

GABRIELA DE ANGELI DE MARTINI

**Relações entre Sintomas Depressivos, Appetite e Qualidade de Vida em Pacientes com
Insuficiência Cardíaca Hospitalizados**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem na
Escola Paulista de Enfermagem - Universidade
Federal de São Paulo.

Modelo em artigo para periódico nacional *Revista
Brasileira de Enfermagem (REBEn)*.

São Paulo

2022

GABRIELA DE ANGELI DE MARTINI

**Relações entre Sintomas Depressivos, Appetite e Qualidade de Vida em Pacientes com
Insuficiência Cardíaca Hospitalizados**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem na
Escola Paulista de Enfermagem - Universidade
Federal de São Paulo.

Modelo em artigo para periódico nacional *Revista
Brasileira de Enfermagem (REBEn)*.

Orientadora: Profa. Dra. Camila Takáo Lopes

Co-orientador: Prof. Dr. Vinícius Batista Santos

São Paulo

2022

Relações entre sintomas depressivos, apetite e qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca hospitalizados

RESUMO

Objetivo: Analisar a relação entre sintomas depressivos e apetite, com qualidade de vida (QV) em pacientes com insuficiência cardíaca (IC) hospitalizados. **Métodos:** Estudo observacional, cujas variáveis independentes foram avaliadas em 86 pacientes, sendo sintomas depressivos mensurados por meio do Inventário de Depressão de Beck II e o nível de apetite pelo Questionário Nutricional Simplificado de Apetite; Relações entre variáveis sociodemográficas, clínicas, sintomas depressivos, apetite e QV foram verificadas por testes univariados e regressão linear. **Resultados:** Os fatores relacionados à melhor QV foram sintomas depressivos mínimos (estimativa=-20,03, $p<0,001$) e ausência de risco de perda de peso por apetite diminuído (estimativa=-11,08, $p=0,022$). A dependência para quatro atividades de vida diária se associou a pior QV (estimativa=15,44, $p=0,046$). **Conclusões:** Os resultados apontam para medidas que podem impactar positivamente na QV, como avaliação sistemática do apetite, aconselhamento nutricional individualizado, promoção do automonitoramento de sintomas depressivos e garantia de auxílio para preparo das refeições, alimentação e incentivo à ingestão alimentar.

Descritores: Apetite; Depressão; Qualidade de Vida; Hospitalização; Insuficiência Cardíaca.

Descriptors: Appetite; Depression; Quality of Life; Hospitalization; Heart Failure.

Descriptores: Apetito; Depresión; Calidad de Vida; Hospitalización; Insuficiencia Cardíaca.

INTRODUÇÃO

A qualidade de vida (QV) de pessoas com insuficiência cardíaca (IC) é negativamente afetada pela variedade de sinais e sintomas da doença em períodos de exacerbação⁽¹⁻³⁾. Esses sintomas incluem dispneia, tosse, taquicardia, fadiga, sensação de plenitude gástrica, náuseas, oligúria, edema de membros ou edema generalizado, extremidades frias, alteração de nível de consciência e lipotímia⁽⁴⁻⁵⁾. Os sintomas depressivos e a diminuição do apetite ocorrem em 20% a 41% e 22% a 67,5% dos pacientes, respectivamente⁽¹⁻⁶⁾.

A depressão é a morbidade psicológica mais conhecida em pacientes com IC e é um preditor independente de baixa QV e mortalidade⁽⁷⁻⁹⁾. Maiores níveis de apetite estão associados a melhor estado de saúde em pacientes com IC. No entanto, a relação entre apetite e QV em pacientes com IC não é clara, uma vez que não se mantém significativa em pacientes com sintomas depressivos⁽¹⁾.

Em pacientes com IC que apresentam perda de apetite e consequente deficiência de micronutrientes, os sintomas depressivos acarretam maior risco de eventos cardíacos (admissões em departamento de emergência, hospitalização ou morte) do que naqueles com menor nível de deficiência⁽¹⁰⁾. A perda de apetite também se associa a pior estado de saúde^(1,7,9,11-12) e à maior mortalidade desses pacientes⁽¹³⁾. A literatura aponta que a perda de apetite se associa à fadiga^(1,3) e à caquexia (perda de pelo menos 5% no peso corporal livre de edema nos últimos 12 meses, ou IMC menor que 20Kg/m²)⁽¹⁴⁾, sendo um importante sinal de piora do estado de saúde⁽¹⁾. Outros estudos apontam que o mau estado nutricional se associa a maior incidência de hospitalização, pior QV⁽¹⁵⁾ e maior mortalidade na IC⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Estudo multicêntrico europeu verificou que o apetite se associa à fadiga, sintomas depressivos e baixa QV ao longo de 18 meses pós-hospitalização de pacientes com IC⁽¹⁸⁾. No entanto, essas relações são desconhecidas na população brasileira. Conhecê-las no contexto brasileiro pode subsidiar o planejamento de medidas para impactar positivamente na QV dos pacientes com IC.

No contexto da assistência de enfermagem, o conhecimento obtido a partir do presente estudo pode contribuir para a elaboração de um plano de cuidados que valorize e responsabilize a atenção psicológica igualmente à atenção física na perspectiva de qualidade de vida.

OBJETIVO

Analisar a relação entre sintomas depressivos e apetite, com qualidade de vida em pacientes com IC hospitalizados.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma universidade. Foram garantidos anonimato e confidencialidade aos pacientes e solicitada assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, período e local do estudo

Foi realizado um estudo observacional, analítico e transversal, seguindo as diretrizes de STROBE, de fevereiro a novembro de 2021. O estudo foi realizado nas unidades de internação de um hospital-escola público, de grande porte da região metropolitana de São Paulo.

