

## Sintomas depressivos somáticos e cognitivo-afetivos entre pacientes com doença cardíaca: diferenças por sexo e idade

Carina Aparecida Marosti Dessotte<sup>1</sup>

Fernanda Souza Silva<sup>2</sup>

Rejane Kiyomi Furuya<sup>3</sup>

Marcia Aparecida Ciol<sup>4</sup>

Jeanne Marie Hoffman<sup>4</sup>

Rosana Aparecida Spadoti Dantas<sup>5</sup>

**Objetivo:** investigar a associação de sintomas somáticos e cognitivo-afetivos ao sexo e à idade de pacientes hospitalizados com doença cardíaca. **Método:** este estudo é resultado de uma análise secundária de dois estudos observacionais anteriores, totalizando 531 pacientes com doença cardíaca, internados de 2005 a 2011, em dois hospitais públicos em Ribeirão Preto, estado de São Paulo, Brasil. Os sintomas somáticos e cognitivo-afetivos foram avaliados utilizando-se as subescalas do Inventário de Depressão de Beck - I (IDB-I). **Resultados:** dos 531 participantes, 62,7% são do sexo masculino, com média de idade de 57,3 anos (DP= 13,0) para os homens e 56,2 anos (DP = 12,1) para as mulheres. A análise da variância mostrou um efeito relacionado ao sexo do paciente ( $p < 0,001$  para sintomas somáticos e  $p = 0,005$  para os sintomas cognitivo-afetivos), mas nenhum efeito relacionado à idade. As mulheres apresentaram maiores escores do que os homens em ambas subescalas IDB-I: 7,1 (4,5) e 5,4 (4,3) para os sintomas somáticos, e 8,3 (7,9) e 6,7 (7,2) para os sintomas cognitivo-afetivos, respectivamente. Não houve diferenças referentes à idade para sintomas somáticos ( $p = 0,84$ ) ou sintomas cognitivo-afetivos ( $p = 0,84$ ). **Conclusão:** as mulheres internadas com doença cardíaca apresentaram mais sintomas somáticos e cognitivo-afetivos do que os homens. Não houve associação dos sintomas somáticos e cognitivo-afetivos com a idade. Pesquisas futuras desses pacientes poderiam revelar se essas diferenças de acordo com o sexo permanecem durante todo o processo de reabilitação.

**Descritores:** Depressão; Doenças Cardiovasculares; Sexo.

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Doutoranda, 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. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

<sup>3</sup> Pós-doutoranda, 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. Bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Professor Associado, Department of Rehabilitation Medicine, School of Medicine, University of Washington, Seattle, WA, Estados Unidos.

<sup>5</sup> 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.

**Correspondência:**

Carina Aparecida Marosti Dessotte

Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Departamento de Enfermagem Geral e Especializada

Av. Bandeirantes, 3900

Bairro: Monte Alegre

CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil

E-mail: [camarosti@usp.br](mailto:camarosti@usp.br)

**Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

## Introdução

As doenças cardíacas são a principal causa de morbidade e mortalidade no mundo<sup>(1)</sup>. Apesar de avanços significativos no tratamento e controle das cardiopatias, elas ainda representam um problema de saúde altamente relevante no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que a mortalidade global devido às cardiopatias aumente de 17,1 milhões em 2004 para 23,4 milhões em 2030, com um crescimento relativo maior em países de baixa e média renda<sup>(1)</sup>. Aspectos emocionais em pessoas com cardiopatia têm sido estudados, incluindo depressão em pacientes no Brasil<sup>(2-3)</sup> e em outros países<sup>(4-5)</sup>.

Sintomas de depressão estão presentes em uma a cada cinco pessoas com doença arterial coronariana (DAC) e em uma a cada três pessoas com insuficiência cardíaca congestiva (ICC). No entanto, a maioria desses casos não é reconhecida ou tratada adequadamente. A depressão é considerada um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, bem como um preditor de piores resultados entre as pessoas com cardiopatia estabelecida<sup>(6)</sup>.

Idade e sexo são dois fatores que têm sido estudados como moderadores de sintomas de depressão em pessoas com cardiopatia. As mulheres tendem a ter uma probabilidade de duas a três vezes maior de serem diagnosticadas com transtorno depressivo maior (TDM) do que os homens<sup>(7)</sup>, e apresentam valores mais elevados do que os homens em medidas de autorrelato de sintomas de depressão<sup>(2,8)</sup>. Com relação à idade, estudos têm mostrado que há maior prevalência de sintomas de depressão entre os adultos de 35 a 50 anos, com um declínio na prevalência para 65 anos ou mais<sup>(2,7,9-10)</sup>.

