

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

**SINTOMAS DE DEPRESSÃO E HÁBITOS DE VIDA EM
PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**

ANDRÉA GOMES MACHADO

SÃO PAULO

2005

ANDRÉA GOMES MACHADO

**SINTOMAS DE DEPRESSÃO E HÁBITOS DE VIDA EM
PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Dissertação apresentada à Enfermagem da
Universidade de São Paulo, para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde do adulto.

Orientadora: Prof^ª. Dr.^ª Eliane Corrêa Chaves

SÃO PAULO

2005

DEDICATÓRIA

*Dedico essa dissertação aos meus queridos pais **José de Souza Machado** e **Marinete Gomes Machado** pela educação, formação, estímulo e por me amar em todos os momentos. A vocês todo o meu respeito, meu amor e a
minha admiração.*

*Ao meu marido **Valderi Reis de Souza** pelo apoio incondicional e carinho para tratar dos momentos mais difíceis desta trajetória acadêmica. Obrigada pelo cuidado, atenção e sorriso sempre no rosto, o qual me trouxe paz e
serenidade.*

*Aos meus irmãos **Bruno Vitor Machado** e **Ana Paula da Conceição** pelas palavras de afeto, consolo e apoio em todas as horas.
A minha avó **Josefa de Souza Machado** pelo carinho.
Amo muito todos vocês!!!*

AGRADECIMENTOS

*Em primeiro lugar, o meu muito obrigada a Deus e aos espíritos à luz nesta
difícil caminhada.*

*Ao Dr. Jarbas Salto, pelo apoio em todas as fases deste trabalho. Agradeço
pela confiança e o estímulo.*

*À Ivanilde Leandro pela compreensão, incentivo e por acreditar neste
trabalho .*

*Aos meus amigos: Ivia, Maria Paula, Kelly, Eliana e Edmilson pela amizade
e companheirismo.*

*À Dr. Sonia Fanhoni, por acreditar e promover condições para realização
deste trabalho.*

*À enfermeira Ana Paula, pela colaboração e desempenho no auxílio para
coleta de dados.*

*Às professoras Dra. Estela Regina Ferraz Bianchi e Dra. Angela Pierin pela
orientação, exemplo de profissionalismo e pelos conselhos.*

Ao Sr. Celso Ruggiero, pelo incentivo e exemplo profissional.

*À minha grande amiga Silvia Alice Ferreira, meu muito obrigada pela
amizade, pelos conselhos, “ombro amigo” e paciência em me ouvir nos
momentos de stress. Você é dez!*

*Aos pacientes do ambulatório que gentilmente criaram condições de
concretizar este trabalho.*

*À minha sogra Isa, pelas palavras otimistas em meus momentos de
desânimo.*

Ao meu primo Manuel Ferreira, pelas palavras de otimismo e perseverança.

*À professora Dra. Eliane Correa Chaves, pela orientação e apoio em todas
as fases do trabalho.*

À Isabel, bibliotecária Bireme, pela solicitude em todos os momentos.

*Aos meus amigos, Carlos, Murilo, Márcia, Hercília e Patrícia, pelos
conselhos e palavras afáveis .*

*Aos meus amigos e parceiros de trabalho, Rosângela Lombardi e Sérgio
Martuchi, pela amizade e carinho*

*A todos os que me incentivaram e me auxiliaram de alguma forma neste
caminhar.*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2.1 Objetivos Gerais	10
2.2 Objetivos Específicos	10
2. CASUÍSTICA E MÉTODO	11
3.1 Tipo Pesquisa	12
3.2 Local	12
3.3 População	12
3.3.1 Critérios de inclusão	12
3.3.2 Critérios de exclusão	12
3.4 Procedimento ético	13
3.5 Procedimento de coleta de dados	13
3.6 Instrumento para coleta de dados	15
3.6.1 Entrevista Estruturada	15
3.6.2 Inventário de Depressão de Beck (IDB)	16
3.6.3 Teste de Fagerström (TF)	17
3.6.4 Teste de CAGE	18
3.7 Análise dos dados	18
3.7.1 Tratamento estatístico	18
3. RESULTADOS	20
4.1 Caracterização do grupo estudado	21
4.2 Caracterização dos Hábitos considerados fatores de risco para Hipertensão Arterial ou para Depressão	27

4.3 Correlação entre PA, depressão e demais variáveis do grupo estudado	30
4. DISCUSSÃO	37
5. CONCLUSÕES	55
6. ANEXOS	58
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição do Grupo estudado segundo sexo_____	22
Gráfico 2 – Distribuição do grupo estudado segundo estado marital_____	22
Gráfico 3 – Distribuição do grupo estudado segundo sexualidade_____	23
Gráfico 4 – Distribuição das Médias de Pressão Arterial Sistólica e Diastólica do grupo estudado_____	24
Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes segundo o tempo de conhecimento sobre a presença de Hipertensão Arterial_____	25
Gráfico 6 – Distribuição dos pacientes que realizavam controle de sua PA _____	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição do grupo estudado segundo a escolaridade_____	23
Tabela 2 – Distribuição do grupo estudado, segundo classificação dos sintomas de depressão_____	27
Tabela 3 – Distribuição do grupo estudado, segundo a classificação para Tabagismo_____	28
Tabela 4 – Classificação dos pacientes fumantes segundo o grau de dependência de Nicotina_____	29
Tabela 5 – Distribuição do grupo estudado, segundo dependência do Álcool _____	29
Tabela 6 – Distribuição do grupo estudado, segundo o Índice de Massa Corpórea (IMC)_____	30
Tabela 7 – Resultado do coeficiente da correlação de postos de Spearman referente às variáveis sintomas de depressão com médias de pressão arterial_____	30
Tabela 8 – Valores médios das PAS nos intervalos dos escores de depressão_____	31
Tabela 9 – Valores médios das PAD nos intervalos dos escores de depressão_____	32
Tabela 10 – Associação dos intervalos de escores de depressão e dependência à nicotina_____	32
Tabela 11 – Associação entre escores de depressão e grau de dependência do Álcool_____	33

Tabela 12 – Associação entre os intervalos de escores de depressão e IMC	34
Tabela 13 – Associação entre valores médios de PAS e dependência à nicotina	34
Tabela 14 – Associação entre valores médios de PAS e o grau de dependência à nicotina	35
Tabela 15 – Associação entre valores médios de PAS e a dependência ao Álcool	35
Tabela 16 – Associação entre valores médios de PAD e a dependência ao Álcool	36
Tabela 17 – Correlação entre valores médios de PA e IMC	36

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Entrevista Estruturada	58
Anexo B – Inventário de Depressão de Beck	63
Anexo C – Teste de Fagerström	68
Anexo D – Teste de CAGE	70
Anexo E – Termo de Consentimento	71

RESUMO

Machado, A. G. Os sintomas de depressão e hábitos de vida em pacientes portadores de hipertensão arterial. Dissertação de mestrado. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP: 2005.

Observa-se, atualmente, muitas discussões sobre as doenças crônicas e sua relação com a esfera das emoções, porém poucos estudos exploram a relação entre Hipertensão Arterial (HA) e Depressão. **Objetivos:** avaliar a presença de sintomas de depressão em pacientes hipertensos; investigar a correlação entre níveis pressóricos e depressão; associar os sintomas de depressão com hábitos, tais como alcoolismo e tabagismo, além da obesidade – considerados fatores de risco para HA. **Metodologia:** entrevista (com aplicação de inventário de Beck, teste de Fagerström e teste de CAGE) com 67 pacientes de um ambulatório situado na zona sul da cidade de São Paulo. **Resultados:** foi obtido um percentual de 27,3% de prevalência para sintomas depressivos nos pacientes hipertensos; 11,9% do grupo era fumante e 14,3% era dependente de álcool. Desses pacientes, 24% apresentou algum nível de anormalidade para IMC (índice de massa corpórea). Foi possível concluir que não houve correlação entre intensidade de sintomas de depressão e níveis pressóricos, e não houve associação entre a depressão e a dependência da nicotina. O mesmo ocorreu entre depressão e álcool. Já em relação ao IMC foi possível observar uma associação entre escores de depressão e níveis de obesidade.

Palavras-chave: depressão, hipertensão arterial, alcoolismo, tabagismo e obesidade.

ABSTRACT

Machado, A. G. Depression symptoms and life habits in hypertensive patients. Master's thesis. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP: 2005.

Nowadays it is easy to find several discussions on chronic diseases and their relation with the emotional field, but very few studies look into the relationship between Hypertension (HT) and Depression. **Objectives:** determining the presence of depression symptoms in hypertensive patients; investigating the correlation between blood pressure levels and depression; associating depression symptoms with habits such as alcoholism and smoking, as well as obesity, which are regarded as risk factors for HT. **Methodology:** interview (with application of Beck Inventory, Fagerström's Test and CAGE Test) with 67 patients from an outpatient clinic located at the southern region of the city of São Paulo. **Results:** the following percentages were obtained: 27.3% of prevalence for depressive symptoms on hypertensive patients; 11.9% of the group were smokers and 14.3% were alcohol addicts. From those patients, 24% showed some level of abnormality for BMI (body mass index). It was possible to conclude that there was no correlation between the intensity of depression symptoms and the blood pressure levels, as well as that there was no association between depression and nicotine addiction. This was also observed for the relation between depression and alcohol. As regards the BMI, however, it was possible to see an association between depression scores and obesity levels.

Keywords: depression, hypertension, alcoholism, smoking and obesity.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) associada aos seus fatores de risco formam um complexo fisiopatológico capaz de produzir várias alterações no organismo. Atualmente, pode-se observar a existência de discussões sobre doenças crônicas e sua interferência no contexto das emoções. Assim, muitos estudos têm focado a relação da HA com as emoções, mas têm dado ênfase à ansiedade. A relação entre HA e depressão parece ter recebido pouca atenção.

Gusmão¹ coloca que a HA é uma síndrome metabólica caracterizada não somente pela elevação dos níveis da pressão arterial, mas também por uma série de fatores associados, como hormonais, metabólicos e os fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular), podendo estar ou não acompanhada de lesões de órgãos-alvo, como vasos, coração, retina, rins, entre outros.

Contudo, a preocupação em ressaltar e prover medidas de controle ou mesmo preventivas destaca-se no contexto científico, devido aos efeitos e conseqüências que esta doença crônica pode ocasionar se não tratada adequadamente.

De acordo com o relatório das IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, sabe-se que a Hipertensão ocorre quando a pressão sistólica em repouso é igual ou superior a 140 mmHg ou quando a pressão diastólica em repouso é igual ou superior a 90 mmHg, ou ambos. Salienta-se que uma medida isolada, com valores altos de pressão arterial, não significa que a pessoa tenha hipertensão arterial.^{2,3}

Esta patologia é também chamada de "assassina silenciosa", pois geralmente não causa qualquer tipo de sintoma durante muitos anos, até que um órgão vital seja afetado. No entanto, tem sido considerada uma importante causa na diminuição da expectativa de vida e aumento da mortalidade de homens e de mulheres.⁴

A HA é considerada um problema de saúde pública.⁵ Com base em dados de inquéritos populacionais realizados em algumas cidades do Brasil (1990 à 2001) e utilizando o critério atual de hipertensão arterial ($\geq 140/90$ mmHg), temos que as taxas de prevalência na população adulta brasileira variam de 22,3% a 43,9%^{6,7}. Esta patologia vem sendo citada como uma das morbidades mais comuns na população adulta do Brasil.

Além da comorbidade, representa um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, explicando 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% daquelas por doença arterial coronariana.⁸

Lessa⁵ cita que, de acordo com os dados do Ministério da Saúde, ocorreram 1.150.000 internações por doenças cardiovasculares em 1998, com custo global de 475 milhões de reais. E que no período de 1981 a 1990, demonstraram que as doenças cardiovasculares foram a maior causa de mortalidade no Brasil, ultrapassando as decorrentes de causas externas (acidentes e outros), neoplasias (câncer) e de moléstias respiratórias. Esse panorama continua se apresentando, já que os últimos relatórios do DATASUS dão conta de idêntica situação. As taxas populacionais de mortalidade (160 para cada 100.000 habitantes - Min. Da Saúde Brasil 1994)

e os números de óbitos por domicílio (249.613 - Min. Da Saúde Brasil 1996) dimensionam a magnitude e evidenciam as doenças cardiovasculares como problema de saúde pública em nosso país.⁴

Além da HA ser fator de risco para problemas cardíacos e cerebrovasculares, ela aumenta a probabilidade de doenças renais, insuficiência arterial de membros inferiores (tendo como sintoma característico a claudicação intermitente), entre outras, representando, assim, um elevado custo médico-social, principalmente pelas complicações geradas.⁹

Em 1998 , foram registrados 930 mil óbitos no Brasil (no período de 1980 a 1996). Desse total, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 27% (dados do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM – do Ministério da Saúde). Ressalta-se que esses dados são provenientes de atestados de óbito e, portanto, devem ser considerados com limitações.⁹

Sabe-se que HA, obesidade, hábitos de vida como tabagismo, alcoolismo e dieta hiperlipídica são fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Segundo Cordeiro¹⁰, devem ser considerados os seguintes fatores no aparecimento da hipertensão arterial: hereditariedade, idade, sexo, obesidade, uso abusivo de sal e de alimentos gordurosos, cigarro, stress, diabetes melitus, inatividade física e alterações no perfil lipídico.