Amostra; critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos pacientes com diagnóstico de IC crônica há pelo menos seis meses, hospitalizados, com idade ≥ 18 anos e capazes de ler. Pacientes com precordialgia, dispneia e/ou hipotensão sintomática no momento da coleta de dados foram excluídos, pois o esforço para responder aos questionários poderia prejudicá-los; pacientes com doença renal crônica dialítica ou câncer foram excluídos, uma vez que essas situações poderiam ser fatores confundidores para mensuração do apetite e da QV; pacientes em isolamento de contato foram excluídos, minimizando o risco de contaminação cruzada durante a coleta de dados.

Protocolo do estudo

As variáveis independentes foram os sintomas depressivos e o nível de apetite. A variável dependente foi a QV. As covariáveis foram classificadas em sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, número de dependentes, situação trabalhista, renda familiar) e clínicas (diagnóstico prévio de depressão, Índice de Massa Corporal admissional, etiologia da IC, tempo desde o diagnóstico de IC, Classe Funcional *New York Heart Association*,

fração de ejeção de ventrículo esquerdo, Índice de Comorbidade de Charlson, hospitalizações por descompensação da IC no último ano, número de medicamentos de uso contínuo; independência para atividades básicas de vida diária (ABVD) de acordo com o Índice de Katz⁽¹⁹⁻²⁰⁾ - tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir, continência e alimentação).

Para o recrutamento de pacientes, foi realizada busca ativa de pacientes internados com IC pela pesquisadora principal, uma estudante do sexto semestre de Enfermagem, pelo menos três vezes por semana na instituição. A pesquisadora abordou os pacientes em seus quartos, explicou os objetivos e procedimentos do estudo. Uma vez que os pacientes concordassem em participar, foram convidados a assinar o TCLE e levaram cerca de 30 a 60 minutos para completar a pesquisa.

Os sintomas depressivos foram mensurados por meio do Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II), validado no Brasil em 2011. O BDI-II é composto por 21 questões^(21,22), cada uma com quatro alternativas possíveis (pontuações de 0 a 3). O escore total é a soma de pontos, que varia de 0 a 63, com a seguinte interpretação: 0-13 sintomas depressivos mínimos/sem sintomas depressivos; 14-19 sintomas depressivos leves; 20-28 sintomas depressivos moderados; 29-63 sintomas depressivos grave^(21,23-24).

A confiabilidade da versão brasileira do BDI-II foi avaliada por meio da estabilidade em um teste-reteste de 15 dias em uma amostra de 60 estudantes de medicina e por sua consistência interna (alfa de Chronbach) em uma amostra de base populacional de 182 adultos. O coeficiente de consistência interna para os estudantes foi de 0,89 e o coeficiente alfa de Cronbach para a amostra da comunidade foi de 0,93. A validade concorrente foi testada em ambas as amostras, com coeficiente de correlação de Pearson entre o BDI-II e o *Self-Report Questionnaire-20* de 0,67 e 0,89 para as amostras estudantil e comunitária, respectivamente; coeficientes de correlação com a *Kessler's Psychological Distress Scale* de 0,63 e 0,93 para as amostras de estudantes e comunidade, respectivamente; coeficiente de correlação com a *Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale* de 0,75 na amostra da comunidade; e coeficiente de correlação de 0,66 com a *Hamilton Anxiety Scale* na amostra da comunidade⁽²⁴⁾.

O apetite foi mensurado pelo Questionário Nutricional Simplificado de Apetite (QNSA) validado no Brasil. O QNSA é composto por quatro questões com cinco opções de respostas cada, pontuadas de 1 a 5. A soma das respostas gera o escore total, que pode variar de 4 a 20. Quanto menor o escore, maior o risco de perda de peso de pelo menos 5% em seis meses. A validade de constructo da versão brasileira do QNSA foi avaliada por meio de análise fatorial após aplicação

em 146 participantes de um programa de reabilitação cardiopulmonar e metabólica. A estrutura unifatorial do instrumento original foi mantida, respondendo por 47,0% da variação total do instrumento. A consistência interna foi satisfatória (alfa de Cronbach=0,61)⁽²⁵⁾.

A QV foi mensurada pelo *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* (MLHFQ) validado no Brasil. Este questionário é composto por 21 questões, com respostas que variam de zero (sem limitação por parte do paciente), a cinco (limitação máxima). O escore total é a soma dos pontos, que varia de 0 a 105, e os menores escores revelam melhor QV⁽²⁶⁻²⁷⁾. Para a versão brasileira do MLHFQ, uma confiabilidade adequada foi encontrada por meio de testes de estabilidade (teste-reteste com intervalo de sete dias) e consistência interna (alfa de Cronbach). O teste-reteste produziu um coeficiente de correlação intraclasse de 0,97 e o alfa de Cronbach foi de 0,97. Os escores se correlacionaram significativamente com a classe funcional NYHA (r de Spearman=0,82), o VO₂ pico (r de Spearman=-0,58) e a duração do exercício durante o teste cardiopulmonar (r de Spearman =-0,60) de 40 pacientes com IC - adequada validade de critério⁽²⁸⁾.

