

# Ansiedade e depressão entre homens e mulheres submetidos à intervenção coronária percutânea

ANXIETY AND DEPRESSION AMONG MEN AND WOMEN WHO UNDERWENT PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ENTRE HOMBRES Y MUJERES SOMETIDOS A INTERVENCIÓN CORONARIA PERCUTÁNEA

Rejane Kiyomi Furuya<sup>1</sup>, Eliana de Cássia Arantes Costa<sup>2,3</sup>, Mariana Coelho<sup>3</sup>, Vitor César Richter<sup>4</sup>, Carina Aparecida Marosti Dessotte<sup>5</sup>, André Schmidt<sup>6</sup>, Rosana Aparecida Spadoti Dantas<sup>7</sup>, Lídia Aparecida Rossi<sup>8</sup>

## RESUMO

Estudo descritivo, transversal, correlacional, que objetivou verificar a associação entre a presença de ansiedade e depressão após a alta hospitalar em pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea (ICP), segundo o sexo. Foram avaliados 59 pacientes submetidos à ICP e em acompanhamento ambulatorial nos primeiros sete meses após a alta hospitalar. Para avaliação de sintomas de ansiedade e de depressão foi utilizada a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Para testar as possíveis associações entre as variáveis ansiedade, depressão e sexo foi utilizado o teste de qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Os resultados indicaram maior número de mulheres com depressão, sendo que a associação entre as variáveis sexo e depressão mostrou-se estatisticamente significativa. Em relação à ansiedade, os casos foram mais frequentes no sexo masculino e a associação entre as variáveis sexo e ansiedade não foi estatisticamente significativa.

## DESCRIPTORIOS

Doenças cardiovasculares  
Intervenção coronária percutânea  
Ansiedade  
Depressão

## ABSTRACT

A descriptive, cross-sectional, correlational study aimed to investigate the association of sex and the presence of anxiety and depression after hospital discharge in patients who underwent percutaneous coronary intervention (PCI). Fifty-nine patients undergoing PCI and receiving outpatient treatment in the first seven months after hospital discharge were evaluated. To assess the symptoms of anxiety and depression the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used. To test the possible associations between the variables anxiety, depression and sex the Chi-square test was used with a significance level of 5%. The results indicated a greater number of women with depression and the association between the variables sex and depression was statistically significant. In relation to anxiety, cases were more frequent in males and the association between the variables sex and anxiety was not statistically significant.

## DESCRIPTORS

Cardiovascular diseases  
Percutaneous coronary intervention  
Anxiety  
Depression

## RESUMEN

La finalidad de este estudio fue verificar la asociación entre la presencia de ansiedad y depresión tras el alta hospitalaria en pacientes sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) según el sexo. Éste corresponde a un estudio descriptivo, transversal, correlacional con 59 pacientes sometidos a ICP y con seguimiento ambulatorio durante los primeros siete meses tras el alta. Para evaluar los síntomas de ansiedad y de depresión se utilizó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Para testar las posibles asociaciones entre las variables ansiedad, depresión y sexo, se utilizó el test ji-cuadrado con nivel de significancia del 5%. Los resultados indicaron un mayor número de mujeres con depresión, siendo la asociación entre las variables sexo y depresión estadísticamente significativa. Respecto a la ansiedad, los casos fueron más frecuentes en las personas de sexo masculino y la asociación entre las variables sexo y ansiedad no fue estadísticamente significativa.

## DESCRIPTORIOS

Enfermedades cardiovasculares  
Intervención coronaria percutánea  
Ansiedad  
Depresión

<sup>1</sup> Enfermeira. Doutoranda, Programa Interunidades, Escola de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. re.furuya@gmail.com <sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde Pública, Universidade de Franca, SP, Brasil. elianaarantesto@gmail.com <sup>3</sup> Graduanda em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. mah\_coelho89@hotmail.com <sup>4</sup> Graduando em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. vitor.richter@yahoo.com.br <sup>5</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. camarosti@uol.com.br <sup>6</sup> Médico. Professor Doutor, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. aschmidt@fmp.usp.br <sup>7</sup> Enfermeira. Professora Associada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. rsdantas@eerp.usp.br <sup>8</sup> Enfermeira. Professora Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. rizzardo@eerp.usp.br

## INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte mundialmente. Mantidas as tendências atuais, estima-se que a mortalidade mundial por doenças cardiovasculares aumente de 16,7 milhões em 2002, para 23,3 milhões em 2030<sup>(1)</sup>. Dentre as doenças cardiovasculares, destaca-se a doença arterial coronariana (DAC), devido a morbidade e mortalidade altas. No Brasil, em 2011 houve mais de 335 mil mortes por doenças do aparelho circulatório, correspondendo a 28,6% do total de mortes no País<sup>(2)</sup>. Desses óbitos, 103.486 foram devido à DAC, correspondendo a 8,8% dos óbitos no Brasil naquele ano<sup>(2)</sup>. Nos Estados Unidos, de 2007 a 2010, mais de 15 milhões de pessoas apresentavam DAC, uma prevalência de 6,4% na população Norte-Americana<sup>(3)</sup>. Além disso, em 2009 a DAC causou aproximadamente uma em cada seis mortes nos Estados Unidos<sup>(3)</sup>.

As intervenções coronárias percutâneas (ICP) integram o conjunto de tecnologias disponíveis para o tratamento da DAC e incluem a angioplastia por balão (angioplastia coronária transluminal percutânea), o implante de *stents* intracoronários e outras intervenções com o uso de cateteres para o tratamento da aterosclerose coronariana<sup>(4)</sup>.

Fatores psicológicos como depressão e ansiedade estão relacionados ao desenvolvimento, manifestação e progressão da DAC. A prevalência de depressão grave nos pacientes com DAC é aproximadamente três vezes maior que na população geral<sup>(5)</sup>. Além disso, a depressão está relacionada a mecanismos patofisiológicos da DAC, incluindo estilo de vida não saudável e menor adesão ao tratamento<sup>(6)</sup>. Em uma meta-análise sobre a relação entre depressão e DAC, foi observada associação entre essas variáveis com fatores etiológicos e prognóstico<sup>(7)</sup>.

Atualmente, há evidências crescentes relacionando os transtornos de ansiedade ao desenvolvimento de eventos cardíacos na população em geral<sup>(5)</sup>. Indivíduos com transtornos de ansiedade são propensos a estilos de vida não saudáveis, o que constitui um fator de risco importante para pacientes com DAC<sup>(5)</sup>. A ansiedade e a depressão também aumentam o risco de eventos cardíacos adversos maiores em pacientes com DAC, incluindo a morte por eventos cardíacos e o infarto do miocárdio<sup>(8)</sup>.

Estudos indicam que sintomas de ansiedade e depressão são mais graves em mulheres com DAC, em comparação com os homens<sup>(9-10)</sup>. Os resultados, porém, são inconclusivos. Além disso, estudos com pacientes submetidos à ICP são escassos.

Diante dessas considerações, o objetivo desse estudo foi verificar a associação entre a presença de ansiedade e depressão após a alta hospitalar em pacientes submetidos à ICP segundo o sexo.

## MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, correlacional, realizado em um hospital-escola do interior do estado de São Paulo, com 59 pacientes submetidos a ICP e em acompanhamento ambulatorial nos primeiros sete meses após a alta hospitalar. Trata-se de uma amostra por conveniência em que os critérios de inclusão usados para seleção dos participantes foram: maiores de 18 anos de idade, retorno ambulatorial no período de dois a sete meses após a ICP, capacidade de comunicação verbal ou escrita e de compreensão do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e dos questionários. O critério de exclusão foi a presença de deficiência motora (por exemplo, uso de cadeiras de rodas), devido a sua influência em questões relacionadas a atividade física. O período escolhido de dois a sete meses justifica-se pela expectativa de que nesse período os pacientes já teriam retornado a suas atividades rotineiras prévias e laborais<sup>(11)</sup>.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Processo HCRP 7333/2010). Os participantes da pesquisa assinaram duas vias do TCLE. Uma das vias foi arquivada pela pesquisadora e a outra entregue ao participante, conforme regulamenta a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde<sup>(12)</sup>.

