Abner Morilha

**Depressão e abuso de álcool em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda:
avaliação prospectiva no Estudo de Estratégia de Registro de Insuficiência
Coronariana (ERICO)**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências Médicas

Programa de: Ciências Médicas

Área de Concentração: Educação e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Carvalho Goulart

São Paulo

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação

Serviço de Documentação Médica

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Morilha, Abner

Depressão e abuso de álcool em pacientes com síndrome coronariana aguda : avaliação prospectiva no Estudo de Estratégia de Registro de Insuficiência Coronariana (ERICO) / Abner Morilha. -- São Paulo, 2013.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências Médicas. Área de concentração: Educação e Saúde.
Orientadora: Alessandra Carvalho Goulart.

Descritores: 1.Síndrome coronariana aguda 2.Transtorno depressivo maior
3.Depressão 4.Alcoolismo 5.Transtornos relacionados ao uso de álcool
6.Questionários 7.Escalas 8.Estudos observacionais

USP/FM/DBD-405/13

Nome: Abner Morilha

Titulo: Depressão e abuso de álcool em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda:
Avaliação Prospectiva no Estudo de Estratégia de Registro de Insuficiência
Coronariana (ERICO)

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre
em Ciências Médicas

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

A **Deus**, por tornar nossos sonhos em realidade e por nos
amar incondicionalmente.

À minha esposa **Elza**, com amor, admiração e gratidão por
sua compreensão, carinho e incansável apoio ao longo do
período de elaboração deste trabalho.

À minha filha, **Hannah Clara**, que representa um
renascimento para a vida.

Aos meus pais, **Francisco e Eufélia** por me apoiarem e
amarem sem reservas.

À **Vasty**, minha irmã do coração que sempre será um
referencial de pessoa e educadora para mim.

Agradecimentos

Em especial à minha orientadora, **Profª Drª Alessandra A. Goulart**, que me apoiou com paciência, confiança, competência e rigor científico, o que me possibilitou crescimento e desenvolvimento do senso crítico como pesquisador.

Ao meu amigo **Samuel Karagulian**, pelo apoio na coleta de dados e por estar presente nesta conquista.

Ao **Departamento de Pesquisa do Hospital Universitário**, coordenado pela **Profª Drª Isabela J. Benseñor**, pelo apoio e paciência na formação de pesquisadores.

Às secretarias da Pós-Graduação, **Angélica e Rosecler**, que sempre foram tão gentis e colaboradoras durante o período do mestrado.

À **FMUSP**, pela oportunidade de realização do curso de mestrado.

À **CAPES**, pela concessão da bolsa de mestrado.

Aos meus irmãos **João, Josué, Francisco e Eber** pelo apoio e encorajamento.

À minha amiga, **Profª Drª Renira Appa**, por auxiliar na revisão ortográfica do trabalho.

Aos **pacientes do HU** que tornaram este trabalho possível.

*“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do
nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos
lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para
sempre, à margem de nós mesmos”.*

Fernando Pessoa

SUMÁRIO

Lista de Tabelas

Lista de Figuras

Lista de Gráficos

Lista de Quadros

Lista de Símbolos

Lista de Abreviaturas e Siglas

Resumo

Abstract

1.	INTRODUÇÃO	22
2.	HIPÓTESES	25
3.	OBJETIVOS	27
3.1	Objetivo Principal	27
3.2	Objetivos Secundários	27
4.	REVISÃO DE LITERATURA	29
4.1	Fisiopatologia da Síndrome Coronariana Aguda (SCA)	29
4.2	Apresentação Clínica e Classificação da SCA	30
4.3	Epidemiologia da Síndrome Coronariana Aguda (SCA)	31
4.4	Epidemiologia do Transtorno Depressivo Maior (TDM) e Sintomas Depressivos	33
4.5	Epidemiologia do Abuso ou Dependência de Álcool	37
4.6	Síndrome Coronariana Aguda e Depressão	41
4.7	Síndrome Coronariana Aguda e o Abuso do Álcool	44
4.8	Depressão e Abuso/Dependência ao Álcool	45

5	MÉTODOS	47
5.1	Desenho da População do Estudo	47
5.2	Captação e Seleção de Pacientes para o Subestudo de Depressão e Abuso/Dependência ao Álcool	49
5.3	Casuística	50
5.4	Instrumentos Aplicados ao Longo do Seguimento até 180 Dias	52
5.4.1	Seguimento 1: Admissão Hospitalar	53
5.4.2	Seguimento 2: Avaliação 30 Dias Após o Evento Agudo	55
5.4.3	Seguimento 3: Avaliação 180 Dias Após o Evento Agudo	62
5.5	Estatística	62
6	RESULTADOS	65
6.1	Avaliação da Depressão	65
6.1.1	Seguimento 1: Admissão Hospitalar	65
6.1.2	Seguimento 2: 30 Dias Após o Evento Agudo	71
6.1.3	Seguimento 3: 180 Dias Após o Evento Agudo	76
6.2	Avaliação Global dos Instrumentos para Avaliar Depressão da Admissão Hospitalar até 180 Dias Após Evento Agudo	81
6.3	Avaliação do Abuso de Álcool 30 Dias e 180 Dias Após Evento Agudo	83
6.4	Associação de Depressão e Abuso de Álcool	90
6.5	Mortalidade ao Longo do Seguimento até 180 Dias	90
7	DISCUSSÃO	92
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	102
9	CONCLUSÕES	105
10	PERSPECTIVAS PARA O ESTUDO	105
11	ANEXOS	107
12	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Características de base dos 146 participantes do subestudo de depressão e abuso de álcool no estudo ERICO de acordo com a presença de depressão segundo o PHQ-9 (escore ≥ 5) na admissão hospitalar, 12/2010-12/2012	68
Tabela 2.	Fatores associados aos sintomas depressivos avaliados por regressão logística segundo o PHQ-9 (escore ≥ 5) em 146 participantes do estudo ERICO na admissão hospitalar, 12/2010-12/2012	69
Tabela 3.	Fatores associados ao TDM avaliados por regressão logística pelo PHQ-9 (escore ≥ 10) em 146 participantes do estudo ERICO na admissão hospitalar, 12/2010-12/2012	70
Tabela 4.	Presença de sintomas depressivos 30 dias após evento agudo de acordo com os subtipos de SCA	72
Tabela 5.	Presença de transtorno depressivo maior (TDM) 30 dias após evento agudo de acordo com os subtipos de SCA	72
Tabela 6.	Distribuição dos escores de acordo com os três instrumentos de maneira contínua para avaliar depressão em 30 dias após evento agudo	73
Tabela 7.	Fatores associados a sintomas depressivos avaliados pelo PHQ-9 (escore ≥ 5) em 146 participantes do estudo ERICO 30 dias após evento coronariano	74
Tabela 8.	Fatores associados a TDM avaliados pelo PHQ-9 (escore ≥ 10) em 146 participantes do estudo ERICO 30 dias após evento coronariano	75
Tabela 9.	Presença de sintomas depressivos 180 dias após evento agudo de acordo com os subtipos de SCA	76
Tabela 10.	Distribuição dos escores de acordo com os dois instrumentos para avaliar depressão em 180 dias após evento agudo	77
Tabela 11.	Presença de TDM 180 dias após evento agudo de acordo com os subtipos de SCA	77

Tabela 12.	Fatores associados aos sintomas depressivos avaliados por regressão logística pelo PHQ-9 (escore ≥ 5) em 142 participantes do estudo ERICO 180 após evento coronariano	79
Tabela 13.	Fatores associados ao TDM avaliado por regressão logística pelo PHQ-9 (escore ≥ 10) em 142 participantes do estudo ERICO 180 após evento coronariano	80
Tabela 14.	Evolução do escore de PHQ-9 ao longo do seguimento até 180 dias através do PHQ-9 de acordo com os subtipos de SCA	81
Tabela 15.	Evolução do escore de PHQ-9 ao longo do seguimento até 180 dias através do PHQ-9 de acordo com os subtipos de SCA	81
Tabela 16.	Características de base dos 146 participantes do subestudo de depressão, abuso e/ou uso nocivo de álcool de álcool no estudo ERICO de acordo com a presença de abuso de álcool pelo AUDIT, 30 dias pós-SCA	84
Tabela 17.	Características de base dos 146 participantes do subestudo de depressão, abuso e/ou uso nocivo de álcool de álcool no estudo ERICO de acordo com a presença de abuso de álcool pelo CAGE, 30 dias pós-SCA	85
Tabela 18.	Fatores associados ao abuso e/ou uso nocivo de álcool avaliado por regressão logística pelo AUDIT em 142 participantes do estudo ERICO 180 após evento coronariano	88
Tabela 19.	Fatores associados ao abuso e/ou uso nocivo de álcool avaliado por regressão logística pelo CAGE em 142 participantes do estudo ERICO 180 após evento coronariano	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Fluxograma: Casuística dos participantes do subestudo ERICO sobre depressão e abuso e ou uso nocivo de álcool de 12/2011 a 12/2012	51
Figura 2.	Fluxograma da Pesquisa 12/2011 a 12/2012	52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Frequência dos subtipos síndrome coronariana aguda na subamostra de 146 participantes do estudo ERICO de 12/2011 a 12/2012	65
Gráfico 2.	Sintomas depressivos e transtorno depressivo maior (TDM) na admissão hospitalar na subamostra de 146 participantes do estudo ERICO de 12/2011 a 12/2012	66
Gráfico 3.	Comparativo de sintomas depressivos e TDM por instrumento utilizados para rastrear depressão 30 dias pós evento agudo na subamostra de 146 participantes do estudo ERICO de 12/2011 a 12/2012	71
Gráfico 4.	Sintomas depressivos e TDM na admissão hospitalar, 30 dias e 180 dias pós-evento na subamostra de participantes do estudo ERICO de 12/2011 a 12/2012	78
Gráfico 5.	Avaliação global do PHQ-9 para rastreamento de TDM desde a admissão hospitalar até 180 dias pós-SCA	82
Gráfico 6.	Abuso e/ou uso nocivo de álcool por instrumento em todo o seguimento na subamostra de participantes do estudo ERICO de 12/2011 a 12/2012	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Comparação entre critérios de abuso e uso nocivo de álcool de acordo com DSM-IV e CID-10	38
Quadro 2.	Comparação entre critérios de dependência de álcool de acordo com DSM-IV e CID-10	40
Quadro 3.	Domínios e conteúdos dos itens do AUDIT	61

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem
<	Menor que
≤	Menor ou igual a que
>	Maior que
≥	Maior ou igual a que
ng/ml	Unidades de Nanograma por mililitro
P	Probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou mais extrema que aquela observada em uma amostra, sob a hipótese nula
N	Número de sujeitos de uma amostra

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AI	Angina Instável
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BDI	Beck Depression Inventory
BRCE	Bloqueio Completo do Ramo Esquerdo; Acrônimo referente às suas quatro perguntas- Cut down,
CAGE	Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas; Classificação Estatística Internacional de Doenças e
CID 10	Problemas Relacionados à Saúde;
CK	Creatinosfosfoquinase;
CKMb	Creatinosfosfoquinase fração MB;
DAC	Doença Arterial Coronariana
DC	Doença Coronariana;
DCC	Doença Coronária do Coração
DCeV	Doença Cerebrovascular
DCV	Doença Cardiovascular
DIC	Doença Isquêmica do Coração
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition
EBE	Episódio de Beber Excessivo
ECG	Eletrocardiograma
ERICO	Estratégia de Registro de Insuficiência Coronariana
UE	União Europeia
HDL	High Density Lipoproteins
HDRS-21	Hamilton Depression Rating Scale Versão 21 Itens
HU	Hospital Universitário
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IAMCSST	Infarto agudo do miocárdio com Supradesnívelamento do segmento ST

IAMSSST	Infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST
IC	Intervalo de Confiança
IC 95%	Intervalo de confiança de 95%;
IM	Infarto do Miocárdio
ITQ	Intervalo interquartil percentil
LDL	Low Density Lipoproteins;
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHQ 9	Patient Health Questionnaire Versão 9 itens
PRIME-MD	Primary Care Evaluation of Mental Disorders
PTCA	Angioplastia Transluminal Coronariana Percutânea
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SCIDI	Structured Clinical Interview for DSM Disorders
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SF-36	Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido;
TDM	Transtorno Depressivo Maior
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

Resumo

Morilha, A. *Depressão e abuso de álcool em pacientes com Síndrome Coronariana Aguda: avaliação prospectiva no Estudo de Estratégia de Registro de Insuficiência Coronariana (ERICO)*. [Dissertação] São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2014.

Introdução: A ocorrência de episódios depressivos e abuso ou dependência de álcool após um evento agudo de insuficiência coronariana pode representar um marcador independente de mau prognóstico. Portanto, investigamos a presença de sintomas depressivos, transtorno depressivo maior (TDM) e abuso ou dependência de álcool em uma subamostra de uma coorte prospectiva de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), Estratégia de Registro de Insuficiência Coronariana Aguda (ERICO) em andamento no pronto-socorro do Hospital Universitário. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional em 146 participantes do estudo ERICO. A gravidade dos sintomas depressivos foi avaliada em três momentos: 1ª) na admissão hospitalar pelo *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9 itens); 2º) 30 dias pós-SCA pelo PHQ-9, Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Escala de Depressão de Hamilton (HDRS-21 itens); e 3º) 180 dias pós-SCA pelo PHQ-9 e BDI. O abuso e uso nocivo de álcool foram avaliados pelo AUDIT e CAGE em 30 e 180 dias pós-SCA. **Resultados:** Ao longo do estudo as frequências de sintomas depressivos variaram entre 40% e 60% e de TDM entre 28% e 33%. Na admissão hospitalar houve maior predominância de sintomas depressivos entre os homens (58%; $p=0,03$) e sedentários (72,1%; $p=0,02$), entretanto, TDM foi mais frequente na população feminina (55,1%; $p<0,001$) com uma razão de chances [(RC) 4,5; intervalo de confiança IC 95% 1,85-10,98]. Após 30 dias do evento agudo constatou-se um maior risco de sintomas depressivos entre os tabagistas (RC 5,8; IC 95% 1,81-18,72) e diabéticos (RC 3,6; IC 95% 1,40-9,60). Os diabéticos também apresentaram (RC 3,5; IC 95% 1,39-8,71) para desenvolver TDM. No seguimento de 180 dias verificou-se que indivíduos com angina instável (AI) (RC 4, 46; IC 95% 1,39-14,32) e infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST (IAMCST) (RC 3,40; IC 95% 1,30-8,87) apresentaram maior probabilidade de desenvolverem sintomas depressivos em

relação aos indivíduos que apresentaram IAMST. Os únicos fatores de risco que se mantiveram associados a um maior risco de sintomas depressivos após 180 dias foi o sexo feminino (RC 3,9; IC 95% 1,54-9,73) e o tabagismo (RC 5,34; IC 95% 1,64-17,44). Em relação à TDM, encontramos uma RC de 14 (IC 95% 2,94-67,51) para associação com tabagismo. Quanto ao abuso e uso nocivo de álcool as frequências variaram ao longo do estudo pelo AUDIT e CAGE entre 18,3% e 33,6%. Verificamos na população masculina uma frequência de 88,2% ($p=0,001$) e entre os tabagistas de 55,9% ($p=0,003$) e foi encontrada uma RC de 51,64 para população mais jovem (35-44 anos) e uma RC de 42,95 para tabagistas. Finalmente, não foi encontrada nenhuma associação entre abuso de álcool e depressão de acordo com os subtipos de SCA nos períodos analisados. **Conclusão:** A frequência de depressão variou entre 40% e 60% da admissão até 180 dias pós-SCA. Indivíduos que desenvolveram AI ou IAMST, além de mulheres e tabagistas apresentaram maiores chances de desenvolver depressão ao longo do seguimento de 180 dias e indivíduos entre 35 e 44 anos e tabagistas apresentaram maior possibilidade de abusar do álcool. **Descritores:** Síndrome Coronariana Aguda (SCA); Transtorno Depressivo Maior (TDM); Depressão; Alcoolismo; Transtornos relacionados ao uso de álcool; Questionários; Escalas, Estudos Observacionais.

Abstract

Morilha, A. *Depression and alcohol abuse in patients with Acute Coronary Syndrome: prospective evaluation study in the Strategy of Registry of Acute Coronary Syndrome (ERICO Study)* [Dissertation]. São Paulo. “Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo”; 2014.

Introduction: The occurrence of depression and alcohol abuse or dependence after an acute coronary insufficiency may represent an independent marker of poor prognosis. Therefore, we investigated the presence of depressive symptoms, major depressive disorder (MDD) and alcohol abuse or dependence in a subsample of a prospective cohort of Acute Coronary Syndrome (ACS), Strategy of Registry of Acute Coronary Syndrome Study (ERICO study), which is still ongoing in the emergency room of the Hospital Universitário. **Methods:** We conducted an observational study in 146 participants of the ERICO study. The severity of depressive symptoms was evaluated in 3 moments: 1st) at the hospital admission using The Patient Health Questionnaire (PHQ-9 items); 2nd) 30 days post-ACS using the PHQ-9, the Beck Depression Inventory (BDI) and the Hamilton Depression Rating Scale (HDRS -21 items), and 3rd) 180 days post -ACS through PHQ-9 and BDI. The abuse and harmful alcohol consumption were assessed by the AUDIT and the CAGE 30 and 180 days post-ACS. **Results:** Along the study, the frequencies of depressive symptoms ranged from 40% to 60% and MDD from 28% to 33%. At the hospital admission there was a higher prevalence of depressive symptoms among men (58%, $p= 0.03$) and sedentary patients (72.1%, $p= 0.02$), however, MDD was higher among women (55.1%, $p< 0.001$) with an increased risk of [odds ratio [(OR) 4.5; confidence interval CI 95% 1.85-10.98]. After 30 days of the acute event, we observed an increased risk of depressive symptoms among smokers (OR 5.8; CI 95%, 1.81-18.72) and among diabetics (OR 3.6; CI 95%, 1.40-9.60) the diabetics were also more likely to develop MDD (OR 3.5; IC 95% 1,39-8,71). At 180 days follow-up, individuals with unstable angina (UA) (OR 4.46; CI 95% 1.39-14.32) and ST elevation myocardial infarction (STEMI) (OR 3.40; CI 95% 1.30-8.87) were more likely to develop depressive symptoms compared with patients who had

NSTEMI. The only two factors that remained associated with a higher risk of depressive symptoms after 180 days were female gender (OR 3.9; CI 95% 1.54-9.73) and smokers (OR 5.34; CI 95% 1.64-17.44). Regarding MDD we found an OR of 14 (CI 95% 2.9-67.51) for smokers. In relation to abuse and hazardous consumption of alcohol, the frequencies for CAGE and AUDIT ranged from 18.3% to 33.6% along the study. We found among the male population a frequency of 88.2% ($p=0.001$) and smokers 55.9% ($p=0.003$). We also found OR of 51.64 among younger (aged 35-44 years) and OR of 42.95 for smokers. Finally, no association between alcohol abuse and depression according to ACS subtypes was observed. **Conclusion:** The prevalence of depression post-ACS ranged from 40% to 60% during the follow-up (admission hospital to 180 days). Individuals who developed UA or STEMI, besides women and smokers were more likely to develop depression during follow-up of 180 days and individual aged between 35-44 years and smokers were more likely to abuse of alcohol.

Descriptors: Acute Coronary Syndrome (ACS); Major Depressive Disorder (MDD); Depression; Alcoholism; Alcohol Use Disorder; Questionnaires; Scales; Observational Studies.

1. INTRODUÇÃO

Caracterização do problema a ser abordado

A diversidade da apresentação clínica de sintomas depressivos e transtorno depressivo maior (TDM) dentre os pacientes com síndrome coronariana aguda (SCA) representa um grande desafio médico desde a abordagem diagnóstica até a instituição terapêutica. A ocorrência de depressão após um episódio agudo de insuficiência coronariana é frequente e pode representar um marcador independente de mau prognóstico (1,2) corroborando para o aumento de morbidade e mortalidade total e cardiovascular (3,4).

Transtornos depressivos estão presentes em percentuais que variam entre 30% a 50% dos pacientes que apresentam síndrome coronária aguda (4-8). Segundo dados prévios da literatura, a depressão pode estar associada a um aumento do risco de morte após infarto agudo do miocárdio (IAM) em torno de 2,4 vezes comparativamente aqueles indivíduos sem depressão (9). Em relação aos quadros anginosos, há poucos estudos sobre depressão como preditor de mortalidade a longo prazo (4,10).

Dados nacionais reforçam as estatísticas internacionais, pois revelam que a depressão está também presente em aproximadamente 50% nos pacientes após infarto agudo do miocárdio (IAM) sendo que, por volta de 14% a 30% destes pacientes apresentam transtorno depressivo maior (TDM) (11-15).

Outro fator que merece destaque é a associação da depressão e abuso ou dependência de álcool (16-19). Transtornos relacionados ao consumo de álcool estão frequentemente associados a sintomas depressivos, assim como a dependência ao álcool e desordens depressivas coexistem em maior grau do que o esperado (20-23). Alguns estudos, inclusive, apontam o abuso do álcool como um dos grandes colaboradores do desenvolvimento das doenças cardiovasculares (24-27). Entretanto, não se conhece ao certo se indivíduos com SCA estariam mais susceptíveis a desenvolver depressão associada a um consumo abusivo ou mesmo à dependência ao álcool.

Propomos, portanto, avaliar depressão e abuso de álcool no seguimento de seis meses em uma amostra de pacientes com SCA participantes do estudo ERICO (Estratégia de Registro de Insuficiência Coronariana), o qual se caracteriza por ser um estudo de investigação de Síndrome Coronariana Aguda (SCA), que teve seu início em fevereiro de 2009, e continua em andamento no Pronto-Socorro do Hospital Universitário (HU) da Universidade de São Paulo (28). Além da investigação de sintomas depressivos ao longo do seguimento, através desse registro são caracterizados os subtipos de SCA (Angina Instável, infarto agudo do miocárdio sem supradesnívelamento do segmento ST e infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST), a qualidade de atendimento hospitalar e a taxa de eventos fatais e não fatais em 30 dias, 180 dias e anualmente (28).

2. HIPÓTESES

Hipótese principal

Há uma associação significativa entre transtorno depressivo maior ou sintomas depressivos (com ou sem abuso do álcool) em pacientes pós-SCA.

Hipótese Secundária

- a) Existe uma associação diferencial entre depressão (sintomas depressivos ou TDM) ou abuso/dependência ao álcool pelos subtipos de SCA em até seis meses pós-evento agudo
- b) Existe um risco maior de depressão ou abuso/dependência ao álcool em até seis meses pós-evento agudo entre indivíduos com fatores cardiovasculares tradicionais de base tais como hipertensão, diabetes, dislipidemia e tabagismo.
- c) A mortalidade pós-SCA em até seis meses nos pacientes com depressão (sintomas depressivos ou TDM) é maior comparativamente aos que não desenvolvem estes sintomas.
- d) A mortalidade pós-SCA em até seis meses nos pacientes com abuso/dependência ao álcool é maior comparativamente aos que não desenvolvem estes sintomas.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Principal

Avaliar a frequência de depressão (TDM ou sintomas depressivos) e abuso/dependência ao álcool ao longo do seguimento de seis meses em uma subamostra de pacientes portadores de Síndrome Coronariana Aguda no estudo ERICO.

3.2 Objetivos Secundários

- a) Avaliar os fatores risco associados à depressão (TDM ou sintomas depressivos) em até seis meses: tais como o subtipo da SCA, fatores cardiovasculares tradicionais de base (hipertensão, diabetes, sedentarismo e dislipidemia) e fatores socioeconômicos;
- b) Avaliar os fatores risco associados ao abuso/dependência ao álcool em até seis meses tais como o subtipo da SCA, fatores cardiovasculares tradicionais de base (hipertensão, diabetes, obesidade e dislipidemia) e fatores socioeconômicos;
- c) Avaliar a letalidade em até seis meses em pacientes depressão (TDM ou sintomas depressivos) e abuso/dependência ao álcool em pacientes com SCA.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Fisiopatologia da síndrome coronariana aguda (SCA)

A fisiopatologia da SCA no geral é caracterizada principalmente pelos seguintes fatores:

- (a) Instabilidade de placa aterosclerótica, com ativação e agregação plaquetária associada à formação do trombo. O risco de ruptura da placa depende da sua composição e vulnerabilidade (tipo de placa) e do grau de estenose (tamanho da placa). Comumente trombos relacionados ao infarto surgem em placas que causam apenas leve a moderada estenose. Se o trombo é oclusivo, geralmente há necrose transmural na parede miocárdica suprida pela artéria afetada, com aparecimento de supradesnívelamento do segmento ST (IAMCSST) (29);
- (b) Progressão da lesão aterosclerótica com obstrução coronariana progressiva, acompanhada de angina em caráter progressivo (30).
- (c) Aumento da demanda de oxigênio, em casos de estenose coronariana prévia, por fibrilação atrial com rápida resposta ventricular, febre, tireotoxicose, estenose aórtica, entre outras causas (29,30).

