

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA – FAMENE
Programa de Residência Médica de Cardiologia

Rossandro Aranha Batista Filho

**Prevalência de depressão em pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva
atendidos em ambulatório e enfermaria de Hospital Cardiológico na Paraíba**

Trabalho de Conclusão de Residência

**João Pessoa
2025**

Rossandro Aranha Batista Filho

**Prevalência de depressão em pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva
atendidos em ambulatório e enfermaria de Hospital Cardiológico na Paraíba**

Trabalho de Conclusão de Residência Médica
apresentado à Faculdade de Medicina Nova
Esperança como requisito para conclusão da
Residência Médica em Cardiologia.

Orientador: Tauanny Stephane Frazão e Silva

**João Pessoa
2025**

B336p

Batista Filho, Rossandro Aranha

Prevalência de depressão em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva atendidos em ambulatório e enfermaria de hospital cardiológico na Paraíba / Rossandro Aranha Batista Filho. – João Pessoa, 2025.

45f.; il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tauanny Stephane Frazão e Silva.

Monografia (Residência Médica em Cardiologia) – Faculdade Nova Esperança - FAMENE

1. Cardiologia. 2. Insuficiência Cardíaca. 3. PHQ-9. 4. Depressão. 5. Qualidade de Vida. I. Título.

CDU: 612.17:616.89

**ATA DE DEFESA DE MONOGRAFIA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM RESIDÊNCIA MÉDICA EM CARDIOLOGIA**

Aos 24 de Abril de 2025, reuniram-se no Hospital Nova Esperança, a banca examinadora composta pelos examinadores:

TAUANNY STEPHANE FRAZÃO E SILVA, THAISA ANGÉLICA MEDEIROS DE PONTES COSTA, IVSON CARTAXO BRAGA, para avaliar o trabalho de conclusão de curso de **RESIDÊNCIA MÉDICA EM CARDIOLOGIA**, do (a) médico (a) residente **ROSSANDRO ARANHA BATISTA FILHO**, com o título **"PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO E ENFERMARIA DE HOSPITAL CARDIOLÓGICO NA PARAÍBA"**, sob orientação da **Dr^a. TAUANNY STEPHANE FRAZÃO E SILVA**. Após apresentação pelo concluinte e as arguições que foram feitas, a Banca Examinadora concedeu-lhe a nota 10 (Dez), sendo assim considerado (a) aprovado. **(A)**, cumprindo o que determina o regulamento Interno da **COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA DA FAMENE - COREME**, para obtenção do **TÍTULO DE ESPECIALISTA EM CARDIOLOGIA** de acordo com as normas emanadas pela Comissão Nacional de Residência Médica-CNRM, do ministério da Educação.

JOÃO PESSOA, EM 24 DE ABRIL DE 2025.

Tauanny Stephane Frazão e Silva

DRA. TAUANNY STEPHANE FRAZÃO E SILVA

Thaísa Angélica Medeiros de Pontes Costa

DRA. THAISA ANGÉLICA MEDEIROS DE PONTES COSTA

Ivson Cartaxo Braga

DR. IVSON CARTAXO BRAGA

Agradecimentos

Agradeço em primeiro lugar a Deus, Criador de todas as coisas visíveis e invisíveis, sem cuja graça nada podemos fazer. Em segundo lugar à Virgem Santíssima, cujo “sim” permitiu que a salvação viesse ao mundo e o Verbo se fizesse carne em seu ventre.

Foram dois anos de dedicação e de acontecimentos maravilhosos que mesmo minhas análises mais longas não conseguiriam abarcar. Agradeço à minha amada esposa Rafaelle por sua paciência e amor que me permitiu concluir esta jornada chamada Residência Médica para que doravante eu possa ser chamado de Cardiologista. Sem você eu jamais seria capaz de nada. Agradeço à minha amada filha Amélia cuja inocência iluminou os nossos últimos 10 meses, ordenando toda a nossa vida e permitindo que o amor se expandisse em nossa casa por meio de seu sorriso quase sem dentes ainda, mas que significa tudo!

Agradeço aos meus pais por toda a dedicação a mim durante os 24 anos anteriores à minha formação médica, que me permitiram após a minha formatura trilhar meu próprio caminho com minhas forças e minhas escolhas, sem deixar que eu me preocupasse com o mundo ao meu redor até que eu pudesse dar meus próprios passos.

Agradeço aos meus melhores amigos Paulo Eduardo e meu irmão-amigo Raphael Aranha, sem cujo socorro mútuo nenhum de nós três conseguiria ter êxito em nossas empreitadas acadêmicas.

Agradeço aos colegas de residência que dividiram estes anos ao meu lado (Herbert, Matheus, Giulyanno e Jhayme) pelo apoio e peço desculpa se em algum momento fui insuficiente.

Por fim, expresso minha sincera gratidão a todos os preceptores que contribuíram para minha formação ao longo da residência. Embora não seja possível nomear cada um individualmente, deixo personificados neste agradecimento o Dr. Ivson Cartaxo, a Dra. Thaisa Angélica e a Dra. Tauanny Frazão, minha estimada orientadora, cuja presença, dedicação e exemplo destes despertaram em mim o amor pela cardiologia sendo fundamentais para que eu chegasse até aqui.

“A ciência, quando é verdadeira, não contradiz a fé; pelo contrário, ela a supõe e a ilumina”
— Padre Álvaro Calderón.

Resumo

A insuficiência cardíaca congestiva (ICC) é uma condição crônica associada a alta morbimortalidade e impacto negativo na qualidade de vida, frequentemente agravada pela presença de sintomas depressivos. Este estudo transversal objetivou avaliar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes com ICC atendidos em ambulatório e enfermaria de um hospital de referência em cardiologia na Paraíba, utilizando o questionário PHQ-9 como ferramenta de rastreio. A amostra, composta por 21 pacientes adultos, majoritariamente do sexo masculino e com idade superior a 60 anos, revelou uma prevalência de sintomas depressivos de 66,7%. A pontuação mais elevada no PHQ-9 associou-se estatisticamente a fatores como idade avançada, presença de diabetes mellitus e filiação religiosa evangélica. Em contrapartida, o uso de terapias otimizadas para ICC, como iSGLT2, betabloqueadores e bloqueadores do sistema renina-angiotensina, correlacionou-se a menores escores depressivos. Curiosamente, pacientes em classe funcional NYHA IV apresentaram escores inferiores aos esperados, levantando hipóteses sobre adaptação psicológica ou viés de percepção. Entre as limitações do estudo, destacam-se o reduzido tamanho amostral, a amostragem por conveniência e a ausência de grupo controle, o que limita a validade externa dos achados. Além disso, o PHQ-9, apesar de amplamente utilizado, possui caráter de rastreio e não diagnóstico, o que pode superestimar ou subestimar os sintomas em função da sobreposição com manifestações clínicas da própria ICC. Apesar dessas limitações, os dados reforçam a importância de integrar a saúde mental ao cuidado cardiológico, com triagem sistemática e suporte psicológico para pacientes com ICC.

Palavras-chave: Insuficiência Cardíaca; Depressão; Qualidade de Vida; PHQ-9; Cardiologia.

Abstract

Congestive heart failure (CHF) is a chronic condition associated with high morbidity and mortality and a negative impact on quality of life, often worsened by the presence of depressive symptoms. This cross-sectional study aimed to assess the prevalence of depressive symptoms in patients with CHF treated in outpatient and inpatient settings at a cardiology referral hospital in Paraíba, Brazil, using the PHQ-9 questionnaire as a screening tool. The convenience sample included 21 adult patients, mostly male and over 60 years old. The prevalence of depressive symptoms was 66.7%. Higher PHQ-9 scores were significantly associated with older age, diabetes mellitus, and evangelical religious affiliation. Conversely, the use of optimized CHF therapies—such as SGLT2 inhibitors, beta-blockers, and renin-angiotensin system blockers—was correlated with lower depressive scores. Interestingly, patients classified as NYHA functional class IV showed lower-than-expected PHQ-9 scores, raising hypotheses about psychological adaptation or perception bias. Study limitations include the small sample size, convenience sampling, and the absence of a control group, which limit the external validity of the findings. Furthermore, although widely used, the PHQ-9 is a screening tool rather than a diagnostic one, which may lead to under- or overestimation of depressive symptoms due to overlap with clinical manifestations of CHF itself. Despite these limitations, the findings reinforce the importance of integrating mental health into cardiac care, with systematic screening and psychological support for patients with CHF.

Keywords: Heart Failure; Depression; Quality of Life; PHQ-9; Cardiology.

