

Depressão e Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis: Diferenças entre Homens e Mulheres

Depression and Acute Coronary Syndromes: Gender-Related Differences

Glória Heloíse Perez, José Carlos Nicolau, Bellkiss Wilma Romano, Ronaldo Laranjeira
Instituto do Coração do Hospital das Clínicas - FMUSP - São Paulo, SP

OBJETIVO

Investigar, em portadores de Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis (SIMI) estratificados por sexo, se características sociodemográficas, diagnóstico clínico, tabagismo, consumo de álcool e ansiedade estão associados com depressão.

MÉTODOS

Foram entrevistados 345 pacientes consecutivos com SIMI (206 com infarto agudo do miocárdio e 139 com angina instável). As entrevistas incluíram questões sobre características sociodemográficas, tabagismo, avaliação de depressão (Prime MD e BDI), de ansiedade traço e ansiedade estado (IDATE), e de consumo de álcool (AUDIT).

RESULTADOS

O diagnóstico de depressão se correlacionou, significativamente, com sexo feminino, idade inferior a 50 anos e escores médios mais elevados de ansiedade traço e ansiedade estado. Os homens (245) com depressão eram freqüentemente mais jovens que 50 anos, fumantes, e apresentavam escore médio de ansiedade traço e ansiedade estado mais elevado que os não deprimidos. A análise multivariada aponta que, no sexo masculino, idade está negativamente associada (OR 0,9519, 95% IC 0,9261 - 0,9784) e escores mais altos de ansiedade traço estão positivamente associados (OR 1,0691 95% IC 1,0375 - 1,1017) com depressão. Na amostra feminina (100), mulheres com depressão diferenciam-se das sem depressão por apresentarem escore médio mais alto de ansiedade traço e de ansiedade estado. Na análise multivariada da amostra feminina, escore mais alto de ansiedade traço associou-se de forma independente à depressão (OR 1,1267 95% IC 1,0632-1,1940).

CONCLUSÃO

Conclui-se que, em pacientes hospitalizados com SIMI, as mulheres, os homens com menos de 50 anos e os ansiosos têm mais chance de apresentarem depressão.

PALAVRAS-CHAVE

depressão; infarto do miocárdio; angina instável; ansiedade

OBJECTIVE

Investigate whether social and demographic characteristics, clinical diagnosis, smoking status, alcohol consumption, and anxiety are associated with depression in patients with Acute Coronary Syndromes (ACS) stratified by gender.

METHODS

Three hundred forty-five consecutive patients with unstable myocardial ischemic syndrome (206 with myocardial infarction and 139 with unstable angina) were interviewed. The interviews included questions about sociodemographics, smoking status, screening for depression (Prime MD e BDI), trait and state anxiety, (IDATE), and alcohol consumption (AUDIT).

RESULTS

Diagnosis of depression has significantly correlated with female gender, age under 50 years, and higher average scores on trait anxiety and state anxiety. Depressed men (245) were usually younger than 50 years of age, smokers and had higher average score on trait anxiety and state anxiety than those non-depressed. The multivariate analysis highlights that age is negatively associated with depression (OR 0.9519 95% CI 0.9261 - 0.9784) and that higher scores on trait anxiety are positively associated (OR 1.0691 95% CI 1.0375 - 1.1017) with depression in the male gender. In the female sample (100), depressed women differ from non-depressed women in that they have a higher average score on trait anxiety and state anxiety. In the multivariate analysis of the female sample, a higher score on trait anxiety was independently associated with depression (OR 1.1267 95% CI 1.0632 - 1.1940).

CONCLUSION

It was concluded that, among hospitalized patients with ACS, women, as well as men under 50 years and who suffer from anxiety are more likely to experience depression.

KEYWORDS

depression; myocardial infarction; unstable angina; anxiety

A doença arterial coronária (DAC) e a depressão são duas enfermidades que têm grande impacto na saúde, pois ambas apresentam alta prevalência nos dias atuais e têm seus efeitos refletidos tanto na mortalidade, como na qualidade de vida do homem contemporâneo.

A depressão tem uma complexa relação com a DAC. Evidências apontam-na como fator de risco¹⁻⁴ e, também, como fator influente na morbidade¹, na mortalidade^{3,5-7} e na qualidade de vida⁸ do paciente com DAC.

A depressão apresentou-se como associada à DAC e como fator psicológico de maior risco para doença cardíaca, num estudo de metanálise que incluiu dados publicados entre 1945 e 1985⁹. A literatura, no que se

refere à associação entre DAC e depressão, relata prevalências que variam de 14 a 60%^{1,5,7}, situando-se entre 15 e 44%^{3,5,10,11} nos pacientes com infarto do miocárdio ou angina instável.