4.2 Apresentação clínica e classificação da SCA

A dor torácica é a manifestação clínica mais comum da isquemia miocárdica ocorrendo em aproximadamente 80% dos casos e possui algumas características básicas: desconforto retroesternal, geralmente não afetado pela posição, movimento ou palpação, podendo irradiar para ombros, braço esquerdo, braço direito, pescoço ou mandíbula; é reproduzida pelo esforço ou estresse emocional; é prontamente aliviada pelo repouso ou pelo uso de nitrato sublingual; frequentemente vem acompanhada de sudorese, náuseas, vômitos, ou dispneia. Entretanto, não rara é a apresentação atípica, com queixas como mal estar, indigestão, dor epigástrica, sudorese, inclusive sem dor torácica associada, principalmente em idosos e diabéticos (29,30).

O termo SCA é caracterizado pela apresentação de evidências clínicas e/ou laboratoriais de isquemia miocárdica aguda, produzida pelo desequilíbrio entre oferta e demanda de oxigênio para o miocárdio, podendo se apresentar sob três formas clínicas: infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST (IAMCSST), infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento de ST (IAMSSST) e angina instável (AI) (29).

Resumidamente o infarto agudo do miocárdio (IAM) caracteriza-se pela presença de sintomas clínicos compatíveis com isquemia cardíaca nas últimas 24 horas, CKMB > 2x limite superior da normalidade e/ou troponina I positiva. O IAMCSST é definido pela presença de critérios para (IAM) acrescido de: **(a)** supradesnivelamento do segmento ST ≥ 1 mm, no mínimo em duas derivações periféricas contínuas ou **(b)** a presença de bloqueio completo do ramo esquerdo

(BRCE) nova ou presumivelmente nova. O IAMSS é definido pela presença de critérios para IAM, mas não para o IAMCST. O diagnóstico para angina Instável (AI) requer a presença dos dois seguintes critérios: **(b1)** Sintomas compatíveis com isquemia miocárdica nas últimas 24 horas e **(b2)** Marcadores de necrose miocárdica com resultados negativos, associado pelo menos a um dos quatro critérios seguintes: **(b3)** Alteração dinâmica do segmento ST; **(b4)** Alteração nova ou dinâmica de onda T; **(b5)** Teste não invasivo positivo; **(b6)** História de DAC prévia (31,32,33).

4.3 Epidemiologia da Síndrome Coronariana Aguda (SCA)

A doença cardiovascular (DCV) continua representando uma das principais causas de morbidade e mortalidade, infligindo em uma alta carga de custos para o sistema de saúde público (34). Calcula-se que, mundialmente, mais de 19 milhões de pessoas apresentem pelo menos um evento cardíaco agudo (fatal ou não fatal) por ano. Dentre suas diversas formas, a doença arterial coronariana (DAC) é a que possui maior prevalência e mortalidade (34).

Segundo dados americanos do ano de 2009 cerca de 150 mil americanos que morreram de doenças cardiovasculares tinham menos de 65 anos de idade (35). Especificamente a doença arterial coronariana (DAC) foi a causa primária de uma em cada seis mortes registradas anualmente. Dados da *American Heart Association* estimam que 635 mil norte-americanos tenham um novo ataque coronariano (primeira hospitalização por infarto do miocárdio ou morte por doença coronária) e que cerca de 280 mil indivíduos terão um ataque recorrente por ano, o que corresponde a um evento a cada 34 segundos (35).

Segundo estatísticas recentes na Europa, as DCV correspondem a quase metade (47%) de todas as mortes (52% das mortes em homens e 42% das mortes em mulheres) (36,37).

No Brasil, apesar de uma progressiva redução na mortalidade por DCV e doença isquêmica do coração, ainda temos taxas elevadas de morte por essas doenças (38,39).

Segundo dados recentes do Ministério da Saúde, as doenças circulatórias são responsáveis por 30,6% de todas as mortes registradas no país anualmente sendo que 53,8% destas mortes são causadas por doenças isquêmicas do coração (40).

Estatísticas recentes do Ministério da Saúde mostram que 63,5% dessas vítimas são homens, com idade média de 56 anos (40).

A alta prevalência de doença coronariana, no território nacional, coloca o Brasil entre os 10 países com maiores taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares no mundo (40).

Segundo dados preliminares do projeto ERICO entre fevereiro de 2009 a setembro de 2011, dentre 738 pacientes que foram diagnosticados como tendo SCA, 28,2% (208) apresentaram IAMCST, 39,0% (288) IAMSST e 32,8% (242) AI. A idade média foi de 62,7 anos, sendo 58,5% homens e 77,4% possuía menos de oito anos de escolaridade. Os fatores de risco cardiovasculares mais comuns encontrados foram hipertensão (76%) e sedentarismo (73,4%). Dentre os participantes, 29,2% tinham antecedente prévio de coronariopatia (28). Indivíduos com AI e IAMSST apresentaram maiores frequências de hipertensão, diabetes, doença arterial coronariana prévia e dislipidemia comparativamente aos que apresentaram IAMCST. Por outro lado, tabagismo foi mais frequente nos pacientes com IAMCST (28).

4.4 Epidemiologia do transtorno depressivo maior (TDM) e sintomas depressivos

Assim como a DAC, a depressão tem alta prevalência e impacto na sociedade atual, pois o número de casos cresce de forma exponencial sendo considerada atualmente como um dos maiores fatores para os gastos com a saúde, incapacitação laboral, diminuição na qualidade de vida e da capacidade de relacionamento interpessoal (41,42).

A depressão é a uma das principais comorbidades crônicas dentre mulheres, tanto nos países de alta renda quanto nos países de média renda (43).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que a depressão atualmente afeta 350 milhões de pessoas e está em quarto lugar na escala de doenças crônicas mais prevalentes e ocupará o segundo lugar até 2020 (44).

Uma Pesquisa Mundial de Saúde Mental realizada em 17 países constatou que, em média, uma em cada 20 pessoas relatou ter tido um episódio depressivo no ano anterior e quase um milhão de vidas são perdidas anualmente (3.000 morte por dia) devido ao suicídio como consequência provável de um estado depressivo grave (45).

A depressão é amplamente explanada através de critérios diagnósticos definidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental (DSM IV) (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder fourth edition – DSM – IV*) (46), e pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10) (47).

Segundo o DSM IV, clinicamente a depressão se apresenta com: humor deprimido e interesse ou prazer acentuadamente diminuído por todas as atividades, na maior parte do dia; perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta; insônia ou hipersônia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequação; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão; pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico (46).

O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave (46).

No episódio depressivo leve (F32.0), geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente, entretanto o indivíduo será capaz de desempenhar a maior parte das atividades.

No episódio depressivo moderado (F32.1), geralmente estão presentes quatro ou mais dos sintomas citados anteriormente e o paciente, aparentemente, tem muita dificuldade em continuar a desempenhar as atividades de rotina.

No episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos (F32.2), vários dos sintomas estão presentes de forma acentuada e angustiante, tipicamente acompanha a perda da autoestima e ideias de desvalia ou culpa. As ideias e os atos suicidas são comuns e observa-se em geral uma série de sintomas “somáticos”.

No episódio depressivo grave com sintomas psicóticos (F32.3), os sintomas correspondem à descrição de um episódio depressivo grave, mas acompanhado de alucinações, ideias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de uma gravidade tal que todas as atividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou de desnutrição.

O DSM IV também classifica os transtornos depressivos da seguinte forma

(46):

Transtorno depressivo maior (TDM): presença de pelo menos cinco ou mais dos sintomas descritos devem estar presentes por um período de duas semanas em (quase) todos os dias e representar uma alteração a partir do funcionamento anterior (46).

Transtorno distímico: Caracterizado por, pelo menos, dois anos de humor deprimido, na maior parte do tempo, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não satisfazem os critérios para um episódio depressivo maior.

Transtorno depressivo atípico: Características atípicas que podem existir em qualquer das categorias citadas acima, com a ocorrência de reatividade do humor, isto é, o humor melhora com estímulos agradáveis e, pelo menos, dois sintomas devem estar presentes: ganho de peso ou aumento significativo do apetite, distúrbio do sono, principalmente hipersônia; sensação de peso no corpo, especificamente nos membros (paralisia de chumbo), dores físicas sem causa orgânica, queixas fóbicas, ansiedade acentuada, sensibilidade à rejeição interpessoal que se mantém mesmo fora dos períodos de depressão, como uma característica da personalidade que causa prejuízo social ou ocupacional significativo.

Transtorno depressivo recorrente: Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos correspondentes à descrição de um episódio depressivo (F32) na ausência de todo antecedente de episódios independentes de exaltação de humor e de aumento de energia (mania) (46).

Para tratamento da depressão indica-se psicoterapia para os casos leves, para os casos moderados e graves associa-se a este algum tratamento farmacológico (7,48).

Para rastreamento da depressão utilizamos três instrumentos validados e adaptados para o português no Brasil, são eles: o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (49), *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS-21) (50) e o *Beck Depression Inventory* (BDI) (51).

Por ser o PHQ-9 um teste de rápida aplicação, baseado nos nove critérios de depressão do DSM IV, que pode ser autoaplicado ou aplicado por profissionais treinados, não exigindo ser um psiquiatra, e por possuir um bom desempenho para entrevista telefônica, o elegemos como o questionário a ser aplicado nos três momentos durante o seguimento deste projeto. Além disso, o PHQ-9 é um instrumento para rastrear depressão, que sugere o diagnóstico e é bastante utilizado em estudos com indivíduos portadores de SCA (52-57).

4.5 Epidemiologia do abuso ou dependência de álcool

O álcool etílico é um produto da fermentação de carboidratos (açúcares) presentes em vegetais, como a cana-de-açúcar, a uva e a cevada. Suas propriedades euforizantes e intoxicantes são conhecidas nos sintomas depressivos desde tempos antigos, quase todas as culturas têm ou tiveram alguma experiência com sua utilização. É, pontualmente, a droga psicotrópica de uso e abuso mais amplamente disseminada em grande número e diversidade de países na atualidade (58).

Há uma relação entre os efeitos do álcool e os níveis da substância no sangue, que variam em razão do tipo de bebida utilizada, da velocidade do consumo, da presença de alimentos no estômago e de possíveis alterações no metabolismo da droga por diversas situações (59).

O álcool leva à tolerância (necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para produzir o mesmo efeito desejado ou intoxicação) e a síndrome de abstinência (sintomas desagradáveis que ocorrem com a redução ou com a interrupção do consumo da substância) (59).

O CID - 10 e o DSM - IV apresentam as descrições clínicas e diretrizes diagnósticas das doenças conhecidas e a classificação utilizada pelo sistema de saúde pública. Tanto o CID 10 quanto o DSM IV refletem nos seus critérios para dependência os conceitos de Síndrome de Dependência do Álcool, propostos, inicialmente, por Gross (1976) (Quadro 1).

O diagnóstico da Síndrome de Dependência do Álcool pode estabelecer níveis de comprometimento ao longo de um contínuo, entre o nunca ter experimentado até o gravemente enfermo, considerando os aspectos do grau de dependência relacionado com o grau de problemas (60).

O conceito de dependência transcende o modelo moral que considerava o embriagar-se ou beber excessivamente uma falha de caráter e até mesmo o modelo de doença “alcoolismo”, diagnóstico categorial, em que só se pode variar entre ser ou não portador da doença, sem permitir graduações de gravidade dos quadros, no qual a perda do controle, a presença de sintomas de tolerância e abstinência determinam o indivíduo como sendo ou não alcoólatra (dependente de etílicos) (59).

Quadro 1 - Comparação entre critérios de abuso e uso nocivo de álcool de acordo com DSM-IV e CID-10

DSM-IV	CID – 10
ABUSO	USO NOCIVO
<p>Um ou mais dos seguintes sintomas ocorrendo no período de 12 meses, sem nunca preencher critérios para dependência:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uso recorrente, resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa. 2. Uso recorrente em situações nas quais isto representa perigo físico. 3. Problemas legais recorrentes relacionados à substância. 4. Uso continuado, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evidência clara que o uso foi responsável (ou contribuiu consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento. 2. A natureza do dano é claramente identificável. 3. O padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses. 4. Não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda).

FONTE: Duarte EC, Morihisa SR. Experimentação, uso abuso e dependência de drogas. Texto adaptado do Curso de Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias, promovido pela SENAD em 2011.

No quadro 2 encontra-se uma comparação entre os critérios de dependência referidos nas classificações do DSM-IV e da CID-10. Esses dois sistemas de classificação facilitam identificar o dependente de substância psicoativa (59) (Quadro 2).

Quadro 2 - Comparação entre critérios de dependência de álcool de acordo com DSM-IV e CID-10

DSM-IV	CID-10
<p>Padrão mal adaptativo de uso, levando a prejuízo ou sofrimento significativos, manifestados por 3 ou mais dos critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade. 2. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: (a) síndrome de abstinência característica para a substância; (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência. 3. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido. 4. Existe um desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso. 5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos. 6. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso. 7. O uso continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela Substancia. 	<p>Três ou mais das seguintes manifestações ocorrendo conjuntamente por pelo menos 1 mês ou, se persistirem por períodos menores, devem ocorrer juntos de forma repetida em um período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Forte desejo ou compulsão para consumir a substância; 2. Comprometimento da capacidade de controlar o início, término ou níveis de uso, evidenciado pelo consumo frequente em quantidades ou períodos maiores que o planejado ou por desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o uso; 3. Estado fisiológico de abstinência quando o uso é interrompido ou reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou pelo uso desta ou similar para aliviar ou evitar tais sintomas; 4. Evidência de tolerância aos efeitos, necessitando de quantidades maiores para obter o efeito desejado ou estado de intoxicação ou redução acentuada destes efeitos com o uso continuado da mesma quantidade; 5. Preocupação com o uso, manifestado pela redução ou abandono das atividades prazerosas ou de interesse significativo por causa do uso ou do tempo gasto em obtenção, consumo e recuperação dos efeitos; 6. Uso persistente, a despeito de evidências claras de consequências nocivas, evidenciadas pelo uso continuado quando o sujeito está efetivamente consciente (ou espera-se que esteja) da natureza e extensão dos efeitos nocivos.

FONTE: Duarte EC, Morihisa SR. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. Texto adaptado do Curso de Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias, promovido pela SENAD em 2011.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo, fez um levantamento, em 2001, em 107 das maiores cidades do País, com pessoas com idades entre 12 e 65 anos, de ambos os sexos. Este estudo revelou que 68,7% dos indivíduos já havia feito uso de álcool alguma vez na vida. Além disso, estimou-se que 11,2% apresentavam dependência desta substância, o que correspondia a 5.283.000 pessoas (61).

Um levantamento realizado em 2005 constatou 12,3% dos indivíduos entre 12 e 65 anos, como dependentes ao álcool, taxa superior à encontrada no primeiro levantamento em 2001. Foi constatado, ainda, que cerca de 80% dos entrevistados já beberam alguma vez na vida, 50% no último ano e 38% nos últimos 30 dias (62).

4.6 Síndrome Coronariana Aguda e Depressão

Além dos fatores de risco cardiovasculares clássicos para SCA como idade, sexo masculino, hipertensão arterial, tabagismo, sedentarismo, diabetes mellitus, dislipidemia e história familiar de DAC precoce (homem < 55 e mulher < 65 anos) (29,30) alguns estudos prévios apontam a depressão também como fator de risco tão prevalente quanto os classicamente conhecidos (11-15).

Estima-se que transtornos depressivos ocorram entre 3% a 5% na população geral, em torno de 5% a 10% em pacientes ambulatoriais, entre 9% a 16% em pacientes internados (63) e estejam presentes em percentuais que variam entre 30% a 50% dos pacientes com SCA (64,65). O TDM também é bastante variável em

indivíduos com SCA, sendo a prevalência estimada entre 17 e 30% (66-70). Segundo alguns estudos (71-74) apenas 35% destes pacientes que recebem o diagnóstico são tratados.

De acordo com Thombs (2006), cerca de um em cada cinco pacientes com SCA preenche critérios de TDM (66), dentre esses, 50% ou mais já apresentaram sintomas de depressão no passado. Evidências recentes sugerem que os pacientes que sofrem de depressão após a SCA, pela primeira vez (depressão incidente) podem representar um subtipo clínico distinto, quando comparados àqueles pacientes deprimidos com SCA que possuem antecedente de sintomas depressivos no passado (depressão recorrente). Alguns estudos revelam também que a depressão, se não tratada, pode representar um fator de risco, pois pacientes com depressão aumentam suas possibilidades em quatro vezes de desenvolverem SCA (3,11,68). Particularmente, a ocorrência do transtorno depressivo maior (TDM) após um evento de síndrome coronária aguda (SCA) representa um marcador independente de mau prognóstico (6,9).

Estudos recentes, que utilizaram questionários validados, identificaram a depressão e TDM como fator de risco para IAM e para o aumento da morbidade e mortalidade em pacientes com DAC (75-79).

Lespérance (1996) verificou que os pacientes com depressão maior recorrente tendem a ter maior risco de mortalidade do que aqueles com um episódio inicial (80). Desta forma, os pacientes deprimidos com história de episódio depressivo anterior, e, portanto, com maior exposição aos seus efeitos, deve estar em maior risco para eventos cardíacos do que aqueles com um primeiro episódio.

Um estudo prospectivo de corte que avaliou idosos com sintomas depressivos significativos na linha de base e sem história de DAC constatou que, idosos deprimidos eram mais propensos a experimentar um evento de DAC ao longo de 15 anos comparativamente aos não deprimidos. Constatou-se também que os indivíduos do grupo deprimido eram cerca de 1,5 vez mais propensos a sofrer um evento coronariano (IAM ou morte por DCV), mesmo após o controle de fatores sociodemográficos e fatores de risco cardiovasculares clássicos (75).

Uma metanálise conduzida pela Universidade de Cincinnati, concluiu que este efeito também foi observado nos modelos de mortalidade por todas as causas ajustadas para os fatores de risco cardiovasculares. Estas análises exploratórias revelaram que o excesso de risco de doença coronariana conferida pela depressão é comparável aos fatores de risco cardiovasculares de base tais como: raça e gênero, sugerindo que a elevada gravidade dos sintomas depressivos é um preditor de eventos coronarianos entre mulheres e homens mais velhos, assim como idosos brancos e pretos (81).

Por outro lado o contrário também já foi descrito, ou seja, indivíduos com história prévia de depressão são duas vezes mais propensos a ter depressão recorrente após um infarto do miocárdio (MI), tanto no hospital quanto a longo prazo pós-alta hospitalar (76,82).

Hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, história familiar, tabagismo, obesidade e sedentarismo são reconhecidos e tratados, entretanto, apesar das evidências da depressão ser também um fator de risco independente no IAM, na prática clínica este fator não está sendo amplamente considerado (83,84).

Existe, de fato, uma subestimativa de depressão atribuída aos pacientes coronarianos, e isto ocorre devido a uma tendência observada no meio médico de interpretar os sintomas depressivos como transitórios e “normais” após um evento agudo coronariano (11,84,85).

4.7 Síndrome Coronariana Aguda e o abuso do álcool

Um estudo tipo corte realizado na Escócia revelou o abuso do álcool como um dos grandes colaboradores para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (86). Ren e Wold (2008) também afirmam que o comprometimento da função cardíaca é visto regularmente em doentes com ingestão crônica de álcool e muitas vezes se manifesta como cardiomegalia, redução da contratilidade do miocárdio (redução da fração de ejeção e do volume sistólico), fibrose do miocárdio, aumento do risco de acidente vascular cerebral, hipertensão e perturbações na estrutura miofibrilar (87). Uma série de mecanismos, incluindo o estresse oxidativo, a deposição de triglicerídeos, a deposição de ácidos graxos alterados, diminuição da contratilidade dos miofilamentos mediados pelos canais de cálcio, além da diminuição da sensibilidade e a síntese proteica têm sido propostos como mecanismos responsáveis pela miocardiopatia alcoólica. (87).

Um estudo transversal de base populacional, conduzido na região metropolitana de São Paulo, como parte do estudo internacional “*Gender, Alcohol, and Culture: an International Study*” observou que há maior risco para doença coronariana entre sujeitos mais velhos, mulheres, ex-bebedores, fumantes e negros. Neste estudo foi observada ainda uma tendência de maior risco para DCV em ex-

bebedores e entre os que tiveram episódios de beber excessivo (EBE) do que aqueles que informaram beber até 19 g de álcool por dia, sem EBE (88).

4.8 Depressão e Abuso/Dependência ao Álcool

O uso de álcool por pacientes com transtornos psiquiátricos representa alto risco para a saúde. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a prevalência de dependência de álcool durante a vida é de 22% em pessoas com algum transtorno psiquiátrico em comparação aos 14% da população geral. Em indivíduos com qualquer transtorno mental, a probabilidade de dependência de álcool pode ser 2,3 vezes maior do que os indivíduos sem transtorno (89).

A OMS também afirma que 65% dos pacientes tratados em serviços de saúde mental têm um segundo diagnóstico de transtorno decorrente do uso de álcool e que a associação entre a dependência de álcool e TDM foi mais significativa do que a associação entre o abuso e TDM (90).

5. MÉTODOS

5.1 Desenho e população do estudo

O presente subestudo avalia a presença e evolução dos sintomas depressivos e de abuso ou dependência ao álcool em até seis meses em uma subamostra dos participantes do estudo ERICO, uma coorte prospectiva, em andamento desde 2009, que inclui potenciais participantes com suspeita de síndrome coronariana aguda, os quais são atendidos no Hospital Universitário da USP (HU-USP).

O HU é uma unidade de ensino e pesquisa, com características de média complexidade e atendimento circunscrito ao Distrito Escola do Butantã cuja população, segundo dados de 2010, é estimada ser em torno de 478.080 habitantes (91). O Hospital conta com aproximadamente 260 leitos de internação, atendimento ambulatorial, setor de emergência e unidade de terapia intensiva. Atualmente, o pronto socorro do HU-USP, além do atendimento de demanda espontânea, é serviço de referência para diversas unidades de atenção primária da região. Seguem abaixo os critérios de inclusão para nosso subestudo.

Critérios de inclusão:

1. Idade igual ou superior a 18 anos.
2. Diagnóstico de um dos subtipos de SCA, de acordo com os critérios abaixo definidos:
 - I. Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST) - presença dos seguintes três critérios: (a) Sintomas compatíveis com isquemia miocárdica nas últimas 24 horas; (b) CKMB > 2x limite superior da normalidade e/ou troponina I positiva; (c) Elevação persistente do segmento ST ≥ 1 mm em duas derivações eletrocardiográficas contíguas ou presença de BRE novo ou supostamente novo.
 - II. Infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST (IAMSSST) - presença dos três seguintes critérios: (a) Sintomas compatíveis com isquemia miocárdica nas últimas 24 horas; (b) CKMB > 2x limite superior da normalidade e/ou troponina I positiva; (c) Ausência de elevação persistente do segmento ST ≥ 1 mm em duas derivações eletrocardiográficas contíguas ou presença de BRE novo ou supostamente novo.
 - III. Angina instável (AI) - presença dos dois seguintes critérios: (a) Sintomas compatíveis com isquemia miocárdica nas últimas 24 horas; (b) Marcadores de necrose miocárdica com resultados negativos, associado a pelo menos um dos quatro critérios seguintes: (c) Alteração dinâmica do segmento ST; (d) Alteração nova ou dinâmica de onda T; (e) Teste não-invasivo positivo; (f) História de DAC prévia.
3. Sem transtornos psicóticos, esquizofrenia ou transtorno bipolar.
4. Concordância em participar do estudo por meio de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

5.2 Captação e seleção de pacientes para o subestudo de depressão e abuso/dependência ao álcool

Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE-ANEXO A), todos os participantes incluídos na pesquisa principal foram entrevistados por enfermeiras treinadas no estudo, as quais foram responsáveis por revisar todos os prontuários médicos e entrevistar os participantes diretamente sobre todas as informações necessárias tais como características sociodemográficas, principais fatores de risco cardiovasculares etc. (ERICO Questionário Inicial-ANEXO B). Em seguida, os pacientes com o diagnóstico médico confirmado de Angina Instável, IAM com supradesnivelamento do segmento ST ou IAM sem supradesnivelamento do segmento ST, e que concordaram em participar do estudo, responderam ao questionário breve para triagem de depressão *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (ANEXO C).