A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2011 a janeiro de 2012. Os dados foram coletados durante o retorno ambulatorial, por meio de entrevista individual e análise de prontuário, com duração média de uma hora. Os participantes responderam ao instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica com os seguintes itens: número de registro no hospital, data de nascimento (para posterior cálculo da idade, em anos), data da entrevista,

data da ICP, sexo, estado civil, situação de trabalho, anos de estudo, número de locais da ICP, tipo de ICP, tratamento prévio de doenças cardíacas, presença de comorbidades (hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e obesidade) e realização de atividade física. Os pacientes também foram solicitados a responder como consideravam a sua vida em relação ao estresse.

Para avaliação de sintomas de ansiedade e depressão foi utilizada a versão validada e adaptada para o português da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)<sup>(13)</sup>, que contém 14 questões do tipo múltipla escolha, divididas em duas subescalas: ansiedade e depressão. Na validação para o português, obteve-se alfa de Cronbach de 0,68 e 0,77, respectivamente, para as duas subescalas<sup>(13)</sup>. Cada uma é composta por sete itens e cada item tem uma pontuação que varia de zero a três. O intervalo global, em cada subescala, varia de zero a 21 e valores maiores indicam mais sintomas de ansiedade e depressão. Em ambas, os participantes foram agrupados em duas categorias: não caso (0-7) e caso (8-21)<sup>(14)</sup>.

Os dados foram digitados e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17.0. Foram realizadas análises descritivas de frequência simples para

### Fatores psicológicos como depressão e ansiedade estão relacionados ao desenvolvimento, manifestação e progressão da doença arterial coronariana.

as variáveis categóricas e análises de medidas de tendência central (média) e de variabilidade (desvio-padrão) para as variáveis numéricas. Para testar as possíveis associações entre as variáveis ansiedade, depressão e sexo foi utilizado o teste de qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

A maioria dos participantes do estudo era do sexo feminino (54,2%). Na comparação das variáveis sociodemográficas conforme o sexo, em ambos os grupos houve predomínio de indivíduos casados ou em união consensual (88,9% no sexo masculino e 71,9% no feminino) e mais de 10% das mulheres eram viúvas. O percentual de homens ativos foi um pouco maior que o de mulheres (14,8% e 12,5%, respectivamente) e a mediana da renda familiar também foi maior para o grupo de homens (R\$ 1.500,00 e 1.000,00, respectivamente). Não houve diferença entre os grupos em relação à média de idade e de anos de estudo. Na Tabela 1, os valores são apresentados em ordem decrescente, de acordo com o grupo predominante em cada uma das variáveis.

**Tabela 1** – Análise descritiva das características sociodemográficas e clínicas dos participantes, conforme o sexo – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012.

Variáveis	Masculino		Feminino	
	N (%)	Média (DP)	N (%)	Média (DP)
<b>Sexo</b>	27 (45,8)		32 (54,2)	
<b>Estado civil</b>				
Casado/união consensual	24 (88,9)		23 (71,9)	
Viúvo	1 (3,7)		4 (12,4)	
Divorciado	0		3 (9,4)	
Solteiro	2 (7,4)		2 (6,3)	
<b>Situação de trabalho</b>				
Inativo	23 (85,2)		28 (87,5)	
Ativo	4 (14,8)		4 (12,5)	
<b>Idade</b>		58,3 (12,5)		58,4 (7,2)
<b>Anos de estudo</b>		4,9 (3,7)		4,5 (4,0)
<b>Presença de comorbidades</b>				
Hipertensão	24 (88,9)		29 (90,6)	
Dislipidemia	22 (81,5)		27 (84,4)	
Obesidade	7 (25,9)		13 (40,6)	
Diabetes	8 (29,6)		12 (37,5)	
<b>Tratamento prévio de doenças cardíacas</b>				
Não	20 (74,1)		19 (59,4)	
Sim	7 (25,9)		13 (40,6)	
<b>Número de locais de ICP</b>				
2	7 (25,9)		17 (53,1)	
1	14 (51,9)		11 (34,4)	
3 ou mais	6 (22,2)		4 (12,5)	
<b>Tipo de ICP</b>				
Stent	21 (77,8)		26 (81,3)	
Stent e balão	6 (22,2)		5 (15,6)	
Balão	0		1 (3,1)	
<b>Realiza atividade física</b>	14 (51,9)		8 (25,0)	
<b>Considera que possui vida estressante</b>	20 (74,1)		25 (78,1)	