Como fator de risco, a depressão comporta-se como um fator isolado para o desenvolvimento da DAC, mas, freqüentemente, associa-se a outros marcadores de risco. Estudos com populações de não cardiopatas apontam que ela apresenta associação com obesidade (prevalência de depressão em 51% dos obesos com Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica e em 14% dos obesos sem este transtorno)¹², diabetes (prevalência 3 vezes maior de deprimidos entre diabéticos que na população em geral)¹³ e tabagismo (prevalência de 18,5 a 60,6%)¹⁴.

Tabela I - Distribuição da freqüência de depressão por características sociodemográficas, diagnóstico clínico, tabagismo, consumo de álcool, ansiedade traço e ansiedade estado

| | Pop Total n=345 | | Depressão | | | | p |
|--------------------------------|-----------------|-------|-------------|--------|-------------|-------|---------|
| | n | % | Sim | % | Não | % | |
| Idade (média) | 59,45±10,52 | | 57,66±10,73 | | 61,01±10,11 | | 0,003 |
| <40 anos | 12 | 3,5% | 7 | 58,3% | 5 | 41,7% | |
| De 40 a 49 anos | 53 | 15,4% | 34 | 64,2% | 19 | 35,8% | |
| De 50 a 59 anos | 108 | 31,3% | 55 | 50,9% | 53 | 49,1% | |
| De 60 a 69 anos | 103 | 29,8% | 38 | 36,9% | 65 | 63,1% | |
| >70 anos | 69 | 20,0% | 27 | 39,1% | 42 | 60,9% | 0,009 |
| Gênero | | | | | | | |
| Masculino | 245 | 71,0% | 99 | 40,4% | 146 | 59,6% | |
| Feminino | 100 | 29,0% | 62 | 62,0% | 38 | 38,0% | <0,001 |
| Estado civil | | | | | | | |
| Com companheiro | 240 | 69,6% | 107 | 44,6% | 133 | 55,4% | |
| Sem companheiro | 105 | 30,4% | 54 | 51,4% | 51 | 48,6% | 0,241 |
| Escolaridade | | | | | | | |
| Analfabetos | 128 | 37,1% | 64 | 50,0% | 64 | 50,0% | |
| 1º grau | 65 | 18,8% | 30 | 46,2% | 35 | 53,8% | |
| 2º grau | 83 | 24,1% | 38 | 45,8% | 45 | 54,2% | |
| Universitário | 69 | 20,0% | 29 | 42,1% | 40 | 57,9% | 0,753 |
| Classificação econômica | | | | | | | |
| A1 | 17 | 4,9% | 7 | 41,2% | 10 | 58,8% | |
| A2 | 54 | 15,7% | 23 | 42,65% | 31 | 57,4% | |
| B1 | 77 | 22,4% | 36 | 46,8% | 41 | 53,2% | |
| B2 | 83 | 24,0% | 39 | 47,6% | 43 | 52,4% | |
| C | 84 | 24,4% | 41 | 48,8% | 43 | 51,2% | |
| D | 29 | 8,4% | 14 | 48,3% | 15 | 51,7% | |
| E | 1 | 0,3% | 1 | 100% | 0 | 0% | 0,927 |
| Diagnóstico clínico | | | | | | | |
| IAM | 179 | 51,9% | 85 | 47,9% | 94 | 52,5% | |
| AI | 166 | 48,1% | 76 | 45,8% | 90 | 54,2% | 0,751 |
| Tabagismo | | | | | | | |
| Fumante | 134 | 38,8% | 70 | 52,2% | 64 | 46,8% | |
| Não-fumante | 211 | 61,2% | 91 | 43,1% | 120 | 56,9% | 0,098 |
| Consumo de álcool | | | | | | | |
| | 1,78±3,44 | | 1,47±2,81 | | 2,05±3,90 | | 0,113 |
| Ansiedade traço | | | | | | | |
| | 44,83±9,99 | | 48,52±7,80 | | 41,55±10,56 | | <0,0001 |
| Ansiedade estado | | | | | | | |
| | 42,45±9,22 | | 44,33±8,60 | | 40,80±9,44 | | <0,0001 |
| Total | 345 | 100% | 161 | 46,7% | 184 | 53,3% | |

*Variáveis contínuas apresentadas em médias ± desvio padrão; **Variáveis categóricas apresentadas em freqüências e porcentagens

Tabela II - Distribuição das freqüências de gravidade de depressão, comparando homens e mulheres

| Escore | Pop. Total n=345 | % | Mulheres n=100 | % | Homens n=245 | % | p |
|--------------------------|------------------|-------|----------------|-------|--------------|-------|---------|
| 0 a 10 (sem depr.) | 155 | 44,9% | 32 | 32,0% | 123 | 50,2% | <0,0001 |
| 10 a 18 (depr. leve) | 115 | 33,3% | 32 | 32,0% | 83 | 33,9% | |
| 19 a 29 (depr. moderada) | 65 | 18,8% | 31 | 31,0% | 34 | 13,9% | |
| 30 a 63 (depr. grave) | 10 | 2,9% | 5 | 5,0% | 5 | 2,0% | |