Lista de ilustrações

Figura 1 – Distribuição da idade dos pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.	16
Figura 2 – Classificação da depressão baseada no PHQ-9 dos pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.	20

Lista de tabelas

Tabela 1 – Distribuição do sexo, estado civil e religião dos pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.	15
Tabela 2 – Comorbidades dos pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.	17
Tabela 3 – Classificação da insuficiência cardíaca (IC) segundo a fração de ejeção e segundo a New York Heart Association dos pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.	18
Tabela 4 – Uso de medicamentos dos pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.	19
Tabela 5 – Distribuição da presença de depressão segundo características sociodemográficas em pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.	21
Tabela 6 – Distribuição da presença de depressão segundo comorbidades clínicas em pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.	22
Tabela 7 – Distribuição da presença de depressão segundo a classificação da insuficiência cardíaca dos pacientes diagnosticados clinicamente com ICC em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba conforme a fração de ejeção e a classificação funcional NYHA.	23
Tabela 8 – Distribuição da presença de depressão segundo o uso de medicamentos em pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.	24
Tabela 9 – Resultados do Modelo de Regressão de Poisson para os Fatores Associados à Pontuação Total no PHQ-9 em pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.	26

Sumário

1	Introdução Teórica	9
2	Metodologia	12
3	Análise estatística	13
4	Resultados	14
5	Discussão	28
6	Conclusão	31
7	Referências Bibliográficas	32
	 APÊNDICES	 34
	APÊNDICE A – FICHA DE COLETA DE DADOS ADICIONAIS	35
	APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	36
	APÊNDICE C – Apêndice III: Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável	39
	 ANEXOS	 40
	ANEXO A – Anexo I: Questionário PHQ-9:	41
	ANEXO B – Anexo II: Termo de anuência da instituição (Hospital Nova Esperança)	43

1 Introdução Teórica

A insuficiência cardíaca congestiva (ICC) constitui uma síndrome clínica multifacetada, caracterizada pela incapacidade do coração em bombear sangue de maneira suficiente para atender às demandas metabólicas dos tecidos, ou pela necessidade de pressões de enchimento elevadas para manter o débito cardíaco adequado (MANN et al., 2015).

No contexto brasileiro, estima-se que aproximadamente 2 milhões de indivíduos sejam acometidos por ICC, com uma taxa anual de incidência que atinge cerca de 240.000 novos casos (CESTARI et al., 2022). Entre os principais fatores predisponentes, destacam-se as doenças crônicas prevalentes, como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus tipo 2, bem como condições historicamente negligenciadas, a exemplo da cardiopatia reumática e da doença de Chagas (BOCCHI et al., 2013).

A classificação da insuficiência cardíaca (IC) pode ser realizada com base nos sintomas apresentados, na fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) e no estágio de progressão da doença. Em pacientes com diagnóstico clínico de IC, quando a FEVE encontra-se dentro de limites normais ($\geq 50\%$), a IC é denominada de fração de ejeção preservada (ICFEp). Em contrapartida, se a FEVE está reduzida ($< 40\%$), classifica-se a condição como insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (ICFEr). Pacientes com FEVE entre 40% e 49% são categorizados como portadores de insuficiência cardíaca de fração de ejeção levemente reduzida (ICFElr) (PONIKOWSKI et al., 2016). No que se refere à classificação funcional, a escala proposta pela New York Heart Association (NYHA) permanece como a mais amplamente empregada, organizando os pacientes em classes I a IV, conforme o grau de limitação funcional experimentado durante atividades físicas que variam de grandes a pequenos esforços e repouso (NEW YORK HEART ASSOCIATION, 1994).

O manejo terapêutico da ICFEr tem como base uma abordagem medicamentosa inicial que inclui agentes que modulam o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA), betabloqueadores (BB) e antagonistas dos receptores de mineralocorticoides (ARM) nos túbulos distais. Recentemente, os inibidores do cotransportador de sódio e glicose (iSGLT2) foram incorporados ao esquema terapêutico, promovendo benefícios significativos na redução da mortalidade nessa população (HEIDENREICH et al., 2022; TROMP et al., 2022). Estudos comparativos demonstraram que a terapia quádrupla, ao ser confrontada com o uso de placebo, reduziu em até 50% o risco relativo de mortalidade geral, além de prolongar a sobrevida em até seis anos (VADUGANATHAN et al., 2020).

À medida que a doença progride, observa-se um aumento expressivo na propensão à descompensação clínica da IC, caracterizada pela manifestação de dispnéia associada ao incremento rápido das pressões de enchimento nas câmaras cardíacas (TAYLOR et al., 2012). Entre os fatores precipitantes mais comumente identificados estão a má adesão ao tratamento medicamentoso, a ocorrência de infecções, taquiarritmias, síndrome coronariana

aguda e reposição inadequada de fluidos intravenosos (PLANT et al., 2019).

No contexto do manejo da IC descompensada, torna-se essencial a classificação dos pacientes em quatro perfis clínicos e hemodinâmicos, considerando o débito cardíaco e os sinais de congestão. O perfil A contempla indivíduos sem hipoperfusão ou sinais de congestão, enquanto o perfil B refere-se a pacientes congestos, mas sem evidências de hipoperfusão. Já o perfil C engloba aqueles que apresentam tanto congestão quanto hipoperfusão, e o perfil L, pacientes com hipoperfusão isolada, sem sinais de congestão (NOHRIA et al., 2003).

Além disso, o declínio progressivo na capacidade funcional e a deterioração da qualidade de vida dos pacientes com IC estão associados a um aumento expressivo na prevalência de transtornos mentais, como a depressão (ABURUZ, 2018). Estudos prévios evidenciaram uma prevalência elevada de sintomas depressivos em indivíduos com IC, variando entre 40% e 60% (GOTTLIEB et al., 2004; TSABEDZE et al., 2021; ZAHID et al., 2018). Adicionalmente, a presença de depressão correlaciona-se a taxas mais elevadas de hospitalização por descompensação da doença e mortalidade cardiovascular (SOKORELI et al., 2016). Fatores como baixa adesão ao tratamento medicamentoso, controle inadequado da ingestão hídrica e descompromisso com uma dieta apropriada desempenham papel central nesse cenário. Assim, a avaliação e manejo de sintomas depressivos emergem como componentes imprescindíveis no acompanhamento de indivíduos com IC (RASHID et al., 2023).

Existem diversos questionários que servem como ferramentas para diagnóstico de depressão. Entre eles, o questionário PHQ-9 (Anexo A) se destaca devido à sua simplicidade e facilidade de aplicação sem necessidade de muito tempo acrescido às consultas médicas, tendo portanto boa viabilidade para aplicação em pesquisas científicas. A ferramenta é composta por 9 critérios baseados no diagnóstico para transtorno depressivo maior pelo Manual de Doenças Mentais IV (DSM-IV) que avalia sintomas depressivos nas últimas 2 semanas. Cada item pontua em uma escala de 0 a 3 (0 = Nunca, 1 = alguns dias, 2 = mais de sete dias, 3 = quase todos os dias), possuindo uma pontuação mínima de 0 e máxima de 27 (KROENKE et al., 2001). Pacientes com pontuações entre 0 e 9 são classificados como portadores de depressão ausente ou leve, pontuações entre 10 e 19 são classificadas como depressão moderada, por fim pontuações maiores ou iguais a 20 são classificadas como depressão grave (KROENKE et al., 2001).

Entretanto, os dados nacionais permanecem limitados no que tange à prevalência de sintomas depressivos em portadores de IC, bem como aos fatores associados a essa condição. Nesse sentido, o presente estudo foi desenhado avaliar a prevalência de depressão em pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva e sua associação com a classe funcional segundo a classificação NYHA, atendidos em um ambulatório e enfermaria de um hospital que atende as demandas da rede pública de saúde na Paraíba. O presente estudo se faz necessário a fim de estabelecer a importância da relação da ICC tendo a

depressão como comorbidade. Pacientes depressivos possuem dificuldade para adesão ao tratamento da própria doença e de comorbidades associadas, podendo afetar o prognóstico e dificultando a compensação de pacientes com IC. Sua associação é importante para guiar possíveis programas institucionais ou de políticas públicas para salientar a importância da atenção à saúde mental em pacientes com doenças cardiovasculares.

2 Metodologia

O presente estudo consiste em uma pesquisa observacional transversal, com coleta de dados primários através de questionário aplicados aos pacientes no aguardo da realização das consultas nos ambulatorios, com amostragem por conveniência, e aos pacientes internados no Hospital Nova Esperança. A coleta das informações foi realizada através da aplicação do Questionário PHQ-9 (Anexo A) e do preenchimento da ficha de dados clínicos e demográficos (Apêndice A) após a devida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponível no Apêndice B.

O objetivo geral do estudo é determinar a prevalência de depressão em indivíduos com insuficiência cardíaca congestiva utilizando o PHQ-9 (KROENKE et al., 2001), em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba. Com relação aos objetivos específicos, a meta foi a de descrever um perfil clínico e demográfico dos pacientes, examinar a relação entre depressão e o uso das medicações para tratamento da insuficiência cardíaca congestiva e comparar a prevalência de depressão entre os pacientes diagnosticados com ICC e sua prevalência entre os pacientes da população geral. A coleta dos dados ocorreu no Hospital Nova Esperança, nos setores de ambulatório de cardiologia geral e nas enfermarias de clínica médica e de cardiologia do mesmo serviço.

