

Presença de sintomas depressivos em pacientes com primeiro episódio de síndrome coronariana aguda¹

Carina Aparecida Marosti Dessotte²

Fernanda Souza e Silva³

Fabiana Bolela⁴

Lidia Aparecida Rossi⁵

Rosana Aparecida Spadoti Dantas⁶

Objetivo: comparar possíveis diferenças quanto à presença de sintomas depressivos, segundo o diagnóstico clínico da síndrome coronariana aguda, sexo e faixa etária, uma semana antes do primeiro evento cardíaco. Método: estudo transversal, descritivo e exploratório, que utilizou o Inventário de Depressão de Beck. A amostra foi composta por 253 pacientes. Resultados: os pacientes com diagnóstico clínico de angina instável, do sexo feminino e com idade inferior a sessenta anos relataram, com maior frequência, a presença de sintomas depressivos. Conclusões: elevada porcentagem de pacientes apresentava sintomas depressivos no momento da internação pelo primeiro episódio da síndrome coronariana aguda, e essa prevalência foi significativamente maior entre as mulheres, com menos de 60 anos e com angina instável. Esses resultados deverão embasar o atendimento na internação, alta e planejamento da reabilitação desses pacientes, pois se sabe que a depressão dificulta o controle da coronariopatia.

Descritores: Síndrome Coronariana Aguda; Depressão; Doença das Coronárias.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes infartados e com angina" apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Doutoranda, Programa Interunidades de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil. Enfermeira, Hospital Estadual de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil

⁶ PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Carina Aparecida Marosti Dessotte

Av. Caramuru, 2730, Bl. Creta, Apto. 143

Bairro: República

CEP: 14030-000, Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: camarosti@usp.br

Introdução

A Organização Mundial de Saúde tem fornecido estimativas consistentes de causas de óbito por sexo, idade, para países e regiões, a partir de revisões sistemáticas de evidências observacionais. Os dados mais recentes demonstram que as doenças cardiovasculares (DCV), particularmente o infarto agudo do miocárdio (IAM), representam a principal causa de mortalidade e de incapacidade em ambos os sexos, tanto no Brasil como no mundo. O seu crescimento está acelerado nos países em desenvolvimento, representando uma das questões de saúde pública mais relevantes da atualidade⁽¹⁾.

As síndromes coronarianas agudas (SCA) incluem condições como o IAM e angina instável (AI) e são causadas pela fissura de placas de ateroma com oclusão do leito coronariano, seja total ou parcial⁽²⁻³⁾.

Emoções específicas como ansiedade, nervosismo e depressão têm emergido como potenciais fatores de risco para o aparecimento do IAM e da AI⁽⁴⁻⁵⁾. As emoções podem influenciar a saúde cardiovascular de várias formas, por exemplo, na ativação excessiva do sistema nervoso simpático, causando aumento no seu funcionamento, levando a taquicardia ou hipertensão arterial, fatores predisponentes encontrados nos eventos cardíacos. Atualmente, existe a evidência de que a depressão acomete cerca de 20% dos pacientes coronariopatas⁽⁶⁻⁷⁾. Por essa razão, considera-se, aqui, importante conhecer o estado emocional prévio dos indivíduos na semana que antecedeu a internação em decorrência do primeiro episódio da SCA.

A depressão é uma das patologias psiquiátricas mais comuns. É conhecida em todas as culturas e aflige parcela considerável da população, independentemente do sexo, idade ou etnia, constitui-se no fator de maior prejuízo pessoal, funcional e social da atualidade⁽⁸⁾, além de ser considerada uma das seis principais causas de incapacidade durante a vida, e ser projetada como a principal causa para 2030⁽⁹⁾.

O interesse pela associação entre a depressão e as doenças cardíacas tem se acentuado em virtude de sua elevada prevalência e morbimortalidade, com consequente incremento no custo e tempo de evolução da doença, tempo de afastamento do trabalho, além de aumentar a demanda de procedimentos e exames complementares, gerando alto custo para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o serviço complementar⁽¹⁰⁾.

Após uma revisão de literatura constatou-se, aqui, pequeno número de pesquisas envolvendo a depressão em pacientes com SCA^(4,11-13), e não foram encontrados

estudos que apresentassem como objetivo avaliar os sintomas depressivos, percebidos pelos pacientes, considerando uma semana antes da internação, em decorrência do primeiro episódio da SCA.

