

ARTIGO ORIGINAL

Prevalência e fatores associados aos sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com insuficiência cardíaca

Prevalence and factors associated with anxiety and depressive symptoms in patients with heart failure

HIGHLIGHTS

1. Os sintomas de ansiedade e depressão foram prevalentes em pacientes com insuficiência cardíaca.
2. A ansiedade foi associada ao sexo, ao estado civil e a escolaridade.
3. A classificação funcional apresentou correlação com sintomas depressivos.

Danielly Farias Santos de Lima¹ 
Juliana Pessoa de Souza¹ 
Lidiane Lima de Andrade¹ 
Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal¹ 
Maria Eliane Moreira Freire¹ 
Suzanne Fredericks² 
Mailson Marques de Sousa¹ 

RESUMO

Objetivo: Identificar a prevalência e os fatores sociodemográficos e clínicos associados aos sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com insuficiência cardíaca em uma clínica ambulatorial de cardiologia. **Métodos:** Estudo transversal realizado em uma clínica ambulatorial de cardiologia em João Pessoa, Paraíba, Brasil, envolvendo 88 pacientes. Os sintomas de ansiedade e depressão foram avaliados por meio da *Hospital Anxiety and Depression Scale*. Foram utilizados testes de associação, correlação de Spearman e regressão de Poisson. **Resultados:** A prevalência de sintomas de ansiedade foi de 67,1%, e de sintomas depressivos de 34,1%. O estado civil, o sexo e a escolaridade foram significativamente associados aos sintomas de ansiedade. **Conclusões:** Identificou-se uma alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão. Intervenções de saúde são necessárias para minimizar o impacto dos sintomas psicológicos, pois tais medidas são essenciais para melhorar a adesão à terapia e a qualidade de vida dos pacientes com insuficiência cardíaca.

DESCRITORES: Insuficiência Cardíaca; Doenças Cardiovasculares; Ansiedade; Depressão; Prevalência.

COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

de Lima DFS, de Souza JP, de Andrade LL, Leadebal ODCP, Freire MEM, Fredericks S, et al. Prevalência e fatores associados aos sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com insuficiência cardíaca. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2025 [cited "insert year, month and day"];30:e99574pt. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.99574pt>

¹Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem Clínica, João Pessoa, PB, Brasil.

²Toronto Metropolitan University, Daphne Cockwell School of Nursing, Toronto, ON, Canada.

INTRODUÇÃO

A insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica crônica caracterizada pela incapacidade do coração de fornecer perfusão adequada aos órgãos. Está associada a alterações estruturais ou funcionais que têm efeitos adversos no organismo, levando à diminuição da qualidade de vida, aumento das admissões hospitalares e taxas de mortalidade mais elevadas¹⁻².

A IC afeta entre 1% e 3% da população adulta, particularmente a população idosa. Estima-se que mais de 64 milhões de pessoas em todo o mundo vivam com IC². No Brasil, durante o período 2022-2023 foram registradas 408.771 admissões hospitalares decorrentes da síndrome³.

Evidências destacam que a ansiedade e a depressão são prevalentes em pacientes com IC e têm sido associadas à progressão da síndrome e desfechos clínicos adversos⁴⁻⁵. Uma revisão sistemática indicou que a prevalência global de depressão em pacientes com IC varia de 20% a 45%, enquanto a prevalência de ansiedade varia de 20% a 50%¹. Esses distúrbios causam alterações neuro-hormonais exacerbadas, desregulação do humor e alterações na função cognitiva, que influenciam padrões de pensamento negativos e comprometem a capacidade do indivíduo de realizar comportamentos de autocuidado essenciais para manter a capacidade funcional e da qualidade de vida⁴⁻⁵.

Uma pesquisa multicêntrica realizada em 71 centros hospitalares no Brasil, com 3.013 participantes, revelou que 13,2% dos pacientes apresentavam diagnóstico de depressão⁶. Pesquisas anteriores apontam fatores como sexo feminino, estado civil, idade avançada, reinternações hospitalares e comorbidades pré-existentes como associados aos sintomas depressivos⁷⁻⁸.

As diretrizes internacionais recomendam que os profissionais de saúde realizem o rastreio de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com IC⁹⁻¹⁰. Esta pesquisa é relevante para a prática clínica, uma vez que a avaliação desses sintomas psicológicos pode subsidiar enfermeiros e profissionais da equipe multidisciplinar na elaboração de planos de cuidados. Além disso, oferece suporte à implementação de intervenções de saúde não farmacológicas destinadas ao gerenciamento de sintomas, melhorando a adesão ao tratamento, facilitando a tomada de decisão e o bem-estar do paciente.

