

# Análise compreensiva de uma intervenção na ansiedade e depressão em doentes hospitalizados com insuficiência cardíaca

Comprehensive analysis of an intervention for anxiety and depression with inpatients with heart failure  
Análisis comprensivo de una intervención sobre la ansiedad y la depresión en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardíaca

Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes\*; Maria de Lurdes Pina Eufrásio\*\*

## Resumo

A insuficiência cardíaca é uma doença crónica que pode gerar descompensação emocional, sendo a ansiedade e a depressão duas das manifestações emocionais mais prevalentes do sofrimento mental. Neste estudo, com o objetivo de analisar o efeito de uma intervenção de enfermagem na redução da ansiedade e depressão, foi desenvolvido um plano de intervenção de enfermagem baseado na abordagem comportamental racional emotiva de Ellis com 10 doentes hospitalizados em situação de pré-transplante. Os casos foram identificados pelo screening por escala de medida e/ou pela referência da equipa multidisciplinar, e posterior validação por entrevista estruturada. O plano executou-se de acordo com as necessidades individuais identificadas, utilizando-se técnicas de relaxamento, de comunicação terapêutica e relação de ajuda, de reestruturação cognitiva e de ensino sobre a ligação entre pensamento e emoção. Para análise qualitativa dos dados utilizaram-se notas de campo, a observação da equipa de saúde e as narrativas dos doentes. Os resultados sugerem a redução da sintomatologia ansiógena/depressiva e o aumento da esperança ou da pacificação com aceitação da sua condição. A análise das narrativas permitiu compreender a importância atribuída à aliança terapêutica e o benefício atribuído pelos doentes. Conclui-se pela utilidade das intervenções especializadas de enfermagem de saúde mental nestas situações críticas.

**Palavras-chave:** ajustamento; ansiedade; depressão; transplante de coração.

## Abstract

Heart failure is a chronic disease which can cause emotional imbalance, with anxiety and depression as two of the most prevalent emotional manifestations of mental suffering. In this study, with the aim of analyzing the effect of a nursing intervention in reducing anxiety and depression, a nursing intervention plan was developed based on Ellis's rational-emotive behavioral approach with 10 inpatients in a pre-transplant situation. These patients were identified through screening using a measurement scale and/or through referral by the multidisciplinary team, and through further validation by a structured interview. The plan was implemented according to the individual needs identified, and the following techniques were used: relaxation, therapeutic communication and helping relationship, cognitive restructuring skills and training on the connection between thought and emotion. Quantitative data analyses were conducted based on field notes, health team observations and patients' narratives. Findings suggest a reduction in anxiety and depressive symptoms, an increase of hope and a calming effect resulting from acceptance of the illness. The narrative analysis allows us to understand the importance of the therapeutic alliance and the benefit attributed by patients. It demonstrates the usefulness of specialized intervention in mental health nursing in these critical situations.

**Keywords:** adjustment; anxiety; depression; heart transplantation.

## Resumen

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad crónica que puede generar descompensaciones emocionales, como ansiedad o depresión, entre aquellas manifestaciones emocionales más representativas del sufrimiento mental. Con el objetivo de analizar el efecto de una intervención de enfermería en la reducción de la ansiedad y la depresión, se elaboró un plan de intervención de enfermería según el enfoque comportamental racional emotivo de Ellis con 10 pacientes hospitalizados en pretrasplante. Los casos fueron identificados por screening, recurriendo a la escala de medida, y/o por indicación del equipo multidisciplinario y una validación posterior mediante una entrevista estructurada. El plan siguió las necesidades individuales, usando técnicas de relajamiento, comunicación terapéutica y relación de ayuda, de reestructuración cognitiva y de enseñanza sobre la relación pensamiento y emoción. Para el análisis cualitativo de los datos, se utilizaron las notas de campo, la observación del equipo sanitario y las narrativas de los enfermos. Los resultados sugieren una reducción de la sintomatología ansiógena/depresiva y un aumento de la esperanza/pacificación ante la aceptación de su condición. El análisis de las narrativas nos permitió entender la importancia atribuida a la alianza terapéutica y el beneficio atribuido por los pacientes. Se concluye de la utilidad de las intervenciones especializadas de enfermería de salud mental en estas situaciones críticas.

**Palabras clave:** ajuste, ansiedad, depresión, trasplante de corazón

\* Doutorada em Educação, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 3046-851, Coimbra, Portugal [acmendes@esenfc.pt].