Portanto, para obter sucesso terapêutico e controle da hipertensão é pré-requisito atuar nos hábitos de vida e conquistar adesão ao tratamento. A motivação e o entendimento do processo saúde-doença são fundamentais

neste contexto, sendo que estudos evidenciam a necessidade de atuação nos diferentes vértices, demonstrando que o tratamento farmacológico isolado não alcança o resultado almejado e a diminuição de complicações.

Segundo Pierin¹¹, as mudanças de hábitos de vida e culturais requerem determinação por parte do paciente e da equipe. Estudo realizado mostrou que homens jovens e não brancos se associaram com o desconhecimento sobre a doença e o tratamento, enquanto maiores níveis tensionais se associaram com pacientes acima de 60 anos, não casados, obesos, de baixa escolaridade e baixa renda, características que podem induzir aspectos desfavoráveis à consecução satisfatória do tratamento.

Por outro lado, a depressão é reconhecida hoje como importante fator de risco para a ocorrência de doença arterial coronária (DAC), mesmo quando controlados os fatores de risco clássicos, como hipertensão arterial, fumo e hipercolesterolemia.^{12,13}

É importante salientar que alguns fatores de risco para as doenças cardiovasculares, em particular a HA, são freqüente e enfaticamente citados como componentes da gênese da depressão, o que nos leva a supor que possa haver importante embrincamento entre os processos patológicos de ambos os agravos e com grande potencial de complicações.

A associação entre a síndrome depressiva e doenças cardiovasculares merece portanto, uma atenção especial, já que os fatores de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares e depressão. são elementos fundamentais para a análise e intervenção deste complexo fenômeno.

A Depressão, por sua vez, não tem se caracterizado como fator de aumento da mortalidade, mas tem sido associada a estudos sobre a diminuição da qualidade de saúde geral e de fator que dificulta a recuperação e o controle, que podem compor uma comorbidade e que requerem auto-cuidado contínuo.

Embora a associação de hipertensão arterial e depressão não represente uma preocupação freqüente dos profissionais de saúde de uma forma geral, essa interação pode estar influenciando na adesão ao tratamento de seus portadores e, portanto, dificultando o controle ou a recuperação de ambas.

Depressão, na linguagem corrente, pode designar tanto um estado afetivo normal quanto um sintoma, uma síndrome e uma (várias) doença(s). Como **sintoma**, a depressão pode surgir nos variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno do estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo e doenças clínicas. É possível observá-la também como resposta a situações estressantes ou circunstâncias sociais e econômicas adversas. Enquanto **síndrome**, a depressão poderá incluir não apenas alterações de humor (tristeza, irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer, apatia) mas também uma variedade de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas psicomotoras e vegetativas (sono, apetite). Finalmente, como **doença**, a depressão tem sido classificada de várias formas: relacionada à dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Temos mencionados na literatura atual os seguintes quadros: transtorno depressivo maior, distimia, depressão

integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotomia¹⁴ (também conforme classificação do CID – 10 e DSM IV).

Os estados depressivos (enquanto transtorno depressivo), pela sua prevalência e pelos problemas que acarretam, têm enorme importância como problema de saúde pública, assim como a hipertensão arterial.

Segundo Valentini¹⁵ e Andrade¹⁶, aproximadamente entre 2% e 12% dos indivíduos apresentarão depressão no seu ciclo de vida. Sabe-se que esses índices são mais altos no grupo de pacientes atendidos na rede de atenção primária. Um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS), conduzido no Rio de Janeiro em 15 centros de atenção primária à saúde, mostrou uma prevalência de 29,5% para os transtornos depressivos. E a distribuição entre sexos da depressão associada a condições médicas se apresenta numa proporção de 2/1 entre mulheres e homens.^{17,18}

Embora os índices aparentemente possam parecer muito discrepantes, é necessário levar em consideração a população que está sendo estudada, presença de doença crônica, faixa etária e metodologia aplicada para obter os resultados, uma vez que esses fatores poderão ser determinantes na análise conclusiva do estudo.

A alteração do comportamento e do auto-cuidado na depressão pode repercutir diretamente no agravamento de doenças crônicas, como, por exemplo, no caso da Hipertensão Arterial. Portanto, a correlação de patologias crônicas com o transtorno depressivo pode impactar na recuperação do paciente.

A Depressão é uma doença freqüentemente encontrada na prática clínica, principalmente em associação a outras doenças e pode interferir no tratamento da doença de base. A profunda vinculação entre os transtornos afetivos e os sintomas e doenças cardiológicas tem feito dos profissionais de saúde generalistas , os que mais prescrevem psicofármacos, depois do psiquiatra ¹⁹.

Logo, esta pesquisa objetiva contribuir para a análise da correlação entre o rebaixamento de humor e a hipertensão arterial, uma vez que essa interface pode interferir na melhor ou pior evolução de ambas as afecções.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos Gerais

- Investigar a correlação entre presença dos sintomas de depressão e hipertensão arterial
- Investigar a correlação entre a presença de sintomas de depressão com obesidade e hábitos tais como: tabagismo e alcoolismo em pacientes portadores de hipertensão arterial

2.2. Objetivos Específicos

- Avaliar a presença de sintomas de depressão em pacientes hipertensos
- Correlacionar a presença de sintomas de depressão com os níveis pressóricos em pacientes portadores de hipertensão arterial
- Investigar a presença de fatores de risco para hipertensão arterial e para depressão, tais como: tabagismo, alcoolismo e obesidade

CASUÍSTICA E MÉTODO

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1. Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de caráter exploratório, descritivo, correlacional e de abordagem transversal.

3.2. Local

O trabalho foi realizado em um Ambulatório Geral (com a especialidade de cardiologia) da rede privada, situado na zona sul da cidade de São Paulo, cujo movimento é de 1200 atendimentos mensais, onde atuam 04 médicos especialistas, 01 enfermeira e 12 auxiliares de enfermagem.

3.3. População

A população do estudo foi constituída por todos os portadores de Hipertensão Arterial de um Ambulatório, que foram consultados rotineiramente por seu cardiologista no período de 02 meses e que consentiram em participar da pesquisa.

3.3.1. Critérios para inclusão

Para compor o grupo do estudo, os componentes deveriam ter idade acima de 18 anos, ser alfabetizado, ter conhecimento de ser portador de Hipertensão Arterial há pelo menos um ano (conforme prontuário e diagnóstico médico); estar em acompanhamento há pelo menos 06 meses com o cardiologista e aceitar participar do estudo, mediante assinatura do termo de consentimento pós-informado.

3.3.2. Critérios de exclusão

Foram excluídos do grupo os portadores de Hipertensão Arterial Secundária e os portadores de qualquer outra patologia que implicasse em

distúrbios de cognição, segundo parâmetros diagnósticos citados em seus prontuários médicos.

3.4. Procedimento Ético

Este trabalho foi encaminhado para a Comissão de Ética Médica da instituição que propiciou a coleta de dados, além de enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pelo processo n.º 432/2005/CEP EEUSP, tendo sido aprovado para realização.

3.5. Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por uma enfermeira colaboradora, orientada, treinada e supervisionada pela primeira, com o intuito de assegurar a uniformidade de procedimento dessas duas pessoas, tanto no que se refere à abordagem do paciente e à consulta ao prontuário, quanto ao preenchimento dos instrumentos de coleta de dados. Foi feita também revisão e orientação sobre a correta técnica de aferição da pressão arterial. Para a aferição da PA foram seguidos critérios apresentados em recomendações de entidades internacionais, como a American Heart Association, e nacionais, como as IV Diretrizes de Hipertensão Arterial e o Manual prático de medida de pressão arterial.^{3,20,21} Embora tais entidades preconizem e recomendem a utilização de aparelho digital para a aferição da PA, nesta pesquisa utilizou-se o aparelho de coluna de mercúrio, por impossibilidade estrutural em atender a essa recomendação. As demais recomendações técnicas foram seguidas rigorosamente.

A coleta de dados que envolveu o paciente propriamente dito ocorreu a partir dos seguintes passos:

- Localização do paciente a partir de dados registrados no prontuário médico e da confirmação feita pelo cardiologista após consulta médica. Referente aos critérios de inclusão e exclusão, uma vez preenchidos após o término da consulta médica, o cardiologista indicava com uma etiqueta no prontuário a pertinência do paciente ao grupo de estudo, e pedia ao paciente para aguardar a abordagem da pesquisadora ou da enfermeira colaboradora. Caso o paciente não apresentasse condições ou interesse, seria dispensado e esclarecido que isso não lhe traria qualquer implicação.
- Contato para esclarecimento individual: dentro do consultório, a pesquisadora ou a enfermeira colaboradora apresentava o Termo de Consentimento livre e esclarecido para o paciente, convidando-o para participar da pesquisa e assinar esse documento. Nesse momento, foram feitos todos os esclarecimentos de caráter ético ao paciente, inclusive os relativos ao tempo que seria gasto na coleta de dados, enfatizando a total liberdade em optar por participar ou não do estudo.
- Abordagem para coleta de dados: foram aplicados os seguintes instrumentos – Entrevista Estruturada (Anexo A), Inventário de Depressão de Beck (Anexo B), Teste de Fagerström (Anexo C), se fumante, e Teste CAGE (Anexo D), se etilista. Esta abordagem foi

feita individualmente em uma sala de consulta, preservando a privacidade e conforto do paciente, além de facilitar o enfoque de sua atenção nas respostas dos instrumentos utilizados e de ser o ambiente mais adequado para aferição de sua PA.

Vale ressaltar que, a despeito do Teste de Fagerström e do Inventário de Depressão de Beck serem auto-aplicados, a pesquisadora optou por ler as perguntas para os pacientes, numa tentativa de obter um nível maior de compreensão das assertivas e, portanto, maior probabilidade de fidedignidade das respostas.

Nesse momento, além da aplicação dos questionários e inventário, foram feitas duas medidas de PA, sendo a primeira no início e a segunda no final da abordagem ao paciente. Os níveis pressóricos aqui obtidos foram submetidos a uma média aritmética na tentativa de minimizar o viés de medidas coletadas num único dia.

3.6. Instrumentos para coleta de dados

3.6.1. Entrevista Estruturada

É um questionário que objetiva colher os seguintes dados sócio-demográficos: idade, sexo, estado civil, sexualidade, atividade profissional/ocupacional e escolaridade. Dados de caracterização da pressão arterial (há quanto tempo é hipertenso, valores pressóricos) além de peso, altura, índice de massa corpórea e hábitos relacionados ao Tabagismo e Etilismo.

As respostas positivas em relação ao Tabagismo e Etilismo direcionaram para a aplicação dos Testes de Fagerström (Anexo C) e CAGE (Anexo D), respectivamente.

3.6.2. Inventário de Depressão de Beck (IDB)

O Inventário de Depressão de Beck (Anexo B) é uma ferramenta de rastreamento que visa identificar a presença e intensidade de sintomas depressivos nos sujeitos em estudo.²² É provavelmente a medida de auto-avaliação da depressão mais amplamente usada em pesquisa clínica atualmente.²³

Esse inventário foi desenvolvido por Beck et. al^{24,25} em 1961 e, na versão que será utilizada nesta pesquisa, é composto de 21 itens que avaliam atitudes e sintomas depressivos que refletem o estado atual do paciente: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta ou perda de satisfação, sentimento de culpa, sensação de punição, autodepreciação, auto-acusação, ideação suicida, crises de choro, irritabilidade, isolamento ou retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio de sono, fadiga, perda do apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido.²²

Foi traduzido para o português e validado no Brasil por Gorestein em 1996^{26,27}. Os pontos de corte ou propriedades psicométricas recomendadas por Gorestein no IDB são as seguintes:

- < 15 = Normal ou Depressão Leve
- 16 a 20 = Disforia*
- > 20 = Depressão

- *Disforia = dor excessiva, angústia, agonia, agitação e inquietação ²²

Os escores possíveis após o preenchimento deste inventário (versão de 21 assertivas) vão de 0 a 63 pontos. Pontuações mais elevadas correspondem à maior intensidade dos sintomas de depressão. Os pontos mais baixos podem significar menor intensidade ou ausência da depressão.