Para este subestudo foram incluídos os pacientes que preencheram os critérios de elegibilidade que tinham idade igual ou superior a 18 anos, foram diagnosticados com um dos subtipos de SCA, sem transtornos psicóticos, esquizofrenia ou transtorno bipolar e capazes de entender e falar português. O tratamento habitual para SCA destes pacientes não foi alterado e seguiu como é usualmente realizado pelo Serviço.

Após a alta hospitalar, todos os casos de SCA foram reavaliados prospectivamente para acompanhamento de sintomas depressivos e abuso de álcool no seguimento de até 180 dias.

5.3 Casuística

Desde o início do subestudo sobre depressão e álcool foram incluídos ao período, entre 18 de dezembro de 2010 a 28 de dezembro de 2012, 429 pacientes que tiveram o diagnóstico de SCA confirmado (IAMCST, IAMSST ou AI). Na época do contato telefônico, 192 (192/429; 44,8%) sujeitos não estavam disponíveis ou não concordaram em participar da avaliação psicológica. Numa análise secundária, observamos que 58 (58/192, 30,2%) destes indivíduos apresentavam sintomas depressivos e 59 (59/192, 30,7%) apresentavam TDM; 12 (12/429; 2,8%) pacientes não tinham PHQ-9 inicial e foram excluídos da amostra, restando, portanto 225 (225/429; 52,4%) indivíduos. Dentre estes, 16 (16/225; 7,1%) evoluíram a óbito antes de 30 dias, restando 209 indivíduos. Dos 209 (209/429; 48,7%) participantes que compareceram à entrevista de 30 dias, 63 (63/209; 30,1%) excederam o prazo para entrevista e foram excluídos, restando, portanto 146 (146/429; 34%) sujeitos que completaram a entrevista de 30 dias. Destes, 4 indivíduos (4/225; 1,8%) evoluíram a óbito entre 30 e 180 dias após o evento agudo. Ao final do estudo 142 (142/429; 33,1%) indivíduos completaram todas as avaliações psicológicas até 180 dias. (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma: Casuística dos participantes do subestudo ERICO sobre depressão e abuso e ou uso nocivo de álcool de 12/2011 a 12/2012.

5.4 Instrumentos aplicados ao longo do seguimento até 180 dias

Figura 2 - Fluxograma da pesquisa 12/2011 a 12/2012

5.4.1 Seguimento 1: Admissão Hospitalar

a) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A).

O TCLE foi aplicado antes do início de qualquer procedimento do estudo, incluindo os testes de diagnóstico ou outros que foram realizados exclusivamente para determinar a elegibilidade do indivíduo a fim de participar da pesquisa.

b) ERICO Questionário Inicial (ANEXO B).

Nesta fase admissional, todos os participantes incluídos na pesquisa principal foram entrevistados por enfermeiras treinadas quanto aos questionários do estudo, foram responsáveis por revisar todos os prontuários médicos e entrevistar os participantes diretamente sobre todas as informações necessárias tais como características sociodemográficas, principais fatores de risco cardiovasculares (hipertensão, diabetes, obesidade, dislipidemia, tabagismo, história familiar de doença cardíaca coronária, inatividade física, uso de cocaína e menopausa), história pessoal de doença coronariana, bem como ingestão de cafeína e medicamentos.

Além disso, a equipe do estudo coletou dados em relação à pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio, obteve, também, uma cópia do eletrocardiograma (ECG) e, por fim, coletou exames laboratoriais (troponina I, CK-MB, glicose, colesterol total, HDL e LDL-colesterol, triglicérides, hemograma).

Finalmente, todos os participantes forneceram uma amostra de sangue, a qual foi coletada pela própria equipe de enfermagem do estudo no Pronto-Socorro do HU-USP para posterior armazenamento e análise do biobanco.

c) **Patient Health Questionnaire (PHQ 9)** (ANEXO C)

O PHQ-9 é resultado do questionário original PRIME-MD (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*), desenvolvido para avaliação de transtornos mentais (ansiedade, humor, somatoformes, álcool e alimentares) (49,92-93).

Por sua praticidade e rápida aplicação o PHQ-9 está sendo utilizado em diferentes partes do mundo em populações com diferentes perfis (52-55). No Brasil, este instrumento foi traduzido e validado em 2009 (56). O PHQ também apresenta bom desempenho em entrevistas telefônicas. Neste estudo, como já dito anteriormente, a equipe de enfermagem também foi responsável por aplicar este questionário por ocasião da admissão hospitalar.

O PHQ-9 é um inventário composto por nove itens de múltipla escolha, com quatro possibilidades de resposta, baseado nos nove critérios do DSM-IV, que avalia sintomas depressivos e sugere o diagnóstico de TDM. O escore deste questionário varia de 0 a 27 pontos. Para o presente estudo, além da avaliação do escore contínuo, foram considerados os seguintes pontos de corte baseados na literatura (49,54,57,94):

Sem ou depressão mínima: < 5 pontos,

Depressão leve a moderada: ≥ 5 pontos,

Depressão Grave ou TDM ≥ 10 pontos.

5.4.2 Seguimento 2: Avaliação 30 dias após o evento agudo

e) Questionário ERICO 30 dias (ANEXO D).

Todos os participantes foram avaliados por um médico cardiologista em 30 dias pós-evento agudo, esse profissional foi responsável por confirmar o quadro de SCA e realizou também a estratificação do risco cardiovascular, que envolve a coleta de dados sobre realização de angioplastia transluminal coronariana percutânea (PTCA) e / ou cirurgia de revascularização miocárdica, ecocardiograma e informações sobre medicamentos.

Além disso, foram coletados os seguintes exames complementares: creatinina sérica, glicemia em jejum, teste de tolerância oral à glicose, enzimas hepáticas, níveis de colesterol, microalbuminúria e uma avaliação mais detalhada do sistema cardiovascular, incluindo velocidade de onda de pulso, variabilidade da frequência cardíaca, espessura medio-intimal das artérias carótidas e retinografia.

Para os participantes que não puderam comparecer à consulta de 30 dias, informações sobre a avaliação cardiovascular e o estado vital foram obtidas por telefone e revisão de prontuários médicos pela equipe médica e de enfermagem do estudo.

f) Questionário Psicológico de Triagem (ANEXO E).

Questionário com o intuito de identificar potenciais casos e excluir os que não preencheram os critérios de elegibilidade para amostra incluída no subestudo de depressão e abuso ou dependência ao álcool.

Este questionário incluiu questões para identificação de indivíduos com transtornos psicóticos, esquizofrenia, transtorno bipolar baseado no *SCID-I–Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (95) e questões para avaliação cognitiva baseados no MEEM– Mini Exame do Estado Mental (96-98), o qual se caracteriza por ser um teste rápido para a avaliação quantitativa da disfunção cognitiva em adultos, que fornece informações sobre orientação, atenção, aprendizagem, cálculo, recordação tardia e construção.

Este questionário foi aplicado por dois psicólogos treinados para este subestudo.

f) Questionário de História Prévia de Depressão (ANEXO F).

Questionário com 8 questões divididas em 3 categorias, a primeira categoria de perguntas, de 1 a 5, investiga se houve sintomas depressivos, diagnóstico médico de depressão, uso de medicação antidepressiva, (antes do episódio coronariano), história de depressão familiar e história de suicídio familiar. A segunda categoria [pergunta 6 itens (a) a (d)] investiga se houve apoio social e apoio familiar. A terceira categoria (perguntas 7 e 8) investiga situações traumáticas.

g) Patient Health Questionnaire-(PHQ-9) (ANEXO C).

Aplicados por psicólogos treinados para avaliação de sintomas depressivos e TDM. Vide detalhes sobre questionário no item 5.3.1

h) Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-21) (ANEXO G).

O *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS-21), conhecida como HAM-D, é uma escala de múltipla escolha criada por Max Hamilton em 1960 e posteriormente revisada nos anos 80, que pode ser encontrada nas versões de 17, 21, 24 e 31 itens para avaliar a gravidade da depressão em adultos.

Os itens da escala HAM-D são pontuados de 0 a 2 ou de 0 a 4, com uma pontuação variando de 0 a 50.

Utilizamos a versão de 21 itens para avaliação da gravidade dos sintomas depressivos, como insônia, agitação, ansiedade, perda de peso e desânimo. Esta escala foi traduzida e validada para o português (50,99).

A pontuação da escala vai de 0 a 50 pontos (100,101). Para o presente estudo foram considerados os seguintes pontos de corte:

Sem ou depressão mínima: ≤ 10 pontos,

Depressão maior: ≥ 20 pontos.

Este questionário foi aplicado por dois psicólogos treinados para este subestudo.

i) Inventário de Depressão de Beck (BDI) (ANEXO H).

O Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory*) (BDI) é provavelmente a medida de autoavaliação de depressão mais amplamente utilizada tanto na clínica como em pesquisas, foi traduzido para vários idiomas e validado em diferentes países, inclusive no Brasil (51).

O inventário original consiste de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, das quais a intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à perda de interesse pelas atividades do dia a dia, tristeza, pessimismo, falta de satisfação, sensação de fracasso, sentimento de culpa, sensação de punição, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, indecisão, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. (102).

A pontuação da escala vai de 0 a 63 pontos. Para o presente estudo foram considerados os seguintes pontos de corte, baseados em literatura prévia (102-104):

Sem ou depressão mínima ≤ 10 pontos,

Depressão maior ≥ 19 pontos.

Este questionário foi aplicado por dois psicólogos treinados para este subestudo.

j) Questionário CAGE (ANEXO I)

Instrumento desenvolvido por Dr. John Ewing, fundador e diretor do *Bowles Center for Alcohol Studies*, Universidade da Carolina do Norte e geralmente aplicado em serviços de triagem para determinar se um indivíduo faz uso de álcool de maneira nociva ou de risco.

O questionário, de fácil aplicação, consiste em quatro questões que comportam respostas sim ou não. Serve para identificar os consumidores de risco e não para diagnosticar a dependência, sendo que os indivíduos com teste positivo (duas ou mais respostas sim) são aqueles aos quais se deve propor uma intervenção (105). Este instrumento foi traduzido e validado para o português (106,107).

A pontuação da escala do questionário CAGE vai de 0 a 4 pontos. Para o presente estudo foram considerados os seguintes pontos de corte (108):

Sem abuso de álcool: ≤ 1 ponto,

Com abuso de álcool ≥ 2 pontos.

Este questionário foi aplicado por dois psicólogos treinados para este subestudo..

k) Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (ANEXO J).

Questionário AUDIT foi desenvolvido na década de 80 pela OMS e atua como instrumento de simples aplicação para o rastreamento do consumo excessivo de álcool e em particular, para ajudar os profissionais da saúde a identificar as pessoas que poderiam se beneficiar com a redução ou parar de beber. A maioria dos bebedores excessivos não são diagnosticados, pois muitas vezes, eles apresentam sintomas ou problemas que não seriam normalmente associados ao consumo de álcool (109).

Desta forma, o AUDIT auxilia a identificar 3 domínios (Quadro 3):

- a) Consumo de risco de álcool que é caracterizado por ser um padrão que aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário ou outras pessoas. Estes padrões são de importância para a saúde pública, apesar da ausência de qualquer transtorno atual no usuário.
- b) Uso nocivo ou prejudicial se refere ao consumo de álcool que resulta em consequências para a saúde física e mental. Poder-se-ia considerar também consequências sociais entre os danos causados pelo álcool
- c) A dependência do álcool é caracterizada por um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que podem se desenvolver após o uso repetido do álcool. Normalmente, esses fenômenos incluem um forte desejo de consumir álcool, controle de uso prejudicado, beber persistente apesar das consequências nefastas, maior prioridade dada ao consumo do que a outras atividades e obrigações, aumento da tolerância a substância e reação de abstinência física quando o uso da substância é descontinuado (109).

Este questionário é composto de 10 perguntas com pontuações de 0 a 4, nas perguntas 1 a 8, e de 0 a 2, nas perguntas 9 e 10 e foi traduzido e validado para o português (110,111).

A pontuação do questionário AUDIT vai de 0 a 40 pontos. Para o presente estudo foram considerados os seguintes pontos de corte (112):

Consumo de baixo risco: ≤ 7 pontos,

Consumo que sugere dependência ao álcool: ≥ 20 pontos.

Este questionário foi aplicado por dois psicólogos treinados para este subestudo.

Quadro 3 - Domínios e conteúdos dos itens do AUDIT

Domínios e conteúdo dos itens do AUDIT				
Domínios		Pergunta de Numero	Conteúdo do Item	
Consumo de Risco		1	Frequência de beber	
		2	Quantidade típica ingerida	
		3	Frequência de embriagues	
Sintomas de Dependência		4	Perda de controle (não consegue parar de beber)	
		5	Aumento da importância de beber	
		6	Bebe logo de manha	
Consumo Nocivo ou Prejudicial		7	Culpa depois de beber	
		8	Blackouts	
		9	Lesões relacionadas com o álcool	
		10	Outros preocupados com o consumo de bebida	

5.4.3 Seguimento 3: Avaliação 180 dias após o evento agudo (ANEXO K).

Seis meses, e anualmente, após o evento agudo, todos os participantes foram contatados por telefone pela equipe de enfermagem do estudo principal para atualizar informações sobre o estado vital, a história cardiovascular, medicamentos, ingestão de cafeína, sintomas depressivos, atividade sexual e física, bem como apneia do sono pelo **Questionário ERICO 180 Dias**.

Todas as informações foram armazenadas digitalmente e esteve à disposição para análise durante todo o protocolo.

Os questionários de rastreamento de sintomas depressivos PHQ-9, BDI e Abuso e Dependência ao álcool (CAGE e AUDIT, respectivamente), foram obtidos por dois psicólogos treinados para este subestudo.

5.5 Estatística

A descrição das características de base dos participantes que aceitaram participar do estudo principal, incluídos neste subestudo, foi demonstrada de acordo com a presença ou não de sintomas depressivos e TDM *pelo Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)*, com ponto de corte ≥ 5 pontos para depressão leve a moderada e ≥ 10 pontos para depressão grave, em 30 e 180 dias pós- SCA. As variáveis categóricas foram analisadas pelo teste do Qui-quadrado e as contínuas por teste correspondente, de acordo com a distribuição das variáveis (se paramétrica ou

não paramétrica). Análise descritiva dos instrumentos adicionais utilizados para rastrear depressão ou sintomas depressivos e abuso de álcool ao longo do seguimento (admissão hospitalar, 30 dias e 180 dias pós-evento agudo) foi realizada de maneira contínua, assim como dicotômica, conforme cortes previamente citados e pré-estabelecidos em literatura. Adicionalmente, foi realizada regressão logística multivariada ajustada pelos potenciais fatores de confusão (ou que possuíam valor de $p < 0,2$ na análise univariada) para relação de depressão e SCA, assim como para abuso /dependência ao álcool e SCA na admissão.

Através dos modelos logísticos adquiridos foram calculadas as razões de chance (RC) com seus respectivos intervalos de confiança, 95% (IC 95%) na admissão hospitalar, em 30 e 180 dias após evento agudo. Para todas as análises realizadas foram considerados resultados como estatisticamente significativos aqueles que apresentaram valores de $p < 0,05$. Foi utilizado o software SPSS, versão 19.0, para análise estatística dos dados em questão.

6. RESULTADOS

6.1 Avaliação da Depressão

6.1.1 Seguimento 1: admissão hospitalar

Nesta fase inicial do estudo, 16 (7,1%) dos participantes evoluíram a óbito antes do seguimento de 30 dias, restando portanto 146 sujeitos. Dos 146 indivíduos avaliados na admissão hospitalar, foi observada uma maior frequência de indivíduos com IAMSST (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Frequência dos subtipos síndrome coronariana aguda na subamostra de 146 participantes do estudo ERICO de 12/2011 a 12/2012.

Neste primeiro momento do estudo, além da investigação cardiovascular do projeto ERICO foi aplicado o questionário PHQ-9 por entrevistadores treinados. Em relação a sintomas depressivos, (score ≥ 5), compatíveis com, pelo menos, depressão leve, foi encontrada uma frequência de 60,3%. Em relação ao TDM (score ≥ 10) constatou-se que 33,6% apresentaram diagnóstico sugestivo (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Sintomas depressivos e transtorno depressivo maior (TDM) na admissão hospitalar em subamostra de 146 participantes do estudo ERICO de 12/2011 a 12/2012.

As características de base da amostra avaliada, segundo a presença ou não de depressão, estão descritas na tabela 1. Com exceção de uma frequência maior de depressão entre os homens (58%, $p=0,03$) e indivíduos sedentários (72,1% $p=0,02$).

No geral, não foram observadas outras diferenças estatisticamente significativas entre os participantes que preencheram os critérios para depressão em relação aos que não preencheram segundo o PHQ-9, $\text{escore} \geq 5$.

Quanto ao status de TDM (PHQ-9 $\text{escore} \geq 10$) na admissão, foi encontrada uma frequência maior entre mulheres comparativamente aos homens (55,1% vs. 44,9%, $p<0,001$). As características sociodemográficas e comorbidades pré-clínicas, assim como outros fatores analisados na linha de base do estudo não diferiram entre indivíduos com e sem TDM.

Não houve diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos caracterizados com sintomas depressivos ou com TDM em relação aos subtipos de SCA na linha de base do estudo.

Tabela 1 - Características de base dos 146 participantes do subestudo de depressão e abuso de álcool no estudo ERICO, de acordo com a presença de depressão segundo o PHQ-9 (escore ≥ 5) na admissão hospitalar, 12/2010-12/2012.

Características sociodemográficas	Sem Depressão n=58 (39,7%)	Depressão** n=88 (60,3%)	Total (N=146)	Valor de p*
Idade média (anos) ($\pm$ SE)	63 (11,9)	62 (11,8)	62 (11,8)	0,88
Idade categorizada (%)				
35-44 anos	3 (5,2)	4 (4,5)	7 (4,8)	0,84
45-54 anos	10 (17,2)	22 (25,0)	32 (21,9)	
55-64 anos	21 (36,2)	30 (34,1)	51 (34,9)	
65-74 anos	14 (24,1)	17 (19,3)	31 (21,2)	
≥ 75 anos	10 (17,2)	15 (17,0)	25 (17,1)	
Sexo (%)				
Masculino	44 (75,9)	51 (58,0)	95 (65,1)	0,03
Feminino	14 (24,1)	37 (42,0)	51 (34,9)	
Escolaridade (%)				
Analfabetos	7 (12,1)	4 (4,5)	11 (7,6)	0,06
1-7 anos de educação	18 (31,0)	42 (47,7)	60 (41,4)	
≥ 8 anos de educação	33 (56,9)	42 (47,7)	74 (51,0)	
Estado Civil (%)				
Solteiro	5 (8,6)	7 (8,0)	12 (8,2)	0,43
Casado	44 (75,9)	57 (64,8)	101 (69,2)	
Separado	3 (5,2)	8 (9,1)	11 (7,5)	
Viúvo	6 (10,3)	16 (18,2)	22 (15,1)	
Raça (%)				
Branca	37 (63,8)	57 (65,5)	94 (64,8)	0,53
Parda	17 (29,3)	28 (32,2)	45 (31,0)	
Preta	3 (5,2)	1 (1,1)	4 (2,8)	
Amarela	1 (1,7)	1 (1,1)	2 (1,4)	
Comorbidades pré-evento agudo (%) ¥				
Tabagismo				
Atual	16 (27,6)	33 (37,5)	49 (33,6)	0,37
Passado	24 (41,4)	35 (39,8)	59 (40,4)	
Nunca	18 (31,0)	20 (22,7)	38 (26,0)	
Hipertensão	38 (65,5)	66 (76,7)	104 (72,2)	0,14
Diabetes mellitus	13 (22,8)	31 (36,0)	44 (30,8)	0,09
Dislipidemia	30 (55,6)	40 (50,0)	70 (52,2)	0,53
Sedentarismo	29 (52,7)	62 (72,1)	91 (64,5)	0,02
História de insuficiência coronariana (%)	16 (28,1)	19 (21,6)	35 (24,1)	0,50
História familiar de insuficiência coronariana (%)	21 (36,2)	21 (23,9)	42 (28,8)	0,12
Síndrome Coronariana Aguda (%)				
Angina instável	14 (24,2)	18 (20,5)	32 (21,9)	0,67
Infarto do miocárdio com supra de ST (IAMCST)	22 (37,9)	30 (34,0)	52 (35,6)	
Infarto do miocárdio sem supra de ST (IAMSST)	22 (37,9)	40 (45,5)	62 (42,5)	

* Os valores de p correspondem ao teste do Qui-quadrado para as variáveis categóricas e teste T-Student para as variáveis contínuas.

** Depressão foi definida pelo escore maior ou igual 5 pontos pelo PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire-9*).

¥ Comorbidades foram baseadas na história e dados de prontuário médico.

Na análise de regressão logística multivariada, ajustada pelo subtipo da SCA, sexo, idade, nível educacional, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes melitus, evidenciou-se uma razão de chances aumentada para a associação entre depressão e sedentarismo de 2,5 vezes em relação aos não sedentários (Tabela 2). Em relação ao TDM, evidenciamos uma razão de chances de 4,5 entre mulheres comparativamente aos homens (Tabela 3).

Tabela 2 - Fatores associados aos sintomas depressivos avaliados por regressão logística, segundo o PHQ-9 (score ≥ 5) em 146 participantes do estudo ERICO na admissão hospitalar, 12/2010-12/2012.

Tipo SCA	Sem depressão RC multivariada (IC 95%)	Com depressão RC multivariada (IC 95% C)
IAMSST	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Angina	Referência (1,0)	0,48, (0,17-1,40)
IAMCST	Referência (1,0)	0,55 (0,23-13,6)
Sexo		
Masculino	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Feminino	Referência (1,0)	2,30 (0,99-5,44)
Faixa etária		
35-44 anos	Referência (1,0)	1,51 (0,21-10,55)
45-54 anos	Referência (1,0)	1,89 (0,50-7,17)
55-64 anos	Referência (1,0)	1,24 (0,39-4,00)
65-74 anos	Referência (1,0)	0,84 (0,25-2,80)
≥ 75 anos	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Nível educacional		
Analfabeto	Referência (1,0)	0,36 (0,81-1,57)
1-7 anos	Referência (1,0)	1,85 (0,80-4,26)
≥ 8 anos	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Tabagismo		
Atual	Referência (1,0)	1,96 (0,66-5,89)
Passado	Referência (1,0)	1,52 (0,57-4,1)
Sedentarismo	Referência (1,0)	2,50 (1,11-5,46)
Hipertensão	Referência (1,0)	1,83 (0,68-4,89)
Diabetes Melitus	Referência (1,0)	1,22 (0,49-3,02)

Tabela 3 - Fatores associados ao TDM, avaliados por regressão logística pelo PHQ-9 (escore ≥ 10), em 146 participantes do estudo ERICO na admissão hospitalar, 12/2010-12/2012.

Tipo SCA	Sem TDM RC multivariada (IC 95%)	Com TDM RC multivariada (IC 95% C)
IAMSST	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Angina	Referência (1,0)	0,42 (0,13-1,40)
IAMCST	Referência (1,0)	0,49 (0,71-0,27)
Sexo		
Masculino	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Feminino	Referência (1,0)	4,50 (1,85-10,98)
Faixa etária		
35-44 anos	Referência (1,0)	7,47 (0,99-56,10)
45-54 anos	Referência (1,0)	3,61 (0,84-15,52)
55-64 anos	Referência (1,0)	2,23 (0,60-8,26)
65-74 anos	Referência (1,0)	0,73 (0,17-3,21)
≥ 75 anos	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Nível educacional		
Analfabeto	Referência (1,0)	0,49 (0,93-2,59)
1-7 anos	Referência (1,0)	0,69 (0,28-1,72)
≥ 8 anos	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Tabagismo		
Atual	Referência (1,0)	0,99 (0,30-3,24)
Passado	Referência (1,0)	2,27 (0,85-5,15)
Sedentarismo	Referência (1,0)	2,09 (0,85-5,15)
Hipertensão	Referência (1,0)	0,81 (0,28-2,39)
Diabetes Melitus	Referência (1,0)	2,23 (0,85-5,83)

6.1.2 Seguimento 2: 30 dias após o evento agudo

Todos os 146 participantes compareceram à consulta médica e para avaliação do estado depressivo 30 dias após o evento agudo, na qual foram aplicados o PHQ-9, HDRS-21 e BDI para avaliação de sintomas depressivos, além do CAGE e o AUDIT, para investigação sobre o abuso e uso nocivo de álcool. Dentre os três instrumentos utilizados para avaliar sintomas depressivos e TDM, o PHQ-9 e a HDRS detectaram frequências semelhantes acima de 60% de sintomas depressivos. Em relação ao TDM, o PHQ-9 foi o que detectou mais casos (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Comparativo de sintomas depressivos e TDM por instrumentos utilizados para rastrear depressão 30 dias pós-evento agudo na subamostra de 146 participantes do estudo ERICO de 12/2011 a 12/2012.