Os pesquisadores também apontaram diferenças entre homens e mulheres com TDM quanto à percepção de sintomas depressivos, medido pelo Inventário de Depressão de Beck (IDB-I e IDB-II)<sup>(8,11)</sup>. As mulheres tenderam a apresentar maior frequência de sintomas de depressão do que os homens, bem como maiores taxas de transtornos de ansiedade e sintomas somáticos, como fadiga, distúrbios do sono, e falta de apetite<sup>(12)</sup>. Entre os pacientes com cardiopatia, especialmente os com DAC, a presença de ansiedade tem sido observada em diversos estudos<sup>(12-13)</sup>. Dada a frequência de relatos de depressão, bem como outros sintomas associados à cardiopatia, é de interesse determinar se existem diferenças entre homens e mulheres quando se examinam os sintomas específicos associados de depressão.

Embora haja inúmeras pesquisas sobre depressão e cardiopatias, pouco tem sido estudado sobre possíveis diferenças na presença ou ausência de sintomas depressivos específicos nesta população. Especificamente, não foram encontrados estudos que investigassem o papel do sexo e da idade na presença de sintomas somáticos e cognitivo-afetivos entre pessoas com cardiopatia. Assim, este estudo tem como objetivo investigar a associação de sintomas somáticos e cognitivo-afetivos ao sexo e à idade de pacientes hospitalizados com doença cardíaca em dois hospitais públicos no estado de São Paulo, Brasil. Diante da pesquisa anterior, hipotetizou-se que as mulheres relatariam mais sintomas em cada grupo de sintomas do que os homens e que os mais velhos relatariam níveis mais altos de cada sintoma do que os mais jovens. Os resultados poderão ajudar a equipe multidisciplinar a entender o perfil de sintomas somáticos e cognitivo-afetivos de pacientes com cardiopatia estabelecida, fornecendo informações a serem utilizadas no seu tratamento e cuidados e na reabilitação mental e psicossocial dos pacientes.

## Métodos

### Configuração e delineamento do estudo

Este estudo é uma análise secundária dos dados de dois estudos de observação, que serão descritos a seguir.

### Coleta de dados e instrumentos

Os dados deste estudo são provenientes de dois estudos anteriores com pacientes hospitalizados com doença cardíaca em dois hospitais públicos do estado de São Paulo, Brasil, e que responderam ao Inventário de Depressão de Beck - I (IDB-I).

O primeiro estudo foi realizado para adaptar culturalmente e avaliar as propriedades psicométricas do questionário de senso de coerência de Antonovsky à língua portuguesa<sup>(14)</sup>. Os dados foram coletados em um único hospital universitário que atende pessoas por meio do sistema público de saúde no Brasil. Para ser incluído no estudo, era necessário ter um diagnóstico de doença cardíaca confirmado por exames clínicos, laboratoriais ou radiológicos, que não tivessem condições psiquiátricas (como demência, depressão clínica ou esquizofrenia). Além disso, o indivíduo precisava ter sido hospitalizado para fins de diagnóstico ou terapêuticos devido a

cardiopatias; para diagnóstico tanto na primeira quanto nas demais hospitalizações repetidas. Os dados para esse estudo foram coletados em duas fases: de 2005 a 2007 (203 participantes) e de 2010 a 2011 (100 participantes).

O segundo estudo foi realizado para investigar a associação entre sintomas depressivos e a idade e o sexo em indivíduos com síndrome coronariana aguda (incluindo infarto agudo do miocárdio e angina instável), hospitalizados em decorrência do primeiro evento cardíaco<sup>(2)</sup>. Os dados foram coletados no mesmo hospital universitário, assim como o primeiro estudo, mas com participantes adicionais de um segundo hospital (Santa Casa de Misericórdia), também no âmbito do sistema público de saúde, com uma população similar de pacientes. Os indivíduos que participaram do estudo haviam sido internados em decorrência do primeiro episódio de angina instável ou infarto agudo do miocárdio, mas apresentavam condições físicas e psicológicas para responder aos questionários. Os dados para esse estudo foram coletados de 2006 a 2009 (253 participantes). Em ambos os estudos, os indivíduos eram excluídos se tivessem uma história de acidente vascular encefálico, que impedisse a capacidade de se comunicar com o pesquisador.

