

Carta ao Editor: dúvidas e considerações sobre Síndrome Coronariana

Andréia Guaragni Severgnini¹

ORCID: 0000-0002-8220-6146

Darlin Luisa Pastorio Sperling²

¹ *Fundação Universitária de Cardiologia. Porto Alegre,
Rio Grande do Sul, Brasil.*

² *UNIMED NORDESTE. Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.*

Autor Correspondente:

Andréia Guaragni Severgnini
andreia10@hotmail.com

Senhora Editora,

Escrevemos esta carta referente ao artigo: "Impacto da ansiedade e depressão na morbimortalidade de pacientes com síndrome coronariana"⁽¹⁾ para tecermos alguns comentários, a fim de esclarecermos dúvidas que a nós ficaram faltando responder. Desde já, deixamos claro que nossa intenção não é questionar o trabalho dos autores, até porque consideramo-nos iniciantes em pesquisa científica, mas julgamos ser este um momento de aprendizado, o qual nos possibilita questionar, opinar, debater entendendo que estamos colaborando para o enriquecimento do nosso aprendizado.

Na introdução, os autores colocam que não encontraram na literatura nacional, assuntos relacionados a esta temática. Intrigadas, resolvemos fazer uma rápida busca na literatura nacional e encontramos pelo menos três estudos relacionados a esta temática⁽²⁻⁴⁾. De modo que, talvez nas buscas pela literatura nacional, os descritores tenham sido colocados de forma inapropriada. Sugerimos buscar através dos seguintes descritores: infarto agudo do miocárdio, depressão, qualidade de vida, fatores de risco, síndrome coronariana aguda⁽⁵⁾.

No método (desenho, local do estudo e período), nos diz que o estudo é uma coorte retrospectiva, de um estudo anterior realizado em 2012. Quando procuramos a referência sobre este estudo prévio, não encontramos nenhuma no trabalho atual. A única referência encontrada, foi a de um estudo realizado na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mas o presente estudo foi realizado na Unidade Coronariana do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas, vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Ficou um pouco confuso, qual o estudo prévio utilizado⁽⁶⁻⁷⁾.

Dentro da amostra, também acreditamos que houve perda de segmento significativa (28%) para um estudo desta complexidade. Visto que, em outros estudos citados pelos autores, as amostras eram bem maiores. Inicialmente, o estudo prévio contava com 120 pacientes, após esta perda finalizou com 96 pacientes. Os próprios autores, concordaram em algum momento que a amostra deveria ser maior, visto que a significância estatística dos resultados pode ter sido comprometida⁽⁸⁻⁹⁾.

Além disso, considera-se a idade um fator importante no prognóstico das doenças cardiovasculares, visto quanto maior a idade maior o número de eventos. Devido a isto, sugerimos que seja feita uma divisão por grupos de idade, isto traria uma maior contribuição para a proposta do estudo⁽¹⁰⁾. No protocolo do estudo, a morbidade e a mortalidade, logo após a alta, um ano após e dois anos após foram verificados por meio de dados coletados do prontuário eletrônico dos pacientes. Quando não encontradas tais informações, foi realizado o contato telefônico. A dúvida é: quem respondeu as questões quando realizado o contato telefônico? (paciente, parente, amigo, cuidador...?) Quais tipos de perguntas foram realizadas? O primeiro estudo foi realizado em 2012, e o atual em 2016, não poderia haver dúvidas

quanto as respostas dos pacientes, devido ao tempo decorrido, ao próprio estado de saúde, estado emocional?

O número baixo de pacientes com presença de sintomas moderados/graves de depressão e ansiedade, neste estudo, pode ser explicado pela média de idade deles. Uma vez que, adultos jovens acometidos por SCA relatam com maior frequência a presença de sentimentos como ansiedade e depressão comparados aos idosos⁽¹⁰⁾.

Em relação ao tempo de acompanhamento, os autores citam estudos com seguimento de 10 anos ou mais⁽¹¹⁻¹²⁾. Diferente do

presente estudo, com seguimento de 2 anos. Entende-se que um período maior de acompanhamento, aliado a uma avaliação objetiva e abrangente das readmissões e mortalidades relacionadas a doenças cardiovasculares poderiam contribuir para alcançar o objetivo proposto deste estudo.

Acreditamos ser este estudo muito relevante para a área da saúde. Como profissionais da área gostaríamos de receber o retorno dos autores às nossas dúvidas, e de que talvez eles pudessem ampliar este estudo, para termos dados mais robustos cientificamente. Desde já, agradecemos a oportunidade.