Numa análise por subtipo de SCA, não foi encontrada nenhuma associação estatisticamente significativa com sintomas depressivos em nenhum dos instrumentos utilizados (Tabela 4).

Tabela 4 - Presença de sintomas depressivos 30 dias pós-evento agudo de acordo com os subtipos de SCA.

Subtipos de SCA (%)	PHQ 9 (escore ≥ 5)		p	BDI (escore ≥ 10)		p	HDRS (escore ≥ 10)		p
	Ausente	Presente		Ausente	Presente		Ausente	Presente	
Angina instável	10 (31,3)	22 (68,7)	0,78	15 (46,9)	17 (53,1)	0,38	10 (31,3)	22 (68,7)	0,37
AM com Supra	19 (36,5)	33 (63,5)		24 (46,2)	28 (53,8)		17 (32,7)	35 (67,3)	
AM sem Supra	24 (38,7)	38 (61,3)		36 (58,1)	26 (41,9)		27 (43,5)	35 (56,5)	
Total	53 (36,3)	93 (63,7)		75 (51,4)	71 (48,6)		54 (37,0)	92 (63,0)	

Da mesma forma, também não encontramos nenhuma associação entre TDM e os subtipos de SCA (Tabela 5).

Tabela 5 - Presença de transtorno depressivo maior (TDM) 30 dias pós-evento agudo de acordo com os subtipos de SCA.

Subtipos de SCA (%)	PHQ 9 (escore ≥ 10)		p	BDI (escore ≥ 19)		p	HDRS (escore ≥ 20)		p
	Ausente	Presente		Ausente	Presente		Ausente	Presente	
Angina instável	19 (59,4)	13 (40,6)	0,36	25 (78,1)	7 (21,9)	0,97	21 (65,6)	11 (34,4)	0,54
IAM com Supra	31 (59,6)	21 (40,4)		40 (76,9)	12 (23,1)		36 (69,2)	16 (30,8)	
IAM sem Supra	44 (71,0)	18 (29,0)		47 (75,8)	15 (24,2)		47 (75,8)	15 (24,2)	
Total	94 (64,4)	52 (35,6)		112 (76,7)	34 (23,3)		104 (71,2)	42 (28,8)	

* Os valores de p correspondem ao teste do Qui-quadrado

Quando avaliamos os escores do PHQ-9, BDI e HDRS, de maneira contínua, também não foram observadas diferenças nas distribuições de acordo com os subtipos de SCA (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos escores de acordo com os três instrumentos de maneira contínua para avaliar depressão em 30 dias pós-evento agudo

Subtipos de SCA	PHQ 9 mediana (ITQ)*	Valor de p	BDI mediana (ITQ)*	Valor de p	HDRS mediana (ITQ)*	Valor de p
		0,66		0,65		0,29
Angina instável	8 (1-14)		10 (5-18)		14 (8-28)	
IAM com Supra	6 (3-12)		8 (5-17)		11 (5-17)	
IAM sem Supra	8 (4-13)		10 (5-18)		13 (7-22)	
Total	7 (3-13)		9 (5-18)		13 (6-22)	

Os valores de p foram derivados do teste de Kruskal-Wallis.

*ITQ: intervalo interquartil percentil de 25 a 75%.

Na análise de regressão logística multivariada ajustada pelo subtipo da SCA, sexo, idade, nível educacional, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes melitus foi encontrado um maior risco de sintomas depressivos 30 dias pós-evento agudo entre os tabagistas [razão das chances (RC) 5,8; intervalo de confiança (IC) 95% (IC 95%) 1,81-18,72] e os diabéticos [RC 3,6; IC 95% 1,40-9,60]. Não evidenciamos, entretanto, nenhuma associação estatisticamente significativa com qualquer subtipo de SCA e o desenvolvimento de sintomas depressivos (Tabela 7).

Em relação ao TDM encontramos um maior risco também entre os diabéticos [RC 3,5; IC 95% 1,39-8,71]. Contudo, não foi evidenciada qualquer associação estatisticamente significativa com qualquer subtipo de SCA e o desenvolvimento de TDM (Tabela 8).

Tabela 7 - Fatores associados a sintomas depressivos avaliados pelo PHQ-9 (escore ≥ 5) em 146 participantes do estudo ERICO 30 dias pós-evento coronariano.

Tipo SCA	Sem depressão RC multivariada (IC 95%)	Com depressão RC multivariada (IC 95% C)
IAMSST	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Angina	Referência (1,0)	2,09 (0,69-6,39)
IAMCST	Referência (1,0)	0,78 (0,11-5,73)
Sexo		
Masculino	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Feminino	Referência (1,0)	1,40 (0,59-3,29)
Faixa etária		
35-44 anos	Referência (1,0)	0,78 (0,11-5,73)
45-54 anos	Referência (1,0)	1,10 (0,27-4,22)
55-64 anos	Referência (1,0)	0,90 (0,27-2,8)
65-74 anos	Referência (1,0)	0,82 (0,24-2,8)
≥ 75 anos	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Nível educacional		
Analfabeto	Referência (1,0)	0,70 (0,16-2,92)
1-7 anos	Referência (1,0)	0,60 (0,25-1,39)
≥ 8 anos	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Tabagismo		
Atual	Referência (1,0)	5,8 (1,81-18,72)
Passado	Referência (1,0)	1,90 (0,74-5,14)
Sedentarismo	Referência (1,0)	1,90 (0,84-4,24)
Hipertensão	Referência (1,0)	0,41 (0,14-1,20)
Diabetes Melitus	Referência (1,0)	3,6 (1,40-9,60)

Tabela 8 - Fatores associados à TDM avaliados pelo PHQ-9 (escore ≥ 10) em 146 participantes do estudo ERICO 30 dias pós-evento coronariano.

Tipo SCA	Sem TDM RC multivariada (IC 95%)	Com TDM RC multivariada (IC 95% C)
IAMSST	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Angina	Referência (1,0)	1,52 (0,52-4,46)
IAMCST	Referência (1,0)	1,21 (0,49-2,96)
Sexo		
Masculino	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Feminino	Referência (1,0)	2,09 (0,92-4,76)
Faixa etária		
35-44 anos	Referência (1,0)	2,04 (0,28-14,66)
45-54 anos	Referência (1,0)	1,62 (0,41-6,44)
55-64 anos	Referência (1,0)	1,58 (0,45-5,54)
65-74 anos	Referência (1,0)	0,84 (0,22-3,21)
≥ 75 anos	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Nível educacional		
Analfabeto	Referência (1,0)	0,87 (0,18-4,27)
1-7 anos	Referência (1,0)	0,75 (0,32-1,75)
≥ 8 anos	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Tabagismo		
Atual	Referência (1,0)	0,96 (0,32-2,93)
Passado	Referência (1,0)	1,07 (0,39-2,95)
Sedentarismo	Referência (1,0)	1,84 (0,80-4,24)
Hipertensão	Referência (1,0)	0,46 (0,16-1,28)
Diabetes Melitus	Referência (1,0)	3,50 (1,39-8,71)

6.1.3 Seguimento 3: 180 dias após o evento agudo

Nesta fase do estudo, 4 (2,7%) participantes evoluíram à óbito antes do seguimento de 180 dias, restando portanto 142 participantes que responderam aos questionários de seguimento por telefone (PHQ-9, BDI, CAGE e AUDIT).

Destes quatro participantes que morreram, apenas um apresentava depressão que se perpetuou pelo seguimento.

Dos 142 sobreviventes, notou-se, no geral, uma queda na frequência dos sintomas depressivos de 7,4% entre o seguimento 30 dias (63,7%) e 180 dias (56,4%) (Tabelas 4 e 9) (Gráfico 4).

Esta redução foi diferencial entre os subgrupos de SCA 180 dias pós-evento agudo. De fato, os indivíduos com IAMST apresentaram uma menor frequência de sintomas depressivos (42,2%), segundo o PHQ-9, comparativamente aos pacientes com angina instável (AI) (68,8%) e infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento de ST (IAMCST) (64,7%) (Tabela 9).

Quando aplicamos o BDI ($p=0,09$) não foram observadas diferenças estatisticamente significativas pelos subgrupos de SCA, (Tabela 9).

Tabela 9 - Presença de sintomas depressivos 180 dias pós-evento agudo de acordo com os subtipos de SCA.

Subtipos de SCA (%)	PHQ-9 (escore ≥ 5)		Valor de p	BDI (escore ≥ 10)		Valor de p
	Ausente	Presente		Ausente	Presente	
Angina instável	10 (31,3)	22 (68,8)	0,02	15 (46,9)	17 (53,1)	0,09
IAM com Supra	18 (35,3)	33 (64,7)		22 (43,1)	29 (56,9)	
IAM sem Supra	34 (57,6)	25 (42,4)		37 (62,7)	22 (37,3)	
Total	62 (43,7)	80 (56,3)		74 (52,1)	68 (47,9)	

* Os valores de p correspondem ao teste do Qui-quadrado

A avaliação contínua do escore do PHQ-9 confirmou as diferenças entre os subgrupos de SCA (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos escores de acordo com os dois instrumentos para avaliar depressão em 180 dias pós-evento agudo.

Subtipos de SCA	PHQ 9 mediana (ITQ)*	Valor de p	BDI mediana (ITQ)*	Valor de p
		0,01		0,14
Angina instável	8 (3-15)		11 (5-24)	
IAM com Supra	7 (2-11)		11 (4-18)	
IAM sem Supra	3 (0-8)		7 (4-16)	
Total	6 (1-11)		9 (4-18)	

* Os valores de p foram derivados do teste de Kruskal-Wallis.

Para o TDM também notou-se, no geral, uma ligeira queda na frequência entre o seguimento 30 dias (35,6%) (Tabela 5) e 180 dias (28,9%) (Tabela 11) (Gráfico 4). Não observamos nenhuma associação com os subtipos de SCA.

Tabela 11 - Presença de TDM 180 dias pós-evento agudo, de acordo com os subtipos de SCA.

Subtipos de SCA (%)	PHQ-9 (escore ≥ 10)		Valor de p	BDI (escore ≥ 19)		Valor de p
	Ausente	Presente	0,17	Ausente	Presente	0,24
Angina instável	21 (65,6)	11 (34,4)		21 (65,6)	11 (34,4)	
IAM com Supra	33 (64,7)	18 (35,3)		39 (76,5)	12 (23,5)	
IAM sem Supra	47 (79,7)	12 (20,3)		48 (81,4)	11 (18,6)	
Total	101 (71,1)	41 (28,9)		108 (76,1)	34 (23,9)	

*ITQ: intervalo interquartil percentil de 25 a 75%.

Gráfico 4 – Sintomas depressivos e TDM na admissão hospitalar, 30 dias e 180 dias pós-evento na subamostra de participantes do estudo ERICO de 12/2011 a 12/2012.

Na análise de regressão logística multivariada, ajustada pelo subtipo da SCA, evidenciamos associação estatisticamente significativa com maior risco de sintomas depressivos 180 dias pós-evento agudo entre os pacientes com AI [RC 4,46; IC 95% 1,39-14,32], com IAMCST [RC 3,40; IC 95% 1,30-8,87]; entre a população do sexo feminino [RC 3,9; IC 95% 1,54-9,73] e entre os tabagistas [RC 5,34; IC 95% 1,64-17,44] (Tabela 12).

Tabela 12 - Fatores associados aos sintomas depressivos avaliados por regressão logística pelo PHQ-9 (escore ≥ 5) em 142 participantes do estudo ERICO 180 pós-evento coronariano.

Tipo SCA	Sem depressão RC multivariada (IC 95%)	Com depressão RC multivariada (IC 95% C)
IAMSST	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Angina	Referência (1,0)	4,46 (1,39-14,32)
IAMCST	Referência (1,0)	3,40 (1,30-8,87)
Sexo		
Masculino	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Feminino	Referência (1,0)	3,9 (1,54-9,73)
Faixa etária		
35-44 anos	Referência (1,0)	1,98 (0,24-16,03)
45-54 anos	Referência (1,0)	1,68 (0,41-6,93)
55-64 anos	Referência (1,0)	0,96 (0,28-3,33)
65-74 anos	Referência (1,0)	0,85 (0,23-3,17)
≥ 75 anos	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Nível educacional		
Analfabeto	Referência (1,0)	0,27 (0,05-1,50)
1-7 anos	Referência (1,0)	0,89 (0,37-2,16)
≥ 8 anos	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Tabagismo		
Atual	Referência (1,0)	5,34 (1,64-17,44)
Passado	Referência (1,0)	1,56 (0,53-4,56)
Sedentarismo	Referência (1,0)	2,15 (0,92-5,01)
Hipertensão	Referência (1,0)	2,04 (0,69-5,97)
Diabetes Melitus	Referência (1,0)	1,48 (0,56-3,93)

Em relação ao TDM, na análise de regressão logística multivariada ajustada pelo subtipo da SCA, sexo, idade, nível educacional, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes melitus, evidenciou-se uma razão de chances aumentada para a associação entre TDM e tabagismo atual de 14 vezes [RC 14; IC 95% 2,94-67,51] e de 4 vezes para tabagismo passado [RC 4,1; IC 95% 1,02-16,22] em relação aos não tabagistas (Tabela 13).

Tabela 13 - Fatores associados ao TDM avaliado por regressão logística pelo PHQ-9 (escore ≥ 10) em 142 participantes do estudo ERICO 180 dias pós-evento coronariano.

Tipo SCA	Sem TDM RC multivariada (IC 95%)	Com TDM RC multivariada (IC 95%C)
IAMSST	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Angina	Referência (1,0)	2,62 (0,72-9,52)
IAMCST	Referência (1,0)	2,53 (0,89-7,16)
Sexo		
Masculino	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Feminino	Referência (1,0)	2,26 (0,86-5,87)
Faixa etária		
35-44 anos	Referência (1,0)	0,50 (0,03-6,9)
45-54 anos	Referência (1,0)	0,91 (0,21-3,99)
55-64 anos	Referência (1,0)	0,52 (0,11-2,35)
65-74 anos	Referência (1,0)	0,85 (0,23-3,17)
≥ 75 anos	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Nível educacional		
Analfabeto	Referência (1,0)	0,37 (0,35-4,04)
1-7 anos	Referência (1,0)	1,60 (0,63-4,08)
≥ 8 anos	Referência (1,0)	0,96 (0,28-3,33)
Tabagismo		
Atual	Referência (1,0)	14,00 (2,94-67,51)
Passado	Referência (1,0)	4,1 (1,02-16,22)
Sedentarismo	Referência (1,0)	2,54 (0,94-6,86)
Hipertensão	Referência (1,0)	2,23 (0,64-7,69)
Diabetes Melitus	Referência (1,0)	1,48 (0,56-3,93)

6.2 Avaliação global dos instrumentos para avaliar depressão da admissão hospitalar até 180 dias pós-evento agudo.

De todos os instrumentos utilizados para a avaliação de depressão após SCA, o PHQ-9 foi o único a identificar diferenças significativas, apenas após 180 dias de seguimento pelos subtipos de SCA, confirmados pelo escore contínuo e segundo variável dicotômica (escore ≥ 5) (Tabelas 14 e 15).

Tabela 14 - Evolução dos sintomas depressivos por meio do PHQ-9, ao longo do seguimento até 180 dias, de acordo com os subtipos de SCA

Subtipos de SCA (%)	PHQ 9- admissão (escore ≥ 5)		p	PHQ 9-30 dias (escore ≥ 5)		p	PHQ- 9- 180 dias (escore ≥ 5)		p
	Ausente	Presente		Ausente	Presente		Ausente	Presente	
Angina instável	14 (43,1)	18 (56,3)	0,67	10 (31,3)	22 (68,7)	0,78	10 (31,3)	22 (68,8)	0,02
IAM com Supra	22 (42,3)	30 (57,7)		19 (36,5)	33 (63,5)		18 (35,3)	33 (64,7)	
IAM sem Supra	22 (37,5)	40 (65,5)		24 (38,7)	38 (61,3)		34 (57,6)	25 (42,4)	
Total	58 (39,7)	88 (60,3)		53 (36,3)	93 (63,7)		62 (43,7)	80 (56,3)	

* Os valores de p correspondem ao teste do Qui-quadrado

Tabela 15 - Evolução do escore de PHQ-9, ao longo do seguimento até 180 dias, por meio do PHQ-9, de acordo com os subtipos de SCA

Subtipos de SCA	PHQ 9- admissão mediana (ITQ)*	Valor de p	PHQ-9 30 dias mediana (ITQ)*	Valor de p	PHQ-9 180 dias mediana (ITQ)*	Valor de p
Angina instável	6 (2-12)	0,66	10 (5-18)	0,65	8 (3-15)	0,01
IAM com Supra	8 (3-11)		8 (5-17)		7 (2-11)	
IAM sem Supra	5 (2-11)		10 (5-18)		3 (0-8)	
Total	6 (2-11)		9 (5-18)		6 (1-11)	

Os valores de p foram derivados do teste de Kruskal-Wallis.

*ITQ: intervalo interquartil percentil de 25 a 75%.

Em relação ao TDM não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre os subtipos de SCA nos diversos instrumentos aplicados ao longo do seguimento. (Gráfico 5).

A história prévia de depressão diagnosticada por médico também não apresentou relação com o aparecimento ou piora dos sintomas depressivos ao longo do seguimento.

Gráfico 5. Avaliação global do PHQ-9 para rastreamento de TDM desde a admissão hospitalar até 180 dias pós-SCA

6.3 Avaliação do abuso de álcool 30 dias e 180 dias após evento agudo

As características de base de todos os 146 participantes do estudo principal foram descritas de acordo com o abuso de álcool através de informações obtidas pelo AUDIT (tabela 16) e pelo CAGE (tabela 17) em entrevista pessoal 30 dias após o evento agudo. As frequências absolutas e relativas de abuso tanto pelo AUDIT e CAGE foram de 34 (23,3%) e 49 (33,6%) respectivamente.

Como previsto a frequência de abuso de álcool foi maior entre homens (88,2%), $p= 0,001$ comparativamente à população feminina (11,8%) e entre tabagistas atuais (33,6%) e no passado (40,4%), $p= 0,003$, independente do questionário aplicado (Tabelas 16 e 17). Curiosamente, entretanto, a amostra com abuso de álcool sugerido pelo AUDIT apresentou uma menor frequência de fatores de risco cardiovasculares clássicos como hipertensão, dislipidemia e sedentarismo (Tabela 16).

Tabela 16 - Características de base dos 146 participantes do subestudo de depressão, abuso e/ou uso nocivo de álcool no estudo ERICO de acordo com a presença de abuso de álcool pelo AUDIT, 30 dias pós-SCA

Características sociodemográficas	Ausente n=112 (76,7%)	Presente** n= 34 (23,3%)	Total N=146 (100%)	Valor de p
Idade categorizada (%)				
35-44 anos	4 (3,6)	3 (8,8)	7 (4,8)	0,07
45-54 anos	20 (17,9)	12 (35,3)	32 (21,9)	
55-64 anos	40 (35,7)	11 (32,4)	51 (34,9)	
65-74 anos	28 (25,0)	3 (8,8)	31 (21,2)	
≥ 75 anos	20 (17,9)	5 (14,7)	25 (17,1)	
Sexo (%)				
Masculino	65 (58,0)	30 (88,2)	95 (65,1)	0,001
Feminino	47 (42,0)	4 (11,8)	51 (34,9)	
Escolaridade (%)				
Analfabetos	9 (8,1)	2 (5,9)	11 (7,6)	0,50
1-7 anos de educação	43 (38,7)	17 (50,0)	60 (41,4)	
≥8 anos de educação	59 (53,2)	15 (44,1)	74 (51,0)	
Estado Civil (%)				
Solteiro	8 (7,1)	4 (11,8)	12 (8,2)	0,14
Casado	75 (67,0)	26 (76,5)	101 (69,2)	
Separado	8 (7,1)	3 (8,8)	11 (7,5)	
Viúvo	21 (18,8)	1 (2,9)	22 (15,1)	
Raça				
Branca	75 (67,0)	19 (57,6)	94 (64,8)	0,59
Parda	32 (28,6)	13 (39,4)	45 (31,0)	
Preta	3 (2,7)	1 (3,0)	4 (2,8)	
Amarela	2 (1,8)	0	2 (1,4)	
Comorbidades pré-evento agudo ¥				
Tabagismo				
Atual	30 (26,8)	19 (55,9)	49 (33,6)	0,003
Passado	47 (42,0)	12 (35,3)	59 (40,4)	
Nunca	35 (31,3)	3 (8,8)	38 (26,0)	
Hipertensão	85 (77,3)	19 (55,9)	104 (72,2)	0,01
Diabetes mellitus	38 (34,5)	6 (18,2)	44 (30,8)	0,07
Dislipidemia	59 (57,3)	11 (35,5)	70 (52,2)	0,03
Sedentarismo	74 (68,5)	17 (50,0)	91 (64,1)	0,04
Síndrome Coronariana Aguda				
Angina instável	29 (25,9)	3 (8,8)	32 (21,9)	0,10
Infarto do miocárdio com supra de ST (IAMCST)	46 (41,1)	16 (47,1)	62 (42,5)	
Infarto do miocárdio sem supra de ST (IAMSST)	37 (33,0)	15 (44,1)	52 (35,6)	

** Indivíduos que pontuaram 8 ou mais no escore do AUDIT foram considerados com tendência ao consumo abusivo de álcool

Valores de p são derivados do teste de Qui-quadrado.

Tabela 17 - Características de base dos 146 participantes do subestudo de depressão, abuso e/ou uso nocivo de álcool no estudo ERICO de acordo com a presença de abuso de álcool pelo CAGE, 30 dias pós-SCA

Características sociodemográficas	Ausente n= 97 (66,4%)	Presente** n= 49 (33,6%)	Total N=146 (100%)	Valor de p
Idade categorizada (%)				
35-44 anos	4 (4,1)	3 (6,1)	7 (4,8)	0,34
45-54 anos	20 (20,6)	12 (24,5)	32 (21,9)	
55-64 anos	30 (30,9)	21 (42,9)	51 (34,9)	
65-74 anos	24 (24,7)	7 (14,3)	31 (21,2)	
≥ 75 anos	19 (19,6)	6 (12,2)	25 (17,1)	
Sexo (%)				
Masculino	51 (52,6)	44 (89,8)	95 (65,1)	<0,001
Feminino	46 (47,4)	5 (10,2)	51 (34,9)	
Escolaridade (%)				
Analfabetos	5 (5,2)	6 (12,2)	11 (7,6)	0,31
1-7 anos de educação	40 (41,7)	20 (40,8)	60 (41,4)	
≥8 anos de educação	51 (53,1)	23 (46,9)	74 (51,0)	
Estado Civil (%)				
Solteiro	8 (8,2)	4 (8,2)	12 (8,2)	0,05
Casado	61 (62,9)	40 (81,6)	101 (69,2)	
Separado	8 (8,2)	3 (6,1)	11 (7,5)	
Viúvo	20 (20,6)	2 (4,1)	22 (15,1)	
Raça				
Branca	66 (68,0)	28 (58,3)	94 (64,8)	0,40
Parda	27 (27,8)	18 (37,5)	45 (31,0)	
Preta	2 (2,1)	2 (4,2)	4 (2,8)	
Amarela	2 (2,1)	0	2 (1,4)	
Comorbidades pré-evento agudo ¥				
Tabagismo				
Atual	24 (24,7)	25 (51,0)	49 (33,6)	<0,001
Passado	38 (39,2)	21 (42,9)	59 (40,4)	
Nunca	35 (36,1)	3 (6,1)	38 (26,0)	
Hipertensão	73 (76,0)	31 (64,6)	104 (72,2)	0,15
Diabetes mellitus	32 (33,3)	12 (25,5)	44 (30,8)	0,34
Dislipidemia	51 (56,7)	19 (43,2)	70 (52,2)	0,14
Sedentarismo	63 (66,3)	28 (59,6)	91 (64,1)	0,29
Síndrome Coronariana Aguda				
Angina instável	26 (26,8)	6 (12,2)	32 (21,9)	0,11
Infarto do miocárdio com supra de ST (IAMCST)	40 (41,2)	22 (44,9)	62 (42,5)	
Infarto do miocárdio sem supra de ST (IAMSST)	31 (32,0)	21 (42,9)	52 (35,6)	

** Indivíduos que pontuaram ≥ 2 no escore do CAGE foram considerados com tendência ao consumo abusivo de álcool

Valores de p são derivados do teste de Qui-quadrado.