Os critérios de inclusão para a população amostral foram pacientes adultos (≥ 18 anos) diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva, atendidos nos ambulatorios selecionados, com diagnóstico clínico de ICC independente da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE). Os pacientes deveriam estar mantendo acompanhamento com retorno regular nos ambulatorios especializados para ajuste terapêutico ou estarem em vigência de internação no serviço devido a descompensação da patologia de base. Também foram incluídos apenas pacientes que autorizaram a própria participação no estudo clínico mediante a assinatura do TCLE. Encontravam-se excluídos da pesquisa pacientes com diagnóstico prévio de distúrbios psiquiátricos que não fossem depressão maior, pacientes com incapacidade cognitiva ou física que impedissem o preenchimento do questionário ou a assinatura do TCLE, assim como pacientes que se recusaram a participar da pesquisa e responder às perguntas do questionário ou se recusaram a assinar o TCLE.

O projeto foi submetido para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nova Esperança, considerando os aspectos éticos preconizados nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 e conforme o Código de Ética Médica conforme a Resolução 1931/2009 do Conselho Federal de Medicina, após cuja aprovação iniciou-se a coleta e análise dos dados dos pacientes pesquisados, realizados entre os meses março e abril de 2025.

3 Análise estatística

A análise estatística deste estudo foi conduzida a partir dos dados obtidos por meio da aplicação presencial do questionário PHQ-9 a pacientes diagnosticados com insuficiência cardíaca congestiva, atendidos em ambiente ambulatorial e hospitalar no Hospital Nova Esperança, em João Pessoa – PB. A aplicação do questionário ocorreu após o devido esclarecimento e assinatura do TCLE por parte dos participantes. Para tratamento dos dados foi utilizado o Software R para análise estatística, versão 4.5.0., alimentado por meio de uma tabela com os dados obtidos através a aplicação dos questionários. As informações da tabela já encontravam-se anonimizadas de modo a impossibilitar identificação individual dos pacientes entrevistados.

Para investigar a associação entre a presença de sintomas depressivos e as variáveis independentes categóricas, foi empregado o teste exato de Fisher, apropriado para amostras de pequeno tamanho e frequências esperadas reduzidas em algumas células das tabelas de contingência. Esse teste foi aplicado para comparar a presença de sintomas depressivos com variáveis como sexo, estado civil, religião, idade agrupada, comorbidades clínicas, parâmetros funcionais da insuficiência cardíaca e uso de medicações específicas. O nível de significância adotado para todas as análises inferenciais foi de 5% ($p < 0,05$) para demonstração de validade interna da análise estatística para a amostra avaliada.

Além das análises bivariadas, foi realizada uma análise multivariada por meio do modelo de regressão de Poisson com função de ligação logarítmica. A variável dependente foi a pontuação total no PHQ-9, enquanto as variáveis independentes incluíram idade, sexo, religião, presença de diabetes mellitus, classificação da fração de ejeção, classe funcional NYHA e uso dos principais fármacos indicados para insuficiência cardíaca conforme as diretrizes especializadas. Este modelo permitiu a estimativa dos efeitos de cada variável sobre a gravidade dos sintomas depressivos, controlando possíveis fatores de confusão. Os coeficientes de regressão foram expressos em estimativas pontuais, erros padrão, valores z e respectivos valores de p .

4 Resultados

A Tabela 1 mostra as características basais do grupo estudado, contendo o perfil sociodemográfico dos pacientes com diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca congestiva atendidos em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba (Hospital Nova Esperança). Esses dados contribuem para uma compreensão mais aprofundada dos perfis individuais representados nas estatísticas, evidenciando a influência de determinantes sociais e culturais no cuidado e nas práticas relacionadas à saúde cardíaca e psicológica.

De acordo com os dados obtidos, com amostragem sendo obtida por conveniência, temos que para a variável “sexo” possuímos um predomínio de homens entre os pacientes, representando cerca de dois terços do total dos indivíduos entrevistados (66,67%, $n = 14$), enquanto as mulheres correspondem a um terço dos pacientes (33,33%, $n = 7$). Essa diferença pode refletir não apenas uma possível maior prevalência da doença entre os homens, mas também questões como maior busca por atendimento médico ou facilidade de acesso aos serviços de saúde por esse grupo. Mais da metade dos pacientes são casados (52,38%, $n = 11$), com pacientes solteiros representando 19,05% ($n = 4$), enquanto divorciados e viúvos aparecem com frequência semelhante, ambos com 14,29% ($n = 3$).

Quanto à religião, a maioria dos pacientes se declarou católica (52,38%, $n = 11$), seguida por evangélicos (38,10%, $n = 8$), e um pequeno grupo aderiu a outras religiões (9,52%, $n = 2$). Esse perfil religioso está em sintonia com a composição cultural da população paraibana e pode ter impacto significativo na forma como esses pacientes lidam com a doença, que implica em um maior poder de encontrar resultados nesta população religiosa sem implicar em validade externa para a população católica paraibana tendo em vista baixos números absolutos de pacientes entrevistados. A fé e a espiritualidade, muitas vezes, oferecem conforto, fortalecem o enfrentamento emocional e podem até influenciar positivamente a adesão ao tratamento.

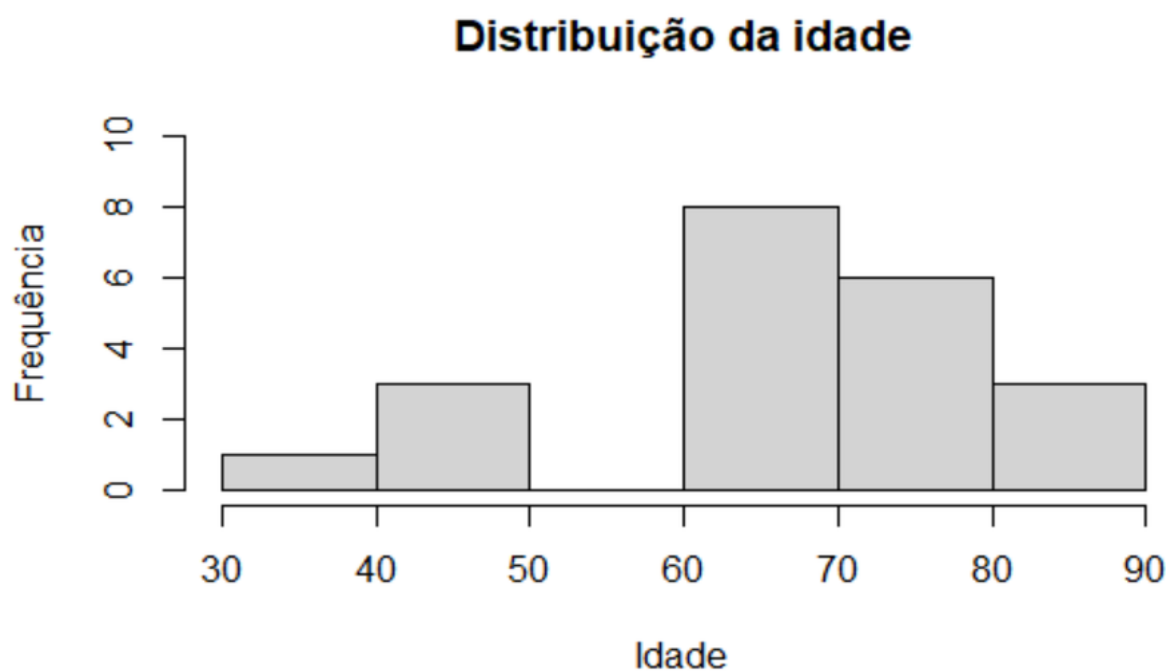
Tabela 1 – Distribuição do sexo, estado civil e religião dos pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.

Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Sexo		
Masculino	14	66,67
Feminino	7	33,33
Estado Civil		
Casado	11	52,38
Solteiro	4	19,05
Divorciado	3	14,29
Viúvo	3	14,29
Religião		
Católica	11	52,38
Evangélica	8	38,1
Outra	2	9,52

Elaborado pelo autor (2025).

A Figura 1 demonstra a distribuição conforme a faixa etária dos pacientes diagnosticados com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba. A distribuição no gráfico evidencia que a maioria das pessoas acometidas pela condição, em números absolutos, está em faixas etárias mais avançadas, dado que se encontra em consonância com o que já se conhece sobre as doenças cardiovasculares (em especial a insuficiência cardíaca). O maior número de casos se concentra entre os 60 e 70 anos, com cerca de 9 pacientes nessa faixa. Logo em seguida, aparecem as faixas entre 70 e 80 anos e entre 80 e 90 anos, também com números expressivos, ainda que um pouco menores. Já entre 50 e 60 anos, há um número intermediário de pacientes. As faixas mais jovens, como de 40 a 50 anos e de 30 a 40 anos, reúnem os menores números de casos, com apenas 3 e 1 paciente, respectivamente. Esses dados mostram com clareza que a insuficiência cardíaca congestiva atinge, principalmente, pessoas idosas — especialmente aquelas a partir dos 60 anos.

Figura 1 – Distribuição da idade dos pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.



Elaborado pelo autor (2025).

A Tabela 2 mostra como algumas das principais comorbidades se distribuem entre os pacientes diagnosticados com insuficiência cardíaca congestiva na amostra obtida. Entre as condições avaliadas estão hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e fibrilação atrial (FA) — todas elas conhecidas por sua associação, de forma direta ou indireta, a evolução da insuficiência cardíaca.

Tabela 2 – Comorbidades dos pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.

Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Hipertensão arterial sistêmica (HAS)		
Não	4	19,05
Sim	17	80,95
Diabetes Mellitus (DM)		
Não	8	38,10
Sim	13	61,90
Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)		
Não	15	71,43
Sim	6	28,57
Fibrilação atrial (FA)		
Não	16	76,19
Sim	5	23,81

Elaborado pelo autor (2025).

A hipertensão arterial sistêmica foi a comorbidade mais comum entre os pacientes analisados: 80,95% (n = 17) conviviam com esse diagnóstico, enquanto apenas 19,05% (n = 4) não apresentavam essa condição previamente. O diabetes mellitus também apareceu com frequência relevante, atingindo 61,90% dos pacientes (n = 13). Os demais 38,10% (n = 8) não conviviam com essa comorbidade. A presença de DPOC foi observada em 28,57% dos casos (n = 6). Embora não tão frequente quanto as demais, essa condição merece atenção, pois sobrecarrega o sistema respiratório e pode agravar os sintomas cardíacos, dificultando ainda mais a rotina dos pacientes com insuficiência cardíaca. Já a fibrilação atrial foi identificada em 23,81% dos pacientes (n = 5). Apesar de não estar presente na maioria (76,19%, n = 16), sua inclusão entre as variáveis estudadas é importante devido a possibilidade de sua associação tanto como causa como consequência do quadro de IC dos pacientes estudados.

Em resumo, os dados mostram que a maioria dos pacientes com insuficiência cardíaca também enfrenta outras condições crônicas importantes, especialmente hipertensão e diabetes. Esses achados reforçam a importância de olhar para o paciente de forma integral, promovendo um cuidado multidisciplinar que vá além do coração e atenda às múltiplas necessidades de quem convive com doenças crônicas complexas.

A Tabela 3 mostra a classificação dos pacientes diagnosticada com ICC na população estudada. Essa classificação levou em conta dois aspectos importantes: a fração de ejeção, que avalia fração de encurtamento da cavidade cardíaca, e a classe funcional definida pela

New York Heart Association (NYHA), que indica o quanto os sintomas da IC interferem na vida diária do paciente.

Tabela 3 – Classificação da insuficiência cardíaca (IC) segundo a fração de ejeção e segundo a New York Heart Association dos pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.

Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Classificação da IC segundo a fração de ejeção		
Reduzida	13	61,90
Levemente reduzida	3	14,29
Preservada	5	23,81
Classificação funcional da IC segundo a New York Heart Association		
I	3	14,29
II	7	33,33
III	7	33,33
IV	4	19,05

Elaborado pelo autor (2025).

Quando observamos a fração de ejeção, a maioria dos pacientes (61,90%) apresentava uma FEVE reduzida. Cerca de 23,81% dos pacientes tinham a fração de ejeção preservada — uma condição que, embora mantenha a força de contração do coração, ainda assim pode causar sintomas de insuficiência cardíaca, geralmente ligados a dificuldades na fase de relaxamento do músculo cardíaco. Um grupo menor, 14,29%, apresentava uma fração de ejeção levemente reduzida, ficando entre os dois extremos e representando uma zona intermediária de comprometimento.

No que diz respeito à funcionalidade dos pacientes no dia a dia, de acordo com a classificação da NYHA, a maior parte deles se encontrava nas classes II e III, ambas representando 33,33% da amostra. Isso significa que muitos pacientes já enfrentavam alguma limitação para realizar atividades habituais, sendo que alguns sentiam cansaço com esforços moderados e outros com atividades mais leves. Um grupo mais vulnerável, correspondente a 19,05% dos pacientes, encontrava-se na classe IV, que representa o estágio mais severo da doença — quando os sintomas surgem até mesmo em repouso e qualquer atividade física se torna difícil. Por outro lado, 14,29% dos pacientes estavam na classe I, o que indica que, apesar do diagnóstico de IC, ainda não apresentavam limitações importantes nas atividades cotidianas.

A Tabela 4 mostra como os pacientes com diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca congestiva, atendidos em um hospital de referência em cardiologia na Paraíba, estão utilizando os principais medicamentos indicados para essa condição. Os dados

revelam um cenário bastante positivo, com ampla adesão às terapias recomendadas pelas diretrizes clínicas. Dentre os medicamentos avaliados, os betabloqueadores se destacam como os mais utilizados: 95,24% dos pacientes (20 pessoas) estavam em uso dessa classe, reconhecida por sua eficácia na redução da mortalidade e na melhora da função cardíaca. Apenas um paciente não fazia uso de betabloqueadores no momento da avaliação.

Tabela 4 – Uso de medicamentos dos pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.

Categorias	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
iSGLT2		
Não	7	33,33
Sim	14	66,67
Bloqueadores do sistema renina-angiotensina		
Não	8	38,10
Sim	13	61,90
Antagonistas de aldosterona		
Não	4	19,05
Sim	17	80,95
Betabloqueadores		
Não	1	4,76
Sim	20	95,24

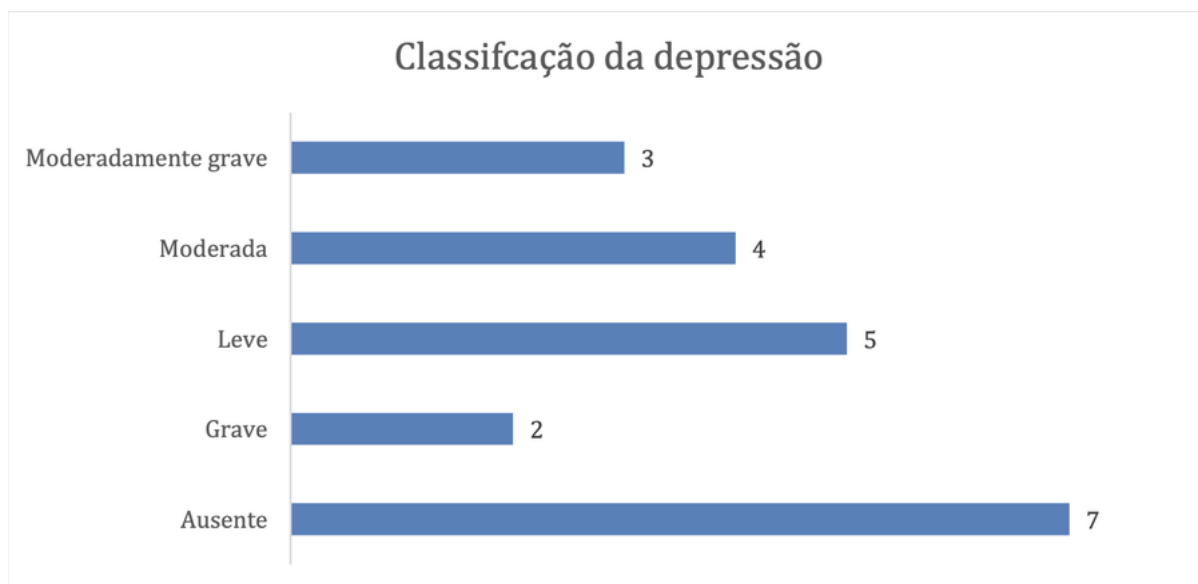
Elaborado pelo autor (2025).

Os antagonistas da aldosterona também apresentaram uma taxa significativa de utilização, estando presentes na rotina de tratamento de 80,95% dos pacientes (17 no total). Esses medicamentos são especialmente indicados para quem tem fração de ejeção reduzida, ajudando a frear a progressão da doença e a evitar novas internações. Já os bloqueadores do sistema renina-angiotensina – grupo que inclui os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e os bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) – estavam sendo usados por 61,90% dos pacientes (13 pessoas), sendo 5 destes com fração de ejeção preservada. Enquanto isso, apenas 1 paciente fazia uso contínuo e bem tolerado com a associação do inibidor da neprilisina a um bloqueador dos receptores de angiotensina II (sacubitril/valsartana), apresentando FEVE menor que 40%. Por fim, os inibidores de SGLT2 (iSGLT2), uma classe mais recente no tratamento da insuficiência cardíaca, já estavam sendo utilizados por 66,67% dos pacientes (14 ao todo).

A Figura 2 mostra como os sintomas de depressão se distribuem entre os pacientes com insuficiência cardíaca congestiva na amostra obtida, avaliados por meio do questionário

PHQ-9. O PHQ-9 é uma ferramenta amplamente reconhecida, usada tanto para identificar sinais de depressão quanto para acompanhar sua gravidade ao longo do tempo.

Figura 2 – Classificação da depressão baseada no PHQ-9 dos pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.



Elaborado pelo autor (2025).

Sete pacientes não apresentaram sintomas significativos de depressão. No entanto, a maioria dos pacientes avaliados apresentou algum nível de sofrimento emocional: cinco foram classificados com sintomas leves, quatro com sintomas moderados, três com sintomas moderadamente graves e dois com sintomas graves. Esta análise demonstra que mais da metade dos participantes, em números absolutos, lidava com algum grau de depressão. Segundo a classificação clínica do PHQ-9, qualquer nível de sintomatologia — mesmo os considerados leves — já indica a presença de depressão clinicamente relevante. Ao considerar esses critérios, a prevalência de depressão entre os pacientes avaliados foi de 66,67%.

