

RELAÇÕES ENTRE DEPRESSÃO E DAC: ESTUDO DE PACIENTES COM SÍNDROMES ISQUÊMICAS MIOCÁRDICAS INSTÁVEIS

G.H. Perez, R.R. Laranjeira, J.C. Nicolau, B.W. Romano
Instituto do Coração do HCFMUSP- Serviço de Psicologia
UNIFESP – Departamento de Psiquiatria

Introdução

A DAC e a Depressão são duas patologias que têm grande impacto na saúde nos dias atuais, pois ambos apresentam alta prevalência e seus efeitos refletem-se na mortalidade e na qualidade de vida.

Nos EUA ocorrem um milhão de mortes, por Doenças Cardiovasculares, anualmente, sendo que destas, a Doença Arterial Coronária (DAC) é a mais frequente, com 51%.(1) Lotufo, constatou altas taxas de mortalidade por DAC no Brasil e comparando algumas das principais capitais brasileiras com outros países, concluiu que nosso país enquadra-se entre as estatísticas dos países desenvolvidos(2)

Sintomas depressivos e Depressão Maior (DM) são muito frequentes. O ECA(1^a) detecta uma prevalência de 3 a 7 % na população geral, ao longo da vida. Considerando o contexto médico não psiquiátrico, o National Comorbidity Study detectou uma prevalência de 5% de DM (3)

A Depressão tem uma relação complexa com a DAC. As evidências apontam-na como fator de risco(4,5,27,28,31), como fator influente na morbidade, na mortalidade (5,6,7,8,9,28,32)e na qualidade de vida(9^A) do paciente com DAC. Na verdade, observa-se que tanto a Depressão pode ser um fator de risco isolado para o desenvolvimento da DAC, como pode estar associada a outros fatores de risco, tais como obesidade (51% em obesos com Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica e 14% em obesos sem)(9b), diabetes(prevalência 3 vezes maior do que na população em geral)(10) e tabagismo(prevalência de).

Glassman (27)salienta em seu artigo sobre a Depressão e o curso da DAC, que além de não podermos minimizar os custos psicológicos da Depressão, as evidências vão apontando que a Depressão é uma doença com concomitantes físicos, que teriam uma influência direta no funcionamento cardíaco. Isto significa que, a Depressão pode influenciar o desenvolvimento e o curso da DAC porque, por uma lado, as alterações de humor têm uma repercussão no comportamento, criando condições desfavoráveis para a adesão ao tratamento e a motivação para a mudança de estilo de vida. E por outro lado, a Depressão tem como concomitantes fisiológicos: o aumento da agregação plaquetária, a hiperatividade do sistema simpático-adrenal, a diminuição da variabilidade da frequência cardíaca e do limiar para fibrilação ventricular, que têm uma influência direta na evolução da DAC (44) A Depressão apresentou-se como associada à DAC e como fator psicológico de maior risco para doença cardíaca, num estudo de metanálise realizado com todos os estudos publicados entre 1945 e 1985, sobre preditores psicológicos de doença cardíaca. (43)

A literatura sobre a associação entre a DAC e Depressão relata prevalências que variam de 14 a 60% (3^a, 4, 32, 9).Os estudos com pacientes infartados ou angina instável apontam Depressão entre 15 a 44% (28,29,2^a,6). Pode-se atribuir a variação das taxas de prevalência ao diagnóstico de Depressão considerado (Depressão Maior, sintomas depressivos...), ao estágio da DAC da população estudada, bem como ao instrumento utilizado para avaliar Depressão.