Objetivos

Diante do exposto, desenvolveu-se esta pesquisa com o objetivo de investigar possíveis diferenças em relação à presença de sintomas depressivos, segundo o diagnóstico clínico da SCA (IAM e AI), sexo e faixa etária, uma semana antes da internação, em decorrência do primeiro evento cardíaco.

Métodos

Trata-se de estudo descritivo e exploratório, do tipo coorte transversal, desenvolvido nas unidades coronarianas e enfermarias de cardiologia de dois hospitais públicos, localizados no interior do Estado de São Paulo.

Para o cálculo do tamanho amostral, foram considerados os seguintes valores, utilizados nos modelos de regressão linear múltipla: número máximo de preditores igual a seis, *effect size* igual a 0,10, nível de significância (α) igual a 0,05 e poder do teste ($1-\beta$) igual a 0,95. Dessa forma, o valor estimado foi de 216 sujeitos. Esses valores foram inseridos em um *software* disponível no endereço eletrônico <http://www.danielsoper.com/statcalc/calc01.aspx>.

Considerando a existência de dois grupos de sujeitos, segundo o diagnóstico clínico da SCA (IAM e AI) e uma distribuição homogênea desses diagnósticos entre os 216 sujeitos, buscou-se número mínimo de 108 participantes em cada grupo. Por ser uma amostra que foi composta de forma consecutiva, sem o controle dos diagnósticos a serem encontrados no transcorrer do estudo, foram entrevistados 142 pacientes com IAM e 111 com AI, totalizando 253 sujeitos. Portanto, a amostra deste estudo foi constituída por pacientes coronariopatas com idade superior a 21 anos, internados nos referidos hospitais, em decorrência do primeiro episódio de AI ou IAM. Os pacientes foram selecionados considerando-se os seguintes critérios de inclusão: estar em condições clínicas (físicas e psicológicas) de responder aos questionários e instrumentos. Os dados foram coletados de maio de 2006 a julho de 2009.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa dos referidos hospitais. Os participantes do estudo foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa, tanto verbalmente quanto por escrito, e o termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelos pacientes e pesquisadoras.

Todos os dados foram coletados por entrevistas individuais com os participantes, durante a internação. O instrumento de coleta constou de variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil, desempenho de atividades remuneradas e data de nascimento) e clínicas (diagnóstico da SCA na internação e presença de tratamentos prévios para outras DCVs). Posteriormente, foi calculada a idade dos participantes. O uso de psicofármacos, durante a internação, foi investigado pela possibilidade de comprometer a avaliação dos participantes no que se refere à própria percepção sobre os sintomas depressivos.

A presença de sintomas depressivos foi avaliada pelo instrumento Inventário de Depressão de Beck (IDB)⁽¹⁴⁾, na sua versão adaptada para o português⁽¹⁵⁾. Trata-se de um inventário composto por 21 categorias de sintomas e atitudes, sendo que cada categoria descreve uma manifestação comportamental específica da depressão e consiste de uma série de quatro a cinco afirmações de autoavaliação. As 21 categorias são: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido.

Valores numéricos de zero a três são atribuídos a essas afirmações para classificar o grau da depressão. Após uma revisão na literatura, pode-se observar que há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os graus de depressão utilizando o IDB. No presente estudo, utilizaram-se as seguintes avaliações⁽¹⁶⁾, considerando ausência de diagnóstico clínico prévio de depressão: escores entre zero e nove – ausência de depressão, escores entre 10 e 16 – “disforia” (indisposição geral, mal-estar permanente), escores de 17 a 20 – estado depressivo leve, escores de 21 a 30 – depressão moderada e, por último, escores acima de 30 refletindo depressão grave.

O valor do coeficiente de alfa de Cronbach para o instrumento IDB, no presente estudo, foi de 0,89, indicando boa consistência interna⁽¹⁷⁾.

Para a análise dos dados, foram realizadas análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas, de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão) para as variáveis contínuas. Para atingir os objetivos do estudo, utilizaram-se os seguintes testes estatísticos: teste de associação (qui-quadrado) para avaliação de possíveis associações entre a presença de sintomas depressivos e o diagnóstico clínico

da SCA (IAM ou AI), sexo e faixa etária; e o teste t de Student para amostras independentes, para comparação das médias das medidas da depressão (IDB) em relação às três variáveis de interesse. O nível de significância adotado foi de 0,05.

Resultados

Dos 253 pacientes entrevistados, 142 (56%) foram internados com o primeiro episódio de IAM e 111 (44%) com o primeiro episódio de AI.