As mulheres apresentaram mais comorbidades diagnosticadas que os homens, incluindo hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e obesidade. Também relataram tratamento prévio de doenças cardíacas (infarto do miocárdio, angina, arritmia, insuficiência cardíaca congestiva e dispnéia) em maior frequência que os homens (40,6% e 25,9%, respectivamente). Em 51,9% dos homens, a ICP foi realizada em um local, enquanto nas mulheres o procedimento foi mais frequente em dois locais (53,1%), com o predomínio do uso de *stents* em ambos os grupos (Tabela 1).

Dezoito homens (66,7%) e 18 mulheres (56,3%) apresentaram sintomas de ansiedade, e a diferença entre os grupos não foi significativa. Houve maior número de mulheres com depressão (43,7%), em comparação aos homens (14,8%) e a diferença entre os grupos foi significativa ( $p=0,01$ ).

**Tabela 2** – Análise descritiva dos casos de ansiedade e depressão dos participantes, conforme o sexo e valores de probabilidade ( $p$ ) associada ao teste de Qui-quadrado – Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2012.

Variáveis	Masculino		Feminino		Valor de $p$
	N	%	N	%	
<b>Ansiedade</b>					
Caso	18	66,7	18	56,3	
Não caso	9	33,3	14	43,7	0,41
<b>Depressão</b>					
Caso	4	14,8	14	43,7	
Não caso	23	85,2	18	56,3	0,01

## DISCUSSÃO

A caracterização dos participantes do estudo quanto à situação conjugal e à idade assemelha-se a de outros estudos com pessoas com DAC<sup>(15-16)</sup>, assim como a renda familiar maior para o grupo de homens<sup>(16)</sup>. Porém, neste estudo houve maior número de mulheres, sendo que em outros estudos que abordaram indivíduos coronariopatas houve maior número de homens<sup>(15-16)</sup>.

O maior número de casos de depressão em mulheres com DAC, comparado aos homens, corroboram dados da literatura<sup>(17-19)</sup>. Em um estudo com pacientes com DAC, em um ano após o diagnóstico, houve maior frequência de sintomas depressivos em mulheres, comparadas aos homens. A média de depressão, avaliada pelo *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (CESD), foi 5,7 nas mulheres e 4,5 nos homens ( $p<0,001$ )<sup>(17)</sup>.

Em outro estudo com pacientes submetidos à ICP, mais mulheres relataram ter sintomas depressivos que homens. Também foi utilizado o CESD, sendo considerada a presença de sintomas depressivos o escore de 16 ou mais. A frequência de mulheres com sintomas depressivos foi de 43% e de homens, 29% ( $p<0,01$ ). Segundo os autores do estudo, essa disparidade pode ser explicada pela maior frequência de eventos pessoais estressantes ( $p<0,05$ ) e

menor percepção de apoio social, principalmente para as atividades domésticas ( $p < 0,001$ )<sup>(18)</sup>.

Em um estudo que teve como objetivo compreender e descrever histórias de vida de mulheres com depressão, por meio de método qualitativo e referencial metodológico da História Oral, os autores observaram que as mulheres vivenciam a depressão sob uma perspectiva histórica, relembrando fatos marcantes que foram se acumulando e podem ter desencadeado a depressão<sup>(20)</sup>. Esses fatos podem ter relação com a maior frequência de eventos de vida estressante e menor percepção de apoio social, descritos como fatores relacionados a maior frequência de depressão em mulheres.