\*\* Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Hospital da Universidade de Coimbra, 3000-075, Coimbra, Portugal [lurdeseuf@gmail.com].  
Morada: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Apartado 7001, 3046-851 Coimbra, Portugal.

Recebido para publicação em: 31.01.13

Aceite para publicação em: 18.09.13

## Introdução

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma doença crónica na qual a dispneia, os edemas e o cansaço são os principais sinais e sintomas, o que faz com que as pessoas que a desenvolvem enfrentem um declínio progressivo e incapacitante da sua condição física e, nas fases mais avançadas da doença, sintam a sua vida muito limitada e até mesmo ameaçada.

As alterações no estado de saúde experimentadas ao longo da vida são desafios que se colocam a cada um, exigindo a mobilização de recursos pessoais para lhe fazer face. Dependendo da fase da vida, da magnitude da alteração verificada, dos recursos pessoais - quer próprios quer de interação com os outros e o meio -, estas alterações podem constituir-se em importantes mudanças de trajetória de vida e colocam a pessoa em situação de particular fragilidade. A ansiedade, enquanto emoção de tema existencial perante uma ameaça incerta, abstrata, simbólica e vaga, e a depressão, enquanto desesperança e desinvestimento em si e no futuro, representam duas das principais manifestações de sofrimento emocional face à doença e estão fortemente relacionadas com o prognóstico e a recuperação. Sabemos que a prevalência para toda a vida de transtorno mental em pessoas com doenças físicas crónicas é de mais de 40%, sendo em particular, transtornos de humor e de ansiedade (Sadock e Sadock, 2007). Esta alta prevalência justifica-se pelo facto de a pessoa, face a uma situação de doença, se confrontar com múltiplos potenciais fatores de stress como os tratamentos e a hospitalização, a dor e outros sintomas relacionados com a doença, a incerteza e a expectativa sobre a evolução da doença, a perda e a morte (Joyce-Moniz e Barros, 2005).

As doenças cardiovasculares não são só a principal causa de mortalidade no nosso país, respondendo por cerca de 40% dos óbitos (Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde, 2004), como podem ainda constituir-se numa longa trajetória de doença e encontram-se entre as principais causas de limitações funcionais, incluindo défices no funcionamento físico, emocional e social (Mcintyre, Fernandes e Araújo (2000). Do ponto de vista emocional, uma pessoa detentora de cardiopatia é constantemente confrontada com a intensificação da angústia de morte (Kubo *et al.*, 2001), uma vez que “o coração representa o motor da vida”, e esta situação torna-se ainda mais angustiante quando

numa fase mais avançada da insuficiência cardíaca se coloca a hipótese de transplante cardíaco (Simões e Jorge, 1995). Os estudos mostram que a prevalência de depressão entre os doentes com insuficiência cardíaca varia entre 15% e 36% e que estas variações estão relacionadas com as diferenças entre as populações estudadas, os métodos de diagnóstico e de classificação de depressão ou com os contextos em que foram realizados os estudos (Konstam, Moser e De Jong, 2005). Os doentes hospitalizados com insuficiência cardíaca apresentam, de uma maneira geral, valores mais elevados de depressão do que as pessoas com a doença estabilizada, mas também é verificada uma maior variabilidade nos resultados. Os estudos com doentes hospitalizados mostram taxas de depressão que variam entre os 13,9% e os 77,5%, enquanto que naqueles que têm a doença estabilizada a variabilidade é de 13% a 48% (Thomas *et al.*, 2003). Apesar de devermos considerar que para esta ampla variabilidade de resultados possa contribuir os diferentes instrumentos de avaliação utilizados, bem como as diferentes metodologias de avaliação (questionários de auto-resposta ou entrevistas), e de que existe uma importante contaminação entre os sintomas da doença e as manifestações da depressão, os números apresentados alertam-nos para a dimensão do problema, pois excedem claramente a prevalência encontrada na população em geral. Uma vez que as pessoas com este tipo de doença oscilam, frequentemente, entre períodos de estabilização e períodos de internamento, a sintomatologia depressiva pode apresentar alterações em curtos períodos de tempo, dependendo do estado de saúde e da capacidade funcional da pessoa durante a hospitalização e nas 4 a 6 semanas após a alta (Thomas *et al.*, 2003).