REFERÊNCIAS

1. Altino DM, Martins LAN, Gonçalves MAB, Barros ALBL, Lopes JL. Impact of anxiety and depression on morbidity and mortality of patients with coronary syndrome. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018;71(6):3048-53. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0709
 2. De Mattos MA, Lougou M, Tura BR, Pereira BB. Depressão e Síndrome Isquêmica Coronariana Aguda. Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras, Universidade Federal do Rio de Janeiro vol 18 nº 4 pg 288 2005
 3. Alves TCTF, Fráguas R, Wajngarten M. Depressão e infarto agudo do miocárdio. *Rev Psiquiatr Clín*. 2009;36(3):88-92 São Paulo. doi: 10.1590/S0101-60832009000900004
 4. Lemos C, Gottschall CAM, Pellanda LC, Müller M. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. *Psic: Teor Pesq*. 2008;24(4):471-6. doi: 10.1590/S0102-37722008000400010.
 5. Biblioteca virtual em saúde. Descritores em ciências da saúde [Internet]. 2020[cited 2020 May 2]. Available from: www.decs.bvs.br
 6. Lopes JL, Barbosa DA, Nogueira-Martins LA, Barros ALBL. Nursing guidance on bed baths to reduce anxiety. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(3):437-43. doi: 10.1590/0034-7167.2015680317i
 7. Meneghetti CC, Guidolin BL, Zimmermann PR, Sfoggia A. Screening for symptoms of anxiety and depression in patients admitted to a university hospital with acute coronary syndrome. *Trends Psychiatry Psychother*. 2017;39(1):12-8. doi: 10.1590/2237-6089-2016-0004
 8. Lichtman JH, Froelicher ES, Blumenthal JA, Carney RM, Doering LV, Frasure-Smith N, et al. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2014;129(12):1350-69. doi: 10.1161/CIR.000000000000019
 9. Wrenn KC, Mostofsky E, Tofler GH, Muller JE, Mittleman MA. Anxiety, anger, and mortality risk among survivors of myocardial infarction. *Am J Med*. 2013;126(12):1107-13. doi: 10.1016/j.amjmed.2013.07.022
 10. Bandelow B, Michaelis S. Epidemiologia dos transtornos de ansiedade no século XXI. *Diálogos Clin Neurosci* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 10];17(3):327-35. Available from: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/download/28479/30333/>
 11. Meijer A, Conradi HJ, Bos EH, Thombs BD, van Melle JP, Jonge P. Associação prognóstica de depressão após infarto do miocárdio com mortalidade e eventos cardiovasculares: uma metanálise de 25 anos de pesquisa. *Gen Hosp Psychiatry*. 2011;33(3):203-16.
 12. Roest AM, Zuidersma M, Jonge P. Infarto do miocárdio e transtorno de ansiedade generalizada: acompanhamento de 10 anos. *Ir. J Psiquiatria*. 2012;200:324-9.
-

RESPOSTA DOS AUTORES

Prezada Professora Doutora Dulce Aparecida Barbosa
 Editora-chefe da Revista Brasileira de Enfermagem

Em resposta à carta ao editor, primeiramente, agradecemos à enfermeira Andréia Guaragnini Severgini e à nutricionista Darlin Luisa Pastori Sperling pelos questionamentos apontados relacionados ao artigo "Impacto da ansiedade e depressão na morbimortalidade de pacientes com síndrome coronariana"⁽¹⁾. Os apontamentos mostram o interesse de jovens pesquisadores no tema e a importância da Revista Brasileira de Enfermagem na disseminação do conhecimento.

Em resposta aos apontamentos, salientamos que em relação aos estudos nacionais sugeridos, nenhum dos três avaliaram o impacto da ansiedade e depressão na morbimortalidade de pacientes com síndrome coronariana aguda. O primeiro artigo intitulado "Depressão e Síndrome Isquêmica Coronariana Aguda"⁽²⁾, trata-se de um estudo que avaliou a prevalência de depressão psíquica em pacientes com síndrome coronariana aguda e a relação de fatores de risco para doença arterial coronariana. Neste contexto, este estudo visou avaliar o nível de sintomas depressivos de pacientes internados com doença arterial coronariana, bem como a relação de outros fatores de risco cardiovascular com a depressão. Quanto ao segundo artigo intitulado "Depressão e infarto agudo do miocárdio"⁽³⁾, trata-se de uma revisão de literatura que abordou diversos aspectos da relação da depressão e síndrome coronariana aguda, como a prevalência e diagnóstico da depressão nesta população, fisiopatologia da doença, fatores relacionados que contribuem para o surgimento da depressão e sua relação com as cardiopatias, bem como o tratamento. O terceiro artigo mencionado, por sua vez, compara os sintomas de depressão em três populações: pacientes com infarto agudo do miocárdio hospitalizados, pacientes cardiopatas em atendimento ambulatorial e população sem diagnóstico de cardiopatia e faz uma relação com a qualidade de vida⁽⁴⁾. Neste sentido, nenhum dos três artigos apontados abordam a relação da ansiedade e depressão de pacientes com síndrome coronariana aguda com a morbimortalidade desta população e não possuem o mesmo objetivo que nosso artigo que foi avaliar o quanto a ansiedade e os sintomas de depressão de pacientes que estiveram internados por síndrome coronariana aguda contribuíram para necessidade de revascularização do miocárdio, readmissões e mortalidade. Em relação aos descritores sugeridos, dois deles não são apropriados: qualidade de vida e fatores de risco. Caso queiram realizar estudos com esta finalidade, sugerimos que utilizem descritores como mortalidade, morbidade e readmissões em substituições a estes apontados.

