S14	X					X	X	
S15			X		X			X

Notou-se que 11/15 dos pacientes tinham a percepção de que a vida era boa antes da doença cardiovascular, sendo que 6 destes tiveram sua percepção alterada depois do diagnóstico, passando a considerá-la ruim. Fizeram uso do termo ‘normal’ para descrever a vida antes da doença 6/15 dos sujeitos, como mostram as falas a seguir de dois pacientes, um com três infartos prévios e outro com insuficiência cardíaca crônica: *“Minha vida sempre foi normal, nunca teve dificuldade em nada, não...”* (S2, 90 anos); *“Era normal, eu trabalhava, eu costurava, daí eu comecei a sentir muito cansaço...”* (S6, 82 anos).

Do total entrevistado, 6/15 dos sujeitos focaram suas respostas na diminuição das atividades em geral, em muitos casos abrangendo até as atividades diárias básicas, tais como: tomar banho, caminhar etc., como é possível verificar na fala: *“Fico um pouco tolhida das coisas, já não posso fazer muitos movimentos, fico com muita dor no braço direito, aborreço...”* (S6, 82 anos).

Foi observado um movimento de autoafirmação, demonstrando aspectos positivos de força interna e esperança sobre a vida depois da doença, como

mostram os relatos: *“Não mudou nada. Graças a Deus não sou deprimida, sou normal, só estou esperando me recuperar”* (S1, 85 anos - múltiplas doenças cardiovasculares). *“Tratava e só; nunca me peguei com isso de ficar com medo, sempre fui tratando. Aceitava...”* (S8, 77 anos – diagnosticada com depressão).

Dos pacientes que trouxeram aspectos emocionais em seus discursos, houve predominância de percepções negativas após a doença cardiovascular, totalizando 9/15 das respostas: *“Agora não pode, agora eu canso, fica mais monótona (a vida), porque a gente não faz aquilo que a gente gosta. A gente tem que aproveitar aquilo que dá.”* (S9, 74 anos - internado para realização de cateterismo). *“Antes eu ficava calma, agora não...”* (S12, 83 anos - fratura de fêmur com imobilidade e doença respiratória grave).

Do total da amostra, 2/15 dos pacientes trouxeram na fala pontos positivos, referindo terem mudado sua percepção em determinado momento e, conseqüentemente, sua conduta em relação à doença: *“Pus o marca-passo, eu vivi de novo. Vivo até hoje por causa dele.”* (S2, 90 anos); *“Aí a gente ‘amaneirou’: antes tomava bebida gelada, não escutava o que os outros falavam, me achava forte. Tomo remédio agora”* (S4, 81 anos).

Houve respostas ambivalentes em relação ao impacto da doença no momento presente, como ilustrado a seguir: *“Minha vida não tá muito bem, agora eu tô mais animada, já não tenho mais nada no coração. Eu ia fazer cirurgia, falaram que não precisa mais. Meu coração sarou, não tem mais nada, tá trabalhando direitinho...”*, (S14, 91 anos – em internação prolongada).

Dos sujeitos entrevistados, 2/15 encontravam-se em luto recente por perda de filhos, sendo que 1 pontuou depressão leve, porém, sem diagnóstico prévio.

DISCUSSÃO

Diante dos dados obtidos, foi possível observar que a doença cardiovascular pode ter acarretado um impacto significativo na vida dos pacientes, tanto quanto qualquer outra doença crônica e/ou incapacitante. Um fator que visivelmente trouxe mudanças foi a questão da limitação física e falta de autonomia, condizendo com Guimarães e Cunha (2004), quanto ao apontamento sobre as características do idoso deprimido, que tende a focar sua atenção nos sintomas corporais, apresentando mais queixas físicas.

Como foi visto na literatura a respeito da depressão na visão psicanalítica, ficou clara a associação entre a doença e o abalo narcísico, já que ela vem justamente mostrar a fragilidade e a susceptibilidade do corpo, e que o sujeito não tem controle sobre tudo, que o corpo, antes idealizado, é transformado em algo que adoece e traz sofrimento (Bleichmar, 1983).