A depressão também pode influenciar o desenvolvimento e o curso da DAC, como salientam Glassman & Shapiro², pois além do impacto negativo do humor deprimido no tratamento da cardiopatia, as evidências apontam que os seus concomitantes físicos têm uma influência direta no funcionamento cardíaco. O desânimo, a apatia, a intolerância à frustração e a falta de flexibilidade psíquica, peculiares ao humor deprimido, criam condições desfavoráveis, levando à falta de motivação para a adesão ao tratamento medicamentoso e mudança de estilo de vida. Além disso, os fatores fisiológicos da depressão, tais como aumento da agregação plaquetária, hiperatividade do sistema simpático-adrenal, diminuição da variabilidade da freqüência cardíaca e do limiar para fibrilação ventricular, têm influência direta na evolução da DAC¹⁵. Estes mecanismos patofisiológicos e as falhas de adesão ao tratamento e à mudança de estilo de vida justificam os maiores riscos da reincidência do infarto agudo do miocárdio (IAM) e mortalidade entre os deprimidos.

Cabe salientar ainda que a depressão na DAC tende a ser pouco reconhecida pelo cardiologista, pois nem sempre se apresenta como um quadro típico, com a presença de humor deprimido, perda acentuada de interesse ou prazer nas atividades habituais, sentimentos de inutilidade ou culpa, pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida. Ao contrário, são mais freqüentes os sintomas somáticos, como cansaço, falta de energia, lentidão psicomotora, perda ou aumento de apetite, insônia ou hipersonia, que podem ser confundidos com a sintomatologia da cardiopatia¹⁵. É importante considerar, também, que a depressão pode se apresentar na sua forma atípica, por exemplo, com a presença de irritabilidade, hiperfagia e hipersonia, ao invés de perda de apetite e insônia, respectivamente. Todas essas características do quadro depressivo na DAC determinam uma tendência a falhas de diagnóstico e tratamento.

Estudos com pacientes não cardiopatas também apontam que deprimidos têm mais dificuldade de abandonar o tabagismo¹⁶ e o abuso do álcool¹⁷. Portanto, reconhecer e tratar a depressão significa diminuir os riscos de insucesso no tratamento da doença cardíaca.

As evidências sobre o amplo impacto negativo da depressão no desenvolvimento, curso, gravidade e tratamento da DAC, advertem-nos para os benefícios de se aprofundar o conhecimento das peculiaridades da depressão associada à DAC. Estudos com populações estrangeiras apontam que depressão no IAM ou na angina

instável associa-se aos mesmos fatores psicossociais incidentes em não-cardiopatas: gênero feminino, estado civil solteiro, falta de amigos íntimos^{3,18}. Mas, diferente dos não-cardiopatas, na DAC, a depressão não estaria associada ao tabagismo^{3,19}. Ao que seja do nosso conhecimento, inexistem estudos sobre o assunto em brasileiros portadores de SIMI.

Assim, o objetivo deste estudo foi o de investigar se características sociodemográficas, diagnóstico clínico, tabagismo, consumo de álcool e ansiedade estão associados com depressão, numa população de pacientes com Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis (SIMI), comparando homens e mulheres.

MÉTODOS

O protocolo do estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa da instituição na qual foi realizado, em 10 de maio de 2000.

O estudo foi realizado com uma amostra de 345 pacientes consecutivos com diagnóstico de SIMI, sendo 206 com infarto agudo do miocárdio (IAM) comprovado por quadro clínico-eletrocardiográfico e/ou marcadores bioquímicos de necrose miocárdica, e 139, com angina instável (AI). Todos os pacientes encontravam-se hospitalizados, tendo sido contatados ainda na Unidade de Emergência ou já na Unidade Coronária de Terapia Intensiva, entre julho/2000 e julho/2001.

As entrevistas foram realizadas por uma psicóloga assistente de pesquisa, após obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido, sempre durante a internação, a partir de 3º dia, no caso de IAM, ou a partir do 2º dia de evolução no caso de angina instável. Foram excluídos pacientes que apresentavam doença não cardiológica grave associada, prejuízo cognitivo, uso de antidepressivo e idade maior que 80 anos.