Foi realizada uma análise complementar para investigar possíveis associações entre a presença de sintomas depressivos (considerando PHQ-9 > 4) e algumas variáveis sociodemográficas, com base em dados de 21 participantes. Para as variáveis categóricas — sexo, estado civil, religião e faixa etária — utilizou-se o teste exato de Fisher. Na comparação por sexo, a Tabela 5 indicou que entre as mulheres houve 3 casos sem depressão e 4 com sintomas depressivos. Já entre os homens, foram 4 casos sem depressão e 10 com sintomas. O teste exato de Fisher apontou um valor de $p = 0,6384$, sugerindo que não há uma associação estatisticamente significativa entre o sexo e a presença de depressão ($p > 0,05$).

Tabela 5 – Distribuição da presença de depressão segundo características sociodemográficas em pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.

Variável	Categoria	Depressão		Total
		Ausente	Presente	
Sexo	Feminino	3	4	7
	Masculino	4	10	14
Estado civil	Solteiro	1	3	4
	Casado	2	9	11
	Divorciado	2	1	3
	Viúvo	2	1	3
Religião	Católica	6	5	11
	Evangélica	1	7	8
	Outros	0	2	2
Idade	0-44	0	1	1
	45-64	3	6	9
	65+	4	7	11

Elaborado pelo autor (2025).

Quando analisado o estado civil, observou-se o seguinte: entre os solteiros, houve 1 caso sem depressão e 3 com sintomas; entre os casados, 2 sem e 9 com; entre os divorciados, 2 sem e 1 com; e entre os viúvos, 2 sem e 1 com. O valor-p obtido para essa comparação foi de 0,2406, novamente sem indicar uma associação significativa.

Em relação à religião, os dados mostraram 6 casos sem depressão e 5 com entre católicos; 1 sem e 7 com entre evangélicos; e 2 casos com depressão (sem nenhum sem sintomas) entre participantes de outras religiões. O valor-p da análise foi de 0,1431, o que também não aponta para uma relação estatisticamente significativa entre religião e depressão.

Por fim, ao considerar a faixa etária, observou-se: entre os participantes de até 44 anos, 1 caso com depressão e nenhum sem; entre os de 45 a 64 anos, 3 sem e 6 com; e entre os com 65 anos ou mais, 4 sem e 7 com sintomas. O valor-p para essa análise foi de 1,000, indicando ausência total de associação entre idade e sintomas depressivos.

Vale destacar que o tamanho reduzido da amostra ($n = 21$) limita o poder estatístico dos testes, o que dificulta a identificação de associações que, de fato, possam existir. Além disso, algumas categorias apresentam frequências muito baixas, o que compromete a robu-

tez das estimativas. Ainda que não tenham sido encontradas associações estatisticamente significativas, os padrões observados podem apontar para tendências com relevância clínica ou social, merecendo atenção em estudos futuros com amostras maiores.

Para entender melhor se existe alguma relação entre a depressão e outras doenças clínicas em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC), foram analisadas algumas condições comuns, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e fibrilação atrial (FA). O objetivo era observar se essas comorbidades estavam associadas à presença ou ausência de sintomas depressivos.

Tabela 6 – Distribuição da presença de depressão segundo comorbidades clínicas em pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.

Variável	Categoria	Depressão		Total
		Ausente	Presente	
Hipertensão arterial	Não	0	4	4
	Sim	7	10	17
Diabetes mellitus	Não	2	6	8
	Sim	5	8	13
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	Não	5	10	15
	Sim	2	4	6
Fibrilação Atrial	Não	5	11	16
	Sim	2	3	5

Elaborado pelo autor (2025).

No caso da hipertensão, todos os quatro pacientes que não tinham HAS apresentaram depressão. Já entre os 17 pacientes hipertensos, 10 tinham depressão e 7 não. Como o número de pacientes sem hipertensão era pequeno, foi usado o teste exato de Fisher, que indicou um valor de $p = 0,2550$. Esse resultado mostra que, estatisticamente, não há uma associação significativa entre hipertensão e depressão nessa amostra.

Com relação ao diabetes, 8 dos 13 pacientes diabéticos apresentaram sintomas de depressão (61,5%). Entre os não diabéticos, 6 dos 8 também tinham depressão (75%). O mesmo teste estatístico foi aplicado, resultando em um valor de $p = 0,6557$, o que novamente não indica uma associação significativa entre diabetes e depressão.

Ao analisar a DPOC, verificou-se que 10 dos 15 pacientes sem a doença estavam deprimidos. Entre os que tinham DPOC, 4 de 6 apresentaram depressão. Apesar da maior

proporção entre os pacientes sem a condição, o valor de $p = 1,000$ mostrou que não há uma associação estatisticamente significativa entre DPOC e depressão.

Em relação à fibrilação atrial, 3 dos 5 pacientes com essa condição apresentaram sintomas depressivos (60%), e entre os 16 sem FA, 11 estavam deprimidos (68,8%). Mais uma vez, o valor de $p = 1,000$ indicou que não há relação significativa entre FA e depressão.

Mesmo que os resultados estatísticos não tenham apontado uma associação clara entre as comorbidades analisadas e a presença de depressão, chama atenção o fato de que a prevalência de sintomas depressivos foi alta entre os pacientes com ICC — cerca de dois terços (66,7%) apresentavam sintomas depressivos. Além disso, a maioria dos indivíduos com HAS, DM e DPOC também apresentou depressão, o que pode sugerir uma tendência clínica que não se refletiu nos dados de forma estatisticamente significativa, possivelmente por conta do número reduzido de participantes.

Para investigar possíveis relações entre variáveis clínicas e a presença de sintomas depressivos — avaliados por meio do questionário PHQ-9 (Tabela 6) — foi realizada uma análise estatística utilizando o teste exato de Fisher. As variáveis analisadas foram a fração de ejeção e a classe funcional dos pacientes, segundo a classificação da New York Heart Association (NYHA).

Tabela 7 – Distribuição da presença de depressão segundo a classificação da insuficiência cardíaca dos pacientes diagnosticados clinicamente com ICC em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba conforme a fração de ejeção e a classificação funcional NYHA.

Variável	Categoria	Depressão		Total
		Ausente	Presente	
Fração de ejeção	Reduzida	3	10	13
	Levemente reduzida	2	1	3
	Preservada	2	3	5
Classe funcional NYHA (New York Heart Association)	I	1	2	3
	II	5	2	7
	III	0	7	7
	IV	1	3	4

Elaborado pelo autor (2025).

Realizando a análise segundo a fração de ejeção, observou-se que, entre os pacientes com fração de ejeção reduzida, a maioria apresentava sintomas de depressão (10 com depressão e 3 sem). Já nas categorias levemente reduzida e preservada, os casos

se distribuíram de forma mais equilibrada, com 1 e 3 pacientes com sintomas depressivos, respectivamente. Apesar dessas diferenças numéricas, o teste exato de Fisher não apontou uma associação estatisticamente significativa entre a fração de ejeção e a presença de sintomas depressivos ($p = 0,4466$). Isso indica que, nessa amostra, o grau de comprometimento da fração de ejeção não teve uma relação clara com a ocorrência de sintomas depressivos.

Por outro lado, a análise da classe funcional NYHA revelou um padrão mais evidente: quanto maior a limitação funcional do paciente, maior a frequência de sintomas depressivos. Todos os pacientes classificados como NYHA III relataram sintomas de depressão, e três dos quatro na classe IV também apresentaram esses sintomas. Em contraste, entre os pacientes nas classes I e II, a maioria não apresentava sinais de depressão. Neste caso, o teste exato de Fisher indicou uma associação estatisticamente significativa entre a classe funcional e a presença de sintomas depressivos ($p = 0,0317$). Estes resultados sugerem que a piora da condição funcional em pacientes com insuficiência cardíaca pode estar ligada a um aumento na prevalência de sintomas depressivos na amostra obtida.

Foi realizada de maneira adicional uma análise para investigar a correlação entre o uso de certos medicamentos e a presença de depressão em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. O estudo considerou quatro grupos de medicamentos: inibidores de SGLT2, bloqueadores do sistema renina-angiotensina (SRAA), antagonistas da aldosterona e betabloqueadores.

Tabela 8 – Distribuição da presença de depressão segundo o uso de medicamentos em pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.

Variável	Categoria	Depressão		Total
		Ausente	Presente	
Inibidores do cotransportador sódio-glicose tipo 2 (iSGLT2)	Não	2	5	7
	Sim	5	9	14
Inibidores do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona	Não	1	6	7
	Sim	6	7	13
Antagonistas de aldosterona	Não	2	2	4
	Sim	5	12	17
Betabloqueadores	Não	0	1	1
	Sim	7	13	20

Elaborado pelo autor (2025).

Ao analisar o uso dos inibidores de SGLT2, observou-se que entre os pacientes que

não faziam uso dessa medicação, 5 apresentavam depressão e 2 não. Já entre os que utilizavam, 9 tinham depressão e 5 não. A aplicação do teste exato de Fisher mostrou que não houve uma associação estatisticamente significativa entre o uso desses medicamentos e a presença de depressão ($p = 1,000$).

