

Avaliação do transtorno de ansiedade em pacientes pós-angioplastia coronariana em um hospital de referência cardiológica

Evaluation of anxiety disorder in post-coronary angioplasty patients in a cardiological reference hospital

DOI:10.34119/bjhrv4n1-169

Recebimento dos originais: 05/12/2020

Aceitação para publicação: 26/01/2021

Fernando Henrique Motta Garcia

Médico

Hospital Universitário da Bahia Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia (HUPES-UFBA)

Endereço: Rua Dr Augusto Viana, s/n, Bairro Canela. Salvador – BA

E-mail: fernandohmg2010@hotmail.com

Rosana dos Santos Silva

Mestre em Ciências Sociais

Hospital Universitário da Bahia Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia (HUPES-UFBA)

Endereço: Rua Dr Augusto Viana, s/n, Bairro Canela. Salvador – BA

E-mail: rosanassilva@hotmail.com

Mário Augusto Ferreira Cruz

Médico

Universidade Tiradentes (UNIT); Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP)

Endereço: Avenida Murilo Dantas, 300, Bairro Farolândia. Aracaju - SE

E-mail: marioafcruz@usp.br

Victor Fernando Costa Macedo Noronha

Acadêmico de Medicina

Universidade Tiradentes (UNIT)

Endereço: Avenida Murilo Dantas, 300, Bairro Farolândia. Aracaju - SE

E-mail: victornoronha96@gmail.com

Adriana Lopes Latado Braga

Doutora em Medicina e Saúde

Hospital Universitário da Bahia Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia (HUPES-UFBA)

Endereço: Rua Dr Augusto Viana, s/n, Bairro Canela. Salvador – BA

E-mail: adrianalatado@cardiol.br

RESUMO

Objetivo: Analisar a prevalência de transtorno de ansiedade em pacientes submetidos à angioplastia coronariana em hospital de referência cardiológica. Métodos: Estudo piloto, prospectivo, transversal, descritivo, realizado em um hospital de referência cardiológica no município de Salvador, Bahia. Os dados foram coletados mediante a Escala Hospitalar

de Ansiedade e Depressão (subescala ansiedade – HADS-A) e uma ficha de pesquisa elaborada para o presente projeto. A análise estatística foi realizada com o software R para Windows 3.5.1. A normalidade das variáveis quantitativas foi avaliada pelo teste estatístico de Shapiro-Wilk e pelas características da distribuição (Kurtosis e Skewness). Variáveis que apresentaram normalidade foram comparadas ao desfecho ansiedade mediante o *test t-student*, enquanto que as variáveis que não apresentaram normalidade foram avaliadas pelos testes do qui quadrado ou exato de Fisher. Nível de significância adotado foi de 5%. Resultados: Foram entrevistados 28 pacientes, sendo 14 do gênero masculino e 14 do gênero feminino. A média de idade dos pacientes submetidos a angioplastia coronariana foi de $61,1 \pm 9,1$ anos. A principal situação que levou a angioplastia coronariana foi o IAM tardio ($>12h$) (64,3%). A prevalência de ansiedade encontrada no estudo foi de 32,1% e desses, 10,7% tinham ansiedade leve e 21,4% ansiedade moderada. Nenhum participante apresentou ansiedade grave. A pontuação no HADS-A foi, em média, 6,7 (dp 3,8) na amostra analisada, sendo de 11,4 (dp 1,5) nos pacientes com identificação de ansiedade e 4,6 (dp 2,3) naqueles sem ansiedade. Conclusão: A prevalência do transtorno de ansiedade no pós-angioplastia foi de 32,1%. Indivíduos ansiosos tiveram maior tempo de internação hospitalar, maior prevalência de sexo feminino e apresentavam com maior frequência histórico de doença cardiovascular e transtornos psíquicos prévios, em relação aos pacientes sem ansiedade.