A entrevista não foi realizada no mesmo dia do estudo hemodinâmico nos pacientes submetidos a ele, evitando-se, assim, eventual viés da mobilização psicológica determinada pelo exame. As entrevistas foram realizadas, em média, 4,15 + 1,56 dias pós-IAM. Os casos de AI foram entrevistados, em média, com 2,94 + 1,30 dias de evolução. Este estudo compreende dados parciais de uma investigação sobre fatores associados e preditivos da manutenção do tabagismo em pacientes portadores de SIMI, o que explica uma amostra de 135 fumantes, 109 ex-fumantes e 104 não fumantes. Vinte e quatro pacientes recusaram-se a participar do estudo.

Tabela III - Distribuição da frequência de depressão por características sociodemográficas, tabagismo, consumo de álcool, ansiedade traço e ansiedade estado na amostra masculina

| | Pop Masculina n= 245 | | Depressão | | | | p |
|-------------------------|----------------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|--------|
| | n | % | Sim | % | Não | % | |
| Idade | 58,86±10,40 | | 55,72±10,45 | | 60,99±9,85 | | <0,001 |
| <40 anos | 9 | 3,70% | 6 | 66,70% | 3 | 33,30% | |
| De 40 a 49 anos | 39 | 15,90% | 23 | 59,00% | 16 | 41,00% | |
| De 50 a 59 anos | 79 | 32,20% | 38 | 48,10% | 41 | 51,90% | |
| De 60 a 69 anos | 74 | 30,20% | 20 | 27,00% | 54 | 73,00% | |
| >70 anos | 44 | 17,90% | 12 | 27,30% | 32 | 72,70% | 0,001 |
| Estado civil | | | | | | | |
| Com companheiro | 198 | 81,00% | 82 | 41,40% | 116 | 58,60% | |
| Sem companheiro | 47 | 19,00% | 17 | 36,20% | 30 | 63,80% | 0,51 |
| Escolaridade | | | | | | | |
| Analfabeto | 69 | 28,10% | 25 | 36,20% | 44 | 63,80% | |
| 1º grau | 47 | 19,10% | 19 | 40,40% | 28 | 59,60% | |
| 2º grau | 67 | 27,30% | 28 | 41,80% | 39 | 58,20% | |
| Universitário | 62 | 25,30% | 27 | 43,50% | 35 | 56,50% | 0,848 |
| Classificação Econômica | | | | | | | |
| A1 | 16 | 6,50% | 7 | 43,80% | 9 | 56,30% | |
| A2 | 49 | 20,10% | 21 | 42,90% | 28 | 57,10% | |
| B1 | 60 | 24,60% | 26 | 43,30% | 34 | 56,70% | |
| B2 | 53 | 21,30% | 19 | 36,50% | 34 | 63,50% | |
| C | 54 | 22,10% | 20 | 37,00% | 34 | 63,00% | |
| D | 13 | 5,30% | 6 | 46,20% | 7 | 53,80% | |
| E | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0,949 |
| Diagnóstico clínico | | | | | | | |
| IAM | 132 | 53,90% | 59 | 44,70% | 73 | 55,30% | |
| AI | 113 | 46,10% | 40 | 35,40% | 73 | 64,60% | 0,139 |
| Tabagismo | | | | | | | |
| Fumante | 104 | 42,40% | 51 | 49,00% | 53 | 51,00% | |
| Não-fumante | 141 | 57,60% | 48 | 34,00% | 93 | 66,00% | 0,018 |
| Consumo de álcool | | | | | | | |
| | 2,21±3,80 | | 2,04±3,18 | | 2,33±4,17 | | 0,561 |
| Ansiedade traço | | | | | | | |
| | 44,28±10,43 | | 48,16±8,36 | | 41,64±10,88 | | <0,001 |
| Ansiedade estado | | | | | | | |
| | 42,44±9,29 | | 44,00±8,87 | | 41,38±9,44 | | 0,03 |
| Total | 245 | 100% | 99 | 40,40% | 146 | 59,60% | |

*Variáveis contínuas apresentadas em médias ± desvio padrão; **Variáveis categóricas apresentadas em frequências e porcentagens

A entrevista compreendia a aplicação de: questionário elaborado com a finalidade de levantamento de dados sociodemográficos e histórico do tabagismo; Escala Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) para avaliação do padrão econômico¹⁶; Prime MD – Avaliação de Distúrbios Mentais para Atenção Primária (módulo Humor)¹⁷, versão traduzida para o português por Fráguas Jr e Henriques Jr. Uma escala breve (17 itens) para diagnóstico de transtornos de humor, baseada no Manual de Transtornos Mentais – 4ª edição (DSM-IV), desenvolvida para a pesquisa em atenção primária. Esta escala foi utilizada para o diagnóstico de depressão; Inventário de Depressão de Beck (BDI)^{18,19}. Trata-se de uma escala de 21 itens, com escores de resposta variando de 0 a 3, que avalia a presença e gravidade de sintomas depressivos, mas não é apropriada para o diagnóstico de depressão. O ponto de corte²⁰ utilizado foi: menor que