Schleifer et al (2^a) detectou 18% de Depressão Maior numa amostra de 283 pacientes infartados hospitalizados, utilizando entrevista psiquiátrica estruturada DIS modificada. Frasure-Smith e cols, utilizando o mesmo instrumento, detectaram, Depressão Maior em 16% de 222 pacientes hospitalizados com IAM. (6) . Lespérance(28) estudou 430 pacientes com angina instável, identificando Depressão, de acordo com o Inventário Beck de Depressão(BDI)(score \geq 10), em 41,4%. Seus dados apontam forte evidência que a Depressão é um fator de risco independente para eventos cardíacos. O impacto da Depressão foi estatisticamente independente e no mínimo tão importante quanto a função ventricular esquerda, extensão da aterosclerose coronária e evidências eletrocardiográficas de isquemia em linha de base

A Depressão no pós IAM é frequente(37)..Ziegelstein, comparando seus estudos com 204 infartados (38) com os estudos de Lane (39,40), de Frasure-Smith(9,9c), de Schleifer(2^a), de Ladwig.(41) e de Denollet(42), observa que a prevalência de Depressão Maior variou de 14,5 a 18%, enquanto a de sintomas depressivos variou de 17,2 a 46,7%. Conclui que a Depressão Maior ocorre em pelo menos 1 de 6 pacientes com infarto e que a frequência de sintomas depressivos é 2 vezes maior. ...

Glassman (27) adverte, que sua revisão de evidências sugere, que a Depressão é o fator que mais contribui para o curso e a severidade da doença cardíaca, e que as duas condições podem ser sinérgicas, na velhice. As evidências apontam que a Depressão é tão incapacitante, quanto qualquer doença grave. Estas evidências nos advertem para a necessidade de estudarmos as relações entre Depressão e DAC.

O Objetivo **deste estudo foi investigar as relações entre** Depressão, características sócio-demográficas e tabagismo numa população de pacientes com Síndromes Isquêmicas Miocárdicas Instáveis (SIMI) brasileira.

Casuística e Métodos:

O protocolo do estudo foi submetido e aprovado pela Comissão Científica e Ética do Instituto do Coração em 3/2/00 e pela Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa- CAPPesp da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 10/05/00.

O estudo foi realizado com uma amostra de 348 pacientes consecutivos com diagnóstico de Síndrome Isquêmica Miocárdica Instável(SIMI): Infarto Agudo do Miocárdio(IAM) (comprovado por estudo eletrocardiográfico, e aumento de enzimas miocárdicas) ou Angina Instável(AI) em tratamento na Unidade de Emergência e/ou na Unidade Coronariana do Instituto do Coração do H.C.F.M.U.S.P. As entrevistas foram realizadas por uma psicóloga assistente de pesquisa, com pacientes internados na Unidade Coronariana e na Unidade de Emergência do InCor com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio (a partir de 3^o dia Pós IAM) ou Angina Instável(a partir do 2^o dia de evolução), sem patologia não cardiológica associada e idade menor que 80 anos. A entrevista não foi realizada no mesmo dia do cateterismo, evitando viés da mobilização psicológica determinada pelo exame. As entrevistas foram realizadas em média no dia 4,15 (\pm 1,56) pós IAM, no mínimo no 3^o dia e no máximo no 13^o PIM. Os casos de AI foram entrevistados em média no dia 2,94 (\pm 1,30) de evolução, sendo no mínimo no 2^o e no máximo no 12^o dia. Este estudo compreende dados parciais de uma investigação sobre fatores associados e preditivos da manutenção do Tabagismo em pacientes portadores de SIMI, por essa razão

temos uma amostra composta de 135 fumantes, 109 ex-fumantes e 104 não fumantes. Apenas 24 pacientes recusaram-se a participar do estudo

A entrevista compreendia a aplicação de:

- questionário elaborado com a finalidade de levantamento de dados sócio-demográficos, histórico do tabagismo, percepção de risco e consumo de café
- Escala Classificação de Classes Sócio-Econômicas no Brasil(CCSEB) para avaliação do padrão sócio econômico
- Prime MD – Avaliação de Distúrbios Mentais para Atenção Primária (módulo Humor) e do Inventário de Depressão de Beck (BDI) para avaliação de sintomas depressivos e gravidade de Depressão
- Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) para avaliação de ansiedade traço e ansiedade estado
- AUDIT – The Alcohol Use Disorder Identification Test (Babor e Grant, 1989) Severity Dependence Scale (Gossop,1995)- para avaliação do uso de álcool e gravidade de dependência de drogas
- RISCI (Rhode Island Stress and Coping Inventory) para avaliação de stress percebido e "coping" independente de situações de stress específicas.
- Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND) para avaliação da dependência de nicotina
- Smoking Stage of Change (Short Form) para avaliação do estágio de motivação para cessação de fumar
- Self Efficacy / Temptation – Long Form e Self Efficacy Questionnaire-12 (SEQ-12) para avaliação de auto-eficácia em relação ao desejo de fumar