Em relação à idade, no primeiro estudo<sup>(14)</sup> os indivíduos poderiam ser incluídos se tivessem 18 anos ou mais e, no segundo estudo<sup>(2)</sup>, foram incluídos indivíduos com 21 anos de idade ou mais. No presente estudo, os resultados são relativos a todos os pacientes com 18 anos de idade ou mais.

Uma vez que 25 indivíduos participaram em ambos os estudos, seus dados só foram utilizados na avaliação mais antiga. Portanto, o número total de participantes nesta análise é de 531. Devido aos critérios de inclusão/exclusão, a amostra final pode ser considerada como representativa dos indivíduos hospitalizados devido às doenças cardíacas.

Ambos os estudos coletaram os seguintes dados demográficos e clínicos: sexo, idade em anos, estado civil (solteiro, viúvo, divorciado, casado ou vivendo em união consensual), trabalho remunerado (sim ou não), anos de escolaridade, renda familiar mensal em reais, diagnóstico na admissão hospitalar, e presença de comorbidades (sim ou não, hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia e diabetes mellitus). O diagnóstico na admissão hospitalar foi categorizado em doença arterial coronariana (doença arterial coronariana, angina pectoris, infarto agudo do miocárdio), insuficiência cardíaca (insuficiência cardíaca, com ou sem infarto agudo do miocárdio) ou outra (doença valvular cardíaca, arritmia ou outras).

### *Sintomas somáticos e cognitivo-afetivos*

Ambos os estudos coletaram informações sobre sintomas somáticos e cognitivo-afetivos por meio das subescalas do IDB-I<sup>(15)</sup>, utilizando a versão adaptada à língua portuguesa<sup>(16)</sup>.

O IDB-I é um inventário composto por 21 itens, sendo que cada item descreve uma manifestação comportamental específica de depressão. Os itens têm quatro opções de respostas de autoavaliação, com valores de 0 a 3, onde os valores mais altos indicam o aumento da gravidade dos sintomas. Os entrevistados são orientados a descrever como estavam se sentindo durante a semana anterior. As maiores somas de pontuações sugerem sintomas de depressão mais elevados<sup>(15)</sup>.

Com base em um artigo de revisão<sup>(17)</sup> e em estudos prévios com pacientes cardíacos<sup>(8,18)</sup>, os escores dos itens de 1 a 10 e de 12 a 14 (tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, retração social, indecisão, ideias suicidas, crises de choro, distorção da imagem corporal) foram somados para calcular a subescala dos sintomas cognitivo-afetivos do IDB-I (intervalo possível de 0 a 39). Da mesma forma, os escores dos itens 11 e de 15 a 21 (irritabilidade, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda do apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido) foram somados para calcular a subescala de sintomas somáticos do IDB-I (intervalo possível de 0 a 24). Maiores pontuações nas subescalas significam sintomas somáticos e cognitivo-afetivos mais elevados.

### **Análise dos dados**

Para a análise dos dados, utilizou-se o programa IBM SPSS versão 21.0 para Windows e Mac (SPSS, Inc., Chicago, IL, EUA). A análise descritiva foi usada para todas as variáveis. Para comparar as características demográficas e clínicas entre homens e mulheres, foi utilizado o teste de Qui-quadrado (estado civil, trabalho remunerado, presença de hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia, diabetes mellitus e diagnóstico na admissão hospitalar), ou teste-t para amostras independentes (idade, renda familiar mensal e anos de estudo). Para comparar as pontuações das subescalas de sintomas somáticos e cognitivo-afetivos, foi utilizada a análise de variância (ANOVA), utilizando-se idade e sexo como fatores e incluindo sua interação. O nível de significância foi definido como  $\alpha=0,05$ .

## Procedimentos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCRP-Processo nº 12164/2012). Também foi aprovada a dispensa de novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, já que se tratava de uma análise secundária dos dados disponíveis a partir de estudos previamente aprovados.