Assim, o objetivo deste estudo foi identificar a prevalência e os fatores sociodemográficos e clínicos associados aos sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com insuficiência cardíaca em uma clínica ambulatorial de cardiologia.

MÉTODO

Estudo transversal, analítico e exploratório realizado de acordo com as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). A pesquisa foi realizada na clínica ambulatorial de cardiologia de um hospital de média e alta complexidade afiliado à Universidade Federal de Paraíba, gerida pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), localizada em João Pessoa, PB, Brasil. Nesta clínica, os pacientes são encaminhados através do sistema regulatório municipal para consultas de cardiologia especializada.

A população do estudo consistiu em 112 pacientes com IC sob acompanhamento no serviço. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado usando o programa OpenEpi, versão 3.01, baseado em um estudo anterior⁵ que identificou uma prevalência de 62% de sintomas de ansiedade em pacientes com IC, com um nível de confiança de 95% e um erro de amostragem de 5%. O cálculo resultou em uma amostra mínima de 86 participantes.

Os critérios de inclusão foram: pacientes com diagnóstico de IC, com idade ≥ 18 anos, independentemente da etiologia e Fração de Ejeção Ventricular Esquerda (FEVE) contida no laudo de ecocardiograma transtorácico. Os critérios de exclusão foram: pacientes com diagnóstico médico de ansiedade ou depressão, comprometimento cognitivo, e uso de medicamentos psicotrópicos (ansiolíticos e antidepressivos) registrados em prontuário clínico.

Os dados foram coletados de pacientes previamente agendados para consultas, verificando os critérios de inclusão e exclusão nos registros clínicos entre setembro de 2022 e abril de 2023 usando amostragem de conveniência. Cada participante passou por uma entrevista individual em um ambiente privado que durou cerca de 40 minutos. Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos:

1) Um formulário para a caracterização sociodemográfica e clínica de pacientes com IC, utilizado em um estudo anterior¹¹, contendo as seguintes variáveis: data de nascimento, idade, sexo, procedência, raça autodeclarada, presença de parceiro (com parceiro; sem parceiro), escolaridade, situação de emprego, renda familiar, etiologia de IC, classe funcional de acordo com os critérios da *New York Heart Association* (NYHA), comorbidades associadas à IC, FEVE registrada em laudo de ecocardiograma transtorácico e terapêutica medicamentosa em uso.

2) A *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), traduzida e validada para o Português Brasileiro¹², foi utilizada para avaliar sintomas de ansiedade e depressão. A HADS consiste em duas subescalas com 14 itens (sete para ansiedade e sete para depressão), com opções de resposta de múltipla escolha. Cada item é avaliado em uma escala de zero a três, com uma pontuação máxima de 21 para cada subescala. As pontuações mais altas indicam maior percepção dos sintomas¹². As pontuações de 0 a 7 indicam ausência de sintomas, as pontuações de 8 a 10 indicam sintomas moderados e as pontuações ≥ 11 correspondem a níveis significativos de ansiedade ou depressão⁷.

Os dados foram organizados em planilhas do Microsoft Office Excel e analisados usando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0 para Windows (IBM Corp., Armonk, NY, EUA). Foram realizadas estatísticas descritivas (frequências absolutas e relativas, média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil).

A normalidade dos dados foi avaliada usando o teste Kolmogorov-Smirnov, que indicou uma distribuição anormal. Para identificar a associação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e pontuações de ansiedade e depressão, foi usado o teste qui-quadrado ou o teste exato de Fisher.

Para as análises, as variáveis sociodemográficas foram agrupadas em subgrupos: idade (< 59 ; ≥ 60), sexo (masculino; feminino), cor da pele (branco; não-branco), nível de educação (< 8 anos; ≥ 8 anos), parceiro (com parceiro; sem parceiro), situação de emprego (economicamente ativo; inativo), renda familiar (até um salário; mais de um salário). Quanto às variáveis clínicas: etiologia (isquêmica; não isquêmica), classe funcional NYHA (NYHA I, NYHA II, NYHA III), FEVE (reduzida; preservada), número de comorbidades (1-2 comorbidades; ≥ 3 comorbidades), número de medicamentos

(1-5 medicamentos; ≥ 6 medicamentos). Os sintomas de ansiedade e depressão foram classificados como sem sintomas (0 a 7 pontos) e com sintomas (≥ 8 pontos).