Dadas as dificuldades dos pacientes da população do InCor-HCFMUSP, detectadas em estudo anterior (Lamosa,1982), para responder segundo as alternativas em escala de tipo Likert de 5 pontos (como é o caso no IDATE, no RISCI, no SEQ-12, no Self-efficacy/Temptation e no questionário de Percepção de Risco), criamos cartões com uma representação gráfica das alternativas.

Neste estudo, estaremos considerando apenas os dados referentes ao questionário sócio-demográfico e à avaliação dos sintomas depressivos (Prime-MD e Inventário de Depressão de Beck).

A escolha destes instrumentos para avaliação de Depressão baseou-se no fato de que o Inventário de Depressão de Beck, que avalia presença e severidade de humor depressivo, mas não é apropriado para fazer o diagnóstico da Depressão Maior, foi o instrumento utilizado em outros estudos com população de infartados e AI, na situação de internação, tendo se mostrado um instrumento mais sensível do que a entrevista DIS (9). Estudo realizado por Carney e cols(32).com pacientes portadores de DAC apontaram uma sensibilidade de 78% e uma especificidade de 90% quando comparado com DIS. Carney e cols(32) apontam que observaram boa concordância entre BDI e o diagnóstico pelos critérios do DSM-III feito pela Diagnostic Interview Schedule e sugerem no artigo que o BDI pode ser usado para detectar Depressão em pacientes com DAC. Um estudo prospectivo realizado com pacientes infartados aponta que altos escores no Inventário de Depressão de Beck aplicado durante a hospitalização predizem depressões que se instalarão no pós alta e que não haviam atingido o critério de Depressão Maior(9).

Devemos considerar a questão da confiabilidade do diagnóstico da Depressão no contexto do paciente com uma doença orgânica e especialmente o paciente infartado.

Frasure-Smith e cols. em seu estudo que avalia, num follow-up de 18 meses, o impacto da Depressão na mortalidade no pós-IAM usando o DIS modificado e o BDI observa que o BDI foi mais sensível para detectar Depressão em pacientes que evoluíram para uma Depressão Maior posteriormente. Isto porque o escore ≥ 10 do BDI detecta Depressão leve, ou talvez sintomas depressivos que podem evoluir para uma Depressão. Neste caso foi um instrumento útil por que diagnosticou mais precocemente (na internação) uma Depressão que foi fator associado com a mortalidade aos 18 meses pós-alta.

Como em outros estudos(33,)esta escala está sendo usada para acessar sintomas de Depressão. Os critérios propostos pelo autor(30^a) apontam que escores maiores ou iguais a 10 indicam, no mínimo, sintomas leves de Depressão. Os estudos com a população de coronariopatas consideram escores maior ou igual a 10, como ponto de corte para Depressão e nossa análise, para fins comparativos, também considerará este critério. Assim, nos utilizamos dos critérios de ponto de corte propostos pelo “Center for Cognitive Therapy” (30b apud 30) : menor que 10, sem Depressão ou Depressão mínima; de 10 a 18 Depressão, de leve a moderada; de 19 a 29 Depressão, de moderada a grave; de 30 a 63 Depressão grave.

O Prime-MD foi utilizado pela necessidade de ter um instrumento associado ao Inventário de Depressão de Beck, que fizesse diagnóstico de Depressão. A opção por este instrumento, que a rigor, é somente um screening de Depressão, ao invés da DIS, que é o instrumento utilizado com frequência em estudos com esta população, foi determinada principalmente pelo fato que atende a nossa necessidade de ser um instrumento curto. Nosso estudo demanda a aplicação de uma série de instrumentos, mas tivemos que tomar o cuidado de não tornar a entrevista longa demais, porque seria realizada com pacientes internados em situação de UTI. Além do que, baseia-se nos critérios do DSM IV (como a DIS), é dirigido especificamente para a avaliação de distúrbios mentais em serviço de atenção primária (e não setor de saúde mental) numa população de pacientes com doenças somáticas. Já foi traduzido para o português e, é um instrumento utilizado em outros estudos na Instituição, em que foi realizada a coleta de dados. E as opções de resposta são do tipo sim ou não, o que facilita, dadas as características de nossa população.