## Resultados

A Tabela 1 apresenta as características demográficas e clínicas dos participantes. Quando comparados às mulheres, os homens apresentaram médias de anos de escolaridade ligeiramente mais altas e renda familiar

superior (ambas estatisticamente significantes, com  $p < 0,001$ ), mas foram semelhantes em média de idade ( $p = 0,30$ ). Houve maior proporção de homens casados ou que viviam com um parceiro ( $p < 0,001$ ) e que eram empregados ( $p < 0,001$ ) do que as mulheres.

Homens e mulheres diferiram no diagnóstico de admissão hospitalar, com maior proporção de homens portadores de doença arterial coronariana e maior proporção de mulheres com insuficiência cardíaca. Os homens tiveram menores proporções de hipertensão arterial ( $p = 0,01$ ), dislipidemia ( $p < 0,001$ ) e diabetes mellitus ( $p = 0,01$ ) do que as mulheres, mas não foram diferentes em obesidade ( $p = 0,93$ ) e acidente vascular cerebral ( $p = 0,83$ ).

A Tabela 2 apresenta os resultados da ANOVA. Para ambas as subescalas, houve um efeito do sexo, mas nenhum efeito da idade ou a interação entre idade e sexo.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes por sexo de acordo com as características sociodemográficas e clínicas. Ribeirão Preto, SP, Brasil 2005-2011

Características	Homens (n=333)				Mulheres (n=198)				Valor p*
	n	%	Média	Desvio padrão	n	%	Média	Desvio padrão	
Características sociodemográficas									
Educação em anos <sup>†</sup>			5,5	4,3			4,2	3,6	<0,001
Renda familiar em Reais <sup>†</sup>			1517	1320			939	962	<0,001
Idade em anos*			57,3	13,0			56,2	12,1	0,30
Faixa etária									0,21
18-44,9	61	18,3			37	18,7			
45-54,9	69	20,7			51	25,8			
55-64,9	104	31,2			55	27,8			
65-74,9	73	21,9			48	24,2			
75 ou mais	26	7,8			7	3,5			
Casado/com parceiro significativo	253	76,0			113	57,1			<0,001
Tem emprego remunerado	173	52,1			50	25,3			<0,001
Características clínicas									
Diagnóstico na admissão <sup>‡</sup>									0,005
Doença Arterial Coronariana	243	74,1			119	50,7			
Insuficiência cardíaca	37	11,3			36	18,4			
Outras <sup>‡</sup>	48	14,6			41	20,9			
Presença de comorbidades									
Hipertensão arterial	219	65,8			151	76,3			0,01
Obesidade <sup>†</sup>	124	37,6			74	37,9			0,93
Dislipidemia	114	34,2			106	53,5			<0,001
Diabetes mellitus	95	28,5			77	38,9			0,01
Acidente Vascular Cerebral	13	3,9			7	3,5			0,83

\*Valor p do teste-t para escolaridade em anos, renda familiar e idade em anos; e do teste de Qui-quadrado para faixa etária, estado civil, trabalho remunerado, diagnóstico na internação e presença de comorbidades

† 1 valor ausente para educação, 11 ausentes para renda, 7 ausentes para diagnóstico na admissão hospitalar, e 6 ausentes para presença de obesidade

‡ Arritmias, doença valvular cardíaca ou doença de Chagas

Tabela 2 – Valores  $p$  a partir da análise de variância (ANOVA) para o Inventário de Depressão de Beck - I (IDB-I) dos sintomas somáticos e cognitivo-afetivos segundo o sexo, a faixa etária e a interação entre sexo e idade. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2005-2011

Fator	Valor $p$ para o fator	
	Somático	Cognitivo-afetivo
Sexo	<0,001	0,005
Faixa etária	0,72	0,57
Interação entre sexo e idade	0,26	0,24

A Tabela 3 mostra as médias e os desvios-padrão para as subescalas somáticas e cognitivo-afetivas do IDB-I, segundo o sexo e a idade. As mulheres apresentaram maiores valores nos domínios somático e cognitivo-afetivo, quando comparadas aos homens.