Análise dos resultados e estatística

A análise dos dados foi realizada no software R versão 4.1.1, R Studio versão 1.4.1106. As variáveis categóricas foram sumarizadas por meio de frequências absolutas (n) e relativas (%). As variáveis quantitativas foram sumarizadas por meio de medidas de tendência central (média ou mediana) e dispersão (desvio padrão mínimo e máximo). Para verificar a relação entre o escore do MLHFQ e as demais variáveis, utilizaram-se os testes t-Student, U Mann Whitney, Kruskal Wallis, ANOVA, correlação de Spearman e os pós-testes de Games Howell ou Duncan, quando necessário. Os seguintes valores foram considerados para classificar a força das correlações: 0–0,19 (muito fraca); 0,20–0,39 (fraca); 0,40–0,59 (moderada); 0,60–0,79 (forte); 0,80–1,0 (muito forte)⁽²⁹⁾.

Ajustaram-se modelos de regressão linear múltiplos, considerando o escore do MLHFQ como variável resposta e como variáveis independentes elegíveis aquelas com significância de até 10% em modelo ajustado anterior (ou seja, sintomas depressivos, Índice de Katz e risco de perda de peso, de acordo com a pontuação do QNSA). O modelo final foi considerado aquele com todas as variáveis com p-valor <0,05 e com resíduos seguindo normalidade pelo teste de Shapiro Wilk. A confiabilidade do BDI-II, do QNSA e do MLHFQ para a amostra do presente estudo foi avaliada por meio de sua consistência interna (alfa de Cronbach>0,7 considerado satisfatório)⁽³⁰⁾.

RESULTADOS

Avaliou-se a elegibilidade de 133 pacientes, dos quais 13 estavam desorientados, 16 clinicamente impossibilitados comunicação, 12 em isolamento de contato e seis se recusaram a participar. Assim, a amostra final incluiu 86 pacientes, cujas características são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos pacientes (n=86). São Paulo, SP, Brasil, 2021

| Variável | Medida |
|--|------------------------|
| Sexo masculino, n(%) | 43 (50) |
| Idade, média±DP | 63,45±13,35 |
| Escolaridade, mediana (mín-máx) | 6 (2-24) |
| Cor da pele, n(%) | |
| Branca | 47 (54,7) |
| Preta | 29 (33,7) |
| Amarela | 10 (11,7) |
| Religião, n(%) | |
| Católica | 39 (45,4) |
| Evangélica | 24 (27,9) |
| Espírita | 3 (3,5) |
| Outra | 1 (1,2) |
| Nenhuma | 18 (20,9) |
| Situação Conjugal, n(%) | |
| Vive com companheiro | 42 (48,8) |
| Não vive mais com companheiro | 41 (47,7) |
| Nunca viveu com companheiro | 3 (3,5) |
| Número de coabitantes, mediana (mín-máx) | 2 (0-14) |
| Situação trabalhista, n(%) | |
| Economicamente ativo | 22 (25,6) |
| Não economicamente ativo | 64 (74,4) |
| Renda familiar, mediana (mín-máx) | R\$ 2,550 (350-17,000) |
| Número de dependentes, mediana (mín-máx) | 2 (0-5) |
| Índice de massa corpórea, média±DP | 25,80±6,52 |
| Etiologia da insuficiência cardíaca, n(%) | |
| Isquêmica | 14 (16,3) |
| Hipertensiva | 16 (18,6) |
| Chagásica | 9 (10,5) |
| Valvar | 23 (26,7) |
| Outra | 16 (18,6) |
| Sem informação | 8 (9,3) |
| Classificação hemodinâmica, n(%) | |
| Perfil A | 3 (3,5) |
| Perfil B | 35 (40,7) |
| Perfil C | 31 (36,0) |

| | |
|--|------------|
| Perfil L | 8 (9,3) |
| Sem informação | 9 (10,5) |
| Tempo desde diagnóstico em anos, mediana (mín-máx) | 9 (0,5-38) |
| Nº de medicamentos de uso contínuo, mediana (mín-máx) | 7 (1-15) |
| Nº de hospitalizações no último ano, n(%) | |
| Nenhuma | 46 (53,5) |
| Uma vez | 12 (14,0) |
| Mais de uma vez | 17 (19,8) |
| Não se lembra | 11 (12,8) |
| Fração de ejeção do ventrículo esquerdo (%), média±DP | 40±0,13 |
| Índice de Comorbidade de Charlson, mediana (mín-máx) | 2 (0-9) |
| Índice de Katz, n(%) | |
| Independência para as seis funções ABVD | 34 (39,5) |
| Dependência para uma função ABVD | 8 (9,3) |
| Dependência para duas funções ABVD | 6 (7,0) |
| Dependência para três funções ABVD | 3 (3,5) |
| Dependência para quatro funções ABVD | 6 (7,0) |
| Dependência para cinco funções ABVD | 18 (20,9) |
| Dependência para todas as funções ABVD | 11 (12,8) |
| Diagnóstico prévio de depressão, n(%) | 7 (8,1) |

ABVD: Atividade Básica de Vida Diária; DP: Desvio padrão; Mín: Mínimo; Máx: Máximo

De acordo com o BDI-II, 35 (40,7%) dos pacientes apresentavam sintomas depressivos mínimos, seguidos de 22 (25,6%) com sintomas moderados, 23 (26,7%) com sintomas leves e seis (7%) tinham sintomas graves. O escore médio do BDI-II foi de 16,3 pontos. Os itens mais frequentemente pontuados foram “Perdi completamente o interesse por sexo” (52,3%), “Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir” (29%), “Não consigo mais fazer qualquer trabalho” (23,3%) e “Perdi mais do que sete quilos” (23,3%). A confiabilidade do BDI-II foi satisfatória (alfa de Cronbach = 0,76).