10, sem depressão ou depressão mínima; de 10 a 18, depressão leve a moderada; de 19 a 29, depressão moderada a grave; de 30 a 63, depressão grave; Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) para avaliação de ansiedade traço e ansiedade estado²¹. Este inventário é composto de duas escalas com 20 itens cada. Uma delas avalia ansiedade estado, que se caracteriza pela percepção subjetiva de sentimentos de tensão e apreensão, acompanhados de reações do sistema nervoso autônomo²² em um momento particular. Ansiedade traço, avaliada pela outra escala, diz respeito a uma tendência relativamente estável de perceber as situações como ameaçadoras e de reagir a elas com estado de ansiedade²². Dadas as dificuldades dos pacientes da população estudada, detectadas em estudo anterior²³, para responder segundo as alternativas em escala de tipo Likert de 5 pontos (como é o caso no IDATE), criamos

cartões com representação gráfica das alternativas; AUDIT – The Alcohol Use Disorder Identification Test²⁴, na versão traduzida por Figlie²⁵, é um questionário de 10 itens, com escores variando de 0 a 40, que avalia consumo, abuso e dependência de álcool.

Na análise univariada, utilizou-se o teste qui-quadrado para a comparação das variáveis categóricas: gênero, faixa etária, escolaridade, classificação socioeconômica, diagnóstico clínico, tabagismo e faixas de escore de BDI. O teste t de Student foi usado para comparar médias de idade, de escore de AUDIT (consumo de álcool) e de escore do IDATE (ansiedade traço e ansiedade estado). O teste t foi revisado com o teste de Levene para igualdade de variâncias, quando as amostras apresentavam variâncias. Valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Considerando depressão (Prime-MD) como variável dependente, as variáveis significantes na análise univariada foram avaliadas em 3 modelos de regressão logística: com a amostra total, com a amostra masculina e com a amostra feminina. Foi utilizado o método Stepwise, sendo que as variáveis não significantes foram removidas de acordo com o teste estatístico Wald.

As variáveis significantes para depressão na análise univariada, consideradas como variáveis independentes na análise multivariada da amostra total, foram gênero, idade, ansiedade estado e ansiedade traço. Para a amostra masculina, idade, tabagismo, ansiedade traço e ansiedade estado foram as variáveis independentes incluídas no modelo de regressão logística; para a amostra feminina, ansiedade traço e ansiedade estado foram incluídas como variáveis independentes.

O tratamento estatístico foi realizado utilizando-se o SPSS para windows, versão 8.0.

RESULTADOS

A população estudada apresentou idade média de $59,45 \pm 10,52$ anos, predominância de homens, 71,0% ($n = 245$), com companheiro(a), 69,2% ($n = 240$), com baixa escolaridade, até 1º grau, 55,9% ($n = 193$) e de classificação socioeconômica predominantemente C, 24,4% ($n = 84$) e B2, 24,0% ($n = 83$) (tab. I).

A frequência de depressão foi de 46,7% ($n = 161$). Pacientes com diagnóstico de depressão apresentaram idade média menor ($p = 0,003$), situavam-se mais frequentemente na faixa etária abaixo de 50 anos ($p = 0,009$), eram mais mulheres e apresentaram escores médios mais altos de ansiedade traço ($p < 0,001$) e ansiedade estado ($p < 0,001$) (tab. I).

Os resultados do BDI demonstram que as mulheres apresentaram, com maior frequência, níveis mais graves de depressão que os homens ($p < 0,0001$) (tab. II).

A análise multivariada aponta que gênero feminino (OR 2,4026, 95% IC 1,4424 – 4,0020), idade inferior

a 50 anos (OR 1,9722 95% IC 1,1055-3,5185) e escores mais elevados de ansiedade traço (OR 1,0825 95% IC 1,0541 –1,1117) associaram-se significativa e independentemente com depressão.

A análise univariada da amostra masculina aponta que aqueles com depressão eram frequentemente mais jovens ($p < 0,0001$), com idades inferiores a 50 anos ($p = 0,001$), fumantes ($p = 0,018$), e apresentavam escores médios para ansiedade traço ($p < 0,001$) e ansiedade estado ($p = 0,030$) mais altos que aqueles que não apresentavam depressão (tab. III).

A análise multivariada aponta que idade está negativamente associada (OR 0,9519 95% IC 0,9261-0,9784) e escores mais altos de ansiedade traço (OR 1,0691 95% IC 1,0375-1,1017) estão positivamente associados com depressão.

Na análise univariada da amostra feminina, observa-se que mulheres que apresentam depressão diferenciam-se das que não têm este diagnóstico apenas por apresentarem escore médio mais alto de ansiedade traço ($p < 0,0001$) e de ansiedade estado ($p = 0,001$) (tab. IV).