3.6.3. Teste de Fagerström (TF)

Elaborado pelo médico dinamarquês Karl Fagerström em 1974, o método de avaliação de Fagerström (Anexo C) é hoje empregado por especialistas para avaliar o nível de dependência do fumante em relação à nicotina e ajudar na escolha da melhor estratégia de suporte para quem quer largar o cigarro.

Apesar de não ter sido submetido ao processo final de validação, esse teste tem sido amplamente utilizado pelos serviços que atendem pessoas no processo de abandono do cigarro, sendo inclusive utilizado e recomendado pelo Instituto do Câncer - INCA há vários anos, o que lhe tem conferido uma validação pelo uso.

Após a finalização do preenchimento desse teste, o respondente pode obter pontuações que variam de 0 a 10 pontos, os quais indicam que, quanto mais elevada tal pontuação, maior o grau de dependência da nicotina, obedecendo 5 faixas de dependência, conforme descritas a seguir:

0-2 pontos = muito baixo 3-4 pontos = baixo

5 pontos = médio

6-7 pontos = elevado

8-10 pontos = muito elevado

3.6.4. Teste de CAGE

O questionário de CAGE (Anexo D) é constituído por quatro questões referentes ao anagrama Cut-down, annoyed, guilty e eye-opener (alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? – cut down; as pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? – annoyed; o(a) senhor(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? – guilty; costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? – eye-opener). É um questionário que pode ser auto-aplicável.²⁸

Esse questionário foi testado em 1974 por Mayfeld et al, e encontrou sensibilidade de 81% para duas ou mais questões respondidas afirmativamente. No Brasil, sua validação foi feita em 1983 por Mansur e Monteiro, que encontram uma sensibilidade de 88% e especificidade de 83%.²⁶

Com apenas uma resposta afirmativa já podemos considerar o resultado do teste positivo.²⁹

3.7. Análise dos dados

Os dados serão apresentados em forma de quadros, tabelas ou gráficos em números absolutos e percentuais. Serão realizadas provas estatísticas pertinentes à consecução dos objetivos do estudo.

3.7.1. Tratamento estatístico

Inicialmente, todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas, essa análise foi feita por meio da observação

dos valores mínimos e máximos, e do cálculo de médias, desvios-padrão e medianas. Para as variáveis qualitativas, calculou-se freqüências absolutas e relativas.

Para a análise da hipótese de igualdade entre os grupos, utilizou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis³⁰, pois a suposição de normalidade dos dados foi rejeitada. As comparações múltiplas foram realizadas pelo teste de Dunn.

Para se testar a homogeneidade dos grupos em relação às proporções, foi utilizado o teste exato de Fisher, que é indicado quando ocorrerem freqüências esperadas menores do que 5.³⁰

Para a análise da hipótese de igualdade entre dois grupos, utilizou-se o teste não-paramétrico de Mann-Whitney³⁰, pois a suposição de normalidade dos dados foi rejeitada.

Para o estudo da correlação entre duas variáveis, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.³⁰

O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

Com base nos bancos de dados Medline, Lilacs e Scielo realizou-se a revisão bibliográfica do estudo.

RESULTADOS

4. Resultados

A apresentação dos resultados será descritiva e em forma de tabelas conforme os objetivos estabelecidos. Os dados serão apresentados subdivididos nas seguintes categorias:

1 - Caracterização do Grupo: variáveis demográficas e variáveis clínicas.

2 - Caracterização dos Hábitos considerados fatores de risco para Hipertensão Arterial ou para Depressão.

3 - Apresentação da correlação entre variáveis.

4.1. Caracterização do grupo estudado

O grupo em estudo é composto por 67 pacientes que têm acompanhamento com cardiologista, em unidade ambulatorial, localizado na região sul da cidade de São Paulo.

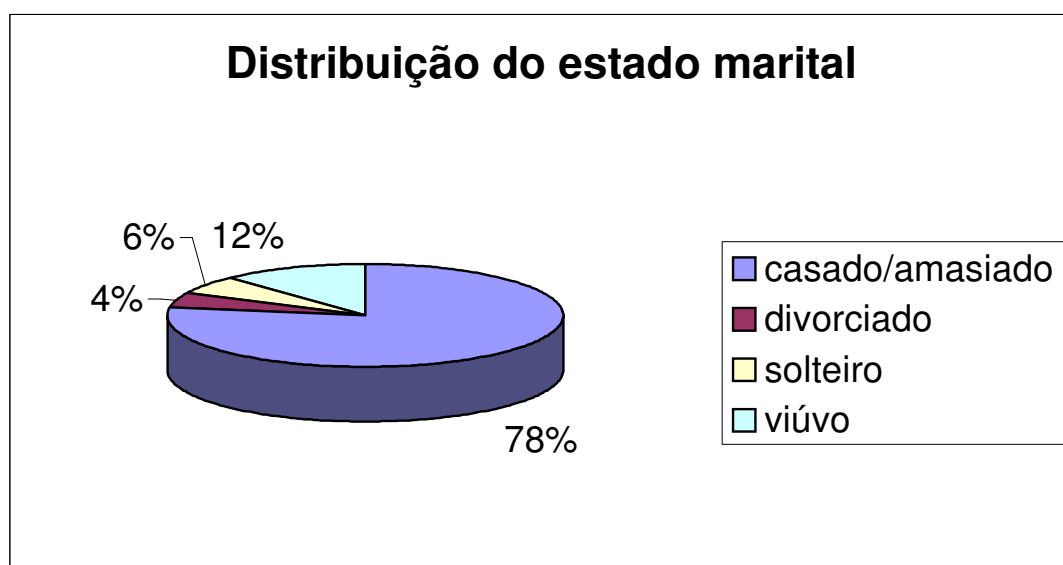
O grupo estudado apresentou uma média de idade de 51,8 anos, sendo mínimo de 24 anos e o máximo de 77 anos. Estes valores deflagram que tanto o jovem quanto o idoso podem estar acometidos pela Hipertensão Arterial.

Gráfico 1: Distribuição do Grupo estudado segundo sexo. São Paulo, 2005.



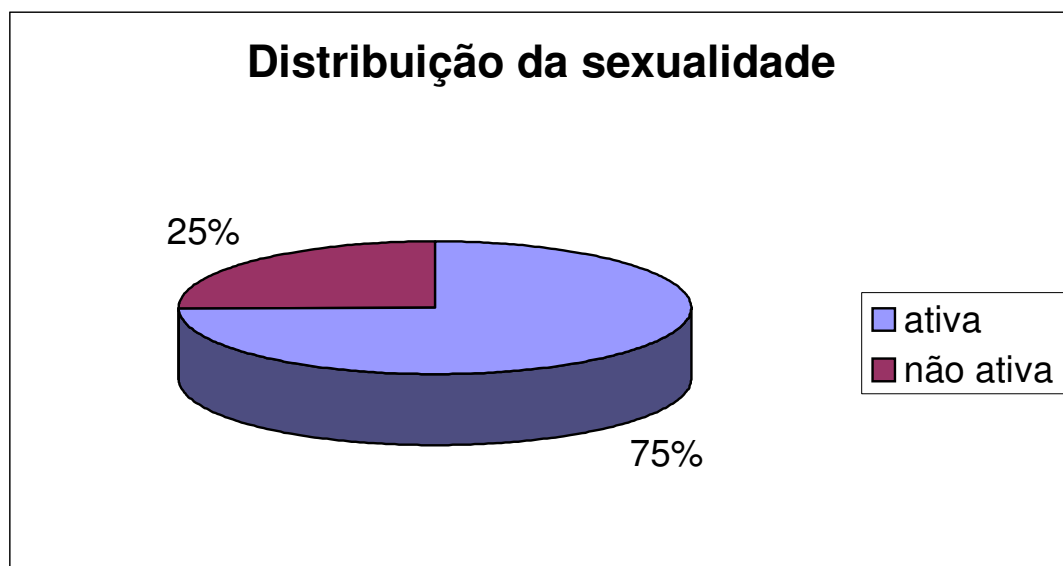
Observa-se que houve predominância do sexo feminino (66%) sobre o masculino.

Gráfico 2: Distribuição do grupo estudado segundo estado marital. São Paulo, 2005.



O estado civil amasiado/casado (78%) supera os índices das modalidades viúvo (12%) seguido da solteiro (6%)e divorciado (4%).

Gráfico 3: Distribuição do grupo estudado segundo sexualidade. São Paulo, 2005.



Em relação à sexualidade, tem-se 75% referiu ter vida sexual ativa.

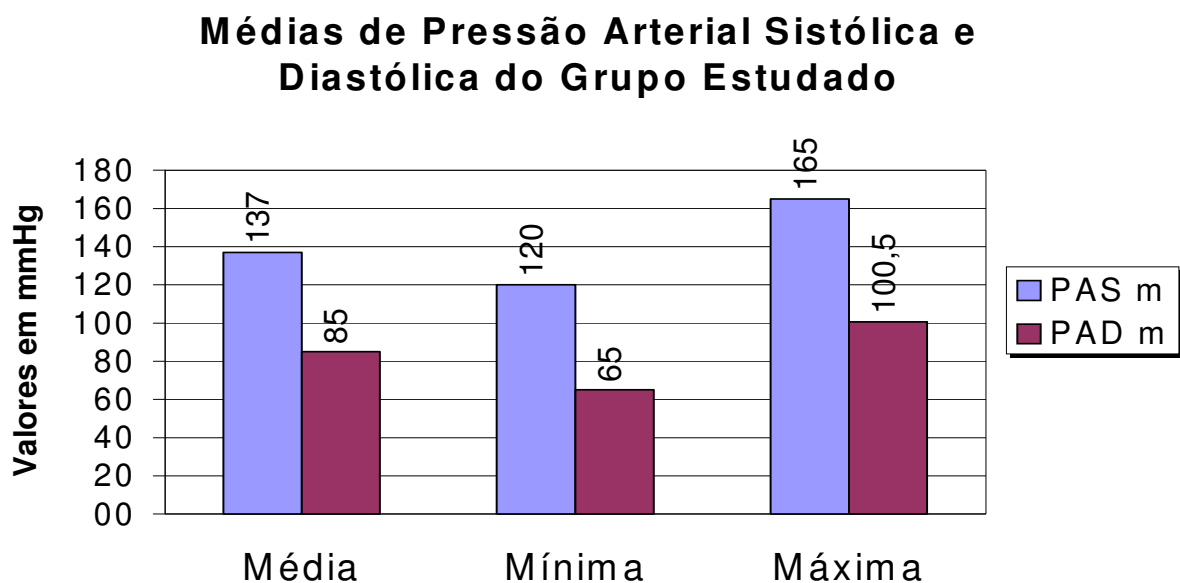
Tabela 1: Distribuição do grupo estudado segundo a escolaridade. São Paulo, 2005.

Escolaridade	N	Percentual
Alfabetizado	66	98,5
Analfabeto	01	1,5
Total	67	100,0

Quanto ao grau de escolaridade 98,5% do grupo referiu ser alfabetizado.

Estes informaram ainda que possuem uma média de 7,2 anos de estudo formal.

Gráfico 4: Distribuição das Médias de Pressão Arterial Sistólica e Diastólica do grupo estudado. São Paulo, 2005.