A caracterização sociodemográfica dos sujeitos encontra-se na Tabela 1. Os valores estão apresentados em ordem decrescente, de acordo com o grupo predominante em cada uma das variáveis.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica dos sujeitos, segundo sexo, estado civil e desempenho de atividades remuneradas, de acordo com o diagnóstico clínico da SCA. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2006-2009

Variável	IAM (n=142)	AI (n=111)
	n (%)	n (%)
Sexo		
Masculino	106 (74,6)	69 (62,2)
Feminino	36 (25,4)	42 (37,8)
Estado civil		
Casado/união consensual	95 (66,9)	81 (71)
Solteiro	18 (12,7)	7 (6,3)
Separado	16 (11,3)	10 (9)
Viúvo	13 (9,2)	13 (11,7)
Desempenho de atividades remuneradas		
Sim	92 (64,8)	55 (49,5)

Em relação à variável idade, o grupo de pacientes com diagnóstico de IAM apresentou idade média menor quando comparado aos valores obtidos no grupo de pacientes com AI: 55,8 (DP=13) anos e 60,6 (DP=10,5) anos, respectivamente. Os pacientes infartados eram mais jovens do que os pacientes com AI e essa diferença foi estatisticamente significativa ($p=0,01$).

No que se refere à associação entre presença de tratamento prévio para outras DCVs e manifestação clínica da SCA, encontrou-se resultado estatisticamente significativo ($p<0,001$). Observa-se que 70,3% dos pacientes no grupo de AI já faziam tratamento prévio para outras dessas doenças, enquanto essa porcentagem foi de 44,4% entre os pacientes com IAM.

O uso de psicofármacos, durante a internação, também foi mais frequente entre os pacientes com AI (77; 69,4%) do que entre os infartados (28; 19,7%), sendo essa associação estatisticamente significativa ($p=0,045$).

Para se avaliar as possíveis associações entre a presença de sintomas depressivos e a faixa etária, agrupou-se a idade, considerando dois grupos: adultos – sujeitos de pesquisa com idade entre 21 e 59 anos e idosos – acima de 60 anos.

Os resultados referentes às possíveis associações entre a presença de sintomas depressivos e manifestação clínica da SCA, sexo e faixa etária encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes, segundo a classificação dos valores do Inventário de Depressão de Beck (IDB) e a apresentação clínica da SCA, sexo e faixa etária. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2006-2009

Variável	Ausência de depressão	Disforia	Depressão	Depressão moderada	Depressão grave	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Diagnóstico						
IAM (n=142)	92 (64,8)	25 (17,6)	9 (6,3)	12 (8,5)	4 (2,8)	0,015
AI (n=111)	51 (45,9)	24 (21,6)	11 (9,9)	13 (11,7)	12 (10,8)	
Sexo						
Masculino (n=175)	114 (65,1)	32 (18,3)	9 (5,1)	14 (8,0)	6 (3,4)	0,000
Feminino (n=78)	29 (37,2)	17 (21,8)	11 (14,1)	11 (14,1)	10 (12,8)	
Faixa etária						
Adulto (n=142)	74 (52,1)	33 (23,2)	7 (4,9)	16 (11,3)	12 (8,5)	0,037
Idoso (111)	69 (62,2)	16 (14,4)	13 (11,7)	9 (8,1)	4 (3,6)	

*Valor p proveniente do teste qui-quadrado

Pode-se observar que, no grupo de pacientes com diagnóstico de IAM, a porcentagem de pacientes classificados sem sintomas depressivos foi maior (64,8%) do que entre os pacientes com AI (45,9%). Ao se considerar as categorias “depressão, depressão moderada e depressão grave”, no grupo de pacientes com angina, encontrou-se 32,4% dos pacientes em comparação aos 17,6% dos pacientes com IAM, sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p=0,015$).

Na amostra estudada, também encontraram-se diferenças na presença de sintomas depressivos entre os gêneros. Pode-se observar que a maioria dos homens (65%) não relatou presença de sintomas depressivos uma semana antes da internação, em decorrência da primeira SCA, ao passo que 41% das mulheres relataram sintomas depressivos no mesmo período ($p=0,000$).

Por último, também foram encontradas diferenças na presença de sintomas depressivos, segundo a faixa etária. Pacientes adultos relataram a presença de sintomas depressivos com maior frequência quando comparados ao grupo de idosos (24,7 e 23,4%, respectivamente) ($p=0,037$).