Permitiu-se considerar que, para não lidar com esse abalo narcísico, com frequência, no relato dos pacientes, houve ênfase positiva do seu estado emocional, uma tentativa de autoafirmação, como uma crença que se espera que se torne verdadeira. Especificamente na população do gênero masculino, essa característica foi notada, como se não lhe fosse permitido demonstrar “fraqueza”. Nesse sentido, durante a avaliação, foi interessante o comportamento de um paciente com luto recente, que afirmava estar bem, respondendo os itens de forma que não pontuasse depressão, mas seus olhos lacrimejavam, era perceptível que estava abatido pela sua postura e seus gestos, havendo uma contradição entre o dito e o sentido, externalizado pelo comportamento não verbal.

Como foi notado, os pacientes que moravam sozinhos apresentaram boa funcionalidade, com percepção positiva do seu estado geral. Prezavam pela

autonomia e eram independentes nas suas atividades. Apenas um paciente que morava sozinho demonstrou características relevantes de depressão.

Um fator que foi observado durante a aplicação dos instrumentos foram os comentários entre as perguntas, especificamente no que diz respeito à internação, 5 pacientes relataram estar incomodados com o lugar, com a quebra de rotina, com a comida que lhes era servida, com a falta de privacidade, enfim, características da internação às quais eles não conseguiam se adaptar.

Uma hipótese que pôde ser construída a respeito da predominância dos aspectos somáticos nas respostas seria da existência de uma equivalência por parte dos sujeitos entre a internação e um estado de saúde frágil, dando-lhes a conotação de que houve um momento de crise em que o equilíbrio foi rompido; se percebe até mesmo uma mudança das relações familiares e um movimento do olhar para si, para o seu corpo. Gordilho (2002) relata que existe uma maior prevalência de depressão em pacientes hospitalizados.

A dificuldade para detectar depressão na população internada está de acordo com o que Teng et al. (2005) observaram em sua análise, a respeito da sobreposição de sintomas da patologia clínica, das condições associadas à internação e à percepção de consequências das doenças. Cerca de 8 pacientes da amostra já tinham o diagnóstico de depressão, então não há possibilidade de afirmar se a internação causou um maior desconforto ou se eles já tinham o humor deprimido de base.

Além disso, notou-se que, embora a percepção da vida tenha sido alterada após o diagnóstico de doença cardiovascular, tal alteração não ocasionou, necessariamente, depressão, uma vez que dos 6 idosos que mudaram sua percepção, 4 não pontuaram depressão, e os 2 pacientes que pontuaram são

justamente os que obtiveram diagnóstico de câncer durante a internação, apresentando síndrome consuptiva, e outro com diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica, fazendo uso de oxigênio todo o tempo, com fratura de fêmur; ambos com imobilidade e com relato de importantes limitações físicas e fragilidade, ou seja, pacientes graves em que a doença cardiovascular, para eles, não se configurou na queixa principal.

A despeito da não identificação na amostra de uma relação causa-efeito entre diagnóstico cardiovascular e depressão, observou-se um impacto da doença na qualidade de vida, como no caso de um dos sujeitos, portador de marca-passo, que relatou situações sociais constrangedoras como sendo mais relevantes do que a gravidade do quadro clínico em si.

Os dados confirmaram o que Lett et al. (2008) apontaram em seu estudo, pouca evidência para associação entre depressão e gravidade de doença cardíaca. Foram observadas características depressivas independentemente do quadro clínico dos pacientes. Vale ressaltar a pontuação na GDS para a amostra, em que a média dos sujeitos foi limítrofe entre Estado Normal e Depressão Leve. Apesar da maioria (10/15) não ter pontuado, numa visão panorâmica os sujeitos ficaram à margem do diagnóstico.