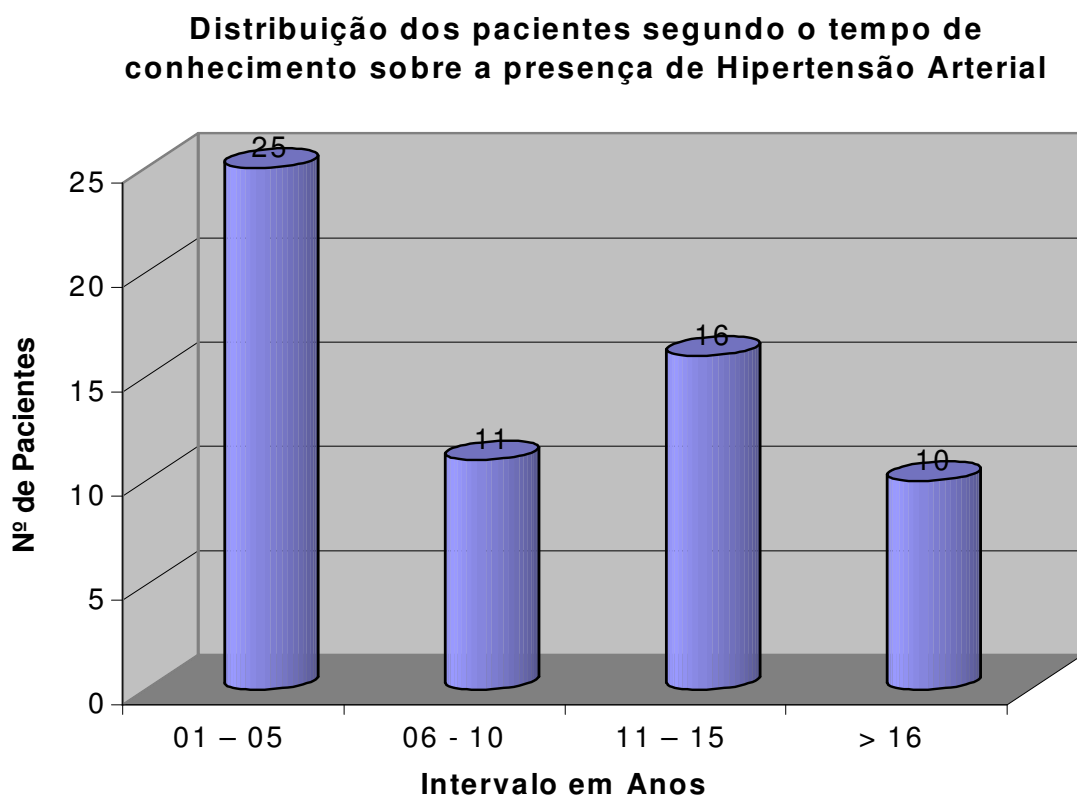


N = 59

O gráfico 4 refere-se a média das duas mensurações da pressão arterial obtidos pela pesquisadora em dois momentos da coleta de dados, conforme descrito na casuística e método (p.15)

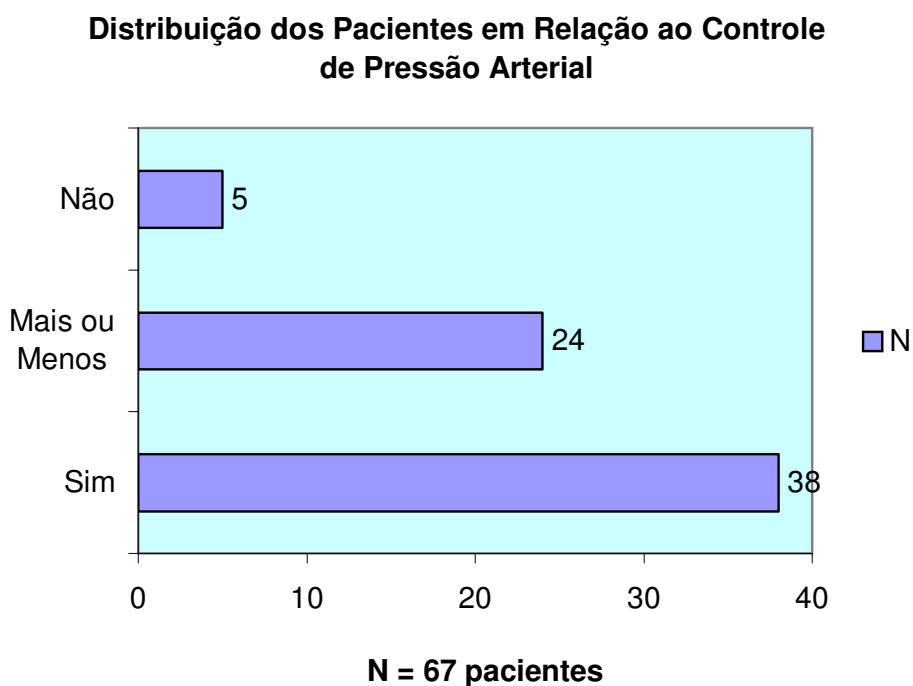
Os resultados obtidos mostram que a média dos valores de PAS foi de 137mmHg e o de PAD foi de 85 mmHg. Tais valores são compatíveis com os recomendados pelas IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial(140 x 90mmHg).

Gráfico 5: Distribuição dos pacientes segundo o tempo de conhecimento sobre a presença de Hipertensão Arterial. São Paulo, 2005.



O gráfico 5 mostra que 25 pacientes (40,3% do grupo) referiram ter ciência de sua afecção de 1 a 5 anos. Os demais pacientes (59,7%) referiram ter conhecimento da existência de sua doença há mais de 6 anos. Não houve paciente desconhecedor da sua condição de portador de HA, embora 5 deles não souberam informar há quanto tinham ciência da presença.

Gráfico 6: Distribuição dos pacientes que realizavam controle de sua PA.
São Paulo, 2005.



O gráfico 6 se refere às informações dadas verbalmente pelos pacientes relativas à manutenção de seus níveis pressóricos dentro da normalidade, na maior parte do tempo. Ainda, segundo referencia dos pacientes, essas informações se basearam em medidas de PA feitas em torno de duas a três vezes por semana, por familiares, amigos, funcionários de farmácia, entre outros.

Os resultados mostram que 38 dos 67 pacientes (56,7%) referiram manter seus níveis pressóricos dentro dos limites de normalidade. Apenas 5 informaram não conseguir controlar os níveis de sua pressão arterial.

Tais dados não estão associados às informações sobre terapêutica medicamentosa ou sobre informações relativas à adesão ao tratamento.

4.2. Caracterização dos Hábitos considerados fatores de risco para Hipertensão Arterial ou para Depressão

Para investigação de humor deprimido, utilizou-se o IDB e classificou-se conforme recomendação de Gorestein²⁵.

Tabela 2: Distribuição do grupo estudado, segundo classificação dos sintomas de depressão. São Paulo, 2005.

Classificação dos sintomas de depressão	Pacientes	
	N	%
<15: Normal ou Depressão Leve	48	72,7
16 – 20: Disforia	06	9,1
>20: Depressão	12	18,2
Total	67	100,0%

Por meio da tabela 2 podemos verificar que a maioria dos pacientes (72,7%) do grupo estudado obteve escore compatível com normalidade para depressão ou depressão leve. No entanto vale considerar que, somados os dois subgrupos com algum desvio de normalidade para o estado de humor deprimido (disforia e depressão) teremos o percentual de 27,3% de pessoas acometidas por alteração de humor.

Vale lembrar, no entanto que esta prevalência refere-se a doença “depressão maior” catalogada tanto no CID-10 quanto no DSM-IV e, portanto, referente à doença mental, enquanto que o método aqui utilizado foi o de rastreamento da doença e, portanto, pode estar superestimado em relação ao primeiro.

Por outro lado, os dados sobre depressão maior referem-se à prevalência ao longo da vida, enquanto que no presente estudo refere-se a um único momento, o que deve restringir consideravelmente o índice, o que não aconteceu ao presente estudo.

Tabela 3: Distribuição do grupo estudado, segundo a classificação para Tabagismo. São Paulo, 2005.

Hábito - Fumo	N	%
- ex- fumante	19	28,4
- não fumante	40	59,7
- fumante	08	11,9
Total	67	100,0

A tabela 3 mostra que a maioria (59,7%) dos pacientes do grupo estudado não era e nem foi fumante. No entanto 11,9% do grupo permaneceu fumando a despeito da sua doença cardiovascular.

Tabela 4: Classificação dos pacientes fumantes segundo o grau de dependência de Nicotina. São Paulo, 2005.

Grau de Dependência da Nicotina	Pacientes	
	N	%
Baixo	01	14,0
Médio	03	43,0
Elevado	02	29,0
Muito Elevado	01	14,0
Total	07	100,0

Pela tabela 4 podemos observar que 14% dos pacientes estudados apresentaram nível baixo de dependência. Os demais 86% apresentaram níveis médio, elevado ou muito elevado, o que equivale dizer que fumavam no mínimo 20 cigarros por dia.

Tabela 5: Distribuição do grupo estudado, segundo dependência do Álcool. São Paulo, 2005.

Dependência de Álcool	Pacientes	
	N	%
Ex- dependente	02	3,0
Sim	10	14,9
Não	55	82,1
Total	67	100,0

A tabela 5 mostra que a maioria do grupo (82,1%) não era e nem foi dependente de álcool; 14,9% do grupo referiu esta dependência e 3% deixou

de ser, no entanto, não foi investigado se a motivação para o abandono para a dependência foi o conhecimento da existência da HA.

Tabela 6: Distribuição do grupo estudado, segundo o Índice de Massa Corpórea (IMC). São Paulo, 2005.

Índice de Massa Corpórea(*)	Pacientes	
	N	%
< 18 Baixo peso	06	9,0
18 – 25 Peso Saudável	44	67,0
25 – 30 Pré - Obesidade	11	17,0
30 – 35 Obeso grau I	03	4,0
35 – 40 Obeso Grau II	01	1,5
> = 40 Obeso III	01	1,5
Total	66	100,0

*Classificação da Oms 1997 sobre Índice de Massa Corpórea

A tabela 6 mostra que 67% possuía IMC considerado normal enquanto 24% apresentava algum nível de anormalidade para mais, o que significa aumentar o risco para as complicações da HA.

4.3. Correlação entre PA, depressão e demais variáveis do grupo estudado

Tabela 7: Resultado do coeficiente da correlação de postos de Spearman referente às variáveis sintomas de depressão com médias de pressão arterial. São Paulo, 2005.

Médias de PA	Coeficiente de correlação (p)
Sistólica	0,363
Diastólica	0,937

Os dados da tabela 7 mostram que não houve correlação estatisticamente significativa entre intensidade de sintomas de depressão e níveis pressóricos.

Tabela 8: Valores médios das PAS nos intervalos dos escores de depressão.

São Paulo, 2005.

Pacientes segundo os intervalos de escores de Depressão	Valores médios de PAS
0 – 15	134 mm Hg
16 – 20	141 mm Hg
> 21	140 mm Hg

Teste de Kruskal - Wallis – $p = 0,1205$

É observado por meio da tabela 8 que não houve correlação estatisticamente significativa entre os subgrupos relativos aos intervalos de escores de depressão em relação à média de PAS. Isto significa dizer que as médias de pressão arterial sistólica comportaram-se de modo semelhante a despeito do escore de depressão estar na faixa de normalidade (0 - 15), disforia (16 – 20) ou depressão (> que 21).

Tabela 9: Valores médios das PAD nos intervalos dos escores de depressão. São Paulo, 2005.

Pacientes segundo os escores de Depressão	Valores médios de PAD
0 – 15	85mm Hg
16 – 20	87mm Hg
> 21	84mm Hg

Teste de Kruskal - Wallis – $p = 0,6455$

A tabela 9 mostra que não houve associação estatisticamente significativa entre os subgrupos relativos aos intervalos de escores de depressão em relação a média de PAD. Isto significa dizer que as médias de pressão arterial diastólica comportaram-se de modo semelhante a despeito do intervalo de escore de depressão.

Tabela 10: Associação dos intervalos de escores de depressão e dependência à nicotina. São Paulo, 2005.

Intervalos de escores de depressão	Dependência de Nicotina						Total	
	Ex		Não		Sim			
	N	%	N	%	N	%	N	%
< = 15	11	23	30	62,5	7	14,5	48	72
16 – 20	3	50	3	50	0	0	06	10
> = 21	5	42	6	50	1	8	12	18

Fisher' s Exact Test : 0.527

A tabela 10 mostra que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis escores de depressão e dependência à

nicotina, o que significa dizer que nesses pacientes a dependência à nicotina não influi no surgimento de maior ou menor grau de sintomas de depressão.

Tabela 11: Associação entre escores de depressão e grau de dependência do Álcool. São Paulo, 2005.

Intervalos de escores de depressão	Dependência de Álcool						Total	
	Ex		Não		Sim		N	%
	N	%	N	%	N	%		
< = 15	2	4	37	77	9	19	48	72
16 – 20	0	0	6	100	0	0	06	10
> = 21	0	0	11	92	1	8	12	18

Fisher' s Exact Test : 0.801

A tabela 11 mostra que não houve associação estatisticamente significativa entre os intervalos de escores de depressão e a dependência do álcool. Isto mostra que a dependência ao álcool não influi no humor (depressão) do grupo estudado.

Esta análise, no entanto, mostrou-se pouco conclusiva, uma vez que o número de pacientes ex-dependentes, assim como o número de dependentes foi muito pequeno para permitir uma análise estatística mais consistente.

Tabela 12: Associação entre os intervalos de escores de depressão e IMC.

São Paulo, 2005.