A análise de correlação de Spearman foi realizada para medir as relações entre o escore total da HADS e variáveis sociodemográficas e clínicas. Para avaliar a força das correlações, foram adotados os seguintes critérios: $\leq 0,30$ de fraca magnitude, entre $0,40$ e $0,60$ de moderada magnitude e acima $0,70$ de forte magnitude¹³.

As variáveis com um valor $p \leq 0,20$ obtidas na análise inferencial foram testadas no modelo multivariado usando regressão de Poisson com variância robusta, e as variáveis com significância estatística de 5% permaneceram no modelo final. Estas decisões foram tomadas seguindo recomendações da literatura¹⁴. Vários modelos foram ajustados, considerando o critério de Akaike Information Criterion (AIC) e o Omnibus Test. O modelo final incluiu todas as variáveis com um valor de $p < 0,05$.

Os participantes formalizaram sua anuência no estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa, sob o número de aprovação 5.470.220/2022. Todos os princípios éticos e legais da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidos.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 88 pacientes com IC, 56,8% ($n=50$) eram residentes de João Pessoa, PB, e 43,2% ($n=38$) eram da região metropolitana, com idade média de $57,16 \pm 13,20$ anos, variando de 24 a 82 anos. Destes, 52,3% ($n=46$) eram do sexo masculino, 47,7% ($n=42$) se identificavam como pardos, 50% ($n=44$) eram casados ou estavam em uniões estáveis, 50% ($n=44$) eram aposentados e 65,9% ($n=58$) tinham renda familiar de um salário mínimo.

Em relação às variáveis clínicas, 70,5% ($n=62$) tinham etiologia não-isquêmica, 42% ($n=37$) foram classificados na classe funcional II de acordo com a NYHA, com fração média de ejeção ventricular esquerda (FEVE) de $40,40 \pm 13,86\%$, 31,8% tinham hipertensão associada à IC, 78,1% não praticavam atividade física e 35,1% estavam em uso de betabloqueadores.

A mediana dos sintomas de ansiedade foi de 9,00 (intervalo interquartil de 9,00 a 11,75), variando de 4 a 18 pontos. Para os sintomas de depressão, a mediana foi de 6,00 (intervalo interquartil de 6,00 a 8,00), variando de 0 a 14 pontos. A prevalência dos sintomas de ansiedade foi de 67,1%, e 34,1% de depressão.

A Tabela 1 apresenta a associação dos sintomas de ansiedade e depressão e as variáveis sociodemográficas. Observou-se que sexo e estado civil apresentaram associação significativa com os sintomas de ansiedade. Não foram identificadas variáveis associadas à depressão.

A Tabela 2 apresenta a associação entre sintomas de ansiedade e depressão e as variáveis clínicas. Não foi encontrada associação entre as variáveis e sintomas de ansiedade. Observou-se associação significativa entre a classe funcional NYHA e a HADS depressão.

Tabela 1. Fatores sociodemográficos associados aos sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com IC. João Pessoa, PB, Brasil, 2023

Variáveis	N (%)	HADS Ansiedade			HADS Depressão		
		Sem sintomas	Com sintomas	valor p	Sem sintomas	Com sintomas	valor p
Idade							
≤ 59 anos	46 (52,3)	14 (15,9)	32 (36,4)	0,599*	31 (35,2)	15 (17,0)	0,759*
≥ 60 anos	42 (47,7)	15 (17,0)	27 (30,7)		27 (30,7)	15 (17,0)	
Sexo							
Masculino	46 (52,3)	22 (25,0)	24 (27,3)		34 (38,6)	12 (13,6)	
Feminino	42 (47,7)	7 (8,0)	35 (39,8)		24 (27,3)	18 (20,5)	
Cor da pele							
Branco	17 (19,3)	6 (6,8)	11 (12,5)		14 (15,9)	3 (3,4)	
Não branco	71 (80,7)	23 (26,1)	48 (54,5)		44 (50,0)	27 (30,7)	
Escolaridade							
< 8 anos de estudo	50 (56,8)	13 (14,8)	37 (42,0)		35 (39,8)	15 (17,0)	
> 8 anos de estudo	38 (43,2)	16 (18,2)	22 (25,0)		23 (26,1)	15 (17,0)	
Parceiro							
Com parceiro	44 (50,0)	10 (11,4)	34 (38,6)		29 (33,0)	15 (17,0)	
Sem parceiro	44 (50,0)	19 (21,6)	25 (28,4)		29 (33,0)	15 (17,0)	
Situação do emprego							
Economicamente ativo	8 (9,1)	1 (1,1)	7 (8,0)		4 (4,5)	4 (4,5)	
Inativo	80 (90,9)	28 (31,8)	52 (59,1)		54 (61,4)	26 (29,5)	
Renda							
Até um salário mínimo	58 (65,9)	16 (18,2)	42 (47,7)		36 (40,9)	22 (25,0)	
Mais de um salário mínimo	30 (34,1)	13 (14,8)	17 (19,3)		22 (25,0)	8 (9,1)	