Palavras-chave: Transtorno de Ansiedade, Angioplastia, Doença da Artéria Coronariana.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence of anxiety disorder in patients undergoing coronary angioplasty in a cardiology referral hospital. Methods: Pilot, prospective, cross-sectional, descriptive study, carried out in a cardiological reference hospital in the city of Salvador, Bahia. Data were collected using the Hospital Anxiety and Depression Scale (anxiety subscale - HADS-A) and a research form prepared for this project. The statistical analysis was performed with the R software Windows 3.5.1. The normality of the quantitative variables was assessed by the Shapiro-Wilk statistical test and by the characteristics of the distribution (Kurtosis and Skewness). Variables that showed normality were compared to the anxiety outcome using the t-student test, while variables that did not show normality were assessed using the chi square or Fisher's exact tests. Significance level adopted was 5%. Results: 28 patients were interviewed, 14 of whom were male and 14 were female. The mean age of patients undergoing coronary angioplasty was 61.1 ± 9.1 years. The main situation that led to coronary angioplasty was late AMI ($> 12h$) (64.3%). The prevalence of anxiety found in the study was 32.1% and of these, 10.7% had mild anxiety and 21.4% moderate anxiety. No participant had severe anxiety. The HADS-A score was, on average, 6.7 (SD 3.8) in the analyzed sample, being 11.4 (SD 1.5) in patients with anxiety identification and 4.6 (SD 2.3)) in those without anxiety.. Conclusion: The prevalence of anxiety disorder in post-angioplasty was 32.1%. Anxious individuals had a longer hospital stay, a higher prevalence of females and had a higher frequency of history of cardiovascular disease and previous psychological disorders, compared to patients without anxiety.

Keywords: Anxiety Disorders, Angioplasty, Coronary Artery Disease.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares estão em primeiro lugar entre as causas de óbito no Brasil e representam quase um terço das mortes totais, sendo a doença arterial coronariana (DAC) responsável por cerca de 30% desses óbitos (GODOY et al., 2007; MARTINS, 2017). Vários fatores de risco para DAC podem ser citados: idade (homens com mais de 45 anos e mulheres com mais de 55 anos), história de DAC precoce na família (homens ≤ 55 anos e mulheres ≤ 65 anos), hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia e tabagismo (MARTINS, 2017; SILVA et al., 2020). Fatores psicossociais, como estresse e depressão, podem ser fatores de risco para síndrome coronariana aguda, sendo os mecanismos subjacentes ainda incertos (TOFLER et al., 2020).

Na angiografia, lesões coronarianas são consideradas significativas quando há obstrução superior a 70% em pelo menos uma artéria (ou estenose em tronco de coronária esquerda $> 50\%$). Na forma crônica de DAC, a indicação de revascularização cirúrgica ou percutânea deve ser individualizada. De um modo geral, pacientes com lesões em menor número de coronárias, sem envolvimento de tronco de coronária esquerda, função sistólica ventricular preservada e não diabéticos, são tratados por angioplastia coronariana (percutânea) (CESAR et al., 2014; NETO et al., 2018). No infarto agudo do miocárdio (IAM) com supra de segmento ST, a angioplastia coronariana deve ser realizada visando a desobstrução da artéria relacionada ao evento da forma mais rápida possível, já que o tempo desde o início dos sintomas até a instituição do tratamento é de grande importância para o prognóstico do paciente (NETO et al., 2018; MARTINS, 2017; PIEGAS et al., 2015).

A carga emocional de um paciente quando do diagnóstico de uma doença crônica é equivalente à de uma grande perda, gerada por questões pessoais e sociais, como insegurança em relação ao futuro. O diagnóstico de doença coronariana e a necessidade de se submeter a uma angioplastia pode interferir na evolução da doença, na adesão ao tratamento e na mudança de hábitos de vida, já que cada paciente reage de maneira própria ao lidar com essa situação (SOARES et al., 2010).

Nesse contexto, os transtornos de ansiedade estão entre os mais frequentes e resultam em grande prejuízo social, econômico e, até mesmo, nutricional (LOCKMANN et al., 2020). O curso do transtorno de ansiedade é crônico, são mais prevalentes em mulheres e naqueles com baixas condições socioeconômicas (PARAVENTI e CHAVES 2019; SADOCK et al., 2017).

Existem várias maneiras de se investigar os transtornos ansiosos. A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) é um dos instrumentos mais amplamente utilizados para avaliar e monitorizar sua gravidade e possui a subescala de ansiedade (HADS-A) (BALDWIN et al., 2020; SERPYTIS et al., 2018).

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi analisar a prevalência de transtorno de ansiedade em pacientes submetidos à angioplastia coronariana em hospital de referência cardiológica.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo piloto, prospectivo, transversal, descritivo, realizado em um hospital de referência cardiológica no município de Salvador, Bahia, no período de fevereiro a setembro de 2020, com início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Professor Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia (parecer 3.829.301 e CAAE 28064820.0.0000.0049).