A depressão tem significativos efeitos cardiotóxicos no prognóstico, morbilidade e mortalidade dos doentes com insuficiência cardíaca. As pessoas com insuficiência cardíaca deprimidas, quando comparadas com as não deprimidas, veem aumentado o risco de mortalidade (36% vs 16%) e readmissões no hospital (87% vs 74%) depois de controlada a linha de base da função cardíaca, neuroticismo, sexo e idade (Hallas *et al.*, 2011). Mais ainda, as pessoas deprimidas com insuficiência cardíaca estão duas vezes mais suscetíveis a morrer de morte prematura (*Idem*). Apesar do menor número de estudos sobre a prevalência da ansiedade no contexto da insuficiência cardíaca, os

dados disponíveis sugerem que esta também é uma co-morbidade comum, ocorrendo entre 18% a 45% das pessoas com a doença em ambulatório, o que, mais uma vez, excede os valores encontrados na população em geral. Por outro lado, estudos comparativos entre doentes com insuficiência cardíaca e doentes com outras doenças cardíacas, ou cancro, mostraram que os níveis de ansiedade encontrados nos doentes com insuficiência cardíaca eram igualmente altos ou ainda piores (Riedinger, Dracup e Brecht, 2002). Embora os estudos apresentem uma grande variabilidade nas percentagens de doentes com insuficiência cardíaca com ansiedade e/ou depressão, os resultados são expressivos e, se não detetados ou não tratados, contam para um custo adicional associado à insuficiência cardíaca.

A correta identificação dos doentes em sofrimento emocional com ansiedade e ou depressão constitui o primeiro passo para uma intervenção adequada. Para esta identificação podem ser utilizados instrumentos de medida de ansiedade e/ou depressão, não dispensando a avaliação confirmatória por entrevista (Smith, 2010). Para este efeito é necessário que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros que de muito perto contactam com o doente durante a hospitalização, sejam capazes de distinguir entre as reações adaptativas de tristeza, comum nos processos de ajustamento à doença, e as de depressão, que necessitam de intervenção especializada. Também no que diz respeito à ansiedade é importante reconhecer as características qualitativas dos diferentes níveis de ansiedade e estabelecer intervenções dedicadas para cada um.

O tratamento farmacológico para a depressão pode ser difícil em algumas circunstâncias, nomeadamente após um enfarte de miocárdio ou de uma cirurgia cardíaca, dada a complexidade da patofisiologia da doença cardíaca (Pignay-Demaria *et al.*, 2003). Por exemplo, os antidepressivos tricíclicos e os Inibidores da Monoamina Oxidase (IMAOs) têm efeitos cardiotoxicos e alguns Inibidores Seletivos de Recaptação da Serotonina (ISRS) interagem com outros medicamentos utilizados nas doenças cardiovasculares (Ai, Bruce e Berger, 2010). Assim, tem sido recomendado que, concomitantemente com o uso de ISRS seguros, se utilizem estratégias não farmacológicas para a redução da ansiedade e depressão neste tipo de doentes (Ai, Bruce e Berger, 2010).

Ao colocar-se a hipótese de que a realização de intervenções de apoio emocional melhora tanto o estado psicológico como o cardiológico do doente e ao verificar-se que existe uma relação entre a perceção elevada de controlo e a menor perturbação emocional (depressão e ansiedade), sugere-se que as intervenções que incidam neste aspeto possam ser benéficas para as pessoas portadoras de insuficiência cardíaca (Klein, Turvey e Pies, 2007).

No âmbito dos cuidados de enfermagem, os enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiatria são os que possuem competências específicas para cuidar de pessoas com perturbação mental, nomeadamente a incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, das pessoas significativas e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social da pessoa (Nabais, 2008). Por outro lado, a identificação deste tipo de sofrimento e a consequente intervenção têm sido relativamente negligenciadas pelos investigadores e profissionais que dão maior ênfase aos sintomas físicos (Mendes *et al.*, 2003; Konstam, Moser e De Jong, 2005).

Apesar ter sido enfatizada a importância das intervenções não-farmacológicas para uma abordagem bem-sucedida às pessoas com insuficiência cardíaca que estão deprimidas e ansiosas (Konstam, Moser e Jong, 2005), não existe suficiente evidência empírica sobre quais as melhores intervenções nesta área, tanto pelo reduzido número de artigos científicos publicados com relato de intervenções, como pela dificuldade comparativa entre estes, nomeadamente no que se refere aos desenhos metodológicos ou à fundamentação teórica que os suportam (Lane, Chong e Lip, 2009). Assim, o objetivo deste estudo é analisar de forma compreensiva os resultados de uma intervenção para a redução da ansiedade e da depressão em doentes com insuficiência cardíaca grave hospitalizados e em situação de pré-transplante.