Em relação aos inibidores do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA), 6 dos 7 pacientes que não utilizavam essa classe apresentavam depressão. Entre os 13 que faziam uso, 7 tinham depressão e 6 não. Novamente, o teste estatístico não indicou uma associação significativa ($p = 0,3285$).

No grupo dos antagonistas da aldosterona, dos 4 pacientes que não usavam esse tipo de medicamento, 2 tinham sintomas depressivos. Já entre os 17 que utilizavam, 12 apresentavam depressão. Ainda assim, o teste de Fisher não apontou uma relação estatisticamente significativa entre o uso dessa medicação e a depressão ($p = 0,5743$).

Por fim, quanto aos betabloqueadores, 20 pacientes estavam em uso da medicação; desses, 13 apresentavam depressão e 7 não. Apenas um paciente não utilizava betabloqueadores, e ele também apresentava depressão. O teste de Fisher novamente não mostrou associação significativa ($p = 1,000$).

Dessa maneira, o uso dos medicamentos amplamente reconhecidos por seus benefícios no controle e na progressão da insuficiência cardíaca, correlacionado com os dados encontrados, indica não estar diretamente ligado ao estado emocional dos pacientes, pelo menos em termos de sintomas depressivos detectados por triagem clínica. No entanto, é importante lembrar que a ausência de significância estatística não descarta completamente uma possível ligação clínica ou fisiopatológica. Isso é especialmente relevante quando se considera o tamanho reduzido da amostra ($n = 21$), limitando o poder da análise para detectar associações mais sutis.

A Tabela 9 traz os resultados da análise de um modelo de regressão de Poisson com função de ligação logarítmica, utilizado para investigar os fatores relacionados à pontuação total do PHQ-9 — um questionário amplamente utilizado para avaliar sintomas de depressão. Nesse modelo, a variável dependente foi a pontuação total do PHQ-9, enquanto as variáveis independentes incluíram idade, sexo, religião, presença de diabetes mellitus (DM), fração de ejeção, classe funcional (NYHA) e o uso de medicamentos como iSGLT2, SRAA, antagonistas da aldosterona e betabloqueadores.

Tabela 9 – Resultados do Modelo de Regressão de Poisson para os Fatores Associados à Pontuação Total no PHQ-9 em pacientes diagnosticados clinicamente com insuficiência cardíaca congestiva em um hospital de referência em cardiologia no estado da Paraíba.

Variável	Estimativa	Erro padrão	Valor z	Pr(> z)
Intercepto	2,8845	0,80451	3,5850	0,0003
Idade	0,0333	0,01128	2,9520	0,0032
Sexo (Masculino)	-1,1047	0,35004	-3,1560	0,0016
Religião (Evangelica)	2,1551	0,23939	8,9980	0,0000
Religião (Outras)	1,5295	0,41223	3,7100	0,0002
Diabetes Mellitus (Sim)	2,0535	0,29331	7,0030	0,0000
Fração de ejeção (Levemente reduzida)	-1,7138	0,70647	-2,4270	0,0152
Classe funcional NYHA (4)	-1,5587	0,46704	-3,3370	0,0008
iSGLT2 (Sim)	-1,8759	0,32913	-5,7010	0,0000
SRAA (Sim)	-1,6823	0,34474	-4,8820	0,0000
Antagonistas de aldosterona (Sim)	-1,7389	0,40886	-4,2510	0,0000
Betabloqueador (Sim)	-2,3297	0,42086	-5,5350	0,0000

Elaborado pelo autor (2025).

Os resultados mostraram que a idade tem uma associação positiva estatisticamente significativa com os escores do PHQ-9 — ou seja, pessoas mais velhas tendem a relatar mais sintomas depressivos. O sexo masculino, por sua vez, esteve relacionado a pontuações mais baixas em comparação às mulheres. A presença de diabetes mellitus também se destacou, estando fortemente ligada a um aumento significativo na pontuação do PHQ-9 — reforçando a conhecida ligação entre doenças crônicas e sofrimento emocional. A fração de ejeção, por outro lado, teve associação negativa: valores mais baixos (indicando pior função cardíaca) estiveram ligados a escores mais altos de depressão.

Curiosamente, pacientes na categoria mais grave de insuficiência cardíaca (Classe funcional NYHA 4) apresentaram escores menores de depressão, o que vai contra o esperado clinicamente. Esse resultado pode refletir um viés de seleção, diferenças na percepção subjetiva dos sintomas ou outros fatores não capturados pelo modelo, em especial de acordo com a escolha do tipo de questionário aplicado, sendo necessário investigar mais detidamente.

Quanto aos medicamentos, o uso de iSGLT2, antagonistas do SRAA e betabloqueadores esteve relacionado a menores escores de sintomas depressivos, o que pode direcionar a análise à interpretação de que o uso de terapia de primeira linha otimizada para insuficiência cardíaca pode levar à redução dos sintomas depressivos. A amostragem

pequena não permite maiores inferências, considerando que o uso de antagonistas de aldosterona demonstraram uma associação a aumento dos sintomas depressivos. Em resumo, o modelo aponta que fatores sociodemográficos, condições clínicas e o tratamento medicamentoso influenciam significativamente a manifestação de sintomas depressivos em pessoas com doenças crônicas. Entender essas relações pode ajudar no desenvolvimento de estratégias mais integradas, que considerem tanto a saúde física quanto a mental.

Como mencionado anteriormente, um dos principais desafios deste estudo é o tamanho reduzido da amostra ($n=21$). Para garantir resultados mais precisos e representativos, foi realizado o cálculo do tamanho ideal de amostra. Utilizou-se o método baseado em proporções, considerando os dados atuais como uma amostra piloto. Nela, observou-se uma prevalência de depressão de 66,67% entre os pacientes com diagnóstico clínico de insuficiência cardíaca congestiva. A partir desse dado, estimou-se uma prevalência esperada de aproximadamente 70% ($P=70\%$). Adotando uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%, obtivemos o resultado de que o tamanho ideal estimado da amostra para este estudo deveria ser de cerca de 323 participantes.

5 Discussão

A presente pesquisa identificou uma prevalência de 66,7% de sintomas depressivos entre os pacientes com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva (ICC), com base na aplicação do questionário PHQ-9. Esse resultado está de acordo com a literatura, que aponta taxas de sintomas depressivos em pacientes com IC variando entre 40% e 60%, a depender da população estudada e da metodologia utilizada (TSABEDZE et al., 2021; GOTTLIEB et al., 2004). Tal prevalência é significativamente superior à observada na população geral brasileira, estimada entre 5,8% e 10% conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019), o que reforça a associação já descrita em estudos prévios entre IC e sofrimento psíquico (ABURUZ, 2018; SOKORELI et al., 2016).

No presente estudo, observou-se que todos os pacientes classificados como NYHA III e três dos quatro pacientes na classe IV apresentavam sintomas depressivos, o que confere robustez à hipótese de que quanto maior o grau de limitação funcional, maior a prevalência de sintomas depressivos, pelo menos dentro da população estudada. Esse achado corrobora com dados prévios da literatura que relacionam piora da classe funcional NYHA com maior sofrimento psicológico (RASHID et al., 2023; SOKORELI et al., 2016). O tamanho reduzido da amostra reduz o poder estatístico de inferência que aplique o mesmo resultado para a população geral, mas aponta na direção de que os dados obtidos no nosso serviço caminham de maneira paralela às estatísticas mundiais e nacionais.

Além disso, a regressão de Poisson demonstrou associação estatisticamente significativa entre variáveis clínicas e a pontuação no PHQ-9. A presença de diabetes mellitus foi identificada como fator associado ao aumento dos sintomas depressivos, o que está em consonância com estudos que apontam comorbidades como diabetes, hipertensão e DPOC como preditores independentes para depressão em pacientes com IC (ZAHID et al., 2018; RASHID et al., 2023). A limitação do método no presente estudo se deveu ao tamanho limitado da amostra. Uma amostra de 21 pacientes exigiu que na análise estatística, na maior parte das variáveis, considerássemos um erro padrão mais alto do que o desejável, reduzindo o poder de dedução de que os resultados obtidos são aplicáveis à população geral dos pacientes com insuficiência cardíaca. A falta de um grupo controle, por sua vez, também impediu uma comparação direta entre os grupos atendidos no Hospital Nova Esperança que aumentasse o poder estatístico da pesquisa mesmo para a população usuária do serviço. Somado a isso, a amostragem por conveniência devido ao tempo limitado para coleta dos dados, que foi optada devido à necessidade de obter uma amostragem maior, mostrou-se também problemática tendo em vista a quantidade pequena de pacientes obtidos visto que os ambulatórios foram majoritariamente de cardiologia geral e não específicos para insuficiência cardíaca, que submetia a coleta de dados à presença dos pacientes internados ou no ambulatório (não garantindo o diagnóstico clínico de IC a todos os pacientes atendidos e, portanto, reduzindo a população plausível de ser incluída).