Tanto no seguimento 30 dias pós-evento agudo quanto no seguimento 180 dias pós-SCA, a frequência de SCA não diferiu entre os participantes com e sem abuso de álcool (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Abuso e/ou uso nocivo de álcool por instrumento em todo o seguimento na subamostra de participantes do estudo ERICO de 12/2011 a 12/2012

No seguimento 180 dias pós-SCA na análise de regressão logística multivariada, avaliada pelo AUDIT ajustada pelo subtipo da SCA, sexo, idade, nível educacional, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes melitus, evidenciou-se uma razão de chances aumentada para a associação entre o abuso e/ou uso nocivo de

álcool entre indivíduos mais jovens (idade de 35 a 44 anos), [RC 51,64; IC 95% 1,44-1846,44], tabagistas que ainda fazem uso do tabaco, [RC 42,95; IC 95% 3,06-602,70] e tabagistas que não fazem mais uso da substancia, [RC 19,00; IC 95% 1,23-288,43] (Tabela 18).

Na regressão logística multivariada avaliada pelo CAGE constatou-se uma razão de chances aumentada para a associação entre abuso e/ou uso nocivo de álcool também entre indivíduos mais jovens (idade de 35 a 44 anos), [RC 28,45; IC 95% 1,07-757,09], indivíduos de meia idade (idade de 45 a 54 anos), [RC 9,29; IC 95% 1,01-85,68], tabagistas que ainda fazem uso do tabaco, [RC 45,18; IC 95% 3,53-578,08], tabagistas que não fazem mais uso da substancia, [RC 28,54; IC 95% 1,96-414,84] (Tabela 19).

Tabela 18 - Fatores associados ao abuso e/ou uso nocivo de álcool avaliado por regressão logística pelo AUDIT em 142 participantes do estudo ERICO 180 após evento coronariano

Tipo SCA	Sem abuso RC multivariada (95%CI)	Com abuso RC multivariada (95%CI)
IAMSST	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Angina	Referência (1,0)	0,58 (0,79-4,33)
IAMCST	Referência (1,0)	1,01 (0,15-6,51)
Sexo		
Feminino	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Masculino	Referência (1,0)	2,41 (0,46-12,64)
Faixa etária		
35-44 anos	Referência (1,0)	51,64 (1,44-1846,44)
45-54 anos	Referência (1,0)	9,43 (0,78-113,84)
55-64 anos	Referência (1,0)	0,91 (0,74-11,14)
65-74 anos	Referência (1,0)	1,41 (0,91-21,92)
≥ 75 anos	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Nível educacional		
Analfabeto	Referência (1,0)	0,27 (0,05-1,50)
1-7 anos	Referência (1,0)	0,89 (0,37-2,16)
≥ 8 anos	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Tabagismo		
Atual	Referência (1,0)	42,95 (3,06-602,70)
Passado	Referência (1,0)	19,00(1,23-288,43)
Sedentarismo	Referência (1,0)	2,15 (0,92-5,01)
Hipertensão	Referência (1,0)	1,83 (0,39-8,48)
Diabetes Melitus	Referência (1,0)	1,18 (0,21-6,45)
Dislipidemia	Referência (1,0)	0,47 (0,11-1,95)

** Indivíduos que pontuaram 8 ou mais no escore do AUDIT foram considerados com tendência ao consumo abusivo de álcool

Tabela 19 - Fatores associados ao abuso e/ou uso nocivo de álcool avaliado por regressão logística pelo CAGE em 142 participantes do estudo ERICO 180 após evento coronariano

Tipo SCA	Sem abuso RC multivariada (95%CI)	Com abuso RC multivariada (95%CI)
IAMSST	Referência (1,0)	2,42 (0,39-14,84)
Angina	Referência (1,0)	1,72 (0,26-11,43)
IAMCST	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Sexo		
Feminino	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Masculino	Referência (1,0)	0,40 (0,11-1,45)
Faixa etária		
35-44 anos	Referência (1,0)	28,45 (1,07-757,09)
45-54 anos	Referência (1,0)	9,29 (1,01-85,68)
55-64 anos	Referência (1,0)	1,94 (0,26-14,70)
65-74 anos	Referência (1,0)	1,85 (0,20-16,89)
≥ 75 anos	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Nível educacional		
Analfabeto	Referência (1,0)	2,89 (0,37-22,59)
1-7 anos	Referência (1,0)	2,22 (0,70-6,99)
≥ 8 anos	Referência (1,0)	Referência (1,0)
Tabagismo		
Atual	Referência (1,0)	45,18 (3,53-578,08)
Passado	Referência (1,0)	28,54 (1,96-414,84)
Sedentarismo	Referência (1,0)	0,32 (0,11-0,96)
Hipertensão	Referência (1,0)	1,20 (0,33-4,43)
Diabetes Melitus	Referência (1,0)	0,60 (0,14-2,55)
Dislipidemia	Referência (1,0)	0,48 (0,15-1,55)

** Indivíduos que pontuaram ≥ 2 no escore do CAGE foram considerados com tendência ao consumo abusivo de álcool

6.4 Associação de depressão e abuso de álcool

Finalmente, nesta subamostra não houve associação estatisticamente significativa entre depressão, abuso álcool e subtipos de SCA até o seguimento de 180 dias.

6.5 Mortalidade ao longo do seguimento até 180 dias

Ocorreram 16 óbitos (7,1%) entre admissão hospitalar e 30 dias após a SCA e 4 óbitos (1,8%) entre 30 e 180 dias pós-evento agudo.

Não foi observada associação estatisticamente significativa entre o estado depressivo ou uso abusivo ou nocivo de álcool e mortalidade em nenhum dos períodos dos seguimentos citados.

7. DISCUSSÃO

Panorama geral da depressão e transtorno depressivo maior ao longo de seis meses após SCA:

Observou-se em nosso estudo da admissão hospitalar até 180 dias pós-SCA que 6 entre 10 pacientes apresentavam sintomas depressivos e 3 entre 10 pacientes apresentavam TDM.

Na admissão hospitalar segundo o PHQ-9, foi evidenciada uma frequência de 60,3% para sintomas depressivos (no mínimo leve) e 33,6% para TDM, apontando uma forte relação da depressão com SCA, independentemente do subtipo, já que a prevalência de depressão presumida por outros estudos já foi descrita ser em torno de 3% a 5%, para a população geral, de 5% a 10% para pacientes ambulatoriais e de 9% a 16% para pacientes internados (1,2,63,113).

Durante o seguimento, pode-se detectar uma oscilação das frequências dos sintomas depressivos e do TDM nos 3 momentos do estudo e apesar da leve diminuição da frequência ao final do seguimento em 180 dias pós-evento, os indivíduos que desenvolveram angina ou IAMCST, além de mulheres e tabagistas apresentaram maiores chances de desenvolver depressão seis meses pós-evento agudo. Quanto ao abuso e dependência ao álcool, também encontramos altas frequências que diminuíram ao longo do seguimento. Como era de se esperar a população masculina e os tabagistas apresentaram maiores frequências de abuso ao álcool.

Característica sócio demográficas de base e depressão

Em nosso subestudo a média etária dos pacientes foi de 62 anos e se aproximou com a descrita em outros registros de hospitais terciários como o Instituto de Cardiologia Dante Pazzanese e o Instituto do Coração da Universidade de São Paulo (114,115).

Seis em cada dez pacientes de nossa amostra pertenciam população masculina. Estes dados se assemelham aos descritos pelo Ministério da Saúde no ano de 2012 no qual 60% dos internados (SUS) por doença isquêmica do coração eram do sexo masculino (40).

Encontramos também uma frequência maior de sintomas depressivos entre os homens (58%, $p= 0,03$). A frequência encontrada entre os homens difere da literatura, pois esta aponta maior prevalência da depressão no gênero feminino (43). Entretanto, quanto ao status de TDM na admissão a frequência maior se deu entre as mulheres, comparativamente aos homens (44,9% vs. 22%, $p<0,001$), portanto evidenciamos que a população feminina tem maior possibilidade de desenvolver depressão grave do que a população masculina. Estes dados se assemelham ao descrito em outros estudos com indivíduos coronarianos (43,64,72).

Segundo alguns estudos os fatores de risco para SCA tendem a ser mais frequentes em populações com menor escolaridade (116,117). Apesar de encontrarmos 7,6% de analfabetos e 41,4% com educação formal entre 1 a 7 anos em nossa amostra este fator não esteve associado com estado depressivo nem com os subtipos de SCA .

Outros fatores sociodemográficos tais como raça e renda familiar também não tiveram associação com depressão em nosso estudo.

Fatores de risco cardiovasculares associados à depressão na admissão hospitalar

Podemos constatar que apesar de nosso estudo ser de base hospitalar unicêntrico, nossos achados muito se aproximam aos previamente descritos por estudos multicêntricos (4,35,67). Chama a atenção às frequências elevadas de tabagistas 74% (atual 33,6% e passado 40,4%), hipertensos 72,2% e sedentários 64,1% em nosso subestudo. Frequências semelhantes foram descritas pelo estudo “Fatores de Risco para Infarto do Miocárdio no Brasil” (FRICAS) realizado em 20 centros médicos com o objetivo de identificar os fatores de risco mais prevalentes em pacientes com IAM (118). O FRICAS identificou o sedentarismo, hipertensão, tabagismo, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, sobrepeso e história familiar para DAC como os mais prevalentes fatores de risco (118).

Considerando os fatores de risco cardiovasculares de base em nossa amostra, encontramos uma frequência elevada de sintomas depressivos entre os indivíduos sedentários (72,1% $p=0,02$). Alosco et al (2012) constataram também em seu estudo, no qual foram avaliados 123 pacientes com insuficiência cardíaca acompanhados e testados em 3 momentos (linha de base, 3 meses e 12 meses), que o sedentarismo estava associado a uma pior qualidade de vida, função cognitiva reduzida e a um maior risco de depressão (119). Mattos et al (2005) observaram em um estudo de coorte prospectivo, no qual foram avaliados 135 pacientes em até cinco dias após a admissão hospitalar que a depressão estava presente em 84% dos pacientes sedentários (13).

Depressão e SCA segundo os instrumentos utilizados ao longo do seguimento:

De maneira geral as variações da prevalência de depressão podem ser decorrentes de diferenças demográficas, socioeconômicas, do método de aplicação assim como dos instrumentos utilizados para o rastreamento da depressão (120).

Para avaliação mais precisa e minimização dos vieses (65) advindos dos instrumentos e do método de aplicação adotado para investigar depressão, utilizamos três instrumentos validados em português aplicados por psicólogos treinados para rastrear sintomas depressivos e TDM em nossa amostra.

Ao longo do seguimento 30 dias pós-evento coronariano foram aplicados: *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9 itens), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de Depressão de Hamilton (HDRS-21 itens). Apesar de aplicarmos o BDI em dois momentos (30 e 180 dias) e o HDRS-21 itens apenas em 30 dias, dentre todos os instrumentos aplicados o PHQ-9 revelou maiores frequências de sintomas depressivos e TDM.

Na avaliação em 30 dias pós-SCA houve um leve aumento da frequência nos sintomas depressivos encontrados pelo PHQ-9 (63,7%) e pelo HDRS-21 (63%). O BDI apesar de ter pontuado (48,6%) ainda está dentro do percentual descrito na literatura. Com relação ao TDM percebeu-se também um leve aumento pelo PHQ-9 (35,6%) no seguimento 30 dias (Gráfico 4).

Entre 30 e 180 dias pode-se verificar uma ligeira queda dos sintomas depressivos PHQ-9 (56,4%) e no BDI (47,9%). Com relação ao TDM também foi observada uma queda pelo PHQ-9 (28,9%) (Gráfico 4), mas ainda assim os percentuais estão muito acima dos percentuais encontrados na população em geral e muito próximo dos encontrados nos pacientes coronarianos.

Em um subestudo do ENRICHD (*Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease*), foram relatados transtornos depressivos em 30% a 50% dos pacientes com síndrome coronariana aguda em até 28 dias pós-evento agudo (121) percentual bem próximo aos por nós encontrados. Blumenthal et al (2004) em um estudo com trezentos e oitenta pacientes depressivos com IAM e quatrocentos e vinte e quatro pacientes sem depressão com IAM, constataram que cerca de um em cada cinco pacientes com SCA possuíam critérios de TDM, dentre esses, 50% ou mais já tinham apresentado sintomas de depressão no passado (65).

Preditores de sintomas depressivos e transtorno depressivo maior em pacientes com SCA ao longo do seguimento.

Em algum momento ao longo do seguimento de 180 dias após evento isquêmico, encontramos em nossa amostra que sintomas depressivos ou TDM, apresentaram associação de risco com clássicos fatores de risco cardiovasculares como sedentarismo, diabetes e principalmente tabagismo. Além disso, observamos que sintomas depressivos estavam associados a razão de chances aumentada em mulheres, anginosos e indivíduos acometidos por IAMSST.

Somado aos fatores de risco cardiovasculares clássicos para SCA como sexo masculino, hipertensão arterial, tabagismo, sedentarismo, diabetes mellitus, dislipidemia e história familiar de DAC precoce (homem < 55 e mulher < 65 anos) (29,30), alguns estudos prévios apontam a depressão também como fator de risco tão prevalente quanto os classicamente conhecidos (11-15). De fato pacientes com depressão podem aumentar suas possibilidades em até quatro vezes de desenvolverem SCA (3,11,68).

O estudo *INTERHEART*, um grande estudo internacional de caso-controle para avaliar os riscos de doença cardíaca coronariana em todo o mundo, corrobora estas observações, pois a depressão também foi considerada como um fator de risco comparável ao risco do sedentarismo, sendo apenas ligeiramente menor do que o tabagismo (122).

Na análise de regressão logística multivariada considerando o estado depressivo em 180 dias, evidenciamos associação estatisticamente significativa entre os pacientes com AI que apresentaram 4,5 vezes mais possibilidades de desenvolverem depressão e os pacientes com IAMCST que tiveram uma razão de chance de 3,4 vezes maiores do que os pacientes com IAMSST de desenvolverem depressão.

Especificamente em relação à angina instável encontramos resultados semelhantes aos encontrados no estudo de Jespersen e cols (2004) no qual foram avaliados 357 pacientes com sintomas de angina persistente, cuja razão de chance foi de 4,3 para estes pacientes desenvolverem depressão independentemente do grau de DAC (123).

Em outro estudo transversal realizado no Brasil com uma amostra de 253 pacientes, nos quais foi aplicado o inventário de Depressão Beck, verificou-se que os pacientes com um diagnóstico clínico de AI, sexo feminino e idade menor que 60 anos tinham maior possibilidade de desenvolverem sintomas depressivos (124).

Araújo e Marques (2007) em um estudo de abordagem qualitativa pontuam que a intensidade da dor torácica pode causar à pessoa certa apreensão e vários questionamentos, e que o paciente tende a apresentar certo grau de confusão mental e medos, dentre os quais, o medo da morte é o principal, pois a intensidade dos sintomas é percebida como uma ameaça à manutenção da própria vida (125).

Alguns estudos também evidenciam que os pacientes com angina relatam pior qualidade de vida (QV) em várias áreas, incluindo: emocional, social, físico e de produtividade no trabalho (126-128).

Provavelmente em nosso estudo, os anginosos também exibiam perfil psicoemocional semelhante ao descrito previamente, apresentando maior propensão

ao desenvolvimento de sintomas depressivos.

Quanto ao status do TDM não foram evidenciados potenciais fatores de risco por subtipo entre os coronarianos avaliados.

Em relação ao sexo, evidenciamos que mulheres com SCA, independentemente do subtipo, apresentaram 4,5 vezes mais risco de desenvolverem TDM na admissão hospitalar e uma razão de chance de 3,8 vezes em desenvolver sintomas depressivos 180 dias pós-episódio coronariano comparativamente aos homens. Tasneem et al (2005) em um estudo no qual foram verificadas as diferenças de gênero na ligação entre depressão e DAC constatou que a depressão é muito mais prevalente em mulheres pós-infarto agudo do (IAM), em comparação aos homens independentemente da idade e comorbidades. Evidenciaram também que mulheres com IAM apresentavam depressão mais grave em comparação com os homens, e que os sintomas depressivos persistiam por mais tempo (129).

No estudo de Frasure-Smith et al (1999) que avaliou as diferenças de gênero no impacto da depressão e mortalidade em 1 ano após IAM em uma amostra com 133 mulheres, verificou-se que a população feminina era cerca de 2 vezes mais propensa a sofrer depressão após IAM do que a população masculina (130), portanto nossos achados com relação ao gênero muito se aproximam aos descritos previamente na literatura.

Quanto ao sedentarismo verificou-se na admissão hospitalar que neste grupo a possibilidade de se desenvolver sintomas depressivos é 2,5 vezes maior do que no grupo não sedentário. Lemos et al (2008) encontrou resultados semelhantes aos observados por nós em um estudo prospectivo com 168 pacientes divididos em três grupos: de ambos os sexos, entre 35 a 65 anos, investigados por meio do BDI tanto para o sedentarismo quanto para o tabagismo (131).

Em nossa amostra, tabagistas apresentaram risco estimado em torno de 6 vezes maiores de desenvolver sintomas depressivos em 30 dias pós-SCA e 5 vezes em 180 dias pós-SCA comparativamente aos que nunca fumaram. Assim como para aqueles com TDM, evidenciamos uma associação de risco estimado em torno de 14 vezes em 180 dias pós-evento agudo entre tabagistas atuais comparativamente aos não tabagistas. Além disso, diabéticos apresentaram 3,6 vezes maior chance em desenvolver sintomas depressivos e 3,5 vezes mais possibilidades de desenvolver

TDM em até 30 dias comparativamente aos não diabéticos. Após 180 dias esta associação de risco não foi mais evidenciada.

Hughers et al. (1986) verificaram fatores de risco elevados entre os tabagistas e pacientes deprimidos ambulatoriais (132) e Glassman et al. (1988) posteriormente pontuaram em uma revisão de literatura que fumantes coronarianos tinham histórico de transtorno depressivo no passado e que associação entre depressão, tabagismo e DAC era clara. Ainda neste estudo os autores pontuam que indivíduos com TDM tendiam a fumar mais, o que aumentava conseqüentemente o risco para SCA (133).

Carney RM et al (2002) fizeram uma revisão sobre os mecanismos potenciais para depressão como fator de risco para mortalidade e morbidade entre pacientes com SCA, e observaram que sintomas depressivos são fatores de risco independentes para DAC e mortalidade entre tabagistas e diabéticos (134).

Letalidade em indivíduos com SCA e depressão

A letalidade ocorrida no estudo foi de 8,9% em seis meses, sendo que (16/20; 80%) dos óbitos ocorreram entre a admissão hospitalar e 30 dias e (4/20; 20%) das mortes entre 30 a 180 dias pós-evento agudo. Embora estudos prévios (31,135,136) tenham demonstrado uma ligação independente entre sintomas de depressão e mortalidade cardíaca após infarto do miocárdio (MI), no presente estudo a depressão ao longo do período não apresentou relação estatisticamente significativa com a letalidade em até seis meses de seguimento. No estudo de Lespérance e cols (2002), no qual foi aplicado o Inventário de Depressão Beck em 896 pacientes pós-IAM durante a internação e após 1 ano, observou-se uma relação dose-resposta significativa a longo prazo entre os sintomas de depressão durante a internação e mortalidade cardíaca (136).

Talvez se o tempo do seguimento em nosso estudo ou mesmo a amostra fosse maior teríamos uma melhor avaliação de letalidade e sobrevida associadas ao estado depressivo em indivíduos com SCA em seus principais subtipos.

História prévia de depressão e SCA

Em nosso estudo, a relação bidirecional entre SCA e depressão não foi comprovada, ou seja, a história de depressão prévia, verificada em 21,6% dos participantes seguidos, não teve relação com os subtipos de SCA nem com a evolução de depressão ao longo do estudo.

Rugulies (2002), em uma metanálise verificou que o risco relativo de desenvolver DAC em pacientes depressivos era de 1,64 [IC 95% 1,29-2,08; $p < ,001$] sugerindo a depressão como fator de risco independente no desenvolvimento fisiopatológico e não somente como sendo um efeito emocional secundário após o evento agudo (81).

Talvez a dificuldade em comprovar esta relação de causa-efeito entre SCA e depressão resida no fato de que tanto a depressão quando a SCA podem ser causadas por inúmeras variáveis subclínicas, tais como: idade, gênero, condição social, tabagismo, hipertensão, diabetes, sedentarismo dentre outras, que poderiam enviesar associações (81).

Abuso de álcool em pacientes com SCA

No que diz respeito ao abuso de álcool, encontramos altas frequências que diminuíram ao longo do seguimento. A relação entre o consumo de álcool e doenças cardiovasculares é complexa (137). O consumo leve pode ter um impacto benéfico sobre a morbidade e mortalidade por doença isquêmica do coração (137). No entanto, o efeito cardioprotetor benéfico da bebida desaparece com ocasiões de consumo excessivo (138).

O uso de álcool em pacientes com transtornos psiquiátricos pode representar um risco elevado. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a prevalência de dependência de álcool durante a vida é de 22% em pessoas com um transtorno psiquiátrico em comparação com 14% na população geral (137), encontramos índices semelhantes em nossa amostra.

Para avaliação do abuso e do uso nocivo do álcool utilizamos dois

instrumentos o CAGE e o AUDIT.

Na avaliação em 30 dias pós-SCA dos 146 sujeitos testados, o AUDIT indicou que 23,3% dos indivíduos faziam uso abusivo do álcool e o CAGE indicou que 33,6% faziam uso nocivo da substância.

Neste seguimento tanto a população masculina ($p < 0,001$) quanto os tabagistas ($p < 0,001$) apresentaram valores estatisticamente significativos com relação ao abuso e ou uso nocivo do álcool.

Hannah EZ et al (1997) em um estudo transversal objetivando avaliar a relação entre o consumo de álcool e doenças cardíacas, tendo como base os dados extraídos das respostas de 18.323 homens e 25.440 mulheres para o *National Health Interview Survey* nos Estados Unidos, constataram que homens tinham história mais longa de beber e eram fumantes mais compulsivos e mais propensos a serem ex-bebedores e ex-fumantes do que a população do sexo feminino (139).

Hart LC et al. (1999) em um estudo prospectivo de coorte com o objetivo de avaliar a mortalidade, por todas as causas de doenças cardíacas, na população masculina no oeste da Escócia, por 21 anos também observaram que a maior ingestão de álcool ocorria na população masculina, entre outros fatores, estava também associada ao consumo de tabaco e a circunstâncias sociais difíceis (24).

Na avaliação em 180 dias notou-se uma ligeira queda nos percentuais obtidos. O AUDIT pontou 18,3% e o CAGE 25,3%, o que fez uma redução que variou de 5% a 8% nos dois instrumentos.

Na análise de regressão logística multivariada ajustada pelo subtipo da SCA, sexo, idade, nível educacional, tabagismo, hipertensão arterial, diabetes melitus, evidenciou-se uma razão de chances aumentada para a associação entre o abuso e/ou uso nocivo de álcool entre indivíduos mais jovens (idade entre 35 a 44 anos) e tabagistas neste seguimento.

O SENAD (2207) no primeiro levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira constatou que a faixa etária por nós avaliada está entre as que mais fazem uso abusivo de álcool (140).

Ao final do seguimento não foi evidenciada qualquer associação estatisticamente significativa com qualquer subtipo de SCA e o abuso ou uso nocivo do álcool.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Neste subestudo sobre depressão e abuso ou uso nocivo de álcool em indivíduos com SCA encontramos algumas limitações:

- 1) No geral apresentamos uma frequência em torno de 40% de recusa em participar do estudo o que pode ter interferido nos resultados encontrados. Numa análise de sensibilidade, observamos que 30,2% destes pacientes apresentavam sintomas depressivos e 30,7% apresentavam TDM na admissão hospitalar. Portanto, apesar das frequências mais elevadas de depressão encontradas nos participantes avaliados neste subestudo, não podemos descartar um viés de seleção de amostra. Em relação ao TDM encontramos frequências bastante semelhantes entre os participantes e não participantes (33,6% vs. 30,7%, respectivamente).
- 2) Os pacientes com SCA que foram a óbito precocemente e não tinham condições de responder ao questionário de depressão entre a admissão hospitalar e 30 dias pós-evento não foram incluídos no estudo, o que pode ter alterado os índices de mortalidade encontrados.
- 3) Para avaliação dos sintomas depressivos e TDM foram utilizados os instrumentos PHQ-9, BDI e HDRS-21 que apesar de terem validação para o português com o devido respaldo da literatura e serem instrumentos sensíveis e específicos para o rastreamento de depressão, estas escalas não

são consideradas como padrão ouro como o SCID e/ou MINI.