A amostragem foi por conveniência e, antes da participação, cada paciente recebeu esclarecimentos sobre os objetivos e procedimentos do estudo e, após sua concordância, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídos pacientes com idade ≥ 18 anos, internados na enfermaria cardiológica, que estivessem em pós-operatório de angioplastia coronariana para DAC aguda ou crônica. Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão: pacientes que se recusaram a assinar o TCLE ou cujos dados referentes à Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (subescala ansiedade – HADS-A) não conseguiram, por quaisquer motivos, ser coletados.

Os dados foram coletados mediante dois instrumentos: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (subescala ansiedade – HADS-A) e uma ficha de pesquisa, especificamente elaborada para o presente projeto, contendo informações sobre variáveis sociodemográficas e clínicas.

A escala HADS-A é de fácil manuseio e de rápida execução, podendo ser realizada pelo paciente ou pelo entrevistador (pacientes analfabetos, com deficiência visual ou motora). Ela possui 7 itens, cada um deles pode ser pontuado de zero a três (pontuação máxima de 21 pontos). O escore é interpretado como se segue: 0 a 7, sem distúrbio de ansiedade; 8 a 10, distúrbio leve; 11 a 14, distúrbio moderado; 15 a 21, distúrbio grave (SERPYTIS et al., 2018; MARCOLINO et al., 2007). Para a análise estatística dos

resultados os casos foram divididos em sem distúrbio de ansiedade (escore ≤ 7) e com ansiedade (escore ≥ 8).

O motivo para indicação da angioplastia foi dividido em quatro grupos: eletiva; angina instável; angioplastia coronariana primária, a qual seria realizada nas primeiras 12 horas do IAM; angioplastia coronariana tardia, após 12 horas do início dos sintomas. O tempo de internamento hospitalar foi registrado em dias, enquanto o tempo de diagnóstico prévio de DAC em anos.

A análise estatística foi realizada com o software R para Windows 3.5.1. A estatística descritiva foi realizada com variáveis categóricas descritas como proporções e as variáveis quantitativas descritas como média (desvio-padrão) e mediana (variação interquartil), de acordo com a normalidade dos dados. A normalidade das variáveis quantitativas foi avaliada pelo teste estatístico de Shapiro-Wilk e pelas características da distribuição (Kurtosis e Skewness). Medidas de associação (razão de prevalência) foram calculadas entre variáveis prognósticas de interesse e o desfecho ansiedade.

As variáveis que apresentaram normalidade foram comparadas ao desfecho ansiedade mediante o *test t-student*, enquanto que as variáveis que não apresentaram normalidade foram avaliadas pelos testes do qui quadrado ou exato de Fisher. Nível de significância de 5% foi adotado.

3 RESULTADOS

Foram entrevistados 28 pacientes, sendo 14 do gênero masculino e 14 do gênero feminino. A média de idade dos pacientes submetidos a angioplastia coronariana foi de $61,1 \pm 9,1$ anos.

Em relação ao estado civil, observou-se que os pacientes casados eram a maioria, com 53,6% (15 pacientes), seguido pelos solteiros com 17,9% (5 pacientes) e pelos pacientes divorciados ou viúvos com 14,3% (4 pacientes) cada.

Dente os fatores de risco para doença arterial coronariana, observou-se que 85,7% (24 pacientes) apresentavam hipertensão arterial sistêmica, 67,9% (19 pacientes) dislipidemia, 57,1% (16 pacientes) diabetes mellitus e 53,6% (15 pacientes) tinham histórico de tabagismo atual ou prévio.

Dentre os motivos que levaram o paciente à angioplastia a maior prevalência foi para o grupo “IAM tardia” (64,3%), ou seja, pacientes que realizaram o procedimento após 12h do evento coronariano, seguidos daqueles que realizaram o procedimento de

forma eletiva (25%). Os casos de angina instável (7,1%) e IAM primário (< 12h) (3,6%) foram os motivos menos comuns.

O tempo de internamento no hospital de referência cardiológica, onde foi realizado o procedimento, foi de 3 dias (intervalo interquartil 2,0 – 9,0). No entanto, para os pacientes que foram admitidos após serem transferidos de outras unidades de emergência, o tempo de internação total foi mais prolongado, de 7,5 dias (intervalo interquartil 3,25 – 14,0).