## Metodologia

Foi realizado um estudo de caso com o objetivo de descrever e analisar compreensivamente os resultados de uma intervenção de enfermagem de saúde mental

em doentes em fase de pré-transplante cardíaco. Durante 4 meses realizou-se um plano de intervenção baseado numa abordagem comportamental racional emotiva (Ellis, 1995) a 10 doentes hospitalizados num serviço de Cardiologia de Tratamento de Insuficiência Cardíaca Avançada, de um Hospital Universitário, que revelavam queixas de ansiedade e/ou depressão moderada a grave. A amostra constituiu-se a partir da monitorização destes sintomas à entrada com recurso à aplicação de escala de medida - Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) (Zigmond e Snaith, 1983) -, e através da referenciação da equipa multidisciplinar por observação de agravamento e/ou dificuldades de ajustamento. A estes foram dirigidas intervenções diárias e/ou sempre que necessárias, tendo em conta as seguintes orientações, de acordo com o modelo de intervenção preconizado por Ellis: desenvolvimento de aliança terapêutica e de relação de ajuda; ensino sobre a ligação entre pensamento, emoções e ativação fisiológica; ajuda no reconhecimento das ideias disfuncionais e na sua reestruturação; ensino de técnicas de redução da ansiedade e do reconhecimento de auto-controlo; promoção da esperança; e retorno acerca dos êxitos alcançados pelo doente.

Para este estudo, utilizámos para analisar os resultados das intervenções a análise das narrativas e notas de campo efetuadas, com recurso à análise de conteúdo. Esta avaliação teve como bússola orientadora, quer a forma como as pessoas se sentiam aquando da avaliação final, quer a análise das descrições do que, segundo as mesmas, se constituiu como um momento de ajuda para a sua melhoria e dos ganhos terapêuticos conseguidos.

A duração e número de intervenções efetuadas foram variáveis, constituindo-se num elemento de diferenciação importante para a análise.

### Considerações éticas

Este estudo foi apreciado pela comissão de ética do hospital onde foi realizado, tendo obtido um parecer positivo e a autorização pelo Conselho de Administração. A todos os participantes foi solicitada a participação voluntária, após esclarecimento dos objetivos da investigação e de como esta se processaria. Respeitando os princípios da não maleficência, foi dada particular atenção à supervisão das intervenções realizadas.

## Resultados e Discussão

Como já foi referido, as intervenções foram sendo desenvolvidas à medida que a necessidade do doente se ia manifestando, quer através da identificação da sintomatologia por utilização de escalas de avaliação e posterior validação por entrevista, quer pela referenciação de membros da equipa de saúde ou a pedido do próprio doente.

Durante a intervenção relacional foram identificadas expressões de ansiedade sentidas pelo doente nas narrativas expressivas, como está refletido no seguinte excerto: *“Hoje a médica disse-me que tentaram fazer o desmame da prednisolona, mas que a PCR voltou a subir, e que me vão aumentar a dose de prednisolona novamente, e que me vai engordar, ficar com o cabelo fraco, ficar com estrias, (...) vou ter de fazer análises todos os dias e dói muito (...). Além disso quer dizer que não estou melhor, que o vírus ainda cá está e tenho medo que tudo aconteça de novo, tenho medo de morrer (...).”* (NC<sub>1</sub>). Ou de sintomatologia depressiva, quando se considera o seguinte exemplo: *“Sabe que eu nunca disse isto a ninguém, mas aqui há uns tempos (6 meses) tentei o suicídio, (...). Não é fácil para uma pessoa que era tão ativo como eu estar assim neste estado. (...) O que uma pessoa anda cá a fazer?”* (NC<sub>3</sub>).

Após a validação da existência de sintomatologia depressiva e/ou ansiosa dos doentes, estabeleceu-se um compromisso terapêutico e iniciou-se a intervenção baseada numa abordagem comportamental racional emotiva. Estas transcrições ilustram, de igual modo, dois focos de atenção nesta área: a identificação de pensamentos negativos (NC<sub>3</sub>) e a cascata de pensamentos ansiogénicos e consequente magnificação avaliativa (NC<sub>1</sub>).