Resultados

A população estudada tem como características sócio-demográficas a idade média de 59,63 $\pm 10,64$ anos, predominância de homens 73,3%(255), casados 69,2% (240), com escolaridade até 1º grau incompleto 37,3% (129) e de classificação sócio-econômica C 26,4%(92) e B1 23,6%(82). (Tabela I)

Os resultados apontam uma prevalência de TH de 65,8%(229), sendo Depressão Maior(DM) 46,3% (161). Considerando-se os resultados do BDI temos que 55,2%(192) tiveram escore maior ou igual a 10, ou seja o ponto de corte para Depressão(30, 31) e 25,9% (90) tiveram escore maior ou igual a 18 que significa presença de Depressão moderada ou grave e que seria o ponto de corte para considerarmos um caso de Depressão se não tivéssemos aplicado uma escala para diagnóstico da Depressão .

Idades menores estão associadas a TH (IM 58,72 \pm 10,80 anos para com TH, e IM 61,35 \pm 10,13 anos para sem TH, $p=0,0278$) e DM (57,93 \pm 10,92 anos para com DM e

61,08±10,18 para sem DM, p=0,0038). Depressão Maior é mais frequente nas faixas etárias abaixo de 50 anos. **(OR 0,971 IC 0,948-0,995)** (fig1.)

Não ter companheiro esteve associado com uma prevalência maior de TH (79 (73,83%), enquanto os com companheiro (150(62,5%) (p=0,040)(Tabela I)

Sexo feminino está associado com maior frequência de DM(61,29%(57) enquanto para o sexo masculino 40,78%(104), p=0,001)(Tabela 1)(OR=3,52 CI 2,02 a 6,14), maior frequência de escore maior ou igual a 10 no BDI(67,74%)(63)e 50,59% (129) para os homens, p=0,004)(tabela II), escore médio de BDI mais alto 14,49(±9,21) enquanto para o sexo masculino 10,67(±8,57), (p=0,0003)(tabelaII) e maior gravidade de Depressão(sem Depressão 32,26%(30), Depressão Leve 33,33%(31), Depressão Moderada 30,11%(28), Depressão Grave 4,30%(4) enquanto para o sexo masculino 49,41%(126), 33,33%(85), 14,51%(37) e 2,75%(7), respectivamente, p=0,003)(tabela II).

A idade média das mulheres deprimidas 60,87 (± 10,78)anos e das mulheres não deprimidas 61,50(±11,34) é bastante próxima. No caso dos homens, os deprimidos têm idade média menor 56,31(±10,71) do que os não deprimidos 60,98 (±9,92) (p=0,0004)(fig2). Considerando-se presença de Depressão Maior por faixa etária observa-se que homens com menos de 40 anos se apresentaram mais frequentemente deprimidos do que o de outras faixas etárias (p=0,014)(fig.3). Não encontramos diferenças significantes por faixa etária, no caso das mulheres(fig.4) Quando consideramos a população a partir da sua condição em relação ao tabagismo observa-se uma frequência maior, estatisticamente significativa, de TH entre os fumantes(74,81%(101), enquanto ex-fumantes63,30%(69) e não fumantes56,73%(59), p=0,011). Os fumantes apresentam uma prevalência maior de Depressão Maior 53,33%(72) do que os que não fumam regularmente no momento41,78%(89)(p=0,035)(tab3). Depressão Maior também está associada ao tabagismo para o homens, prevalece mais frequentemente entre os fumantes homens (50,93% (55) do que entre os ex fumantes 37,78% (34) e os não fumantes26,32% (15) (p=0,007)(fig.5)

Não se observou associação entre Depressão e classificação sócio-econômica, nível de escolaridade, estado civil, dependência de nicotina ou nº de cigarros por dia.