A referência do estudo prévio que utilizamos para embasar o nível de ansiedade e sintomas de depressão encontra-se descrito

no método: "Os dados referentes à ansiedade e à depressão foram coletados do banco de dados do estudo realizado previamente". Este estudo, avaliou, dentre outras coisas, o nível de ansiedade e os sintomas de depressão de pacientes internados com síndrome coronariana aguda e os dados coletados deste banco foram somente os referentes à ansiedade e depressão⁽⁵⁾. Em relação às perdas de seguimento, já é sabido que este tipo de estudo (coorte) pode apresentar perdas de participantes ao longo do seguimento por conta de recusas para continuar participando do estudo, mudanças de endereços, dentre outros fatores. Apesar disso, nós autores, descrevemos ao final da discussão como uma das limitações do nosso estudo.

Referente à idade, não realizamos divisão por grupos de idade, uma vez que não houve correlação significativa entre os níveis de ansiedade e depressão com o aumento na morbidade e mortalidade dos pacientes. Além do mais, apesar deste dado constar somente na dissertação cujo produto foi este artigo, ao se comparar se havia diferença estatística entre a idade dos que relataram ter sintomas maiores de depressão com os que relataram ter menos sintomas, observou-se que não houve diferença estatística ($p=0,76$) e este mesmo comportamento foi obtido entre os níveis de ansiedade maiores e menores ($p=0,70$). Destacamos que este dado não foi apresentado por não ser o objetivo do artigo. Nesse sentido, não houve a necessidade de outras análises quanto à idade.

Quanto a coleta de dados complementares por via telefônica, reforçamos que os dados coletados foram referentes à morbidade (necessidade de revascularização do miocárdio e readmissão) e mortalidade, desta forma não há como o paciente ou familiar ter dúvidas se houve necessidade da cirurgia, de nova internação ou se o paciente foi a óbito. O estado emocional, como descrito, nada interfere nestas perguntas.

Por fim, em relação ao tempo de acompanhamento, como foi desenvolvido um estudo de coorte retrospectivo e por se tratar de um produto de uma dissertação de mestrado, não foi possível aumentar o tempo de seguimento. Enfatizamos ainda que, apesar dos resultados mostrarem que não houve associação significativa entre os níveis de ansiedade e sintomas de depressão com a morbidade e mortalidade dos pacientes, o objetivo proposto foi alcançado.

Assim, como bem colocado, estudos desta natureza são importantes para a área da saúde e desta forma, os profissionais que tiverem interesse nesse tema podem replicar o estudo, ampliando o tamanho da amostra.

Autores: Denise Meira Altino, Luiz Antonio Nogueira-Martins, Maria Aparecida Batistão Gonçalves, Alba Lucia Bottura Leite de Barros, Juliana de Lima Lopes.

REFERÊNCIAS

1. Altino DM, Martins LAN, Gonçalves MAB, Barros ALBL, Lopes JL. Impact of anxiety and depression on morbidity and mortality of patients with coronary syndrome. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(6):3048-53.
2. De Mattos MA, Lougon M, Tura BR, Pereira BB. Depressão e Síndrome Isquêmica Coronariana Aguda. *Revista da SOCERJ.* 2005;28(4):288-94.
3. Alves TCTF, Fráguas R, Wajngarten M. Depressão e infarto agudo do miocárdio. *Rev. psiquiatr. clín.* 2009;36(Suppl 3):88-92.

4. Lemos C, Gottschall CAM, Pellanda LC, Müller M. Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2008;24(4):471-6.
 5. Lopes JL, Barbosa DA, Nogueira-Martins LA, Barros ALBL. Nursing guidance on bed baths to reduce anxiety. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(3):437-43.
-