De acordo com o diagnóstico efetuado e as necessidades terapêuticas, e considerando que as intervenções foram individuais, o seu número foi variável.

### Identificação de ganhos terapêuticos

As intervenções desenvolvidas visaram diminuir a ansiedade e sintomatologia depressiva nos doentes, proporcionando-lhes mais *insight* sobre a experiência por que estavam a passar. O *insight* emocional pode ser definido como “o conhecimento ou visão do paciente sobre as causas de seus problemas, assim como o trabalho feito com determinação e energia,

para aplicar este conhecimento à solução dos mesmos problemas” (Ellis, 1995). Sendo que a vivência do sofrimento físico e psicológico imposto por uma doença crónica, como a insuficiência cardíaca em fases mais avançadas, gera depressão e níveis elevados de ansiedade (Joyce-Moniz e Barros, 2005) e considerando que a hipótese de transplante cardíaco torna, ainda, mais angustiante esta situação, deduz-se que há uma vivência de sentimentos contraditórios, em que a ajuda para pensar e tomar decisões é muito importante.

Por outro lado, a compreensão do tema relacional da tristeza e da ansiedade ajudam o doente a viver melhor este momento transacional pois estas pessoas estão fragilizadas por uma doença física crónica que, em todo o seu percurso, requer uma adaptação em vários domínios das suas vidas, nomeadamente a nível emocional (Stanton, Revenson e Tennen, 2007). Intervenções desenvolvidas, especificamente orientadas para o apoio emocional, centradas no doente e na compreensão da complexidade do momento transacional que estão a vivenciar, visam um ajustamento adequado. A identificação de pensamentos negativos e de distorções cognitivas, bem como o reconhecimento das competências de *coping* e o desenvolvimento de novas habilidades para lidar com as dificuldades, implicam um processo de reestruturação cognitiva e de capacitação da pessoa.

Relativamente ao desenvolvimento das intervenções, quando analisadas as narrativas dos doentes encontrámos diversos discursos que ilustram este processo, como por exemplo: “*Sinto que faz parte da vida (a tristeza)...*” (N<sub>1</sub>) e “*Eu não sou um homem triste... ultimamente é que tenho andado mais triste.*” (N<sub>2</sub>). Estes dois excertos mostram como as pessoas foram capazes de pensar sobre a tristeza, primeiro passo para a poder compreender e aprender a lidar com ela. Os excertos seguintes ilustram-nos esse trabalho: “*...é preciso saber lidar com ela...*” (N<sub>1</sub>) e “*...basta que a saiba sentir e dominar de forma eficaz, positiva...*” (N<sub>1</sub>).

A aprendizagem de técnicas de redução da ansiedade e acerca das ligações entre o pensamento, as emoções e o corpo, ajudaram os doentes a controlar melhor a ansiedade - “*É inacreditável como é que a ansiedade comanda o nosso coração, o nosso corpo todo.*” (NC<sub>3</sub>). A utilização de técnicas de respiração controlada, de estímulos distráteis ou

de manipulação corporal são as mais referenciadas pelos doentes, como ilustram os seguintes excertos: “*Aprendi também para quando estou mais nervoso...devo respirar calmamente...*” (N<sub>2</sub>), “*...aquelas técnicas...ajudam um bocado para não estar sempre a pensar no mesmo, pois é isso que me deixa ficar cada vez mais ansioso*” (NC<sub>4</sub>), “*... fechei os olhos tentei fazer aquela respiração e pensar na minha filha...*” (NC<sub>4</sub>), “*Eu tento, controlando a respiração e pensando em coisas boas da minha vida. E olhe que isso resulta.*” (NC<sub>6</sub>), “*... fazerem-me entender para eu pensar em coisas boas em vez de pensar no pior.*” (N<sub>4</sub>), “*... consegui desviar a atenção do que me estavam a fazer e acabou por doer menos.*” (NC<sub>9</sub>), “*As massagens ajudam muito a ficar mais calmo*” (N<sub>2</sub>), “*... ajudaram-me a acalmar, porque sentir a presença, o contacto humano...*” (N<sub>3</sub>) e “*... tinha ajudado a acalmar e a adormecer.*” (NC<sub>10</sub>).

Como podemos ver por estes relatos, os participantes vão progressivamente conseguindo falar sobre a sua tristeza ou sobre a ansiedade como podemos ver por estes relatos, os participantes vão progressivamente conseguindo identificar as emoções de tristeza e/ou ansiedade, falar sobre elas e relacioná-las com a forma como pensam a situação em que se encontram. Simultaneamente, começam, também, a encontrar algum controlo sobre estas emoções.