Discussão

A caracterização dos participantes do estudo quanto à idade se assemelha à de outros estudos com coronariopatas^(4,18-21). Quanto ao sexo dos participantes, houve prevalência de homens, o que também foi constatado em outros estudos que abordaram indivíduos coronariopatas^(4,18-23).

O estado civil predominante no estudo, e também encontrada na literatura como sendo o mais frequente, foi estar casado ou vivendo em união consensual^(4,19-20,24).

Em relação à presença da depressão na semana que antecedeu a internação pelo primeiro episódio da SCA, obteve-se a prevalência de 43,5% na amostra estudada, de acordo com os valores obtidos pelo IDB. Constatou-se porcentagem de 19,4% de pacientes classificados com disforia, 7,9% de pacientes com depressão leve, 9,9% com depressão moderada e 6,3% com depressão grave. Esses resultados diferem daqueles obtidos por outros autores⁽¹¹⁾ que avaliaram 135 pacientes com SCA, embora não fosse, necessariamente, o primeiro episódio, e encontraram frequência maior de pacientes classificados com algum grau de depressão. A prevalência de depressão encontrada por eles foi de 53,3%, apresentando maior porcentagem de pacientes classificados com depressão moderada a grave: 28,1% com depressão leve, 14,1% com depressão moderada e 11,1% com depressão grave.

Os resultados deste estudo também diferem de outro trabalho que apresentou diferenças⁽⁴⁾ em relação à prevalência da depressão entre pacientes com SCA, avaliada pelo IDB. Os autores avaliaram 345 pacientes e encontraram a prevalência de depressão de 55%. Esse estudo também trouxe maiores valores de prevalência da depressão moderada: 33,3% foram classificados com depressão leve, 18,8% com depressão moderada e 2,9% com depressão grave. Pode-se dizer que, de acordo com esses resultados, pacientes que foram internados devido ao primeiro episódio da SCA apresentavam alta prevalência de depressão e, considerando os resultados

obtidos por outros autores^(4,11), infere-se que a depressão tende a aumentar com o tempo, daí a importância do seu reconhecimento e tratamento precoce.

Quando se analisa a possível diferença na presença de sintomas depressivos entre pacientes com IAM e AI, obtiveram-se, aqui, valores indicando maior prevalência entre os pacientes com AI. Essa diferença entre os grupos foi estatisticamente significativa. Não foram encontrados na literatura trabalhos que avaliassem possíveis diferenças na presença de sintomas depressivos entre pacientes com o primeiro IAM e AI, o que impossibilita a comparação dos dados obtidos no presente estudo.

A maior prevalência de sintomas depressivos entre as mulheres internadas em decorrência da SCA, também foi encontrada tanto em trabalhos nacionais^(4,11) quanto em internacionais⁽²⁵⁾, entretanto, vale ressaltar que os estudos supracitados recrutaram todos os pacientes com SCA, independente de ser o primeiro episódio.

Em um estudo nacional, pacientes adultos internados em decorrência da SCA também relataram, com maior frequência, a presença de sintomas depressivos do que os idosos⁽⁴⁾, resultado que corrobora os encontrados no estudo em tela.

Conclusão

Encontrou-se elevada prevalência de sintomas depressivos entre os pacientes internados em decorrência do primeiro episódio da SCA (43,5%). Os pacientes internados com AI, do sexo feminino e com idade inferior a sessenta anos reportaram a presença de sintomas depressivos com maior frequência.

Acredita-se que esses resultados irão auxiliar a equipe de enfermagem na detecção precoce de indivíduos coronariopatas com maior dificuldade para se reabilitarem, uma vez que a depressão reflete em sentimentos de incapacidade para mudar e manter comportamentos favoráveis à saúde cardiovascular, tais como: adoção de dieta saudável, prática de exercícios físicos, acompanhamento médico e multidisciplinar, assim como o abandono do fumo e bebida alcoólica.

Cita-se, como limitação do presente estudo, a ausência de outros trabalhos, nacionais ou internacionais, que investigassem a presença de sintomas depressivos no momento do primeiro evento cardíaco, fator que dificultou a comparação deste com outros resultados.

Sugere-se, como uma pesquisa futura, o desenvolvimento de estratégia eficaz de acompanhamento desses pacientes, tornando possível o apoio na adesão medicamentosa e não medicamentosa, tanto no que diz respeito ao controle e tratamento da depressão quanto

da própria doença cardíaca em si, visando proporcionar o alcance de melhor qualidade de vida para essas pessoas.