- 4) Apesar dos pacientes terem sido entrevistados pelos mesmos psicólogos treinados e experientes na aplicação dos instrumentos utilizados, a presença de um psiquiatra no decorrer do estudo poderia ter contribuído ainda mais para a detecção de novos casos.
- 5) Os pacientes da subamostra pertencem a uma única instituição o que pode ter acarretado a um viés de amostra apesar das associações encontradas estarem de acordo com dados previamente publicados na literatura

9. CONCLUSÕES

A frequência de depressão neste subestudo variou entre 40 e 60% da admissão até 180 dias pós-SCA. A população feminina, os tabagistas e os pacientes que desenvolveram angina instável (AI) ou infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento de ST (IAMCST), apresentaram maiores riscos de desenvolver depressão ao longo do seguimento de 180 dias.

Quanto ao álcool tanto a população masculina, quanto os tabagistas e indivíduos mais jovens (idade entre 35 a 44 anos), apresentaram valores estatisticamente significativos com relação ao uso abusivo e/ou nocivo do álcool.

Não foi evidenciada qualquer associação estatisticamente significativa com qualquer subtipo de SCA e o uso abusivo e/ou nocivo do álcool.

10. PERSPECTIVAS PARA O ESTUDO

Pretendemos no futuro estender o tempo de seguimento do estudo para avaliação de letalidade e sobrevida associadas ao estado depressivo em indivíduos com SCA em seus principais subtipos.

ANEXO A – Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

PROJETO INSUFICIÊNCIA CORONARIANA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Apresentação do estudo:

O Projeto ERICO (Estratégia de Registro da Insuficiência Coronariana) é uma pesquisa sobre a doença coronariana que acomete a população adulta, como o infarto (ataque do coração). É um estudo que será realizado no Hospital Universitário – USP e acompanhará os casos de infarto que chegarem ao hospital para avaliação das condições de saúde nos pacientes com essa coronariana.

Participação no estudo:

O/A Sr./a é convidado/a a participar do estudo que envolve o acompanhamento dos participantes por pelo menos dois anos, com a realização de entrevistas por telefone ou presencial no Hospital Universitário-USP ao final do primeiro mês depois do infarto, dos primeiros 6 meses e depois anualmente.

Inicialmente, o/a Sr./a fará a primeira parte da entrevista logo após a chegada ao hospital. Enquanto o Sr(a) estiver internado será coletado sangue para realização de exames. Junto com a realização desses exames serão colhidos mais 30 ml de sangue, 10 ml de saliva, 10 ml de urina que ficarão guardados para exames a serem realizados no futuro, incluindo extração de DNA e RNA, em ocasiões distintas (durante internação e pós 30 dias do infarto). O total de sangue coletado não traz inconveniências para adultos. Apenas um leve desconforto pode ocorrer associado à picada da agulha. Algumas vezes pode haver sensação momentânea de tontura ou pequena reação local, mas esses efeitos são passageiros e não oferecem riscos. Esse sangue guardado é fundamental para futuras análises que possam ampliar o conhecimento sobre as doenças em estudo.

Após esta primeira etapa do estudo, o/a Sr/a. será periodicamente contatado/a por telefone, correspondência ou e-mail para acompanhar as modificações no seu estado de saúde e para obtenção de informações adicionais. Por isso, é muito importante informar seu novo endereço e telefone em caso de mudança. Para poder monitorar melhor sua situação de saúde, é essencial ter acesso ao seu prontuário médico caso o Sr(a) apresente algum problema de saúde depois da alta.

Análises adicionais, de caráter genético ou não, que não foram incluídas nos objetivos definidos no protocolo original da pesquisa, somente serão realizadas mediante a apresentação de projetos de pesquisa específicos, aprovados pelo Comitê de Ética da instituição incluindo a assinatura de novos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

Seus direitos como participante:

Sua participação é inteiramente voluntária. Todos os procedimentos realizados serão inteiramente gratuitos. Todos os resultados dos exames realizados serão entregues ao Sr(a).

Todas as informações obtidas do/a Sr/a. serão confidenciais, identificadas por um número e sem menção ao seu nome. Elas serão utilizadas exclusivamente para fins de análise científica e serão guardadas com segurança - somente terão acesso a elas os pesquisadores envolvidos no projeto.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Lhe será entregue. Se houver perguntas ou necessidade de mais informações sobre o estudo, ou qualquer intercorrência, o/a Sr/a. pode procurar o Professor Paulo Andrade Lotufo, Professora Isabela Benseñor ou Dra Alessandra Carvalho Goulart no Hospital Universitário – USP na Av. Lineu Prestes 2565, telefone (11) 3091-9271 coordenadores do

projeto no CI-SP. O Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da USP pode ser contatado pelo seguinte telefone: (11) 3091-9457.

Sua assinatura abaixo significa que o/a Sr/a. leu e compreendeu todas as informações e concorda em participar da pesquisa.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome do/a participante:
Documento de Identidade:
Data de nascimento:
Endereço:
Telefones para contato:.....

<p>Declaro que compreendi as informações apresentadas neste documento e dei meu consentimento para participação no estudo.</p> <p>Autorizo os pesquisadores do estudo a obter informações sobre a ocorrência de hospitalizações, licenças médicas, eventos de saúde, aposentadoria, ou afastamento de qualquer natureza em registros de saúde junto ao Hospital Universitário - USP e a outras instituições de saúde públicas ou privadas, conforme indicar a situação específica.</p> <p>No caso de hospitalização, autorizo, adicionalmente, que o/a representante do estudo devidamente credenciado/a, copie dados constantes na papeleta de internação, bem como resultados de exames realizados durante minha internação.</p> <p>As informações obtidas somente poderão ser utilizadas para fins estatísticos e deverão ser mantidas sob proteção, codificadas e sem minha identificação nominal.</p> <p>Assinatura _____</p> <p>Local _____ Data ____/____/____</p>
--

Nome do/a entrevistador/a:
Assinatura: _____

ANEXO B – ERICO Questionário Inicial

Hospital Universitário - USP Registro de Síndromes Coronarianas Agudas	
IDENTIFICAÇÃO:			
NOME: _____			ID ERICC <input type="text"/>
DATA DE NASC _____	SEXO ☐ Masculino ☐ Feminino	RG HU: <input type="text"/>	
Unidade de Ocorrência: ☐ PA ☐ UTI/SEMI ☐ Enfermaria	Data de Entrada PS-HU: _____ Hora de Entrada PS-HU: _____	Procedência ☐ CASA ☐ SAMU ☐ UBS	Data: _____ Hora: _____
Cor ou raça? ☐ Branco ☐ Mulato ou Pardo ☐ Negro ☐ Asiático	Estado civil ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Divorciado/Separado ☐ Viúvo ☐ Amigado ☐ Ignorado/Não consta	Nível de escolaridade ☐ Sem estudo formal ☐ Fundamental incompleto ☐ Fundamental completo ☐ Médio incompleto ☐ Médio completo ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo ☐ Pós graduação	
ANTECEDENTES DE RISCO:			
TABAGISMO ☐ Tabagista atual ☐ Ex-Tabagista ☐ Nunca fumou ☐ Não sabe ☐ DI (dados insuficientes)		Se tabagista atual, quantos cigarros por dia? _____ Se ex-tabagista, por _____ Fuma há quantos anos? _____ Há quanto tempo parou? _____	
Uso de cocaína ou crack? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ DI	HAS ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ DI	DM ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ DI	DISLIPIDEMIA ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ DI SEDENTARISMO ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ DI
INSUFICIÊNCIA RENAL ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ DI	MENOPAUSA ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ DI ☐ Não se aplica	MENOPAUSA HÁ QUANTOS ANOS <input type="text"/> OUTROS ANTECEDENTES? _____	
ICO PREVIA ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ Sem inf	TIPO DE ICO PREVIA ☐ IAM Previo ☐ ATC Previo ☐ RM Previo ☐ Outros →	SE OUTROS QUAL? _____ 1º EVENTO HÁ QUANTOS ANOS IAM Previo <input type="text"/> ATC Previo <input type="text"/> RM Previo <input type="text"/>	CONTRACEPÇÃO OU TRH? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe SE SIM, HÁ QUANTOS ANOS? <input type="text"/>
ANTECEDENTE FAMILIAR DE ICO PRECOCE ☐ FAMILIAR MASCULINO < 55 ANOS ☐ FAMILIAR FEMININO < 65 ANOS ☐ NÃO ☐ NÃO SABE ☐ DI		ICC: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ DI	AVC: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ DI APRESENTOU 2 OU MAIS EPISÓDIOS DE DOR PRECORDIAL NAS ÚLTIMAS 24H? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe ☐ DI

Consome café? ☐ Sim, com cafeína ☐ Sim, sem cafeína ☐ Não ☐ DI	Quantidade consumida por vez (xícaras)? _____
Frequência com que consome café? ☐ Mais de 3 vezes ao dia. ☐ 2 a 3 vezes ao dia ☐ 1 vez ao dia ☐ 5 a 6 vezes na semana ☐ 2 a 4 vezes na semana ☐ 1 vez na semana ☐ 1 a 3 vezes ao mês ☐ Nunca/quase nunca	Qual o tipo de café que o senhor usualmente consome? ☐ Passado em filtro ou coador ☐ Expresso ☐ Cafeteira italiana ☐ Solúvel (instantâneo) ☐ Dados Insuficientes ☐ Outro, especifique: _____

ELETROCARDIOGRAMA

DATA DO ECG (DD.MM.AAAA)	<input type="text"/>	HORA DO ECG (HH:MM)	<input type="text"/>
AINDA COM DOR NO ECG ☐ SIM ☐ NÃO ☐ DI		RITMO SINUSAL? ☐ SIM ☐ NÃO	
SE NÃO, QUAL RITMO? _____			
ALTERAÇÕES DE ST-T: ☐ SUPRA ☐ INFRA ☐ BRE ☐ INVERSÃO DE ONDA T ☐ ECG NORMAL			
INFRA ST > 0.05 MM ☐ SIM ☐ NÃO	ALTERAÇÃO COM NITRATO ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Não se aplica	SUPRA > 1MM 2 DERIVAÇÕES ☐ SIM ☐ NÃO	
PAREDE(S) SEGMENTO ST ☐ SEPTAL (V1-V2) ☐ ANTERIOR (V3-V4) ☐ LATERAL (V5, V6) ☐ VD (V3R, V4R) ☐ INFERIOR (II III, AVF) ☐ DORSAL (V7,V8) ☐ LAT ALTA (I,AVL) ☐ ALT DINÂMICA			
ONDA Q? ☐ SIM ☐ NÃO	AMPLITUDE DO MAIOR SUPRA: OU INFRA NO ECG: _____		
PAREDE(S) ONDA Q ☐ SEPTAL (V1-V2) ☐ ANTERIOR (V3-V4) ☐ LATERAL (V5, V6) ☐ VD (V3R, V4R) ☐ INFERIOR (II III, AVF) ☐ DORSAL (V7,V8) ☐ LAT ALTA (I,AVL) ☐ ALT DINÂMICA			
OUTRAS ALTERAÇÕES NO ELETRO? _____			

DADOS LABORATORIAIS DE ENTRADA

VALORES DE ENTRADA:		TROPONINA	
UREIA	<input type="text"/>	1º VALOR	<input type="text"/>
CREATININA	<input type="text"/>	HORA (1º)	<input type="text"/>
POTASSIO	<input type="text"/>	MAIOR	<input type="text"/>
HB	<input type="text"/>	HORA(>)	<input type="text"/>
HT	<input type="text"/>		
LEUCOCITOS	<input type="text"/>	CKMB	
EOSINOFILOS(%)	<input type="text"/>	1º VALOR	<input type="text"/>
PLAQUETAS	<input type="text"/>	HORA(1º)	<input type="text"/>
GLICEMIA	<input type="text"/>	MAIOR	<input type="text"/>
		HORA(>)	<input type="text"/>

MEDICAÇÃO

MEDICAÇÕES PRÉVIAS (CASA)	
☐ AAS	☐ WARFARINA
☐ CLOPIDOGREL	☐ ESTATINA/HIPOLIPEMIANTE
☐ BETA-BLOQUEADOR	☐ FIBRATO
☐ BLOQUEADOR CALCIO	☐ NITRATO
☐ I-ECA	☐ HIPOGLICEMIANTE ORAL
☐ BRA	☐ INSULINA
☐ DIURETICO	☐ BLOQ BOMBA
☐ ALDACTONE	☐ BLOQ H2

OUTRAS MEDICAÇÕES ? ☐ SIM ☐ NÃO	QUAL(IS)? <input type="text"/>
---	--

HISTÓRIA QUADRO ATUAL:

EQUIVALENTE ISQUÊMICO ☐ SIM ☐ NÃO		CARACTERÍSTICA DA DOR ATUAL ☐ TÍPICA ☐ SUGESTIVA ☐ ATÍPICA	
AINDA COM DOR NA ENTRADA ☐ SIM ☐ NÃO	HORA DE INÍCIO DA DOR <input type="text"/>	DATA DE INÍCIO DA DOR <input type="text"/>	

EXAME FÍSICO DE ENTRADA

DADOS VITAIS:		SATURAÇÃO DE O ₂ (mm)
PRESSÃO SISTÓLICA (MMHG)	<input type="text"/>	KILLIP: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
PRESSÃO DIASTÓLICA (MMHG)	<input type="text"/>	
FC (BPM)	<input type="text"/>	
ALTURA (CM)	<input type="text"/>	
PESO (KG)	<input type="text"/>	
DIAGNOSTICO INICIAL (DE ENTRADA): ☐ IAM CSST ☐ AI RISCO MÉDIO ☐ IAM SSST ☐ AI ALTO RISCO ☐ AI BAIXO RISCO ☐ DOR NÃO CORONARIANA		

DIAGNÓSTICO DE SAÍDA

IAM sem supra: ☐ Sim ☐ Não	IAM com supra: ☐ Sim ☐ Não	Angina instável: ☐ Sim ☐ Não	Risco AI: ☐ Baixo ☐ Médio ☐ Alto	OUTROS, QUAL? <input type="text"/>
--	--	--	--	--

Hospital Universitário – USP
Registro de Síndromes Coronarianas Agudas

Etiqueta do Paciente

Classificação de TIMI para SCA sem supra

- ☐ Idade ≥ 65 anos ☐ ≥ 3 Fatores de Risco para DAC (HF +, HAS, DLP, DM, Fumante)
☐ DAC Conhecida (com estenos $> 50\%$) ☐ Uso de AAS nos últimos 7 dias
☐ Angina recente (≤ 24 horas) grave ☐ Alteração de Marcadores (troponina OU CK-MB)
☐ Alteração de ST $\geq 0,5$ mm Escore de TIMI: _____

Outros Critérios de Risco (podem ser consideradas indicações de estratificação invasiva)

- ☐ Sinais de ICC ☐ Instabilidade Hemodinâmica ☐ Angina recorrente após otimização terapêutica
☐ Insuf. mitral nova ou com piora ☐ TV sustentada ☐ FE $< 40\%$ ☐ ATC < 6 m ☐ RM prévia
☐ Teste não invasivo de alto risco ☐ Troponina + ☐ Infra dinâmico de ST

Diagnóstico Inicial

- ☐ **A – SCA / IAM com supradesnivelamento ST / BRE agudo** ☐ < 12 horas de dor / ☐ > 12 horas de dor – (< 12 horas de dor $\rightarrow$ terapia de reperfusão / > 12 horas de dor $\rightarrow$ sem terapia de reperfusão, em princípio)
☐ **B – SCA sem supradesnivelamento ST de risco alto** – (TIMI 5 - 7, critérios de risco) $\rightarrow$ tratamento de SCA de risco alto – estratificação invasiva, em princípio)
☐ **C – SCA sem supradesnivelamento ST de risco intermediário** – TIMI 3 - 4, sem critérios de alto risco $\rightarrow$ tratamento de SCA de risco intermediário – estratificação preferencialmente não invasiva)
☐ **D – SCA sem supradesnivelamento ST de risco baixo** – TIMI 0 - 2 $\rightarrow$ tratamento ambulatorial, em princípio – estratificação não invasiva, tentar estratificar internado)
☐ Dor não coronariana – Diagnóstico: _____

Classificação (só para IAM)

Killip-Kimball ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV (I – PA e perfusão OK, pulmões s/ EC / II – PA e perfusão OK, EC até 1/2 inferior / III – PA e perfusão OK, EC na 1/2 superior / IV – Hipotensão / choque)

Complicações:

Clínica? ☐ Não / ☐ Sim $\rightarrow$ Qual?: ☐ Choque ☐ ICC / EAP ☐ AVC ☐ IRA ☐ TVP
 Arritmia? ☐ Não / ☐ Sim $\rightarrow$ Qual?: ☐ PCR / FV ☐ TV ☐ FA ☐ Flutter ☐ Bradicardia sinusal ☐ BAV 1º grau
☐ BAV 2º grau ☐ BAV 3º grau ☐ Outra: _____

Mecânica? ☐ Não / ☐ Sim $\rightarrow$ Qual?: ☐ Insuf. Mitral Aguda ☐ CIV Aguda ☐ Rotura VE

*Presença de complicação mecânica $\rightarrow$ (cirurgia de emergência)

Hospital Universitário – USP
Registro de Síndromes Coronarianas Agudas

Etiqueta do Paciente

Medidas Gerais Iniciais: Confirmada a necessidade de internação por SCA – Se não prescrito, justificar

- ☐ Repouso absoluto. Sedação com BZD. Proteção para úlcera de estresse. ☐ Não prescrito: justificar abaixo
- ☐ AAS – Dose inicial 200 mg – manutenção 100 mg/ dia. ☐ Não prescrito: justificar abaixo
- ☐ Betabloqueador – EV lento – até FC ~ 56-60, se alto risco ☐ Não prescrito: justificar abaixo
- ☐ Betabloqueador – VO até FC ~ 56-60, se alto risco ☐ Não prescrito: justificar abaixo
- ☐ Nitrato SL se dor, hipertensão ou congestão ☐ Prescrito ou não: justificar abaixo

Conduta Específica:

- ☐ **A – Investigação / Tratamento de Dor Não-Coronariana**
- ☐ **B – Se SCA de Baixo Risco: Tratamento Clínico Ambulatorial / Estratificação Não-Invasiva (TE) –**
Alta. Encaminhamento ambulatorial breve para estratificação não invasiva → ☐ AAS, betabloqueador.
- ☐ **C – Se SCA de médio risco: Preferencialmente estratificação não invasiva (opcional: Invasiva) –**
☐ Observação por pelo menos 48 horas sem dor. ☐ AAS, betabloqueador, nitrato / nitroglicerina.
☐ enoxaparina. ☐ Clopidogrel. ☐ Considerar iECA nas primeiras 24h. ☐ Estatina se indicado.
☐ Estratificação não invasiva após 24 – 48 h. Se algum item não prescrito ou realizado, justificar abaixo.
- ☐ **D – Se SCA de alto risco: Preferencialmente estratificação invasiva (opcional não invasiva, avaliação clínica)**
☐ Observação até CAT ou por pelo menos 48 horas sem dor. ☐ AAS, beta-bloqueador, nitrato / nitroglicerina.
☐ enoxaparina. ☐ Clopidogrel. ☐ Estratificação invasiva (se possível < 24 – 48 horas. ☐ IIb/IIIa (tirofiban) somente se sintomas refratários ou recorrentes. ☐ Considerar iECA nas primeiras 24h. ☐ Estatina se indicado.
Se algum item não prescrito ou realizado, justificar abaixo.
- Tirofiban (Agrastat) – Ataque 0,04 mg/ kg/ min por 30 min → 0,01 mg/ kg/ min de manutenção. Na solução padrão (50 ml tirofiban em 200 ml de SF) 0,4 x kg = ml/ hora de ataque e 0,1 x kg = ml/ hora da manutenção.**
- ☐ **E – Se SCA com supra de ST com < 12 horas –**
☐ AAS, betabloqueador, nitrato / nitroglicerina. ☐ enoxaparina. ☐ Clopidogrel. ☐ Streptoquinase 1.500.000 UI EV em 1 hora. AVALIAR CONTRA-INDICAÇÃO A TROMBOLÍTICOS. Considerar transferência para ATC primária se contra indicações absolutas ou se chocado (Killip IV). ☐ Considerar iECA nas primeiras 24h. ☐ Estatina se indicado. Se algum item não prescrito ou realizado, justificar abaixo.
- ☐ **F – Se SCA com supra de ST com > 12 horas e estável –**
☐ AAS, betabloqueador, nitrato / nitroglicerina. ☐ enoxaparina. ☐ Clopidogrel.
☐ Considerar iECA nas primeiras 24h. ☐ Estatina se indicado. Se algum item não prescrito ou realizado, justificar abaixo.