Como apresentado nos resultados, houve prevalência de respostas afirmativas para determinados itens da GDS, ocorrendo nas perguntas que abrangiam concepções sobre o futuro, sobre o estado de saúde e aspectos de humor ansioso. Durante a aplicação do instrumento foi observado, na fala e no comportamento dos pacientes, características de preocupação, ansiedade e tristeza.

Outro fator de evidência foi a questão do corpo, tendo sido o espaço oferecido na entrevista interpretado como um lugar para se falar sobre queixas físicas,

justificável por se tratar de uma enfermaria, onde se vivencia complicações de saúde, crises e intercorrências consigo e com demais pacientes.

Os sintomas depressivos observados, mesmo não configurando o diagnóstico de depressão, se apresentaram independentemente da presença de uma doença cardiovascular. O ponto principal se configura nos efeitos emocionais que podem advir de uma fragilidade, das limitações físicas e da dependência de um outro, denotando a perda de autonomia do sujeito, em que se faz necessário um novo arranjo, um outro posicionamento diante da vida.

CONCLUSÃO

Diante dos achados do presente estudo, foi verificada a não existência de uma relação causa-efeito entre percepção da doença cardiovascular e depressão, diagnosticada pelos critérios propostos no mesmo. É importante ressaltar que o quadro clínico de doença cardiovascular, independente da gravidade, não influenciou a percepção do sujeito, assim como também não interferiu em seu aspecto emocional. Sinais depressivos e percepções acerca da doença e de si apresentaram uma estreita relação com a percepção subjetiva.

Cabe ao profissional que lida com idosos a visão integrada do sujeito, não deixando que a existência, o tipo e gravidade de uma patologia determinem a necessidade ou não de uma intervenção psicológica. Cada indivíduo, independente de sua faixa etária, tem um jeito particular de interpretar e reagir aos eventos de vida, lembrando que a subjetividade é permeada pela patologia clínica, mas não só por esta.

Interpretações generalistas acerca das necessidades dos pacientes com doenças crônicas podem ser equivocadas e limitarem a assistência a pré-

julgamentos que excluem a singularidade de cada caso, o que justifica a presença efetiva de um psicólogo na equipe interdisciplinar para dar voz à subjetividade e colaborar para um melhor diagnóstico e consequente tratamento.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM IV*, 4ª edição, revisada. Washington DC : APA.

Bardin, L. (1979) *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70.

Bleichmar, H. (1983) *Depressão – um estudo psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Botega, N. (2005) *Prática psiquiátrica no hospital geral*. Porto Alegre: Artmed.

Brito, D.; Araújo, T.; Galvão, M.; Moreira, T. & Lopes, M. (2008) Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad. Saúde Pública*, 24(4): 933-940.

Brucki, S.; Nitrini, R.; Caramelli, P.; Bertolucci, P. & Okamoto, I. (2003) Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, 61(3), São Paulo.

Chapman, D.; Perry, G. & Strine, T. (2005) The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventing Chronic Disease* 2 (1). Recuperado em: 15/08/2010: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1323317/.

Dela Coleta, M. (1995) *O modelo de crença em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular*. (Tese de Doutorado), Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

Duarte, M. & Rego, M. (2007) Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad. Saúde Pública*, 23(3): 691-700.

Gordilho, A. (2002). Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In Freitas, E. (Org.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (pp. 204-206). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Guimarães, R. & Cunha, U. (2004). *Sinais e sintomas em Geriatria*. (2ª edição). Rio de Janeiro: Ed. Atheneu.

Irigaray, T.; Schneider, R. & Goulart, P. (2010) Personalidade, qualidade de vida e depressão: um estudo comparativo entre idosos e idosas. In: Falcão, D; Araújo, L. *Idosos e Saúde Mental*. (pp. 38-43) Campinas: Ed. Papirus.

Jacob Filho, W. & Gorzoni, M. (2008) *Geriatrics e Gerontologia*. O que todos devem saber. São Paulo: Ed. Roca.