Conclusão Mulheres com SIMA apresentam mais frequentemente DM e níveis mais graves de DM. Por outro lado, quando consideramos o grupo de fumantes, os homens apresentam mais frequentemente DM do que as mulheres. Conclui-se que a Depressão, no caso das mulheres está associada à condição da cardiopatia e no caso dos homens está ligada ao tabagismo..

Discussão

Nossa amostra apresenta idade média igual ou bastante próxima de outros estudos(7,8,28). Nossos resultados apontam uma prevalência de Depressão Maior (pelo critério do DSM IV) (46,3%) muito mais alta, do que outros estudos com populações de portadores de isquemia miocárdica aguda, que avaliaram Depressão Maior pelos critérios do DSM III(2^a,9, 6, 28,29,32,33), pois apontam uma prevalência variando entre 15 e 38%. Considerando os resultados do BDI observamos também uma frequência mais alta de Depressão (escore ≥ 10)(55,2%), do que outros estudos, que apontam frequências variando de 32% a 41,4%. Este dado explica-se pelo fato de termos uma amostra com um número maior de fumantes do que não fumantes, (o que é uma amostra atípica de pacientes com SIMI) e ser maior a frequência de Depressão entre fumantes do que em não fumantes.

A Depressão Maior, na situação de IAM ou AI, é mais frequente entre os mais jovens que 50 anos, o que pode traduzir o impacto emocional da vivência de uma doença tão grave, numa idade produtiva. Por outro lado, pode ser que já houvesse um estado depressivo, instalado previamente à SIMI. Nesse caso, o fato da Depressão ser um fator de risco para a DAC, poderia justificar a SIMI mais precocemente na vida dos deprimidos, do que dos não deprimidos.

Nossos dados apontam que apesar de em relação a algumas variáveis haver o mesmo padrão de relação com Depressão para ambos os sexos, em alguns aspectos detectou-se diferenças significantes neste padrão. As mulheres apresentam uma frequência muito mais alta de Depressão do que os homens, e também mais grave

Nossos dados apontam que Depressão não está associada idade e fumo, no caso das mulheres, embora isto aconteça no caso dos homens. Detectamos uma diferença no escore médio de BDI das mulheres(14,49 \pm 9,21) e dos homens(10,67 \pm 8,57)($p=0,0003$) assim como Frasure-Smith(35) num estudo onde compara a prevalência, as correlações e a importância prognóstica da Depressão no período de 1 ano pós- infarto. Neste estudo, também observa um escore médio de BDI maior para mulheres(11,3 \pm 9,3) do que para os homens (7,1 \pm 7,1).Nossos resultados apontam para valores mais altos. Uma outra diferença é que ao contrário de nosso estudo, onde encontramos mais fumantes entre os homens, não há diferença na frequência de fumantes. Estes dados nos apontam um nível de Depressão entre as mulheres mais alto em nossa população, uma vez que há a .A frequência de BDI ≥ 10 não é muito diferente para os 2 porque na nossa amostra Depressão está associada com homens fumantes e temos mais homens fumantes e com o sexo feminino

Ao contrário do estudo(35) não encontramos uma associação entre Depressão (BDI) e nível de escolaridade

A maior prevalência de quadros depressivos entre mulheres coaduna-se com os dados da literatura, que inclusive cogitam desta diferença em relação à Depressão explicar o pior prognóstico da DAC, entre as mulheres.(45,46)

As explicações para uma maior prevalência de quadros depressivos em mulheres incluem, desde possíveis artefatos estatísticos, como busca maior de atendimento e sua maior facilidade de 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 cerebral.() Por fim, os fatores psicossociais sugerem um maior risco de Depressão em função do estilo e mecanismos psicológicos diferentes, bem como em função

do papel social e familiar exercido pela mulher diante das mudanças sociais e exigências profissionais cada vez maiores ()

Enquanto, para as mulheres não há diferença significativa na frequência de Depressão Maior por faixa etária, , na população masculina verificamos que os homens com idades menores que 40 anos são mais frequentemente deprimidos do que os mais velhos. Este dado pode significar que os homens mais jovens, sofrem um impacto psicológico maior (por ex. pela perda da condição de saudável e suas implicações, angústia de morte) ou talvez por questões de ordem cultural (ligadas ao estereótipo da masculinidade), possam perceber e expressar mais a mobilização emocional , do que os mais velhos.