Legenda: p < 0,05. *Teste de qui-quadrado; **Teste de Fisher.

Fonte: Os autores (2023).

Tabela 2. Fatores clínicos associados aos sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com IC. João Pessoa, PB, Brasil, 2023

(continua)

Variáveis	N (%)	HADS Ansiedade			HADS Depressão		
		Sem sintomas	Com sintomas	valor p	Sem sintomas	Com sintomas	valor p
Etiologia							
Isquêmica	26 (29,5)	9 (10,2)	17 (19,3)	0,830*	17 (19,3)	9 (10,2)	0,946*
Não-isquêmica	62 (70,5)	20 (22,7)	42 (47,7)		41 (46,6)	21 (23,9)	
NYHA							
NYHA I	21 (23,9)	6 (6,8)	15 (17,0)	0,431*	18 (20,5)	3 (3,4)	0,029*
NYHA II	37 (42,0)	15 (17,0)	22 (25,0)		25 (28,4)	12 (13,6)	
NYHA III	30 (34,1)	8 (9,1)	22 (25,0)		15 (17,0)	15 (17,0)	

Tabela 2. Fatores clínicos associados aos sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com IC. João Pessoa, PB, Brasil, 2023

(conclusão)

Variáveis	N (%)	HADS Ansiedade		HADS Depressão		valor p
		Sem sintomas	Com sintomas	Sem sintomas	Com sintomas	
Fração de Ejeção				0,531**		0,679*
Reduzida	66 (82,5)	23 (28,8)	43 (53,8)	43 (48,9)	21 (23,9)	
Preservada	14 (17,5)	3 (3,8)	11 (13,8)	15 (17,0)	9 (10,2)	
Número de comorbidades				0,709*		0,709*
1-2 comorbidades	40 (45,5)	14 (15,9)	26 (29,5)	14 (15,9)	26 (29,5)	
3 ou mais comorbidades	48 (54,5)	15 (17,0)	33 (37,5)	15 (17,0)	33 (37,5)	
Número de medicamentos				0,240*		0,975*
1 - 5 medicamentos	35 (39,8)	9 (10,2)	26 (29,5)	23 (26,1)	12 (13,6)	
> 6 medicamentos	53 (60,2)	20 (22,7)	33 (37,5)	35 (39,8)	18 (20,5)	

Legenda: p < 0,05. *Teste de qui-quadrado; **Teste de Fisher.

Fonte: Os autores (2023).

A Tabela 3 apresenta os valores de correlações entre as variáveis da amostra estudada. Identificou-se relação negativa, fraca e significativa entre a variável escolaridade e HADS ansiedade (ρ -0,249), de forma que quanto menor o nível de escolaridade, maior os sintomas de ansiedade. No que diz respeito à classe funcional NYHA, observou-se relação positiva, fraca e significativa com a HADS depressão (ρ 0,265), ou seja, quanto maior a classe funcional da NYHA, maior os sintomas de depressão.

Tabela 3. Correlação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e HADS. João Pessoa, PB, Brasil, 2023

Variáveis	HADS Ansiedade	valor p	HADS Depressão	valor p
Idade	-0,122	0,256	-0,058	0,589
Escolaridade	-0,249	0,019*	0,114	0,289
Número de comorbidades	0,071	0,51	0,076	0,483
FEVE	0,027	0,811	0,048	0,671
Número de medicamentos	-0,167	0,12	-0,09	0,931
Classe funcional NYHA	0,175	0,103	0,265	0,013*

Legenda: *p < 0,05. FEVE: Fração de ejeção ventricular esquerda.