Karpansalo, M.; Kauhanen, J.; Lakka, T.; Manninen, P.; Kaplan, G. & Salonen, J. (2005) Depression and early retirement: prospective population based study in middle aged men. *Journal of Epidemiology Community Health*. 59(1). Recuperado em 15/08/2010: <http://jech.bmj.com/content/59/1/70.full>.

Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (2004) *Vocabulário da Psicanálise*. 4ª edição. São Paulo: Martins Fontes.

Lespérance, F.; Frasure-Smith, N.; Koszycki, D.; Laliberté, M.; Zyl, L.; Baker, B.; Swenson, J.; Ghatavi, K.; Abramson, B.; Dorian, P. & Guertin, M. (2007) Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease. The Canadian cardiac randomized evaluation of antidepressant and psychotherapy efficacy (CREATE) Trial *JAMA*. 297. Recuperado em 22/08/2010: <http://freeradicalmd.com/files/scurry1-CREATE-CAD-SSRI-IPP-JAMA-5-07.pdf>.

Lett, H.; Ali, S. & Whooley, M. (2008) Depression and cardiac function in patients with stable coronary heart disease: findings from the Heart and Soul study. *Psychosomatic Medicine*, 70(4). Recuperado em 01/09/2010: www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/full/70/4/444.

Moussavi, S.; Chatterji, S.; Verdes, E.; Tandon, A.; Patel, V. & Ustun, B. (2007) Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370(9590) Recuperado em 19/08/2010: www.mindcarecentres.com/research/articles/files/070911_world_health_survey_depression_on_health.pdf

Murray, C. & Lopez, A. (1996) Summary: the global burden of disease. *Science* 1, 274(5288). Recuperado em 03/09/2010: www.sciencemag.org/content/274/5288/740.full.pdf

Neri, A. & Yassuda, M. (2008). *Velhice bem-sucedida*. 3ª edição. Campinas: Ed. Papirus.

Scalco, A.; Scalco M.; Azul, J. & Lotufo Neto, F. (2005) *Hypertension and depression*. *Clinics*, 60(3). Recuperado em 25/08/2010: www.scielo.br/scielo.php?pid=S180759322005000300010&script=sci_arttext&tlng=en

Schenker, Y.; Stewart, A.; Na, B. & Whooley, M. (2009) Depressive symptoms and perceived doctor-patient communication in the heart and soul study. *Journal of General Internal Medicine* 24(5). Recuperado em 23/07/2010: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2669866/

Sousa, R.; Medeiros, J.; Moura, A.; Souza, C. & Moreira, I. (2007). Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(2): 102-107.

Stoppe, A. & Louzã, M. (1999) *Depressão na terceira idade. Apresentação clínica e abordagem terapêutica*. 2ª edição. São Paulo: Ed. Lemos.

Teng, C.; Humes, E. & Demétrio, F. (2005) Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(3): 149-159.

Toniolo, J.; Pintarelli Neto, V. & Yamatto, T. (2007) *À beira do leito – Geriatria e Gerontologia na prática hospitalar*. São Paulo: Ed. Manole.

Turato, E. (2003) *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa - Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 2ª edição. Petrópolis: Ed. Vozes.

Notas

¹ Ego ideal: Formação intrapsíquica definida como um ideal narcísico de onipotência forjado a partir do modelo do narcisismo infantil (Laplanche & Pontalis, 2004).

² Ideal do ego: instância da personalidade resultante da convergência do narcisismo e das identificações com os pais e com os ideais coletivos. Constitui um modelo a que o sujeito procura conformar-se. (Laplanche & Pontalis, 2004).

³ A amostra de sujeitos irá posteriormente compor um projeto de pesquisa maior intitulado “Envelhecimento e doença cardiovascular: depressão e qualidade de vida em diferentes contextos hospitalares”, realizado por Santiago, Laham & Aranha, 2010.