Tabela 3 – Médias e desvios-padrão para Inventário de Depressão de Beck - I (IDB-I) dos sintomas somáticos e cognitivo-afetivos, de acordo com a amostra total, o sexo e a faixa etária. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2005-2011

Característica	Somático		Cognitivo-afetivo	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Amostra total (n=531)	7,3	7,5	6,	4,4
Sexo				
Homens	5,4	4,3	6,7	7,2
Mulheres	7,1	4,5	8,3	7,9
Faixa etária				
18-44,9	6,4	4,3	7,5	7,8
45-54,9	6,2	4,4	7,4	7,6
55-64,9	5,9	4,3	7,6	7,8
65-74,9	5,8	4,7	6,6	6,8
75 ou mais	5,7	4,9	7,3	7,5

A Figura 1 representa a média das duas subescalas IDB-I para idade e sexo. Foram tabulados os dados de cada subescala, para mostrar a gravidade relativa dos sintomas de cada grupo por idade e sexo. Nota-se que os homens parecem ter o mesmo nível de sintomas, independentemente da faixa etária para ambas as subescalas, somática e cognitivo-afetiva. As mulheres apresentaram valores mais elevados do que os homens em todas as faixas etárias, mas parecem ter valores mais elevados na meia-idade (45-49,5 anos) e em idade avançada (75 ou mais), embora a faixa etária não tenha sido estatisticamente significativa.

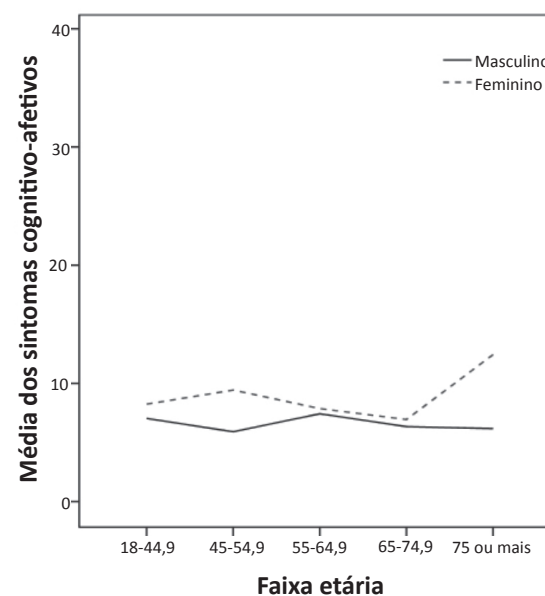
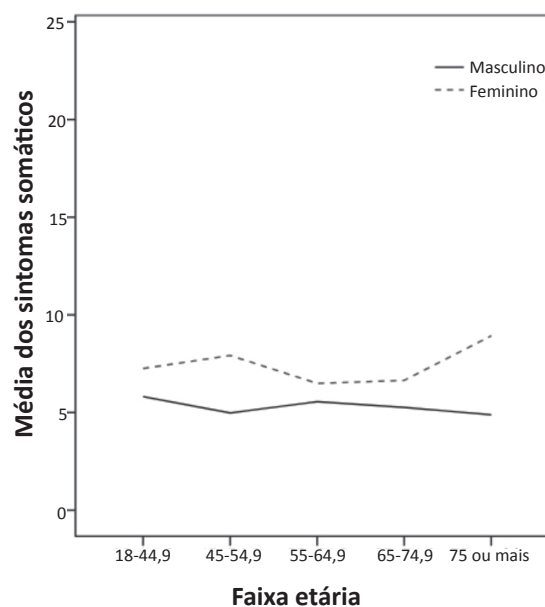


Figura 1 – Média dos sintomas somáticos e cognitivo-afetivos avaliados pelo IDB-I, segundo idade e sexo

## Discussão

No presente estudo, os sintomas de depressão somáticos e cognitivo-afetivos foram diferentes entre os homens e as mulheres, mas não foram diferentes de acordo com as faixas etárias.

Na literatura, estudos que utilizaram o IDB-I com pacientes com cardiopatias não avaliaram os sintomas depressivos segundo as subescalas somáticas e cognitivo-afetivas separadamente e, portanto, uma comparação direta com este estudo não é possível. No entanto, quando considerada como uma pontuação total única, o IDB-I mostrou diferenças entre homens e mulheres nos sintomas depressivos em vários

estudos<sup>(11,19-21)</sup>, portanto, os os resultados gerais deste estudo são consistentes com a literatura.

Os sintomas somáticos têm sido estudados em diversas condições crônicas, utilizando-se medidas diferentes do IDB. Entre os pacientes em tratamento para depressão, as mulheres relataram mais sintomas de depressão global e queixas somáticas quando comparadas aos homens<sup>(19)</sup>. Queixas somáticas que foram diferentes entre homens e mulheres incluem cefaleia, vertigem, lombalgia, náuseas, dores musculares, ondas de calor e frio, e sensação de nó na garganta. Outros pesquisadores também estudaram pessoas com transtorno depressivo maior (DDM) e encontraram uma probabilidade maior de mulheres com depressão somática do que homens<sup>(11)</sup>. Fadiga e alteração no apetite foram significativamente diferentes entre homens e mulheres<sup>(11)</sup>.