Curiosamente, o modelo multivariado utilizando o Método de Regressão de Poisson apontou que pacientes classificados na classe funcional NYHA IV apresentaram escores mais baixos de sintomas depressivos, o que contradiz a tendência esperada, mesmo que a análise do teste exato de Fischer demonstrassem um resultado contrário. Esse achado pode ser interpretado como um reflexo de viés de percepção, amostra reduzida ou fenômenos psicológicos complexos, como adaptação ao sofrimento ou negação em estágios mais avançados da doença. Algumas perguntas do questionário também possuíam limitação quanto ao viés de confusão dos pacientes avaliados levando a uma percepção errônea acerca de os sintomas serem devido à IC ou aos sintomas depressivos. Por exemplo, o uso de termos como “sensação de fadiga ou cansaço” e “lentidão para se mover” podem correlacionar-se tanto a sintomas depressivos quanto a limitações físicas ocasionadas pela própria insuficiência cardíaca, dificultando a obtenção de respostas mais objetivas aos questionamentos.

Em relação à faixa etária, a maior parte da amostra se concentrou em pacientes com idade superior a 60 anos, o que está de acordo com a epidemiologia da IC, cuja prevalência aumenta significativamente com o envelhecimento. Segundo Cestari et al. (2022), a faixa etária mais acometida por IC no Brasil situa-se entre os 60 e 79 anos, representando mais da metade das internações hospitalares por esta condição.

O uso de medicações indicadas pelas diretrizes para tratamento da IC – como iSGLT2, bloqueadores do SRAA, antagonistas da aldosterona e betabloqueadores – apresentou correlação com menores escores de depressão no modelo de regressão. Ainda que os testes bivariados não tenham apontado significância estatística, esse achado sugere que o controle adequado da IC pode contribuir para a melhora do estado emocional, direta ou indiretamente, o que é coerente com achados que relacionam melhora clínica com melhora psicossocial em pacientes com IC (HEIDENREICH et al., 2022; VADUGANATHAN et al., 2020).

Portanto, os resultados desta pesquisa reforçam a necessidade de abordagem integrada entre cardiologia e saúde mental, considerando que a prevalência de depressão em pacientes com IC é substancialmente maior do que na população geral, com agravamento proporcional ao declínio funcional.

Este estudo apresenta limitações conhecidas previamente ao seu desenho, mas que foram toleradas pela equipe de pesquisa a fim de permitir o levantamento da hipótese em questão e permitir que outros estudos na mesma linha e com aprimoramento metodológico sejam realizados a fim de nos fornecer informações mais fidedignas e com validade interna e externa. A escolha da amostragem por conveniência se deveu à necessidade de uma obtenção de um número adequado para uma análise preliminar durante o tempo disponível, o que limita a possibilidade de certas inferências estatísticas. Por outro lado, a escolha do questionário PHQ-9 foi sabidamente aquém da necessidade diagnóstica dos pacientes, visto que o questionário possui baixo poder diagnóstico, mas sim um poder de estratificação

sintomatológica. Sua escolha se deveu à necessidade da aplicação rápida e que não atrapalhasse na consulta médica permitindo celeridade ao processo e causando um mínimo de incômodo aos pacientes. Desta forma, esta pesquisa possui um propósito de levantar a possibilidade de uma linha de pesquisa específica que colocam a saúde cardiovascular e mental lado a lado, auxiliando na adesão do tratamento das doenças de ambas as esferas e melhorando a qualidade do cuidado integral à saúde dos pacientes envolvidos.

A presença de depressão na população geral de um máximo de 10% em comparação aos dados obtidos em pesquisas semelhantes na população dos pacientes com insuficiência cardíaca que gira em torno de 40 a 60% na população cardiopata (TSABEDZE et al., 2021; GOTTLIEB et al., 2004), mostra-se de acordo com a amostragem obtida no nosso serviço com uma prevalência de 66,7%. As limitações do estudo atual são conhecidas e foram toleradas visando levantar uma hipótese e permitir que mais estudos sejam realizados. Assim como da mesma maneira que a piora da classe funcional parece piorar os sintomas depressivos dos pacientes segundo os dados obtidos, os sintomas depressivos possibilitam uma baixa adesão ao tratamento de ambas as doenças (depressão e insuficiência cardíaca), gerando um ciclo que retroalimenta o adoecimento do paciente. Pacientes sem o adequado acompanhamento psicológico possuirão mais dificuldade para aderir ao tratamento da IC e, conseqüentemente, maior chance de internações e desfechos negativos devido à má adesão terapêuticas. As análises obtidas estão distantes de nos fornecer uma resposta cabal, mas abre margem à realização de novos estudos mais profundos na área.

6 Conclusão

A presente pesquisa desenvolvida no âmbito do serviço de Cardiologia do Hospital Nova Esperança, apesar de suas limitações quanto ao tempo dedicado à coleta de dados e ao viés de seleção ocasionado pela amostragem por conveniência, após submissão a análise estatística adequada aos parâmetros obtidos, trouxe-nos resultados que apresentam-se de acordo com o que há de evidência ao nível nacional e internacional acerca de saúde cardiovascular e mental. Pacientes com insuficiência cardíaca são populações normalmente vulneráveis a outras comorbidades pelo próprio mecanismo de adoecimento, mas frequentemente o âmbito da saúde mental é deixado de lado nos consultórios especializados. Apesar de suas limitações, o presente estudo levanta questionamentos relevantes que podem contribuir para aprimorar o cuidado de pacientes com insuficiência cardíaca, destacando a importância de incluir o acompanhamento psicológico como parte integrante do manejo clínico desses indivíduos, por meio de políticas de saúde pública ou mesmo institucionais de centros especializados em cardiologia.

7 Referências Bibliográficas

1. ABURUZ, M. E. Anxiety and depression predicted quality of life among patients with heart failure. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, v. 11, p. 367–373, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30104881/>. Acesso em: 16 abr. 2025.
2. BOCCHI, E. A. et al. The reality of heart failure in Latin America. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 62, n. 11, p. 949–958, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23850910/>. Acesso em: 16 abr. 2025.
3. CESTARI, V. R. F. et al. Spatial distribution of mortality for heart failure in Brazil, 1996–2017. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 118, n. 1, p. 41–51, 2022.
4. GOTTLIEB, S. S. et al. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 43, n. 9, p. 1542–1549, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15120809/>. Acesso em: 16 abr. 2025.
5. HEIDENREICH, P. A. et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the management of heart failure: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, v. 145, n. 18, p. e895–e1032, 2022. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001063>. Acesso em: 16 abr. 2025.
6. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 16 abr. 2025.
7. KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, v. 16, n. 9, p. 606–613, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495268/>. Acesso em: 16 abr. 2025.
8. MANN, D. L. et al. *Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*. 10. ed. Philadelphia: Elsevier/Saunders, 2015.
9. NEW YORK HEART ASSOCIATION. *Nomenclature and criteria for diagnosis of diseases of the heart and great vessels*. 9. ed. Boston: Little, Brown & Co., 1994. p. 253–255. Disponível em: https://books.google.com/books/about/Nomenclature_and_Criteria_for_Diagnosis.html?id=Vs5qQgAACAAJ. Acesso em: 16 abr. 2025.
10. NOHRIA, A. et al. Clinical assessment identifies hemodynamic profiles that predict outcomes in patients admitted with heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 41, n. 10, p. 1797–1804, 2003.
11. PLANT, L. D. et al. Development of acute decompensated heart failure among hospital inpatients: incidence, causes and outcomes. *Heart Lung and Circulation*, v. 28, n. 3, p. 406–413, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2017.12.004>. Acesso em: 16

abr. 2025.

12. PONIKOWSKI, P. et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*, v. 37, n. 27, p. 2129–2200, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27206819/>. Acesso em: 16 abr. 2025.

13. RASHID, S. et al. Anxiety and depression in heart failure: an updated review. *Current Problems in Cardiology*, v. 48, n. 11, p. 101987, 2023.

14. SOKORELI, I. et al. Depression and anxiety as predictors of mortality among heart failure patients: systematic review and meta-analysis. *Heart Failure Reviews*, v. 21, n. 1, p. 49–63, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26572543/>. Acesso em: 16 abr. 2025.

15. TAYLOR, D. M. D. et al. A comparison of precipitants and mortality when acute decompensated heart failure occurs in the community and hospital settings. *Heart Lung and Circulation*, v. 21, n. 8, p. 439–443, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hlc.2012.04.008>. Acesso em: 16 abr. 2025.

16. TROMP, J. et al. A systematic review and network meta-analysis of pharmacological treatment of heart failure with reduced ejection fraction. *JACC: Heart Failure*, v. 10, n. 2, p. 73–84, 2022.

17. TSABEDZE, N. et al. The prevalence of depression, stress and anxiety symptoms in patients with chronic heart failure. *International Journal of Mental Health Systems*, v. 15, n. 1, p. 1–6, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00467-x>. Acesso em: 16 abr. 2025.

18. VADUGANATHAN, M. et al. Estimating lifetime benefits of comprehensive disease-modifying pharmacological therapies in patients with heart failure with reduced ejection fraction. *The Lancet*, v. 396, n. 10244, p. 121–128, 2020.

19. ZAHID, I. et al. Frequency and predictors of depression in congestive heart failure. *Indian Heart Journal*, v. 70, supl. 3, p. S199–S203, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30595257/>. Acesso em: 16 abr. 2025.