A Depressão Maior é mais frequente entre os fumantes do que os não fumantes, o que pode se dever ao fato da Depressão ser um sintoma de abstinência e, estarmos entrevistando pacientes que estão proibidos de fumar, por estarem hospitalizados.

Por outro lado, a Depressão será mais frequentemente um sintoma de abstinência dos fumantes deprimidos porque estes tendem a buscar nos efeitos antidepressivos da nicotina, uma forma de se auto-medicar da Depressão.

Considerando a condição em relação ao tabagismo, as mulheres não apresentam diferenças na frequência de Depressão. Mas, os homens fumantes têm Depressão Maior, mais frequentemente, do que homens ex-fumantes ou não fumantes. Podemos atribuir essas diferenças à representação social da masculinidade (para a faixa etária estudada), que está associada a destemor, força, não expressão das emoções, o que pode criar nos homens, condições favoráveis para dificuldades de expressar e lidar com afetos e buscar no cigarro o alívio para este desconforto psíquico, pelos efeitos anti -depressivos da nicotina.

Não encontramos associação entre Depressão Maior e dependência de nicotina ou nº de cigarros/dia

Conclusions: Depression in acute ischemic heart disease is associated with age, gender and smoking and not with education, socioeconomic status and being married. Female with acute ischemic heart disease were more frequently depressed and have more severe depression. For male depression is associated with age and smoking, depressed male were more likely to be smokers and younger

:OU?

Conclusões

Para pacientes com SIMI a Depressão Maior está associada a idade, gênero e tabagismo sendo que:

- Os mais jovens que 50 anos são mais frequentemente deprimidos
- As mulheres apresentam mais frequentemente Depressão e em níveis mais graves do que os homens, independente da idade ou de sua condição em relação ao tabagismo.
- Os homens apresentam Depressão com mais frequência se forem fumantes ou tiverem menos de 40 anos

Referências Bibliográficas

- 1-Figueiredo JHC- Pós-Infarto do Miocárdio in *Depressões em Medicina Interna e em outras Condições Médicas – Depressões Secundárias* Fráguas Jr R, Figueiró, JAB Ed. Atheneu, 2000, SP
- 2-Lotufo PA- Mortalidade Precoce por doenças do coração no Brasil: Comparação com outros países- *Arq Bras Cardiol* 70(5):321-325, 1998
- 3-Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III R psychiatric disorders in the United States results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51:8-19,1994
- 4-Anda R, Williamson D, Jones D, Macera C, Eaker E, Glassman A, Marks J. Depressed affect, hopelessness and the risk of ischemic heart disease in a cohort of U.S. adults. *Epidemiology* 4:285-99,1993
- 6-Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M Depression following myocardial infarction: impact on 6 month survival. *JAMA* 270:1819-61,1993
- 7-Frasure-Smith N, Lesesperance F, Talajic M Major depression before and after myocardial infarction:its nature and consequences. *Psychos Med* 59:99-110,1996
- 8-Aromaa A, Raitasalo R, Reumanen A, et al. Depression and cardiovascular diseases. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 377: 77-82
- 9- Frasure-Smith N, Lesesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation* 1995;91:999-1005
- 9c- Frasure-Smith N, Lesesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. *JAMA*. 1993; 270:1819-1825

Gavard, Lustman and Clouse ,1993 apud Talbot F,Gingras Health Psychology 1999,vol18 n]5,537-542

9^A-Beck CA,Joseph L, Beslile P, Pilote L Predictors of quality of life 6 months and 1 year aftr acute myocardial infarction Am Heart J 142(2):271-9,2001

9b-Yanovski, S.Z.- Binge Eating Disorder: current Knowledge and future directions- Obes Reserch, 1(4): 306-318, 1993

Heatherton TF, Kozoloswki LT, Frecker RC, Fagerstrom KO- The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: A Revision of the Fagestrom Tolerance Questionnaire- British Journal of Addiction- 86: 119-1127; 1991

Fagerström KO, Schneider NG Measuring Nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire J Behav Med 1989; 12:159-82

- Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Rossi, J.S., & Prochaska, J.O- Relapse situations and self-efficacy: An integrative model. Addictive Behaviors, 15, 271-283. . (1990).