A partir da avaliação do apetite pelo QNSA, verificou-se que a maioria dos pacientes (n=60, 69,8%) apresentou risco de 5% de perda de peso nos últimos seis meses. A pergunta que recebeu a menor somatória, ou seja, apresentou-se como importante no processo de perda de apetite, foi quanto à satisfação após comer determinada quantidade da refeição (2,4±1,2). O escore médio do QNSA foi de 12,0±3,5 e sua confiabilidade do QNSA foi satisfatória (alfa de Cronbach = 0,72).

O escore total do MLHFQ aponta para QV inadequada, tendo em vista a pontuação média (53,59±21,6) e levando em consideração a pontuação máxima de 105. Os itens com piores avaliações, contribuindo para essa pontuação, foram “dificuldade em caminhar e subir escadas” (3,5±1,8), “cansaço” (3,6±1,8) e “preocupação” (3,7±1,8). A confiabilidade do MLHFQ foi satisfatória (alfa de Cronbach = 0,84).

Na análise univariada (Tabela 2), verificou-se relação significativa entre pior QV e diagnóstico prévio de depressão, dependência para ABVD e perda do apetite.

Tabela 2 - Relação entre a qualidade de vida com variáveis sociodemográficas e clínicas categóricas (n=86). São Paulo, SP, Brasil, 2021

| Variável | Escore do <i>MLHFQ</i> | | P-valor |
|--|------------------------|-----------|------------------------|
| | Mediana | Mín - Máx | |
| Sexo | | | |
| Masculino | 57 | 4 - 92 | 0,194* |
| Feminino | 60 | 11 - 95 | |
| Cor da pele | | | |
| Branca | 61 | 11 - 95 | 0,427# |
| Preta | 58 | 4 - 92 | |
| Amarela | 45,5 | 15 - 76 | |
| Religião | | | |
| Católica | 60 | 11 - 90 | 0,655# |
| Evangélica | 58 | 17 - 92 | |
| Espírita | 52 | 18 - 58 | |
| Outra | 95 | 95 - 95 | |
| Nenhuma | 56 | 4 - 76 | |
| Situação conjugal | | | |
| Vive com companheiro(a) | 62 | 11 - 92 | 0,204 [£] |
| Não vive mais com companheiro(a) | 52 | 4 - 95 | |
| Nunca viveu com companheiro(a) | 30 | 15 - 56 | |
| Situação trabalhista | | | |
| Economicamente ativo(a) | 62,5 | 15 - 95 | 0,839 ^{&} |
| Não economicamente ativo(a) | 58 | 4 - 92 | |
| Etiologia da insuficiência cardíaca | | | |
| Isquêmica | 49,5 | 15 - 90 | 0,907 [£] |
| Hipertensiva | 62 | 4 - 83 | |
| Chagásica | 49 | 29 - 83 | |
| Valvar | 58 | 11 - 81 | |
| Outra | 58 | 17 - 95 | |
| | | | |
| Classificação Hemodinâmica | | | |
| Perfil A | 33 | 16 - 68 | 0,676 [£] |
| Perfil B | 61 | 4 - 85 | |
| Perfil C | 57 | 15 - 90 | |

| | | | |
|---|------|---------|------------------------------|
| Perfil L | 55 | 11 - 92 | |
| Perfil C | 38 | 38 - 38 | |
| Diagnóstico de depressão | | | 0,001 |
| Não | 57 | 4 - 95 | |
| Sim | 68 | 58 - 85 | |
| Índice de Katz | | | |
| Independência para 6 funções ABVD | 45 | 11 - 90 | 0,024[£] |
| Dependência para 1 função ABVD | 42,5 | 15 - 74 | |
| Dependência para 2 funções ABVD | 62,5 | 28 - 86 | |
| Dependência para 3 funções ABVD | 49 | 41 - 76 | |
| Dependência para 4 funções ABVD | 69 | 36 - 95 | |
| Dependência para 5 funções ABVD | 61,5 | 16 - 85 | |
| Dependência para todas as funções ABVD | 66 | 4 - 81 | |
| Sintomas depressivos | | | |
| Mínimos | 38 | 4 - 92 | 0,311 |
| Leves | 63 | 18 - 90 | 0,304 |
| Moderados | 69 | 32 - 95 | 0,447 |
| Graves | 61 | 57 - 68 | 0,408 |
| Risco de perda de peso por apetite diminuído | | | |
| Risco | 61 | 15 - 95 | 0,004^{&} |
| Sem risco | 41,5 | 4 - 76 | |

MLHFQ: *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire*; ABVD: Atividade Básica de Vida Diária; *t de Student; #Kruskal Wallis; £ANOVA; &U Mann Whitney.

Para verificar quais categorias de dependência para as ABVD tinham relação com a QV, foi realizado o pós-teste *Duncan's Multiple Range*, que identificou pior QV de pacientes com dependência para quatro ABVD (diferença média do escore [DME]= 25,7, IC 95% = 5,0 - 46,4, p=0,014), para cinco ABVD (DME = 16,1, IC 95% = 2,9 - 29,3, p=0,017) ou para seis ABVD (DME = 15,5, IC 95%=0,1 - 30,9, p=0,048), quando comparado à independência para as ABVD.