Intervalos de escores de depressão	IMC						Total	
	< 18	18 -25	25- 30	30 - 35	35-40	> 40	N	%
< = 15	04	35	08	00	00	01	48	72
16 – 20	00	04	00	01	01	00	06	10
> = 21	02	05	03	02	00	00	12	18
Total	06	44	11	03	01	01	66	100

Fisher's Exact Test = 0.018

Os dados da tabela 12 mostram que houve associação estatisticamente significativa entre os intervalos dos escores de depressão e o índice de massa corpórea. Em outras palavras, os escores de depressão foram maiores em pessoas com IMC também mais elevados.

Tabela 13: Associação entre valores médios de PAS e dependência à nicotina. São Paulo, 2005.

Valores Médios de PAS (mmHg)	Dependência à nicotina
137	ex-dependente
137	não dependente
134	dependente

Teste de Kruskal - Wallis – p = 0, 8048

Por meio da tabela 13 é possível observar que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis valores médios de PAS e dependência à nicotina.

Tabela 14: Associação entre valores médios de PAS e o grau de dependência à nicotina. São Paulo, 2005.

Valores Médios de PAD (mmHg)	Dependência à nicotina
84	ex-dependente
85	não dependente
86	dependente

Teste de Kruskal - Wallis – $p = 0,9637$

Por meio da tabela 14 é possível observar que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis valores médios de PAD e dependência à nicotina.

Tabela 15: Associação entre valores médios de PAS e a dependência ao Álcool. São Paulo, 2005.

Valores Médios de PAS (mmHg)	Dependência ao álcool
145	ex-dependente
137	não dependente
135	dependente

Teste de Mann – Whitney $p = 0,6689$

Por meio da tabela 15 é possível observar que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis valores médios de PAS e dependência ao álcool.

Tabela 16: Associação entre valores médios de PAD e a dependência ao
 Álcool. São Paulo, 2005.

Valores Médios de PAD (mmHg)	Dependência ao álcool
90	ex-dependente
85	não dependente
85	dependente

Teste de Mann – Whitney $p = 0,9643$

Por meio da tabela 16 é possível observar que não houve associação estatisticamente significativa entre as variáveis valores médios de PAD e dependência ao álcool.

Tabela 17: Correlação entre valores médios de PA e IMC. São Paulo, 2005.

Valores Médios de PA	Coefficiente de correlação (p)
sistólica	0,9265
diastólica	0,9562

A tabela 17 mostra que não houve correlação entre os valores de PA e IMC.

DISCUSSÃO

5. DISCUSSÃO

Embora a depressão tenha sido apontada freqüentemente como fator complicador importante associado à outras afecções, em particular às doenças crônicas, nem sempre a atenção terapêutica da afecção de base inclui a investigação de sua presença e uma intervenção que objetiva o seu combate e controle.

Na presente pesquisa, foi observado que 72,7%do grupo não apresentou escore para presença de sintomas de depressão, porém o percentual encontrado de 27,3% para alteração de humor (disforia ou depressão) está acima do índice esperado ao longo da vida, segundo literatura especializada ³¹.

Fennell³¹ considera que em algum ponto determinado do tempo, de 15% a 20% dos adultos sofrerão níveis significantes de sintomatologia depressiva, sendo que 12% experimentam depressão grave a ponto de procurar tratamento em algum período da vida. Estima-se que a depressão represente 75% das internações psiquiátricas..

Estudos epidemiológicos no Brasil sobre depressão são disponíveis a partir de um grande levantamento de prevalência de morbidade psiquiátrica na população adulta das três grandes capitais (Brasília, Porto Alegre e São Paulo). O conjunto de estudo foi realizado em duas etapas, tendo duração total de um ano (metodologia de corte) e os diagnósticos agrupados de forma a condensar 39 itens do DSMIII (classificação de doenças psiquiátricas) entre os quais se incluíam os distúrbios afetivos depressivos.

A prevalência de depressão variou , sendo 1,9% em São Paulo, 2,8% em Brasília e 10,2% em Porto Alegre ³².

Vale destacar que a maioria dos estudos relacionados à epidemiologia psiquiátrica apresenta desenho de corte transversal e investiga a prevalência de transtornos mentais em diferentes populações , sendo raros os estudos de caso controle ou coorte para investigações etiológicas.³³ Assim as discrepâncias entre os resultados encontrados estão relacionadas à metodologia aplicada e à forma de diagnóstico utilizada. Estima-se que entre 10% a 83% da prevalência de transtornos depressivos estão relacionados á outras entidade clínicas.^{34,35}

Por razões não conhecidas pela comunidade científica, o índice de depressão nas mulheres ocidentais é aproximadamente duas vezes maior do que encontrado em homens.³¹ Vale lembrar que a presente pesquisa apresentou uma predominância de mulheres (65,7%) e talvez, por isso os resultados encontrados tenham sido maiores do que os referidos em estudos de incidência de depressão.

É necessário ressaltar, também, que nesta pesquisa o enfoque para a busca de depressão foi através de um rastreamento de sintomas depressivos e não de diagnóstico clínico (DSMIV ou CID 10). Além disto, para coleta de dados foi realizado um estudo transversal em um ponto determinado do tempo da vida dos pacientes que tinham consultas no ambulatório de cardiologia e não ao longo de suas vidas, o que pode também ter contribuído para a superestimação dos resultados.

Os estudos epidemiológicos sobre depressão são elementares para a investigação de fatores etiológicos e de aspectos que possam influir diretamente no desenvolvimento da patologia. Ao demonstrar as variações na prevalência e incidência de depressão em diferentes sub-grupos populacionais, é possível adequar um planejamento às políticas de saúde que cuidam deste grupo de indivíduos. Logo, estes estudos são de extrema importância, uma vez que permitem condições de avaliação das terapêuticas que estão sendo adotadas (biológicas e psicossociais) no tratamento da depressão.³⁶

A idade tem sido apontada como fator que influi na incidência de depressão em diferentes grupos. Pesquisas realizadas nos EUA, Canadá, Porto Rico, Alemanha, Itália, França, Líbano, nova Zelândia e Formosa sobre a prevalência de depressão demonstraram que indivíduos mais jovens relatam mais freqüentemente episódios de depressão que os idosos e referem idade de aparecimento dos sintomas depressivos em idades bem mais precoce.³⁷ Por outro lado, no presente estudo, a média etária foi de 51,8 anos e não encontrada relação estatisticamente significativa entre depressão e idade, embora esta análise possa ter sido prejudicada em função do “ n “ total do grupo e principalmente do “ n “ nos sub-grupos das diferentes faixas de etárias serem insuficientes para análises mais conclusivas.

Um estudo prospectivo realizado por Meyer³⁸ (Baltimore Epidemiologic Catchment Area – ECA) com 148 pessoas, mostrou que os pacientes com maior escore para depressão quando comparados com os

que relatam nunca ter apresentado alteração de humor (disforia) tem uma margem de risco significativamente maior para hipertensão. A depressão representa uma condição que pode estar associada à múltiplas doenças clínicas ou psiquiátricas e que compromete a qualidade de vida do paciente em doenças crônicas.³⁹

Pacientes deprimidos, sem cardiopatia prévia, têm maior incidência de eventos cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral) e maior mortalidade ao longo prazo.^{40,41} A depressão pode diminuir a adesão ao tratamento e justificar a ausência de um estilo mais saudável e uma motivação para o auto-cuidado.^{42,43,44} Depressão e doenças cardiovasculares são as duas maiores prevalências dos EUA⁴⁵.

Neste estudo como já foi mencionado e feitas ponderações relativas a idiosincrasias de métodos e características demográficas dos grupos estudados, aparentemente a incidência aqui encontrada parece corroborar às pesquisas que enfatizam a comorbidade da depressão com doenças cardiovasculares e em particular a HA . Vale ressaltar, no entanto que, no presente estudo, não foi encontrada relação estatisticamente significativa entre a presença ou intensidade de sintomas depressivos e níveis pressóricos. Tais dados significam que , a despeito da incidência de depressão estar, aparentemente mais elevada neste grupo de hipertensos do que na população geral, ela não representou um fator de agravamento da hipertensão arterial. As médias de PA no grupo foram semelhantes nos diferentes sub-grupos para análise do escore de sintomas depressivos. Esta relação talvez tenha que ser melhor estudada, uma vez que há trabalhos

considerando esta associação – tanto o impacto dos sintomas de depressão na hipertensão como na hipotensão⁴⁶

Parece provável que a ocorrência de depressão esteja relacionada a uma interação de vários fatores (variáveis biológicas, históricas, ambientais e psicológicas). Neste contexto, inclui-se os distúrbios no funcionamento dos neurotransmissores , um histórico familiar de depressão ou alcoolismo, tabagismo, perda ou negligência precoce dos pais, eventos negativos recentes da vida, um cônjuge crítico ou hostil, ausência de relacionamento de confiança, falta de apoio social adequado e falta de auto-estima a longo prazo.³¹ Estas informações apontam para a associação de fatores de que se caracterizam, ao mesmo tempo como predisponente e risco entre si, ou seja, depressão e hipertensão arterial com tabagismo e alcoolismo configurando um círculo bastante deletério para a qualidade de vida e comprometimento da saúde da pessoa envolvida a tais fatores.

Atualmente o tabagismo é reconhecido como uma dependência química, a qual expõe os indivíduos à diversas substâncias tóxicas. Estima-se que o total de mortes decorrentes do tabaco tenha atingido a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais. Segundo a World Health Organization (WHO) se as atuais tendências forem mantidas sobre o uso do tabaco, esses números aumentarão para 10 milhões de mortes anuais por volta de 2030, sendo a metade delas em indivíduos com idade produtiva (35 a 69 anos).⁴⁷

Baseado em Inquéritos Epidemiológicos sobre a prevalência do tabagismo , entre 2002 e 2003, realizados em 16 capitais, conduzido pelo INCA (Instituto Nacional do Câncer), demonstraram que as prevalências de

fumantes na população variam de 12,9% a 25,2%.⁴⁷ A comparação entre estudos do INCA e IBGE (1989) mostra que a prevalência entre homens continua maior do que entre as mulheres.⁴⁸

A Organização Mundial de Saúde informa que o tabagismo é maior causa isolada, evitável, de doença e morte. O tabagismo deve ser considerado como uma epidemia, por prejudicar os fumantes e os não fumantes que com eles convivem. Os tabagistas têm um risco significativo , de 30% a 200% de contrair infecções respiratórias, leucemia, **doenças cardiovasculares** entre outras. A epidemia tabágica está se deslocando dos países ricos para os pobres. E segundo a OMS, se os padrões de consumo não forem alterados, teremos uma alteração no panorama de óbitos por tabaco – de 3 milhões de mortes anuais para 10 milhões em 2020 ⁴⁸

Sabe-se que um dos mais completos estudos sobre tabagismo e doenças cardiovasculares foi publicado pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos registrando pesquisas de 12 países (Estados Unidos, Finlândia, Holanda, Iugoslávia, Itália, Inglaterra, Suécia, Noruega, Dinamarca, França, Grécia, Israel) com duração de 10 anos ou mais. Estas pesquisas possibilitaram inferir que o tabagismo é responsável em média por 30% das mortes por doenças cardiovasculares.⁴⁸

A American Cancer Society promoveu um estudo prospectivo onde mais de um milhão de pessoas, onde as patologias cardiovasculares nos fumantes comparadas com os não fumantes, incidiram de 90% a 155% a mais, conforme o consumo diários que foi de 1 a 19 ou mais de 20 cigarros.^{49,50}

Em estudo sobre o tratamento da dependência à nicotina em pacientes com doenças cardiovasculares , dos 59 pacientes fumantes (com idade de 44,2 anos), 46 tinham hipertensão arterial ⁵¹ E a ausência de controle da HAS pode ser uma fator negativo para a qualidade de vida dos fumantes e seu estado de cognição, conseqüentemente ⁵²de motivação.

Um estudo realizado nos países desenvolvidos sobre mortalidade, calculou em 1990 que .os óbitos por doenças cardiovasculares atingiram 34% do obituário geral na faixa etária dos 35 a 69 anos no homens e 11% nas mulheres ⁴⁸ Com base ainda nos relatórios do INCA, o índice de cessação do tabaco no Brasil foi de aproximadamente 50%, superior ao de alguns países, como por exemplo os EUA, que o índice é de 40%.*

Logo, torna-se um importante vértice para atuação dos profissionais de saúde , na medida em que o tabaco pode interagir com o sistema fisiológico causando alterações de endotélio e espessamento da íntima das artérias ⁴⁸ e assim maior risco de promover doenças cardiovasculares , inclusive a hipertensão arterial.

A incidência de tabagismo no atual estudo foi de 11,9%, o que se aproxima muito da epidemiologia na população brasileira em geral, que é de 12,9% a 25,2% dependendo da região geográfica ⁴⁷ .