A aliança relacional é um instrumento terapêutico essencial. A ajuda advém, em grande medida, da possibilidade do doente poder contar com outra pessoa que o escute de forma empática e que o ajude a compreender o momento que vivencia e a escolher o melhor caminho. Empatia, confiança e disponibilidade são características da aliança relacional que se encontram expressas nas narrativas dos doentes. Assim, foram identificados alguns temas como unidades de análise, nomeadamente: clima de confiança - “*Sabe que eu, nunca disse isto a ninguém*” (NC<sub>3</sub>); “*Ter um enfermeiro de confiança, com quem comunicar é muito importante.*” (N<sub>3</sub>); empatia - “*O conversar, partilhar o que nos preenche e saber ouvir é uma forma bastante eficaz*” (N<sub>1</sub>), “*Estabelece-se uma relação biunívoca e sinérgica (em que ambos lutaram no mesmo sentido)...*” (N<sub>3</sub>); e disponibilidade - “*A paciência em explicar o que é o transplante... foi determinante.*” (N<sub>3</sub>). A relação estabelecida foi igualmente valorizada e referenciada pela maioria das pessoas que participaram neste

estudo “...tudo se tem ultrapassado... com a ajuda dos enfermeiros...” (N<sub>2</sub>). O interesse e a dedicação demonstrada no ensino de técnicas de redução da ansiedade foi, possivelmente, entendido como uma relação especial, na qual existia a preocupação de ajudar a pessoa a resolver um problema “... teve o efeito do divã de Freud” (N<sub>5</sub>).

Identificação dos benefícios pelos participantes

Nas narrativas produzidas pelos participantes, para além da descrição sobre o processo relacional, encontram-se indicadores de avaliação de resultados. Após a realização do plano de intervenções desenvolvido, verificou-se que os participantes relataram melhorias “...até chateei demais, mas ajudou a desabafar.” (N<sub>2</sub>), “Dá uma sensação de paz e tranquilidade.” (N<sub>3</sub>), “...deixou-me muito nervoso, mas agora já aceito melhor.” (N<sub>4</sub>), “Eu já não estou tão nervoso.” (N<sub>6</sub>) e “Ainda me sinto ansiosa, embora menos.” (N<sub>7</sub>). Ou ainda, no que se refere à sintomatologia depressiva e à aliança terapêutica, expressaram: “Obrigado Sr.<sup>a</sup> Enfermeira é bom encontrar alguém que nos dê força quando estamos desanimados...” (NC<sub>9</sub>); “Eu luto com você para a minha saúde e felicidade (...)” (N<sub>6</sub>); e “Tudo me parecia muito complicado, com a sua orientação, vou mais confiante...” (NC<sub>3</sub>).

## Conclusão

No estudo desenvolvido, perante a necessidade de cuidado emocional identificado, desenvolveram-se intervenções de enfermagem especializadas de saúde mental que se mostraram úteis no melhor ajustamento do doente durante o seu internamento. Estas intervenções possibilitaram a revelação de temores e sobressaltos dos participantes, assim como, a aprendizagem de como controlar melhor o seu corpo e os seus pensamentos, as suas expectativas e as suas atitudes, pois acredita-se que estas condições exerçam um papel muito importante no ajustamento emocional da pessoa à doença.

De acordo com a teoria e a evidência empírica pode-se deduzir que a criação de equipas multidisciplinares, onde existam enfermeiros especialistas em saúde mental, competentes para fazer planos de ajustamento emocional para a pessoa com insuficiência cardíaca, e dos quais se tornariam responsáveis, iria gerar benefícios e incrementar a melhoria da qualidade

de vida destas pessoas. Por outro lado, todos os enfermeiros devem estar preparados para ver não só a doença física, ignorando as *nuances* e os dramas da experiência humana, pois tal abordagem limitada tende a enfatizar mais as doenças do que as pessoas que delas padecem. No entanto, as intervenções terapêuticas que visam o ajustamento emocional no adoecer possuem vários graus de diferenciação e é necessária formação especializada para uma intervenção benéfica. Assim, este estudo pretende contribuir para a compreensão das intervenções de enfermagem que mais se adequam às necessidades emocionais da pessoa com insuficiência cardíaca. Apesar dos resultados sugerirem uma redução da ansiedade e da sintomatologia depressiva, não é possível atribuir de forma inequívoca tais melhorias às intervenções realizadas. No entanto, permite-nos ter uma análise compreensiva da importância atribuída à aliança terapêutica e ao reconhecimento pelos doentes do seu benefício em geral.