Na análise multivariada, escore mais alto de ansiedade traço se mostrou significativamente associado com depressão (OR 1,1267 95% IC 1,0632-1,1940).

DISCUSSÃO

Observa-se uma prevalência alta de depressão (46,7%) na população estudada, sendo mais alta que a encontrada em outros estudos com portadores de SIMI, que apontam resultados variando de 15 a 44%^{3,5,14,15}. Esta diferença não pode ser explicada pela idade, pois, nesta amostra a mesma se apresentou bastante similar àquela encontrada em outros estudos^{3,5}. A utilização de instrumentos ou critérios de avaliação diferentes, ou o grande número de homens fumantes (que são mais frequentemente deprimidos que os não-fumantes), incluídos na amostra, poderia, eventualmente, justificar esta diferença. Por outro lado, pode tratar-se de uma peculiaridade de amostras brasileiras, porém a falta de estudos nacionais anteriores sobre o tema não nos permite confirmar esta hipótese.

Apesar de, para algumas variáveis, tais como escolaridade, estado civil, classificação econômica, diagnóstico clínico, consumo de álcool, ansiedade traço e ansiedade estado, haver o mesmo padrão de relação com depressão para ambos os gêneros, detectou-se, em alguns aspectos, diferenças importantes neste padrão. Por exemplo, as mulheres apresentam depressão com maior frequência e em níveis mais graves que os homens.

A maior prevalência de quadros depressivos entre mulheres está de acordo com dados da literatura, que analisaram populações estrangeiras^{6,19,21,28}, sugerindo-se, inclusive, que a maior incidência de depressão entre as mulheres poderia contribuir para a maior mortalidade hospitalar encontrada no sexo feminino^{31,33}.

As explicações para uma maior prevalência de quadros depressivos em mulheres incluem desde possíveis artefatos estatísticos, em função de apresentarem maior tendência de busca de atendimento e maior facilidade em reportar aspectos emocionais (aumentando a possibilidade de diagnóstico), até aspectos biológicos e psicossociais particulares. Entre os aspectos biológicos, postula-se a importância dos fatores hormonais, transmissão genética e diferenças de estrutura e funcionamento cerebral³³. Os fatores psicossociais dizem respeito ao estilo e mecanismos psicológicos diferentes, bem como ao papel social e familiar exercido pela mulher, diante das mudanças sociais e exigências profissionais cada vez maiores³⁴.

No sexo feminino, depressão não está associada com idade, ao contrário do que ocorre nos homens. Os homens com SIMI e idade menor de 50 anos são mais freqüen-

temente deprimidos que os mais idosos. Na situação de IAM ou AI, o fato da depressão ser mais freqüente entre os homens mais jovens pode ser a tradução do impacto emocional da vivência de uma doença tão grave, numa idade produtiva. Entre os homens mais jovens, o impacto psicológico, causado pela vivência do IAM ou episódio de AI, tais como a perda da condição de saudável, da capacidade produtiva e, em última análise, o medo da morte, pode ser maior que para os mais velhos, sendo a depressão uma forma de manifestação deste impacto. Por outro lado, pode-se considerar que os homens mais jovens, por questões de ordem cultural, ligadas ao estereótipo atual de masculinidade, tenham menos dificuldades de perceber e poder expressar seus sentimentos de fragilidade (conseqüentemente, reportando mais sintomas depressivos) que os mais velhos, para os quais o conceito de masculinidade internalizado está associado à não manifestação das emoções³⁵.

Tabela IV - Distribuição da freqüência de depressão por características sociodemográficas, tabagismo, consumo de álcool, ansiedade traço e ansiedade estado na amostra feminina