Referências

1. Mattos LA, Lemos-Neto PA, Rassi AJ, Marin-Neto JA, Sousa AGMR. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Intervenção Coronária Percutânea e Métodos Adjuntos Diagnósticos em Cardiologia Intervencionista (II Edição – 2008). Arq Bras Cardiol. [periódico na Internet]. 2008 [acesso 6 jun 2012]; 91(4 Supl 1):1-58. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2008/diretriz_INTERVENCAO_PERCUTANEA-9106.pdf.
2. Kushner FG, Hand M, Smith SC, King SB, Anderson JL, Antman EM, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (updating the 2004 guideline and 2007 focused update) and ACC/AHA/SCAI guidelines on percutaneous coronary intervention (updating the 2005 guideline and 2007 focused update) a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. [periódico na Internet]. 2009 [acesso 6 jun 2012]; 54(23):2205-41. Disponível em: <http://guideline.gov/content.aspx?id=12192>.
3. Finn AV, Nakano M, Narula J, Kolodgie FD, Virmani R. Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2010; 30:1282-92.
4. Perez GH, Nicolau JC, Romano BW, Laranjeira R. Depression and Acute Coronary Syndromes: gender-related differences. Arq Bras Cardiol [periódico na Internet]. 2005 [acesso 6 jun 2012]; 85(5):319-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v85n5/26925.pdf>.
5. Vogelzangs N, Seldenrijk A, Beekman ATF, Hout HPJV, Jonge P, Penninx BWJH. Cardiovascular disease in Pearson with depressive and anxiety disorders. J Affective Disorders. [periódico na Internet]. 2010 [acesso 19 jun 2012]; 125(1-3):241-8. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032710002144>.
6. Whooley MA. Depression and cardiovascular disease: healing the broken-hearted. JAMA [periódico na Internet]. 2006 [acesso 6 jun 2012]; 295:2874–81. Disponível em: http://dgim.ucsf.edu/heartandsoulstudy/pdf/Whooley_JAMA062806.pdf.
7. World Federation for Mental Health. Mental Health and Chronic Physical illnesses: The need for continued and integrated care. World Mental Health Day. [periódico na Internet]. 2010 [acesso 29 maio 2012]. Disponível em: <http://www.wfmh.org/2010DOCS/WMHDAY2010.pdf>
8. Souza JA, Fontana JL, Pinto MA. Depressão: uma doença, várias apresentações. In: Horimoto FC, Ayache