*Chaves EC, Mendonça LGT. Uso e dependência do tabaco (texto aguardando publicação)

Considerando que todos os pacientes deste estudo tinham conhecimento da presença de HA há pelo menos um ano e considerando ainda que, embora 28,4% deles eram ex-fumantes, não conseguimos saber se este abandono foi motivado pela ciência da doença e suas implicações. Alguns aspectos merecem destaque: primeiro, o fato de que a incidência obtida no grupo deste estudo equipara-se ao da população geral e pode indicar que a ciência da presença de uma afecção crônica do sistema cardiovascular, aparentemente pouco influi no abandono do hábito; segundo, somando –se os atuais fumantes aos ex-fumantes, encontramos uma incidência de 40,3% de pessoas que em algum momento e por algum tempo estivera expostas aos malefícios do tabaco neste grupo estudado (incidência expressivamente maior do que a população geral), dado que reitera a importância do tabaco na predisposição à HA e terceiro, por meio da aplicação do teste de Fagerström, foi obtido 86% do grupo de fumantes apresentaram grau médio ou elevado de dependência caracterizando ainda alta exposição a risco de agravamento tanto de HA quanto da depressão agora já presentes neste grupo estudado.

Na esfera das emoções, sabe-se que o nível de motivação, de uma forma geral tem grande influência com a presença e intensidade dos sintomas de depressão. A motivação para parar de fumar, portanto pode ser afetada pela presença de depressão⁵¹ Perversamente, no entanto, estudos têm mostrado que a nicotina predispõe à depressão assim como diminui a motivação e a auto-confiança necessária para o abandono do hábito, constituindo-se um ciclo vicioso retroalimentando as duas morbidades.

Embora, este dado teórico esteja respaldado em literatura, neste estudo, não houve associação estatisticamente significativa entre depressão e tabagismo. Cabe ressaltar, no entanto que esta investigação foi prejudicada pelo número insuficiente de pessoas tabagistas e com sintomas de depressão, constituindo-se um resultado inconclusivo.

Após o tabaco, o álcool representa o mais importante problema de dependência em termos de morbidade e mortalidade.⁵³ Recentes estudos epidemiológicos mostram convincentemente que os diagnósticos de Transtorno Bipolar (um tipo de alteração de humor) e o alcoolismo ocorrem freqüentemente juntos ⁵⁴

No presente estudo considerando que o número de pacientes dependentes de álcool foi reduzido, fato que impossibilitou uma análise estatística consistente em relação á associação entre sintomas depressivos e alcoolismo, o mesmo acontecendo em relação à associação entre HA e alcoolismo.

Embora estes estudos ainda estejam em uma fase inicial, pelo menos no caso da depressão maior, uma patologia que com freqüência é associada ao alcoolismo, alguns resultados já são evidentes. Um polimorfismo funcional do tipo inserção/deleção localizado no gene da proteína transportadora da serotonina (5-HTT), associado à depressão e comportamento suicida demonstrou também um efeito importante sobre a resposta ao tratamento da depressão ^{55,56,57}

Maier ⁵⁸ em seu trabalho, mostra prevalência de 8,3% para Dependência ao Álcool. Entre os pacientes com Transtorno de Humor

Bipolar, 40,6% apresentaram Abuso ou Dependência ao Álcool. A análise das características da co-ocorrência e co-transmissão do Transtorno de Humor Bipolar e Alcoolismo em famílias pode prover dados para o entendimento da alta comorbidade entre estas duas patologias na população geral, mostrando que estas representam a comorbidade mais prevalente entre os diagnósticos psiquiátricos de eixo I (CID-10 e DSM-IV).

Weiss ⁵⁹ hipotetiza que pacientes bipolares usam substâncias psicoativas com o intuito de auto-medicação de seus sintomas de humor e que o abuso e dependência ao álcool pode precipitar ou perpetuar episódios de humor.

Brady et al ⁶⁰ concluíram que o Transtorno de Humor Bipolar associado ao Alcoolismo apresenta início mais precoce e pior curso comparado ao Transtorno Bipolar sem Alcoolismo, além de apresentar-se mais freqüentemente com humor irritável e disfórico, maior tendência a quadros mistos e ciclagem rápida, bem como maior número de internações. Todos estes aspectos presentes predizem má evolução prospectiva do quadro. Enfatizam ainda que a relação entre Transtorno de Humor Bipolar e Alcoolismo não se baseia simplesmente em causa e efeito, é bidirecional e complexa. Colocam a necessidade de abstinência ao álcool para real identificação e confirmação de quadro de humor primário, já que a redução dos sintomas depressivos devido ao álcool ocorre somente 2 a 4 semanas após interromper o uso do álcool e para os sintomas maníacos, em média de 2 a 3 dias.

A identificação de fatores familiares relacionados a estas duas patologias de extrema importância em saúde pública torna-se fundamental em nível de prevenção e tratamento, principalmente porque a alta frequência de aparecimento concomitante destes dois transtornos reforça a necessidade de um programa integrado de prevenção e tratamento em conjunto quando identificados de tal forma.⁶¹

A prevalência do alcoolismo entre as mulheres é significativamente menor que a encontrada entre os homens^{62,63}. Ainda assim, o consumo abusivo ou a dependência do álcool traz, reconhecidamente, inúmeras repercussões negativas sobre a saúde física, psíquica e "social" da mulher⁶⁴

A prevalência da dependência do Álcool no Brasil está estimada entre 7 a 10% da população adulta e é responsável por 9% a 32% dos leitos hospitalares.^{65,66}. Nos EUA a prevalência atinge de 5 a 10% e na América Latina de 3 a 23%.⁶⁷

Nos Estados Unidos, aproximadamente 10% das mulheres e 20% dos homens preenchem critérios diagnósticos para abuso do álcool, e 3-5% das mulheres e 10% dos homens preenchem critérios para dependência ao longo da vida⁶⁸

No Brasil, um estudo de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas indicou que a prevalência combinada de abuso e dependência de álcool ao longo da vida seria de aproximadamente 8% no conjunto das amostras estudadas, representativas de São Paulo, Brasília e Porto Alegre. A avaliação em cada sexo revelou uma prevalência de 15-16% entre os homens e de 0-2,5% entre as mulheres⁶⁸

O alcoolismo tem uma etiologia multifatorial, envolvendo fatores ambientais e genéticos. O fator ambiental tenta ser explicado por teorias psicanalíticas, psicossociais e comportamentais. Evidências de predisposição genética são baseadas em estudos feitos sobre a história familiar.^{69,70,71,72,73}

As dependências de álcool e tabaco podem ser consideradas comportamentos de risco, ambas possuindo determinantes similares. O estudo familiar tem o objetivo de demonstrar que parentes de dependentes de álcool e tabaco têm maior risco de desenvolver dependência e, ações de educação preventivas devem dar maior ênfase à população de risco aumentado, que são os familiares em primeiro grau de dependentes de álcool e tabaco.⁶⁵

O consumo de álcool encontrado em amostras populacionais nos Estados Unidos (90%) e na Austrália (87%) mostram valores semelhantes. O consumo apresentado no Canadá (75%), embora inferior aos já citados, é bastante superior ao da Colômbia e ao do México (51%), que é comparável ao do Rio de Janeiro (52%). O consumo revelado neste estudo aponta para uma proporção surpreendentemente inferior (33%).⁷⁴

O alcoolismo é um problema de grande prevalência populacional e elevado custo social. Embora o componente genético na vulnerabilidade seja significativo, a grande complexidade que o caracteriza tem dificultado a identificação de genes específicos. No entanto, a recente descrição de milhões de polimorfismos genéticos no genoma humano está abrindo uma perspectiva muito promissora para os estudos genéticos de associação com

o alcoolismo. Além disso, muitos estudos estão sendo iniciados para avaliar o papel de variações genéticas na resposta ao tratamento farmacológico.⁷⁵

O tratamento dos hábitos existentes (tanto o tabagismo como alcoolismo) nos pacientes hipertensos, com ou sem sintomas de depressão, é primordial para o êxito do resultado.

Nesta pesquisa, 14,9% dos pacientes demonstraram dependência ao álcool, o que representa índices maiores dos apresentados na população brasileira em geral. Todavia, não foi comprovada a associação estatisticamente significativa entre sintomas de depressão e dependência ao álcool, conforme literatura, uma vez que apenas 10 pacientes do grupo apresentou dependência com base no teste de CAGE.É provável que esta investigação em um grupo maior de pessoas maior teria permitido confirmar a reunião de dados apresentados anteriormente.

Além do alcoolismo e do tabagismo, outras condições podem interferir no binômio doenças crônicas – esfera emocional, como por exemplo condição clínica obesidade, que certamente, também terá sua parcela de contribuição neste processo. A obesidade é uma condição que aumenta a morbidade e mortalidade de muitas doenças. É considerada um dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares, além de sua associação com a elevada prevalência de hipertensão arterial. Há evidências que mostram a correlação entre hipertensão arterial em homens obesos com maior incidência de câncer renal.⁷⁶

Como é possível observar , a hipertensão arterial raramente aparece isolada (apenas 33% de casos – HAS “pura”). A associação com outros

fatores de risco cardiovasculares (obesidade, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, estresse entre outros) e entidades clínicas (diabetes, insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência vascular periférica) representam a maioria dos casos.⁷⁷

Pesquisas recentes sugerem que a influência genética contribui em 33% do peso corpóreo.⁷⁹ Mesmo não sendo ainda muito esclarecida a ligação entre HAS e obesidade, vários são os mecanismos propostos para a explicação: hipervolemia com aumento do débito cardíaco e falha na redução apropriada na resistência vascular, estimulação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, aumento da ingestão de sal devido ao aumento da ingestão calórica, aumento da atividade simpática, aumento da reabsorção renal de sódio e água e alterações da ATP ase Na/K.⁷⁸

No Brasil, a obesidade vem aumentando progressivamente nas últimas décadas de forma diferenciada nos diferentes segmentos da população. Foram realizados três grandes estudos no Brasil (1975, 1989 e 1997) sobre a análise de prevalência da obesidade em adultos, levando em consideração o índice de massa corpórea (IMC) de $30\text{Kg}/\text{m}^2$ como ponto de corte, os quais mostraram um aumento progressivo no níveis de obesidade. Este aumento na população brasileira é comparável com outros países desenvolvidos ou em desenvolvimento.⁷⁹

Segal⁸⁰ alerta para o fato da obesidade ser uma doença crônica grave ,de custos elevados em todas as áreas da existência humana. Sua prevalência foi estimada (entre 1989 e 1994) para a população brasileira de 20% e para a população norte americana de 40% A prevalência de

obesidade nos EUA vem crescendo (até 33% somente na década passada). De uma maneira geral, 31% dos homens e 35% das mulheres sofrem de obesidade.⁷⁸

A prevalência de obesidade mostra-se elevada em pacientes com hipertensão arterial e a tendência é aumentar de acordo com o grau de HAS. Dados do estudo de Framingham revelam prevalência de obesidade de 50,8% em pacientes com pressão arterial $\geq 160/95$ mmHg, de 36,6% com pressão entre 140/90 mmHg e $< 160/95$ mmHg e de 25,8% em normotensos

⁸¹ No presente estudo, não foi possível confirmar esta relação direta (tabela 17), uma vez entre os pacientes estudados, não detectamos alterações nos valores médios de PA ligados ao valores de IMC.

Na dimensão psicológica, os distúrbios emocionais, anteriormente considerados uma causa importante para obesidade^{78,80}, hoje são considerados como uma reação contra o forte preconceito e a discriminação dos indivíduos obesos. A maioria dos programas de controle de peso são fundamentados em mudanças de comportamento e motivação. É importante destacar que muitos medicamentos antidepressivos e outras drogas utilizadas em tratamentos psiquiátricos podem produzir aumento de peso⁷⁸

Um recente estudo prospectivo, de 20 anos de seguimento não direcionado para a questão da prevalência da co-morbidez entre obesidade e quadros psiquiátricos e sim para a interação entre eles, mostrou que quadros depressivos podem potencializar os padrões de peso. Pacientes com IMC elevados associados a quadros depressivos apresentam maior chance de ganhar mais peso ao longo do tempo⁸⁰

É possível detectar no grupo dos obesos, que há um aumento de prevalência dos sintomas psicológicos, tais como sintomas depressivos, ansiosos e alimentares que podem ser estudados dentro de diferentes âmbitos.⁸⁰

Assim estamos diante de mais um ciclo vicioso entre obesidade, depressão e hipertensão arterial, do qual o profissional de saúde precisa estar atento, a fim de planejar a assistência integralizada, compreendendo as interfaces destas patologias.

Através dos resultados obtidos neste estudo é possível afirmar que houve associação estatisticamente significativa entre a intensidade para os escores de sintomas de depressão e os índices de massa corpórea. Quanto maior o escore para depressão, maior o grau de obesidade.