Neste estudo, a faixa etária não foi um fator estatisticamente significativo na presença de sintomas cognitivo-afetivos ou somáticos. Mais uma vez, não foram encontrados estudos que examinassem os sintomas cognitivo-afetivos separadamente. No entanto, observou-se um aumento dos sintomas somáticos e cognitivo-afetivos para os pacientes em idade mais jovem (especialmente a meia-idade) quando comparados com idade mais avançada, embora esses resultados não sejam estatisticamente significantes. Um padrão semelhante foi observado nas pessoas com depressão na população em geral<sup>(7,9-10)</sup>. Nota-se na Figura 1 que as mulheres tiveram médias mais altas para ambas as subescalas do IDB-I, mas havia apenas sete mulheres nesse grupo e duas delas tinham sintomas com valores altos, puxando a média de todo o grupo para cima.

Algumas possíveis causas de diferenças nos sintomas depressivos entre homens e mulheres têm sido discutidas na literatura<sup>(22-23)</sup>, incluindo um estudo na população brasileira<sup>(24)</sup>. Acredita-se que os sintomas depressivos em mulheres possam estar relacionados a aspectos biológicos, como oscilações hormonais durante seu período reprodutivo e menopausa, bem como aspectos psicossociais, como seus papéis sociais e familiares. Na cultura ocidental, incluindo a população brasileira, as mulheres geralmente têm uma carga de trabalho relativamente maior do que os homens, pois elas podem ter um trabalho profissional enquanto fazem a maior parte do trabalho doméstico e são as principais responsáveis pelo cuidado dos filhos, marido e parentes que estão doentes; tudo isso ao mesmo tempo e ainda com menor nível de escolaridade e salários mais baixos

do que os homens. Neste estudo, observou-se um maior percentual de homens casados, com renda familiar média maior, e um número médio de anos de estudo maior no momento da internação. É possível que esses fatores psicossociais, além de sua condição cardíaca crônica possam predispor as mulheres a sintomas mais graves de depressão do que os homens.

O uso das subescalas do IDB-I separadamente para pacientes com cardiopatia tem implicações tanto para a prática clínica como para a pesquisa. Diferenciar o tipo de sintomas depressivos que uma pessoa tem pode ajudar na avaliação da gravidade (intensidade e cronicidade) da condição, no seu prognóstico, e na possível resposta ao tratamento, especialmente quando existem diferenças na manifestação de sintomas depressivos, de acordo com as características da pessoa. No presente estudo, as mulheres apresentaram maiores níveis de sintomas somáticos e cognitivo-afetivos do que os homens. Esse fato pode ser utilizado no tratamento que é prescrito para eles. Por exemplo, alguns pesquisadores sugerem que pessoas com pontuações elevadas no domínio cognitivo-afetivo podem se beneficiar de tratamentos comportamentais cognitivos, enquanto pessoas com pontuações somáticas elevadas podem se beneficiar de tratamento medicamentoso<sup>(25)</sup>.

Este estudo apresenta algumas limitações. Em primeiro lugar, esta é uma análise de dados secundários e, como tal, os resultados são de natureza exploratória. Havia variáveis que não estavam disponíveis e que serão consideradas em estudos futuros. Por exemplo, seria importante investigar, em todos os pacientes, se no momento da coleta de dados, os indivíduos estavam na primeira internação em decorrência da doença cardíaca. Em segundo lugar, enquanto um dos estudos só tinha indivíduos em sua primeira internação, o outro estudo não tinha essa informação e, portanto, não foi possível associar essa variável com sintomas depressivos.

## Conclusão

Ao aplicar as subescalas do IDB-I em pacientes com cardiopatias, em dois hospitais públicos do estado de São Paulo, Brasil, verificou-se que as mulheres tinham, em média, níveis mais elevados de sintomas somáticos e cognitivo-afetivos do que os homens. A idade não foi estatisticamente associada com as subescalas do IDB-I. Embora as mulheres na faixa etária de 45-54,9 anos mostrassem uma média maior em ambas as subescalas, a interação entre idade e sexo não foi estatisticamente significativa.