Fonte: Os autores (2023).

Na Tabela 4, observou-se que após a análise múltipla da regressão de Poisson permaneceram associadas ao nível de ansiedade as variáveis: sexo, estado civil e escolaridade. A prevalência em ter presença de sintomas de ansiedade foi 76% maior em pessoas do sexo feminino, e 67% maior em pessoas que viviam com companheiros. Cada aumento de 1 ano de estudo há uma redução de 4% na prevalência de sintomas de ansiedade. Neste modelo, não foram encontradas variáveis estatisticamente significativas associadas a sintomas depressivos.

Tabela 4. Modelo de regressão de Poisson associado à presença de sintomas de ansiedade. João Pessoa, PB, Brasil, 2023

Variáveis	RP [†]	IC 95% [‡]	valor p
Sexo			<0,001 [§]
Feminino	1,76	1,31-2,35	
Masculino	1	-	
Estado civil			<0,001 [§]
Com parceiro	1,67	1,26-2,21	
Sem parceiro	1	-	
Escolaridade	0,96	0,934-0,995	0,025 [§]

Legenda: [†]RP: Razão de Prevalência; [‡]IC: Intervalo de Confiança 95%; [§] p-valor do modelo de análise multivariada (Regressão de Poisson com variância robusta).

Fonte: Os autores (2023).

DISCUSSÃO

Este estudo identificou a prevalência e os fatores sociodemográficos e clínicos associados aos sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com IC em uma clínica ambulatorial de cardiologia. Observou-se prevalência de 67,1% para sintomas de ansiedade e de 34,1% para sintomas depressivos. Esses achados ressaltam a importância do rastreamento de sintomas psicológicos durante o manejo terapêutico. Achado semelhante foi relatado em uma revisão sistemática, que indicou prevalência de depressão em pacientes com IC entre 20% e 45%¹. A presença de ansiedade e sintomas depressivos leva a pior prognóstico, aumento do uso de serviços de saúde, reinternações hospitalares e desfechos clínicos adversos na IC¹⁵.

No que diz respeito aos sintomas de ansiedade e depressão, as pontuações HADS observadas neste estudo foram semelhantes para ansiedade e menores para depressão em comparação às relatadas em um estudo realizado em Jordânia⁵. Outro estudo envolvendo 127 participantes relatou maiores pontuações para sintomas de ansiedade e depressão¹⁶.

A prevalência de sintomas neste estudo foi inferior a observada em um estudo japonês, que mostrou que 31% dos participantes tinham sintomas de ansiedade leves, e 16% tinham sintomas de ansiedade graves. Quanto aos sintomas depressivos, 52% apresentaram sintomas leves, enquanto 28% apresentaram sintomas graves¹⁷. Outro estudo realizado na Arábia Saudita, com amostra de 205 participantes, encontrou uma prevalência de 56,9% para ansiedade e 52,7% para sintomas depressivos⁸, corroborando a alta prevalência de distúrbios psicológicos nesta população.

Quanto às variáveis sociodemográficas, o sexo e o estado civil foram associados aos sintomas de ansiedade. Este resultado está alinhado com estudos que mostram uma diferença significativa nos sintomas de ansiedade entre homens e mulheres¹⁸. Uma revisão descobriu que as mulheres são aproximadamente três vezes mais propensas a relatar sintomas de ansiedade em comparação aos homens¹⁹. No entanto, mais investigações são necessárias para esclarecer essas diferenças.

Os achados deste estudo relacionados ao estado civil foram divergentes aos encontrados na literatura que demonstra que pacientes casados possuem melhores condições para o enfrentamento da doença cardíaca²⁰. Outros autores destacaram que

indivíduos casados e com apoio familiar, apresentaram melhores comportamento de controle da IC, e melhora dos sintomas de ansiedade e depressão²¹.

Uma possível explicação para os resultados deste estudo é que a coleta de dados ocorreu após a pandemia, que foi marcada pelos efeitos do isolamento social e os desafios enfrentados pelas famílias na gestão e apoio a problemas de saúde, especialmente durante as interrupções no cuidado de acompanhamento. Portanto, estudos futuros devem explorar o impacto da ansiedade e sintomas depressivos em diferentes arranjos familiares.