Portanto, é importante destacar que a comorbidade depressão em pacientes com doenças crônicas (exemplo: hipertensão arterial) tem efeito adverso, afetando o nível de funcionamento e a qualidade de vida, e assim dificultando o controle das doenças. É essencial diagnosticar e tratar, com eficácia e segurança, a depressão nestes pacientes.⁸² Inclui-se, neste contexto, a real necessidade de intervenções sobre os quadros que podem ser concomitantes: obesidade, tabagismo e alcoolismo.

CONCLUSÕES

6. CONCLUSÕES

A partir dos dados obtidos neste trabalho, podemos concluir que :

- o índice para depressão no grupo de hipertensos estudado está acima da prevalência esperada ao longo da vida da população geral.
- a incidência de tabagistas no grupo foi semelhante a da população brasileira em geral.
- o grau de dependência à nicotina foi predominantemente de médio à elevado (em torno de 20 cigarros por dia).
- a incidência de alcoolismo esteve acima da encontrada na população em geral, destacando que apenas 10 pacientes (do grupo de 67 pacientes) apresentaram dependência do álcool.
- houve correlação estatisticamente significativa entre os escores de sintomas de depressão e grau de obesidade (conforme IMC)
- não houve correlação estatisticamente significativa entre intensidade de sintomas de depressão e níveis pressóricos. As médias de PA foram semelhantes nos diferentes sub-grupos de escores de depressão.
- não houve associação estatisticamente significativa entre depressão e dependência á nicotina
- Não houve associação estatisticamente significativa entre depressão e dependência do álcool.

- não foi possível obter correlação estatisticamente significativa entre níveis pressóricos, nicotina e álcool.
- Não houve correlação estatisticamente significativa entre níveis pressóricos e IMC.

ANEXOS

7. ANEXOS

ANEXO A

Entrevista Estruturada

Instrumento de Coleta – Pesquisa de Hipertensão relacionada ao estado de humor

1 – Dados sócio - demográficos

Código

Idade: ____anos

Sexo: _____

Estado Marital: () Solteiro(a) () Casado(a)

 () Amasiado(a)

 () Viúvo(a) () Divorciado(a)

Sexualidade: () Ativa Freqüência aproximada: _____

 () Não ativa

Tem atividade profissional / ocupacional: () sim () não

Se sim , qual _____

Atividade profissional / ocupacional sem retorno financeiro :

 () sim () não Média de horas por

 dia: _____

Atividade profissional / ocupacional com retorno financeiro :

 () sim () não Média de horas por

 dia: _____

Escolaridade: () analfabeto () alfabetizado

 Anos escolaridade(formação escolar): _____

Presença de outras doenças (relatadas pelo paciente ou citadas em prontuário; incluindo menopausa)

Uso de medicamentos:

Nome	Dose	Freqüência de uso

Lembrete: medicação prescrita na consulta anterior (para melhor observação dos efeitos)

Faz algum tipo de tratamento não medicamentoso? Exemplos: Meditação, Acumpuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Dietoterapia.

() sim () não

Se sim, qual: _____

2 – Caracterização da Hipertensão Arterial

Desde quando o Sr(a) sabe que é hipertenso(a)?

Consegue manter sua pressão arterial em níveis abaixo de 140x90mmHg?

() sim Desde quando: _____

() não Desde quando: _____

() mais ou menos Descreva: _____

Valores pressóricos: PA1(início): _____

PA2(término): _____

Peso referido: _____

Altura referida: _____

IMC: _____

3 – Hábitos:

3.1 – Hábitos relacionados ao sono:

A. Quanto ao período

• **Regularidade**

Interrupção no sono noturno: () sim () não

Se sim, descreva:

Cochilo diurno: () sim () não

Se sim, descreva:

• **Satisfação**

Considerando a nota 10 como o máximo de qualidade do sono e 0 o mínimo de qualidade, como você avalia seu sono:

0 _____ 10

Péssimo

Ótimo

Considerando 10 a nota dada para a quantidade suficiente de horas dormidas à noite para o seu descanso e 0 para a quantidade **insuficiente**.

Avalie a quantidade de tempo que você dorme:

0 _____ 10

Insuficiente

Suficiente

A que horas você vai para a cama (deita-se)
habitualmente: _____

A que horas você acorda
habitualmente: _____

A que horas você se levanta da cama
habitualmente: _____

Depois de quanto tempo após deitar você pega no
sono: _____

B. Quanto o ambiente

• **Iluminação para o sono**

() não iluminado () pouco iluminado () iluminado

• **Ruído**

() muito () pouco () nenhum

• **Arejado**

() sim () não

3.2 – Hábitos relacionados ao tabagismo e ao etilismo

Fumo: () Sim () Não () ex- fumante

qto tempo: _____

Se sim, Fagerström. ‘

Álcool: () Sim () Não () ex- etilista qto

tempo: _____

Se sim, CAGE.

Entrevistador: _____

Data: _____

ANEXO B

Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste de 21 grupos de afirmações> Por favor, leia cada uma delas e faça um círculo em volta do número com a afirmação que melhor descreve COMO VOCÊ SE SENTIU NA ÚLTIMA SEMANA, INCLUINDO HOJE.

Se mais de uma afirmação dentro de uma questão se aplicar a você, circule as duas.

Certifique-se de Ter lido todas as quatro afirmativas antes de fazer sua escolha.

- 1) 0 – Não me sinto triste
1 – Eu me sinto triste
2 – Estou sempre triste e não consigo sair disto
3 – Estou tão triste e infeliz que não consigo suportar
- 2) 0 – Não estou particularmente desanimada quanto ao futuro
1 – Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro
2 – Acho que nada tenho que esperar
3 – Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar
- 3) 0 – Não me sinto um fracasso
1 – Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum
2 – Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracasso
3 – Acho que como pessoa sou um completo fracasso

- 4) 0 – Tenho tanto prazer em tudo como antes
1 – Não sinto mais prazer nas coisas como antes
2 – Não encontro um prazer real em mais nada
3 – Estou insatisfeito(a) ou aborrecido(a) com tudo
- 5) 0 – Não me sinto especialmente culpado(a)
1 – Eu me sinto culpado(a), às vezes
2 – Eu me sinto culpado(a) na maior parte do tempo
3 – Eu me sinto sempre culpado(a)
- 6) 0 – Não acho que esteja sendo punido(a)
1 – Acho que posso ser punido(a)
2 – Creio que posso ser punido(a)
3 – Acho que estou sendo punido(a)
- 7) 0 – Não me sinto decepcionado(a) comigo mesmo
1 – Estou decepcionado(a) comigo mesmo
2 – Estou enojado(a) de mim
3 – Eu me odeio
- 8) 0 – Não me sinto de qualquer modo pior que os outros
1 – Sou crítico(a) em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros
2 – Eu me culpo sempre por minhas falhas
3 – Eu me culpo por tudo de mal que acontece
- 9) 0 – Não tenho quaisquer idéias de me matar
1 – Tenho idéias de me matar, mas não as executaria
2 – Gostaria de me matar

- 3 – Eu me mataria se tivesse oportunidade
- 10) 0 – Não choro mais que o habitual
- 1 – Eu choro mais agora do que costumava fazer
- 2 – Atualmente, choro o tempo todo
- 3 – Eu costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira
- 11) 0 – Não sou mais irritado(a) do que já fui
- 1 – Fico molestado(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava
- 2 – Atualmente me sinto irritado(a) o tempo todo
- 3 – Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me
- 12) 0 – Não perdi o interesse nas outras pessoas
- 1 – Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas
- 2 – Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas
- 3 – Perdi todo meu interesse nas outras pessoas
- 13) 0 – Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época
- 1 – Adio minhas decisões mais do que costumava
- 2 – Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes
- 3 – Não consigo mais tomar decisões
- 14) 0 – Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser
- 1 – Preocupo-me por estar parecendo velho(a) ou sem atrativos
- 2 – Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativo
- 3 – Considero-me feia

- 15) 0 – Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes
1 – Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa
2 – Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa
3 – Não consigo fazer nenhum trabalho
- 16) 0 – Durmo tão bem quanto de hábito
1 – Não durmo tão bem como costumava
2 – Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir
3 – Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir
- 17) 0 – Não fico mais cansado(a) que de hábito
1 – Fico cansado(a) com mais facilidade do que costumava
2 – Sinto-me cansado(a) ao fazer quase qualquer coisa
3 – Estou cansado(a) demais para fazer qualquer coisa
- 18) 0 – Meu apetite não está pior do que de hábito
1 – Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser
2 – Meu apetite está muito pior agora
3 – Não tenho mais nenhum apetite
- 19) 0 – Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente
1 – Perdi mais de 2,5Kg
2 – Perdi mais de 5Kg
3 – Perdi mais de 7,5Kg
- Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos
Sim () Não ()

- 20) 0 – Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde
1 – Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre
2 – Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso
3 – Estou tão preocupado(a) com meu problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa
- 21) 0 – Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual
1 – Estou menos interessado(a) por sexo que costumava
2 – Estou bem menos interessada por sexo atualmente
3 – Perdi completamente o interesse por sexo

N.º cadastro: _____ Registro _____ Data:

____/____/____

ANEXO C**Teste de Fagerström – Avaliação do Grau de Dependência da Nicotina**

1 – Quanto ao tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?

Dentro de 05 minutos = 03

Entre 06 e 30 minutos = 02

Entre 31- 60 minutos = 01

Após 60 minutos = 0

2- Você acha difícil não fumar, em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus, etc.?

Sim = 01

Não = 0

3- Qual cigarro do dia traz mais satisfação?

O primeiro do dia = 01

Outros = 0

4- Quantos cigarros você fuma por dia ?

Menos de 10 = 0

De 11 a 20 = 01

De 21 a 30 = 02

Mais que 31 = 03

5- Você fuma mais freqüentemente pela manhã?

Sim = 01

Não = 0

6- Você fuma mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

Sim = 01

Não = 0

Conclusão sobre o grau de dependência:

0-2 pontos = muito baixo

03- 04 pontos = baixo

05 pontos = médio

06 – 07 pontos = elevado

08 – 10 pontos = muito elevado

Uma soma de 06 pontos indica que, provavelmente, o paciente sentirá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar.

ANEXO D**Teste de CAGE**

A- Alguma vez o Sr sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

(1) Sim

(2) Não

B- As pessoas o aborrecem criticando seu modo de beber ?

(1) Sim

(2) Não

C- Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca ?

(1) Sim

(2) Não

D- Sente-se culpado pela maneira que costuma beber?

(1) Sim

(2) Não

ANEXO E

Termo de Consentimento

Quem é o pesquisador:

Meu nome é Andréa Machado, Enfermeira responsável da rede ambulatoriais da Medial Saúde. Sou aluna do curso de Mestrado, do Programa de Enfermagem em Saúde do Adulto, da Universidade de São Paulo – USP.

Título da pesquisa:

Humor Deprimido e Hábitos de Vida em Pessoas Portadoras de Hipertensão Arterial.

Informações para contato:

Centro Médico Brigadeiro – Tel: 11 – 3887-7399

Prezado Senhor / Senhora

A presente pesquisa tem por objetivo estudar a relação entre Hipertensão Arterial, estado de humor deprimido e alguns hábitos de vida relacionados ao sono, tabagismo e etilismo, em pessoas hipertensas.

Para realizar este estudo, será necessário responder a uma entrevista estruturada para colher dados como: idade, estado marital, ocupação, escolaridade, presença de outras doenças, uso de medicamentos atualmente, tratamento não medicamentoso, valores da pressão arterial (início e término da pesquisa), peso e altura, e hábitos de vida (sobre sono, tabagismo e etilismo). Após esta entrevista, será aplicado o Teste de Beck para avaliar atitudes e sintomas de humor deprimido. Em casos de fumantes

e etilistas, serão aplicados dois questionários: Fagerström e CAGE respectivamente, para verificação do grau de dependência.

O tempo necessário para entrevista será em torno de 30 minutos.

É garantido sigilo e anonimato de todas as informações que serão apresentadas nos questionários, além da ausência de qualquer ônus para o pesquisado. Também é assegurado o direito de que em qualquer momento, o pesquisado poderá desistir de participar sem nenhum prejuízo no processo de tratamento.