Embora não tenha sido verificada relação significativa entre os escores do BDI-II (sintomas depressivos) e do MLHFQ, decidiu-se por realizar o pós-teste de Games Howell, pois a relação entre diagnóstico médico prévio de depressão e QV foi significativa. O pós-teste demonstrou relação significativa entre sintomas depressivos e QV quando comparados sintomas depressivos mínimos com graves (q=-7,92, p<0,001), sintomas mínimos com moderados (q=7,053, p<0,001) e sintomas mínimos com leves (q=-5,461, p=0,002). Verificou-se fraca correlação negativa entre os escores do QNSA e do MLHFQ, ou seja, maior perda de apetite se relaciona à pior QV (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlações entre variáveis sociodemográficas e clínicas quantitativas e o escore do *Minnesota Living with Heart Failure* (MLHFQ) (n=86). São Paulo, SP, Brasil, 2021

| Variáveis | Escore do MLHFQ | |
|--|-----------------|---------|
| | Rho de Spearman | P-valor |
| Idade | 0,178 | 0,100 |
| Escolaridade | 0,004 | 0,971 |
| Número de coabitantes | 0,058 | 0,598 |
| Renda familiar | -0,144 | 0,185 |
| Número de dependentes | 0,079 | 0,468 |
| Peso (Kg) | 0,063 | 0,566 |
| Altura (m) | -0,025 | 0,817 |
| Índice de massa corpórea (Kg/m ²) | 0,057 | 0,604 |
| Tempo desde o diagnóstico (meses) | 0,149 | 0,169 |
| Número de hospitalizações | 0,129 | 0,270 |
| Fração de ejeção do ventrículo esquerdo (%) | -0,004 | 0,975 |
| Número de medicamentos de uso contínuo | -0,056 | 0,617 |
| Escore do Questionário Nutricional Simplificado de Apetite | -0,372 | <0,001 |

Ajustando-se a um modelo de regressão linear múltiplo, considerando como variável resposta o escore do MLHFQ e como covariáveis aquelas com relação significativa na análise univariada, verificou-se que a dependência para quatro ou cinco ABVD se associou de maneira significativa a maiores escores do MLHFQ ($p=0,019$ e $0,029$, respectivamente), enquanto os sintomas depressivos mínimos e a ausência de risco de perda de peso por diminuição do apetite se associaram de maneira marginalmente significativa a menores escores do MLHFQ ($p=0,087$ e $p=0,078$, respectivamente).

Na busca pelo melhor modelo explicativo para o escore do MLHFQ, nova regressão linear foi realizada, incluindo-se as variáveis com $p<0,1$. Neste novo modelo, apenas a dependência para cinco funções não teve relação significativa com o escore do MLHFQ ($p=0,0598$). O modelo final de regressão linear explicativo foi ajustado apenas com as variáveis significantes no modelo anterior. Este modelo explica 34,68% da variabilidade dos dados e seus resíduos seguem normalidade pelo teste de Shapiro Wilk ($p\text{-valor}=0,329$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Estimativas do Modelo de Regressão Linear Múltipla com escore do *Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire* como variável-resposta e variáveis explicativas com $p\text{-valor} < 0,05$ em modelo anterior (n=86). São Paulo, SP, Brasil, 2021

| Variáveis | Estimativa | Desvio padrão | Intervalo de confiança de 95% | | P-valor |
|--|------------|---------------|-------------------------------|-----------------|---------|
| | | | Limite inferior | Limite superior | |
| Intercepto | 63,58 | 2,79 | 58,02 | 69,14 | <0,001 |
| Dependência para quatro funções | 15,44 | 7,63 | 0,25 | 30,64 | 0,0464 |
| Sintomas depressivos mínimos | -20,03 | 4,17 | -28,33 | -11,73 | <0,001 |
| Ausência de risco de perda de peso por diminuição do apetite | -11,08 | 4,75 | -20,54 | -1,62 | 0,0222 |

Neste modelo, ser dependente para quatro ABVD se associa a aumento do escore médio do MLHFQ em aproximadamente 15 pontos; ter sintomas depressivos mínimos se associa a decréscimo no escore médio do MLHFQ em aproximadamente 20 pontos; a ausência de risco de perda de peso se associa a decréscimo no escore médio do MLHFQ em aproximadamente 11 pontos. Assim, a dependência para ABVD se associa à pior QV, enquanto os sintomas depressivos mínimos e a ausência de risco de perda de peso se associam a melhor QV.

DISCUSSÃO

Neste estudo, verificou-se que a perda de apetite e o risco de perda de peso são problemas frequentes nos pacientes com IC hospitalizados, associados à pior QV. A QV inadequada caracteriza-se principalmente à dificuldade em caminhar e subir escadas, fadiga e preocupação. Apesar de a maioria dos pacientes não ter diagnóstico prévio de depressão e frequentemente apresentasse sintomas depressivos mínimos, esses sintomas se associaram à pior QV. Demais fatores que se associam à pior QV são a dependência para quatro ABVD.

Embora até 48,1% dos pacientes com IC hospitalizados em instituição brasileira tenham caquexia e 61,8% tenham desnutrição⁽³¹⁾, este é o primeiro estudo a avaliar o apetite de pacientes com IC no Brasil. Corroborando resultados de estudos europeus, a perda de apetite foi frequente e significativamente relacionada à pior QV⁽⁷⁾. Assim, a avaliação e abordagem do apetite nos pacientes com IC devem ser sistematicamente realizadas pelos profissionais.

Em pacientes com IC, a ativação neurohormonal exacerbada para compensar o débito cardíaco contribui para redução do apetite, por meio da alteração dos neuropeptídeos anorexigênicos no hipotálamo⁽³²⁾. A isquemia tecidual funcional causada pela IC também compromete a função dos rins, fígado, estômago e intestinos, ocasionando, além da perda de

apetite, náusea, má absorção, aumento do catabolismo, perda de peso e, conseqüentemente, desnutrição e caquexia⁽³³⁾. Logo, para abordagem do apetite dos pacientes, os profissionais não devem presumir que o retorno aos hábitos alimentares após a alta seja suficiente⁽¹⁸⁾. Além disso, é importante considerar que a dependência para ABVD também se associou à pior QV na amostra. Assim, em especial para pacientes dependentes para ABVD, é necessário conhecer os recursos auxiliares para preparo das refeições, alimentação e incentivo à ingestão alimentar.