JUSTIFICATIVAS:

Anotação Livre:

ANEXO C – Patient Health Questionnaire (PHQ 9)

Patient Health Questionnaire: PHQ-9 escore- ERICO

Número de ordem:	Registro Hospitalar:
Nome:	Data: / /

Nas últimas duas semanas com que frequência você se sentiu incomodado por algum dos problemas abaixo?	Nunca (0)	Várias Vezes (1)	Mais da metade dos dias (2)	Quase todo dia (3)
1. Pouco interesse ou prazer em fazer as atividades do dia a dia.				
2. Sentindo-se para baixo, deprimido ou sem esperança.				
3. Problemas para pegar no sono, continuar dormindo ou por dormir demais.				
4. Sentindo-se cansado ou com pouca energia.				
5. Com pouco apetite ou comendo demais.				
6. Sentido mal com você mesmo ou que você é um fracasso ou que você põe você mesmo ou sua família para baixo.				
7. Problemas de concentração, como para ler jornal ou assistir televisão.				
8. Está se movimentando ou falando tão devagar que outras pessoas notaram? Ou ao contrário que você está tão agitado ou inquieto que você acaba se movimentando mais do que o habitual.				
9. Pensamentos que seria melhor você morrer ou se ferir de alguma maneira.				
Escore total =				

Se você apresentou algum problema, o quanto esses problemas atrapalharam você no trabalho, a cuidar das coisas em casa ou na sua relação com outras pessoas

- () Não atrapalhou
 () Atrapalhou um pouco
 () Atrapalhou muito
 () Atrapalhou demais

Gravidade da depressão de acordo com PHQ-9 escore (preenchimento médico):

Mínima (0-4) _____
 Leve (5-9) _____
 Moderada (10-14) _____
 Moderadamente grave (15-19) _____
 Grave (20-27) _____

ANEXO D - Questionário ERICO 30 dias

SEGUIMENTO - 30 DIAS - PROJETO ERICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____		ID Erico: _____
RGHU: _____	Data nascimento: _____	
Endereço: _____		Tel: _____
Contato efetuado com paciente: ☐ Sim ☐ Não		Obs: _____

2. MEDICAÇÕES

☐ AAS	☐ DIURETICO	☐ NITRATO
☐ CLOPIDOGREL	☐ ALDACTONE	☐ HIPOGLICEMIANTE ORAL
☐ BETA-BLOQUEADOR	☐ WARFARINA	☐ INSULINA
☐ BLOQUEADOR CALCIO	☐ ESTATINA/HIPOLIPEMIANTE	☐ BLOQ BOMBA
☐ I-ECA	☐ FIBRATO	☐ BLOQ H2
☐ BRA	☐ HEPARINA	

OUTRAS, QUAIS? _____

Consomia café? ☐ Sim, com cafeína ☐ Sim, sem cafeína ☐ Não ☐ DI	Quantidade que consumia por vez (xícaras)? _____
Frequência com que consomia café? ☐ Mais de 3 vezes ao dia. ☐ 2 a 3 vezes ao dia ☐ 1 vez ao dia ☐ 5 a 6 vezes semana ☐ 2 a 4 vezes semana ☐ 1 vez na semana ☐ 1 a 3 vezes ao mês ☐ Nunca / quase nunca	Qual o tipo de café que o senhor usualmente consomia? ☐ Passado em filtro ou coador ☐ Expresso ☐ Cafeteira italiana ☐ Solúvel (instantâneo) ☐ DI ☐ Outro, especifique: _____

Mudou hábitos pós ocorrência do infarto / angina ? ☐ Sim ☐ Não ☐ NS ☐ DI		Se SIM, qual passou a ser a quant. consumida por vez (xícaras)? _____
Qual o tipo de café que o senhor usualmente consome? ☐ Passado em filtro ou coador ☐ Expresso ☐ Cafeteira italiana ☐ Solúvel (instantâneo) ☐ DI ☐ Outro, especifique: _____		Com que frequência que consome café? ☐ Mais de 3 vezes ao dia. ☐ 2 a 3 vezes ao dia ☐ 1 vez ao dia ☐ 5 a 6 vezes semana ☐ 2 a 4 vezes semana ☐ 1 vez na semana ☐ 1 a 3 vezes ao mês ☐ Nunca / quase nunca

3. SEGUIMENTO DE 30 DIAS

Óbito? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____	Causa do óbito: _____	
Realizou novo cateterismo? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____	Pedir laudo: fax: 30919271	
Procurou PS por dor torácica? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____	Fez cirurgia cardíaca? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____
Novo episódio de infarto? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____	Apresentou outro episódio de dor no peito? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____
Realizou revascularização miocárdica? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____	Apresentou qualquer tipo de sangramento? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____
Apresentou derrame? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____	Ficha PHQ preenchida? ☐ Sim ☐ Não	
Data contato telefônico: _____		Obs: _____	

ANEXO E - Questionário Psicológico Estruturado de Triagem

Investigador:..... Iniciais e Número do Paciente:.....Número da Avaliação:.....Data:

Entrevista Psicológica Estruturada (Triagem)

Demência:

1. Orientação temporal	Em que Dia? (1) Ano? (1) Mês? (1) Estação? (1) Dia da semana? (1)	(0-5 pontos)	
2. Orientação espacial	Onde estamos? Local? (1) Rua? (1) Bairro? (1) Cidade? (1) Estado? (1)	(0-5 pontos)	
3. Repita as palavras	Peça o sujeito para repetir as palavras depois de dizê-las: Caneca, Tijolo, Tapete. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições) N° de repetições: _____	(0-3 pontos)	
4. Cálculo	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações) - (93, 86, 79, 72, 65)	(0-5 pontos)	
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco (Caneca, Tijolo, Tapete)	(0-3 pontos)	
6. Linguagem (	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los (Relógio, Caneta)	(0-3 pontos)	
7. Linguagem	Repita a frase: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LA	(1 ponto)	
8. Linguagem	Siga uma ordem de três estágios: Pegue o papel com a mão direita / Dobre-o ao meio / Ponha-o no chão	(0-3 pontos)	

Transtorno Bipolar - (Três ou mais dos seguintes sintomas já ocorreram ou está ocorrendo)

1.	Houve algum período de tempo em que você se sentiu tão bem, para cima, agitado (a) ou excitado (a) que outras pessoas pensavam que você não estava no seu normal ou que estava tão agitado que se envolvia em problemas? Alguém disse que você estava agitado?	Sim	Não
2.	Um período distinto de humor anormal e persistente elevado ou irritável?	Sim	Não
3.	Já sentiu auto estima inflada ou grandiosidade?	Sim	Não
4.	Necessidade diminuída de sono (ex.: sente-se repousado depois de apenas 3 horas de sono) ?	Sim	Não
5.	Mais loquaz do que o habitual ou pressão para continuar falando?	Sim	Não
6.	Fuga de idéias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão correndo?	Sim	Não
7.	Distrabilidade? (Atenção desviada com excessiva facilidade para estímulos externos insignificante ou irrelevantes)	Sim	Não
8.	Aumento da atividade dirigida e objetivos (Socialmente, no trabalho, na escola ou sexualmente) ou agitação psicomotora?	Sim	Não
9.	Envolvimento excessivo em atividades prazerosas com um alto potencial para as consequências dolorosas? (envolvimento em gastança desenfreada em compras, indiscrições sexuais ou investimentos tolos)	Sim	Não
10.	Perturbação de humor suficientemente grave causar prejuízo acentuado no funcionamento ocupacional, nas atividades sociais ou relacionamentos costumeiros com os outros ou para exigir a hospitalização, como um meio de evitar danos para si mesmo e a outros ou existem psicóticos?	Sim	Não

Sintomas Psicóticos e Associados. (O Tempo pode indicar esquizofrenia)

1.	Alguma vez você já teve a sensação que as pessoas estavam falando sobre você ou prestando muita atenção em você? (Se SIM vá para pergunta 2, Se não vá para 3) (Se sim por quando tempo)	Sim	Não
2.	Você estava convencido (a) de que elas estavam falando sobre você ou pensou que poderia ser sua imaginação?	Sim	Não
3.	Você já recebeu mensagens especiais da TV, rádio ou jornal, ou através de como as coisas estavam arranjadas ao seu redor? (Se sim por quando tempo)	Sim	Não
4.	Alguma vez você já sentiu que era especialmente importante de alguma forma, ou que tinha poderes especiais para fazer coisas que outras pessoas não podem fazer? (Se sim por quando tempo)	Sim	Não
5.	Alguma vez você já sentiu que havia algo muito errado com você fisicamente mesmo que seu médico dissesse que não havia nada errado... como se você tivesse câncer ou alguma outra doença terrível? (Se sim por quando tempo)	Sim	Não
6.	Alguma vez você já esteve convencido (a) de que havia algo muito errado com a aparência de alguma parte ou partes do seu corpo? (Se sim por quando tempo)	Sim	Não
7.	Alguma vez já teve alguma experiência religiosa fora do comum? (Se sim por quando tempo)	Sim	Não
8.	Alguma vez você já sentiu que alguém ou alguma coisa fora de você estava controlando os seus pensamentos ou ações contra a sua vontade? (Se sim por quando tempo)	Sim	Não
9.	Alguma vez você já ouviu ou viu coisas que outras pessoas não poderia, ouvir ou ver, como barulho, vozes de pessoas sussurrando ou falando? (você estava acordado) / (Se sim por quando tempo)	Sim	Não
10.	Alguma vez você já teve sensações estranhas no seu corpo ou pele? Ou sentiu cheiro ou gosto que outras pessoas não conseguiam sentir? / (Se sim por quando tempo)	Sim	Não
11.	Alguma vez você já sentiu cheiro ou gosto que outras pessoas não conseguiam sentir? (Se sim por quando tempo)	Sim	Não

ANEXO F - Questionário de História Prévia de Depressão

História de Depressão Prévia

1. Antes do infarto, algum médico falou que o Sr (a) teve ou tem depressão?

- a) Sim () Se sim, quando aconteceu esta experiência? (mês/ano) _____
 b) Não ()
 c) Não sei ()
 d) Dado faltante ()

2. Você tomou algum medicamento para depressão antes do infarto?

- a) Sim ()

Nome da medicação	Data início	Data de término

- b) Não ()
 c) Não sei ()
 d) Dado faltante ()

3. Antes do infarto, alguma vez você se sentiu deprimido ou muito triste a maior parte do dia, ou quase todos os dias?

- e) Sim ()
 f) Não ()
 g) Se sim, quanto tempo durou? (Pelo menos 2 semanas?)

h) Você procurou algum tratamento? Se sim, que tipo? (psiquiátrico, clínico etc.)

4. Tem história de depressão na família?

- a) Sim ()
 b) Não ()

5. Tem história de suicídio na família?

- a) Sim ()
 b) Não ()

6. Mora sozinha (o):

- a) Sim () sente apoio social? _____
 b) Não ()
 c) Você sente que recebe suporte emocional adequado da sua família (a)? Sim () Não ()
 d) Você acha que pode contar com sua família quando precisar de ajuda? Sim () Não ()

7. Você passou por alguma situação estressante antes do infarto, como:

- a) Problemas financeiros Sim () Não ()
 b) Problemas conjugais Sim () Não ()
 c) Morte na família Sim () Não ()
 d) Doença séria na família Sim () Não ()
 e) Mudança de casa Sim () Não ()
 f) Desemprego Sim () Não ()
 g) Mudanças de emprego Sim () Não ()

8. Alguma experiência traumática na infância?

- Sim () Fale a respeito: _____

 Não ()

ANEXO G - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-21)

1

Nome do paciente: _____ Data: ____/____/____

Numero: _____ Entrevistador: _____

Introdução:

Gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a última semana. Como você tem se sentido desde a última (dia da semana)? Se paciente ambulatorial: Você tem trabalhado? Se não: Especifique por que não?

1. Como tem estado seu humor na última semana?

Você tem se sentido para baixo ou deprimido?

Triste? Sem esperança?

Na última semana, com que frequência você se sentiu (utilize a palavra referida pelo paciente)? Todos os dias? O dia inteiro?

Você tem chorado?

Humor depressivo (tristeza, desesperança, desamparo, inutilidade)

0- ausente

1- sentimentos relatados somente se perguntados

2- sentimentos relatados espontaneamente, com palavras

3- comunica os sentimentos não com palavras, mas com expressão facial, postura, voz e tendência ao choro

4- o paciente comunica quase que exclusivamente esses sentimentos, tanto em seu relato verbal como na comunicação não-verbal

Se pontuou de 1 a 4, pergunte: *Há quanto tempo você tem se sentido desta maneira?*

2. Você tem se sentido especialmente autocrítico nesta última semana, sentindo que fez coisas erradas ou decepcionou outras pessoas?

SE SIM: quais foram esses pensamentos?

Você tem se sentido culpado em relação a coisas que fez ou não fez?

Você tem pensado que, de alguma forma, você é responsável pela sua depressão?

Você sente que está sendo punido ficando doente?

Sentimentos de culpa:

0- ausente

1- auto-recriminação, acha que decepcionou outras pessoas

2- idéias de culpa ou ruminações de erros ou ações pecaminosas (más) no passado

3- paciente acha que a doença atual é uma punição (castigo). Delírio de culpa

4- ouve vozes que o acusam ou denunciam e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras

3. Nessa última semana, você teve pensamentos de que não vale a pena viver ou que você estaria melhor morto? ou pensamentos de se machucar ou até de se matar?

SE SIM: o que você tem pensado sobre isso? Você já se machucou?

Suicídio:

- 0- ausente
 - 1- acha que não vale a pena viver
 - 2- deseja estar morto ou pensa em uma possível morte para si
 - 3- idéias ou atitudes suicidas
 - 4- tentativas de suicídio
-

4. Como tem sido seu sono na última semana?

Você teve alguma dificuldade em iniciar o sono? Após se deitar, quanto tempo leva para conseguir dormir?
Em quantas noites nesta última semana você teve problemas para iniciar o sono?

Insônia inicial:

- 0- sem dificuldades para iniciar o sono
 - 1- queixa de dificuldade ocasional para iniciar o sono, ou seja, mais que meia hora
 - 2- queixa de dificuldade para iniciar o sono todas as noites
-

5. Durante essa última semana, você tem acordado no meio da noite?

SE SIM: você sai da cama? o que você faz? (somente vai ao banheiro?)

Quando volta para a cama, você volta a dormir logo?

Você sente que seu sono é agitado ou perturbado em algumas noites?

Insônia intermediária:

- 0- sem dificuldade
 - 1- queixa de agitação e perturbação durante a noite
 - 2- acorda durante a noite – qualquer saída da cama (exceto por motivos de necessidade fisiológica)
-

6. A que horas você tem acordado pela manhã na última semana?

Se cedo: acorda com despertador ou sozinho? A que horas você normalmente acordava (ou seja, antes de ficar deprimido)?

Insônia tardia:

- 0- sem dificuldade
 - 1- acorda durante a madrugada, mas volta a dormir
 - 2- não consegue voltar a dormir se levantar da cama durante a noite
-

7. Como você tem passado seu tempo na última semana (quando não está no trabalho)?

Você se sente interessado em fazer (essas atividades) ou você tem de se forçar?

Você parou de fazer atividades que costumava fazer? SE SIM: Por quê?

Há alguma coisa que você aguarda ansiosamente?

(no seguimento): Seu interesse voltou ao normal?

Trabalho e atividades:

0- sem dificuldades

1- pensamentos e sentimentos de incapacidade, fadiga ou fraqueza, relacionados a atividades, trabalho ou passatempos

2- perda de interesse em atividades, passatempos ou trabalho, quer relatado diretamente pelo paciente, quer indiretamente por desatenção, indecisão ou vacilação (sente que precisa se esforçar para o trabalho ou outras atividades)

3- diminuição no tempo gasto em atividades ou queda de produtividade. No hospital, o paciente ocupa-se por menos de três horas por dia em atividades (trabalho hospitalar ou passatempos) com exceção das tarefas rotineiras da enfermaria

4- parou de trabalhar devido à doença atual. No hospital, sem atividades, com exceção das tarefas rotineiras da enfermaria, ou se não consegue realizá-las sem ajuda

8. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:***Retardo (lentificação do pensamento e da fala, dificuldade de concentração, diminuição da atividade motora):***

0 pensamentos e fala normais

1 lentificação discreta à entrevista

2 lentificação óbvia durante a entrevista

3 entrevista difícil

4 estupor completo

9. Avaliação baseada na observação durante a entrevista:***Agitação:***

0 nenhuma

1 inquietação

2 mexe as mãos, cabelos etc.

3 movimenta-se bastante, não consegue permanecer sentado durante a entrevista

4 retorce as mãos, rói as unhas, puxa os cabelos, morde os lábios

10. Você tem se sentido especialmente tenso ou irritado nesta última semana?

Você tem estado preocupado com coisas pouco importantes com as quais normalmente não se preocuparia? SE

SIM: Como com o quê, por exemplo?

Ansiedade psíquica:

0 sem dificuldade

1 tensão e irritabilidade subjetivas

2 preocupa-se com trivialidades

3 atitude apreensiva aparente no rosto ou na fala

4 paciente expressa medo sem ser perguntado

11. Na última semana, você sofreu de alguns dos seguintes sintomas físicos?

Leia a lista, parando após cada sintoma para resposta.

O quanto esses sintomas o incomodaram na última semana? Quão intensos foram? Quanto tempo ou com que frequência os teve?

Nota: não considerar se claramente relacionados à medicação (por exemplo, boca seca e imipramina)

Ansiedade - somática:

Concomitantes fisiológicos da ansiedade, como:

GI: boca seca, flatulência, indigestão, diarreias, cólicas, eructações

CV: palpitação, cefaléias

Respiratórios: hiperventilação, suspiros

Ter de urinar freqüentemente

Sudorese

0 ausente

1 duvidoso ou trivial: sintomas menores, relatados quando questionados

2 leve: paciente descreve espontaneamente os sintomas, que não são acentuados ou incapacitantes

3 moderado: mais do que 2 sintomas e com maior frequência. São acompanhados de estresse subjetivo e prejudicam o funcionamento normal

4 grave: numerosos sintomas, persistentes e incapacitantes na maior parte do tempo, ou ataques de pânico quase diariamente

12. Como tem estado seu apetite nesta última semana? (Como se compara ao seu apetite habitual?)

Você tem tido que se força a comer?

As outras pessoas têm insistir para você comer?

Sintomas gastrointestinais – somáticos:

0 nenhum

1 perda de apetite, mas come sem necessidade de insistência

2 dificuldade para comer se não insistirem

13. Como tem estado sua "energia" nesta última semana?

Você se sente cansado o tempo todo?

Nesta última semana, você teve dor nas costas, dor de cabeça ou dor muscular?

Nesta última semana, você tem sentido um peso nos membros, nas costas ou na cabeça?

Sintomas somáticos gerais:

0 nenhum

1 peso em membros, costas ou cabeça; dor nas costas, na cabeça ou nos músculos. Perda de energia e fadigabilidade

2 qualquer sintoma bem caracterizado e nítido

14. Como tem estado seu interesse por sexo nesta semana? (não estou lhe perguntando sobre seu desempenho, mas sobre seu interesse por sexo- o quanto você tem pensado nisso?
 Houve alguma mudança em seu interesse por sexo (em relação à época em que você não estava deprimido)?
 Isso é algo em que você tem pensado muito? Se não: isso é pouco habitual para você?

Sintomas Genitais – (como perda de libido, distúrbios menstruais):

- 0 ausentes
- 1 leves ou infrequentes: perda de libido, desempenho sexual prejudicado
- 2 óbvio e graves: perda completa do interesse sexual

15. Na última semana, o quanto seus pensamentos têm focalizado na sua saúde física ou no funcionamento de seu corpo (comparado ao seu pensamento habitual)
 Você se queixa muito de sintomas físicos?
 Você tem-se deparado com situações em que você pede ajuda para fazer coisas que poderia fazer sozinho?
 SE SIM: Como o quê, por exemplo? Com que frequência isso tem ocorrido?

Hipocondria:

- 0 ausente
- 1 auto-observação aumentada (com relação ao corpo)
- 2 preocupação com a saúde
- 3 queixas frequentes, pedidos de ajuda etc.
- 4 delírios hipocondríacos

16. Você perdeu algum peso desde que essa (DEPRESSÃO) começou? SE SIM: Quanto?
 SE INCERTO: Você acha que suas roupas estão mais folgadas?
 No Seguimento: Você voltou a ganhar peso?

Perda de Peso (desde o início da doença ou da última avaliação)

- 0 sem perda de peso ou perda de peso NÃO causada pela doença atual
- 1 perda de peso provavelmente causada pela doença atual. Perda de menos de meio quilo
- 2 perda de peso definitivamente causada pela doença atual. Perda de meio quilo ou mais

17. Avaliação baseada na observação

Crítica (Consequência da doença):

- 0 reconhece estar deprimido e doente OU não estar deprimido no momento
- 1 reconhece estar, mas atribui a causa à má alimentação, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descanso etc.
- 2 nega estar doente

18. Nesta última semana você se sentiu melhor ou pior em algum período específico do dia – manhã ou noite?
 SE VARIAÇÃO: Quanto pior você se sente (de MANHÃ OU de NOITE)?
 SE INDECISO: Um pouco pior ou muito pior?

Variação Diurna:

A. Anote se os sintomas são piores de manhã ou à noite. SE NÃO HOUVER variação diurna, marque nenhuma:
Sem variação ou não deprimido no momento
pior pela manhã
pior a tarde/à noite

B. Quando presente, anote a gravidade da variação:
0 nenhuma
1 leve
2 grave

Nota: Caso haja variação diurna, só a contagem referente à sua gravidade (1 ou 2 pontos no item 18 B) é que deve ser incluída na contagem final. O item 18 A não deve ser computado.

19. Na última semana você teve subitamente a sensação de que tudo é irreal, ou que você está em um sonho, ou separado do contato com as outras pessoas de uma maneira estranha?
Alguma sensação de flutuação?
SE SIM: Quão ruim isso tem sido? Quantas vezes isso aconteceu nesta ; última semana?

Despersonalização e Desrealização (como sensação de irrealidade a idéias niilistas)

0- ausentes
1 leves
2 moderadas
3 graves
4 incapacitantes

20. Na última semana você sentiu que alguém tentou o prejudicar ou machucar?
SE NÃO: e sobre alguém falando de você pelas costas?
SE SIM: fale mais sobre isso

Sintomas Paranóides:

0 nenhum
1 desconfiado
2 idéias de referência
3 delírios de referência e perseguição

21. Na última semana, você teve fazer alguma coisa várias vezes? Houve algo que você teve de fazer e refazer várias vezes, como checar se as portas estavam fechadas?
SE SIM: você pode me dar um exemplo?
Você teve algum pensamento que não faz sentido para você, mas que fica voltando à sua cabeça sempre sem parar?
SE SIM: você pode me dar um exemplo?

Sintomas Obsessivos e Compulsivos:

0 nenhum
1 leves
2 graves

ANEXO H - Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Nome: _____ ID: _____ Data: ____/____/____

Inventário de Depressão de Beck

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, anote o número (0, 1, 2 ou 3) diante da afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 1 Eu me sinto triste.
 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.
 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
 2 Acho que nada tenho a esperar.
 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.
3. 0 Não me sinto um fracasso.
 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.
4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.
 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.
5. 0 Não me sinto especialmente culpado.
 1 Eu me sinto culpado às vezes.
 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
 3 Eu me sinto sempre culpado.
6. 0 Não acho que esteja sendo punido.
 1 Acho que posso ser punido.
 2 Creio que vou ser punido.
 3 Acho que estou sendo punido.
7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.
 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
 2 Estou enojado de mim.
 3 Eu me odeio.
8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.
 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.
9. 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar.
 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria.
 2 Gostaria de me matar.
 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.
10. 0 Não choro mais que o habitual.
 1 Choro mais agora do que costumava.
 2 Agora, choro o tempo todo.
 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.
 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
 3 Não consigo mais tomar decisões.
14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.
 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
 3 Considero-me feio.
15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.
 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.
 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.
 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.
 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.
18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.
 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
 2 Meu apetite está muito pior agora.
 3 Não tenho mais nenhum apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
 3 Perdi mais de 7,5 Kg.
 Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () ou NÃO ()
20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.
 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.
 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
 3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Resultados:

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.

Pontuação de 10 a 63 (indicativos de depressão): sugere-se que você procure ajuda especializada.

ANEXO I - Questionário CAGE

CAGE TESTE

Observação: Este teste somente obterá resultados válidos se você responder corretamente.

Por favor, marque uma alternativa para cada item que melhor descreva como você se sente e se comporta na sua vida.

1. Você já sentiu que deveria parar de beber?

- ☐ Sim
- ☐ Não

2. As pessoas já te aborreceram ou criticaram por beber?

- ☐ Sim
- ☐ Não

3. Você já se sentiu culpado por beber?

- ☐ Sim
- ☐ Não

4. Você já bebeu algum dia logo de manhã para poder suportar o dia ou se livrar de uma ressaca?

- ☐ Sim
- ☐ Não

ANEXO J - Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

AutoTeste

Questionário AUDIT (versão portuguesa)

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? (Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.)

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- 0 = uma ou duas
- 1 = três ou quatro
- 2 = cinco ou seis
- 3 = de sete a nove
- 4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- 0 = nunca
- 1 = uma vez por mês ou menos
- 2 = duas a quatro vezes por mês
- 3 = duas a três vezes por semana
- 4 = quatro ou mais vezes por semana

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- 0 = não
- 1 = sim, mas não nos últimos 12 meses
- 2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

Pontuação do AUDIT:

As perguntas 1 a 8 fornecem respostas numa escala de 0 a 4 pontos; e as respostas às perguntas 9 a 10 cotam-se com 0, 2 e 4 pontos. Os resultados expressam-se em valores entre 0 e 40.