Este estudo identificou uma associação entre escolaridade e sintomas de ansiedade. Os resultados foram semelhantes aos encontrados em um estudo realizado no Irã, em que a alfabetização em saúde reduziu a probabilidade de um evento cardíaco em 69%²². Pesquisas com pacientes com doenças cardiovasculares pós-pandemia constataram que a ansiedade e a depressão foram mais prevalentes em participantes com baixo nível de escolaridade²³. Compreende-se que a baixa alfabetização em saúde está associada a práticas abaixo do ideal que promovem o desenvolvimento de doenças cardíacas. Isso se deve ao aumento da exposição a fatores de risco como tabagismo, má alimentação, falta de atividade física e baixa adesão ao acompanhamento terapêutico, o que contribui para um pior prognóstico²⁴.

Nesta amostra, não foram encontradas correlações significativas entre escolaridade e depressão. No entanto, um estudo chinês identificou que a alfabetização em saúde teve um impacto importante na relação entre depressão e comportamentos de autocuidado. A presença da depressão diminui a disposição e as ações de cuidados pessoais, contribuindo para compreensão limitada da condição de saúde, resultando em menor confiança e práticas de autocuidado menos eficazes²⁵.

Em relação às variáveis clínicas, as classes NYHA II e III foram as mais prevalentes, indicando que os pacientes neste estudo apresentaram sintomas leves desencadeados pelo esforço ou limitações acentuadas na atividade física. A análise de correlação indicou que quanto maior a classe funcional, maior a presença de sintomas depressivos. Este achado é apoiado por estudos que enfatizam a prevalência da depressão em relação à gravidade da IC e não adesão ao tratamento^{5,16,21}. Os pacientes diagnosticados com IC nos estágios III e IV apresentam maior prevalência de depressão em comparação com os estágios I e II⁵, uma vez que aqueles em estágios avançados apresentam maiores necessidades de hospitalização e maiores riscos de mortalidade¹⁰. Esses achados podem apoiar estratégias terapêuticas não farmacológicas, como programas de educação de saúde usando linguagem acessível e tecnologias audiovisuais e grupos terapêuticos que oferecem apoio emocional. Tais medidas são essenciais para reduzir o impacto emocional da IC, promover a estabilidade clínica, melhorar o enfrentamento da doença e melhorar a qualidade de vida.

Uma limitação deste estudo é o seu design transversal, que impede o estabelecimento de uma relação causal. Além disso, o estudo foi realizado em uma única instituição em uma região específica do Nordeste do Brasil, limitando a generalização dos achados o que necessita de cautela ao aplicá-los a outros contextos. Futuras pesquisas devem incluir estudos de coorte com tamanhos de amostra maiores. Recomenda-se que novos modelos preditivos sejam testados para avaliar o impacto dos sintomas emocionais nos desfechos clínicos da IC.

CONCLUSÃO

Identificou-se uma alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em pacientes com IC. No modelo de regressão, o sexo, o estado civil e a escolaridade foram significativamente associados aos sintomas de ansiedade. Uma correlação positiva fraca foi observada entre a classe funcional NYHA e sintomas depressivos. Portanto, é essencial que os enfermeiros e demais membros da equipe multidisciplinar rastreiem sintomas psicológicos e desenvolvam estratégias que auxiliem no manejo clínico da carga de sintomas, para reduzir os desfechos clínicos adversos.