São Paulo, _____

Nome completo:

Assinatura do Pesquisado

Assinatura do Pesquisador

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Gusmão JL. A qualidade de vida da pessoa com hipertensão arterial. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri, São Paulo: Manole; 2004. p.263-74.
- 2- Baglivo HP. Clasificación de la hipertension arterial en base a la definición del JNC VII las guías de las Sociedades Europeas de Hipertension Arterial y Cardiología. Rev Argent Anesthesiol 2003;61(6):341-45.
- 3- Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH).Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN).IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Campos de Jordão, São Paulo; 2002.
- 4- Ferreira C, Póvoa R. Cardiologia para o clínico geral . São Paulo: Atheneu; 1999. p.147-50.
- 5- Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. Rev Bras Hipertens.2001;8(4): 383-92.
- 6- Ayres JE. Prevalence of hipertension in the city of Piracicaba. Arq Bras Cardiol.1991;57:33-6.
- 7- Freitas OC, Resende CF, Marques NJ. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the State of São Paulo, Brazil.Arq Bras Cardiol.2001;77(1):9-21.
- 8- The Sixty Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evulation, and Treatment of High Blood Pressure. Publication 1997. p.94-4080
- 9- Mansur AP, Favarato D, Sousa MFM. Tendência do risco de morte por doenças cardiocirculatórias no Brasil. Arq Bras Cardiol. 2001;76(6):497-503.
- 10-Cordeiro BR. A pressão arterial em funcionários do hospital universitário do norte do Paraná: associações com variáveis biopsicossociais, hábitos de vida e conhecimento sobre hipertensão [dissertação] São Paulo(SP): Escola de enfermagem, Universidade São Paulo;2000.
- 11-Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Júnior D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG, Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri, São Paulo: Manole; 2004.p.275- 89.
- 12-Ford DE, Mead LA, Chang PP. Depression predictis cardiovascular disease in men: the precursors study. Circulation 1994; 90(Suppl I): 614.

- 13-Menica ALL, Leães CGS, Frey BN, Jumena MF. O papel da depressão na doença coronária. *Arq BrasCardiol*.1999; 73: 237-43.
- 14-Del Porto JA. Conceito de depressão e seus limites. In: Lafer B, Almeida OP, Fráguas Júnior R, Miguel EC. *Depressão no ciclo de vida*. Porto Alegre:Artes Médicas; 2000.p.20-9.
- 15-Valentini, W.Treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento de depressão. *Rev. Saúde Pública* 2004;38(4): 522-8.
- 16-Andrade LHS, Lolio CA, Gentil V, Laurentini R. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação de São Paulo. Brasil. *Rev Psiquiat Clin*.1999;26:257-61.
- 17-Fráguas Júnior R, Figueiró JAB. Depressões em medicina interna e em outras condições médicas: depressões secundárias. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 3-4
- 18-Kairalla ICJ. Epilepsias parciais e depressão no paciente adulto: aspectos bio-psico-sociais. [dissertação]São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina, UNIFESP;1996.
- 19-Da Silva MAD. O uso de ansiolíticos e antidepressivos em cardiologia - Psiquiatria na Prática Médica. 2000;33(2): 17-20.
- 20-Perloff D, Grim C, Flack J, Frolich ED, Hill M, MacDonald M, Morgenstern BZ. Human blood pressure determination by sphygmomanometry. *Circulation* 1993; 88:2460-70.
- 21-Mion Jr. D, Pierin AMG. Manual prático de medida da pressão arterial. Brasília:Ministério da Saúde;1999.
- 22-Franco GP. Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes em enfermagem da UNIFESP/EPM [dissertação] São Paulo(SP):Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 2002.
- 23-Marcolino JAM. O impacto da aliança terapêutica em psicoterapia. *Psicodinâmica Breve*. [tese]São Paulo(SP):Escola Paulista de Medicina da UNIFESP;2002.
- 24-Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 41:561-71
- 25-Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin*. 1998;25(5):245-50.
- 26-Mansur J, Monteiro M. Validation of the CAGE alcoholism screening test in Brazilian Psychiatry inpatient hospital setting. *J Biol Res*.1983; 16:215-8.

- 27-Gorestein C, Andrade L. Validation of a portuguese version of the Beck depression inventory and the state trait anxiety inventory in brazilian subjects. *Braz Med Biol Res.*1996;29:453-457.
- 28-Da Paz Filho G J, Sato L J, Tuleski M J,Takatta S Y . Alcoholism screening instrument. *Rev Assoc Med Bras.*2001;47(1): .
- 29-Bensenor IM, Lotufo P A A hipertensão arterial no contexto nacional e internacional. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri São Paulo: Manole; 2004. p.11-25.
- 30-Rosner B. Fundamentals of biostatistics – Boston, PWS Publishers,1986.
- 31-Fennell MJV.Depressão in Hawton K, Salkovskis P M, Kirk J, Clark D M. Terapia cognitivo comportamental para problemas psiquiátricos – Um guia prático . São Paulo:Martins Fontes;1997.p.241-4.
- 32-Almeida Filho N, Mari JJ, Coutinho ESF, França J F, Ferandes J G, Andreolli SB, Busnello E. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras. Porto Alegre. *Rev ABP-APAL*,1992; 14:93-104.
- 33-Almeida Filho N, Santana V S, Mari J J. Bases teóricas da epidemiologia psiquiátrica.*Rev ABP-APAL* ,1987;9:107-112.
- 34-Carney RM, Rick M W, Tevelde A Major depressive disorder in coronary artery disease. *Am J Cardiol*,1987;60:1273-75.
- 35-Kamerow D. Anxiety and depression in the medical setting: and overview.*Med Clin North Am*,1988;72:745-51.
- 36-Menezes P R, Nascimento A F. Epidemiologia da depressão nas diversas fases da in Lafer B. Depressão no ciclo de vida. Porto Alegre:Artes Médicas Sul, 2000;p. 29-31.
- 37-Simon G E, Vonkoff M. Recall of psychiatric history in cross-sectional survey: implications for epidemiologia research . *Epidemiologia Reviews.* 1995,17 (1); 221-227.
- 38-Meyer CM, Armeniam HK, Eatonww, Ford DE.Incident hypertension associated with depression in the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *J Affect Disord.*2004;83(2-3):127-33.
- 39-Wells KB, Stewart A, Hays RD. The functional and well-being of depressed patients.*JAMA.*1989;262:914-9.
- 40-Wassertheil-Smoler S, Applegate W, Berge K. Change in depression as a precursor of cardiovascular events.*Arch Intern Med.*1996;156:553-61.

- 41-Glassman A Depression and the course of coronary artery disease. *Am J Psychiatry*.1998;155:4-11.
- 42-Rays J, Wajngarten M. Antidepressivos e doenças cardiovasculares. *Rev Soc. Cardiologia*. São Paulo 1998; 8(6): 1111-6
- 43-Scheifer S J, Macan N M, Coyle D A the nature and course of depression following myocardial infarction. *Arch Gen Psychiatry*.1989;149:1785-89.
- 44-Denollet J, Bruttsaert D L. Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation*.1998;97:167-73.
- 45-Joynt H E, Whellan D J, O'Connor C M. Depression and cardiovascular disease: mechanisms of interaction. *Biol Psychiatry*.2003;54(3):248-61.
- 46-Scalco A Z, Scalco M Z, Serro Azul J B, Lotufo Neto F. Hypertension and depression. *Clinics*.2005;60(3):241-50.
- 47-Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer , Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevalência de Tabagismo no Brasil – Dados de Inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras . Rio de Janeiro, 2004.
- 48-Rosemberg J. Pandemia de Tabagismo – enfoques históricos e atuais – Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Coordenação dos Institutos de Pesquisa. São Paulo,2000; 53-56.
- 49-US Department of Health and Human Service, the health consequences of smoking, Cardiovascular disease. A report of the surgeon General. USA 1983
- 50-Hammond EC – Smoking in relation to death rates of one million men and women. *Natl Cancer Inst monogr*. 1996;19:127-204.
- 51-Betkowska –Korpala B, Janhowski P; Kawecka- Jaszcz K. Comprehensive treatment of nicotine dependence in patients with cardiovascular diseases-personal experience. *Psychiatr Pol*.2004;38(1):125-34.
- 52-Sektion A Quality of primary medical care after in patient stroke rehabilitation. *Gesundheitswesen*.2004;66(1):29-36.
- 53-Michel S R, Mazurk P. *Progress in Psychiatry*. The New England of Medicine.1993;329(9)628-38.
- 54-Regier D A , Farmer M E, Rae D S, Locke b Z, Keith S J M, Judd L L, Goodwin F K. Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and other Drug abuse: results from Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*.1990;264:2511-18.

- 55-Du I. Frequency of long allele in serotonin transporter gene in increased in depressed suicide victims. *Biol Psychiat*.1999; 46:196-01.
- 56-Liu W. Tentative association of the serotonin transporter with schizophrenia and unipolar depression but not with bipolar disorder in Han Chinese. *Pharmacogenetics*.1999;9:491-95.
- 57-Bellivier F. Possible association between serotonin transporter gene polymorphism and violent suicidal behavior in mood disorders. *Biol Psychiat*.2000;15:319-22.
- 58-Maier W, Merikangas K. Co-occurrence and Cotransmission of Affective Disorders and Alcoholism in Families. *British J of Psychiatry*.1996,168 (suppl30):93-100.
- 59-Weiss RD, Mirin S M. Substance abuse as na attempt at self medication. *Psychiatric Med*.1987; 3:357-67.
- 60-Brady K, Lydiard B. Bipolar afecctive disorder and substance abuse. *J Clin Psychopharmacology*.1992;12 suppl:17-22.
- 61-Vieira RM. Bressan R A, Frey B, Soares J C. As bases neurobilógicas do transtorno bipolar. Disponível em www.hcnet.usp.br (09 de julho/2005)
- 62-Blume t W, Green S, Hoanning, Quin W S. Social role negotiatio skills for substance abusing adolescents: a group model. *J Subst Abuse Treat*.1994;11(3): 197-204.
- 63-Grant B F. Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: results of the National longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Stud Alcohol*.1997;58(5):464-73.
- 64-Novaes C, Melo n R, Bronstein m D, Zilberman M L,. Impacto do alcoolismo nas mulheres. Disponível em www.alcoolismo.com.br (07 de julho/2005)
- 65-Nunes S O V, Onishi I O, Hashimoto S M, Kikushi R, Toledo L G M, Koike A, Carmo D R, Paolielo,Matsuo T. Caso Clínico: a história familiar e a prevalência de dependência de álcool e tabaco em área metropolitana na região sul do Brasil.
- 66-Ministério da Saúde. Normas de Abordagem do alcoolismo; Brasília 1994.
- 67-Primol NLNP, Steinel AT. Prevalência do abuso e da dependência de álcool em Rio Grande do Sul: um estudo transversal de base populacional. *Rev Psiquiatr Rio Grande do Sul*.2004,26(3).
- 68-Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JAA Synopsis of psychiatric. Williams Wilkinns.Baltimore.1994.

- 69-Brown AS, Creamer VA Implications for intervention of family of alcohol abuse. *Alcohol Health Res.* 1988; 12(2):120-25.
- 70-Cotton N. The familial incidence of alcoholism. *Journal os Studies on Alcohol.*1979;40(1):89-116.
- 71-Goodwin D. Studies in familial alcoholism a review. *J Clin Psychiat.*1984;45:14-17.
- 72-Greenlund KJ. Impact of father's education and parenteral smoking status on smoking behavior in young adults. *Am J Epidemiol.*1995;142(10):1029-33.
- 73-Harford T. Family history of alcoholism in United States: prevalence and demographic characteristics. *British Journal of Addiction.*1992; 87:931-35.
- 74-Almeida LM, Coutinho E. Prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo em uma região metropolitana do Brasil. *Rev Saude Publica.*1993;27:23-9.
- 75-Dotto Bau C H. Estudo atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo .*Rev Ciência Saúde Coletiva.* Rio de Janeiro.2002;7(1).
- 76-Mano R. Hipertensão arterial e obesidade disponível em www.manuaisdecardiologia.med.br (14 julho/2005)
- 77-Jardim PCBV, Monego ET, Reis MAC. A alimentação do adulto com hipertensão arterial. In: : Pierin AMG. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar.* Barueri, São Paulo: Manole; 2004. p.139-64.
- 78-Manual Merck – Distúrbios da nutrição e do metabolismo - capítulo 140: Obesidade
- 79-Bensenor IM, Lotufo PA A hipertensão arterial no contexto nacional e internacional. In: : Pierin AMG. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar.* Barueri, São Paulo: Manole; 2004. p11-26.
- 80-Segal A, Cardeal MV, Cordás T A Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. Disponível em www.hcnet.usp.br (14julho/2005)
- 81-Guimarães AC, Magalhães LBNC. Prevenção da hipertensão arterial primária. In: : Pierin AMG. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar.* Barueri, São Paulo: Manole; 2004. p.313-33.
- 82- Amado T C F, Arruda I K G. Hipertensão arterial no idoso e fatores de risco associados. *Rev Bras Nutr Clin.*2004;19(2):94-99.