Valores de 1 a 7 »» Consumo de baixo risco

Valores de 8 a 19 »» Consumo Nocivo/Abuso

Valores de 20 a 40 »» Dependência

ANEXO K - Questionário ERICO 180 dias

SEGUIMENTO - 180 DIAS - PROJETO ERICO	
1. IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	ID Erico: _____
RGHU: _____	Data nascimento: _____
Endereço: _____	Tel: _____
Contato efetuado com paciente: ☐ Sim ☐ Não	Obs: _____
2. MEDICAÇÕES	
☐ AAS ☐ CLOPIDOGREL ☐ BETA-BLOQUEADOR ☐ BLOQUEADOR CALCIO ☐ I-ECA ☐ BRA	☐ DIURETICO ☐ ALDACTONE ☐ WARFARINA ☐ ESTATINA/HIPOLIPEMIANTE ☐ FIBRATO ☐ HEPARINA
☐ NITRATO ☐ HIPOGLICEMIANTE ORAL ☐ INSULINA ☐ BLOQ BOMBA ☐ BLOQ H2	
OUTRAS, QUAIS? _____	
Consumia café? ☐ Sim, com cafeína ☐ Sim, sem cafeína ☐ Não ☐ DI	Quantidade que consumia por vez (xícaras)? _____
Frequência com que consumia café? ☐ Mais de 3 vezes ao dia. ☐ 2 a 3 vezes ao dia ☐ 1 vez ao dia ☐ 5 a 6 vezes semana ☐ 2 a 4 vezes semana ☐ 1 vez na semana ☐ 1 a 3 vezes ao mês ☐ Nunca / quase nunca	Qual o tipo de café que o senhor usualmente consumia? ☐ Passado em filtro ou coador ☐ Expresso ☐ Cafeteira italiana ☐ Solúvel (instantâneo) ☐ DI ☐ Outro, especifique: _____

Mudou hábitos pós ocorrência do infarto / angina ? ☐ Sim ☐ Não ☐ NS ☐ DI		Se SIM, qual passou a ser a quant. consumida por vez (xícaras)? _____
Qual o tipo de café que o senhor usualmente consome? ☐ Passado em filtro ou coador ☐ Expresso ☐ Cafeteira italiana ☐ Solúvel (instantâneo) ☐ DI ☐ Outro, especifique: _____		Com que frequência que consome café? ☐ Mais de 3 vezes ao dia. ☐ 2 a 3 vezes ao dia ☐ 1 vez ao dia ☐ 5 a 6 vezes semana ☐ 2 a 4 vezes semana ☐ 1 vez na semana ☐ 1 a 3 vezes ao mês ☐ Nunca / quase nunca

3. SEGUIMENTO DE 180 DIAS

Óbito? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____	Causa do óbito: _____	
Realizou novo cateterismo? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____	Pedir laudo: fax: 30919271 _____	
Procurou PS por dor torácica? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____	Fez cirurgia cardíaca? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____
Novo episódio de infarto? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____	Apresentou outro episódio de dor no peito? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____
Realizou revascularização miocárdica? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____	Apresentou qualquer tipo de sangramento? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____
Apresentou derrame? ☐ Sim ☐ Não ☐ Sem inf.	Data: _____	Ficha PHQ preenchida? ☐ Sim ☐ Não	
Data contato telefônico: _____		Obs: _____	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wulsin LR, Singal BM. Depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosomatic: Méd.* 2003. 201–210.
2. Glassman AH, O'Connor CM, Callif RM, et al. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA.* 2002. 288 (6): 750-1.
3. Carney RM, Freedland K, Veith RC. Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease, *Psychosomatic Medicine* 67, Supplement 1:S29–S33 (2005).
4. Whang W. Depressive symptoms and all-cause mortality in unstable angina pectoris (from the Coronary Psychosocial Evaluation Studies {COPEs}). *American Journal of Cardiology.* October. 2010. 106 (8): 1104-1107.
5. Rudisch B, Nemeroff CB. Epidemiology of comorbid coronary artery disease and depression. *Biol Psychiatry.* 2003. 54 (3): 227-40.
6. Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: A meta-analysis. *Psychosomatic Medicine* 2004;66:802–813. [PubMed: 15564343].
7. Blumenthal JA. Depression and coronary heart disease: association and implications for treatment. *Cleve Clin J Med.* 2008;75:S48.
8. Carney RM, Freedland KE. Is there a high-risk subtype of depression in patients with coronary heart disease? *Curr Psychiatry Rep.* 2012 February ; 14(1): 1–7.
9. Van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA, Tijssen JG, Ormel J, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom. Med.* 2004. 66: 814–822.
10. Goodman SG, Huang W, Yan AT, Budaj A, Kennelly BM, et al. The expanded Global Registry of Acute Coronary Events: Baseline characteristics, management practices, and hospital outcomes of patients with acute coronary syndromes. *Am Heart J.* 2009. 158: 193–201.

11. Perez GH, Nicolau CJ, Bellkiss WR, Laranjeira R. Depressão e síndromes isquêmicas miocárdicas instáveis: diferenças entre homens e mulheres. Instituto do Coração do Hospital das Clínicas; FMUSP; São Paulo, SP. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2005.
12. Ballone JB. Cardiologia e psicossomático infarto do miocárdio e doença coronariana. da emoção à Lesão um guia de medicina psicossomática, São Paulo, Manole; 2002.
13. Mattos A, Lougon M, Tura BR, Pereira BB. Depressão e Síndrome Isquêmica Coronariana Aguda. Revista da SOCERJ - Jul/Ago 2005. Vl. 18-4, p.288-294, 2005.
14. Alves TCTF, Fráguas R, Wajngarten M, Depressão e infarto agudo do miocárdio. Rev Psiq Clín. 2009;36(3):88-92.
15. Paz-Filho G, Licinio J, Wong M. Bases fisiopatológicas da doença cardiovascular e depressão: um dilema do ovo e da galinha. Revista Brasileira de Psiquiatria • vol 32 • nº 2 • jun2010.
16. Lejoyeux M, Lehert S. Alcohol-Use Disorders and Depression: Results from individual patient data Meta-Analysis of the Acamprosate-Controlled Studies. Alcohol and Alcoholism Vol. 46, No. 1, pp. 61–67, 2011.
17. Brown AR, Ramsey S, Kahler WC, et al. A Randomized controlled trial of cognitive-behavioral treatment for depression versus relaxation training for alcohol-dependent individuals with elevated depressive symptoms. (J. Stud. Alcohol Drugs, 72, 286-296, 2011).
18. Prado AJ, Kerr-Corrêa F, Lima PCM, et al. Relations between depression, alcohol and gender in the metropolitan region of São Paulo, Brazil / Relações entre depressão, álcool e gênero na região metropolitana de São Paulo, Brasil. Ciência e saúde coletiva; 17(9): 2425-2434, Sept. 2012. graf, tab.
19. Hobbs JD; Kushner MG; Lee SS; Reardon SM; Maurer EW. Meta-analysis of supplemental treatment for depressive and anxiety disorders in patients being treated for alcohol dependence. Am J Addict; 20(4): 319-29, 2011 Jul-Aug.
20. Fergusson DM. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and Major Depression: Arch Psychiatry. 2009. 66 (3): 260-66.

21. Kessler RC et al. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1997. 54 (5): 313-321.
22. Duarte EC, Morishisa SR. Experimentação: Uso, abuso de dependência de drogas. Texto adaptado do original do curso de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas: Capacitação para Conselheiros Municipal, 2008.
23. Vaillant GE. Is alcoholism more often the cause or the result of depression? *Harvard Review of Psychiatry*. 1993. 1(2): 94-99.
24. Hart LC, Smith GD, Hole DJ, Hawthorne MV. Alcohol consumption and mortality from all causes, coronary heart disease, and stroke: results from a prospective cohort study of Scottish men with 21 years of follow up. *BMJ* volume 318 26 June 1999. P. 1725-1729.
25. Hvidtfeldt UA Tolstrup JS, Jackobsen MU, et al. Alcohol Intake and Risk of Coronary Heart Disease in younger, middle-aged and older adults. *Circulation*. 2010 April 13; 121(14): 1589–1597. doi:10.1161/CirculationAHA.109.887513.
26. Radisauskas R, Prochorskas R, Grabauskas V, et al. Recent heavy alcohol consumption at death certified as Ischemic Heart Disease: Correcting mortality data from Kaunas (Lithuania). *Alcohol and Alcoholism* Vol. 46, No. 5, pp. 614–619, 2011.
27. Britton A, Marmot GM, Shipley JM. How does variability in alcohol consumption over time affect the relationship with mortality and coronary heart disease? *National Institute of Health. Addiction*. 2010 April; 105(4): 639–645.
28. Goulart AC, Santos IS, Sitnik D, Staniak HL, Fedeli LM, Pastore CA et al. Design and baseline characteristics of a coronary heart disease prospective cohort: two-year experience from the strategy of registry of acute coronary syndrome study (ERICO study). *Clinics (Sao Paulo)*. 2013;68 (3):431-4.
29. Protocolo Clínico: Síndromes Coronarianas Agudas. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/protocolo_clinico_sindromes_coronarianas_agudas.pdf. [Acessado em 04.03.2013].
30. Bassan F, Bassan R. Abordagem da Síndrome Coronariana Aguda. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Ano XV nº 07 Jan/Fev/Mar/Abr 2006*, p.01-06.

31. The GRACE investigators. Rationale and design of the GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) project: a multinational registry of patients hospitalized with acute coronary syndromes. *American Heart Journal*. 2001, Vol. 141, pp. 140-90.
32. Luepker RV, Apple FS, Christenson RH, Crow RS, Fortmann SP, Goff D, et al. Case definitions for acute coronary heart disease in epidemiology and clinical research studies: a statement from the AHA Council on Epidemiology and Prevention; AHA Statistics Committee; World Heart Federation Council on Epidemiology and Prevention; the European Society of Cardiology Working Group on Epidemiology and Prevention; Centers for Disease Control and Prevention; and the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circulation*. 2003;108(20):2543-9, <http://dx.doi.org/10.1161/01.CIR.0000100560.46946.EA>.
33. Thygesen K, Alpert JS, White HD. Universal definition of myocardial infarction. *Eur Heart J*. 2007;28(20):2525-38.
34. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. [Acessado em 03.04.2013].
35. Circulation Journal of the American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics--2013 Update: A Report from the American Heart Association, 2013. p. 109-115.
36. Coronary Heart disease Statistics 2012. <http://www.escardio.org/about/Documents/EU-cardiovascular-disease-statistics-2012.pdf> [Acessado em 03.04.2013].
37. British Heart Foundation http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/diseases/cardiovascular_fr.htm. [Acessado em 03.04.2013].
38. Lotufo A. Paulo. *Mortalidade Precoce por Doenças do Coração no Brasil. Comparação com Outros Países*. *Arq Bras Cardiol*, volume 7 (nº 5), 321-325, 1998.
39. Ishitani LH, Franco GC, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40, 684-91.
40. Ministerio da Saúde Brasil 2013. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm>. [Acessado em 03.04.2013].

41. World Health Organization 2009, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html [Accessed 03.04.2013].
42. World Health Organization 2008, The Global Burden of Disease 2004 update. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004_update_full.pdf [Accessed 06.04.2013].
43. Viana CM, Andrade HL. Lifetime Prevalence, Age and Gender Distribution and Age-of-Onset of Psychiatric Disorders in the São Paulo Metropolitan Area, Brazil: Results from the São Paulo Megacity Mental Health Survey. *Rev Bras Psiquiatria*. 2012;34:249-260.
44. Marcus M, Yasamy TM, Ommeren M, et al. Depression a Global Public Health Concern. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse (WHO, 2012).
45. World Health Organization, World suicide prevention day 2012. http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/ [Accessed 03.04/2013].
46. Jorge Miguel R. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV - Texto Revisado 4ª Edição. Artmed, 2002.
47. Organização Mundial da Saúde. Cid-10 - Classificação Estatística Internacional de Doenças, Edusp, 2009.
48. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidade clínica. *Rev. Psiq. Clín.* 32 (3); 149-159, 2005.
49. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, For the Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ Primary Care Study. *JAMA*, 1999; 282:1737-1744.
50. Carvalho de RTF, et al. Tradução do inglês para o português do Questionário de Auto-avaliação da Escala de Hamilton para a depressão. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Vol 42(5), 1993, 255-260.
51. Gorenstein C, Andrade L. Validation of a Portuguese version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilian subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996; 29(4):453-7.
52. Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and Patient Health Questionnaire-9 to screen for depression in patients with coronary artery disease. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007. 9: 417–424.

53. McManus D, Pipkin SS, Whooley MA. Screening for depression in patients with coronary heart disease (data from the Heart and Soul Study). *Am J Cardiol*. 2005. 96: 1076–1081.
54. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A meta-analysis. *CMAJ*. 2012 Feb 21;184 (3):E191-6.
55. Shankman AS, Nadelson J. McGowan SK et al. The predictive power of depression screening procedures for veterans with coronary artery disease *Vascular Health and Risk Management* 2012;8 233–238.
56. Osorio LF, Mendes VA, Crippa A, Loureiro RS. Study of the Discriminative Validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a Sample of Brazilian Women in the Context of Primary Health Care. *Perspectives in Psychiatric Care* Vol. 45, No. 3, July 2009.
57. Zuithoff PA Nicola AS, Vergouwe Y et al. The Patient Health Questionnaire-9 for detection of major depressive disorder in primary care: consequences of current thresholds in a crosssectional study. *BMC Family Practice* 2010, 11:98.
58. Nicastri S. Texto adaptado do curso de Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Comunitárias, promovido pela SENAD em 2011. Módulo 1. Classificação das drogas, Epidemiologia e Padrões de uso. p. 16.
59. Duarte EC, Morihisa SR. Experimentação, uso abuso e dependência de drogas. Texto adaptado do Curso de Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias, promovido pela SENAD em 2011.
60. Edwards, G. e Gross, M.M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, p. 1058-1061, 1976.
61. Laranjeira R et al. Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
62. Carlini B. O uso de drogas psicotrópicas no Brasil. adaptado do Curso de Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias, promovido pela SENAD em 2010.
63. Katon W.J. - Clinical and Health Services Relationships Between Major Depression, Depressive Symptoms, and General Medical Illness. *Biol Psychiatry* 54:216-26, 2003.
64. Glassman AH, Shapiro PA. Depression and the course of coronary artery disease. *Am J Psychiatry* 1998; 155:4–11.

65. Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A et al. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosomatic Med* 2004; 66:305–15.
66. Thombs DB. Prevalence of Depression in Survivors of Acute Myocardial Infarction Review of the Evidence. *J Gen Intern MED*. 2006. 21: 30–38.
67. Davidson K, Mostofsky E, Whang W. Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: The Canadian Nova Scotia Health Survey *European Heart Journal* (2010) 31, 1065–1070.
68. Leung YW, Flora DB, Gravely S, Irvine J, et al. The Impact of Premorbid and Post morbid Depression Onset on Mortality and Cardiac Morbidity Among Patients With Coronary Heart Disease: Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine* 74:786Y801 (2012).
69. Pratt LA, Ford DE, Crum RM et al. Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction: prospective data from the Baltimore ECA follow-up. *Circulation* 1996; 94: 3123–9.
70. Carney MR, Freedland EK. Depression in Patients with Coronary Heart Disease Behavioral Medicine Center, Department of Psychiatry, Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri, USA.
71. Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression. *JAMA* 277:333-40, 1997.
72. Dimatteo MR, Lepper HS, Groghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-Analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 160:2101-7, 2000.
73. Kessler R, Greenberg P, Mickelson L et al. The Effects of Chronic Medical Conditions on Work Loss and Work Cutback. *J Occup Envir Med* 43:218-225, 2001.
74. Von Korff M.; Ormel J; Katon W, Lin E. Disability and Depression Among High Utilizers of Health Care: a Longitudinal Analysis. *Arch Gen Psychiatry* 49:91-100, 1992.
75. Brown MJ et al. Risk of Coronary Heart Disease Events Over 15 Years among Older Adults with Depressive Symptoms. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011 August ; 19(8): 721–729.

76. Bush DE, Ziegelstein RC, Taybach M, et al. Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 2001;88:337–341.
77. Ferkeitich AK, Frid DJ. Depression and coronary heart disease: a review of the literature. *Clin Geriatrics.* 2001;9:50–56.
78. Yvonne W, et al. The Impact of Premorbid and Postmorbid Depression Onset on Mortality and Cardiac Morbidity Among Patients With Coronary Heart Disease: Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine* 74:786Y801 (2012).
79. O'Rourke A, Hampson SE. Psychosocial outcomes after an MI: an evaluation of two approaches to rehabilitation. *Psychol, Health Med.* 1999;4:393–402.
80. Lespérance F, Frasura-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences. *Psychosom Med* 1996; 58 (2):99–110.
81. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. *Am J Prev Med.* 2002;23 (1):51-61.
82. Lloyd, GG., Cawley, RH. (1983). Distress or illness? A study of psychosocial symptoms after myocardial infarction. *British Journal of Psychiatry*, 142, 120-125.
83. Sirois BC, Burg MM. Negative Emotion and Coronary Heart Disease: A Review. *Behavior Modification*, Vol. 27 No. 1, January 2003 83-102.
84. Ziegelstein RC et al. Can Doctors and Nurses Recognize Depression in Patients Hospitalized With an Acute Myocardial Infarction in the Absence of Formal Screening? *Psychosomatic Medicine* 67:393–397 (2005).
85. Canto JG, Rogers WJ, French WJ, Gore JM, Chandra NC, Barron HV. Payer status and the utilization of hospital resources in acute myocardial infarction: a report from the National Registry of Myocardial Infarction 2. *Arch Intern Med* 2000;160: 817–23.
86. Hart CL, Smith DG, Hole JD, Hawthorne MV. Alcohol consumption and mortality from all causes, coronary heart disease, and stroke: results from a prospective cohort study of Scottish men with 21 years of follow up. *BMJ* Volume 318, p 1725-1729, 26 June 1999.

87. Ren J, Wold LE, Mechanisms of alcoholic heart disease. *Therap Adv Cardiovasc Dis.* 2008;497-506.
88. Lima MCP et al. Consumo de álcool e risco para doença coronariana na região metropolitana de São Paulo: uma análise do Projeto GENACIS. *Rev Bras Epidemiologia* 2013; 16(1): 49-57.
89. World Health Organization (WHO) Global status report on alcohol 2004. Disponível em <http://www.who.int/alcohol>. [Acessado em 21.05.2013].
90. World Health Organization (WHO) Global status report on alcohol 2001. Disponível em <http://www.who.int/alcohol>. [Acessado em 21.05.2013].
91. Prefeitura do Município de São Paulo. População recenseada e taxas de crescimento no Município de São Paulo, Regiões e Distritos Municipais, 1980, 1991, 2000 e 2010. Disponível em http://infocidade.prefeitura.sp.gov.br/htmls/7_populacao_recenseada_e_taxas_de_crescime_1980_702.html; (Acessado em 04/06/2013).
92. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16:606-613.
93. Fraguas R. The detection of depression in medical setting: A study with PRIME-MD. et al. / *Journal of Affective Disorders* 91 (2006) 11–17.
94. Lichtman et al. Care and Outcomes Research: Endorsed by the American Psychiatric Association Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Treatment: A Science Advisory From the American Heart Association Prevention. *Circulation* 2008;118:1768-1775.
95. Disponível em: www.scid4.org [Acesso em 22 de maio de 2013].
96. Bour, A et al. How predictive is the MMSE for cognitive performance after stroke? *J Neurol.* 2010 April; 257(4): 630–637.
97. Lancuti I, Olmer A. The minimental state examination--an up-to-date review. *Harefuah.* 2006 Sep;145(9):687-90, 701.
98. Agrell B, Dehlin O. The mini-mental state examination in screening of cognitive dysfunction and dementia. *Ugeskr Laeger.* 1998 Dec 7; 160 (50):7251-4.

99. Ramos-Brieval JA, Cordero-Villafafila A. A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Psychiatry Research*, 22, 21-28.
100. Lopes-Pina AJ, Meca SJ, Rosa-Alcázar A. The Hamilton Rating Scale for Depression: A meta-analytic reliability generalization study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*; 2009, Vol. 9, Nº 1, pp.143-159.
101. Guevara SL, Schaufele IS, Nicola-Siri L, et al. Worsening of depressive symptoms 6 months after an acute coronary event in older adults is associated with impairment of cardiac autonomic function. *Journal of Affective Disorders* 80 (2004) 257–262.
102. Kronish et al., Persistent Depression Affects Adherence to Secondary Prevention Behaviors After Acute. *J GEN INTERN MED* 2006; 21:1178–1183.
103. Lespérance F et al. Depression and 18-Month Prognosis After Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine* 58:99-110 (1996).
104. Joost P et al. Relationship between left ventricular dysfunction and depression following myocardial infarction. *European Heart Journal* (2005) 26, 2650–2656.
105. Ewing JA (1984) Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire, *Journal of the American Medical Association* 252: 1905-1907.
106. Henrique IF, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni ML. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Rev. Assoc. Med Bras.* 2004 Apr-Jun; 50 (2):199-206. E pub 2004 Jul 21.
107. Marques ACPR, Ribeiro M. Consenso. Consenso álcool diagnóstico do abuso e tratamento. Abuso e dependência do álcool [online]; 2002. Disponível em: <http://www.viverbem.fmb.unesp.br/consenso.asp>. [acesso em 23 jul. 2008].
108. Lykouras L et al. Detecting Alcohol-Related Problems among General Hospital Patients with Heart Disease. *Psychother Psychosom* 2001;70:25–29.

109. Babor TF, Hiigind-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. WHO/MSD/MSB/01.6^a. AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test – Guideline for use in primary care, Second Edition, 2001.
110. Henrique IFS et al. Validação da Versão Brasileira do Teste de Triagem do Envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(2): 199-206.
111. Méndez EB. Uma Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) [dissertação]. Pelotas: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas; 1999.
112. Mendoza-Sassi RA, Béria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: A population-based study using AUDIT in southern Braz Addiction 2003; 98:799-804.southern Braz Addiction 2003; 98:799-804.
113. Glass RM. Awareness about depression: Important for all physicians. *JAMA* 2003; 289 (23): 3169-70.
114. Santos, ES; Minuzzo, L; Pereira, MP; Castillo, MT; Palácio, MA; Ramos, RF, et al. Registro de síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. *Arq. Bras. Cardiol.* 2006; 87: 597-602.
115. Caramelli, B, et al. Secular trends in a population with ischemic heart disease admitted to the Instituto do Coração in São Paulo. *Arq. Bras. Cardiol.* [online]. 2003, vol.81, n.4, pp. 369-374.
116. Racial ethnic and socioeconomic disparities in multiple risk factors for heart disease and stroke - United States, 2003 February, 2005: 54(5): 113-117.
117. Ducan BB, Schmidt MI, Polanczyk CA, Mengue SS. High mortality rates among Brazilian adult populations-an international comparison. *Revista da Associação Medica brasileira.* 1992; 38 (3): 138-44.
118. da Silva MA, Sousa AG, Schargodsky H. Risk factors for acute myocardial infarction in Brazil. FRICAS Study. *Arq Bras Cardiol* 1998;7 (5): 667-75.
119. Alosco LM et al. Depression is Associated with Reduced Physical Activity in Persons with Heart Failure. *Health Psychol.* 2012 November ; 31(6): 754–762. doi:10.1037/a0028711.
120. Kessler RC et al. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in the United States, Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* (1994;51(1): B-19.

121. Carney RM et al. Depression and late mortality after myocardial infarction in the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICHD) study. *Psychosomatic Medicine*, 66, 466-474. 2004.
122. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, McQueen M, Budaj A, Pais P, Varigos J, Lisheng L; INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364(9438):937-52.
123. Jespersen L, Abildstrøm SZ, Hvelplund A, Prescott E. Persistent angina: highly prevalent and associated with long-term anxiety, depression, low physical functioning, and quality of life in stable angina pectoris. *Clin Res Cardiol*. 2013; 102(8):571-81. 2013.
124. Rombaldi, AJ, et al. Prevalência e fatores associados a sintomas depressivos em adultos do sul do Brasil: estudo transversal de base populacional. *Rev. Bras. Epidemiologia* 2010; 13(4): 620-9.
125. Araújo RD, Marques IR. Compreendendo o significado da dor torácica isquêmica de pacientes admitidos na sala de emergência. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2007 nov-dez; 60(6): 676-80.
126. Reynolds et al. A systematic review of the economic burden of chronic angina. *American Journal of Managed Care*. 2004; 10:S347–S357. [PubMed: 15603244].
127. Hemingway et al. Outcome of stable angina in a working population: the burden of sickness absence. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. 2007; 14:373–379. [PubMed: 17568235].
128. Kimble et al. Symptom Clusters and Health-related Quality of Life in Patients with Chronic Stable Angina. *J Adv Nurs*. Author manuscript; available in PMC 2012 May 1.
129. Tasneem et al. Gender Differences in the Link Between Depression and Cardiovascular Disease. *Psychosomatic Medicine* 67, Supplement 1:S15–S18 (2005).
130. Frasure-Smith N, Lesperance F, Juneau M, Talajic M, Bourassa MG. Gender, depression, and one-year prognosis after myocardial infarction. *Psychosom Med* 1999;61:26–37.

131. Lemos C et al. Associação entre Depressão, Ansiedade e Qualidade de Vida após Infarto do Miocárdio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Out-Dez 2008, Vol. 24 n. 4, pp. 471-476.
132. Hughers JR, Hatsukami e DK, Mitchell JE, Dhalgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 143:993-7, 1986.
133. Glasmmann AH, et al. - Heavy smokers, smoking cessation, and clonidine: results of a double-blind, randomized trial. *JAMA* 259:2863-6, 1988.
134. Carney RM, et al. Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: A review of potential mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research* 53 (2002) 897 – 902.
135. Glassman AH, Bigger JT, Gaffney M. Psychiatric Characteristics Associated With Long-term Mortality Among 361 Patients Having an Acute Coronary Syndrome and Major Depression Seven-Year Follow-up of SADHART Participants. *Arch Gen Psychiatry*/Vol 66 (No. 9), Sep 2009.
136. Lespérance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa MG. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation*. 2002 ;105(9):1049-53.
137. Sarah B et al. Alcohol consumption and risk of cardiovascular disease among hypertensive women. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2010, 17: 119–126.
138. Global status report on alcohol and health. World Health Organization (WHO) 2011. http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf.
139. Hanna EZ, et al. The Relationship Between Drinking and Heart Disease Morbidity in the United States: Results from the National Health Interview Survey. *Alcohol Cliti Exp Res*, Vol21, No 1, 1997: pp 111-118.
140. SENAD. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. 2007. <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>. [Acessado em 08 de agosto de 2013].