Em relação à ansiedade, no presente estudo o número de casos foi levemente maior no sexo masculino, em comparação ao feminino. Entretanto, dados da literatura mostram maior prevalência de ansiedade em mulheres com DAC. Em um estudo com pacientes com DAC que participavam de um programa de reabilitação cardíaca, a avaliação da ansiedade foi por meio do *Anxiety Disorders Interview Schedule-IV* (ADIS-IV), que avalia tanto os episódios de ansiedade atuais quanto aqueles no decorrer da vida.

Houve maior percentual de mulheres com pelo menos um transtorno de ansiedade atual, em comparação aos homens (58,3% e 25,5%, respectivamente,  $p < 0,001$ ). As mulheres também tiveram maior probabilidade de apresentar algum transtorno de ansiedade em algum momento de sua vida comparadas aos homens (70,8% e 33,3%, respectivamente,  $p < 0,001$ )<sup>(21)</sup>.

Estudos que incluem a comparação da saúde mental avaliada pela HADS entre homens e mulheres com DAC são escassos. Autores compararam as médias nas subescalas de ansiedade e depressão e obtiveram escore de ansiedade entre as mulheres maior que dos homens: 5,3 e 3,3, respectivamente ( $p = 0,03$ ). Em relação à depressão, as médias das mulheres também foram maiores (3,8 para o sexo feminino e 2,5 para o masculino;  $p = 0,07$ )<sup>(22)</sup>.

Em outro estudo com pacientes com DAC, a HADS foi utilizada para avaliação da ansiedade e depressão, considerando-se três subescalas: afeto negativo, ansiedade autonômica e

depressão. As avaliações foram realizadas durante a internação hospitalar, seis, 12 e 24 meses após a alta. Para afeto negativo, foram encontrados efeitos significativos considerando o sexo, sendo que as mulheres apresentaram maiores escores que os homens em todas as avaliações ( $p < 0,001$ ). As mulheres também apresentaram maiores escores que os homens nas subescalas de ansiedade autonômica ( $p < 0,001$ ) e depressão ( $p = 0,002$ ), considerando todas as avaliações (na internação hospitalar, seis, 12 e 24 meses)<sup>(23)</sup>. As mulheres também realizaram menos exercícios físicos que os homens ( $p < 0,001$ ) e houve relações estatisticamente significativas entre a variável exercício físico e as variáveis afeto negativo, ansiedade autonômica e depressão<sup>(23)</sup>.

Também foi avaliada a frequência de casos e não casos de ansiedade e depressão, considerando três categorias em cada subescala: não caso (0-7), casos possíveis (8-10) e casos prováveis (11-21). Em todas as avaliações, o percentual de mulheres com casos possíveis e prováveis de ansiedade e de depressão foi maior que dos homens<sup>(23)</sup>. Porém, não foi realizada análise estatística para comparar os percentuais em cada categoria conforme o sexo.

Este estudo apresenta como limitação o tamanho reduzido da amostra. Estudos futuros serão necessários para explorar os motivos relacionados a maior frequência de depressão no sexo feminino. Considera-se importante a avaliação de variáveis que podem possuir relação com a depressão, incluindo o apoio social, a realização de atividades físicas, o estado de saúde percebido e os aspectos físicos. Estudos qualitativos também podem ser realizados para explorar aspectos relacionados à compreensão do construto de depressão na perspectiva de mulheres com DAC.

## CONCLUSÃO

No grupo com depressão, observou-se maior porcentagem de mulheres, sendo estatisticamente significativa a associação entre as variáveis sexo e depressão, resultados que corroboram dados da literatura. Em relação à ansiedade, os casos foram mais frequentes no sexo masculino, porém de forma discreta, e a associação entre as variáveis sexo e ansiedade não se mostrou estatisticamente significativa.