A relação significativa entre sintomas depressivos e QV é confirmada por Andreae et al.⁽⁷⁾, que constataram que a presença de sintomas depressivos está significativamente relacionada à perda de apetite, desnutrição e, conseqüentemente, pior prognóstico. Outro estudo concluiu que a diminuição do apetite também se relaciona à diminuição da QV⁽³⁴⁾. Nesse contexto, ressalta-se a importância da identificação de pacientes com risco de diminuição do apetite e a conseqüente necessidade de aconselhamento nutricional individualizado para prevenir a desnutrição.

Os sintomas depressivos podem ter contribuído para a piora da QV nos pacientes, impactando em seus sintomas físicos, como dificuldade para caminhar, dificuldade para subir escadas e fadiga. De fato, os sintomas físicos são mediadores da relação entre os sintomas depressivos e a autopercepção do estado de saúde na IC⁽³⁶⁾. Essa hipótese é apoiada por estudos prévios^(2,18), que demonstraram relação significativa entre fadiga e apetite diminuído em pacientes com IC. Estudo polonês⁽⁹⁾ também demonstrou correlação positiva entre o escore de apetite e a classe funcional da IC, além de impacto negativo dos sintomas depressivos no apetite.

Estudo brasileiro anterior também verificou que a QV era mais afetada na dimensão física quando os pacientes tinham sintomas depressivos moderados a graves⁽³¹⁾, o que corrobora com os achados de pesquisa realizada na Itália, que identificou forte correlação independente entre depressão e capacidade física⁽³⁷⁾. Assim, a presença ou intensidade aumentada dos sintomas depressivos devem ser abordados de maneira precoce e consideradas potenciais antecedentes dos sintomas físicos e impacto na QV, em especial em pacientes dependentes para ABVD. De fato, o apoio social percebido é um preditor da QV em pacientes com IC, mas seu efeito é mediado pelos sintomas depressivos⁽³⁷⁾.

Apesar do conhecimento profissional sobre os impactos negativos da doença, a depressão ainda é a morbidade psicológica de menor valor e gestão atribuída pelos profissionais da saúde quando comparada a sintomas físicos⁽³⁸⁾. No entanto, a abordagem das necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais dos pacientes com IC propicia dignidade, enquanto negligenciá-

las os ameaçam⁽³⁹⁾. Assim, diferentes ensaios clínicos estão sendo conduzidos para determinar intervenções medicamentosas e não medicamentosas efetivas para o tratamento dos sintomas depressivos nessa população⁽⁴⁰⁻⁴¹⁾.

Finalmente, após a alta hospitalar, o automonitoramento e reconhecimento de sintomas, como os sintomas depressivos e a falta de apetite, são componentes essenciais do autocuidado para melhor QV na IC. A inclusão de cuidadores como parte das intervenções é imprescindível, de forma a prevenir readmissões hospitalares e melhorar a QV, especialmente em pacientes dependentes para ABVD⁽⁴²⁾.

Limitações do estudo

Os resultados deste estudo são limitados por seu desenho transversal e coleta de dados em um único centro, o que não permite a generalização dos resultados para a população brasileira. Como limitação intrínseca do desenho transversal, não se pode confirmar uma relação causal entre as variáveis. O recrutamento intra-hospitalar também pode ter influenciado negativamente os níveis de preocupação e depressão devido às suas percepções em relação a seu estado de saúde.

Contribuições para a área da Saúde

Os resultados do presente estudo apontam para medidas que podem impactar positivamente na QV dos pacientes com IC. A avaliação do apetite nesses pacientes deve ser sistemática previamente à hospitalização, com promoção de aconselhamento nutricional individualizado para prevenção da desnutrição. Intervenções educativas ao paciente com IC e seu cuidador devem incluir o automonitoramento não somente dos sintomas físicos, mas também da ocorrência e intensificação de sintomas depressivos de maneira precoce, uma vez que estes últimos são potencialmente antecedentes dos sintomas físicos, que compõem a pior QV. Para pacientes dependentes para ABVD, um trabalho conjunto com o cuidador deve ser assegurado, de forma a garantir os recursos auxiliares para preparo das refeições, para alimentação e para incentivo à ingestão alimentar, com potencial impacto positivo no risco de readmissão hospitalar.

CONCLUSÕES

A pior QV está relacionada a maiores graus de dependência para as ABVD, perda de apetite e sintomas depressivos em pacientes hospitalizados com IC. Futuros estudos longitudinais e multicêntricos devem ser realizados para confirmar as relações estabelecidas.

FOMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

REFERÊNCIAS

1. Andreae C, Strömberg A, Chung ML, Hjelm C, Årestedt K. Depressive Symptoms Moderate the Association between Appetite and Health Status in Patients with Heart Failure. *J Cardiovasc Nurs.* 2018;33(2):E15–20.
2. Polikandrioti M, Kalafatakis F, Koutelekos I, Kokoularis D. Fatigue in heart failure outpatients: levels, associated factors, and the impact on quality of life. *Arch Med Sci Atheroscler Dis.* 2019;4:e103–12.
3. Yu DSF, Chan HYL, Leung DYP, Hui E, Sit JWH. Symptom clusters and quality of life among patients with advanced heart failure. *J Geriatr Cardiol.* 2016;13(5):408–14.
4. Herr JK, Salyer J, Flattery M, Goodloe L, Lyon DE, Kabban CS, et al. Heart failure symptom clusters and functional status - a cross-sectional study. *J Adv Nurs.* 2015;71(6):1274–87.
5. Rohde LEP, Montera MW, Bocchi EA, Clausell NO, de Albuquerque DC, Rassi S, et al. Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda. *Arq Bras Cardiol.* 2018;111(3):436–539.
6. Moser DK, Arslanian-Engoren C, Biddle MJ, Chung ML, Dekker RL, Hammash MH, et al. Psychological Aspects of Heart Failure. Vol. 18, *Current Cardiology Reports.* Current Medicine Group LLC 1; 2016.
7. Andreae C, Strömberg A, Årestedt K. Prevalence and associated factors for decreased appetite among patients with stable heart failure. *J Clin Nurs.* 2016;25(11–12):1703–12.
8. Martín-Sánchez FJ, Rodríguez-Adrada E, Vidán MT, Díez Villanueva P, Llopis García G, González del Castillo J, et al. Impact of geriatric assessment variables on 30-day mortality among older patients with acute heart failure. *Emergencias.* 2018;30(3):149–55.
9. Wleklik M, Lisiak M, Andreae C, Uchmanowicz I. Psychometric Evaluation Of Appetite Questionnaires In Elderly Polish Patients With Heart Failure. *Patient Prefer Adherence.* 2019;13:1751–9.
10. Song EK, Moser DK, Kang SM, Lennie TA. Association of Depressive Symptoms and Micronutrient Deficiency with Cardiac Event-Free Survival in Patients with Heart Failure. *J Card Fail.* 2015;21(12):945–51.
11. Andreae C, Strömberg A, Sawatzky R, Årestedt K. Psychometric Evaluation of Two Appetite Questionnaires in Patients With Heart Failure. *J Card Fail.* 2015;21(12):954–8.
12. Edwards BL, Sydeman SJ. Depression Is Associated With Reduced Outpatient Cardiac Rehabilitation Completion Rates: a systematic literature review and meta-analysis. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2019;39(6):365–72.
13. Saitoh M, dos Santos MR, Emami A, Ishida J, Ebner N, Valentova M, et al. Anorexia, functional capacity, and clinical outcome in patients with chronic heart failure: results from the

Studies Investigating Co-morbidities Aggravating Heart Failure (SICA-HF). *ESC Hear Fail*. 2017;4(4):448–57.

14. Valentova M, von Haehling S, Bauditz J, Doehner W, Ebner N, Bekfani T, et al. Intestinal congestion and right ventricular dysfunction: a link with appetite loss, inflammation, and cachexia in chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2016;37(21):1684–91.

15. Boman K, Olofsson M, Bergman ACR, Brännström M. Anaemia, but not iron deficiency, is associated with clinical symptoms and quality of life in patients with severe heart failure and palliative home care: A substudy of the PREFER trial. *Eur J Intern Med*. 2017;46:35–40.

16. Gouya G, Voithofer P, Neuhold S, Storka A, Vila G, Pacher R, et al. Association of nutritional risk index with metabolic biomarkers, appetite-regulatory hormones and inflammatory biomarkers and outcome in patients with chronic heart failure. *Int J Clin Pract*. 2014;68(11):1293–300.

17. Lainscak M, Farkas J, Frantal S, Singer P, Bauer P, Hiesmayr M, et al. Self-rated health, nutritional intake and mortality in adult hospitalized patients. *Eur J Clin Invest*. 2014;44(9):813–24.

18. Andreae C, van der Wal MHL, van Veldhuisen DJ, Yang B, Strömberg A, Jaarsma T. Changes in Appetite During the Heart Failure Trajectory and Association With Fatigue, Depressive Symptoms, and Quality of Life. *J Cardiovasc Nurs*. 2021(6):539-545.

19. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008;24(1):103–12.

20. Secretaria de Estado da Saúde, Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia “José Ermírio de Moraes.” Avaliação Funcional do Idoso. [Publicação online]. São Paulo, SP. 2015. p. 16. Available from: www.ipgg.saude.sp.gov.br

21. Appel Da Silva M, Wendt GW, Iracema I, Argimon L. Inventário de Depressão de Beck II: Análises pela Teoria do Traço Latente. 2018;17(3):99844–2041.

22. Iracema de Lima Argimon I, Henrique Paloski L, Farina M, Quarti Irigaray T. Aplicabilidade do Inventário de Depressão de Beck-II em idosos: uma revisão sistemática. 2016;15:11–7.

23. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck depression inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*. 1996;67(3):588–97.

24. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Neto FL, Andrade LH, Wang YP. Validação da versão Brasileira em Português do Inventário de Depressão de Beck-II numa amostra da comunidade. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2012;34(4):389–94.

25. Sties SW, Gonzáles AI, Viana M da S, Brandt R, Bertin RL, Goldfeder R, et al. Simplified nutritional appetite questionnaire (SNAQ) for cardiopulmonary and metabolic rehabilitation program. *Rev Bras Med do Esporte*. 2012;18(5):313–7.

26. Carvalho VO, Guimarães GV, Carrara D, Bacal F, Bocchi EA. Validação da versão em Português do Minnesota living with heart failure questionnaire. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(1):39–44.

27. Ulbrich AZ, Netto AS, Angarten VG, Marques T, Sties SW, Carvalho T de. Capacidade funcional como preditor de qualidade de vida na insuficiência cardíaca. *Fisioter em Mov*. 2013;26(4):845–53.

28. Carvalho VO, Guimarães GV, Carrara D, Bacal F, Bocchi EA. Validação da versão em português do Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Arq Bras Cardiol*. 2009;93(1):39–44.