REFERÊNCIAS

1. Rashid S, Qureshi AG, Noor TA, Yaseen K, Sheikh MAA, Malik M, et al. Anxiety and depression in heart failure: an updated review. *Curr Probl Cardiol* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 4];48(11):101987. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cpcardiol.2023.101987>
2. Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 4];118(17):3272-3287. Available from: <https://doi.org/10.1093/cvr/cvac013>
3. DATASUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde (BR); 2024 [cited 2024 Sep 5]. Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS);[about 1 screen]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
4. Sbollì M, Fiuzat M, Cani D, O'Connor CM. Depression and heart failure: the lonely comorbidity. *Eur J Heart Fail* [Internet]. 2020 [cited 2024 Jan 9];22(11):2007-2017. Available from: <https://doi.org/10.1002/ejhf.1865>
5. AbuRuz ME. Anxiety and depression predicted quality of life among patients with heart failure. *J Multidiscip Healthc* [Internet]. 2018 [cited 2024 Jan 9];11:367-373. Available from: <https://doi.org/10.2147/JMDH.S170327>
6. de Albuquerque DC, Barros e Silva PGM, Lopes RD, Hoffmann-Filho CR, Nogueira PR, Reis H, et al. In-Hospital Management and Long-term Clinical Outcomes and Adherence in Patients with Acute Decompensated Heart Failure: Primary Results of the First Brazilian Registry of Heart Failure (BREATHE). *J Card Fail* [Internet]. 2024 [cited 2024 Mar 16];30(5):639-650. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2023.08.014>
7. Veskovic J, Cvetkovic M, Tahirovic E, Zdravkovic M, Apostolovic S, Kosevic D, et al. Depression, anxiety, and quality of life as predictors of rehospitalization in patients with chronic heart failure. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 16];23:525. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12872-023-03500-8>
8. Al Shamiri MQ, Almushawah AA, Alsomali AH, Alsuwayegh MB, Aljaffer MA, Hayajneh AM, et al. The prevalence of depression and anxiety in heart failure patients in Saudi Arabia: an original study. *Cureus* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 16];15(4):e36997. Available from: <https://doi.org/10.7759/cureus.36997>
9. Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, Allen LA, Byun JJ, Colvin MM, Deswal A, Drazner MH, 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* [Internet]. 2022 [cited 2024 Mar 16];145(18):e895-e1032. Available from: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001063>
10. Jaarsma T, Hill L, Bayes-Genis A, La Rocca HPB, Castiello T, Čelutkienė J, et al. Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *J Heart Fail* [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 16];23(1):157-174. Available from: <https://doi.org/10.1002/ejhf.2008>

11. de Sousa MM, Almeida TCF, Gouveia BLA, Freire MEM, de Sousa FS, Oliveira SHS. Persuasive communication and the diminution of the salt intake in heart failure patients: a pilot study. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2021 [cited 2024 Apr 9];74(2):e20200715. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0715>
12. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Jr CG, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev saúde pública [Internet]*. 1995 [cited 2024 Apr 9];29(5):355-363. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910199500050004>
13. Dancey CP, Reidy JG, Rowe R. Estatística sem matemática para as ciências da saúde. Porto Alegre: Penso, 2017. 502 p.
14. Barros AJD, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol [Internet]* 2003 [cited 2024 Jul 15];3:21. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>
15. Hiriscau EI, Bodolea C. the role of depression and anxiety in frail patients with heart failure. *Diseases [Internet]*. 2019 [cited 2024 Apr 9];7(2):45. Available from: <https://doi.org/10.3390/diseases7020045>
16. Alemoush RA, Al-Dweik G, AbuRuz ME. The effect of persistent anxiety and depressive symptoms on quality of life among patients with heart failure. *Appl Nurs Res [Internet]*. 2021 [cited 2024 Jun 15];62:151503. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151503>
17. Hamatani Y, Iguchi M, Ikeyama Y, Kunugida A, Ogawa M, Yasuda N, et al. Prevalence, temporal change, and determinants of anxiety and depression in hospitalized patients with heart failure. *J Card Fail [Internet]*. 2022 [cited 2024 Jun 15];28(2):181-190. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2021.07.024>
18. Yang X, Wen Y, Peng H, Zhu H, Wang WE, Zhou J. Gender differences in anxiety, depression, insomnia, and quality of life in heart failure with preserved ejection fraction: a multicenter, cross-sectional study. *J Cardiovasc Nurs [Internet]*. 2023 [cited 2024 Jun 15];38(5):425-432. Available from: <https://doi.org/10.1097/jcn.0000000000000951>
19. Vasiliadis HM, Desjardins F, Roberge P, Grenier S. Sex differences in anxiety disorders in older adults. *Curr Psychiatry Rep [Internet]*. 2020 [cited 2024 Jul 5];22:75. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01203-x>
20. de Lima JG, de Barros ALBL, Lopes JL. Self-care behavior among patients with heart failure: relationship between sociodemographic and clinical variables. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2023 [cited 2024 Jan 4];32:e20230191. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0191en>
21. Figueiredo JHC, de Oliveira GMM, Pereira BB, Figueiredo AEB, Nascimento EM, Garcia MI, et al. Synergistic effect of disease severity, anxiety symptoms and elderly age on the quality of life of outpatients with heart failure. *Arq Bras Cardiol [Internet]*. 2020 [cited 2024 Jul 5];114(1):25-32. Available from: <https://doi.org/10.5935/abc.20190174>
22. Lin CY, Ganji M, Griffiths MD, Bravell ME, Broström A, Pakpour AH. Mediated effects of insomnia, psychological distress and medication adherence in the association of eHealth literacy and cardiac events among Iranian older patients with heart failure: a longitudinal study. *Eur J Cardiovasc Nurs [Internet]*. 2020 [cited 2024 Jul 5];19(2):155-164. Available from: <https://doi.org/10.1177/1474515119873648>
23. Wu M, Shen L, Wang Q, Liu L, Lu S, Jin J, et al. Anxiety and depression prevalence and risk factors among patients with cardiovascular diseases in post-COVID-19 China. *Front Public Health [Internet]*. 2022 [cited 2024 Aug 7];9:758874. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.758874>
24. Albus C, Waller C, Fritzsche K, Gunold H, Haass M, Hamann B, et al. Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018: Position paper of the German Cardiac Society. *Clin Res Cardiol [Internet]*. 2019 [cited 2024 Aug 7];108(11):1175-1196. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00392-019-01488-w>
25. Wang B, Xia L, Yu J, Feng Y, Hong J, Wang W. The multiple mediating effects of health literacy