A prevalência de ansiedade encontrada no estudo foi de 32,1%, correspondendo a 9 pacientes submetidos a angioplastia coronariana. Desses 9 pacientes, 3 (10,7%) tinham transtorno de ansiedade leve e 6 (21,4%) possuíam ansiedade moderada. Nenhum participante apresentou ansiedade grave. A pontuação no HADS-A foi, em média, 6,7 (dp 3,8) na amostra analisada, sendo de 11,4 (dp 1,5) nos pacientes com transtorno de ansiedade e 4,6 (dp 2,3) naqueles sem ansiedade.

Participantes caracterizados como ansiosos pela escala HADS-A apresentaram um tempo maior de internação, eram preferencialmente do gênero feminino e apresentavam com maior frequência histórico de doença cardiovascular prévia (IAM ou AVC). Ter um transtorno psíquico prévio e a presença de sangramento pós angioplastia aumentaram a porcentagem de pacientes com transtorno de ansiedade. Entretanto, tais diferenças não foram estatisticamente significativas ($p > 0,05$) (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Características da amostra conforme escala de ansiedade.

Variável	HADS-A ≤ 7 Paciente sem ansiedade	HADS-A ≥ 8 Paciente com ansiedade	p-valor
Idade	61,8 (dp 8,0) ^A	59,6 (dp 11,5) ^A	0,556 ^a
Gênero masculino	57,9%	33,3%	0,420 ^b
Tempo de internamento na unidade de referência cardiológica	3 (IIQ 2 - 9) ^B	6 (IIQ 3 - 23) ^B	0,111 ^c
Tempo total de internamento	6 (IIQ 3 - 14) ^B	8 (IIQ 5,5 - 26,5) ^B	0,261 ^c
IAM Prévio	21,2%	33,3%	0,646 ^b
AVC Prévio	5,3%	22,2%	0,234 ^b
Estado civil			0,875 ^c
Casado	52,6%	55,6%	
Solteiro	21,1%	11,1%	
Divorciado	10,5%	22,2%	
Viúvo	15,8%	11,1%	
Motivo da angioplastia coronariana			0,891 ^c
Eletiva	21,2%	33,3%	
IAM tardia (>12h)	68,4%	55,6%	
IAM Primária (< 12h)	5,4%	0%	
Angina instável	5,4%	11,1%	

Sangramento pós angioplastia	10,5%	33,3%	0,290 ^b
Transtorno psíquico prévio	5,3%	22,2%	0,234 ^b

Legenda: ^A = Dados paramétricos, apresentados em média e desvio-padrão; ^B = Dados não paramétricos, apresentados em mediana e intervalos interquartis; ^a Teste t-student; ^b Teste Exato de Fisher; ^c Teste qui-quadrado; dp = Desvio-padrão; IIQ = Intervalo interquartil. **Fonte:** Garcia FHM et al., 2021.

4 DISCUSSÃO

Questões psicossociais estão intimamente relacionadas com a doença arterial coronariana (DAC), sendo tanto fator de risco, como consequência direta do evento cardiovascular (TOFLER et al., 2020). Na literatura, observa-se que um menor número de pesquisas se concentra na associação entre ansiedade e DAC, do que com outras condições psíquicas, como a depressão (ROEST et al., 2010). Além disso, a maioria dos estudos que examinaram a relação entre ansiedade e doenças cardiovasculares tem usado escalas de sintomas de ansiedade, e seus resultados tem sido inconsistente, o que pode ser devido às variações na medida da ansiedade e a não discriminação dos transtornos ansiosos (MANN et al., 2018).

Em 2010, Roest et al. (2010) publicaram uma metanálise com 20 estudos de coorte prospectivos (total de 249.846 pacientes), que teve como objetivo avaliar a associação entre ansiedade e risco de DAC. O tempo de seguimento médio foi de 11,2 anos, e a idade dos participantes variou entre 38 e 72 anos. Observou-se que os indivíduos ansiosos tinham maior risco de DAC (razão de risco = 1,26; intervalo de confiança 95% 1,15 a 1,38), independentemente das variáveis demográficas, fatores de risco convencionais ou comportamentos de saúde (ROEST et al., 2010).