29. T D V Swinscow. 11. Correlation and regression. In: *Statistics at Square One* [Internet]. BMJ Publishing Group; 1997 [cited 2022 Aug 22]. Available from: <https://thebmj-frontend.bmj.com/about-bmj/resources-readers/publications/statistics-square-one/11-correlation->

and-regression

30. Bland JM, Altman DG. Statistics notes: Cronbach's alpha. *BMJ* [Internet]. 1997;314(7080):572. Available from: <https://www.bmj.com/content/314/7080/572>
31. T Juliana, S. Beatriz, O. Samara, O. Josiana, M. Evandro, C. Ana. Associação entre sintomas depressivos e qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca ambulatoriais e hospitalizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03686
32. Yoshida T, Delafontaine P. Mechanisms of Cachexia in Chronic Disease States. *Am J Med Sci*. 2015;350(4):250–6.
33. Kaluzna-Oleksy M, Sawczak F, Kukfisz A, Szczechla M, Krysztofiak H, Wlekklik M, et al. Personalized Medicine Appetite and Nutritional Status as Potential Management Targets in Patients with Heart Failure with Reduced Ejection Fraction-The Relationship between Echocardiographic and Biochemical Parameters and Appetite. *J Pers Med*. 2021; 11(7): 639.
34. Andrae C, van der Wal MHL, van Veldhuisen DJ, Yang B, Strömberg A, Jaarsma T. Changes in Appetite During the Heart Failure Trajectory and Association With Fatigue, Depressive Symptoms, and Quality of Life. *J Cardiovasc Nurs*. 2021;36(6):539–45.
35. Heo S, Shin MS, Jang AY, Kim MY, Lopes CT, Kim JS. Factors Associated with Changes in Health Perception in Patients with Heart Failure. *West J Nurs Res*. 2021;43(12):1125–31.
36. Chiala O, Vellone E, Klompstra L, Ortali GA, Strömberg A, Jaarsma T. Relationships between exercise capacity and anxiety, depression, and cognition in patients with heart failure. 2018;47(5):465–70.
37. Chung ML, Mosor DK, Lennie TA, Frazier SK. Perceived social support predicted quality of life in patients with heart failure, but the effect is mediated by depressive symptoms. *Qual Life Res*. 2013; 22(7): 1555–1563.
38. Ramos S, Prata J, Bettencourt P, Gonçalves FR, Coelho R. Depression predicts mortality and hospitalization in heart failure: A six-years follow-up study. *J Affect Disord*. 2016 Sep;201:162–70.
39. Sampaio C, Renaud I, Leão PP. “The roller coaster ride of heart failure”: nursing staff’s perceptions of dignity. *Acta Paul Enferm*. 2020;33:1–8.
40. Ishak W, Korouri S, Darwish T, Vanle B, Dang J, Edwards G, et al. Personalized treatments for depressive symptoms in patients with advanced heart failure: A pragmatic randomized controlled trial. Personalized treatments for depressive symptoms in patients with advanced heart failure: A pragmatic randomized controlled trial. *PLoS One*. 2021;16(1):e0244453.
41. Zhang Y, Lv X, Jiang W, Zhu Y, Xu W, Hu Y, et al. Effectiveness of a telephone-delivered psycho-behavioural intervention on depression in elderly with chronic heart failure: rationale and design of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2019;18(161).
42. Han Q, Ren J, Tian J, Yang H, Zhang Q, Wang R, et al. A nomogram based on a patient-reported outcomes measure: predicting the risk of readmission for patients with chronic heart failure. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):290.



ANEXO 2 - INSTRUMENTO DO PARECERISTA PARA AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Título do Trabalho: Relações entre Sintomas Depressivos, Appetite e Qualidade de Vida em Pacientes com Insuficiência Cardíaca Hospitalizados

Nome do(a) Discente: Gabriela De Angeli De Martini

Nome do(a) Orientador(a): Camila Takáo Lopes

Nome do(a) avaliador(a): Gislaine Rodrigues Nakasato

| CRITÉRIOS Adequação quanto a: | Sim | Não | Parcialmente | Nota |
|---|-----|-----|--------------|------------|
| 1. Título (0 a 0,5) | | | x | 0,4 |
| 2. Resumo (0 a 1,0) | | | x | 0,9 |
| 3. Introdução (0 a 1,0) | | | x | 0,9 |
| 4. Objetivos (0 a 1,0) | | | x | 0,9 |
| 5. Material e Métodos (0 a 1,0) | | | x | 0,9 |
| 6. Resultados (0 a 1,0) | x | | | 1,0 |
| 7. Discussão (0 a 1,0) | x | | | 1,0 |
| 8. Conclusão (0 a 1,0) | x | | | 1,0 |
| 9 Referências (0 a 1,0) | | | x | 0,9 |
| 10. Formatação e apresentação geral (0 a 0,5) | x | | | 0,5 |
| 11. Ortografia (0 a 1,0) | x | | | 1,0 |
| Nota final | | | | 9,4 |

Apreciação geral: Parabenizo a autora principal, seus colaboradores e orientadores, pois de fato apresentaram um trabalho de pesquisa primoroso e admirável, desenvolvido com muita clareza, demonstrando a importância de seus resultados e acrescentando em nossa literatura nacional e profissional, a relevância e notoriedade da nossa profissão. Em especial, à autora principal, Gabrieli de Angeli, após o trabalho árduo de pesquisa em literatura, coleta de dados, apresentação estatística, interpretação dos dados e discussão muito bem descrita.

Data: 14 /09 /2022

Assinatura do(a) avaliador(a):

Gislaine Nakasato