- Etter JF, Bergman MM, Humair JP, Perneger T – Development and validation of a scale measuring self-efficacy of current and former smokers- Addiction 95(6), 901-913,2000

1^a Eaton WW, Kramer M, Anthony JC et al. – The incidence of especific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. Acta Psychiatr Scand 79: 163, 1989

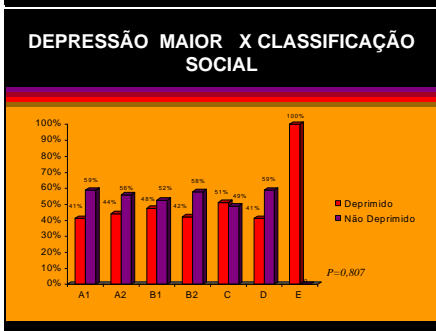
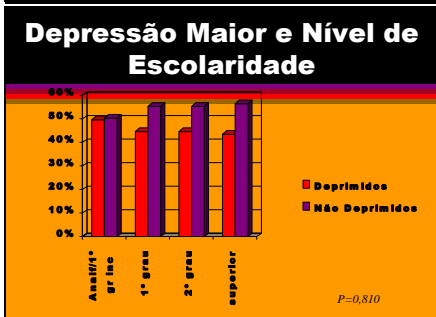
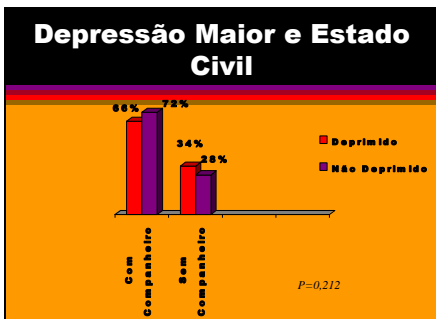
2^a Schleifer SJ, Macari-Hinson MM, Coyle DA et al The mature and course of depression following myocardial infarction Arch Intern Med 1989; 149:1775-1789

3^a Musselman DL, Evans DL Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease epidemiology, biology and treatment. Arch Gen Psychiatry 55:580-592,1998 apud Figueiredo JHC – Pós infarto do Miocárdio in Fráguas Jr R, Figueiró JAB – Depressões em medicina Interna e em outras Condições Médicas Depressões Secundárias

- 27- Glassman AH, Shapiro PA – Depression and the course of coronary artery disease Am J Psychiatry 1998; 155:4-11
- 22- Everson AS, Goldberg DE, Kaplan GA, Cohen RD, Pukkala E, Tuomilehto J, Salonen JT: Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer . Psychosom Med 1996; 58:113-121
- 23- Barefoot JC, Schroll M: Symptoms of depression, acute myocardial infarction and total mortality in a community sample. Circulation 1996; 93 1976-1980
- 28- Lespérance F; Frasura-Smith N; Juneau M, Thérioux P – Depression and 1-Year Prognosis in Unstable Angina Arch Intern Med 160(9) May8, 2000 1354-1360
- 29-Hance M, Carney RM, Fredland KE, Skala J: Depression in patients with coronary heart disease: a 12-month follow-up. Gen Hosp Psychiatry 1996; 18: 61-65
- 30- Goresnstein C, Andrade L: Inventário de Depressão de Beck: Propriedades Psicométricas da Versão em Português Rev Psiq Clin 1998 25(5) edição especial 245-250
- 30-a Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory Manual. Toronto, Canada: Psychological Corp, Harcourt, Brace, Jovanovich; 1987
- 30b Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. Clinical Psychology Review 8:77-100, 1988
- 31-Ford E, Mead LA, Chang PP, Levine DM, Klag MJ: Depression predicts cardiovascular disease in men: the precursors study. Circulation 1994; 90(oct par 2):614
- 32- Carney RM, Rich MW, Fredland KE, Saini J, Tevelde A, Simeone C, Clark K; Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. Psychosom Med 1988; 50:627-633
- 33-Frasura-Smith N, Lespérance F, Gravel G, Masson A, Juneau M, Talajic M, Bourasa M: Social Support, Depression and Mortality During the First Year after Myocardial Infarction. 2000; 101(16): 1919-1924
- 34-Shapiro PA, DePena M, Lidagoster L, Wooding S, Pierce D, Glassman A: Depression after Coronary Artery Bypass Graft Surgery 1998;60(1) 108-
- 35- Frasura-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(1) 26-37
- 36- Ziegelstein R Depression in Patients Recovering from a Myocardial Infarction JAMA 2001, 286(13), 1621-1627