Dessa forma, o presente estudo visou tratar dessa temática relevante, utilizando para isso a escala HADS-A. Trata-se de um instrumento de fácil manuseio e de rápida execução, sendo uma escala sensível (90%) e específica (78%) na identificação da ansiedade patológica (MARCOLINO et al., 2007; SERPYTIS et al., 2018).

Avaliando-se a escala HADS-A foi encontrada uma prevalência de ansiedade nos pacientes pós angioplastia coronariana de 32,1%. Tal dado é similar ao encontrado no estudo transversal realizado por Carvalho et al. (2016) que usou, dentro outros instrumentos, a escala HADS-A, e avaliou 120 pacientes com doenças cardiovasculares. Esses autores encontraram que os sintomas de ansiedade estavam presentes em 32,5% dos participantes, a maioria composta pelo sexo feminino (64,1% mulheres e 35,9% homens; p = 0,002) (CARVALHO et al., 2016).

Mais recentemente, Serpytis et al. (2018) avaliaram a presença de ansiedade em pacientes pós infarto agudo do miocárdio pela escala HADS-A, e encontraram uma pontuação média de 7,59 (dp 4,33) (SERPYTIS et al., 2018). O presente estudo obteve uma média ligeiramente inferior, de 6,7 (dp 3,8) na amostra avaliada. Essa menor média na pontuação da escala HADS-A pode ser justificada pela disponibilização de atendimento psicológico contínuo na unidade cardiológica onde foi realizado o estudo, e, esse fator parece contribuir para melhores resultados no cuidado. Soares et al. (2010) comprovaram em seu ensaio clínico randomizado a eficácia do atendimento psicológico na redução do estresse emocional em pacientes submetidos a angioplastia coronariana. Eles encontraram que, no período pós angioplastia, 25,7% dos pacientes que receberam atendimento psicológico no período hospitalar apresentavam estresse emocional, contra 93,5% não assistidos pela equipe da psicologia, com significância estatística (SOARES et al., 2010).

É sabido, pelos dados da literatura, que a prevalência dos transtornos de ansiedade ao longo da vida é de 29% (PARAVENTI e CHAVES, 2019). Dessa forma, a prevalência obtida no presente estudo, e nos trabalhos citados, é superior às estatísticas gerais sobre transtornos ansiosos, sendo justificado pela própria condição da doença de base (DAC) e pelo processo de internação hospitalar.

O ambiente hospitalar aumenta a probabilidade de desencadear ansiedade, podendo ser citados como fatores ansiogênicos a exposição da intimidade a estranhos, o contato com outras pessoas em situação de doença e a incerteza da evolução do tratamento (GULLICH et al., 2013). Dessa forma, um longo tempo de permanência hospitalar pode provocar ou agravar os sintomas de ansiedade, além de outras afecções (LIMA et al., 2020). Observou-se, no presente estudo, um maior número de dias de internamento nos pacientes ansiosos (8 dias) em relação ao grupo controle (6 dias), porém sem significância estatística.

No atual estudo, a principal situação que levou à angioplastia coronariana foi o IAM tardio (64,3%), aquela onde o cateterismo é realizado após 12 horas do início dos sintomas, seguido por procedimento eletivo (25%). Esse achado pode ser explicado pelo perfil do hospital onde se realizou o estudo, que não funciona em regime de “porta aberta” para emergências, internando apenas pacientes referenciados e regulados pela Central Estadual de Regulação. Esse fato pode ter interferido nos escores de ansiedade, na medida em que retirou possíveis fatores estressores da avaliação, como os sinais e sintomas

agudos da doença, assim como pode ter introduzido novos fatores como, por exemplo, um maior tempo total de internamento.

Avaliando o subgrupo de pacientes com ansiedade (leve e moderada), observou-se maior tempo de internação hospitalar e maior prevalência em mulheres. Além disso, os pacientes com doença cardiovascular prévia e os com história de transtornos psíquicos apresentaram um maior percentual de transtorno de ansiedade. Embora nenhuma dessas características tenha alcançado diferença estatisticamente significativa em relação aos pacientes sem ansiedade, provavelmente pelo pequeno tamanho da amostra.