| | Pop Feminina n= 100 | | Depressão | | | | p |
|-------------------------|---------------------|------|-------------|--------|-------------|--------|--------|
| | n | % | Sim | % | Não | % | |
| Idade (média) | 60,89±10,73 | | 60,76±10,54 | | 61,11±11,17 | | 0,876 |
| <40 anos | 3 | 3% | 1 | 33,30% | 2 | 66,70% | |
| De 40 a 49 anos | 14 | 14% | 11 | 78,60% | 3 | 21,40% | |
| De 50 a 59 anos | 29 | 29% | 17 | 58,60% | 12 | 41,40% | |
| De 60 a 69 anos | 29 | 29% | 18 | 62,10% | 11 | 37,90% | |
| >70 anos | 25 | 25% | 15 | 60,00% | 10 | 40,00% | 0,581 |
| Estado civil | | | | | | | |
| Com companheiro | 42 | 42% | 25 | 59,50% | 17 | 40,50% | |
| Sem companheiro | 58 | 58% | 37 | 63,80% | 21 | 36,20% | 0,664 |
| Escolaridade | | | | | | | |
| Analfabeto | 59 | 59% | 39 | 66,10% | 20 | 33,90% | |
| 1º grau | 18 | 18% | 11 | 61,10% | 7 | 38,90% | |
| 2º grau | 16 | 16% | 10 | 62,50% | 6 | 37,50% | |
| Universitário | 7 | 7% | 2 | 28,60% | 5 | 71,40% | 0,29 |
| Classificação econômica | | | | | | | |
| A1 | 1 | 1% | 0 | 0% | 1 | 100% | |
| A2 | 5 | 5% | 2 | 40,00% | 3 | 60,00% | |
| B1 | 17 | 17% | 10 | 58,80% | 7 | 41,20% | |
| B2 | 31 | 31% | 21 | 66,70% | 10 | 33,30% | |
| C | 30 | 30% | 21 | 70,00% | 9 | 30,00% | |
| D | 16 | 16% | 8 | 50,00% | 8 | 50,00% | |
| E | 1 | 1% | 1 | 100% | 0 | 0% | 0,492 |
| Diagnóstico clínico | | | | | | | |
| IAM | 47 | 47% | 26 | 55,30% | 21 | 44,60% | |
| AI | 53 | 53% | 36 | 67,90% | 17 | 32,00% | 0,195 |
| Tabagismo | | | | | | | |
| Fumante | 30 | 30% | 19 | 63,30% | 11 | 36,70% | |
| Não Fumante | 70 | 70% | 43 | 61,40% | 27 | 38,60% | 0,857 |
| Consumo de álcool | | | | | | | |
| | 0,72±1,98 | | 0,55±1,72 | | 1,00±2,34 | | 0,270 |
| Ansiedade traço | | | | | | | |
| | 46,09±8,73 | | 49,10±6,84 | | 41,18±9,32 | | <0,000 |
| Ansiedade estado | | | | | | | |
| | 42,44±9,08 | | 44,85±8,19 | | 38,58±9,23 | | 0,001 |
| Total | 100 | 100% | 62 | 62,00% | 38 | 38,00% | |

*Variáveis contínuas apresentadas em médias ± desvio padrão. **Variáveis categóricas apresentadas em freqüências e porcentagens

Outro ponto a ser considerado, para justificar a associação de depressão com idades menores, seria o eventual impacto de um quadro depressivo que teria se instalado previamente à instabilização do quadro cardiológico do paciente. Nesta situação, sendo a depressão um fator de risco para DAC, poderia justificar o aparecimento de SIMI mais precocemente nos deprimidos, em relação aos não-deprimidos. No entanto, como depressão prévia não foi investigada neste protocolo, esta hipótese não pode ser confirmada. Considerando-se diferenças dos nossos resultados com o de populações estrangeiras, nota-se a associação com idade^{18,19} e a não associação com estado civil sem companheiro^{18,19}.

Depressão está associada com ansiedade traço tanto para mulheres como para homens, neste estudo. Entende-se esta associação pelo fato da ansiedade traço ser uma característica de funcionamento psíquico, que inclui a percepção subjetiva, relativamente constante de sentimentos de tensão e apreensão, o que é sinal revelador de insuficiência

de recursos psíquicos e capacidade adaptativa limitada a situações adversas, determinando, conseqüentemente, uma maior predisposição para a depressão.

Nossos dados reforçam a importância de se pesquisar sintomas depressivos em pacientes hospitalizados com SIMI, principalmente em mulheres, homens com menos de 50 anos e ansiosos. Evitar falhas de diagnóstico e tratamento de depressão pode ser importante fator de evolução mais favorável da DAC, diminuindo-se os riscos de não adesão ao tratamento, de reincidência e mortalidade por SIMI.

A inclusão de história prévia de depressão e início do quadro atual na investigação permitiria-nos uma discussão mais rica dos nossos dados, podendo confirmar algumas das hipóteses levantadas.

Conclui-se que, em pacientes com SIMI hospitalizados, as mulheres, os homens com menos de 50 anos e os ansiosos têm mais chance de apresentarem depressão.