Apêndices

APÊNDICE A – FICHA DE COLETA DE DADOS ADICIONAIS

Título do Projeto: PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO E ENFERMARIA DE HOSPITAL CARDIOLÓGICO NA PARAÍBA

1. Dados Demográficos

- **Nome:** _____
- **Idade:** _____
- **Estado Civil:** _____
- **Religião:** _____

2. Dados Clínicos

Comorbidades (marcar as existentes):

- () Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
- () Diabetes Mellitus (DM)
- () Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)
- () Outras (especificar): _____

Medicações Contínuas para Comorbidades e Insuficiência Cardíaca (ICC):

- iSGLT2: () Sim () Não
- Bloqueadores do SRAA: () Sim () Não
- Antagonistas de Aldosterona: () Sim () Não
- Betabloqueadores: () Sim () Não
- Outras (especificar): _____

Medicações em Uso para Depressão (quando aplicável):

- Nome(s) do(s) medicamento(s): _____
- Tempo de uso: _____
- Dose diária: _____

Observações Adicionais:

Data:

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Título do Estudo: PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO E ENFERMARIA DE HOSPITAL CARDIOLÓGICO NA PARAÍBA

Pesquisador Responsável: Rossandro Aranha Batista Filho

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o (a) senhor (a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A proposta deste termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

O objetivo desta pesquisa é avaliar a prevalência de depressão em pacientes portadores de insuficiência cardíaca e tem como justificativa a avaliação da prevalência de depressão em pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva em pacientes com classificação funcional NYHA II e III.

Se o(a) Sr.(a) aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: preenchimento de questionário para avaliação de sintomas depressivos com duração estimada de 20 minutos e fornecimento de dados pessoais para contato em caso de possíveis pesquisas futuras.

Toda pesquisa com seres humanos envolve algum tipo de risco. No nosso estudo, os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa incluem possíveis vazamentos de informações sigilosas contidas em prontuário, desconforto emocional provocado pelo preenchimento do questionário PHQ-9, prolongamento do tempo de permanência no ambulatório, gerando desconforto em casos delicados, e interpretações equivocadas do questionário PHQ-9 como um diagnóstico definitivo de depressão.

Para mitigar esses riscos, todas as informações coletadas serão armazenadas de forma segura, com acesso restrito apenas aos pesquisadores diretamente envolvidos no estudo. Além disso, os dados serão anonimizados sempre que possível, e medidas de segurança digital, como criptografia e proteção por senhas, serão implementadas para resguardar os registros eletrônicos. Os participantes serão previamente informados sobre a natureza do questionário PHQ-9 e terão a liberdade de interromper o preenchimento a qualquer momento caso sintam desconforto. Caso sejam observados sinais de sofrimento emocional significativo, os participantes serão orientados a buscar assistência psicológica, com possibilidade de encaminhamento para avaliação especializada. A coleta dos dados será planejada para ocorrer em momentos estratégicos, minimizando o impacto na rotina do atendimento e reduzindo ao máximo o tempo adicional necessário para participação no estudo. Além disso, será enfatizado que o questionário PHQ-9 é um instrumento de rastre-

amento e não um diagnóstico clínico, garantindo que os participantes compreendam sua finalidade. Em casos de pontuações elevadas, será oferecida a opção de encaminhamento para avaliação médica especializada.

Essas medidas visam minimizar os riscos da pesquisa, garantindo a segurança, o sigilo das informações e o bem-estar dos participantes.

Contudo, esta pesquisa também pode trazer benefícios. O possível benefícios resultantes da participação na pesquisa é o aumento do conhecimento acerca dos transtornos depressivos em pacientes portadores de insuficiência cardíaca, podendo beneficiar o diagnóstico e tratamento de pacientes portadores de ambas as patologias.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra algum problema ou dano com o(a) Sr.(a), resultante de sua participação na pesquisa, o(a) Sr.(a) receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal e garantimos indenização diante de eventuais fatos comprovados, com nexos causal com a pesquisa.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto, bem como em todas as fases da pesquisa.

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido ao Sr.(a), o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que o(a) Sr.(a) queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Caso o(a) Sr.(a) tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Rossandro Aranha Batista Filho, pelo telefone 83 986128423, endereço Av. Júlia Freire, 501 e/ou pelo e-mail rossandrofilho@hotmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda, endereço Avenida Frei Galvão, 12, Gramame, João Pessoa-PB, CEP: 58067-695, telefone: (83) 2106-4790 e e-mail: cep@facene.com.br.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma do(a) Sr.(a) e a outra para os pesquisadores.

Declaração de Consentimento

Concordo em participar do estudo intitulado: PREVALÊNCIA DE DEPRESSÃO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO E ENFERMARIA DE HOSPITAL CARDIOLÓGICO NA PARAÍBA.

_____ Nome do participante ou responsável	Data: ____/____/____
_____ Assinatura do participante ou responsável	
_____ Nome do participante ou responsável	Data: ____/____/____
_____ Assinatura do participante ou responsável	

Eu, Rossandro Aranha Batista Filho declaro cumprir as exigências contidas nos itens IV.3 e IV.4, da Resolução nº 466/2012 MS.

_____ Assinatura e carimbo do Pesquisador	Data: ____/____/____
_____ Assinatura e carimbo do Pesquisador	

APÊNDICE C – Apêndice III: Termo de responsabilidade e compromisso do pesquisador responsável

Eu, Rossandro Aranha Batista Filho, pesquisador responsável pelo projeto Prevalência de depressão em pacientes com Insuficiência Cardíaca Congestiva em Hospital Cardiológico no estado da Paraíba, declaro estar ciente e que cumprirei os termos da Resolução nº 466/2-012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde – CONEP, e declaro: (a) assumir o compromisso de zelar pela privacidade e sigilo das informações; (b) tornar os resultados desta pesquisa públicos sejam eles favoráveis ou não; e, (c) comunicar o CEP sobre qualquer alteração no projeto de pesquisa, nos relatórios anuais ou através de comunicação protocolada, que me forem solicitadas.

João Pessoa, 06/02/2025

Rossandro Aranha Batista Filho

Médico Residente de Cardiologia HNE/Famene

Anexos

ANEXO A – Anexo I: Questionário PHQ-9:**1. Pouco interesse ou prazer em fazer coisas (escore de 0 a 3)**

- (0) Não ocorre
- (1) Ocorre vários dias
- (2) Ocorre mais da metade dos dias
- (3) Ocorre todos os dias

2. Sentir-se desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança (escore de 0 a 3)

- (0) Não ocorre
- (1) Ocorre vários dias
- (2) Ocorre mais da metade dos dias
- (3) Ocorre todos os dias

3. Dificuldade para dormir ou dormir em excesso (escore de 0 a 3)

- (0) Não ocorre
- (1) Ocorre vários dias
- (2) Ocorre mais da metade dos dias
- (3) Ocorre todos os dias

4. Sentir-se cansado(a) ou ter pouca energia (escore de 0 a 3)

- (0) Não ocorre
- (1) Ocorre vários dias
- (2) Ocorre mais da metade dos dias
- (3) Ocorre todos os dias

5. Falta de apetite ou comer em excesso (escore de 0 a 3)

- (0) Não ocorre
- (1) Ocorre vários dias
- (2) Ocorre mais da metade dos dias

- (3) Ocorre todos os dias

6. Sentir-se mal consigo mesmo(a), sentir-se um(a) fracassado(a) ou achar que decepciona as pessoas próximas (escore de 0 a 3)

- (0) Não ocorre
- (1) Ocorre vários dias
- (2) Ocorre mais da metade dos dias
- (3) Ocorre todos os dias

7. Dificuldade para se concentrar em coisas, como leitura ou assistir televisão (escore de 0 a 3)

- (0) Não ocorre
- (1) Ocorre vários dias
- (2) Ocorre mais da metade dos dias
- (3) Ocorre todos os dias

8. Mover-se ou falar devagar, ou o contrário, ficar inquieto(a) e incapaz de ficar parado(a) (escore de 0 a 3)

- (0) Não ocorre
- (1) Ocorre vários dias
- (2) Ocorre mais da metade dos dias
- (3) Ocorre todos os dias

9. Pensamentos de que seria melhor estar morto(a) ou de se machucar de alguma forma (escore de 0 a 3)

- (0) Não ocorre
- (1) Ocorre vários dias
- (2) Ocorre mais da metade dos dias
- (3) Ocorre todos os dias

ANEXO B – Anexo II: Termo de anuência da instituição (Hospital Nova Esperança)**TERMO DE ANUÊNCIA**

Declaramos para os devidos fins que nós do Hospital Nova Esperança estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “Prevalência de depressão em pacientes com insuficiência cardíaca congestiva atendidos em ambulatório e enfermaria de hospital cardiológico na Paraíba” nas dependências da nossa instituição, sob a coordenação e a responsabilidade do pesquisador Rossandro Aranha Batista Filho e assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nessa instituição, no período de 01/02/2025 a 30/04/2025, após a devida aprovação no Sistema CEP/CONEP.

João Pessoa, 28 de janeiro de 2025.

George Robson Ibiapina - Diretor Técnico do Hospital Nova Esperança