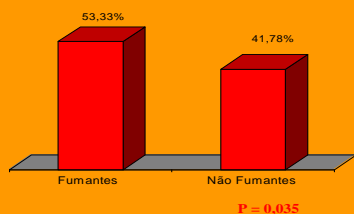
- 37- Ziegelstein R Depression after Myocardial Infarction *Circulation* 1995; 92(11) 3361
- 38-Ziegelstein RC, Fauerbach JÁ, Stevens SS et al. Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Arch Intern Med* 2000; 160:1818-1823
- 39-Lane D, Carroll D, Ring C et al. Do depression and anxiety predict recurrent coronary events 12 months after myocardial infarction? *QJM*. 2000;93:739-744
- 40-Lane D, Carroll D, Rng C, et al Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosom Med*. 2001;63:221-230
- 41-Ladwig KH, Kieser M, König J, et al. Affective disorders and survival after acutemyocardial infarction: results from the post-infarction late potential study. *Eur Heart J*. 1991; 12:959-964
- 42- Denollet J, Sys SU, Brutsaert DL. Personality and mortality after myocardial infarction. *Psychosom Med*. 1995;57:582-591
- 43-Booth-Kewley S, Friedman HS- Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychol Bull* 101: 343-62, 1987
- 44- Telles RMS, Rays J, Ramires JAF, Wajngarten M, Scalco M, Neri A . Coronariopatia e Insuficiência Cardíaca in Depressões em Medicina Interna e em outras Condições Médicas – Depressões Secundárias Fráguas Jr R, Figueiró, JAB Ed. Atheneu, 2000, SP
- 45- Carney RM, Fredland Ke, Smith L, Lustman PJ, Jaffe AS. Relatiion of depression and mortality after myocardial infarction in womwn. *Circulation* 1991;84:1876-7
- 46- Vaccarino V, Krumholz HM, Berkman LF, Howitz RI. Sex differences in mortality after myocardial infarction. Is there evidence for na increased risk for women? *Circulation* 1995;91:1861-71

Resultados

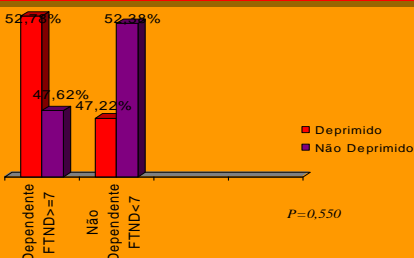


Não há associação entre Depressão Maior e nível de escolaridade, estado civil ou classificação social nesta população.

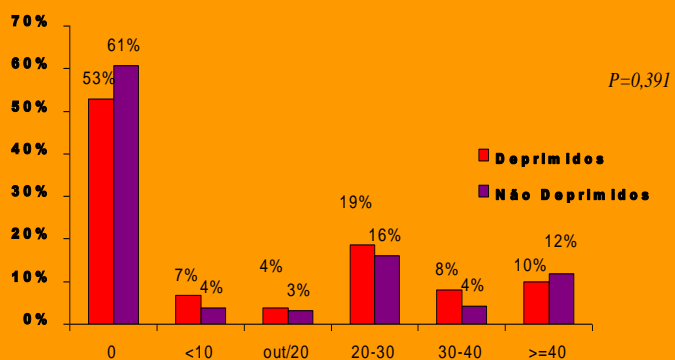
DEPRESSÃO MAIOR X TABAGISMO



Depressão Maior e Dependência de Nicotina



Depressão Maior e N° de Cigarros/dia



Realizado com auxílio-pesquisa da Fapesp
psigloria@incor.usp.br