and self-care confidence between depression and self-care behaviors in patients with heart failure. Heart Lung [Internet]. 2020 [cited 2024 Aug 7];49(6):842-847. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.09.011>

Prevalence and factors associated with anxiety and depressive symptoms in patients with heart failure

ABSTRACT

Objective: To identify the prevalence and sociodemographic and clinical factors associated with anxiety and depressive symptoms in patients with heart failure at a cardiology outpatient clinic. **Methods:** A cross-sectional study was conducted at a cardiology outpatient clinic in João Pessoa, Paraíba, Brazil, involving 88 patients. Anxiety and depressive symptoms were assessed using the Hospital Anxiety and Depression Scale. Association tests, Spearman's correlation and Poisson regression were conducted. **Results:** The prevalence of anxiety symptoms was 67.1%, and the prevalence of depressive symptoms was 34.1%. Marital status, sex, and education level were significantly associated with anxiety symptoms. **Conclusions:** A high prevalence of anxiety and depression symptoms was identified. Health interventions are necessary to minimize the impact of psychological symptoms, as such measures are essential to improve adherence to therapy and the quality of life of patients with heart failure.

DESCRIPTORS: Heart Failure; Cardiovascular Diseases; Anxiety; Depression; Prevalence.

Prevalencia y factores asociados a los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca

RESUMEN

Objetivo: Identificar la prevalencia y los factores sociodemográficos y clínicos asociados a los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia cardíaca en una clínica ambulatoria de cardiología. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal en una clínica ambulatoria de cardiología en João Pessoa, Paraíba, Brasil, involucrando a 88 pacientes. La ansiedad y los síntomas depresivos fueron evaluados utilizando la Hospital Anxiety and Depression Scale. Se utilizaron pruebas de asociación, correlación de Spearman y regresión de Poisson. **Resultados:** La prevalencia de síntomas de ansiedad fue del 67,1%, y la prevalencia de síntomas depresivos fue del 34,1%. El estado civil, el sexo y el nivel de educación estaban significativamente asociados con síntomas de ansiedad. **Conclusiones:** Se identificó una alta prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión. Se necesitan intervenciones de salud para minimizar el impacto de los síntomas psicológicos, ya que tales medidas son esenciales para mejorar la adherencia a la terapia y la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca.

DESCRIPTORES: Insuficiencia Cardíaca; Enfermedades Cardiovasculares; Ansiedad; Depresión; Prevalencia.

Recebido em: 08/05/2025

Aprovado em: 19/08/2025

Editor associado: Dra. Luciana de Alcantara Nogueira

Autor Correspondente:

Mailson Marques de Sousa

Universidade Federal da Paraíba

Conj. Pres. Castelo Branco III, Campus I - Cidade Universitária, João Pessoa - PB, 58051-900

E-mail: mailson.sousa@academico.ufpb.br

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **de Lima DFS, de Souza JP, de Andrade LL, Leadebal ODCP, Freire MEM, Fredericks S, de Sousa MM.** Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **de Lima DFS, de Souza JP, de Andrade LL, Leadebal ODCP, Freire MEM, Fredericks S, de Sousa MM.** Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **de Lima DFS, de Souza JP, de Sousa MM.** Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflitos de interesses:

Os autores declaram não haver conflitos de interesse a serem divulgados.

Disponibilidade de dados:

Os autores declaram que os dados podem ser disponibilizados mediante solicitação ao autor correspondente.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).