REFERÊNCIAS

1. Carney RM, Rich MW, Fredland KE et al. Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. *Psychosom Med* 1988; 50: 627-33.
2. Glassman AH, Shapiro PA. Depression and the course of coronary artery disease. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 4-11.
2. Lespérance F, Frasure-Smith N, Juneau M, Thérioux P. Depression and 1-Year Prognosis in Unstable Angina. *Arch Intern Med* 2000; 160: 354-60.
3. Ford E, Mead LA, Chang PP, Levine DM, Klag MJ. Depression predicts cardiovascular disease in men: the precursors study. *Circulation* 1994; 90: 614.
4. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Major Depression following myocardial infarction: impact on 6 month survival. *JAMA* 1993; 270: 1819-61.
5. Aromaa A, Raitasalo R, Reunanen A et al. Depression and cardiovascular diseases. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 377: 77-82.
6. Frasure-Smith N, Lesesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995; 91: 999-1005.
7. Beck CA, Joseph L, Beslile P, Pilote L. Predictors of quality of life 6 months and 1 year after acute myocardial infarction. *Am Heart J* 2001; 142: 271-9.
8. Booth-Kewley S, Friedman HS. Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychol Bull* 1987; 101: 343-62.
9. Everson AS, Goldberg DE, Kaplan GA et al. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom Med* 1996; 58: 113-21.
10. Schleifer SJ, Macari-Hinson MM, Coyle DA et al. The nature and course of depression following myocardial infarction. *Arch Intern Med* 1989; 149: 1775-89.
11. Yanovski SZ. Binge eating disorder: Current knowledge and future directions. *Obes Research* 1993; 1: 306-18.
12. Gavard J, Lustman P, Clouse R. Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care* 1993; 16: 1167-78.
13. Kahler CW, Brown RA, Strong DR, Lloyd-Richardson EE, Niaura R. History of major depressive disorder among smokers in cessation treatment: Associations with dysfunctional attitudes and coping. *Addictive Behaviors* 2003; 28: 1033-47.
14. Telles RMS, Rays J, Ramires JAF, Wajngarten M, Scalco M, Neri A. Coronariopatia e Insuficiência Cardíaca. In: Fráguas Jr R, Figueiró, JAB. *Depressões em Medicina Interna e em outras Condições Médicas – Depressões Secundárias*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000.
15. Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, Mast EE, Giovino GA, Remington PL. Depression and the dynamics of smoking. *JAMA* 1990; 264: 1541-49.
16. Cornelius JR, Bukstein O, Salloum I, Clark D. Alcohol and psychiatric comorbidity. *Recent Dev Alcohol* 2003; 16: 361-74.
17. Lesperance F, Frasure-Smith N, Talaric M. Major depressive before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosom Med* 1996; 58: 99-110.
18. Sorensen C, Brandes A, Hendricks O et al. Psychosocial predictors of depression in patients with acute coronary syndrome. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 116-24
19. www.anep.org.br/codigosguias/CCEB.pdf
20. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA* 1994; 272: 1749-56.
21. Beck AT, Steer RA. *Beck Depression Inventory Manual*. Toronto, Canadá: Psychological Corp, Harcourt, Brace, Jovanovich, 1987.
22. Goresnstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: Propriedades Psicométricas da Versão em Português. *Rev Psiq Clin* 1998 25(5) edição especial 245-50.
23. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory : twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review* 1988; 8: 77-100.
24. Spielberger CD, Gersuch RL, Lushene RE. Inventário de Ansiedade traço-Estado (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) – Trad. Ângela M.B. Biaggio e Luiz Natalício. Rio de Janeiro: Ed. CEPA, 1979.
25. Spielberger CD. Anxiety: state-trait-process. In: Spielberger CD, Sarason IG, *Stress and anxiety*. New York: Hemisphere Publishing Corporation, 1975.

26. Lamosa BWR, Martyniuk CS, Tedde MIL. Ansiedade e Coronariopatia. *Arq Bras Cardiol* 1983; 40: 33-5.
27. Babor TF, Grant M. From clinical research to secondary prevention: International collaboration in the development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT). *Alcohol Health and Research World* 1989; 13: 371-4.
28. Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira RR, Dunn J. O AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no Hospital Geral? *J Bras Psiquiatr* 1997; 46: 589-93.
29. Frasure-Smith N, Lespérance F, Masson A, Juneau M, Talajic M, Bourasa M. Gender, depression and one-year prognosis after myocardial infarction. *Psychosom Med* 1999; 61: 26-37.
30. Carney RM, Fredland Ke, Smith L, Lustman PJ, Jaffe AS. Relation of depression and mortality after myocardial infarction in women. *Circulation* 1991; 84: 1876-7.
31. Vaccarino V, Krumholz HM, Berkman LF, Howitz RI. Sex differences in mortality after myocardial infarction. Is there evidence for an increased risk for women? *Circulation* 1995; 91: 1861-71.
32. Aldrighi JM, Lima SMRR, Fráguas Jr R. Menopausa e Climatério. In: Fráguas Jr R, Figueiró JAB. *Depressões em Medicina Interna e em outras Condições Médicas – Depressões Secundárias*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000.
33. Lima MS. Epidemiologia e impacto social. *J Bras Psiquiatr* 1999; 21: 1-5.
34. Ramos MS. Um olhar sobre o masculino: reflexões sobre os papéis e representações sociais do homem na atualidade. In: Goldemberg M (org). *Os Novos Desejos*. Rio de Janeiro: Ed Record, 2000.