- DCG, Souza JA. Depressão. Diagnóstico e tratamento clínico. São Paulo: Editora Roca; 2005. p. 1-12.
9. WHO. World Heart Federation; World Stroke Organization. Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: WHO; 2011. 164 p.
10. Teich V; Araújo DV. Estimativa de custo da síndrome coronariana aguda no Brasil. *Rev Bras Cardiol*. [periódico na Internet]. 2011 [acesso 6 jun 2012]; 24(2):85-94. Disponível em http://sociedades.cardiol.br/socjerj/revista/2011_02/a_2011_v24_n02_02estimativa.pdf
11. Mattos MA, Lougon M, Tura BR, Pereira BB. Depressão e Síndrome Isquêmica Coronariana Aguda. *Rev SOCERJ*. [periódico na Internet]. 2005 [acesso 6 jun 2012]; 18(4):288-94. Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socjerj/revista/2005_04/a2005_v18_n04_art02.pdf.
12. Fauerbach JA, Bush DE, Mccann UD, Thombs BD, Fogel J, Ziegelstein RC. Depression following acute myocardial infarction: a prospective relationship with ongoing health and function. *Psychosomatics*. [periódico na Internet]. 2005 [acesso 6 jun 2012]; 46(4):355-61. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=280410&_user=5674931&_pii=S0033318205700748&_check=y&_origin=article&_zone=toolbar&_coverDate=31-Aug-2005&view=c&originContentFamily=serial&wchp=dGLbVBA-zSkzS&md5=59be739b020313914c3602da21032625&pid=1-s2.0-S0033318205700748-main.pdf&sid=2b7ad301-d7af-f60d-c9a4-6c9f046a9bcf.
13. Rumsfeld JS, Magid DJ, Plomondon ME, Sales AE, Grunwald GK, Every NR, et al. History of depression, angina, and quality of life after acute coronary syndromes. *Am Heart J*[periódico na Internet]. 2003 [acesso 6 jun 2012]; 145(3):493-9. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=272407&_user=5674931&_pii=S0002870303000103&_check=y&_origin=article&_zone=toolbar&_coverDate=31-Mar-2003&view=c&originContentFamily=serial&wchp=dGLzVBA-zSkzk&md5=f5022e4f8e42948fb175695420c9e48d&pid=1-s2.0-S0002870303000103-main.pdf&sid=dcf5fe64-8cc1-7364-abd0-a4550186374c.
14. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4:561-71.
15. Gorestein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín*. 1998;25(5):245-50.
16. Kendall PC, Hollon SD, Beck AT, Hammen CI, Ingram RE. Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognit Ther Res*. 1987;11:89-99.
17. Fayers PM, Machin D. Quality of life. Assessment, analyses and interpretation. 2th.ed. Chichester, England: John Wiley; 2007. 342 p.
18. Bergman E, Malm D, Karlsson JE, Bertero C. Longitudinal study of patients after myocardial infarction: Sense of coherence, quality of life, and symptoms. *Heart Lung* [periódico na Internet]. 2009 [acesso 6 jun 2012]; 38(2):129-40. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=272318&_user=5674931&_pii=S0147956308001027&_check=y&_origin=article&_zone=toolbar&_coverDate=30-Apr-2009&view=c&originContentFamily=serial&wchp=dGLbVIS-zSkWA&md5=339917705bde5f1e4cb1e7a04c243494&pid=1-s2.0-S0147956308001027-main.pdf&sid=c16fa831-df6d-9c05-9188-88938c00f1af.
19. Lunelli RP, Portal VL, Esmério FG, Moraes MA, Souza EN. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. *Acta Paul Enferm*. [periódico na Internet]. 2009 [acesso 6 jun 2012]; 22(4):367-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a03v22n4.pdf>.
20. Norris CM, Hegadoren K, Pilote L. Depression symptoms have a greater impact on the 1-year health-related quality of life outcomes of women post-myocardial infarction compared to men. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2007;6(2):92-8.
21. Zuidersma M, Ormel J, Conradi HJ, Jonge P. An increase in depressive symptoms after myocardial infarction predicts new cardiac events irrespective of depressive symptoms before myocardial infarction. *Psychol Med*. [periódico na Internet]. 2011 [acesso 19 jun 2012]; 42:683-93. Disponível em: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPSM%2FPSM42_04%2F50033291711001784a.pdf&code=9284d2995da3314f454f2789ffa4ab4d
22. Lima FET, Araújo TL, Serafim ECG, Custódio IL. Protocolo de consultas de enfermagem ao paciente após a revascularização do miocárdio: influência na ansiedade e depressão. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet]. mai-jun 2010 [acesso 6 jun 2012];18(3): 34-41. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_06.pdf.
23. Lee GA. Determinants of quality of life five years after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung* [periódico na Internet]. 2009 [acesso 6 jun 2012]; 38(2):91-9. Disponível em: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=272318&_user=5674931&_pii=S0147956308000605&_check=y&_origin=article&_zone=toolbar&_coverDate=30-Apr-2009&view=c&originContentFamily=serial&wchp=dGLbVlk-skzS&md5

=1f38da0329c73cdae2970d04a711903f&pid=1-s2.0-S0147956308000605-main.pdf&sid=2939c9e5-5cdb-c0b0-6410-c07e501e0199&sid=f1e8a922-12e5-3dfc-a516-08d19530b92a.

24. Doyle F, McGee HM, Conroy RM, Delaney M. What predicts depression in cardiac patients: sociodemographic factors, disease severity or theoretical vulnerabilities. *Psychol Health*. [periódico na Internet]. 2011 [acesso 6 jun 2012]; 26(5):619-34.

25. Zimmermann-Viehoff F, Orth-Gomer K, Wang HX, Deter HC, Merswolken M, Ghadiyala Z et al. Depressive Symptoms and Heart Rate Variability in Younger Women after an Acute Coronary Event. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. [periódico na Internet]. 2010 [acesso 5 jul 2012]; 17(5):509-13. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2946964/pdf/nihms190021.pdf>

Recebido: 16.7.2012

Aceito: 23.10.2012

Como citar este artigo:

Dessotte CAM, Souza e Silva F, Bolela F, Rossi LA, Dantas RAS. Presença de sintomas depressivos em pacientes com primeiro episódio de síndrome coronariana aguda. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jan.-fev. 2013 [acesso em: / /];21(1):[07 telas]. Disponível em: _____

dia
mês abreviado com ponto

ano

URL