O tratamento de pacientes com cardiopatias deve incluir a avaliação de sintomas depressivos e cuidado especial deve ser dado ao avaliar a depressão em mulheres, assim os sintomas depressivos poderão ser identificados precocemente e iniciado o tratamento adequado.

## Referências

1. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update 2008. [Internet]. [acesso em: 25 jul. 2013]. Disponível em: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)
2. Dessotte CAM, Silva FS, Bolela F, Rossi LA, Dantas RAS. Presence of depressive symptoms in patients with a first episode of Acute Coronary Syndrome. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2013;21(1):325-31.
3. Mello AP, Carvalho ACC, Higa EMS. Depressive symptoms in patients with acute coronary syndrome. *Einstein*. 2011; 9(3 Pt 1):326-31.
4. Doyle F, Mcgee HM, Conroy RM, Delaney M. What predicts depression in cardiac patients: sociodemographic factors, disease severity or theoretical vulnerabilities? *Psychol Health*. 2011;26(5):619-34.
5. 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*. 2008; 91(6 supl.1):1-58.
6. World Federation for Mental Health. Mental Health And Chronic Physical Illnesses: The need for continued and integrated care. World Mental Health Day. 2010[acesso em: 25 jul. 2013]. Disponível em: <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2014/02/WMHDAY2010.pdf>.
7. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*. 2011;9:90.
8. Delisle VC, Beck AT, Dobson KS, Dozois DJA, Thombs BD. Revisiting Gender Differences in Somatic Symptoms of Depression: Much Ado about Nothing? *PLoS ONE*. 2012;7(2):e32490. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0032490&representation=PDF>
9. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, Graaf R, Vollebergh W, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):3-21.
10. Eaton WW, Kalaydjian A, Scharfstein DO, Mezuk B, Ding Y. Prevalence and incidence of depressive disorder: the Baltimore ECA follow-up, 1981 –2004. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116(3):182-8.
11. Wenzel A, Steer RA, Beck AT. Are there any gender differences in frequency of self-reported somatic symptoms of depression? *J Affect Disord*. 2005;89(1-3):177-81.
12. Silverstein B. Gender Difference in the Prevalence of Clinical Depression: The Role Played by Depression Associated With Somatic Symptoms. *Am J Psychiatry*. 1999;156(3):480-2.
13. Silverstein B. Gender Differences in the Prevalence of Somatic Versus Pure Depression: A Replication. *Am J Psychiatry*. 2002;159(6):1051-2.
14. Dantas RAS, Silva FS, Ciol MA. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29- and 13-item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. *J Clin Nurs*. 2013;23(1-2):156-65.
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961 Jun; 4:561-71.
16. Gorestein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev psiquiatr clín*. 1998;25(5):245-50.
17. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8(1):77-100.
18. Delisle VC, Abbey SE, Beck AT, Dobson KS, Dozois DJ, Grace SL, et al. The Influence of Somatic Symptoms on Beck Depression Inventory Scores in Hospitalized Postmyocardial Infarction Patients. *Can J Psychiatry*. 2012;7(12):752-8.
19. Dekker J, Koelen JA, Peen J, Schoevers RA, Wijk CGV. Gender differences in clinical features of depressed outpatients: preliminary evidence for subtyping of depression? *Women Health*. 2007; 46(4):19-38.
20. Marcus SM, Kerber KB, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg A, Balasubramani GK, et al. Sex differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *Compr Psychiatry*. 2008;49(3):238-46.
21. Romans SE, Tyas J, Cohen MM, Silverstone T. Gender Differences in the Symptoms of Major Depressive Disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(11):905-11.
22. Correia KML, Borloti E. Mulher e Depressão: Uma Análise Comportamental-Contextual. *Acta comport*. 2011;19(3):359-73.

23. Justo LP, Calil HM. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? Rev. psiquiatr. clín. 2006;33(2):74-9.
24. Santos MJ, Kassouf AL. Uma investigação dos determinantes socioeconômicos da depressão mental no Brasil com ênfase nos efeitos da educação. Econ. Apl. 2007;11(1):5-26.
25. Endler NS, Rutherford A, Denisoff E. Beck depression inventory: Exploring its dimensionality in a nonclinical population. J Clin Psychol. 1999;55(10):1307-12.