Neste sentido, recomenda-se a realização de mais estudos com aplicação do plano de intervenção em amostras mais alargadas, bem como a utilização de um grupo de controlo para que se possa validar a sua eficácia.

## Referências bibliográficas

- AI, A. L. ; ROLLMAN, B. L. ; BERGER, C. S. (2010) - Comorbid mental health symptoms and heart diseases: can health care and mental health care professionals collaboratively improve the assessment and management? *Health & Social Work*. Vol. 35, nº 1, p. 27-38.
- ELLIS, A. (1995) - *Fundamentals of rational emotive behavior therapy for the 1990s, in rational emotive behavior therapy, a reader*, ed by windy dryden. London : SAGE Publications.
- HALLAS, C. N. [et al.] (2011) - Depression and perceptions about heart failure predict quality of life in patients with advanced heart failure. *Heart & Lung*. Vol. 40, nº 2, p. 111-121.
- JOYCE-MONIZ, L. ; BARROS, L. (2005) - *Psicologia da doença para cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto : Edições ASA.
- KLEIN, D. M. ; TURVEY, C. L. ; PIES, P. J. (2007) - Relationship of coping styles with quality of life and depressive symptoms in older heart failure patients. *Journal Aging Health*. Vol. 19, nº 22, p. 22-38.
- KONSTAM, V. ; MOSER, D. K. ; DE JONG, M. J. (2005) - Depression and anxiety in heart failure. *Journal of Cardiac Failure*. Vol. 11, nº 6, p. 455-463.

- KUBO, K. [et al.] (2001) - Subsídios para a assistência de enfermagem a pacientes com valvulopatia mitral. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 9, nº 3, p. 33-42.
- LANE, D. A. ; CHONG, A. Y. ; LIP, G. Y. H. (2009) - **Psychological interventions for depression in heart failure**. The Cochrane Collaboration.
- MCINTYRE, T. ; FERNANDES, A. C. ; ARAÚJO-SOARES, V. (2000) - Intervenção psicológica na reabilitação pós enfarte do miocárdio: um esforço interdisciplinar. **Psicologia, Saúde & Doenças**. Vol. 1, nº 1, p. 53-60.
- MENDES, A. [et al.] (2003) - Estudo das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. In **Gestão, formação e investigação em enfermagem : partilha de experiências : colectânea de comunicações do 6º simposium e 1º forum internacional do serviço de enfermagem dos HUC**. Coimbra : Direcção do Serviço de Enfermagem dos HUC.
- NABAIS, A. (2008) - Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: âmbitos e contextos. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Nº 30, p. 38-43.
- PIGNAY-DEMARIA, V. [et al.] (2003) - Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. **The Annals of Thoracic Surgery**. Vol. 75, nº1, p. 314-321.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2004) - **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos** [Em linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em WWW:<URL:http://www.dgsaude.pt>.
- RIEDINGER, M. S. ; DRACUP, K. A. ; BRECHT, M. L. (2002) - Quality of life in women with heart failure, normative groups, and patients with other chronic conditions. **American Journal of Critical Care**. Vol. 11, nº 3, p. 211-219.
- SADOCK, B. ; SADOCK, V. (2007) - **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 9ª ed. São Paulo: Artmed.
- SIMÕES, C. ; JORGE, I. (1995) - Enfermagem de reabilitação em transplantes cardíacos. **Revista Sinais Vitais**. Nº 4, p. 29-34.
- SMITH, L. (2010) - Evaluation and treatment of depression in patients with heart failure. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**. Vol. 22, nº 8, p. 440-448.
- STANTON, A. L. ; REVENSON, T. ; TENNEN, H. (2007) - Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. **Annual Review Psychology**. Vol. 58, p. 565-592
- THOMAS, F. [et al.] (2003) - Depression in patients with heart failure: physiologic effects, incidence, and relation to mortality. **AACN Clinical Issues**. Vol. 14, nº 1, p. 3-12.
- ZIGMOND, A. ; SNAITH, R. P. (1983) - The Hospital Anxiety and Depression Scale. **Acta Psychiatrica Scandinava**. Vol. 67, nº 6, p. 361-370.