## REFERÊNCIAS

1. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of diseases from 2002 to 2030 [images]. *PLoS Med*. 2006;3(11):e442.
2. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2013 jun. 23]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
3. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Borden WB, et al. Heart disease and stroke statistics - 2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;127(1):e6-e245.
4. Smith SC Jr, Feldman TE, Hirshfeld JW Jr, Jacobs AK, Kern MJ, King SB 3rd, et al. ACC/AHA/SCAI 2005 Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/SCAI Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for Percutaneous Coronary Intervention). *Circulation*. 2006;113(7):e166-286.
5. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*. 1999;99(16):2192-217.

6. Khawaja IS, Westermeyer JJ, Gajwani P, Feinstein RE. Depression and coronary artery disease: the association, mechanisms, and therapeutic implications. *Psychiatry (Edgmont)*. 2009;6(1):38-51.
7. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J*. 2006;27(23):2763-74.
8. Frasure-Smith N, Lespérance F. Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(1):62-71.
9. Kazemi-Saleh D, Pishgoo B, Farrokhi F, Fotros A, Assari S. Sexual function and psychological status among males and females with ischemic heart disease. *J Sex Med*. 2008;5(10):2330-7.
10. Möller-Leimkühler AM. Women with coronary artery disease and depression: a neglected risk group. *World J Biol Psychiatry*. 2008;9(2):92-101.
11. Mattos LA, Lemos Neto PA, Rassi Jr A, Marin-Neto JA, Sousa AGMR, Devito FS, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia – Intervenção Coronária Percutânea e Métodos Adjuntos Diagnósticos em Cardiologia Intervencionista (II Edição – 2008). *Arq Bras Cardiol*. 2008;91(6 Supl 1):1-58.
12. Brasil. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 2012 [citado 2013 jan. 30]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
13. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995;29(5):355-63.
14. Botega NJ, Pondé MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro CAM. Validação da escala hospitalar de ansiedade e depressão (HAD) em pacientes epiléticos ambulatoriais. *J Bras Psiquiatr*. 1998;47(6): 285-9.
15. Dessotte CAM, Dantas RAS, Schmidt A. Patients' symptoms before a first hospitalization due to acute coronary syndrome. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2011 [cited 2012 Aug 17];45(5):1097-104. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en\\_v45n5a10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/en_v45n5a10.pdf)
16. Silverio CD, Dantas RAS, Carvalho ARS. Gender-specific evaluation of coronary disease patients' self-esteem and social support. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2012 Aug 17];43(2):407-14. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en\\_a21v43n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/en_a21v43n2.pdf)
17. Norris CM, Spertus JA, Jensen L, Johnson J, Hegadoren KM, Ghali WA. Sex and gender discrepancies in health-related quality of life outcomes among patients with established coronary artery disease. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2008;1(2):123-30.
18. Boutin-Foster C, Charlson ME. Do recent life events and social support explain gender differences in depressive symptoms in patients who had percutaneous transluminal coronary angioplasty? *J Womens Health (Larchmt)*. 2007;16(1):114-23.
19. Perez GH, Nicolau JC, Romano BW, Laranjeira R. Depression and acute coronary syndromes: gender-related differences. *Arq Bras Cardiol*. 2005;85(5):319-26.
20. Gonçalves CAV, Machado AL. Vivendo com a depressão: histórias de vida de mulheres. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2008;42(3):461-6.
21. Todaro JF, Shen BJ, Raffa SD, Tilkemeier PL, Niaura R. Prevalence of anxiety disorders in men and women with established coronary heart disease. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2007;27(2):86-91.
22. Norris CM, Ljubska A, Hegadoren KM. Gender as a determinant of responses to a self-screening questionnaire on anxiety and depression by patients with coronary artery disease. *Gen Med*. 2009;6(3):479-87.
23. Hunt-Shanks T, Blanchard C, Reid RD. Gender differences in cardiac patients: a longitudinal investigation of exercise, autonomic anxiety, negative affect and depression. *Psychol Health Med*. 2009;14(3):375-85.

#### Agradecimentos:

Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) (processo 2010/10006-8) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (processo 470555/2012-2).