O estudo apresenta limitações. O tamanho amostral é pequeno, o que dificulta a realização de análises estatísticas mais complexas e compromete a generalização dos resultados. A aferição da ansiedade foi feita transversalmente, não havendo um acompanhamento dos casos para confirmar a medição inicial do transtorno psíquico, pelo instrumento utilizado. Em relação ao instrumento de pesquisa usado neste estudo, sabe-se que a escala HADS foi desenvolvida inicialmente com o objetivo de identificar casos de transtornos de ansiedade e/ou depressão leves em populações não-clínicas, fato que difere das características dos pacientes recrutados no presente estudo. Essa potencial limitação pode ser contrabalançada por informação do estudo de Faro (2015), o qual revisou a validade da escala HADS e demonstrou sua compatibilidade com os critérios diagnósticos DSM.

5 CONCLUSÃO

A prevalência de ansiedade em pacientes que se submeteram à angioplastia coronariana foi 32,1%. Na amostra, não houve casos de transtorno de ansiedade grave. Indivíduos ansiosos tiveram maior tempo de internação hospitalar e maior prevalência de sexo feminino e doença cardiovascular prévia, além de conhecimento sobre transtornos psíquicos em relação aos pacientes sem ansiedade. Novos estudos sobre essa temática são necessários, avaliando um maior número de pacientes.

REFERÊNCIAS

- BALDWIN, David; STEIN, Murray; FRIEDMAN, Michael. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 13 nov. 2020.
- CARVALHO, Isabela et al. Ansiedade, depressão, resiliência e autoestima em indivíduos com doenças cardiovasculares. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 24, e. 2836, p. 1-10, 2016.
- CESAR, Luiz et al. Diretriz de Doença Coronária Estável. *Arq Bras Cardiol*, v. 103, n. 2, p. 1-59, 2014.
- FARO, André. Análise Fatorial Confirmatória e Normatização da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 31, n. 3, p. 349-353, 2015.
- GODOY, Moacir et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares e níveis socioeconômicos na população de São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil. *Arq Bras Cardiol*, v. 88, n. 2, 2007.
- GULLICH, Inês et al. Prevalência de ansiedade em pacientes internados num hospital universitário do sul do Brasil e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol*, v. 16, n. 3, p. 644-57, 2013.
- LIMA, César et al. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica. *Rev Bras Enferm*, v. 73 (Suppl 1), p. 1-7, 2020.
- LOCKMANN, Adriana da Silva et al. Associação do estado nutricional com sintomas depressivos e ansiosos em idosos institucionalizados. *Braz J Hea Rev*, v. 3, n. 6, p. 18774-18788, 2020.
- MANN, Douglas et al. Braunwald tratado de doenças cardiovasculares. 10. Ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2018
- MARCOLINO, José et al. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 57, n. 1, p. 52-62, 2007.
- MARTINS, Mílton. Manual do residente de clínica médica. 2. Ed. Barueri: Editora Manole, 2017.
- NETO, Augusto; HAJJAR, Ludhmila; FILHO, Roberto. *Cardiologia diagnóstica prática*. 1. ed. Barueri: Editora Manole, 2018.
- PARAVENTI, Felipe; CHAVES, Ana. Manual de psiquiatria clínica. 1. Ed. Rio de Janeiro: Editora Roca, 2019.

PIEGAS, Leopoldo et al. V Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST. *Arq Bras Cardiol*, V. 105, n. 2, p. 1-105, 2015.

ROEST, Annelieke et al. Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 56, n. 1, p. 38-46, 2010.

SADOCK, Benjamin; SADOCK, Virginia; RUIZ, Pedro. *Compêndio de psiquiatria*. 11. Ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2017.

SERPYTIS, Pranas et al. Diferenças por Sexo na Ansiedade e Depressão após Infarto Agudo do Miocárdio. *Arq Bras Cardiol*, v. 111, n. 5, p. 676-683, 2018.

SILVA, Katheryne Suellen Cavalcante et al. Emergência cardiológica: principais fatores de risco para infarto agudo do miocárdio. *Braz J Hea Rev*, v. 3, n. 4, p. 11252-11263, 2020.

SOARES, Rosângela et al. Intervenção Psicológica em Pacientes Submetidos a Angioplastia Coronária: Ensaio Randomizado. *Rev Bras Cardiol Invasiva*, v. 18, n. 3, p. 311-315, 2010.

TOFLER, Geoffrey; SILVER, Jonathan; SALOMON, David. Psychosocial factors in acute coronary syndrome. Disponível em: <https://www.uptodate.com>. Acesso em: 13 nov. 2020.